

GROSSESSE EXTRA-UTERINE OVARIENNE ROMPUE : A PROPOS DE DEUX CAS

O. THIAM, P.M. FAYE, I.S.S. SARR, Y.SEYE, M.L. GUEYE, A.O. TOURE, M. SECK, M. CISSE, M. DIENG

RESUME

Introduction : La grossesse extra utérine (GEU) pose un problème dans les pays en développement. La grossesse ovarienne (GO) est une composante rare de la GEU. Nous rapportons ici deux cas de GEU ovarienne.

Observations

Observation 1 : il s'agissait d'une patiente de 23 ans, nullipare qui avait consulté en urgences pour des douleurs pelviennes et des métrorragies sans notion franche d'aménorrhée. L'examen à l'entrée avait montré une irritation péritonéale et au toucher vaginal, le col était dévié à gauche, fermé. L'échographie concluait à une masse ovarienne droite avec un épanchement dans le Douglas. Le test urinaire de la β HCG était positif. L'exploration chirurgicale sous coelioscopie avait montré une grossesse ovarienne rompue. Elle avait bénéficiée d'une annexectomie gauche. Les suites opératoires étaient simples. L'histologie de la pièce a confirmé une GEU ovarienne.

Observation 2 : il s'agissait d'une femme de 41ans, 5ème geste, 3ème pare avec 2 avortements sans notion de contraception avec un antécédent de salpingite qui était admise aux urgences pour la prise en charge d'une GEU de diagnostic échographique. L'interrogatoire révélait une aménorrhée de 8 semaines. A l'entrée, son état hémodynamique était stable, on notait une douleur provoquée à la palpation de l'hypogastre sans défense. Le toucher vaginal réveillait une douleur dans le cul de sac latéro-utérin droit. Elle a été admise au bloc pour une laparotomie qui a objectivé une GEU ovarienne droite rompue. Une annexectomie droite a été réalisée Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion : Le traitement de la GO rompue est chirurgical par annexectomie ou ovariectomie. L'abord idéal est la coelioscopie.

Mots clés : Grossesse ovarienne, Annexectomie, Coelioscopie

INTRODUCTION

La grossesse ectopique ou grossesse extra-utérine (GEU) regroupe plusieurs entités cliniques dont le point commun est une implantation et un développement en dehors de la cavité utérine [21]. La GEU pose un problème en gynécologie et surtout dans nos régions : elles représentent 1,30% des accouchements soit une GEU pour 76

Tirés à part : Dr Ousmane THIAM, Assistant-Chef de Clinique, Chirurgie Générale, Hôpital Dalal Jamm de Dakar, E-mail : o_thiam@hotmail.fr, Tel : 00221779281751

SUMMARY

Ruptured ectopic ovarian pregnancy: about two cases

Introduction: ectopic pregnancy has many consequences in our country. The ovarian localization is rare. We presented two cases of ovarian ectopic pregnancy.

Observations

Observation 1: It was about 23 years old nulliparous woman who presented abdominal pain in hypogastric area and irregular bleeding. Her menstrual cycle was regular. Clinical exam performed a peritoneal syndrome, and the cervix was in left position. A urine pregnancy test was positive. The ultrasound examination revealed an empty uterine, a right ovarian mass and a liquid effusion in the Douglas. A laparoscopy exploration was performed and showed an ovarian mass. A left annexectomy was realized. Postoperative course was evenful. Histological examination confirmed ovarian ectopic pregnancy.

Observation 2: It was about a 41 years old women multiparous with two anterior abortion. She consulted with ultrasound examination results which showed an ectopic pregnancy after 8 weeks since last menstrual period. Clinical exam showed a stable hemodynamical patient with hypogastric pain tenderness. Vaginal exam revealed a lateral cervix pain. Surgical exploration by laparotomy was performed and showed an ovarian ectopic pregnancy with bleed effusion. A right annexectomy was performed. Postoperative course was evenful

Conclusion: The treatment of ectopic ovarian pregnancy is a surgical emergency which need an annexectomy or an ovariectomy. The laparoscopy is the ideal approach.

