



Journal Homepage : -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/14755

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14755>



RESEARCH ARTICLE

UN CAS RARE DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE OVARIENNE

Soukaina El Idrissi, Soukaina El Aziz, Ahlam Bassir, Hamid Asmouki, Yasser Ait Benkaddour and
Abderaouf Soummani

Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Med VI, Marrakech, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 19 March 2022

Final Accepted: 25 April 2022

Published: May 2022

Key words:-

Grossesse Extra-Uterine Ovarienne,
Grossesse Ectopique, Echographie,
Traitement Chirurgical

Abstract

La grossesse ovarienne représente une localisation rare parmi les grossesses ectopiques, c'est une pathologie particulière, le clinicien est confronté à un tableau clinique atypique et une imagerie peu concluante. Ici nous allons aborder un cas clinique de grossesse ovarienne révélée par retard des règles et des douleurs pelviennes. Le diagnostic préopératoire a été suspecté à l'échographie devant une image latéro-utérine droite au dépend de l'ovaire droit. Une laparotomie a été réalisée en urgence, le traitement chirurgical a été conservateur.

Copy Right, IJAR, 2022, All rights reserved.

Introduction:-

La grossesse ovarienne est une variété de grossesse où l'ovaire est le siège de la nidation (1) avec un diagnostic souvent fait lors de l'intervention (2), la grossesse ovarienne reste une entité rare et particulière en raison de son démarche diagnostique codifiée et son indépendance des facteurs de risques habituels. Sa physiopathologie reste mal élucidée, elle semble être secondaire à un reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire (3,4), cependant plusieurs littératures mentionnent en cause à 57-90 % des patientes porteuses de dispositif intra utérin (5) par rapport aux autres grossesses extra utérine, d'autres formes de révélation de la grossesse ovarienne ont été rapportées comme quoi la grossesse ovarienne peut évoluer jusqu'au 2^{ème} trimestre, voire jusqu'à terme (6). Nous rapportons un cas d'une grossesse ovarienne, et à la lumière de la littérature, nous détaillerons la physiopathologie, le diagnostic et la prise en charge.

Observation Clinique:-

Patiente âgée de 26 ans, consulte aux urgences pour des douleurs pelviennes, métrorragies et une aménorrhée de 7 SA. Sans antécédents pathologiques particuliers. C'est une G2P1 avec enfant vivant par césarienne, sans notion de prise de la pilule. L'examen à l'admission a trouvé des conjonctives pâles, TA à 100/60 et pouls à 110 bpm, une défense au niveau de la fosse iliaque droite. Une cicatrice pelvienne de Mac Burney. L'examen au speculum a objectivé un saignement noirâtre de faible abondance d'origine endo-utérine avec une douleur à la mobilisation utérine surtout à droite. L'échographie endovaginale a objectivé un utérus vide, endometre décidualisé, avec présence d'une masse latéro-utérine droite faisant 8*5 cm hétérogène échogène aux dépens de l'ovaire droit avec la présence d'un épanchement de moyenne abondance. Le taux de BHCG 7358 MUI / ml, HB à 12,5 g/dl. Le diagnostic préopératoire le plus probable est la grossesse extra-utérine ovarienne rompue, la conduite à tenir était une exploration au bloc opératoire. Une laparotomie a été réalisée en urgence pour suspicion d'une grossesse extra-utérine très probablement ovarienne, l'exploration a objectivé la présence d'une hémopéritoine de moyenne abondance, utérus de taille et de contours régulier, annexes gauches sans particularité, l'annexe droite; présence

