

Grossesse ovarienne tordue : à propos d'un cas

Y.Outifa¹ ; Y.Belhaj² ; K.Benchaaboun³ ; M.Aharmouch⁴

S.Jayi⁵ ; Fz.Fdili Alaoui⁶ ; H.Chaara⁷ ; My A. Melhouf⁸

Abstract: Ectopic pregnancy (EP) is one of the most frequent medical-surgical emergencies in gynecology. The fallopian tube is the usual site of ectopic pregnancy (93% of cases) (1). The ovary occupies second place (1). Ovarian pregnancy represents 3% of all ectopic pregnancies (2). It occurs in 1/2100 to 1/7000 pregnancies (21). Ovarian pregnancy (OP) is a variety of pregnancy where the ovary is the site of implantation (1). Compared to other EPs, other forms of revelation of OP have been reported as OP can evolve until the 2nd trimester, even until term (4). The twisted nature of ovarian pregnancy makes it exceptional, it presents some semiotic particularities compared to other EPs, especially by its syncopal nature. The objectives of this work are to analyze the determining factors of OP, to establish the semiological, etiologial, histopathological and evolutionary particularities of this ectopic pregnancy, also the diagnostic criteria and therapeutic of this particular pathology.

Keywords : Ectopic pregnancy, Ovarien pregnancy, twisted nature, syncopal, ovary conservation

Introduction :

La grossesse extra-utérine (GEU) est l'une des urgences médicochirurgicales les plus fréquentes en gynécologie. La trompe est le siège habituel de la grossesse ectopique (93 % des cas) (1). L'ovaire occupe la deuxième place (1). La grossesse ovarienne représente en effet 3 % de toutes les grossesses ectopiques (2). Elle survient dans 1/2100 à 1/7000 grossesses (21) La grossesse ovarienne (GO) est une variété de grossesse où l'ovaire est le siège de la nidation (1)

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 2ème trimestre, voire jusqu'à terme (4).

Les objectifs de ce travail consistent à analyser les facteurs déterminants de la GO, d'étayer les particularités sémiologiques, étiopathogéniques, histopathologiques et évolutives de cette grossesse ectopique, également les critères diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie particulière.

Observation :

Il s'agit de Me B.K âgée de 29 ans, GIPI, consulte pour des douleurs pelviennes aiguës d'intensité d'emblée maximale (classée 10 sur l'échelle visuelle anatomique) sans position antalgique et latéralisée à droite associées des épisodes de lipothymie, sur une aménorrhée de 12 semaines.

Elle ne présentait pas d'antécédents (ATCD) Pathologiques notables. L'interrogatoire a relevé la notion de contraception par dispositif intra uterin, retiré il y a 6mois.

L'examen à l'admission trouve une patiente consciente (GCS : 15), stable sur les plans HD et respiratoire avec une TA : 120/90 mmhg, normo cardiaque (FC : 80bat/min), eupneique (FR : 14cycles/min), conjonctives normo colorées, apyrétique (t°37,1°).

L'examen abdominal note une défense de la fosse iliaque droite. Les touchers pelviens trouvent un empatement du cul-de-sac de Douglas.

L'échographie pelvienne a montré un uterus vide avec en latéro-utérin gauche un embryon de 11 SA avec activité cardiaque négative, entouré d'un halo hyper-échogène rappelant le trophoblaste, associée à un épanchement intra abdominal de moyenne abondance (figure a)



Figure a

Devant ce tableau, une laparotomie a été pratiquée en urgence, avec comme diagnostic évoqué une GEU ovarienne tordue rompue. L'exploration per opératoire a objectivée une masse latéro utérine droite tordue (2tours de spires) en rapport avec la grossesse extra uterine droite tordue (figure b).



Figure b

Nous avons pratiqué une résection de trophoblaste avec conservation ovarienne, l'embryon a été flottant au niveau du sac gestationnel avec son cordon inséré au niveau du trophoblaste qui envahissait l'ovaire (figure c). L'examen anatomopathologique a confirmé diagnostic. Le suivi post opératoire a montré une négativation des , HCG dans la semaine. Les suites postopératoires étaient simples.



Figure c

Discussion :

Les GO représentent les premiers sites de localisation de GEU rares. La grossesse ovarienne a été suspectée pour la première fois par Mercurius en 1614 et prouvée à partir d'autres travaux cités par Grall (12). La grossesse ovarienne (GO) représente 3 % des grossesses extra-utérines (2) .

Sa physiopathologie est mal connue, elle semblerait être secondaire à un reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire(5). Les cas de GO après fécondations in vitro rapportées par la littérature confortent la théorie du reflux (4). 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 (6).

Chez notre patiente, la grossesse était unique et implantées 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 GO. Cependant l'incrimination des pathologies inflammatoires du pelvis dans la genèse des GO ne fait pas l'unanimité des auteurs (4,7).

La population à risque est un peu différente 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). Dans leur série, Riethmeller et al. ont trouvé deux cas de GO chez des femmes plus âgées, infertiles et sans DIU (9).

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 (4)

Nous avons relevé un antécédent de contraception par DIU chez notre patiente.

La symptomatologie clinique est sans grande particularité, les douleurs abdominales, les retards de règles et les métrorragies sont les plus souvent présentés (13,14). Les douleurs correspondent à la rupture de la capsule ovarienne par la GO et à la constitution de l'hémopéritoine (15,16). Les patientes sont le plus souvent vues dans un contexte d'urgence, avec hémopéritoine important voire même en état de choc hypovolémique mais dans notre cas c'est plutôt un tableau clinique de torsion annexielle, comme celui de Pan et al.(17)

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'on décrit, 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 (18).

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 (18).

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 (18,19). Le Doppler énergie, ne semble pas intéressant pour le diagnostic (3, 18). Le doppler pulsé semble avoir plus d'intérêt.

Dans notre cas, le diagnostic échographique a été posé dans un cas objectivant un sac gestationnel au sein de l'ovaire avec un fœtus sans activité cardiaque, un placenta et un cordon ombilical

Concernant le volet thérapeutique, le traitement de référence des GO est chirurgical. La coelioscopie avec traitement conservateur est de plus en plus indiquée (4,21). La laparotomie garde son indication devant un hémopéritoine majeur avec un état hémodynamique instable. 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) avec conservation totale de l'ovaire (23). Nous avons opté pour cette dernière technique chez notre patiente.

Conclusion :

La grossesse ovarienne est une pathologie rare, son caractère tordu la rend exceptionnelle, elle présente certaines particularités sémiologiques par rapport aux autres GEU, surtout par son caractère syncopale. Son diagnostic demeure moins difficile qu'une grossesse ovarienne classique et repose sur des critères se basant sur des constatations, échographique et per- opératoires. Sa prise en charge thérapeutique reste exclusivement chirurgicale.

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. 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] [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 : 741-746.
5. 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.
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, BENEDIKTSOTTIR 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.