

Prise en charge endoscopique d'un kyste ovarien rompu compliqué d'hémopéritoine associé à une grossesse débutante au centre hospitalier de Nevers (France)

Endoscopic management of ruptured ovarian cyst complicated by hemoperitoneum associated with early pregnancy at Nevers hospital (France)

Gbary-Lagaud Eléonore¹, Effoh N'Drin Denis², Adjoby Roland³, Kosi-Tuwana Rémi⁴

¹ Faisant Fonction d'Interne au service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers France, Maître Assistante Université Félix Houphouët Boigny Abidjan Côte d'Ivoire, Département de la mère et de l'enfant, eleonoregbarylag@gmail.com

² Maître de Conférence Agrégé, Université Félix Houphouët Boigny Abidjan Côte d'Ivoire Département de la mère et de l'enfant ; bietry2003@gmail.com

³ Maître de Conférence Agrégé, Chef de service adjoint de Gynécologie Obstétrique Centre Hospitalier Universitaire Angré, Université Félix Houphouët Boigny Abidjan Côte d'Ivoire Département de la mère et de l'enfant r.adjoby@yahoo.fr

⁴ Gynécologue-Obstétricien, Chef du service adjoint de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers France, kositufr@yahoo.fr

Correspondances : Dr Gbary-Lagaud Eléonore, Centre Hospitalier Universitaire d'Angré, Maître Assistante département de la mère et de l'enfant à l'Université Félix Houphouët-Boigny, Email: eleonoregbarylag@gmail.com

Reçu le 2 février 2025 - Accepté le 2 mai 2025 - Publié le 2 juillet 2025

RÉSUMÉ

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 25 ans, troisième geste, primipare avec un antécédent de fausse couche spontanée précoce. Elle a consulté pour aménorrhée secondaire de 10 semaines associées à des signes sympathiques de grossesse. L'échographie a retrouvé une grossesse évolutive de 10 semaines ainsi qu'un volumineux kyste ovarien gauche de 90 mm x 65 mm d'allure organique et bénin. Les explorations biologiques ont confortés sur la probable bénignité du kyste. Un plan de surveillance de la grossesse et du kyste a été mis en place. Il s'agissait d'échographie bimensuelle. Une semaine après le diagnostic du kyste, la patiente est reçue en urgence pour de vives douleurs abdominales. Les investigations en urgence ont permis de suspecter un hémopéritoine. La kystectomie per coelioscopie a été réalisée permettant l'ablation du kyste restant, l'hémostase et l'aspiration de l'hémopéritoine. La grossesse a pu se poursuivre sans complication liées au geste chirurgical.

Mots clés : Grossesse-Kyste ovarien-Coelioscopie-Hémopéritoine.

SUMMARY

Case report

This was a 25-year-old, third gestational, primiparous patient with a history of early spontaneous miscarriage. She presented with 10 weeks of secondary amenorrhea associated with sympathetic signs of pregnancy. Ultrasound revealed a 10-week active pregnancy and a large, benign, organic-looking left ovarian cyst measuring 90 mm x 65 mm. Biological investigations confirmed that the cyst was probably benign. A plan for monitoring the pregnancy and the cyst was put in place. This involved fortnightly ultrasound scans. One week after diagnosis of the cyst, the patient was seen in emergency with severe abdominal pain. Emergency investigations led to the suspicion of hemoperitoneum. Laparoscopic cystectomy was performed, enabling removal of the remaining cyst and aspiration of the hemoperitoneum. The pregnancy continued without complications related to the surgical procedure.

Key words: Pregnancy-Ovarian cyst-Laparoscopy-Hemoperitoneum

INTRODUCTION

Le kyste ovarien est présent dans 0,35% des grossesses [1]. Il peut être fonctionnel ou organique. Le problème qu'il pose est les complications qui peuvent survenir, le plus souvent en rapport avec une taille supérieure à 50 mm. Il s'agit entre autres de la torsion, de l'hémorragie intra kystique, de la rupture.

Ainsi nous rapportons un cas de kyste ovarien rompu associé à une grossesse et compliqué d'hémopéritoine pris en charge par laparoscopie.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 25 ans, troisième geste, primipare avec un antécédent de fausse couche spontanée précoce et un enfant vivant. Elle a consulté aux urgences gynécologiques du Centre Hospitalier Universitaire de Nevers (France) pour aménorrhée secondaire de 10 semaines associées à des signes sympathiques de grossesse. Aucune autre plainte n'était associée à son état. L'échographie réalisée a retrouvé une grossesse évolutive de 10 semaines d'aménorrhée ainsi qu'un volumineux kyste ovarien gauche de 90 mm x 65 mm d'allure organique et bénin. Les explorations biologiques à savoir les marqueurs tumoraux CA 125, CA 19-9, le HE4, le score de ROMA ont confortés dans la probable bénignité du kyste ovarien. Ainsi un plan de surveillance de la grossesse et du kyste a été mis en place. Il s'agissait d'échographie bimensuelle. La patiente a été sensibilisée sur les signes de complication : douleur et distension abdominales. Une semaine après le diagnostic du kyste, la patiente est reçue en urgence pour de vives douleurs abdominales avec constantes hémodynamiques stables. Les investigations en urgence ont permis de suspecter un hémopéritoine. L'exploration chirurgicale par laparoscopie a mis en évidence une rupture du kyste ovarien avec hémopéritoine de moyenne abondance (figure 1, 2). La kystectomie per coelioscopie a été réalisée permettant l'ablation de la coque du kyste qui était hémorragique et l'aspiration de l'hémopéritoine (figure 1, 2). L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu à un kyste séreux. La grossesse a pu se poursuivre sans complication liées au geste chirurgical.

