

GROSSESSE OVARIENNE, À PROPOS DE 3 CAS.

Dalenda Chelli, Chaima Gatri, Fethia Boudaya, Karim Guelmami, Béchir Zouaoui, Ezzeddine Sfar, Mohamed Bedis Chenoufi, Héli Chelli.

Service « A » du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La Rabta, 1007, Tunis

D.Chelli, C.Gatri, F.Boudaya, K.Guelmami, B.Zouaoui, E. Sfar, M.B.Chenoufi, H.Chelli.

D.Chelli, C.Gatri, F.Boudaya, K.Guelmami, B.Zouaoui, E. Sfar, M.B.Chenoufi, H.Chelli.

GROSSESSE OVARIENNE, À PROPOS DE 3 CAS.

OVARIAN PREGNANCY, ABOUT THREE CASES.

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°11) : 169 - 172

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°11) : 169 - 172

RÉSUMÉ

La grossesse ovarienne représente une entité rare parmi les grossesses ectopiques. Son diagnostic et sa prise en charge ne sont pas toujours aisés.

**But :** Etayer les particularités cliniques et thérapeutiques de la grossesse ovarienne.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 04 ans. Durant laquelle nous avons colligé les cas de grossesse ovarienne. Le diagnostic s'est basé sur les données opératoires confirmées par l'examen anatomopathologique.

**Résultats:** Nous avons colligé trois cas de grossesse ovarienne. Toutes nos patientes ont présenté des douleurs abdominales d'intensité variables. Le diagnostic préopératoire a été évoqué à l'échographie dans un cas. Une laparotomie a été réalisée dans un cas devant un état de choc et une cœlioscopie dans les deux autres cas. Le traitement chirurgical a été conservateur dans tous les cas. Nous n'avons pas eu recours au traitement médical.

**Conclusion :** La grossesse ovarienne est une entité rare de la grossesse extra-utérine qui présente certaines particularités sémiologiques. Son diagnostic est difficile et se base sur des constatations per-opératoires. Sa prise en charge thérapeutique reste pour le traitement des grossesses extra-utérines, malgré le progrès de traitement médical, chirurgicale.

MOTS - CLÉS

Grossesse ovarienne, ectopie rare, échographie, traitement chirurgical, traitement conservateur.

SUMMARY

Ovarian pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy. Its diagnosis and management are often difficult.

**Objective:** To highlight specific diagnostic and therapeutic properties of ovarian pregnancy.

**Materials and Methods:** Retrospective Study over a period of 4 years. We observed the patients presenting ovarian pregnancies. Diagnosis was evocated in time of surgery and confirmed by histological data.

**Results:** We observed three patients presenting ovarian pregnancies. All our patients had an abdominal ache. Diagnosis was made by ultrasound scan examination in one case. One patient had a laparotomy as a matter of urgency; the two others had a laparoscopy. All the patients were managed conservatively. The diagnosis of ovarian pregnancies was evocated in time of surgery and confirmed by the histological data.

**Conclusion:** the ovary is a rare location for extra-uterine pregnancy. This type of ectopic pregnancy has some clinical properties. The diagnosis is intricate and based on per operator observations. The management is in spite of medicines improvement, based on surgery.

KEY - WORDS

ovarian pregnancy, rare ectopic pregnancy, ultrasound, surgery, conservative management.

La grossesse extra-utérine (GEU) est l'une des urgences médico-chirurgicales 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 (3).

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).

L'objectif de ce travail est d'étudier, à travers trois cas de grossesses ovariennes et une revue de la littérature, les particularités sémiologiques, les critères diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie particulière.

## MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service « A » du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis (C.M.N.T) sur une période de 4 ans (Octobre 2003 – Janvier 2008), durant laquelle, nous avons colligé 3 cas de grossesses ovariennes. Les données sont recueillies à partir des dossiers médicaux. Le diagnostic a été évoqué devant des critères échographiques ou après des constatations per-opératoires. Les données de l'examen anatomopathologique ont permis de confirmer le diagnostic.

La prise en charge thérapeutique a été dictée essentiellement par les critères cliniques et secondairement par les données échographiques. La surveillance post opératoire a été basée sur l'examen clinique et la cinétique de la fraction  $\beta$ , de l'hormone chorionique gonadotrope ( $\beta$ , HCG) en cas de traitement conservateur.

## OBSERVATIONS

### Observation n° 1

Mme AH âgée de 32 ans, GII PI, consulte pour des douleurs abdominales aiguës avec asthénie et aménorrhée de 12 semaines. Elle ne présentait pas d'antécédents (ATCD) Pathologiques notables. L'interrogatoire a relevé la notion de contraception par dispositif intra-utérin (DIU), retiré 6 mois auparavant.

L'examen à l'admission note une pâleur, une tachycardie et un pincement de la tension artérielle. Les touchers pelviens trouvent un comblement douloureux de cul-de-sac vaginal postérieur. Devant ces signes annonciateurs d'état de choc, elle a été transférée en urgence au bloc opératoire. L'échographie pelvienne réalisée au bloc opératoire, a montré un utérus vide avec une image latéro-utérine gauche ronde, hétérogène et sans paroi propre de 5cm de grand axe, associée à un important épanchement intra abdominal.

