

Rupture d'un corps jaune hémorragique géant et grossesse: A propos d'un cas

[Rupture of a giant hemorrhagic corpus luteum and pregnancy: About a case]

Chimae EDDAOUDI, Zakia TAZI, Abdelhay FILALII, Mohammed Hassan ALAMI, and Rachid BEZAD

Maternité Universitaire des Orangers, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Copyright © 2019 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The incidental discovery of ovarian cysts during pregnancy is becoming more common. The cysts discovered in the first trimester are most often functional and disappear spontaneously without complication, they are in most cases asymptomatic and can be fortuitous discovery during an ultrasound. They become symptomatic only when a complication occurs. The most common complications are cyst rupture and torsion. Pregnancy increases the risk of rupture, and the risk of abortion and ectopic pregnancy is increased when there is a combination of ovarian tumor and a gravid-puerperal state. We report the case of a rupture of a giant hemorrhagic luteal cyst during the 1st trimester of pregnancy.

KEYWORDS: luteal cyst, corpus luteum, hemoperitoneum, ultrasound rupture.

RÉSUMÉ: La découverte fortuite de kystes ovariens en cours de grossesse est de plus en plus fréquente. Les kystes mis en évidence au premier trimestre sont le plus souvent fonctionnels et disparaissent spontanément sans complication, ils sont dans la majorité des cas asymptomatiques et peuvent être de découverte fortuite lors d'une échographie. Ils ne deviennent symptomatiques que lorsque survient une complication. Les complications les plus fréquentes sont la rupture du kyste et la torsion. La grossesse augmente le risque de rupture, et le risque d'avortement et de grossesse extra-utérine est accru en cas d'association de tumeur ovarienne et état gravido-puerpéral.

Nous rapportons le cas d'une rupture d'un kyste lutéinique hémorragique volumineux au cours du 1^{er} trimestre de grossesse.

MOTS-CLEFS: kyste lutéinique, corps jaune, hémopéritoine, échographie, rupture.

1 INTRODUCTION

L'association de tumeur de l'ovaire et l'état gravido-puerpéral (E.G.P.) n'est pas rare, L'incidence de survenue de kyste ovarien pendant la grossesse est estimée à environ 1%. La particularité de cette association réside dans les points suivants :

- Gravité des complications qui surviennent soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail et des suites de couches.
- Au cours de la grossesse, de nombreux examens paracliniques sont contre-indiqués, ce qui rend l'enquête diagnostique plus ardue.
- Une fois le diagnostic anatomo-pathologique fait, le problème reste celui de l'indication thérapeutique.

Les kystes mis en évidence au premier trimestre sont le plus souvent fonctionnels et disparaissent spontanément sans complication. Les complications les plus fréquentes sont la rupture du kyste et la torsion. L'échographie demeure l'examen diagnostique clé. Le traitement chirurgical pendant la grossesse comporte des risques fœtaux (avortement précoce et prématurité) et maternels.

