

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

M.S. SERHANE S. JAYI, Z. TAZI, Y. BELHAJ, FZ. FDILI ALAOUI, H. CHAARA, M.A. MELHOUF

Department of Gynecology and Obstetrics II, CHU Hassan II, Fez, Morocco
Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Fez
E-mail : salim.serhane@usmba.ac.ma

Abstract: La grossesse ovarienne est une forme rare de grossesse ectopique, représentant 0,5 à 3 % des cas. Son diagnostic est souvent difficile en raison de signes cliniques non spécifiques et des limites de l'imagerie, entraînant un risque de confusion avec d'autres pathologies gynécologiques. L'échographie endovaginale et la coelioscopie sont essentielles pour confirmer le diagnostic. La prise en charge repose principalement sur un traitement chirurgical visant à préserver la fonction ovarienne. Un diagnostic précoce est crucial pour éviter les complications, notamment l'hémorragie et les conséquences sur la fertilité.

Keywords: Grossesse ovarienne, échographie pelvienne, traitement chirurgical, histologie.

1. INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine est une urgence obstétricale rare mais potentiellement mortelle, nécessitant un diagnostic et une prise en charge rapides. Parmi les différentes formes de grossesse extra-utérine, la grossesse ovarienne représente une entité exceptionnelle, avec une incidence estimée à moins de 3 % de toutes les grossesses extra-utérines. Ce type de grossesse se caractérise par l'implantation et le développement de l'embryon directement sur l'ovaire. Sa physiopathologie reste mal élucidée, elle semble être secondaire à un reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire, ce qui soulève des défis diagnostiques et thérapeutiques spécifiques. Souvent méconnue et sous-diagnostiquée, la grossesse ovarienne peut se présenter sous des formes cliniques variées, allant de douleurs pelviennes aiguës à des hémorragies internes sévères. Le diagnostic de la grossesse ovarienne se fait souvent en per-opératoire (1).

Nous rapportons un cas d'une grossesse ovarienne diagnostiquée en pré-opératoire, et à la lumière de la littérature, nous détaillerons la physiopathologie, le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie particulière.

2. OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 21 ans, mariée, suivie en PMA pour infertilité primaire de 2 ans et 3 mois, consulte pour algies pelviennes sur aménorrhées de 8 semaines+6J sans signes associées (pas de mètrorragies ni de signes sympathiques de grossesse).

Examen général : Patiente consciente GCS à 15, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. Poids : 60 kgs, Taille : 1m55, IMC à 25.

Examen abdominal : Abdomen souple, légère sensibilité de la fosse iliaque droite.

Examen gynécologique :

Examen sénologique sans particularités

Speculum : col violacé, d'aspect macroscopiquement normal, pas de mètrorragies ni de leucorrhées.

Toucher vaginal : sensibilité latéro utérine droite, pas de masse latéro utérine palpable avec douleur à la mobilisation utérine.

Bilan biologique : Hb :10 Plaquettes : 125000 BHCG : 21911 UI Groupage : O positif

Echographie pelvienne : un utérus de taille normale, myomètre homogène et endomètre fin. Ovaire droit siège d'une masse hétérogène de 5x3 cm faisant évoquer une GEU ovarienne droite. Ovaire gauche non vu

IRM pelvienne : Objective une formation lésionnelle latéro utérine droite évoquant en premier une GEU ovarienne avec lame d'hémopéritoïne

La décision était de programmer la patiente pour coelioscopie exploratrice + traitement conservateur. L'exploration objective un utérus de taille et de contours réguliers, annexes gauches sans particularité, l'annexe droite : siège d'une masse bleuâtre faisant évoquer un produit de conception. Réalisation d'un traitement conservateur avec extirpation du produit de conception, tout en conservant l'ovaire. L'hémostase a été assurée. Les suites post-opératoires étaient simples.

La patiente a bénéficié d'un contrôle de BHCG après 48h : 210 /21911 UI, puis d'une surveillance hebdomadaire de BHCG jusqu'à négativation.

Résultats anatomopathologiques en faveur d'un aspect histologique compatible avec une grossesse arrêtée de localisation ovarienne.

Patiente actuellement à 14 mois de post opératoire
AMH après 1 an à



Figure A : Sac gestationnel en latéro-utérin droit, entouré de follicules ovariens

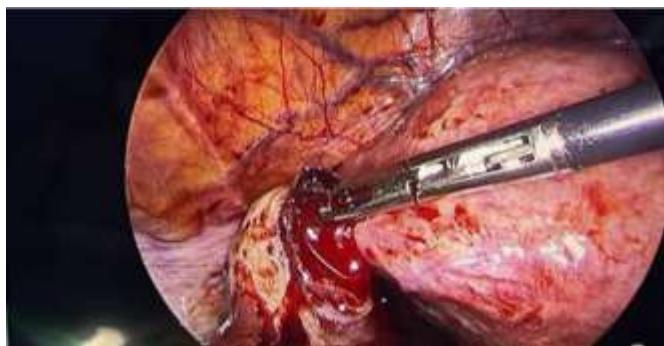


Figure B : Image coelioscopique objectivant une GEU ovarienne : Aspect après excision du trophoblaste avec conservation ovarienne

3. DISCUSSION

La grossesse ovarienne représente 3 % de toutes les grossesses ectopiques. Elle survient dans 1/2100 à 1/7000 grossesses, 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 et les critères chirurgicaux restent difficiles à prouver (1).

