

La grossesse ovarienne

La grossesse ovarienne est une variété rare de grossesse ectopique. Elle se définit par l'implantation de l'œuf au niveau de l'ovaire. Elle fut décrite pour la première fois par Mercreus en 1614, mais ce n'est qu'après les travaux de Spiegelberg et Van Tunembroeck et la confirmation histologique d'une grossesse ovarienne environ deux siècles et demi plus tard que l'existence de celle-ci fut prouvée et devint incontestable [1]. Nous rapportons dans cet article, trois observations de grossesse ovarienne, diagnostiquées et prises en charge au service de gynécologie obstétrique et de médecine de la reproduction de l'Hôpital Aziza Othmana.

Observation N° 1

Mme F.A âgée de 27 ans, 4^{ème} geste 2^{ème} pare transférée à notre service pour suspicion de grossesse extra-utérine à 7 semaines d'aménorrhée. On a retrouvé à l'interrogatoire la notion de contraception par stérilet mais pas de notion d'infection génitale haute. La patiente a consulté pour une interruption volontaire de grossesse à la clinique du planning familial, mais devant la vacuité utérine en échographie et la positivité de la réaction immunologique de grossesse la patiente nous a été transférée. A l'admission la patiente était en bon état général, avec des constantes hémodynamiques stables et une fosse iliaque droite légèrement douloureuse à la palpation. Le toucher vaginal a réveillé une douleur exquise du cul du sac vaginal droit. Le dosage des βhCG plasmatiques était à 6742 UI/L. L'échographie faite par voie trans-vaginale a révélé un utérus vide avec un endomètre épaissi à 18 mm, un ovaire gauche d'aspect échographique normal, une image arrondie d'écho structure mixte de l'ovaire droit évoquant un sac gestationnel avec un embryon doté d'une activité cardiaque et un épanchement liquidien rétro-utérin. Le diagnostic de grossesse ovarienne était suspecté et une coelioscopie en urgence a été décidée. L'exploration chirurgicale a montré une grossesse ovarienne droite de 30 x 30 mm non rompue siégeant au niveau du pôle supérieur de l'ovaire. Le reste de l'ovaire droit, la trompe droite ainsi que l'annexe gauche étaient sans anomalies. Un traitement conservateur laparoscopique a été réalisé avec une résection complète de la grossesse et une conservation du parenchyme ovarien restant. Les suites opératoires étaient simples avec une décroissance normale du taux des βhCG plasmatiques et une sortie à J4 post-opératoire. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic en montrant un aspect de grossesse ovarienne juxta folliculaire.

Observation N°2

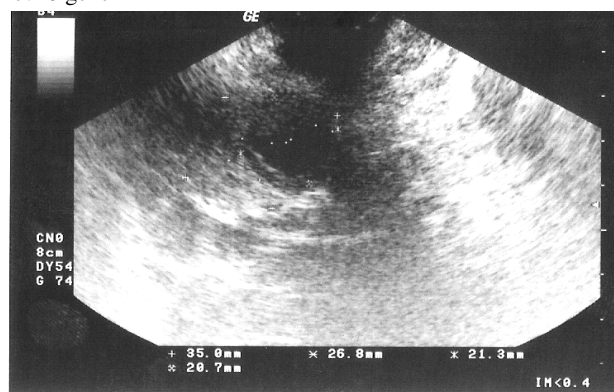
Mme M.M âgée de 23 ans, 2^{ème} geste primipare, adressée à nos urgences pour une douleur pelvienne évoluant depuis 4 jours sans aménorrhée ni métrorragies. Aucun moyen de contraception n'a été employé par la patiente. L'examen à l'admission a retrouvé une tension artérielle pincée, un pouls accéléré et une douleur abdominale diffuse. Le toucher vaginal a réveillé une douleur des culs de sacs vaginaux. Le dosage plasmatique des βhCG a retrouvé un taux à 4146 UI/L.

L'échographie trans-vaginale a montré un utérus vide, un ovaire droit d'aspect normal et un ovaire gauche siège d'une image kystique multi cloisonnée de 53 mm de grand axe et un épanchement rétro utérin de moyenne abondance. Le diagnostic de grossesse extra- utérine a été suspecté et une coelioscopie a été indiquée. L'exploration laparoscopique a mis en évidence un utérus d'aspect et de taille normaux, deux trompes saines, un hémopéritoine de 500 ml environ et un ovaire gauche siège d'une infiltration hémorragique par du produit trophoblastique évoquant une grossesse ovarienne rompue. Une tentative de traitement conservateur a échoué pour cause de saignement persistant et une ovariectomie a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples et l'examen anatomopathologique a conclu à une grossesse ovarienne intra folliculaire.

