



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)  
**INTERNATIONAL JOURNAL OF  
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/xxx  
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/9989>



### RESEARCH ARTICLE

#### LOCALISATION RARE DE GROSSESSES ECTOPIQUES : GROSSESSE OVARIENNE A PROPOS DE DEUX CAS.

Nyingone S<sup>1</sup>, Fdili Alaoui F-Z<sup>2</sup>, Jayi S<sup>2</sup>, Chaara H<sup>3</sup>, Lamrani Alaoui M Y<sup>5</sup> and Melhouf M-A<sup>4</sup>.

1. Medecin Résidente en gynécologie-obstétrique II du CHU Hassan II de Fès-Maroc.
2. Professeur agrégée de gynécologie-obstétrique, CHU Hassan II de Fès.
3. Professeur assistant de gynécologie obstétrique, CHU Hassan II de Fès
4. Professeur de l'enseignement supérieur de gynécologie-obstétrique, CHU Hassan II de Fès.
5. Professeur assistant de radiologie, CHU Hassan II de Fès.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 05 September 2019  
 Final Accepted: 07 October 2019  
 Published: November 2019

##### Key words:-

Ovarian pregnancy- Endovaginal  
 ultrasound - pelvic MRI -Laparotomy.

#### Abstract

Ovarian pregnancy is rare localization of known ectopic pregnancies. Its incidence is on the rise in the world. Its risk factors remain to date the same as those of general ectopic pregnancies although the IUD would be the most involved. The diagnosis is based on the clinic: abdominal pain, metrorrhagia and amenorrhea. In some cases it is a fortuitous discovery as reported in our study. Before a table of hemodynamic shock, one must always suspect a GEU in any woman in genital activity. The quantitative determination of beta-HCG, radiology namely endovaginal ultrasound and sometimes MRI (to differentiate known ovarian masses) are an aid to diagnosis but confirmation remains histological. Our study presents two cases of ovarian pregnancies collected in the obstetrics and gynecology department 2 of CHU Hassan II in Fez, whose gestational ages of discovery are different, but both have undergone a laparotomy of exploration concluding with a left oophorectomy, or left appendectomy, and whose final diagnosis was retained by the pathological study.

Copy Right, IJAR, 2019,. All rights reserved.

#### Introduction:-

Par grossesse extra-utérine, nous entendons, la localisation d'une grossesse en dehors de la cavité utérine. Elle intéresse en général, la trompe de Fallope (distale ou proximale). Par ailleurs, la nidation peut se faire, dans l'ovaire ou la cavité abdominale.

La grossesse ovarienne(GO) est une localisation rare des grossesses ectopiques connues et dont l'ovaire est le site de nidation. Son diagnostic est souvent fait en per-opératoire et parfois aidé par l'imagerie mais en respectant certains critères. Elle peut être diagnostiquée à n'importe quel âge de la grossesse : 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre et doit être confirmée par l'étude anatomopathologique.

Nous rapportons deux(02) cas : l'un dont le diagnostic a été posé au cours de l'acte opératoire et l'autre suspecté par IRM pelvienne et aidé en per-opératoire et tous les deux confirmés par l'analyse histologique. A cet effet, notre objectif est d'exposer les faits et de comparer la PEC aux données de la littérature.

#### Corresponding Author:-Nyingone S.

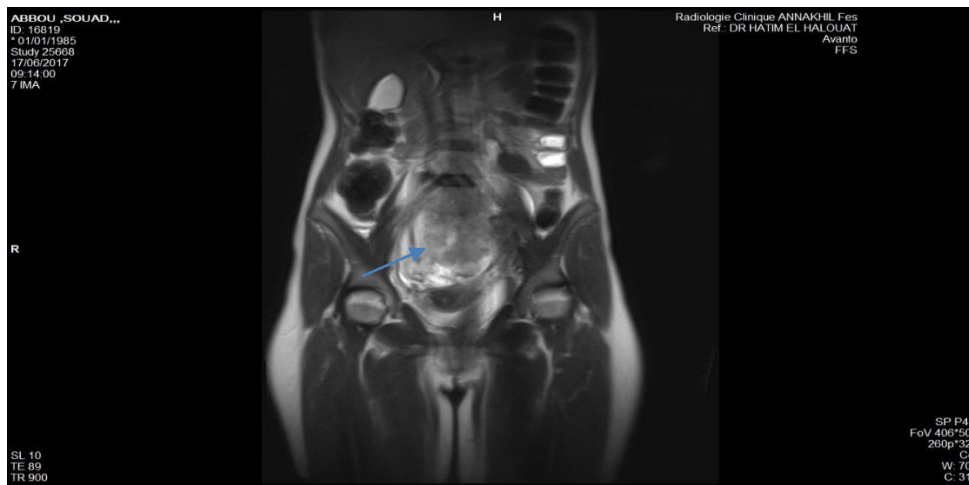
Address:-Résidente en 4<sup>e</sup> année de spécialisation au service de gynécologie-obstétrique II du CHU Hassan II de Fès-Maroc.