La grossesse extra-utérine ovarienne s'implante le plus souvent au niveau de la cicatrice de l'ostium folliculaire, une zone riche en fibrine et en néo-capillaires, favorisant l'implantation embryonnaire (2). Plus rarement, l'implantation peut se produire à distance du corps jaune ou sur l'ovaire controlatéral. Dans des cas exceptionnels, cette forme de grossesse peut être bilatérale ou associée à une grossesse hétérotopique, ce qui complique davantage le diagnostic et la prise en charge.

Le profil des femmes à risque de grossesse extra-utérine ovarienne diffère légèrement de celui des patientes atteintes

d'une GEU tubaire. Cette pathologie est le plus souvent observée chez des femmes jeunes, en âge de procréer, (comme le cas de notre patiente) multipares et porteuses d'un dispositif intra-utérin (DIU). Toutefois, ces caractéristiques ne s'appliquent pas au cas de notre patiente (3).

Cliniquement, la douleur abdominopelvienne est le symptôme prédominant. Elle est généralement liée à la rupture de la capsule ovarienne provoquée par la grossesse, entraînant la formation d'un hémopéritoine (4). Les patientes se présentent fréquemment en urgence, souvent dans un état de choc, nécessitant une intervention rapide (5).

Le diagnostic de grossesse ovarienne est souvent posé en périopératoire, bien qu'il puisse être suggéré par l'échographie réalisée par un opérateur expérimenté. L'échographie peut mettre en évidence un sac gestationnel adjacent à l'ovaire ou, comme certains l'ont décrit, un double anneau hyperéchogène au sein d'une masse latéro-utérine hypoéchogène, avec ou sans embryon (6). Selon l'âge de la grossesse, différentes images échographiques ont été rapportées dans la littérature (7). Certains critères échographiques sont particulièrement évocateurs de la localisation ovarienne, notamment la présence d'une image ronde anéchogène entourée d'une couronne hyperéchogène à la surface de l'ovaire, la visualisation de parenchyme ovarien tel qu'un corps jaune ou un follicule entourant la masse, et une échogénicité de la masse supérieure à celle de l'ovaire (6).

Le diagnostic différentiel de la grossesse ovarienne se pose fréquemment avec celui d'un kyste du corps jaune ou d'un kyste hémorragique. Dans ces situations, l'échographie tridimensionnelle (3D) semble offrir un avantage, permettant de distinguer les deux pathologies grâce à la visualisation des différents plans et à une meilleure définition des structures ovaraines (8). Dans notre cas un écho 3D et IRM ont été faites qui ont confirmé le diagnostic retenu à l'écho 2D.

Le traitement de référence des grossesses extra-utérines ovaraines (GEU ovaraines) est chirurgical. Parmi les techniques disponibles, la cœlioscopie avec un traitement conservateur est de plus en plus privilégiée (5), comme ce fut le cas pour notre patiente. La cœlioscopie s'est imposée comme une méthode fiable et reproductible, figurant parmi les premières interventions réalisées par cette voie. Elle présente des avantages notables par rapport à la laparotomie, notamment une meilleure qualité de vie postopératoire pour les patientes, une réduction des adhérences et des douleurs, un rétablissement plus rapide, une hospitalisation plus courte et des bénéfices esthétiques surtout chez les femmes jeunes désireuses de fertilité.

Cependant, la cœlioscopie a une contre-indication absolue : l'inexpérience du chirurgien. Les contre-indications habituelles incluent un hémopéritoine massif, un état hémodynamique instable, une obésité morbide ou une hématocèle volumineuse enkystée (9).

En première intention, le traitement est généralement conservateur, visant à préserver l'ovaire. Dans de rares cas, une ovariectomie ou une annexectomie peut être nécessaire, notamment lorsque la grossesse ovarienne est à un stade avancé (10).

Le traitement médical des grossesses extra-utérines ovariennes est peu documenté dans la littérature. Cela s'explique par le fait que la majorité des cas sont diagnostiqués à un stade de complications, rendant le traitement médical de première intention contre-indiqué. Cependant, dans certaines situations, une injection de méthotrexate peut être envisagée, notamment en complément d'un traitement chirurgical jugé insuffisant (9).

L'examen anatomopathologique joue un rôle essentiel dans la confirmation du diagnostic de grossesse ovarienne. Il permet de distinguer les grossesses ovariennes des autres localisations, notamment les grossesses abdominales primitives, les grossesses greffées sur l'ovaire suite à un avortement tubo-abdominal, ou celles où l'ovaire n'est pas le siège exclusif de la nidation (11).

