

Masse Abdominopelvienne Révélant Une Malformation Utérine Et Rénale Rare (Case Report)

Mehdi Laaouze*, Sarah Seghrouchni Idrissi, karam mohammed saoud, Mamouni Nisrine, Sanae Errarhay, Bouchikhi Shehrazad, Abd Aziz Banani

Department of Gynecology, Hassan II Teaching Hospital, Fez, Morocco

Abstract: Les malformations utérines sont relativement fréquentes puis qu'elles concernent 3-4% des femmes. Il est pourtant important d'évoquer ce diagnostic chez toutes patientes présentant une anamnèse de fausses couches à répétition, de fausses couches tardives ou d'accouchement prématuré, chez l'adolescente qui consulte pour une aménorrhée primaire, une dysménorrhée ou dyspareunie et chez les patientes suivies en médecine de la reproduction. Nous passerons en revue leur pathogenèse, les techniques d'imagerie utilisées pour le diagnostic, les classifications standards des différents types de malformations utérines et leur prise en charge.

Keywords—Masse abdominopelvienne; malformation utérine ;ectopie croisée rénale

1. INTRODUCTION

Les malformations utérines touchent 3-4% de la population féminine. 1-3 Beaucoup d'entre elles restent asymptomatiques et le diagnostic n'est posé que fortuitement lors d'un examen pratiqué dans un autre but.

Si beaucoup de ces malformations restent asymptomatiques, il convient d'y penser chez toutes adolescentes consultant pour dysménorrhée, aménorrhée primaire, douleurs pelviennes ou dyspareunie. De même, il est essentiel de rechercher une malformation utérine chez une patiente présentant une anamnèse de fausses couches à répétition, de fausses couches tardives ou d'accouchement prématuré, ainsi que chez les patientes consultant en médecine de la reproduction.

Cet article passera en revue la pathogenèse des malformations utérines congénitales et leur classification standard. Nous aborderons les différentes méthodes utilisées pour le diagnostic. Nous passerons brièvement en revue les traitements de ces différentes malformations.

2. CASE REPORT:

Patiente âgée de 26 ans, célibataire, nullipare, sans ATCD pathologiques notables, qui présente depuis 1ans une augmentation progressive du volume abdominal associés a une constipation et des signe urinaires, et chez qui l'examen clinique trouve une patiente consciente stable sur le plan HD et respiratoire avec a l'examen abdominale un abdomen distendu avec palpation d'une masse médiane arrivant jusqu'à l'épigastre molle indolore l'examen gynéco : non faite femme se dit vierge

Au toucher rectal : un col souple avec palpation d'une masse médiane rénitente

Echo pelvienne objective la présence d'un utérus de contours régulier 99*50mm Ligne d'interface vue en totalité, Les deux ovaires non vus. Présence d'une image kystique

20*30cm contenant une cloison de 5 mm non dopplerisée, sans végétations endokystique ni autres signes de malignité

TDM abdomino-pelvienne en faveur d'un kyste abdomino-pelvienn gauche avec cloison médiane mesurant 20*30 cm venant en contact de la vessie ainsi que l'utérus compatible avec un kyste ovarien gauche atypique. Ce kyste comprime l'uretère avec dilatation modérée de la cavité pyélocallicielle (figure 1) avec découverte fortuite d'une ectopie croisée avec fusion du rein gauche avec le rein droit (figure 2)