Keywords: ovarian ectopic pregnancy, annexectomy, laparoscopy.

accouchements et reste une cause importante de mortalité maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse. Elle représentait 14,6 % des causes de décès maternel au Centre Hospitalier de Libreville en 1989 [6,22,24]. Dans les pays développés, les GEU peuvent être diagnostiquées au stade pauci-symptomatique grâce au dosage de la fraction bêta de l'Hormone Chorionique Gonadotrophine (β HCG) associé à l'échographie endo-vaginale [3,17]. Dans

THIAM O., FAYE P.M., SARR I.S.S., SEYE Y., GUEYE M.L., TOURE A.O., SECK M., CISSE M., DIENG M. Grossesse extra-utérine ovarienne rompue : à propos de deux cas. Journal de la SAGO, 2018, vol.19, n°2, p. 46-50

nos régions à ressources limitées, la découverte se fait souvent au stade de rupture avec hémopéritoine du fait du retard à la consultation ou de l'indisponibilité des examens complémentaires d'aide au diagnostic [28]. La grossesse ovarienne est une entité rare. La nidation de l'œuf se fait au sein de l'ovaire [12]. Sa physiopathologie est mal connue, elle pourrait être secondaire au reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire [9,18,26]. Le diagnostic de la grossesse ovarienne se fait souvent en per-opératoire [1]. Nous rapportons 2 cas de grossesses ovariennes rompues dont le diagnostic était fait en peropératoire.

I. OBSERVATIONS

Observation 1 : Il s'agissait d'une patiente âgée de 23 ans, nullipare sans notion de contraception. Elle était reçue aux urgences chirurgicales pour la prise en charge de douleurs pelviennes et de métrorragies sans notion franche d'aménorrhée. La symptomatologie était faite de douleurs hypogastriques d'installation brutale à type de torsion calmées par la prise d'antispasmodiques associées à des vomissements non rythmés pas les repas survenant à l'acmé de la douleur sans autres troubles du transit. L'interrogatoire révélait une date des dernières règles de 40 jours avant la symptomatologie. L'état hémodynamique était stable à l'entrée. On notait des signes d'irritation péritonéale avec une sensibilité exagéré à la palpation au niveau hypogastrique et au niveau de la fosse iliaque gauche. Au toucher vaginal, le col était dévié à gauche, fermé. Aucune masse n'était palpée au niveau des culs de sac vaginaux. La patiente avait ramené une échographie concluant à une masse de la fossette ovarienne droite associée à un épanchement liquidien au niveau du cul-de-sac de Douglas. Le taux d'hémoglobine était de 12,2 grammes/décilitre (g/dl) et les globules blancs étaient à 5390 éléments/millimètres cube (mm³). Le test urinaire de la β HCG était positif. Après préparation, une exploration sous cœlioscopie était décidée par l'intermédiaire d'un trocart optique de 10 mm au niveau ombilical et de deux autres trocarts de 5mm respectivement à la fosse iliaque gauche et à l'hypogastre. On notait une grossesse extra - utérine gauche rompue avec un hémopéritoine d'environ 350 millilitres (ml) faite de caillots. Une masse ovarienne gauche hémorragique de 5cm de grand axe, faite de caillot, molle faisant suspecter une grossesse ovarienne. La trompe homolatérale était œdématisée. Une annexectomie droite avait été réalisée. Les suites opératoires étaient simples. L'exeat était fait au deuxième jour postopératoire. L'examen histologique de la pièce opératoire avait montré un tissu ovarien parsemé de villosité choriale en faveur d'une grossesse ovarienne.

Observation 2 : Il s'agissait d'une patiente de 41 ans, 5^{ème} geste, 3^{ème} pare avec 2 avortements sans notion de contraception. On notait un antécédent de salpingite. Elle signalait une aménorrhée de 8 semaines et était admise pour la prise en charge d'une GEU de diagnostic échographique. L'état hémodynamique était stable à l'admission. Une douleur était provoquée à la palpation de l'hypogastre, mais on ne notait pas de défense. Le toucher vaginal réveillait une douleur dans le cul de sac latéro-utérin droit. Une échographie réalisée le même jour concluait à une grossesse extra-utérine droite fissurée. Elle a été admise au bloc après préparation pour une laparotomie. L'exploration avait objectivé une grossesse extra-utérine ovarienne droite rompue avec un hémopéritoine d'environ 250 ml fait de caillots (fig. 1).