**Patientes et observations:-****Observation 1 :**

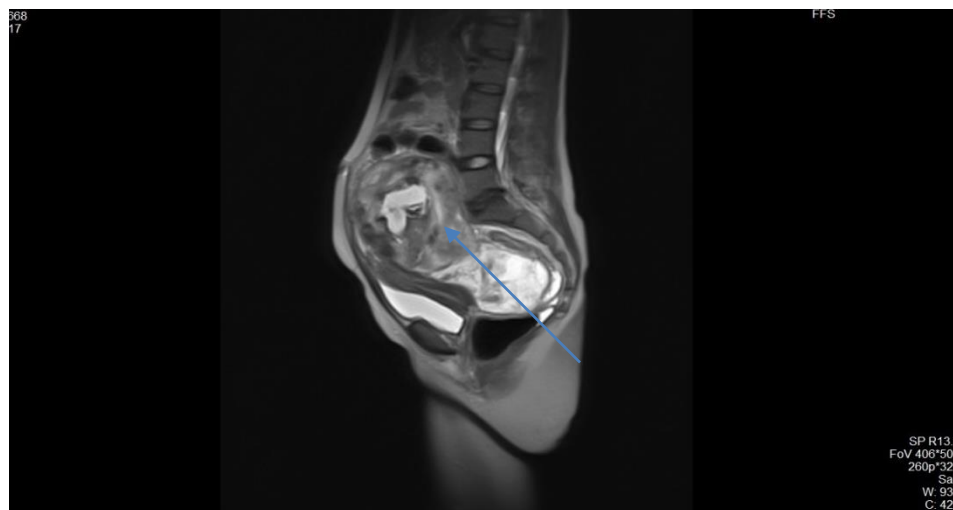
Mme A.S... âgée de 32ans, G2P1, sans antécédents, ayant consulté pour douleurs abdominales associées à des métrorragies évoluant depuis 3 semaines sur aménorrhée de 02 mois. L'examen clinique trouve une patiente consciente tachycarde à 112 et des conjonctives décolorées. Avec palpation d'une masse abdominale arrivant jusqu'à l'ombilic de consistance dure, douloureuse à la mobilisation mais sans défense. Au spéculum un col gravide avec au toucher vaginal, un utérus de taille difficile à apprécier avec masse comblant le cul de sac de Douglas. Bilan biologique : Hb=5.2 ; GB=9840 ; BHCG= 4418 ; groupe B+. L'échographie pelvienne : utérus de taille normale, absence de sac gestationnel intra-utérin ; image en faveur d'une masse abdominale prenant tout l'écran de 15 x 10cm hétérogène non vascularisée au doppler sus et retro-utérine dont les limites avec l'utérus semblent être distinctes en faveur d'une GEU organisée vu le contexte.

IRM pelvienne : masse abdomino-pelvienne hémorragique de 20 x13x 09 cm sans composante tissulaire, indépendante de l'utérus et de l'ovaire droit en faveur d'une grossesse intra-abdominale ou une tumeur ovarienne gauche hémorragique ne pouvant être formellement éliminée. (Images 1 à 3).

