

Grossesse sur un utérus unicorne avec corne rudimentaire non communicante

Mochtari Houda¹ · A. El Bechir¹ · M. Bendahhou Idrissi¹ · N. Mamouni¹ · S. Errarhay¹ · C. Bouchikhi¹ · A. Banani¹

¹ Gyneco-obstetrics department, UHC Hassan II, Fez, Morocco

Auteur principal: Dr. Mochtari Houda

Résidente en service de Gynéco-obstétrique I

Centre hospitalier universitaire Hassan II maroc, e-mail: houdajupiter@gmail.com

Abstract : *Uterine malformations of the unicornuate uterus with rudimentary horn are due to an anomaly in the development of Müllerian ducts. Unicornuate uteri fall under Class II in the American Fertility Society's classification of Müllerian anomalies [1]. Here, we describe the case of a patient who sought emergency care for a full-term pregnancy in labor. This pregnancy, which had never been monitored, underwent a cesarean section due to irregular presentation, along with rupture of the amniotic sac exceeding 24 hours. Upon exploration, a unicornuate uterus with a non-communicating rudimentary horn was discovered. The course of the pregnancy was uneventful according to the patient, and there was a good postpartum recovery after the cesarean section.*

Keywords : utérus unicorne, corne rudimentaire, malformation utérine

Résumé :

Les malformations utérines de type utérus unicorne avec corne rudimentaire sont dues à une anomalie du développement des canaux de Müller. Les utérus unicornes correspondent à la classe II dans la classification des anomalies müllériennes de l'American Fertility Society [1].

Nous décrivons ici le cas d'une patiente qui consulte pour une grossesse à terme en travail aux urgences, cette grossesse jamais suivie a été césarisée pour présentation irrégulière avec une rupture de la poche des eaux dépassant les 24h, à l'exploration on découvre la présence d'un utérus unicorne avec une corne rudimentaire non communicante.

L'évolution de la grossesse était sans particularités selon la patiente avec une bonne évolution dans le post-partum après la césarienne.

Introduction :

Les grossesses survenant dans un utérus mal formé sont relativement rares, nous décrivons le cas d'une grossesse développée sur un utérus unicorne avec une corne rudimentaire non communicante découverte lors d'une césarienne pratiquée dans le cadre des urgences sur une patiente en travail avec une grossesse de 40 SA.

Observation :

Une patiente de 32 ans, primipare a consultée dans notre maternité de niveau III pour rupture de la poche des eaux avec des douleurs pelviennes type contractions utérines sur une grossesse de 40 SA.

La patiente ne présentait pas d'antécédents pathologiques particuliers, elle ne souffrait pas de douleurs pelviennes ni autres symptôme gynécologique ou extra-gynécologique associé notamment urologique, la grossesse actuelle était spontanée après 5 ans d'infertilité primaire non explorée, de déroulement normal selon la patiente qui a consulté 2 fois dans un centre de santé chez une sage-femme pour contrôle, elle n'a jamais bénéficié d'échographie fœtale, jusqu'à 40 semaines d'aménorrhée ou elle a consulté aux urgences pour une hydropnée avec des contractions utérines.

L'examen à l'admission trouve une patiente stable, normo tendue, apyrétique, avec à l'examen obstétrical une hauteur utérine normale par rapport à l'âge gestationnel, des bruits cardiaques fœtaux réguliers, au toucher vaginal un col à 2 doigts présentation irrégulière avec une poche des eaux rompue depuis plus de 24h

L'échographie obstétricale montre une grossesse monofoetale évolutive, présentation de siège, placenta fundique latéralisée à droite avec une estimation du poids fœtal eutrophe.

Notre attitude était de mettre en condition la patiente avec réalisation d'un bilan biologique revenue sans particularités et de Césariser la patiente pour une rupture de la poche des eaux de plus de 24h avec une présentation de siège. Donnant naissance à un nouveau-né en bonne santé.

A l'exploration on découvre la présence d'un utérus unicorne contenant la grossesse actuelle avec une corne rudimentaire qui semble non communicante.