Devant ce tableau clinique, une laparotomie a été pratiquée en urgence, avec comme diagnostic évoqué un état de choc en rapport avec une GEU rompue. Un hémopéritoine de deux litres a été objectivé, avec une GEU ovarienne gauche rompue. Nous avons pratiqué une résection de trophoblaste avec conservation ovarienne.

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic. Le suivi post opératoire a montré une négativation des  $\beta$ , HCG dans la semaine. Les suites postopératoires étaient simples.

### Observation n° 2

Mme NY âgée de 29 ans sans ATCD pathologiques notables, primigeste consulte pour des douleurs abdominales peu intenses avec des métrorragies minimales et une aménorrhée de 5 semaines.

L'examen a trouvé une sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite et une masse latéro-utérine droite douloureuse à la mobilisation. L'échographie a montré un utérus vide avec un endomètre épais à 12 mm, une image hétérogène, latéro-utérine droite de 45 mm avec un épanchement de moyenne abondance. Le dosage de  $\beta$ , HCG était positif à 1477 mU/l.

Une laparoscopie a été pratiquée en urgence et a objectivé une grossesse ovarienne droite non rompue. Le trophoblaste, implanté sur l'ovaire, a été reséqué prudemment, avec conservation de l'ovaire. Les données histologiques ont confirmé le diagnostic. Une cinétique de  $\beta$ , HCG a été réalisée en post opératoire jusqu'à négativation. Les suites post opératoires étaient simples.

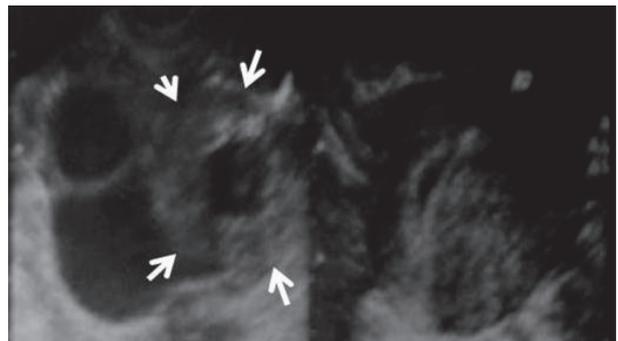
### Observation n° 3

Mme LK, âgée de 30 ans, GIIPII, consulte pour douleurs abdominales, métrorragies minimales et une aménorrhée de 7 semaines. Elle avait dans ses ATCD un avortement médicamenteux un an auparavant, et une intervention pour kyste endométriosique.

L'examen a trouvé une sensibilité au niveau de la fosse iliaque gauche et une masse latéro-utérine gauche sensible. Le taux de  $\beta$ , HCG initial était à 11493mU /l.

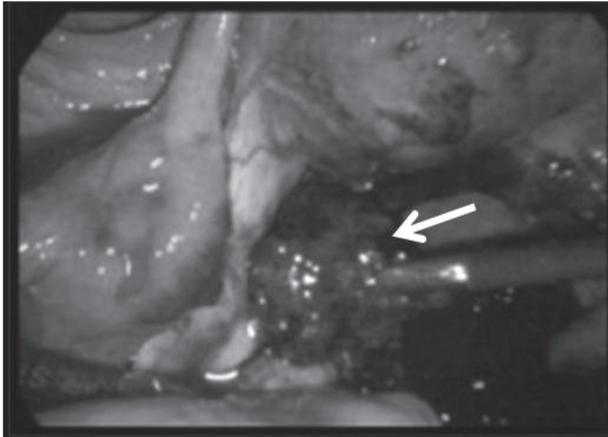
L'échographie pelvienne, dans ce cas particulier, a été très évocatrice du diagnostic. L'image échographique a été qualifiée de siège ovarien, d'aspect en cocarde contenant un embryon de 5 semaines d'aménorrhée sans activité cardiaque (fig1).

Figure 1 : Aspect échographique de la grossesse ovarienne (flèches):



L'utérus était le siège d'une image anéchogène pure pouvant cadrer avec un pseudo sac gestationnel et le Douglas était libre. Une laparoscopie a été pratiquée en urgence pour suspicion d'une grossesse ovarienne et a permis de confirmer le diagnostic (fig 2). L'excision du trophoblaste a été difficile et hémorragique, justifiant le recours à une résection partielle de l'ovaire pour assurer l'hémostase. Les données histologiques

Figure 2 : Aspect coelioscopique de la grossesse ovarienne (flèches)



ont montré une grossesse ovarienne interstitielle. Le suivi post opératoire a montré une dégression progressive du taux de , HCG jusqu'à négativation. Les suites post opératoires étaient simples.

## DISCUSSION

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). Dans notre série, toutes les grossesses étaient uniques 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).

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 une patiente et un antécédent de pathologie inflammatoire du pelvis chez une autre.