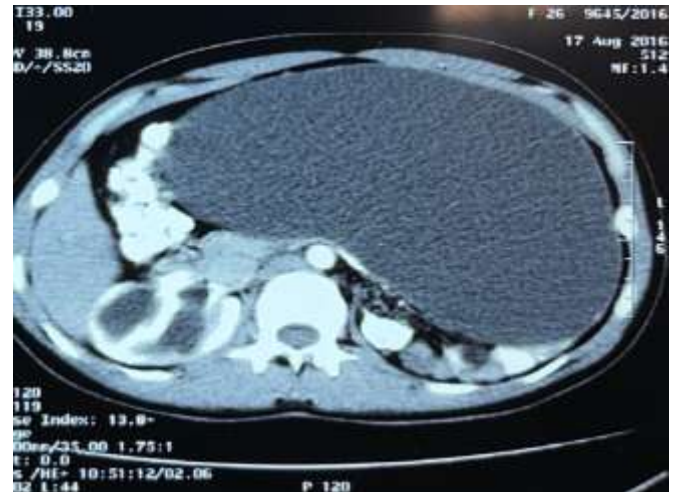


Figure 1 : présence d'une masse kystique abdominopelvienne gauche avec une ectopie croisée avec fusion du rein gauche avec le rein droit

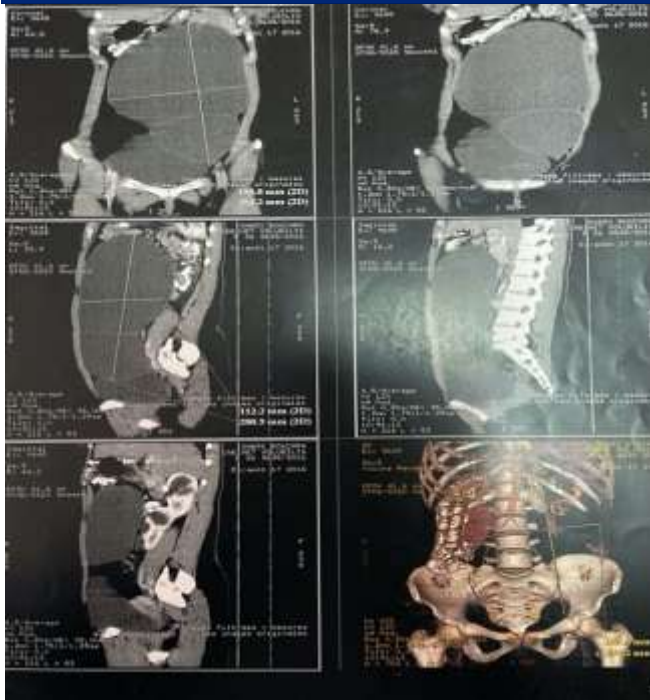


Figure 2 : présence d'une masse kystique abdominopelvienne gauche avec une ectopie croisée avec fusion du rein gauche avec le rein droit

La patiente a bénéficié d'une laparotomie exploratrice avec présence d'un utérus pseudo-unicorné avec Annexe droite sans particularité.

Présence d'une masse kystique faisant 40/20cm au dépend de l'ovaire gauche avec trompe homolatérale laminée et accolée au kyste sans végétations exo kystiques avec vascularisation périphérique peu développée cette annexe est à point de départ une petite vestige faisant rappeler probablement un petit utérus de 1 cm lui-même accolé au ligament rond gauche qui s'insère sur la paroi pelvienne latérale gauche. (figure 3)

Les deux reins en fer à cheval du coté droit.