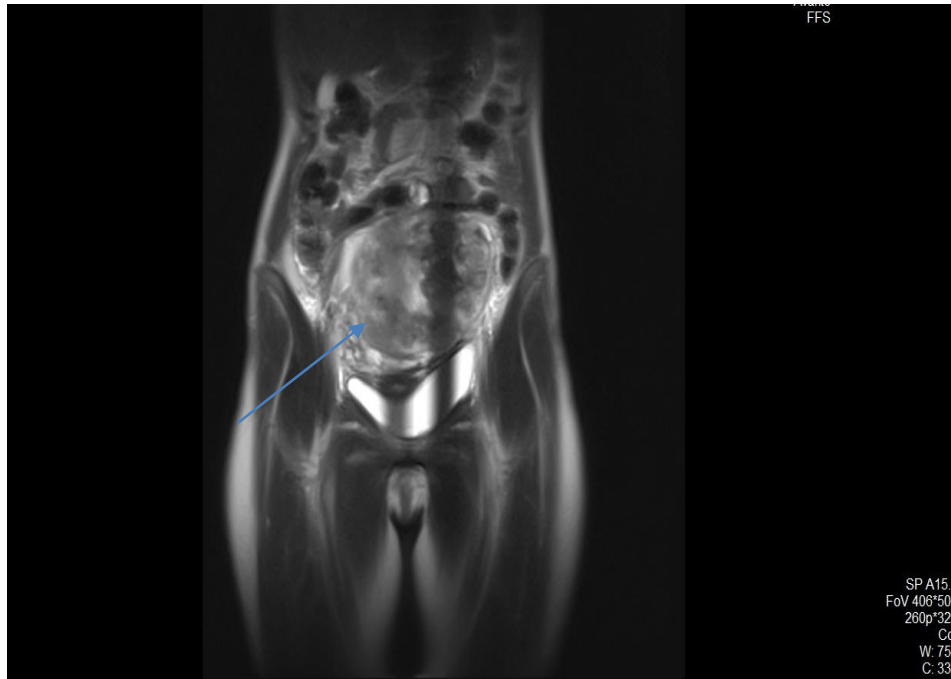
Une laparotomie a été faite : mettant en évidence un hémopéritoine de 100cc, une volumineuse masse ovarienne avec du produit de conception au dépend de l'ovaire gauche détruit. Patiente transfusée en per-opératoire. Une ovariectomie a été réalisée : l'examen anatomo- pathologique en faveur d'une grossesse extra-utérine ovarienne. Les suites post-opératoires étaient simples.



**Figure 1:-**Volumineuse masse hétérogène.



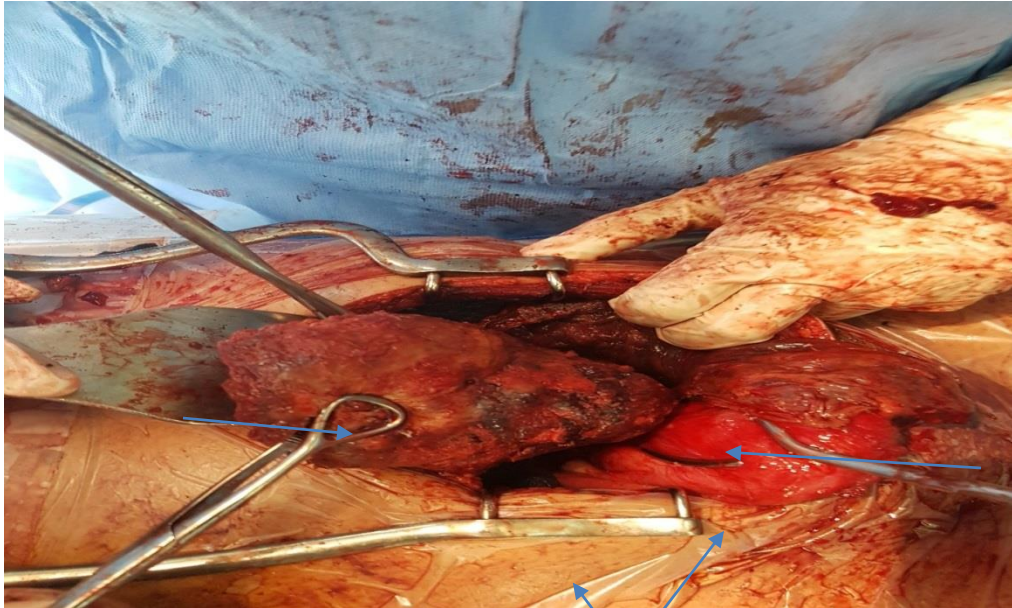
**Figure 2:-**Grosse masse hétérogène.



