

 <p>ISSN NO. 2320-5407</p>	<p>Journal Homepage: - <a href="http://www.journalijar.com">www.journalijar.com</a></p> <h2>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)</h2> <p>Article DOI: 10.21474/IJAR01/7454 DOI URL: <a href="http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/7454">http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/7454</a></p>	
---	--	---

### RESEARCH ARTICLE

#### GROSSESSE OVARIENNE: A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE.

Mohamed Achraf Grohs, Narjisse Jeraf, Rana Watfeh And Abdelhai Adib Filali.

#### Manuscript Info

#### Abstract

#### Manuscript History

Received: 21 May 2018  
Final Accepted: 23 June 2018  
Published: July 2018

Copy Right, IJAR, 2018,. All rights reserved.

#### Introduction:-

La grossesse ovarienne représente une entité rare parmi les grossesses ectopiques où l'ovaire est le siège de la nidation, elle est l'une des rares grossesses extra utérines. Son diagnostic nécessite une démarche bien codifiée confirmé le plus souvent lors des interventions [1]. La grande proportion dans le timing de diagnostic se fait au troisième trimestre soit 45% [2],

#### Patient, Cas Clinique:-

Mme Z, 40 ans appartenant à une classe sociale moyenne, ne rapportant pas d'antécédent médical particulier, opérée il y'a un an pour myomectomie par laparotomie en 2016, primigeste dont sa grossesse a été contractée spontanément.

Elle a consulté pour suivi de sa grossesse chez un médecin généraliste, ce dernier a posé le diagnostic de grossesse arrêtée avec rétention utérine, deux tentatives d'évacuation utérine médicale ont été envisagées avec échec, puis la patiente nous a été adressée pour complément de prise en charge L'examen à l'admission retrouve une patiente en bon état général, coloration cutanéomuqueuse normale, TA 10/7 cmHg, t°=37.2°C.

Le toucher vaginal couplé au palper abdominal : utérus de taille normal avec masse latéro utérine droite rénitente, L'échographie montre un utérus vide avec un endomètre décidualisé (Figure.1) et présence d'une masse ovarienne droite de 10cm contenant un embryon dont le LCC mesure 30mm (Figure.2) La prise en charge chirurgicale s'est imposée, l'ouverture de l'ovaire après l'acte confirme le diagnostic (Figure.3)

#### Discussion:-

Sa physiopathologie est mal connue, elle semblerait être secondaire à un reflux de l'ovocyte fécondé vers l'ovaire [3, 4]. Cependant plusieurs littératures mentionnent en cause à 57-90% des patientes sujettes de l'utilisation des stérilets comme le dispositif intra utérin [5].

Les particularités des facteurs déterminant, des caractéristiques histopathologiques et évolutives des grossesses ovariennes nous a conduit à porter un intérêt pour cette forme de grossesse ectopique

La grossesse ovarienne constitue 2% des grossesses extra-tubaires, en dehors d'autre localisations rares [6]

L'âge avancé peut en constituer un terrain favorable, du fait de l'exposition prolongé aux facteurs de risques [7]

**Corresponding Author:- Mohamed Achraf Grohs.**

Le diagnostic peut être orienté par des signes cliniques à type de troubles digestifs, douleurs abdomino-pelviennes, saignement avec retentissement clinique...

Le diagnostic échographique est difficile, à cause de sa rareté, confondue souvent avec une grossesse arrêtée expulsee

Il est noté une rareté en ce qui concerne un traitement médical des grossesses ovariennes [8] traitement non encore élucidé et valable en fin premier trimestre et au-delà. La chirurgie est la thérapie utilisée dans la majorité des cas pour prendre en charge une grossesse ovarienne et dans les cas où la grossesse ovarienne est avancée en âge, l'ovariectomie, voir l'annexectomie peuvent se réaliser [9]. Mais une résection partielle de l'ovaire peut se faire afin d'assurer l'hémostase

Elle est de diagnostic difficile dans nos milieux avec faible densité médicale, un taux faible d'accessibilité aux soins et le diagnostic est le plus souvent tardif avant de poser le diagnostic qui rend la prise en charge plus précise.

### Conclusion:-

Il existe des formes évolutives au-delà du 5<sup>e</sup> mois, fréquentes dans les pays à faible densité médicale et exceptionnellement dans les pays développés [10]. Ce type de grossesses conduit facilement à des complications materno-fœtales par manque d'infrastructures sanitaires adaptées.