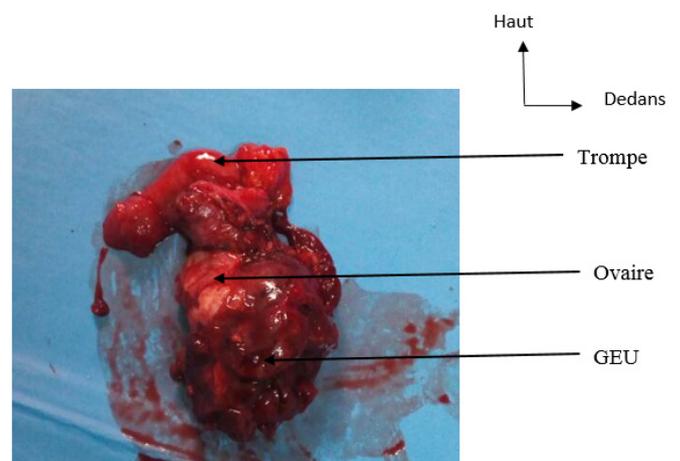


Figure 1 : Pièce d'annexectomie (observation 2)

Une annexectomie droite était faite (fig. 2). Les suites opératoires ont été simples. La durée d'hospitalisation était de 4 jours.

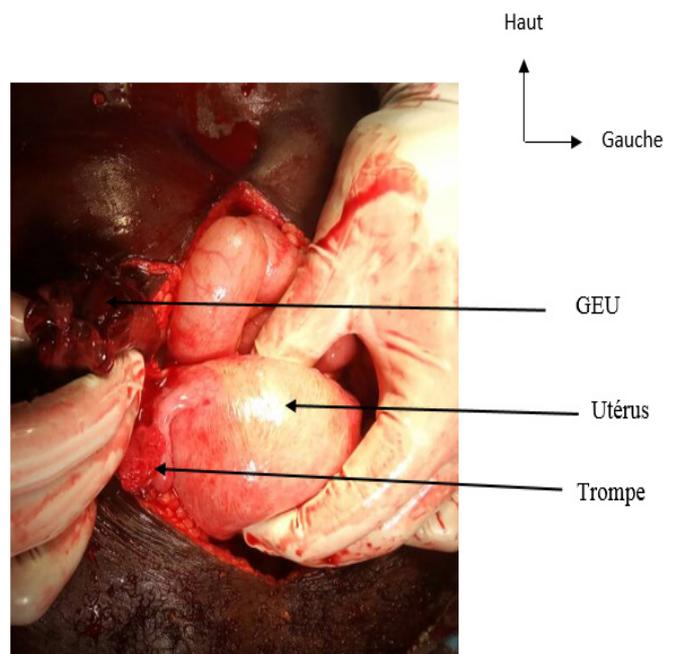


Figure 2 : Image de l'utérus, de la trompe et de la GEU ovarienne (Observation 2)

L'examen anatomo-pathologique de la pièce était en faveur d'un tissu ovarien siège de villosités chorales de taille variable comportant un axe lâche et concluant à une grossesse ovarienne rompue (fig 3).