**Figure 3:**-Enorme masse remplissant la région pelvienne.

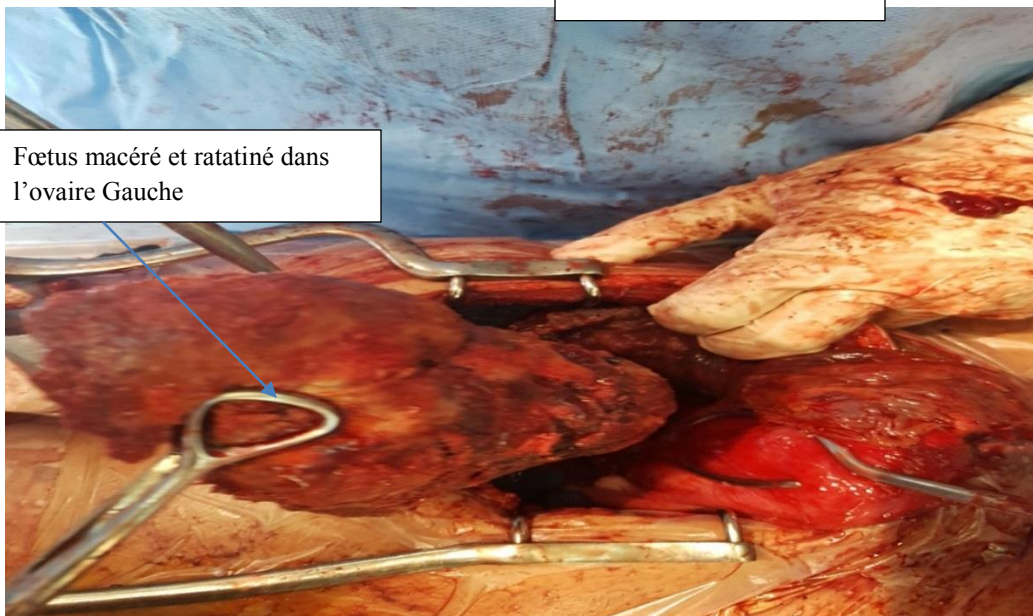
**Observation 2 :**

1. M. K... âgée de 30ans, sans antécédents, primigeste, enceinte estimée à 32SA +4j non suivie, ayant consulté pour suivi. L'examen clinique trouve une hauteur utérine petite par rapport à l'âge gestationnel (16cm), sans douleurs abdominales ; les BCF non perçus avec au spéculum : présence d'un saignement noirâtre minime provenant de l'endocol ;
2. Echographie obstétricale a mis en évidence : un utérus vide ; présence d'une grossesse monofœtale non évolutive abdominale, biométrie correspondant à 23SA ; avec un placenta hétérogène dont l'insertion à l'IRM a montré un placenta adhérent aux vaisseaux iliaques gauches avec suspicion d'une grossesse abdominale.
3. Bilan biologique : Hb=12 ; GB=4080 ; groupage A+.
4. Une laparotomie a été faite dont l'exploration a objectivé des adhérences épiplo-utérines avec énorme masse au dépend de l'ovaire gauche sans vascularisation anarchique avec trompe gauche borgne et un utérus gravide (images 4 à 7). Découverte de l'intégrité de l'annexe droite. Une ovariectomie gauche avec extraction d'un mort-né macéré de 600g ; puis délivrance du placenta enclavé dans le douglas. Une annexectomie gauche a été réalisée : l'histologie en faveur d'une grossesse ovarienne avec des cellules déciduales au niveau annexiel ; le placenta d'étude normale. La récupération s'est faite sans incident.



Utérus et annexe droite : d'aspect macroscopiquement normal ; Fœtus ratatiné dans l'ovaire gauche (flèche de gauche) avec annexe gauche détruite (flèche de droite).

Annexe droite et utérus



Fœtus macéré et ratatiné dans l'ovaire Gauche

1. Fœtus ratatiné dans l'ovaire Gauche. 2. annexe gauche détruite avec produit de conception ancien et ses membranes. 3. Aperçu de l'annexe gauche après lavage abondant.

