

Ovarian pregnancy, a case report and review of the literature

Dr Mohammed Rahmoune, Dr Soufiane Habyebete , Pr Mohammed Lahkim

Corresponding author: Dr Mohammed Rahmoune, dr.rahmoune@gmail.com , Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Militaire My Ismail, Meknès, Maroc
Numéro de téléphone : 00212661505153

Dr Soufiane Habyebete : soufiane.habibate@gmail.com, Service d'urologie, Hôpital Militaire My Ismail, Meknès, Maroc
Pr Mohammed Lahkim : drlahkim55@gmail.com, Service de chirurgie viscérale, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Abstract: Ovarian pregnancy is a rare entity among ectopic pregnancies where the ovary is the site of implantation. Its diagnosis requires a well codified approach. It is a gynaecological emergency where the vital prognosis may be at stake. Its management is surgical. We report the case of a left ovarian pregnancy discovered at the Moroccan Level 2 Hospital in Bunia, Democratic Republic of Congo, during the peacekeeping mission.

Keywords: Ovarian pregnancy, ultrasound, surgery

Grossesse Ovarienne, à propos d'un cas et revue de littérature

Résumé

La grossesse ovarienne représente une entité rare parmi les grossesses ectopiques où l'ovaire est le siège de la nidation. Son diagnostic nécessite une démarche bien codifiée. C'est une urgence gynécologique où le pronostic vital peut être mis en jeu. Sa prise en charge est chirurgicale. Nous rapportons le cas d'une grossesse ovarienne gauche découverte à l'Unité Médicale Marocaine Niveau 2 de la MONUSCO à Bunia en République Démocratique du Congo dans le cadre de la mission de maintien de la paix.

Mots-clés : Grossesse ovarienne, échographie, chirurgie,

Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) est une grossesse implantée en dehors de la cavité utérine. C'est l'une des urgences médicochirurgicales les plus fréquentes en gynécologie. L'implantation peut avoir différentes localisations : tubaire le plus souvent mais parfois extratubaire (ovarienne, interstitielle, cornuale, cervicale, sur cicatrice de césarienne ou abdominale) L'ovaire occupe la deuxième place (1). La grossesse ovarienne représente en effet 3 % de toutes les grossesses ectopiques (2).

Sa physiopathologie est mal connue, elle semblerait 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 sujettes de l'utilisation des stérilets comme le dispositif intra utérin [5].Le diagnostic préopératoire de ce type de grossesse est difficile. Le clinicien est confronté à une sémiologie clinique pauvre et à un diagnostic échographique difficile. Les critères chirurgicaux restent difficiles à prouver (4).

Nous rapportons un cas de grossesse ovarienne observée à l'Unité Médicale Marocaine Niveau 2 de la MONUSCO en RDC, cas reçu et traité au mois de Janvier 2021.

Patiente et observation

Il s'agit de Mme S.L., âgée de 33 ans, sans antécédents pathologique notable, elle a donné naissance à 02 enfants vivants accouchés par voie basse. Référée du Niveau 1 Onusien pour Métrorragies + douleurs pelviennes sur aménorrhée de 01 Mois.

L'histoire de la maladie remonte à un mois par la prise de la pilule du lendemain après un rapport sexuel non protégé. Par la suite elle a présenté des épisodes de métrorragies de moyenne abondance associée à des douleurs pelviennes latéralisées à gauche motivant sa consultation.

L'examen clinique à l'admission trouve: patiente stable, conjonctives légèrement décolorées, apyrétique, sensibilité à la palpation de la FIG, avec au spéculum un col gravide avec saignement de faible abondance provenant de l'endocol et au TV une sensibilité latéro-utérine gauche. Elle a bénéficié d'un test de Béta-HCG qualitatif revenu positive .L'écho-pelvienne révèle un utérus de taille N, vide avec endomètre épais; présence en rétro et latéro-utérine gauche d'une image hypoéchogène hétérogène mesurant 2,5x2, 6 cm avec un épanchement de faible abondance. (Figure 1)



Figure 1:

Présence en rétro et latéro-utérine gauche d'une image hypoéchogène hétérogène mesurant 2,5x2,6 cm

Devant ce tableau, une mini laparotomie a été réalisée en urgence ayant objectivé un hémopéritoine de moyenne abondance aspiré estimé à 250 ml, avec présence d'une grossesse extra-utérine rompue avec sac gestationnel à l'intérieur de l'ovaire gauche et trompe gauche boudinée (Figure 2a et 2b). L'ovaire et la trompe controlatérales étaient sans particularités.