Selon les critères anatomiques définis par Spielberg en 1878, plusieurs conditions doivent être réunies pour confirmer une grossesse ovarienne :

1. La trompe du côté atteint, y compris le pavillon, doit être exempt de toute lésion.
2. Le sac ovulaire doit se situer à l'emplacement anatomique normal de l'ovaire.
3. L'ovaire et le sac gestationnel doivent être reliés à l'utérus par le ligament utéro-ovarien.
4. Du tissu ovarien doit être présent au sein du sac ovulaire, ce qui implique la confirmation histologique de villosités choriales dans le tissu ovarien.

Sur le plan pronostique, la grossesse ovarienne se distingue des autres formes de grossesses extra-utérines, notamment tubaires, par son impact limité sur la fertilité future. L'absence d'atteinte tubaire dans la grossesse ovarienne préserve généralement l'intégrité des trompes de Fallope, ce qui réduit significativement le risque de récidive de grossesse extra-utérine.

De plus, contrairement aux grossesses tubaires qui peuvent entraîner des adhérences, des lésions tubaires ou une salpingectomie, la chirurgie conservatrice pratiquée lors d'une grossesse ovarienne vise à préserver la fonction ovarienne, assurant ainsi de meilleures perspectives de fertilité. Toutefois, le pronostic dépend de plusieurs facteurs, notamment :

1. Le stade de diagnostic : un diagnostic précoce limite les complications telles que les ruptures ovariennes ou l'hémoperitone, qui pourraient affecter la fonction ovarienne.
2. La prise en charge chirurgicale : un traitement cœlioscopique conservateur permet de minimiser les séquelles anatomiques et fonctionnelles.
3. La santé reproductive préexistante : si d'autres facteurs de risque de stérilité ou de GEU sont présents (antécédents infectieux, endométriose, etc.), ils pourraient influencer le pronostic global.

Ainsi, bien que la grossesse ovarienne ne constitue pas en soi un facteur de risque direct pour une récidive de GEU, la fertilité future reste conditionnée par l'état général du système reproducteur et la qualité de la prise en charge (14).

4. CONCLUSION

La grossesse ovarienne est une pathologie rare qui se distingue des autres formes de grossesses extra-utérines par des particularités sémiologiques. Son diagnostic reste un défi, souvent posé en peropératoire ou grâce à une échographie réalisée par un opérateur expérimenté, en raison de la discréption des signes cliniques et échographiques.

Bien qu'elle soit rare, la grossesse ovarienne constitue une véritable urgence obstétricale. Sa présentation clinique est souvent réservée et dépend des complications survenant à différents stades de son évolution. Malgré les avancées en matière de traitement médical, la prise en charge demeure principalement chirurgicale. La cœlioscopie, en particulier, est privilégiée pour sa fiabilité et ses bénéfices en termes de récupération postopératoire et de préservation de la fertilité.

5. REFERENCES

1. Almahloul Z, Amro B, Nagshabandi Z, Alkiumi I, Hakim Z, Wattiez A, Tahlak M, Koninckx PR. Ovarian Pregnancy: 2 Case Reports and a Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(3):1138.
2. Li H, Liu Y, Yang Y, et al. Clinical analysis of women with ovarian pregnancy: a retrospective case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22:768.
3. Kasraei S, Seifollahi A, Aghajani F, et al. Successful management of a patient with ovarian ectopic pregnancy by the end of the first trimester: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2022;16:175.
4. Diagnosis and management of ectopic ovarian pregnancy: a rare case report. *Ibn Rochd University Hospital of Casablanca*, 2021.
5. Mummert T, Gnugnoli DM. Ectopic Pregnancy. [Updated 2021 Dec 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539860/>
6. 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.
7. Agdi M, Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009 Aug;23(4): 519-27. PubMed| Google Scholar
8. Sergent F, Mauger F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: revaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2002;31(8): 741-746. PubMed| Google Scholar
9. 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. Google Scholar
10. 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.
 11. Renaud R, Voury-Heyler C, Leissner P, Chesnet Y, Sangaret M, Serres JJ et al. Les grossesses abdominales après le 6e mois, revue de la littérature: à propos de 8 cas. *Gynecol Obstet*. 1969;68(3): 297-318.
 12. Sangeeta J, Kate B, Asif Q, Arshad I. Ovarian ectopic pregnancy. *BMJ Case Rep*. 2011 Nov 15;2011: bcr0820103250. PubMed| Google Scholar
 13. Grossesse extra-utérine : à propos de 25cas : Aspects thérapeutiques et revue de la littérature .MH. ALAMI *, Z. TAZI ** Médecine du Maghreb 1998 n°70 , traitement coeliochirurgical : 26 .
 14. GAUBERT P, DUFOUR P, DEVISME L, MASSONI F, QUERLEU D. Grossesse ovarienne. À propos d'une observation. *Presse Med*1999; 28: 2103.
 15. Andrea T, Gernot H, Antonio M, Raffaele T. Laparoscopic management of ovarian pregnancy. *JSLS*. Apr-Jun 2008;12(2): 169-72. PubMed| Google Scholar
 16. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2005;105: 42-5. PubMed| Google Scholar
 17. Agdi M, Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*.2009 Aug;23(4): 519-27. PubMed| GoogleScholar.