### Discussion:-

Les GO sont le premier site de prédilection des Grossesses hétérotopiques rares, elles représentent 3% de GEU [1-2, 3], soit une incidence de 1/2500 à 1/5000, fréquence énoncée habituellement dans la littérature [4]. Les facteurs de risque spécifiques aux grossesses ectopiques ovariennes, ne sont pas bien définis ; certains impliqueraient le DIU [4 ; 5 ; 6,7, 8, 9]. Dans notre cas, aucun antécédent ni facteurs de risque ont été relevés comme peut le signifier également l'étude de Donald L et al, et celle de Yu-Jin et al qui rapportent que les GO peuvent survenir sans facteurs prédisposant [10 ,11]. L'âge moyen de nos patientes est de 31 ans, proche de l'étude de Beugré N, de Haingo V et C-S.Shiau, en côte d'ivoire, Madagascar et Chine [12, 13, 14]. Toutes deux ont consulté à des âges gestationnels

différents (2 mois et 32SA) pour soutenir que la GO est découverte à tout âge de la gestation [5, 15, 16, 17], quand bien même certains écrits attestent qu'elles sont pour la plupart abortives car survenant avant 12SA [18].

La symptomatologie clinique reste celle des grossesses ectopiques avec généralement les douleurs abdominales, la notion d'aménorrhée et les métrorragies. Et les patientes sont souvent reçues dans un tableau d'urgence [19] ; Toute fois chez une de nos patientes, c'est une découverte fortuite sur une gestation avancée (cas n°2) [16]. Parfois une palpation abdominale d'une masse annexielle (cas n°2) [20, 21].

La démarche diagnostique est la même que celle d'une GEU classique à savoir un bilan biologique et échographique. En effet aujourd'hui l'échographie sus-pubienne et endovaginale est incontournable devant l'accessibilité immédiate et joue un rôle important dans la présomption du diagnostic ; mais l'imagerie par résonance magnétique est d'une aide surtout dans le diagnostic de ces grossesses ectopiques rares afin de différencier avec les masses ovariennes [1, 20] ou quand les données échographiques restent floues et confuses [22]. Elle peut à cet effet montrer un placenta inséré aux Vaisseaux iliaques [23], tel a été le cas chez une de nos patientes. Cet examen va également orienter une attitude armée de prise en charge. Traditionnellement, la chirurgie reste la clé thérapeutique des grossesses ovariennes, soit par ovariectomie ipsilatérale, soit par résection en coin par laparotomie ou laparoscopie.

Dans ce cas de figure notre équipe a procédé à une laparotomie qui demeure une des meilleures voies d'abord pour effectuer un diagnostic per-opérateur [1, 7, 9, 20, 21]. Il est plus qu'évident que la laparoscopie est l'abord chirurgical d'actualité, mais dans la plupart des pays en voie de développement et pour certaines contre-indications de coelioscopie, la laparotomie serait l'idéale. Une étude coréenne en 2016, rapporte néanmoins 10 laparotomies réalisées sur 69 cas de GEU (tubaire et ovarienne) [24], et sur l'étude de Shiao C-S en Chine, il y avait 54% de laparotomies exploratrices [14]. L'attitude thérapeutique doit viser de prime abord la préservation de la fertilité, c'est pour cela l'ovariectomie reste de dernier recours. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une intervention radicale (ovariectomie et annexectomie) au vu des dégâts observés à l'exploration.

Le diagnostic de confirmation se fera par l'anatomopathologie prouvée sur toutes les études établies. Notre étude malheureusement ne rapporte pas de fœtus vivant comme le cas d'Elif M en Turquie bien que le bébé soit décédé à J+4 de vie par hypoplasie pulmonaire [15].

### **Conclusion:**

De notre expérience nous retiendrons que la GO est rare mais son incidence est en recrudescence. Le diagnostic repose sur une démarche rigoureuse pré-opérateur (clinique d'un état de choc à une découverte fortuite, biologique et radiologique), per-opérateur (laparoscopie ou laparotomie) et pronostique. Cependant la confirmation reste basée sur l'histologie.