2 OBSERVATION

Primigeste âgée de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables, aux cycles irréguliers, sans moyens contraceptifs, consulte au terme de 7 SA selon DDR pour douleur pelvienne gauche d'installation brutale associée à des vomissements, l'examen général trouve une TA à 9/6, pouls = 83 battements/min, conjonctives normocolorés, l'examen abdomino-pelvien objective une légère défense pelvienne diffuse, l'examen au spéculum objective des leucorrhées blanchâtres, pas de saignement, le toucher vaginal couplé au palper abdominal objective une masse latéro-utérine gauche rénitente, le toucher rectal entraînait un cri de douglas, le reste de l'examen somatique est sans particularité. Une échographie pelvienne réalisée objective une grossesse monofoetale intra-utérine évolutive, LCC correspondant à 6SA+4j, présence d'une masse latéro-utérine gauche de 8cm, anéchogène à paroi épaissie évoquant un kyste ovarien, associée à un épanchement pelvien de 50mm, la vascularisation au doppler était difficile à étudier. devant ce tableau clinique la patiente a été admise directement au bloc opératoire pour suspicion de rupture kyste ovarien associé probablement à une torsion d'annexe aussi, la patiente a bénéficié d'une laparotomie, l'exploration a objectivé la présence d'un hémopéritoine estimé à 200cc, ovaire gauche siège d'un kyste rompu, nécrosé, bleuâtre, à paroi épaissie, avec des caillots de sang à l'intérieur, faisant 10 cm (figure 1), annexe non tordue, une partie de l'ovaire gauche était œdématisée et nécrosée(figure 2), la trompe gauche ainsi que l'ovaire droit et trompe droite étaient d'aspect normal, on a réalisé une kystectomie ainsi qu'une résection de la partie nécrosée de l'ovaire, hémostase assurée, les suites post opératoires précoces étaient simples, patiente a été mise sous progestatifs, antibiotiques et antimycosiques locaux pour traitement des leucorrhées, le résultat de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a objectivé un kyste lutéinique hémorragique ovarien, absence de signes de malignité. Par la suite, l'évolution a été marquée par l'apparition des vomissements gravidiques qui se sont aggravés avec retentissement hémodynamique, métabolique et altération de l'état général, pour lesquelles elle a été hospitalisée en service de réanimation à 11 SA, le bilan étiologique a objectivé une hyperthyroïdie, la durée d'hospitalisation était de 8 jours avec bonne évolution, la patiente a continué le suivi de sa grossesse dans le secteur privé, malgré toutes ces complications, la grossesse est menée à terme, elle a accouchée par voie haute dans une clinique privée au terme de 38 SA, d'un nouveau-né de sexe féminin, sans anomalies.