Observation N° 3

Mme T.S âgée de 35 ans, 4^{ème} geste, 2^{ème} pare (deux enfants accouchés par césarienne et une fausse couche spontanée), a été admise à notre service pour douleurs pelviennes sur une aménorrhée de 6 semaines. On a relevé dans ses antécédents une contraception par stérilet mais pas de notion d'infection génitale haute. L'examen à l'admission a retrouvé une patiente en bon état général, des constantes hémodynamiques stables et une légère douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche. Au toucher vaginal, l'utérus était de taille normale, il n'y avait pas de masse latéro-utérine et la palpation du cul de sac latéral gauche était douloureuse. L'échographie endovaginale a retrouvé un utérus de taille normale, un endomètre épaissi, une image intra cavitaire de 11 mm, l'ovaire gauche était le siège d'une formation anéchogène avec une couronne hyper échogène évoquant un sac gestationnel (Fig. 1) avec un aspect en boule de feu au doppler.

Figure 1 : Aspect évocateur de grossesse ovarienne : Formation anéchogène ovarienne avec une couronne hyper échogène



Le dosage des βhCG plasmatiques était à 1063 UI/L. Le diagnostic de grossesse extra-utérine de siège ovarien était retenu et on a opté pour un traitement médical par méthotrexate® (1mg/Kg de poids en IM) et un curetage biopsique de l'endomètre. La patiente a été mise sortante à J4 et les βhCG plasmatiques se sont négativées au bout de 21 jours.

L'étude anatomopathologique du curetage biopsique de l'endomètre a conclu à un aspect pouvant cadrer avec une caduque associée à un endomètre gestationnel mais sans tissu trophoblastique.

Conclusion

La grossesse ovarienne est une forme rare de grossesse ectopique, ses facteurs de risque ainsi que sa physiopathologie restent mal identifiés, même si les progrès de la procréation médicalement assisté ont permis d'y voir un peu plus clair. Malgré les progrès, énormes, réalisés en échographie, le diagnostic n'en demeure pas moins anatomopathologique et donc chirurgical dépendant. Le traitement, selon la majorité des auteurs, ne peut être que chirurgical (coelioscopique), même si presque tous s'accordent sur l'intérêt du méthotrexate® en complément thérapeutique.

Références

1. Chaker A, Soukeh I, Zhioua F, Ferchiou M, Meriah S. Diagnostic échographique et traitement laparoscopique d'une grossesse ovarienne : à propos d'un cas avec revue de la littérature. *Tunis Chir* ; 1 :47-53.

Anis Fadhlouj, Asma Jnifene, Mohamed Khrouf, Moez Kdous, Fethi Zhioua, Anis Chaker, Sadok Meriah

*Service de Gynécologie Obstétrique et de Médecine de la reproduction. Hôpital Aziza Othmana. Tunis. Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*

L'atteinte rénale au cours des endocardites infectieuses

L'atteinte rénale est une complication classique des endocardites infectieuses (EI). La fréquence des lésions rénales au cours des endocardites est certainement sous-estimée car elles sont le plus souvent latentes, ou traduites par une protéinurie, une hématurie et une insuffisance rénale (1, 2). Elle est révélatrice de l'EI dans 20% des cas. Il s'agit d'une maladie à complexes immuns, hypothèse en faveur de laquelle plaident de nombreux arguments cliniques et expérimentaux. Les lésions histologiques sont quasi- constantes et leur aspect est assez particulier pour être un très bon signe d'orientation diagnostique. Le but de notre étude était d'évaluer l'incidence de l'atteinte rénale au cours des endocardites infectieuses, d'estimer son pronostic et son évolution après la cure de la cardiopathie.

Observations

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques, biologiques, immunologiques et histologiques des 6 patients

Cas	Age (ans)	Sexe	Valvulopathie et/ou cardiopathie	VS (1 ^{ère} h)	Fonction rénale		Prot g/24h	Immuno- logie	PBR
					Créatinine μ mol/l	Clairance ml/mn			
Cas 1	40	M	IAo	65	153	49	3.6	-	Prolifération cellulaire segmentaire et focale avec infiltrat inflammatoire et un aspect d'ischémie chronique (figure1)
Cas 2	42	F	IM	125	56	135	0.27	C3 abaissé FR (+)	Glomérulonéphrite membranoproliférative (figure2)
Cas 3	30	M	IAo	140	250	37.4	1.1	-	Glomérulonéphrite membranoproliférative avec lésions interstitielles, tubulaires et vasculaires
Cas 4	39	M	RM	130	152	53	1.6	Ac anticardiolipine (+)	Glomérulonéphrite membranoproliférative
Cas 5	42	M	IT – CIV – Anévrisme du SIV	50	145	79.8	2.4	C3 abaissé	Prolifération endocapillaire exsudative (figure3)
Cas 6	34	M	IM	65	250	32.8	0.45	C3 et C4 abaissés c-ANCA (+)	Non faite