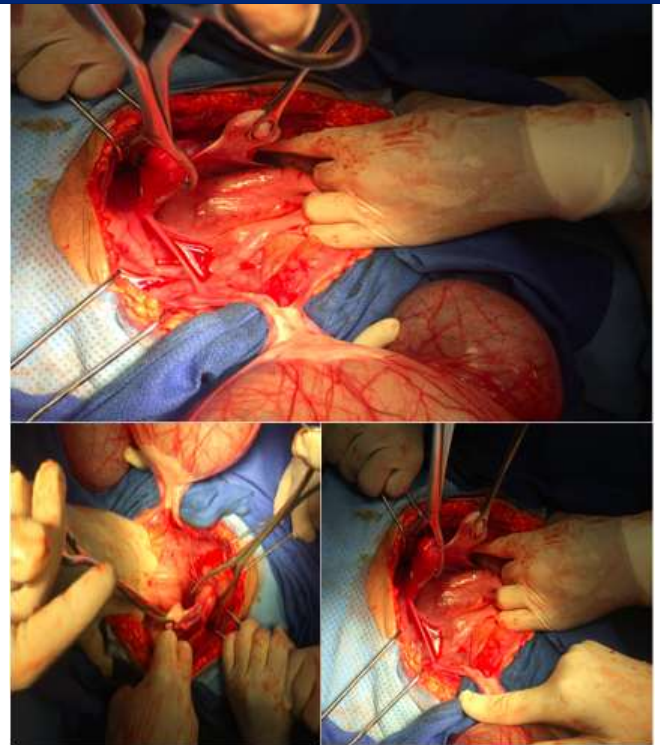


Figure 3 : présence d'un kyste ovarien gauche faisant 40/20cm avec trompe homolatérale laminée et accolée au kyste avec vascularisation périphérique peu développée cette annexe est à point de départ une petite vestige faisant rappeler probablement un petit utérus de 1 cm lui-même accolé au ligament rond gauche qui s'insère sur la paroi pelvienne latérale gauche.

Décision de réaliser une annexectomie gauche à ras de la masse avec visualisation de l'uretère gauche qui croise la face antérieure du promontoire.

L'étude anatomopathologique était en faveur d'un cystadénome séreux sans signes de malignité.

3. DISCUSSION

L'incidence des malformations utérines congénitales dans la population féminine est estimée à 3-4%.¹⁻³ Il est difficile de déterminer la prévalence exacte puisque beaucoup de ces malformations sont asymptomatiques. Les malformations utérines semblent être diagnostiquées plus fréquemment dans certains groupes de patientes, par exemple lors d'un suivi pour infertilité ou pour fausses couches à répétition.^{3, 4}

L'utérus cloisonné est la malformation utérine la plus fréquente, suivie par les malformations utérines de type utérus bicorne et utérus unicorné.^{2, 3,5,}

Les voies génitales féminines se différencient dès la 7ème semaine du développement ainsi, les canaux de Wolff régressent et les canaux de Müller vont se développer. Ce développement comporte trois phases: la migration des canaux de Müller vers le sinus urogénital, l'accolement du

tiers inférieur des canaux de Müller formant la cavité utérine et les deux tiers supérieurs du vagin, enfin, la résorption de la cloison inter-müllérienne.

La plupart des malformations utérines peuvent être expliquées par un défaut ou un arrêt du développement lors de ces trois phases :

L'absence de migration ou la migration caudale incomplète des canaux de Müller vers le sinus urogénital sera responsable d'atrésies et/ou d'aplasies utérines complètes ou non.

Un défaut de fusion des canaux de Müller conduit à une duplication utérine (utérus didelphe, utérus bicorne).

Un défaut de résorption de la cloison inter-müllérienne conduit à un utérus cloisonné.

Les deux tiers supérieurs du vagin ayant la même origine embryologique que l'utérus, les malformations utérines sont souvent associées à des malformations vaginales hautes.

Un élément relativement constant est l'association d'anomalies de l'appareil génital et du système urinaire, l'embryogenèse de ces deux systèmes étant intimement liée.

Par ailleurs, Les malformations utérines ne sont pas associées à une anomalie des chromosomes ou à des anomalies de la différenciation sexuelle.

Les malformations utérines sont classées selon le mécanisme embryologique ayant conduit à leur formation. Plusieurs classifications ont été rapportées pour caractériser ces anomalies. La classification de Musset est principalement utilisée en France et distingue 4 types d'anomalies: les aplasies utérines, les hémimatrices (anomalies de la fusion des canaux de Muller), les utérus cloisonnés (résorption incomplète de la zone d'accolement des canaux) et les utérus communicants. La classification la plus utilisée dans la littérature est celle de l'American Fertility Society (AFS) de 1998. La classification la plus récente est celle de l'ESHRE 2013 et se divise en 3 sous groupes : U (utérine), C (cervicale), V (vaginale).

On distingue :

L'Aplasia ou hypoplasie utérine est secondaire à l'absence de développement (partielle ou complète) des canaux de Müller. Elles sont souvent associées à des malformations rénales.