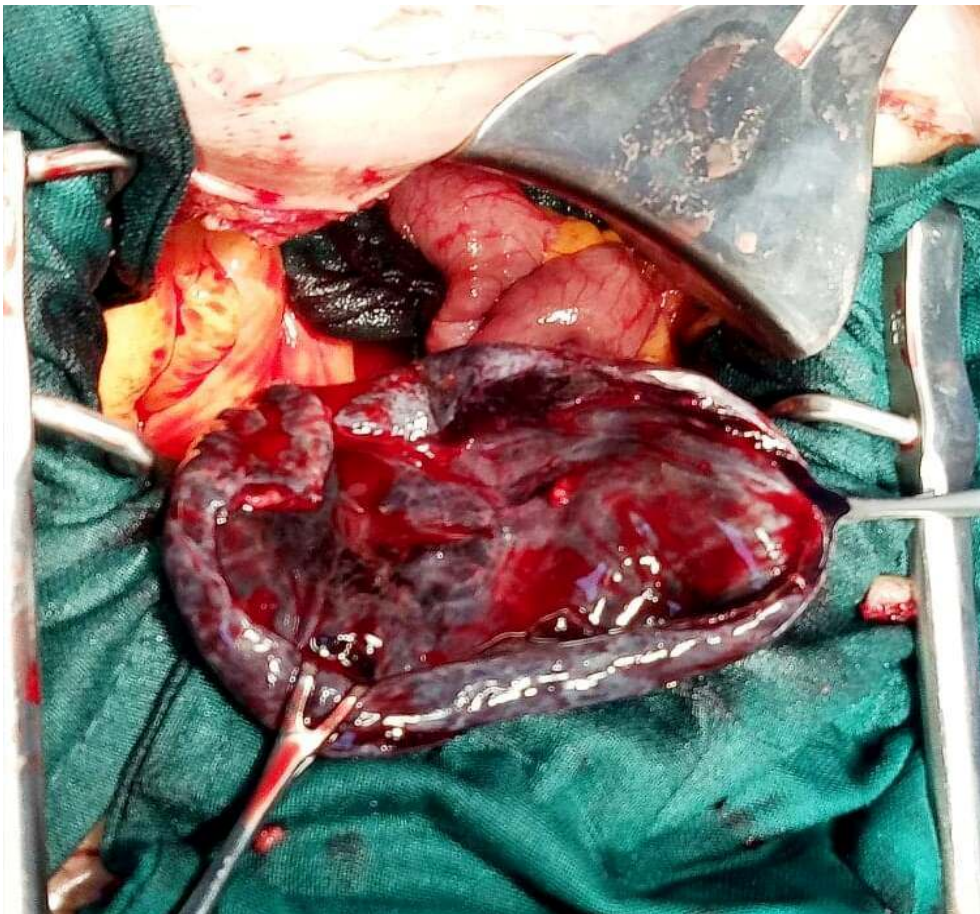


Fig. 1. Kyste de l'ovaire gauche, bleuâtre à paroi épaissie, rompu, avec des caillots de sang à l'intérieur



Fig. 2. Ovaire gauche avec une partie œdématisée, bleuâtre, nécrosée

3 DISCUSSION

Les kystes de l'ovaire sont extrêmement fréquents, à tel point qu'ils appartiennent maintenant plus aux variations de la physiologie qu'à une réelle pathologie dans plus des 3/4 des cas. Néanmoins, le changement de l'évolution naturelle des kystes dits fonctionnels peut conduire à des présentations vues en urgence comme l'hémorragie et la rupture. L'association de tumeur de l'ovaire et l'E.G.P. n'est pas rare.(1)

Le terme de la grossesse lors de la découverte du kyste est fondamental. Les masses annexielles diagnostiquées au premier trimestre sont à distinguer de celles découvertes aux deuxième et troisième trimestres. La majorité des kystes retrouvés au premier trimestre correspondent à des kystes fonctionnels type folliculaire ou corps jaune (2). Ils disparaissent le plus souvent avant 16 semaines de gestation.

Les circonstances de découvertes : Au cours de la grossesse, la découverte se fait le plus souvent lors d'un examen prénatal systématique, voire lors d'une intervention césarienne. FRAISSE (3) estime que 30 à 40 % des tumeurs ovariennes au cours de l'E.G.P. sont découvertes fortuitement. Mais certains signes cliniques peuvent révéler cette association tel que :

- La douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne, le plus souvent modérée. Quand elle est aiguë, elle peut témoigner d'une complication tumorale aiguë.
- L'augmentation du volume de l'abdomen. Le volume de l'abdomen supérieur à l'âge gestationnel théorique, est souvent du à une tumeur de grand volume, parfois majoré par une ascite qui hormis les cas rare de syndrome de demons meigs, traduit une dissémination péritonéale péjorative (4).
- Les métrorragies le plus souvent, ne sont pas très abondantes, mais toujours inquiétantes, parfois elles sont annonciatrices d'une interruption de la grossesse.
- Les signes de voisinages peuvent témoigner d'une compression extrinsèque par la tumeur ovarienne, mais aussi par l'utérus gravide, troubles intestinaux (léger météorisme abdominal, constipation, rarement occlusion intestinale) troubles urinaires (pollakiurie, dysurie, rétention aiguë d'urine).

- L'altération de l'état général est retrouvée surtout en cas de tumeurs ovariennes malignes, ou tumeurs bénignes compliquées.
- Syndrome de virilisation maternelle apparaît entre le 6ème et le 7ème mois de grossesse le plus souvent. Ce sont les tumeurs ovariennes à stroma fonctionnel qui sont en cause. Ce syndrome est lié à une lutéinisation du stroma ovarien après stimulation par les gonadotrophines chorioniques (5, 6, 7, 8).

Ou lors d'une complication :

Les complications sont plus fréquentes pendant la grossesse. En effet, elles sont présentes dans 25% des cas contre 10% en dehors de la grossesse (9). Les complications peuvent être responsables d'une morbidité et d'une mortalité fœtale d'autant plus grave que le diagnostic est fait tardivement.