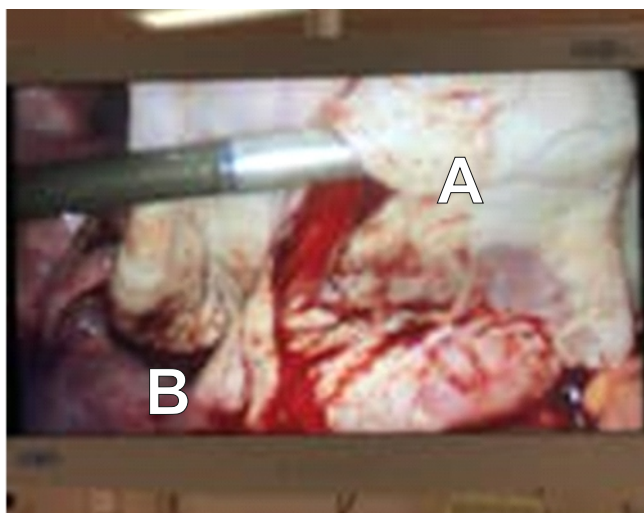


Figure 1 : Kyste rompu (A) avec hémopéritoine (B) **Figure 2 :** Utérus gravide (C) avec hémopéritoine (B)

DISCUSSION

Les kystes de l'ovaire peuvent survenir à tout âge de la vie d'une femme. Ils sont peu fréquents pendant la grossesse soit 2,3% [2]. Le plus souvent pendant le premier trimestre de la grossesse, ils sont fonctionnels traduisant l'activité hormonale de l'ovaire en rapport avec la grossesse.

L'indication opératoire d'un kyste ovarien associé à la grossesse est fonction des complications et de la taille de celui-ci. Pour les kystes < 50 mm l'abstention thérapeutique est de mise []. Si une intervention chirurgicale doit se faire au premier trimestre de la grossesse pour une kystectomie on privilégiera la laparoscopie [3]. A partir de 17 semaines d'aménorrhée, et cela à cause du volume utérin, la voie d'abord laparotomique est préférable pour la kystectomie [4]. D'autres auteurs préconisent une paracentèse écho guidée pour l'ablation du kyste [2].

Dans tous les cas plusieurs études montrent l'avantage de la laparoscopie [5, 6, 7]. En effet cette

voie d'abord réduit les pertes sanguines, les douleurs postopératoires ainsi que le séjour hospitalier postopératoire. Elle permet une récupération plus rapide, entraîne moins d'adhérences pelviennes et n'affecte pas le fœtus. Aussi la laparoscopie pour le traitement des kystes ovariens pendant la grossesse n'est pas associée à la survenue d'avortement [6].

CONCLUSION

L'association kyste séreux de l'ovaire et grossesse est rare. Au premier trimestre de la grossesse et chaque fois que cela est possible, il faut privilégier la laparoscopie pour le traitement chirurgical des kystes.

RÉFÉRENCES

1. Cohen-Herriou K, Semal-Michel S, Lucot JP, Poncelet E, Rubod C. Prise en charge des kystes de l'ovaire pendant la grossesse : expérience lilloise et revue de la littérature. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013 Jan;41(1):67-72.

2. Galatis D, Kiriakopoulos N, Komiotis I, Benekos C, Micha G et al. Paracentesis of an Ovarian Cyst During Second-Trimester Pregnancy. *Cureus.* 2021 Nov 15;13(11):e19610

3. Collège National Des Gynécologues Et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique 37 Journées Nationales Paris, 2013 :779-804.

4. Goffinet F. Kyste de l'ovaire et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2001 Nov;30(1 Suppl):S100-8.

5. Chen L, Ding J, Hua K. Comparative analysis of laparoscopy versus laparotomy in the management of ovarian cyst during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014 Mar;40(3):763-9.

6. Cagino K, Li X, Thomas C, Delgado D, Christos P, Acholonu U Jr. Surgical Management of Adnexal Masses in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021 Jun;28(6):1171-1182.e2.

7. Cathcart AM, Nezhat FR, Emerson J, Pejovic T, Nezhat CH, Nezhat CR. Adnexal masses during pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2023 Jun;228(6):601-612.