



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

\*N. Mekkaoui, H.Taghzouti, M.Bendahhou Idrissi, M.K.Saoud, N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi, A.Banani

Service De Gynéco-Obstétrique I - Chu Hassan II De Fès. Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

DOI: [10.5281/zenodo.10372463](https://doi.org/10.5281/zenodo.10372463)

Submission Date: 25 Oct. 2023 | Published Date: 14 Dec. 2023

\*Corresponding author: N. Mekkaoui

Service De Gynéco-Obstétrique I - Chu Hassan II De Fès. Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

### Abstract

Ovarian pregnancy represents a rare entity among ectopic pregnancies. Its diagnosis and treatment are not always easy. It is a particular pathology; the clinician is confronted with poor clinical semiology and a difficult ultrasound diagnosis.

**Keywords:** Ovarian pregnancy, pelvic ultrasound, surgical treatment, histology.

## INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) est l'une des urgences médicochirurgicales les plus fréquentes en gynécologie. La grossesse ovarienne représente 3 % de toutes les grossesses ectopiques (2). Sa physiopathologie reste mal élucidée, elle semble être secondaire à un reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire (2). Le diagnostic de la grossesse ovarienne se fait souvent en per-opératoire.

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 de cette pathologie particulière.

### Patiente et observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 29ans, porteuse d'un utérus doublement cicatriciel, G3P2(2EV/AVH), ayant comme contraception un DIU en cuivre depuis 1an.

Ayant consulté chez un médecin gynécologue il y'a un 48 h pour des métrorragies sur aménorrhée de 8 semaines où elle a bénéficié d'une échographie pelvienne revenant sans particularité et d'un taux de BHCG quantitatif revenant à 1200 UI. La patiente a bénéficié d'un retrait de DIU avec éventuel contrôle après 4 jours.

Consulte dans notre formation pour apparition des douleurs pelviennes.

Examen général : patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.

Examen abdominal : sensibilité de la fosse iliaque gauche.

Examen gynécologique :

Au spéculum : col violacé, d'aspect macroscopiquement normal, métrorragies noirâtres provenant de l'endocol

Au toucher vaginal : présence d'une sensibilité latéro-utérine gauche, avec douleur à la mobilisation utérine

Échographie pelvienne : utérus rétrofléchi rétroversé de contours réguliers, ligne de vacuité vue en totalité avec présence d'un pseudo-sac gestationnel, présence d'un sac gestationnel faisant 2.47\*1.29 cm en latéro-utérin gauche avec vésicule vitelline. Présence d'un épanchement en péri-ovarien.

Bilan biologique : Hb :10 Plaquettes : 213000 BHCG : 2300 UI groupage : A négatif

Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine a été retenu. Nous avons posé l'indication d'un traitement médical. Mais vu le refus de la patiente on a eu recours à une coelioscopie.

Une laparoscopie a été pratiquée pour suspicion d'une grossesse extra-utérine. L'exploration peropératoire a montré la présence d'un épanchement de moyenne abondance faisant environ 300 cc, utérus de taille et de contours réguliers, annexe droit sans particularité, l'annexe gauche: siège d'une masse faisant environ 3 \*2cm de grand axe aux dépend de l'ovaire gauche. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine ovarienne gauche. L'excision du trophoblaste a été difficile. On a réalisé une résection soigneuse de proche en proche du trophoblaste avec conservation ovarienne. l'hémostase a été assurée.

La patiente a bénéficié en post-opératoire d'une injection de méthotrexate et d'anti-D.

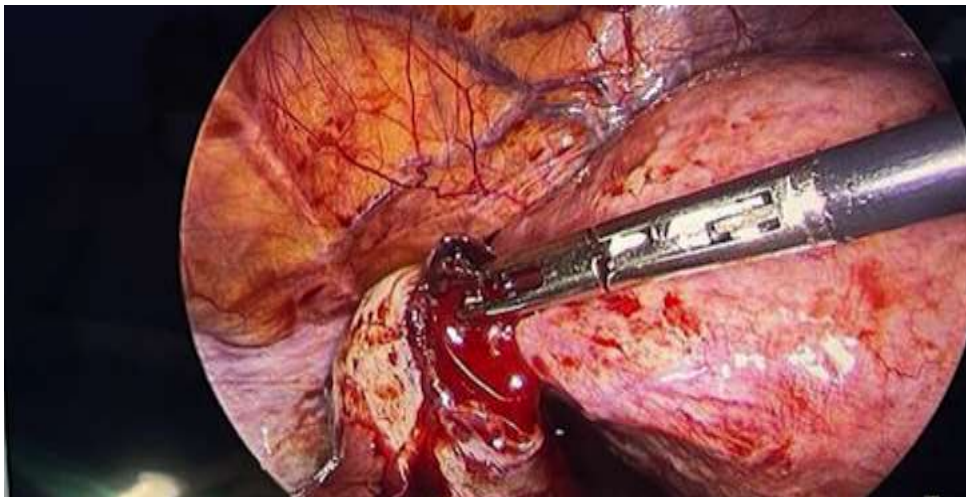
Les suites post-opératoires étaient simples.

La patiente a bénéficié d'un contrôle de BHCG après 48h: 199 /2300 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.



