



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/12553  
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12553>



### RESEARCH ARTICLE

#### ASPECT PSEUDOTUMORAL D'UN ABCES TUBO-OVARIEN

Fouzia El Hilali, Mohamed Karam Saoud, Nissrine Mamouni, Sanaa Errarhay, Chahrazed Bouchikhi and  
Abdelaziz Banani

Service De Gynécologie Obstétrique I CHU Hassan II Fès.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 05 January 2021

Final Accepted: 09 February 2021

Published: March 2021

##### Key words:-

Abcès Tubo-Ovariens, Infection Génitale  
Haute Compliquée.

#### Abstract

Les abcès tubo-ovariens sont une complication tardive des infections génitales hautes. Ils regroupent les pyosalpinx, les abcès de l'ovaire, les abcès tubo-ovariens proprement dits et les collections abcédées du Douglas d'origine génitale. Leur diagnostic repose sur un trépied clinique, biologique et radiologique. Le traitement associe une antibiothérapie parentérale probabiliste avec une ponction drainage de l'abcès échoguidée ou par voie coelioscopique. Le recours à la chirurgie est réservé en cas d'échec de traitement médical ou en cas de risque vital. Nous rapportons un cas particulier d'une patiente âgée de 28 ans, qui a présenté un tableau typique d'abcès tubo-ovarien mais dont l'exploration chirurgicale a mis en évidence une masse annexielle gauche d'aspect pseudo tumoral suspect avec des adhérences au tube digestif, libérées soigneusement, et un épanchement péritonéal de moyenne abondance sérohématique, une annexectomie gauche a été réalisée, l'étude anatomopathologique a conclu au diagnostic d'abcès tubo-ovarien sans visualisation de lésion tumorale associée.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

#### Introduction:-

Les abcès tubo-ovariens (ATO) regroupent les pyosalpinx, les abcès de l'ovaire, les ATO proprement dits et les collections abcédées du Douglas d'origine génitale. Ils compliquent 10 à 35 % des infections génitales hautes (IGH) [1,2]. Ils sont unilatéraux dans 70 % des cas[3]. Les facteurs de risques sont similaires à ceux des infections génitales hautes incluant : âge jeune entre 15 et 25 ans, bas niveau socio-économique, partenaires sexuels multiples, présence d'un dispositif intra-utérin, antécédents d'infection génitale, présence d'une infection adjacente intestinale (diverticulite, appendicite), des voies urinaires (pyélonéphrite), ou d'une tumeur pelvienne [4].

#### Observation:-

Madame S.K âgée de 28 ans, s'est présentée aux urgences gynécologiques pour douleur abdomino pelvienne dont l'examen clinique a trouvé une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique, avec une fièvre à 38°C, une sensibilité latérotérine gauche, et perception d'une masse en latérotérine gauche, l'échographie pelvienne a montré une masse latéro utérine gauche de 6 cm avec une paroi épaisse et un contenu échogène et un épanchement pelvien associé de moyenne abondance. Le bilan biologique a trouvé une hyperleucocytose à 18000 et une CRP élevée à 100 la Bhcg plasmatique était négative. La patiente a bénéficié d'une laparotomie avec mise en évidence d'une masse annexielle gauche complexe faisant 6 cm de grand axe rompue accidentellement avec issue de liquide hémorragique. Une trompe gauche oedématiée, avec des adhérences de la masse annexielle gauche avec le tube digestif, libérées

Corresponding Author:- Fouzia El Hilali

Address:-Service De Gynécologie Obstétrique I , CHU Hassan II, Fès.

soigneusement, et un épanchement péritonéal de moyenne abondance sérohématique, l'annexe droite était sans particularité. Devant l'aspect pseudo tumoral suspect de la masse annexielle gauche, une annexectomie gauche a été réalisée avec prélèvement du liquide du kyste et une cytologie péritonéale. En fin de geste un lavage de la cavité abdominale était réalisé. La patiente a été mise en post-opératoire sous triple antibiothérapie probabiliste avec bonne évolution clinique. L'examen histologique de l'annexectomie gauche a été en faveur d'un abcès ovarien largement remanié par l'inflammation et l'hémorragie, avec des lésions associées de salpingite aiguë.

### Discussion:-

Le retard de diagnostic et de prise en charge de l'ATO peut entraîner des complications graves telles que: la rupture de l'abcès avec péritonite, et choc septique. Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec la grossesse extra utérine, la torsion d'annexe, le kyste ovarien rompu, l'appendicite, la diverticulite, la pyélonéphrite aiguë, et les maladies inflammatoires de l'intestin.

Cliniquement l'ATO se présente typiquement par une douleur pelvienne spontanée et douleur annexielle provoquée et/ou douleur à la mobilisation utérine, avec une masse annexielle au toucher vaginal et de la fièvre. Des troubles digestifs à type de diarrhée peuvent être associés [5]. Le bilan biologique montre habituellement un syndrome inflammatoire, qui peut être absent, avec élévation de la CRP et hyperleucocytose et la bactériologie met en évidence un ou plusieurs agents pathogènes au prélèvement vaginal et sur le prélèvement de ponction de l'abcès. Cependant, aucun micro-organisme n'est retrouvé à l'examen du pus prélevé dans plus de 40 % des cas [6]. L'échographie montre une ou plusieurs masses latéro-utérines hétérogènes mesurant au moins 3 centimètres. La TDM abdominopelvienne avec injection de produit de contraste peut être utile aux diagnostics différentiels d'origine urinaire, digestive ou gynécologique. L'IRM, examen non irradiant, peut être réalisé en seconde intention car sa valeur diagnostique et sa spécificité sont meilleures que l'échographie et la TDM abdominopelvienne dans le diagnostic d'ATO [7].