Torsion d'annexe : Leur fréquence est de 11 % pour les lésions bénignes avec une incidence de 1/5000 grossesses contre une fréquence de 2.4 % pour les tumeurs malignes (10). Cette complication représente 2.7 % des urgences gynécologiques au cours de la grossesse (11). Elle se manifeste par des douleurs abdominales aiguës, continues, latéralisées au début puis diffusant rapidement, non calmées par les antispasmodiques. Parfois le tableau clinique est moins franc, évoquant une torsion subaiguë avec des épisodes douloureux subintrants et une masse latéro-utérine sensible à l'examen. Dans 12 % des cas, la torsion survient au premier trimestre de la grossesse. Il est à noter qu'il a été décrit des torsions sur annexes normales et ce en fin de grossesse (12).

Hémorragie intra kystique : En terme de fréquence, c'est la deuxième complication des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse (13). La douleur en cas d'hémorragie intra kystique a également un caractère aigu. L'hémorragie est souvent secondaire à la torsion d'annexe (14).

Rupture de kyste : La fréquence de rupture du kyste ovarien est de 1.3 à 3.7 %. Cette rupture peut être spontanée ou secondaire à une torsion . Lorsque la rupture survient au cours du premier trimestre de la grossesse, il faudra éliminer la grossesse extra-utérine. La fissuration ou la rupture d'un kyste mucineux est grave, car elle peut être à l'origine de la maladie gélatineuse du péritoine, alors qu'un kyste dermoïde peut entraîner une granulomatose péritonéale.

Infection : Elle est le plus souvent le fait d'un kyste dermoïde, la symptomatologie est identique à celle de la torsion, avec pour différence un début plus progressif et l'existence d'un contexte infectieux. L'évolution spontanée se fait vers la rupture intra péritonéale, donnant un tableau de péritonite ou la fistulisation dans le sigmoïde (13).

L'échographie permet de faire le diagnostic positif et de rechercher les critères de malignité avec une bonne fiabilité (15, 16). L'échographie reste l'examen de référence mais elle a ses limites pendant la grossesse du fait des conditions locales notamment, et les signes classiques du diagnostic des kystes de l'ovaire ou de torsion d'annexe peuvent manquer. C'est pourquoi le recours à l'IRM peut être intéressant lorsque l'échographie ne peut pas conclure quant à la nature du kyste ovarien. L'intérêt de l'IRM dans la caractérisation tissulaire des kystes de l'ovaire a déjà été démontré (17, 18).

La prise en charge thérapeutique est basée sur 2 options : la surveillance avec expectative ou l'intervention chirurgicale.

La prise en charge chirurgicale des masses ovariennes au cours de la grossesse ne se conçoit que dans deux situations : la survenue de complications aiguës telles que la torsion, la rupture ou l'hémorragie intra-kystique, et la présence d'arguments de malignité ou simplement la persistance d'un kyste d'allure bénigne au-delà de la quatorzième semaine d'aménorrhée.

Entre laparotomie et cœlioscopie, le choix dépend du caractère urgent, des conditions locales, de l'âge gestationnel et de l'expérience de l'opérateur.

Dans l'urgence on trouve 83 % de laparotomies (19) contre 94 % de cœlioscopies (20) suivant les études.

4 CONCLUSION

La découverte d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse est une situation de plus en plus fréquente en raison de la pratique systématique de l'échographie dans le suivi prénatal. Le diagnostic du kyste de l'ovaire durant la grossesse pose des problèmes de prise en charge thérapeutique selon le terme pendant lequel a été découvert le kyste. Les complications les plus fréquentes sont la rupture du kyste et la torsion. Le traitement chirurgical pendant la grossesse comporte des risques fœtaux et maternels. La laparoscopie est actuellement le gold standard dans le traitement de kyste de l'ovaire découvert pendant la grossesse. Les tumeurs ovariennes asymptomatiques et sans signes échographiques de gravité, ne constituent pas une indication opératoire d'emblée. En cas de rupture d'un kyste hémorragique, une intervention chirurgicale est indiquée pour l'hémostase.