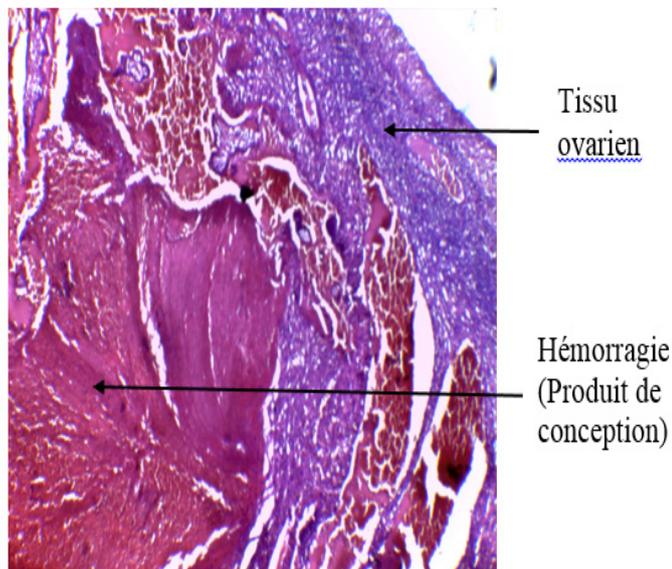


Figure 3 : Aspect histologique de la grossesse ovarienne

II. DISCUSSION

• Epidémiologie

La grossesse ovarienne représente une entité rare des grossesses extra-utérines (GEU). La grossesse ovarienne a été suspectée pour la première fois par Mercreus en 1614 et prouvée à partir d'autres travaux [11]. Leur fréquence est estimée à 2-3% des GEU, ce qui représente une incidence d'environ 1/2500 à 1/5000 naissances [16]. Cette fréquence est de 4,65% en Madagascar. Dans notre service la fréquence était 4 % des GEU. Sergent et al. rapportent une fréquence plus élevée : une grossesse ovarienne sur 1400 naissance dans son étude [26]. Cette estimation variable de la fréquence peut s'expliquer par l'absence de prise en compte des critères diagnostiques anatomiques et histologiques dans certains travaux [11].

• Caractéristiques des patientes

Nos deux patientes étaient respectivement âgées de 23 ans et de 41 ans. La moyenne d'âge est très variable d'une série à une autre. Elle était de 29 ans dans la série de Libreville avec une fréquence croissante avec l'âge et l'incidence était plus élevée dans la tranche d'âge comprise entre 30 ans et 34 ans dans la série de Conakry [2,15]. L'augmentation du risque avec l'âge serait expliquée par une exposition plus prolongée aux facteurs de risque [8]. La GO partage quasiment les mêmes facteurs de risques que la GEU en générale. En plus de l'âge

avancé s'ajoutent la parité et la contraception. Les patientes que nous avons présenté n'étaient pas sous contraception, la parité était variable (5) chez la seconde patiente. Les avis des auteurs sont partagés quant au facteur parité : dans la série de Conakry les nullipares représentaient 35,1 % des cas tandis que Philippe affirme que les multipares sont porteuses de GO dans 73 à 84% des cas dans sa série [2,23]. Ces estimations nous le rappelons se font sur de petites séries du fait de l'incidence faibles des GO.

• Clinique

La symptomatologie clinique de la GO est superposable à celle des autres GEU. La classique triade faite de douleurs abdominales, aménorrhées secondaires et métrorragies chez une femme en activité génitale comme nous l'avons retrouvé chez nos deux patientes a été décrite par quasiment tous les auteurs [2,15]. L'examen clinique est insuffisamment fiable pouvant même conduire à des errances diagnostiques pouvant retarder la prise en charge [28]. Les résultats de l'examen peuvent être variables allant seulement d'une anémie clinique jusqu'à une irritation péritonéale qui témoigne de la constitution d'un hémopéritoine [7,27]. Nos deux patientes ont été reçues au stade de GEU rompue, ceci conforte les données de la littérature en Afrique avec 95 % de GEU rompues dans la série de Cissé [4]. et 80,2 % dans la série de Baldé en Guinée Conakry [2].

• Paraclinique

La triade diagnostique classique de la GEU associe un taux de β HCG supérieur à 1500 Unités Internationales par litre (UI/l), l'absence de sac gestationnel en intra-utérin et la présence d'une masse latéro-utérine indépendante de l'ovaire [20]. Nos patientes n'ont pas pu bénéficier d'un dosage de la β HCG plasmatique du fait de son indisponibilité en urgences dans notre structure. Un test urinaire aux bandelettes était fait [8,19]. Ils sont d'un apport important au diagnostic avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité mais n'a cependant aucun intérêt dans le suivi après traitement médical [10].

Le diagnostic échographique de la GO est assez difficile. Le kyste ovarien est un diagnostic différentiel à faire, c'est le cas dans nos observations. Elle permet de retrouver des signes indirects notamment un épanchement péritonéal évoquant un hémopéritoine qui est retrouvé dans 65 % des cas de GEU [10,20].

• Traitement

Le choix du traitement de la GEU en générale est fonction de beaucoup de paramètres regroupés dans le score clinico-biologique de Fernandez (Tableau 1).