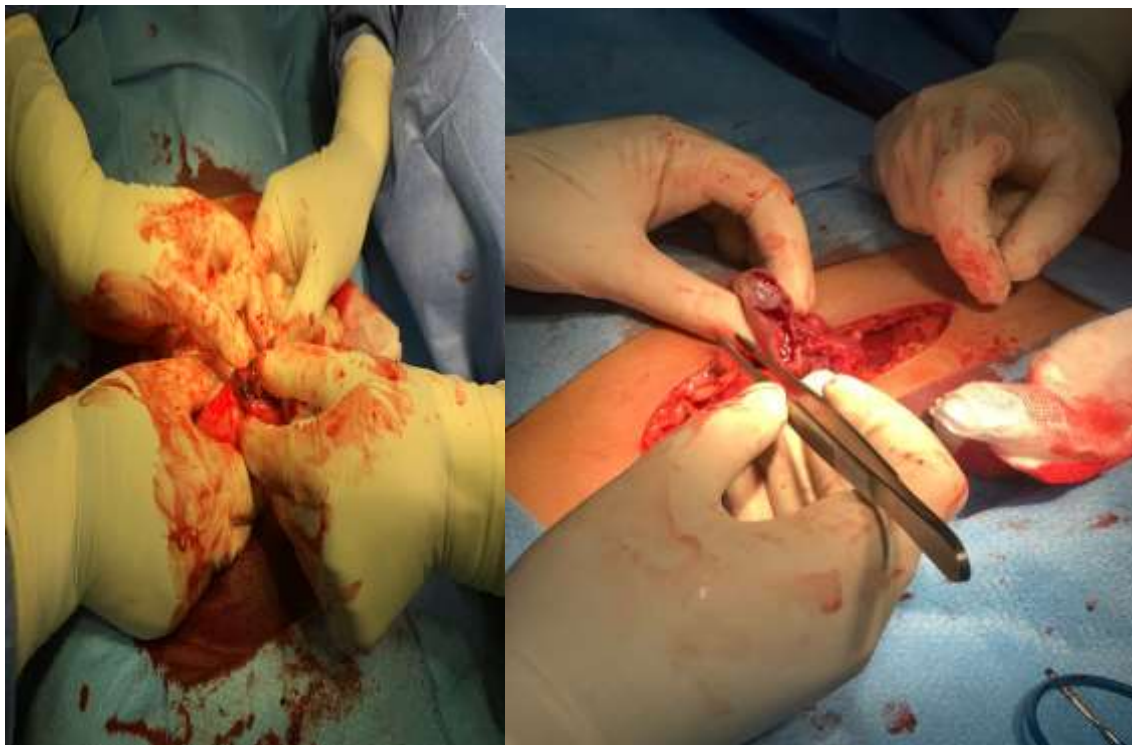


Figure 2: a b
Grossesse extra-utérine rompue avec sac gestationnel à l'intérieur de l'ovaire gauche

Une annexectomie gauche a été pratiquée et l'hémostase obtenue.
Les suites postopératoires étaient simples.

Discussion

Les Grossesses Ovariennes représentent 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 Grall [6]. Leur fréquence est estimée à 2-3% des GEU, ce qui représente une incidence d'environ 1/2500 à 1/5000 naissances [7]

La grossesse s'implante préférentiellement sur la cicatrice de l'ostium folliculaire d'origine, riche en fibrine et en néo capillaires [4]. 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 [8]. Dans notre cas, la grossesse était unique et implantée du côté de son corps jaune

La population à risque est un peu différent de celles des patientes présentant une GEU tubaire puisqu'elle est représentée par des femmes jeunes, le plus souvent fertiles, multipares et portant un DIU [7 ,9]. Dans notre cas, la patiente a rapporté la prise de pilule du lendemain après un rapport non protégé.

