

Grossesse ectopique ovarienne : A propos d'un cas et revue de littérature

[Ectopic ovarian pregnancy : About a case and literature review]

A. Abida¹, D. Kasmi¹, A. Ahallat², A. Ragala¹, M. El Youssfi¹, and S. Bargach¹

¹Service de gynécologie obstétrique cancérologie et grossesse à haut risque, maternité Souissi, Université Mohamed V, Rabat, Maroc

²Service de chirurgie générale, Institut d'oncologie de Rabat, Maroc

Copyright © 2018 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Ovarian pregnancy (GO) is rare. Unlike other types of GEU, GO remains an isolated and exceptional phenomenon in a woman's life, independent of the usual risk factors and the exact mechanism leading to a GO remains poorly understood. The anatomopathological study authenticates the diagnosis, sometimes referred to intraoperatively. . We report the case of ovarian pregnancy met at the Souissi maternity hospital in Rabat and the different stages of care.

KEYWORDS: Ectopic ovarian pregnancy, GEU, GO.

RÉSUMÉ: La grossesse ovarienne (GO) est rare. Contrairement aux autres types de GEU, la GO reste un phénomène isolé et exceptionnel dans la vie d'une femme, indépendant des facteurs de risques habituels et le mécanisme exact conduisant à une GO demeure mal élucidé. L'étude anatomopathologique authentifie le diagnostic, parfois évoqué enperopératoire. Nous rapportons le cas d'une grossesse ovarienne rencontrée à la maternité Souissi de Rabat ainsi que les différentes étapes de la prise en charge.

MOTS-CLEFS: Grossesse ectopique ovarienne, GEU, GO.

1 INTRODUCTION

La grossesse ovarienne (GO) est une variété de grossesse où l'ovaire est le siège de la nidation [1]. Elle occupe une place particulière parmi les grossesses ectopiques en raison de sa rareté qui est liée d'une part à sa définition qui prend en compte des critères anatomiques, et d'autre part à des démarches diagnostiques bien codifiées. Contrairement, aux autres types de grossesse extra-utérine (GEU) la GO reste un phénomène isolé et exceptionnel, indépendant des facteurs de risques habituels. D'autant plus que le mécanisme exact aboutissant à une GO est encore mal élucidé. Par rapport aux autres GEU, d'autres formes de révélation de la GO ont été rapportées comme quoi la GO peut évoluer jusqu'au 2^{ème} trimestre, voire jusqu'à terme [2].

2 OBSERVATION

Patiente de 30 ans, 4^{ème} 3^{ème} pare, sans antécédents pathologiques particuliers admise aux urgences gynécologique et obstétricale de la maternité Souissi de Rabat pour prise en charge de douleur pelvienne sur aménorrhée de 20 semaines. L'examen clinique à l'admission trouva une patiente stable sur le plan hémodynamique. L'examen au spéculum mit en évidence

un col d'aspect gravide. Le toucher vaginal combiné au palpé abdominal objectiva un col long fermé postérieur avec un utérus arrivant à la hauteur de la symphyse pubienne avec une masse latéro-utérine droite séparée de ce dernier. La patiente a bénéficié initialement d'une échographie pelvienne avec un bilan biologique. Le bilan a objectivé une anémie à 10g/dl le reste du bilan sans anomalie. L'échographie a mis en évidence une masse latéro-utérine de 10 centimètre de grand axe avec embryon à l'intérieur un embryon de 14 semaine sans activité cardiaque. L'utérus était vide avec un endomètre épaissi à 14 millimètre.

Une indication de laparotomie a été posée. On a opté pour une incision médiane.

A l'exploration, c'était une grossesse ovarienne droite non rompue avec adhérences multiples avec le digestif en postérieur avec la face postérieure de l'utérus. Nous avons procédé à une adhésiolyse puis à une annexectomie droite. La patiente a bien évolué dans le post-opératoire. Elle est sortie 5 jours après avec prescription de contraception orale et de fer à dose curative.



Fig. 1. masse ovarienne droite



Fig. 2. Annexectomie droite



Fig. 3. Visualisation de l'embryon après dissection de la masse

3 DISCUSSION

La grossesse ovarienne (GO) représente 3 % des grossesses extra-utérines[3]. Sa physiopathologie est mal connue, elle semblerait être secondaire à un reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire [4]. Les cas de GO après fécondations in vitro rapportées par la littérature confortent la théorie du reflux [5]. La grossesse s'implante préférentiellement sur la cicatrice de l'ostium folliculaire d'origine, riche en fibrine et en néo capillaires [5]. Cette théorie correspond aux formes intra folliculaire et juxta folliculaire. Plus rarement, cette implantation va se faire à distance du corps jaune ou même sur l'ovaire controlatéral, correspondant alors aux formes juxta corticale et interstitielle dont la physiopathologie demeure obscure. Plus rarement, la GO peut être bilatérale ou faire partie d'une grossesse hétérotopique [6].