Cliniquement, la symptomatologie douloureuse abdominopelvienne devance la scène. Ces douleurs correspondent à la rupture de la capsule ovarienne par la grossesse et à la constitution de l'hémopéritoine (4,16). Les patientes sont le plus souvent vues dans un contexte d'urgence, en état de choc (13). Chez nos patientes, la symptomatologie douloureuse abdominopelvienne était effectivement au premier plan, et une patiente était en état de choc hémorragique.

Le diagnostic de grossesse ovarienne peut être évoqué à l'échographie par un opérateur performant. On peut mettre en évidence un sac gestationnel attaché 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 (17). 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 (17). 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 (17,18).

Le Doppler énergie, ne semble pas intéressant pour le diagnostic (3, 17). Le doppler pulsé semble avoir plus d'intérêt. En effet, Atri (19) a trouvé qu'un index de résistance <0.39 avait une spécificité et une valeur prédictive de 100 % pour la grossesse ectopique permettant de la différencier d'un kyste du corps jaune. Cependant ce signe n'a été retrouvé que dans 15 % cas. En fait, il faut savoir qu'il n'existe aucun signe échographique spécifique de la grossesse ovarienne (19). Dans notre série, le diagnostic échographique a été posé dans un cas objectivant un sac gestationnel au sein de l'ovaire avec un embryon sans activité cardiaque

Des critères de diagnostic per-opératoires de la grossesse ovarienne ont été précisés depuis 1878 ans par Spiegel berg (20) : La trompe du côté atteint doit être indemne jusqu'au pavillon, le sac ovulaire doit occuper la place anatomique habituelle de l'ovaire. Celui-ci doit être lié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien, il doit y avoir du tissu ovarien dans la paroi du sac ovulaire. Cependant ces critères sont anciens et n'intègrent pas les méthodes modernes de diagnostic, de traitement et de suivie de GEU (4). D'autre part il est difficile de les valider en totalité surtout que la pratique de l'ovariectomie est actuellement peu fréquente. Sergent F et al (4) ont proposé d'autres critères permettant de poser le diagnostic de GO avec certitude (4). Ces critères incluent en dehors des constatations per-opératoires déjà décrites l'évaluation des taux de HCG (4).

Concernant le volet thérapeutique, le traitement de référence des GO est chirurgical. La cœlioscopie 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. Le traitement doit être conservateur dans la mesure du possible. 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 deux patientes. Dans de rares cas, du fait du développement avancé de la grossesse, l'ovariectomie voire l'annexectomie peuvent s'imposer (23). Une de nos patientes a été opérée par laparotomie et nous avons pratiqué une résection partielle de l'ovaire afin d'assurer l'hémostase.

Le traitement médical des GO est très peu décrit dans la littérature (24). En effet, la GO est souvent diagnostiquée au stade de complications empêchant le recours au traitement médical en première intention (25). L'adjonction de méthotrexate (MTX) peut s'envisager en rattrapage d'un traitement chirurgical insuffisant. Nous n'avons pas eu recours au MTX.

Concernant son pronostic, la GO, 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 (22).

## 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.

## Les abréviations

GEU : Grossesse extra-utérine.

, HCG : La fraction  $\beta$ , de l'hormone chorionique gonadotrope.

ATCD: Antécédent.

DIU: Dispositif intra-utérin.

GO : La grossesse ovarienne.

MTX : Méthotrexate.

## REFERENCES

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. COMSTOCK C, HUSTON K, LEE W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:42-5.
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, BENEDIKTSDDOTTIR 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.
12. 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.
13. ERCAL T, CINAR O, MUMCU A, LACIN S, OZER E. Ovarian pregnancy; relationship to an intrauterine device. *J Obstet Gynecol*1997; 37: 362-4.
14. 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.
15. ABOUD E. A five-year review of ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997; 24: 127-9.
16. 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.
17. GHI T, BANFI A, MARCONI R ET AL. Three-dimensional sonographic diagnosis of ovarian pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26: 102-104.
18. EINENKEL J, BAIER D, HORN L-C ET AL. Laparoscopic therapy of an intact primary ovarian pregnancy with ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod* 2000; 15(9): 2037-2040.
19. ATRI M. Ectopic pregnancy versus corpus luteum cyst revisited: best Doppler predictors. *J Ultrasound Med* 2003; 22:1181-4.
20. KIRK E, BOURNET, TOM BOURNE. Diagnosis of ectopic pregnancy with ultrasound. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009; 23: 501-508.
21. 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.
22. 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.
23. GAUBERT P, DUFOUR P, DEVISME L, MASSONI F, QUERLEU D. Grossesse ovarienne. À propos d'une observation. *Presse Med*1999; 28: 2103.
24. MARCUS SF, BRINSDEN PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. *Fertil Steril* 1993; 60: 167-9.
25. JOURDAIN O, FONTANGES M, SCHIANO A, RAUCH F, GONNET JM. Prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire, ovarienne). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32 [suppl]:93-100