Corresponding Author:- Soukaina El Idrissi

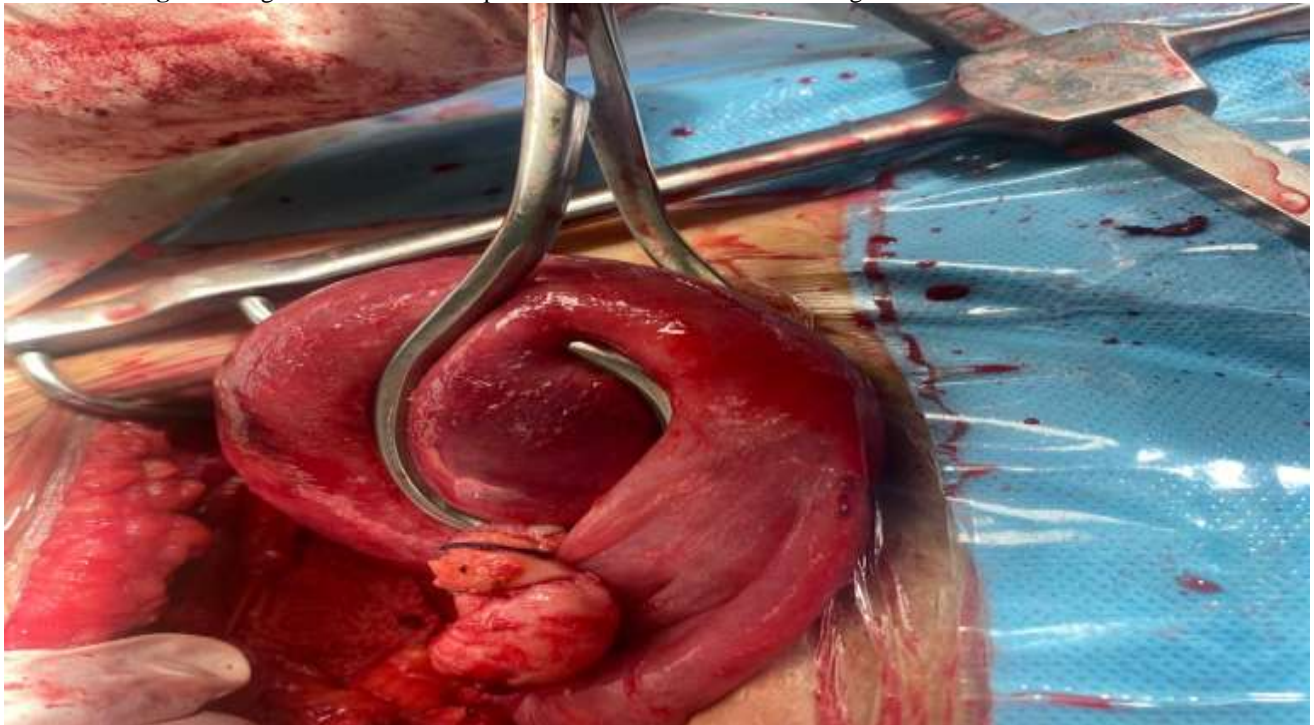
Address:- Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Med VI, Marrakech, Maroc.

d'une masse de 9 * 7 cm au dépend de l'ovaire droit en faveur d'une grossesse ovarienne droite rompue . L'excision du trophoblaste a été réalisée avec succès . Les suites postopératoires étaient bonnes . L'examen anathomopathologique a confirmé le diagnostic de grossesse ovarienne .

Image 1:- Grossesse extra utérine ovarienne en per opératoire.



Image2:- Image de l'ovaire droit après traitement conservateur de la grossesse ovarienne droite .



Discussion:-

La grossesse ovarienne représente les premiers sites de localisation de GEU rares . La grossesse ovarienne a été suspectée pour la première fois par Mercureus en 1614 et prouvée à partir d'autres travaux cités par Gall (7) . Leur fréquence est estimée à 2-3 % des GEU , ce qui représente une incidence d'environ 1/2500 à 1/5000 naissances (8) . Sa physiopathologie est mal connue , elle semblerait être secondaire à un reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire (9) . La grossesse s'implante préférentiellement sur la cicatrice de l'ostium folliculaire d'origine , riche en fibrine et en néo capillaires (10) . 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 grossesse ovarienne peut être bilatérale ou faire partie d'une grossesse hétérotopique (11) . Dans notre cas la grossesse était unique et implantée du côté de leur corps jaune . Contrairement aux GEU tubaires , la pathologie et la chirurgie tubaire ne semblent pas augmenter le risque de survenue de la grossesse ovarienne . Cependant l'incrimination des pathologies inflammatoires du pelvis dans la genèse des grossesses ovarienne ne pas l'unanimité des auteurs (12). Par ailleurs , la contraception par dispositif intra utérin paraît particulièrement associée aux grossesses ovariennes (13) . En effet , plusieurs auteurs sur des séries de 7 à 26 grossesses ovarienne (14) ont noté des proportions allant de 57 à 90 % des patientes porteuses de stérilet . Cliniquement , la symptomatologie douloureuse abdominopelvienne devance la scène . Ces douleurs correspondent à la rupture de la capsule ovarienne par la grossesse et à la constitution de l'hémopéritoire (15) . Les patients sont plus vues dans un contexte d'urgence , en état de choc . Chez notre patiente , la douleur abdominopelvienne était le premier signe d'appel . Le diagnostic de grossesse ovarienne peut être évoqué à l'échographie par un opérateur performant . On peut mettre en évidence un sac gestationnel appartenant à l'ovaire ou comme certains l'ont décrit , un double anneau hyperéchogène avec ou sans embryon (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 (17) . Plusieurs techniques chirurgicales ont été décrites pour la prise en charge de la grossesse ovarienne : la résection cunéiforme de l'ovaire emportant la grossesse ovarienne c'est le cas de notre patiente , énucléation de la grossesse ovarienne , kystectomie du corps jaune emportant le trophoblaste avec coagulation ou surjet hémostatique du lit de la grossesse avec conservation totale de l'ovaire (18) . Dans de rares cas du fait du développement avancé de la grossesse , l'ovariectomie voire l'annexectomie peut s'imposer . Le diagnostic souvent tardif de la grossesse ovarienne empêche le recours au traitement médical en première intention . Concernant son pronostic , la grossesse ovarienne , du fait de l'absence d'atteinte tubaire , ne constitue pas un facteur de risque d'une récurrence d'une grossesse extra-utérine (19) . L'examen anatomopathologique a une importance capitale car c'est lui qui permet de confirmer le diagnostic de la grossesse ovarienne qui a pour but d'éliminer la grossesse abdominale primitive , d'après les critères anatomiques de Spielberg en 1878 la trompe du côté atteint , y compris le pavillon doivent être indemne de toute lésion ; le sac ovulaire doit occuper la place anatomique habituelle de l'ovaire (17) c'est le cas de notre patiente . Il doit exister du tissu ovarien ovarien au sein du sac ovulaire ce qui sous entend la confirmation histologique de la présence de villosités chorionales au sein du tissu ovarien .