Cependant l'incrimination des pathologies inflammatoires du pelvis dans la genèse des GO ne fait pas l'unanimité des auteurs [5,7]. Par ailleurs, la contraception par un DIU paraît particulièrement associée aux grossesses ovariennes [7,8]. En effet, plusieurs auteurs sur des séries de 7 à 26 GO [8, 9, 10,11] ont noté des proportions allant de 57 à 90 % de patientes porteuses de stérilet. Pour les autres GEU le stérilet n'est retrouvé que chez 14 à 30 % des patientes [12, 13, 14, 15]. Le rôle du stérilet semble être expliqué par l'altération de la motilité tubaire, facilitant ainsi l'implantation au niveau de l'ovaire [5].

Les patientes sont le plus souvent vues dans un contexte d'urgence, en état de choc [13].

Le diagnostic de grossesse ovarienne peut être évoqué à l'échographie par un opérateur performant. On peut mettre en évidence un sac gestationnel attenant à l'ovaire ou comme certains l'on décrit, un double anneau hyperéchogène au sein d'une masse latéro-utérine hypoéchogène avec ou sans embryon [5]. En effet, selon l'âge de la grossesse, plusieurs images échographiques ont été décrites dans la littérature[16]. Certains critères échographiques sont très suggestifs de la localisation ovarienne de la grossesse: La présence d'image ronde anéchogène avec une couronne hyperéchogène à la surface de l'ovaire, la présence de parenchyme ovarien comme un corps jaune ou un follicule entourant la masse, et une échogénicité de la masse plus élevée que celle de l'ovaire [16]. Le diagnostic différentiel se pose souvent avec un kyste du corps jaune ou un kyste hémorragique. Dans ce cas, l'échographie tridimensionnelle (3D) semble pouvoir faire la différence grâce aux plans de coupe [16,17]. Le Doppler énergie, ne semble pas intéressant pour le diagnostic [16,18]. Le doppler pulsé semble avoir plus d'intérêt.

En fait, il faut savoir qu'il n'existe aucun signe échographique spécifique de la grossesse ovarienne [19].

Des critères de diagnostic per-opératoires de la grossesse ovarienne ont été précisés depuis 1878 ans par Spiegel berg [20]: La trompe du côté atteint doit être indemne jusqu'au pavillon, le sac ovulaire doit occuper la place anatomique habituelle de l'ovaire. Celui-ci doit être lié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien, il doit y avoir du tissu ovarien dans la paroi du sac ovulaire. Cependant ces critères sont anciens et n'intègrent pas les méthodes modernes de diagnostic, de traitement et de suivi de GEU [5]. D'autre part il est difficile de les valider en totalité surtout que la pratique de l'ovariectomie est actuellement peu fréquente. Sergent F et al [5] ont proposé d'autres critères permettant de poser le diagnostic de GO avec certitude [5]. Ces critères incluent en dehors des constatations per-opératoires déjà décrites l'évaluation des taux de HCG [5]. Concernant le volet thérapeutique, le traitement de référence des GO est chirurgical. La coelioscopie avec traitement conservateur est de plus en plus indiquée [5,21]. La laparotomie garde son indication devant un hémopéritoine majeur avec un état hémodynamique instable. Le traitement doit être conservateur dans la mesure du possible. Plusieurs techniques chirurgicales ont été décrites : résection cunéiforme de l'ovaire emportant la GO, énucléation de la GO, kystectomie du corps jaune emportant le trophoblaste, curetage du trophoblaste avec coagulation ou surjet hémostatique du lit de la GO [22] Dans de rares cas, du fait du développement avancé de la grossesse, l'ovariectomie voire l'annexectomie peut s'imposer [23].

Le traitement médical des GO est très peu décrit dans la littérature [24]. En effet, la GO est souvent diagnostiquée au stade de complications empêchant le recours au traitement médical en première intention [25]. L'adjonction de méthotrexate (MTX) peut s'envisager en rattrapage d'un traitement chirurgical insuffisant.

4 CONCLUSION

La grossesse ovarienne est une pathologie rare qui présente certaines particularités sémiologiques par rapport aux autres GEU. Son diagnostic est difficile et repose sur des critères se basant sur des constatations per- opératoires. Sa prise en charge thérapeutique reste chirurgicale malgré les progrès du traitement médical.