Cliniquement, c'est la douleur abdominopelvienne qui est en premier plan. Elle correspond à la rupture de la capsule ovarienne par la grossesse et à la constitution de l'hémopéritoine (4,10). Les patientes sont le plus souvent vues dans un contexte d'urgence, en état de choc. Chez notre patiente, c'est la douleur qui l'a poussé à consulter au début.

Le diagnostic de grossesse ovarienne peut être évoqué à l'échographie par un opérateur performant. On y trouve un sac gestationnel (ou la masse trophoblastique) à l'intérieur même de l'ovaire, entouré de parenchyme ovarien. Certains auteurs décrivent un double anneau hyperéchogène au sein d'une masse latéro-utérine hypoéchogène avec ou sans embryon (4). En effet, selon l'âge de la grossesse, plusieurs images échographiques ont été décrites dans la littérature (11).

Le diagnostic différentiel se pose avec un kyste du corps jaune ou un kyste hémorragique.

Il n'y a pas de critères précis définissant une grossesse ovarienne. Le plus souvent, le diagnostic est posé lors d'une cœlioscopie pour suspicion de GEU tubaire. Dans notre cas, à l'échographie nous avons objectivé la présence en rétro et latéro-utérine gauche d'une image hypoéchogène hétérogène mesurant 2,5x2,6 cm.

En ce qui concerne le traitement de la Grossesse ovarienne, il est surtout chirurgical, rarement médical [13]. La cœlioscopie avec traitement conservateur est de plus en plus indiquée [4,12]. La laparotomie garde son indication devant un hémopéritoine majeur avec un état hémodynamique instable. Le geste peut consister à une résection cunéiforme de l'ovaire emportant la GO, énucléation de la GO, kystectomie du corps jaune emportant le trophoblaste, curetage du trophoblaste avec coagulation, surjet hémostatique du lit de la GO [15] avec conservation totale de l'ovaire ou une ovariectomie, voir annexectomie [14]. Dans notre cas, et vue l'état de l'ovaire et de la trompe homolatérale, une annexectomie a été réalisé.

Concernant son pronostic, la grossesse ovarienne, du fait de l'absence d'atteinte tubaire, ne constitue pas un facteur de risque d'une nouvelle GEU (1). Un seul cas de récurrence de GO a été décrit dans la littérature et a concerné l'ovaire controlatéral (15)

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.

Références

1. M. AGDI, T. TULANDI. Surgical treatment of ectopic pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2009; 23: 519–527.
2. KRAEMER B, ABELE H, HAHN M, WALLWIENER D, RAJAB TK, HORNUNG R. Cervical ectopic pregnancy on the portio: conservative case management and clinical review. Fertil Steril 2008; 90:2011.
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] [Google Scholar]

4. Sergent F, Mauger - Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Grossesses ovariennes: réévaluation des critères diagnostiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002;31(8):741–746. [PubMed] [Google Scholar]
5. 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(1):102–4. [PubMed] [Google Scholar]
6. Grall J, Jacques Y. La grossesse ovarienne: à propos de quatre cas. *Revue Française de Gynécologie.* 1978;73(2):139–145. [Google Scholar]
7. Job-Spira N, Coste J, Aublet-Cuvelier B, Germain E, Frenandez H, et al. Fréquence de la grossesse extra-utérine et caractéristiques des femmes traitées. *La Presse médicale.* 1995;24(7):351–355. [PubMed] [Google Scholar]
8. .MOLINARO TA, BARNHART KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007; 25:123–30.
9. . Hebertsson G, Magnusson SS, Benediktsdottir K. Ovarian pregnancy and IUCD use in a defined complete population. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1987;66(7):607–610. [PubMed] [Google Scholar]
10. .SANDVEI R, SANDSTAD E, STEIER JA, ULSTEIN M. Ovarian pregnancy associated with the intra-uterine contraceptive device. A survey of two decades. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66: 13741
11. GHI T, BANFI A, MARCONI R ET AL. Three-dimensional sonographic diagnosis of ovarian pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26: 102–104.
12. 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.
13. . Marcus SF, Brinsden PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. *Fertil Steril.* 1993;60(1):167–9. [PubMed] [Google Scholar]
14. . Gaubert P, Dufour P, Devisme L, Massoni F, Querleu D. Grossesse ovarienne: à propos d'une observation. *La Presse Médicale.* 1999 Décembre;28(N° 38):2103. [PubMed] [Google Scholar]
15. 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.