Conclusion:-

La grossesse ovarienne est une urgence obstétricale rare qui a ses propres particularités , son diagnostic est délicat , sa prise en charge thérapeutique reste chirurgicale , ses complications dépendent des périodes dans l'évolution de la grossesse . Le diagnostic reste difficile souvent fait en péroopératoire , la prise en charge est surtout chirurgicale malgré les progrès du traitement médical .

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge de la patiente et à la rédaction de manuscrit. Les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Bibliographie:-

1. Chahtane A , Dehamy M , Rhab B , Kharbach A , El Amrani 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. Gaubert P , Dufour P , Devisme L , Massoni F , Querleu D grossesse ovarienne a propos d'une observation . La presse medicale **Pubmed**
3. 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 **Pubmed**
4. Sergent F , Mauger Tinlot F Gravier A , Verspyck E, Marpeau L grossesse ovariennes reevaluation des criteres diagnostiquesJ Gynecol obstet Biol Reprod 2002 **Pubmed**
5. Ghi T , Bani A , Marconi R , Iaco PD , Pilu G , Aloysio DD , et al. Three dimensional sonographic diagnosis of ovarian pregnancy Ultrasound obstet Gynecol 2005 **Pubmed**
6. Shahabuddin A, Chowdhury S. Primary term ovarian pregnanciesuperimposed by intrauterine pregnancy: a case report. JObstet Gynaecol Res. 1998; 24(2): 109-. **PubMed**
7. Grall J, Jacques Y. La grossesse ovarienne: à propos de quatre cas. Revue Française de Gynécologie.1978; 73(2): 139- 145. **PubMed**
8. Job-Spira N, Coste J, Aublet-Cuvelier B, Germain E, FrenandezH and al. Fréquence de la grossesse extra-utérine etcaractéristiques des femmes traitées. La Presse médicale.1995; 24(7): 351-355. **PubMed** |
9. Sergent F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, VersyckeE, Marpeau L. Grossesses ovariennes:réévaluation des critères diagnostiques. JGynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2002Dec;31(8): 741-6. PubMed|
10. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. Semin Reprod Med.2007;25: 123-30. PubMed|
11. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. Obstet Gynecol. 2005 Jan;105(1): 42-5. PubMed|
12. 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 Jul;26(1):102-4.
13. Jourdain O, Fontanged M, Schiano A, Rauch F,Gonnet JM. Prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire,ovarienne). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2003 Nov;32(7 Suppl): S93-100. PubMed|
14. Pan H, Huang L, Lee J, Hwang J, Chang J. Ovarianpregnancy torsion. Arch Gynecol Obstet.2004;270(2): 119-121. PubMed|
15. Sergent F, Mauger F, Gravier A, Verspyxk E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: revaluation of diagnostic criteria. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2002;31(8): 741-746. PubMed|
16. Renaud R, Voury-Heyler C, Leissner P, Chesnet Y, Sangaret M, Serres JJ et al. Les grossesses abdominales après le 6e mois, revue de lalittérature: à propos de 8 cas. Gynecol Obstet.1969;68(3): 297-318.
17. Andrea T, Gernot H, Antonio M, Raffaele T.Laparoscopic management of ovarianpregnancy. JSLS. Apr-Jun 2008;12(2): 169-72.PubMed| Google Scholar
18. Tabassum M, Atmuri K. The unexpected ovarianpregnancy at laparoscopy: a review ofmanagement. Case Rep Obstet Gynecol.2017;2017: 9856802. PubMed|
19. Agdi M, Tulandi T. Surgical treatment of ectopicpregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.2009 Aug;23(4): 519-27. PubMed| GoogleScholar.