Le traitement chirurgical est indiqué s'il existe un des paramètres suivants [5] :

- Score de Fernandez > 12 points
- Instabilité hémodynamique
- HCG plasmatiques > 10 000 UI/L
- Hématosalpinx > 4 cm en échographie
- Contre-indications au traitement médical (méthotrexate)
- Impossibilité de suivi ambulatoire (patiente non compliant par exemple).

Tableau I : Score de Fernandez [5]

Cotation	1	2	3
Termes			
(en jours d'aménorrhée)	> 49	49 - 42	<42
HCG plasmatique (UI/L)	< 1000	1000—5000	> 5000
Progestéronémie (ng/mL)	< 5	5-10	> 10
Douleur	Nulle	Provoquée	Spontanée
Hématosalpinx (en échographie)	< 1 cm	1- 3 cm	> 3 cm
Hétopéritoine (estimation échographique)	Absent	< 100 ml	> 100 ml

D'autres auteurs ont ajouté la présence d'une activité cardiaque [19]. Le diagnostic de la GO impose le plus souvent un traitement chirurgical. Cette dernière se fait par coelioscopie dans le meilleur des cas. Une de nos patientes a bénéficié d'une laparotomie du fait de l'indisponibilité de la coelioscopie en cette période. Nos deux patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical radical (non conservateur) du fait d'un diagnostic tardif au stade de complications et le doute sur la qualité de la trompe homolatérale. Cependant l'ovariectomie est toujours de mise bien qu'il n'y a pas de différence significative sur les suites opératoires et la fertilité [18].

L'examen histologique de la pièce est indispensable parce qu'il permet de confirmer le siège ovarien de la GEU en éliminant par la même occasion les diagnostics différentiels (grossesse abdominales greffées sur l'ovaire...). Les travaux de Spiegelberg en 1878 ont permis de codifier les critères anatomiques d'une GO [27]. Ces critères sont au nombre de 4 : la trompe du côté atteint, y compris le pavillon, doit être indemne de toute lésion ; le sac ovulaire doit occuper la place anatomique habituelle de l'ovaire ; l'ovaire et le sac gestationnel doivent être reliés à l'utérus par le ligament utéro-ovarien ; il doit exister du tissu ovarien au sein du sac ovulaire, en d'autres termes la présence de villosités choriales au sein du tissu ovarien (critère histologique).

Ainsi, il peut être établi que la preuve histologique est indispensable pour confirmer la GO, ce qui a été le cas pour nos deux patientes. Ces critères ont été récemment réévalués par les travaux de Sergent en 2002, car jugé insuffisants avec les nouvelles méthodes de diagnostic, de traitement et de suivi de la GO [26].

CONCLUSION

La GO comme toutes les autres GEU est une urgence médicale pouvant être chirurgicale en l'absence de prise en charge précoce. Le diagnostic précoce améliore le pronostic. Le traitement médical est de mise en l'absence de contre-indications et l'abord coelioscopique garde sa place dans le traitement chirurgical.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Aubert P, Dufour P, Devisme L et al.** Grossesse ovarienne: à propos d'une observation. La Presse Médicale 1999;38(28):2103.
2. **Balde I.S., Diallo F.B., Conte.** Ectopic pregnancy at the Ignace Deen University Hospital in Conakry: Epidemiologic, social, demographic, therapeutic, and prognostic aspects. Médecine et Santé Tropicale 2014;24:297-300.
3. **Canis M., Savary D., Pouly J.L. et al.** Recommandations pour la pratique clinique : grossesse extra-utérine : critères de choix du traitement médical ou chirurgical. CNGOF. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;32:354–363.
4. **Cisse C.A.T., Bernis L.D., Faye E.O. et al.** Grossesse extra-utérine au Sénégal. Sante 2002;12:271-274.
5. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)** Guidelines for clinical practice : ectopic pregnancy management. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;32(7):112-136.
6. **Daraï E., Sitbon D., Benifla J.L., et al.** Grossesse extra-utérine: méthodes thérapeutiques et indications. In : Carbonne B, ed. Mises à jour en gynécologie et obstétrique. Collège national des gynécologues et obstétriciens français 1995;255-286.
7. **Ercal T., Cinar O., Mumcu A. et al.** Ovarian pregnancy: relationship to an intrauterine device. J Obstet Gynecol 1997;37(3):362-364.
8. **Gervaise A., Fernandez H.** Les métrorragies du premier trimestre de la grossesse. J Gynecol Obst Reprod 2010;3S(39):17-24.
9. **Ghi T., Banfi A., Marconi R. et al.** Three dimensional sonographic diagnosis of ovarian pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 2005;26(1):102-104.
10. **Goffinet F., Dreyfus M., Madelenat P.** Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge de la grossesse extra-utérine. Gynecol Obstet Fertil 2004;32:180-185.