**Figure a: Sac gestationnel en latéro-utérin gauche avec vésicule vitelline, entouré de follicules ovariens**



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

## DISCUSSION

La grossesse ovarienne représente une entité rare des grossesses extra-utérines avec une prévalence de 3 % (1). Sa physiopathologie reste mal connue, probablement secondaire à un reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire (2). Les cas de GEU ovarienne après FIV confortent cette théorie (3).

La grossesse s'implante préférentiellement sur la cicatrice de l'ostium folliculaire d'origine, riche en fibrine et en néo capillaires (3). Plus rarement, cette implantation a lieu à distance du corps jaune ou sur l'ovaire controlatéral. Dans de rares cas la grossesse ovarienne pourrait être bilatérale ou associée à une grossesse hétérotopique (4).

La population à risque est un peu différente de celles des patientes présentant une GEU tubaire puisqu'elle concerne des femmes jeunes, fertiles, multipares et portant un DIU. C'est le cas de notre malade (5).

L'utilisation de la contraception par un DIU est particulièrement associée au risque de grossesse ovarienne (6,7). Plusieurs auteurs ont mis en évidence l'association d'une contraception par DIU et une GEU ovarienne dans 57 à 90 % des cas. Par ailleurs, Pour les autres GEU le DIU n'a été utilisé que dans 14 à 30 % des cas (8,9). Le DIU pourrait altérer la motilité tubaire, facilitant ainsi l'implantation au niveau de l'ovaire (3).

Cliniquement, la douleur abdominopelvienne est le maître symptôme ; correspondant à la rupture de la capsule ovarienne per la grossesse et à la constitution de l'hémopéritoine (3). Ainsi les patientes sont le plus souvent vues dans un contexte d'urgence, avec hémopéritoine de grande abondance voire en état de choc hémorragique (9).

En échographie, le diagnostic de grossesse ovarienne peut être évoqué par un opérateur entraîné. Certains critères échographiques sont très évocateurs de la localisation ovarienne de la grossesse : La présence d'une image de GEU à la surface de l'ovaire, la présence du parenchyme ovarien comme un corps jaune ou un follicule entourant la masse, ainsi qu'une échogénéité de la masse plus élevée que celle de l'ovaire (7).

Le traitement de référence des GEU ovariennes est chirurgical. La coelioscopie avec la réalisation d'un traitement conservateur est de plus en plus indiquée (4-9). La laparotomie garde sa place en cas d'hémopéritoine majeur avec une instabilité hémodynamique (10). Le traitement est conservateur en première intention. Dans de rares cas, une ovariectomie voire une annexectomie s'imposent vu le développement avancé de la grossesse ovarienne (11).

Le traitement médical en cas de GEU ovarienne est peu décrit dans la littérature (12). En effet, la majorité des cas sont vus au stade de complications contre indiquant le recours au traitement médical de première intention (13). Une injection de méthotrexate peut s'envisager après un traitement chirurgical insuffisant. C'est le cas de notre malade.

L'examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic de grossesse ovarienne, ainsi de différencier une GEU de localisation ovarienne d'une greffe sur l'ovaire après avortement tubo-abdominal.

Concernant son pronostic, la grossesse ovarienne, du fait de l'absence d'une altération tubaire, ne constitue pas un facteur de risque de la GEU (14). Un seul cas de récurrence a été décrit dans la littérature et concernait l'ovaire controlatéral.

## CONCLUSION

La grossesse ovarienne est une forme rare de grossesse ectopique, mais son incidence est certainement sous-évaluée. Son repérage échographique, bien que difficile, doit être amélioré.

Le diagnostic précoce améliore le pronostic. Sa prise en charge thérapeutique est souvent chirurgicale. L'examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic.

## REFERENCES

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. MOLINARO TA, BARNHART KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007; 25:123-30.

5. 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.
6. COMSTOCK C, HUSTON K, LEE W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:42–5.
7. 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.
8. JOB-SPIRA N, COSTE J, AUBLET-CUVELIER B, GERMAIN E, FERNANDEZ H, BOUYER J, ET AL. Fréquence de la grossesse extrautérine et caractéristiques des femmes traitées. Premiers résultats du registre d’Auvergne. *Presse Med* 1995; 24: 351-5.
9. ERCAL T, CINAR O, MUMCU A, LACIN S, OZER E. Ovarian pregnancy; relationship to an intrauterine device. *J Obstet Gynecol* 1997; 37: 362-4.
10. BOUYER J, RACHOU E, GERMAIN E, FERNANDEZ H, COSTE J, POULY JL, ET AL. Risk factors for extrauterine pregnancy in women using an intrauterine device. *Fertil Steril* 2000; 74: 899-908.
11. GAUBERT P, DUFOUR P, DEVISME L, MASSONI F, QUERLEU D. Grossesse ovarienne. À propos d’une observation. *Presse Med* 1999; 28: 2103.
12. Marcus SF, Brinsden PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. *Fertil Steril.* 1993; 60: 167-169.
13. Ourdain O, Fontanges M, Schiano A, et al. Management of other adnexal ectopias (cornual, interstitial, angular, ovarian). *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003; 32: 93-100.
14. M Mohammed Agdi, Togas Tulandi. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.* 2009; 23: 519-527.

#### CITATION

N. Mekkaoui, H.Taghzouti, M.B.Idrissi, M.K.Saoud, N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi, & A.Banani. (2023). Grossesse ovarienne : A propos d'un cas et revue de la littérature. In *Global Journal of Research in Medical Sciences* (Vol. 3, Number 6, pp. 13–16). <https://doi.org/10.5281/zenodo.10372463>