REFERENCES

- [1] Tom O'Grady, Kyste ovarien : hémorragie, rupture et compression. *Gynécologie Obstétrique*, 2015. URL : <https://thoracotomie.com/2015/01/15/kyste-ovarien-hemorragie-rupture-compression/>
- [2] Goffinet F. [Ovarian cysts and pregnancy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001; 30(1 Suppl): S100-8
- [3] FRAISSE E., BERRASA A., PHILIPPE H.D., GRALL J.Y. Cancer de l'ovaire et grossesse à propos d'un cas. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1986, 81, 6-7, 381-384.
- [4] CERBONNET G., ROCHET Y. Le traitement des tumeurs de l'ovaire. Monographie de l'AFC. Rapport présenté au 88ème congrès Fran. de Chir. 1986.
- [5] BRONSTEIN R., HARDOUIN G., HENRION R. Kyste mucoïde virilisant au cours de la grossesse. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Repro.*, 1972, 1, n° 8, 891-899.
- [6] FOREST M.G. Approach to the mechanism of androgen over production in a case of krukemberg responsible for virilisation during pregnancy. *J. of Clinical, Endocrinology and métabolism*, 1978, 47, n° 2, 428-434.
- [7] LEUTENEGGER M., WAHL P., ADNET J.J., CARON J., POYNARD J.P., DOULET J.P. Syndrome de virilisation maternelle au cours de deux grossesses. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1982, 77, 1, 57-61
- [8] VERHOEVEN A.T.M., MASTBOO M. Virilization in pregnancy coexisting with an ovarian muemous cystadenoma. A case report and review of virilizing ovarian tumors in pregnancy.
- [9] Querleu. D Tumeurs bénignes (non endocrines) et kystes de l'ovaire. *Encyclo . Méd. Chir. Gynecologie*, 680-A-20, 1992, 6P.
- [10] Boulay. R, Podesaski. E Boulay. R, Podesaski. E Ovarian cancer complicating pregnancy *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 1998, 2, 385-400.
- [11] Bassil .S, Steinhart.U, Donnez. J Successful laparoscopie management of adnexal torsion during week 25 of a twin pregnancy. *Human reproduction*, 1999, 14, 855-887.
- [12] Yapar. E. C, Vural. T, Ekici. E, Jusçu. E, Gokmen. O E, Hyperreaction luteinalis masquerading as an ovarian neoplasm in a triplet pregnancy *European journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology*, 1996, 65, 177-180.
- [13] Querleu. D Tumeurs de l'ovaire : Classification et histopathologie. *Encyclo. Méd. Chir, Gynecolo*, 680-A-10, *Cancerologie*, 60-650-A-10, 1993, 4P.
- [14] Sebire. N. J, Osborn Mrcs. M, dazi. A, Farthing. A, Goldin. R .D, Appendiceal adenocarcinoma with ovarian metastases in the third trimester of pregnancy *Journal of the royal society of medicine*, 2000, 93, 192-193 [15] Ueda. M, Ueki. M Ovrian tumors associated with pregnancy *International journal of gynecology and obstetrics*, 1996, 55, 59-6
- [15] Sherard III GB, Hodson CA, Williams HJ, et al. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):358-62.
- [16] Dubernard G, Bazot M, Barranger E, et al. Intérêt de l'IRM associée à l'échographie pour la caractérisation des masses annexielles persistantes au cours de la grossesse : à propos de neuf cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:293-8.
- [17] Telischak NA, Yeh BM, Joe BN, et al. MRI of adnexal masses in pregnancy. *AJR Am J Roentgenol* 2008;191(2):364-70.
- [18] Laberge PY, Levesque S. Short-term morbidity and long-term recurrence rate of ovarian dermoid cysts treated by laparoscopy versus laparotomy. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(9):789-93.
- [19] Ko ML, Lai TH, Chen SC. Laparoscopic management of complicated adnexal masses in the first trimester of pregnancy. *Fertil Steril* 2009;192(1):283-7.
- [20] Smorgick N, Pansky M, Feingold M, et al. The clinical characteristics and sonographic findings of maternal ovarian torsion in pregnancy. *Fertil Steril* 2009;92(6):1983-7.