Dès le diagnostic posé, il faut envisager une approche thérapeutique associant une antibiothérapie probabiliste parentérale ciblant les germes les plus fréquemment en cause, une ponction drainage de la collection purifiée si elle est de taille >3- 4 cm idéalement par voie échoguidée ou par voie coelioscopique. La ponction transvaginale échoguidée des ATO est une approche conservatrice bien évaluée dans la littérature et qui a montré des taux de réussite et de guérison élevés. Cette approche, moins invasive que la coelioscopie, devrait être privilégiée [8].

Le recours à la chirurgie en cas d'ATO est nécessaire en cas d'échec du traitement médical ou de menace vitale. Il est toujours couplé à une antibiothérapie. Plusieurs voies d'abord sont possibles, la colpotomie postérieure, la laparotomie et la cœlioscopie. La cœlioscopie permet un séjour plus court avec moins de complications et une résolution de la fièvre plus rapide. Deux types de chirurgie sont possibles: une chirurgie d'exérèse, plus ou moins étendue, et une chirurgie conservatrice avec adhésiolyse, exérèse des tissus nécrotiques, lavage et drainage [3].

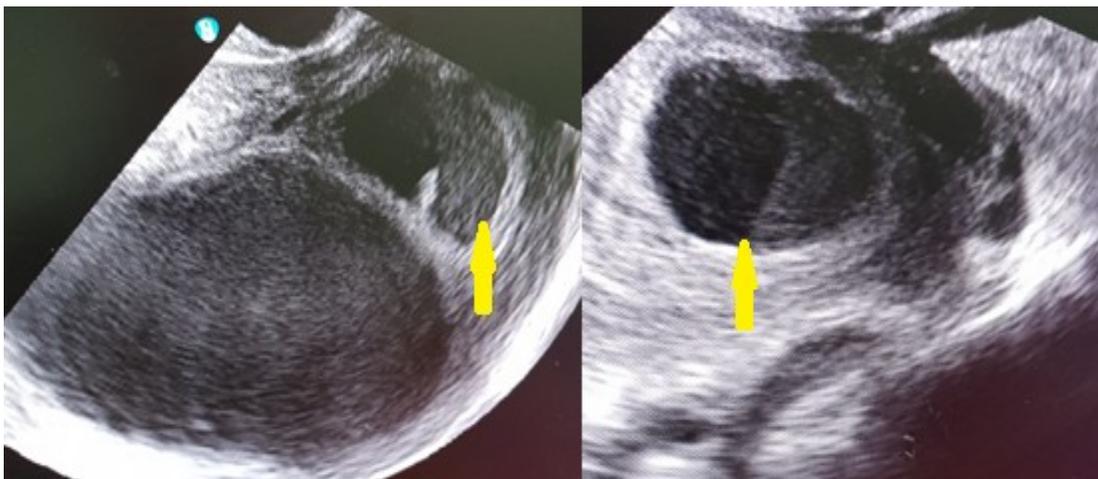


Figure 1:- Aspect échographique de la masse latéro utérine gauche faisant suspecter un abcès tubo-ovarien.



**Figure 2:-** Découverte en peropératoire d'une masse latéro-utérine gauche de 6 cm d'aspect pseudo tumoral suspect.

### Conclusion:-

L'abcès tubo-ovarien est une véritable urgence gynécologique, dont le retard de diagnostic et de prise en charge peut entraîner des complications graves telles que: la rupture de l'abcès avec péritonite et choc septique, d'où l'intérêt d'une prise en charge rapide associant une antibiothérapie parentérale avec une ponction drainage de l'abcès s'il est plus de 3-4 cm.

### Conflit d'intérêt:

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### Références:-

- [1] Landers DV, Sweet RL. Current trends in the diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:1098—110.
- [2] McNeeley SG, Hendrix SL, Mazzoni MM, et al. Medically sound, cost effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:1272—8.
- [3] Garbin O, Verdon R, Fauconnier A. [Treatment of the tubo-ovarian abscesses]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41:875–85.
- [4] Beigi R. Epidemiology, Clinical Manifestations, and Diagnosis of Tubo-Ovarian Abscess, 2015. <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-anddiagnosis-of-tubo-ovarian-abscess>.
- [5] Sordia-Hernández LH, Serrano Castro LG, Sordia-Pinero MO, et al. Comparative study of the clinical features of patients with a tubo-ovarian abscess and patients with severe pelvic inflammatory disease. *Int J Gynaecol Obstet* 2016;132(1):17–9.
- [6] Vermersch C, Dessein R, Lucot JP, et al. Tubo-ovarian abscesses treatment: feasibility and results of trans-vaginal ultrasound-guided aspiration. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2016;45(3):243–8.
- [7] Graesslin, o., Verdon, r., Raimond, e., Koskas, m., & Garbin, o. (2019). Prise en charge des abcès tubo-ovariens (ATO) et des formes compliquées d'infections génitales hautes. *RPC Infections génitales hautes CNGOF et SPILF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*.
- [8] Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23(5):667–78.