Agénésie complète bilatérale: Malformation rare, incompatible avec la vie en raison de l'agénésie rénale bilatérale associée.

Agénésie bilatérale partielle (syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser): les femmes présentant cette malformation sont infertiles en l'absence d'un utérus fonctionnel.

Agénésie unilatérale complète (utérus unicorne): cette malformation est caractérisée par l'absence d'une corne utérine. L'échographie montre un utérus dévié vers un côté.

Agénésie incomplète unilatérale: aussi appelée utérus pseudo unicorne. On retrouve une corne rudimentaire plus ou moins développée. Cette corne peut être attachée ou à distance de la corne normale. Elle peut être solide ou contenir une cavité couverte d'endomètre qui dans ce cas peut être le siège d'une grossesse extra-utérine.

Les héli-utérus: résultent d'un trouble de fusion des canaux de Müller. La forme complète est représentée par l'utérus didelphe alors que la forme la plus courante est l'utérus bicorne.

L'utérus cloisonné est la malformation utérine la plus fréquente. Les cloisons résultent d'un défaut de résorption totale ou partielle de la cloison sagittale. Dans ce type de malformation, la morphologie externe de l'utérus est normale. Ce type de malformation ne s'accompagne normalement pas de malformation rénale.

Le bilan de malformations utérines fait appel à l'échographie en 2D ou 3D, l'hystérosonographie, l'hystérosalpingographie, l'IRM, l'hystérocopie et la laparoscopie.^{5, 7} Ces différentes techniques peuvent être combinées entre elles. L'échographie 3D et l'IRM sont actuellement les techniques montrant les meilleurs résultats en termes de sensibilité et spécificité.^{9, 10}

L'évaluation des malformations utérines doit être complétée par une imagerie rénale pour détecter les malformations des voies urinaires, fréquemment associées, comme c'était le cas pour notre patiente qui a objectivé une ectopie rénale croisée qui est une malformation congénitale rare, due à une anomalie dans le développement embryonnaire du bourgeon urétéral et du blastème métanéphrique entre la quatrième et la huitième semaine de gestation. Son incidence réelle n'est pas connue car le plus souvent asymptomatique,

4. CONCLUSION

Les malformations utérines congénitales sont relativement fréquentes et souvent asymptomatiques. Leur incidence exacte reste difficile à évaluer. Elles peuvent se manifester sous la forme de troubles gynécologiques ou avoir un impact sur la reproduction. Leur diagnostic et l'évaluation d'un pronostic nécessitent un bilan spécifique.

Il convient de rappeler que lors du diagnostic de malformation utérine, une imagerie des voies urinaires devrait être effectuée en raison des anomalies associées fréquentes.

5. REFERENCES

- [1] Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? J Reprod Med 1998;43:877-87.

- [2] Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure : A critical appraisal. *Hum Reprod Update* 2008;14:415-29.
- [3] Raga F, Bauset C, Remohi J, et al. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod* 1997;12:2277-81.
- [4] Poncelet C, Aissaoui F. Malformations utérines et reproduction. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:821-5.
- [5] Troiano RN, McCarthy SM. Mullerian duct anomalies : Imaging and clinical issues. *Radiology* 2004;233:19-34.
- [6] The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944-55.
- [7] Deutch TD, Abuhamad AZ. The role of 3-dimensional ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of mullerian duct anomalies : A review of the literature. *J Ultrasound Med* 2008;27:413-23.
- [8] Mazouni C, Girard G, Deter R, et al. Diagnosis of Mullerian anomalies in adults : Evaluation of practice. *Fertil Steril* 2008;89:219-22.
- [9] Salim R, Woelfer B, Backos M, Regan L, Jurkovic D. Reproductibility of three-dimensional ultrasound diagnosis of congenital uterine anomalies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:578-82.
- [10] Woelfer B, Salim R, Banerjee S, et al. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies detected by three-dimensional ultrasound screening. *Obstet Gynecol* 2001;98:1099-103.