### **Bibliographie:**

1. Comstock C, Huston K, Lee W. L'aspect échographique des grossesses ectopiques ovariennes. Am College Obstet Gynaecol 2005; 105: 42-5.
2. Tinelli A, Hudelist G, Malvasi A, et al. Prise en charge laparoscopique de la grossesse ovarienne: rapport de cas. JSLS 2008; 12 : 169-72.
3. Kraemer B, Kraemer E, Guengoer E, Juhasz-Boess I, Solomayer E-F, Wallwiener D and Konrad Rajab T. Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to carnegie stage 16 and review based on a clinical case. Fertility and sterility, Am Society of reproductive medicine, july 2009, vol 92(1), 392:13-15
4. Raziel A, Schachter M, Mordechai E, Friedler S, Panski M, Ron-El R. Ovarian pregnancy-a 12-year experience of 19 cases in one institution. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 114:92-96.
5. Yuri M, Marconi G, Diradourian M, Vilela M, Kenny A and Buzzi J. Ovarian ectopic pregnancy: applicability of transvaginale and color Doppler sonography in early diagnosis. Clinical and therapeutical correlation. Am Society of reproductive medicine; Fertility and sterility, Sept 2008, Vol 90, Pages S166.
6. Alkatout I, Stuhlmann-Laeizs C, Mettler L, Jonat W and Schollmeyer T. Organ-preserving management of ovarian pregnancies by laparoscopic approach. American Society of reproductive medicine, fertility and sterility, Jun 2011, Vol 95(8) P 2467-2470.
7. Hallatt JG. Primary ovarian pregnancy: a case report of twenty-five cases. Am J Obstet Gynecol. 1982; 143 (1): 55-60.

8. Grimes H, Nosal RA, Gallagher JC. Grossesse ovarienne. Une série de 24 cas. *Obstet Gynecol.* 1983; 61: 174-180.
9. Ghasemi Tehrani H, Hamoush Z, Ghasemi M, Hashemi L. Ovarian Ectopic pregnancy: a case report. *Iran J Reprod Med.* Vol 12(4): 281-284, April 2014.
10. Donald L, Fylstra MD. Ectopic pregnancy not with the (distal) fallopian tube: etiology diagnosis, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, April 2012, vol 206(4): 289-299.
11. Yu-Jin Koo, Hong-Jun Choi, Kyong-Shil Im, Hyun-Joo Jung, Yong-Soon Kwon. Pregnancy outcomes after surgical treatment of ovarian pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 114(2011) 97-100.
12. Beugre N. Mémoires CES. Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des grossesses extra-utérines: à propos de 59 cas. Abidjan: Gynéco Obst; 1993.
13. Haingo Voahangy R R; Volahasina F R; Nomenjanahary L; Andriamampionona T F et Randrianjafisamindrakotroka N S. Grossesse ovarienne à propos de 3 cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal.* 2016; 25:128.
14. Shiau C-S, Hsieh C-L, Chang M.-Y. Primary ovarian pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 96, 127-130.
15. Elif M, Yilmaz G, Ebru Z, Semra Kayatas E, Ozkanli S, Kumru P. A 34-week ovarian pregnancy: case report and review of literature. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2013; 14: 246-9.
16. Choi HJ, Im KS, Jung HJ, Lim KT, Mok JE, Kwon YS. L'analyse clinique de la grossesse ovarienne: un rapport de 49 cas. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 158: 87-9.
17. Stanley JR, Harris AA, Gilbert CF, Dellinger EH. Magnetic resonance imaging in evaluation of a second-trimester ovarian twin pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 648-652.
18. Sergent F, Mauger F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002; 31(8):741-746.
19. Ercal T, Cinar O, Mumcu A, Lacin S, Ozer E. Ovarian pregnancy: relationship to an intrauterine device. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 1997; 37(3):362-364.
20. Hassan S, Arora R, Bhatia K. Primary ovarian pregnancy: case report and review of literature. *BMJ Case Rep.* 2012; 2012:bcr2012007112.
21. Mehra S, Negi H, Hotchandi M. Rare case of ovarian pregnancy managed by laparoscopy: A case report. *JK Sci.* 2003; 5:29.
22. Edouard P, Corinne L, Elise F, Nicolas L, Mathieu L, Julien B, Yann R, Emmanuel C ; Jean-Philippe L. Aspect échographique et IRM de la grossesse extra-utérine. *Imagerie de la femme.* 2009 ; vol 19 (3) : 171-178.
23. Picaud A, Ella Edogha R, Ozouaki F, Nlome-Nze A-R, Faye A, Ogowet-Igumu N, Engongha T, Grossesse abdominale à propos de 11 cas; médecine de l'Afrique noire, 1990 : 37(9).
24. Mi Rang S, Choi J S, Jaeman B, Won Moo L, Jeong Min E, Eunhyun L and Jihyun K. Peroperative diagnostic clues to ovarian pregnancy: retrospective chart review of women with ovarian and tubal pregnancy. *Korea Society of obstetrics and Gynecology.* Sep 2017, 60(5):462-468.