REFERENCES

- [1] Chahtane A, Dehaymi M, Rhrab B, Kharbach A, El Armani S, Chaoui A. La grossesse ovarienne: à propos de 14 observations avec revue de la littérature. *Revue Française de Gynécologie obstétrique*. 1993;88(1):35–38. [PubMed]
- [2] Shahabuddin A, Chowdhury S. Primary term ovarian pregnancy superimposed by intrauterine pregnancy: a case report. *J Obstet Gynaecol Res*. 1998;24(2):109–114. [PubMed]
- [3] KRAEMER B, ABELE H, HAHN M, WALLWIENER D, RAJAB TK, HORNING R. Cervical ectopic pregnancy on the portio: conservative case management and clinical review. *Fertil Steril* 2008; 90:2011.
- [4] KRAEMER B ET AL. Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to Carnegie stage 16 and review based on a clinical case. *Fertil and Steril* 2009; 92:392.
- [5] SERGENT F, MAUGER-TINLOT F, GRAVIER A, VERSPYCK E, MARPEAU L. Grossesses ovariennes : réévaluation des critères diagnostiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31 : 741-746.
- [6] MOLINARO TA, BARNHART KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007; 25:123–30.
- [7] COMSTOCK C, HUSTON K, LEE W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:42–5.
- [8] GHI T, BANFI A, MARCONI R, IACO PD, PILU G, ALOYSIO DD, ET AL. Three dimensional sonographic diagnosis of ovarian pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26:102–4.
- [9] RAZIEL A, GOLAN A, PANSKY M, RON-EL R, BUKOVSKY I, CASPI E. Ovarian pregnancy: a report of twenty cases in one institution. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1182-5.
- [10] HERBERTSSON G, MAGNUSSON SS, BENEDIKTSDDOTTIR K. Ovarian pregnancy and IUCD use in a defined complete population. *Acta Obstet Gynecol Scand*1987; 66: 607-10.
- [11] CABERO A, LASO E, LAIN JM, MANAS C, ESCRIBANO I, CALAF J. Increasing incidence of ovarian pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 31: 227-32.
- [12] JOB-SPIRA N, COSTE J, AUBLET-CUVELIER B, GERMAIN E, FERNANDEZ H, BOUYER J, ET AL. Fréquence de la grossesse extrautérine et caractéristiques des femmes traitées. Premiers résultats du registre d'Auvergne. *Presse Med* 1995; 24: 351-5.
- [13] ERCAL T, CINAR O, MUMCU A, LACIN S, OZER E. Ovarian pregnancy; relationship to an intrauterine device. *J Obstet Gynecol*1997; 37: 362-4.
- [14] BOUYER J, RACHOU E, GERMAIN E, FERNANDEZ H, COSTE J, POULY JL, ET AL. Risk factors for extrauterine pregnancy in women using an intrauterine device. *Fertil Steril*2000; 74: 899-908.
- [15] ABOUD E. A five-year review of ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997; 24: 127-9
- [16] GHI T, BANFI A, MARCONI R ET AL. Three-dimensional sonographic diagnosis of ovarian pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26: 102–104.
- [17] EINENKEL J, BAIER D, HORN L-C ET AL. Laparoscopic therapy of an intact primary ovarian pregnancy with ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod* 2000; 15(9): 2037–2040.
- [18] COMSTOCK C, HUSTON K, LEE W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:42–5
- [19] ATRI M. Ectopic pregnancy versus corpus luteum cyst revisited: best Doppler predictors. *J Ultrasound Med* 2003; 22:1181–4.
- [20] KIRK E, BOURNET, TOM BOURNE. Diagnosis of ectopic pregnancy with ultrasound. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009; 23: 501–508.
- [21] CEPNI I, OCAL P, ERKAN S ET AL. Conservative treatment of cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound guided aspiration and single-dose methotrexate. *Fertil Steril* 2004; 81: 1130–1132.
- [22] RIETHMULLER D, SAUTIERE JL, BENOIT S, ROTH P, SCHAAL JP, MAILLET R. Diagnostic échographique et traitement laparoscopique d'une grossesse ovarienne. À propos d'un cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; 25 : 378- 83.
- [23] GAUBERT P, DUFOUR P, DEVISME L, MASSONI F, QUERLEU D. Grossesse ovarienne. À propos d'une observation. *Presse Med*1999; 28: 2103.
- [24] MARCUS SF, BRINSDEN PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. *Fertil Steril* 1993; 60: 167-9.
- [25] JOURDAIN O, FONTANGES M, SCHIANO A, RAUCH F, GONNET JM. Prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire, ovarienne). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32 [suppl]:93-100.