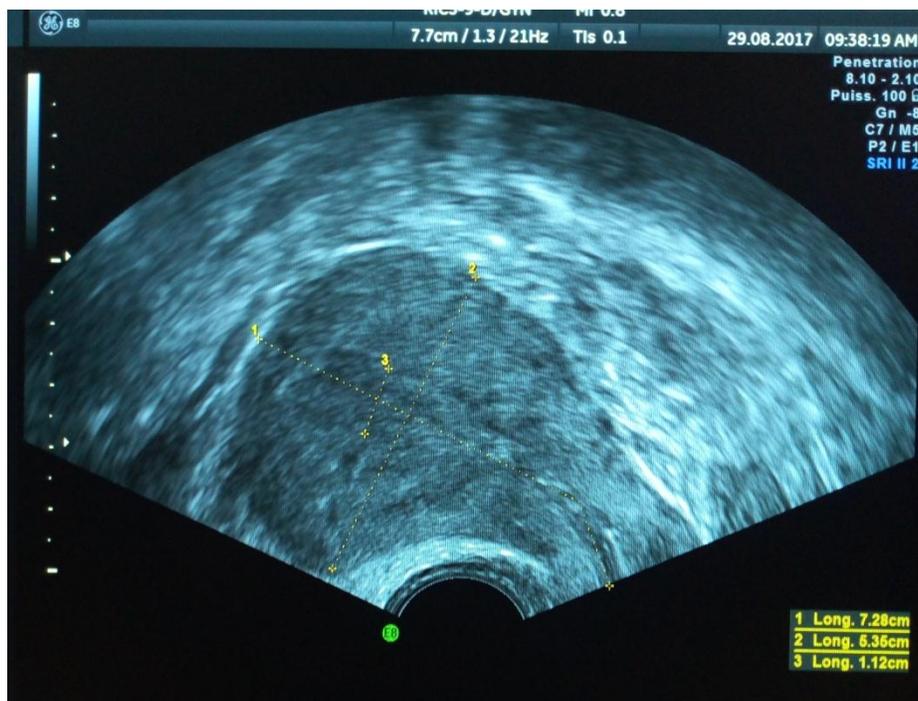


Figure 1:-Utérus vide avec un endomètre décidualisé

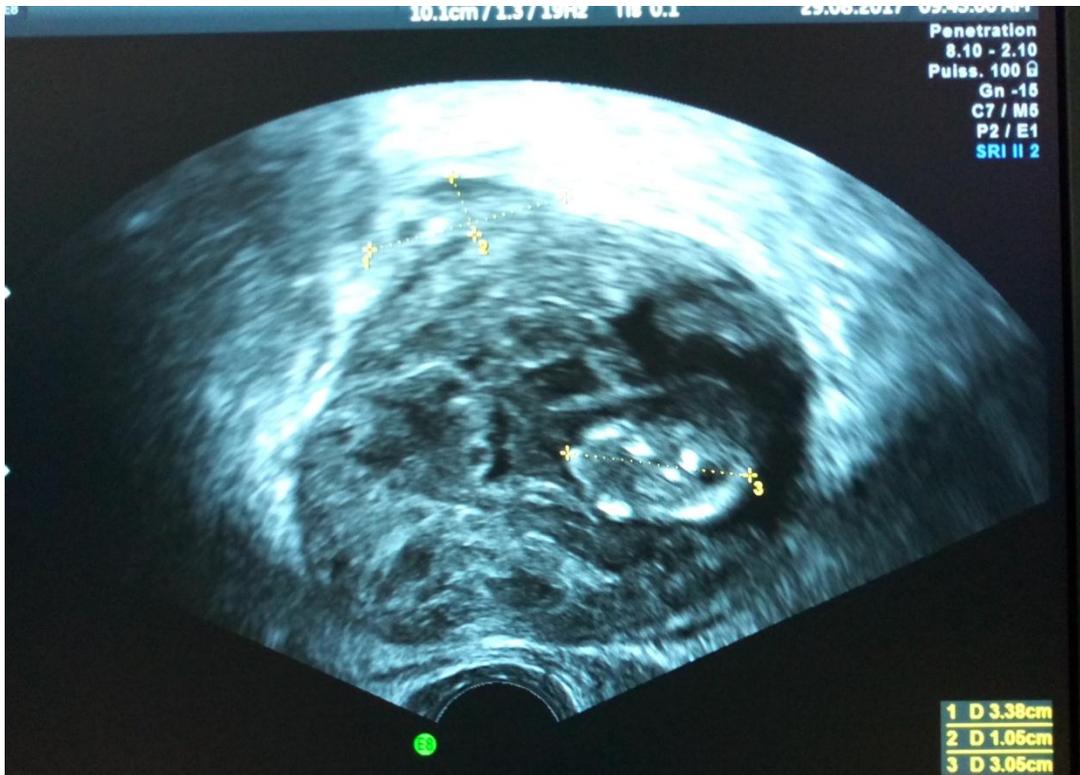


Figure 2:-Embryon avec activité cardiaque négative contenu dans l'ovaire

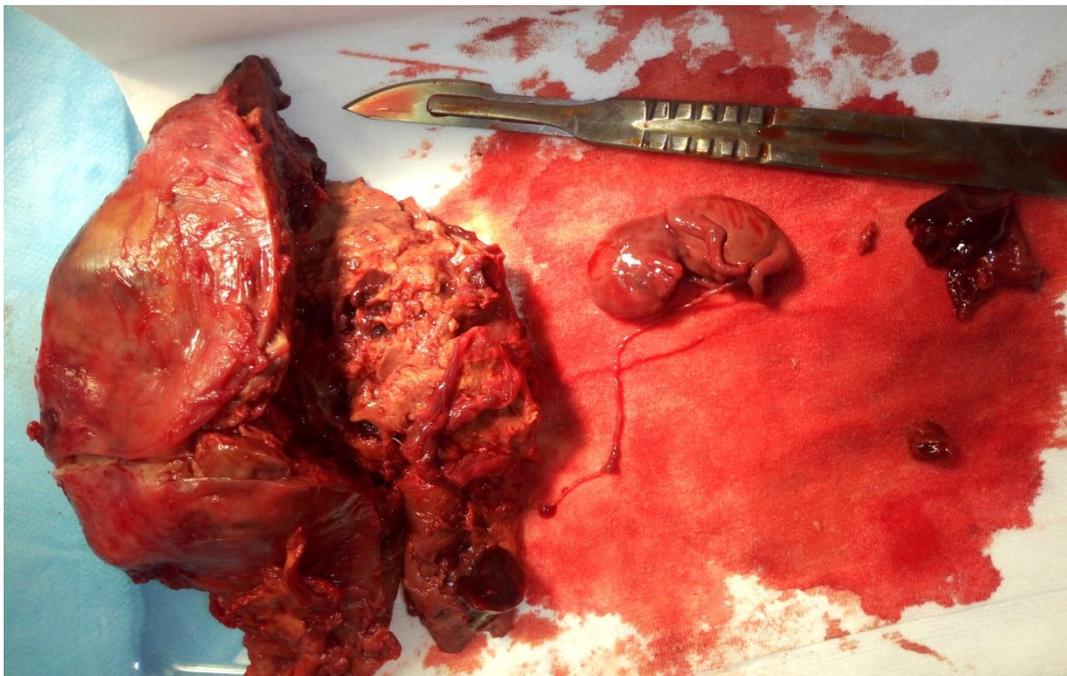


Figure 3:-Ouverture de l'ovaire avec présence de l'embryon

**Reference:-**

1. Gaubert P, Dufour P, Devisme L, Massoni F, Querleu D. Grossesse ovarienne: à propos d'une observation. La Presse Médicale. 1999 Décembre;28(N° 38):2103.
2. Picaud A, Ella-Ekogha R, Ozouaki F, Nlome-Nze AR, et al. Grossesse abdominale: à propos de 11 cas. Méd d'Afrique Noire. 1990;37(8/9):483-487.
3. 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.
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(8):741-746.
5. 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(1):102-4.
6. Duchamp de Chastaigne M, Mezin R. Association grossesse abdominale - grossesse intra-utérine au troisième trimestre: à propos d'un cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1994;23(4):440-443
7. Gervaise A, Fernandez H. Les métrorragies du premier trimestre de la grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010 Mai;39(n° 3S):F17-F24.
8. Marcus SF, Brinsden PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. Fertil Steril. 1993;60(1):167-9.
9. Gaubert P, Dufour P, Devisme L, Massoni F, Querleu D. Grossesse ovarienne: à propos d'une observation. La Presse Médicale. 1999 Décembre;28(N° 38):2103.
10. Diouf A, Diouf F, Cisse CT, Diaho D, Gaye A, Diadhiou F. La grossesse abdominale à terme avec enfant vivant: à propos de 2 observations. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1996;25(2):212-215.