11. **Grall J., Jacques Y.** La grossesse ovarienne: à propos de quatre cas. *Revue Française de Gynécologie* 1978;73(2):139-145.
12. **Haingo V.R.R., Volahasina F.R., Lalaina N.** Ovarian pregnancy: about 3 cases and review of the literature. *Pan African Medical Journal* 2016. [http:// doi:10.11604/pamj.2016.25.128.10834](http://doi:10.11604/pamj.2016.25.128.10834).
13. **Hajenius P.J., Engelsbel S., Mol B.W. et al.** Randomised trial of systemic methotrexate versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy. *Lancet* 1997;350:774–779.
14. **Jamard A. et al.** Fertilité et risque de récurrence après traitement chirurgical d'une grossesse extra-utérine : salpingotomie versus salpingectomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.08.005>.
15. **Jean-François M., Adrien S.Z., Boniface S.O. et al.** Aspects actuels de la grossesse extra- - utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas. *Cahier Sante* 2002;4(12):405-408.
16. **Job-Spira N., Coste J., Aublet-Cuvelier B. et al.** Fréquence de la grossesse extra-utérine et caractéristique des femmes traitées. *La Presse médicale* 1995;24 (7):351-355.
17. **Kirk E., Boume T. Ectopic pregnancy.** *Obstet Gynecol Reprod Med* 2011;21(7):207–211.
18. **Kraemer B., Kraemer E., Guengoer E. et al.** Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to Carnegie stage 16 and review based on a clinical case. *Fertil and Steril*. 2009;92(1):392.
19. **M. Canis, D. Savary, J.L. Pouly et al.** Grossesse extra-utérine: critères de choix du traitement médical ou du traitement chirurgical. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32(7):354-363.
20. **Millet I., Melanie C., Emma P.B. et al.** Urgences gynécologiques corrélations radio-chirurgicales. *Imagerie de la Femme* 2015 <http://dx.doi.org/10.1016/j.femme.2015.03.002>
21. **Nadi M., Richard C., Filipuzzi L.** Grossesse interstitielle, angulaire et cornuée : diagnostic, traitement et futur obstétrical. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2017 [http:// dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2017.05.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2017.05.002) [in press]
22. **Pambou O., Guyot B., Tsiku X.** Prise en charge de la grossesse extra-utérine au CHU de Brazzaville (Congo) et à l'hôpital Tenon (Paris, France). *Rev Fr Gynécol Obstét* 1996;91:223-227.
23. **Philippe E., Renaud R., Dellenbach P. et al.** Ovarian pregnancy of 32 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1987;16(7):901-908.
24. **Picaud A., Nlome Nze A.R., Ogowet I.N. en al.** La grossesse extra-utérine: étude de 509 cas traités chirurgicalement au CHU de Libreville. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1989;18:714-720.
25. **Pisarska M.D., Carson S.A., Buster J.E.** Ectopic pregnancy. *Lancet* 1998;351:1115–1120.
26. **Sergent F., Mauger F., Gravier A., Verspyck E., Marpeau L.** Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2002;31(8):741–746
27. **Spiegelberg O.** Zur Kasuistik der Ovarialschwangerchaft. *Arch Gynaekol*. 1878;13:73–19.
28. **Thiam M, Diop M.M., Ba P.A. et al.** Recueil diagnostique des Grossesses Extra Utérines aux urgences médicales du CHR de Thiès : à propos de 4 cas. *Journal de la SAGO* 2014;15(2): 44-48.