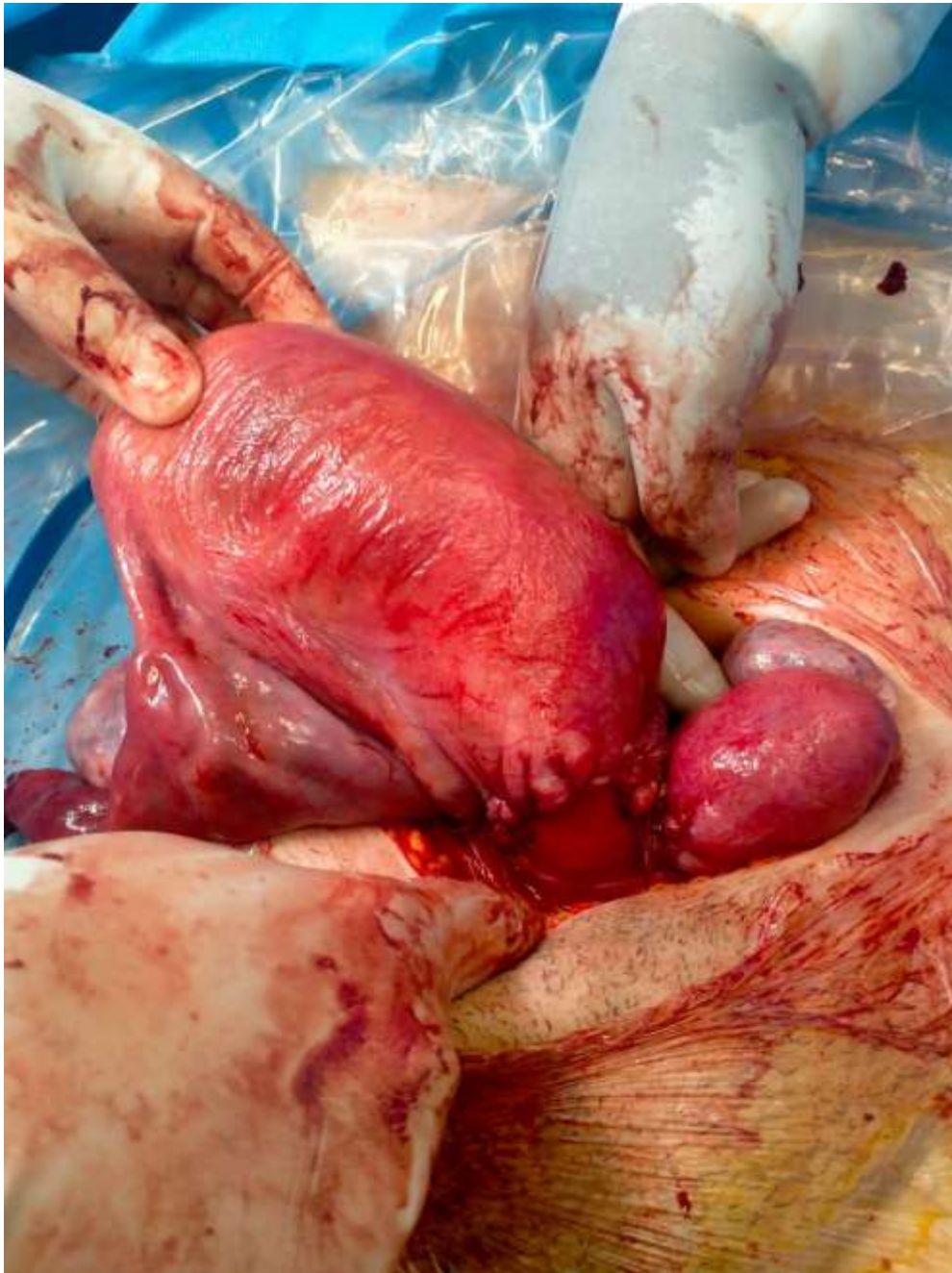




Figure : photo prise en per-opératoire à la maternité du CHU HASSAN II Fès

Discussion

La classification ESHRE/ESGE établie par la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) et par la European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) est une classification anatomique. Elle regroupe plusieurs classes définies en fonction de l'origine embryologique de l'anomalie utérine.

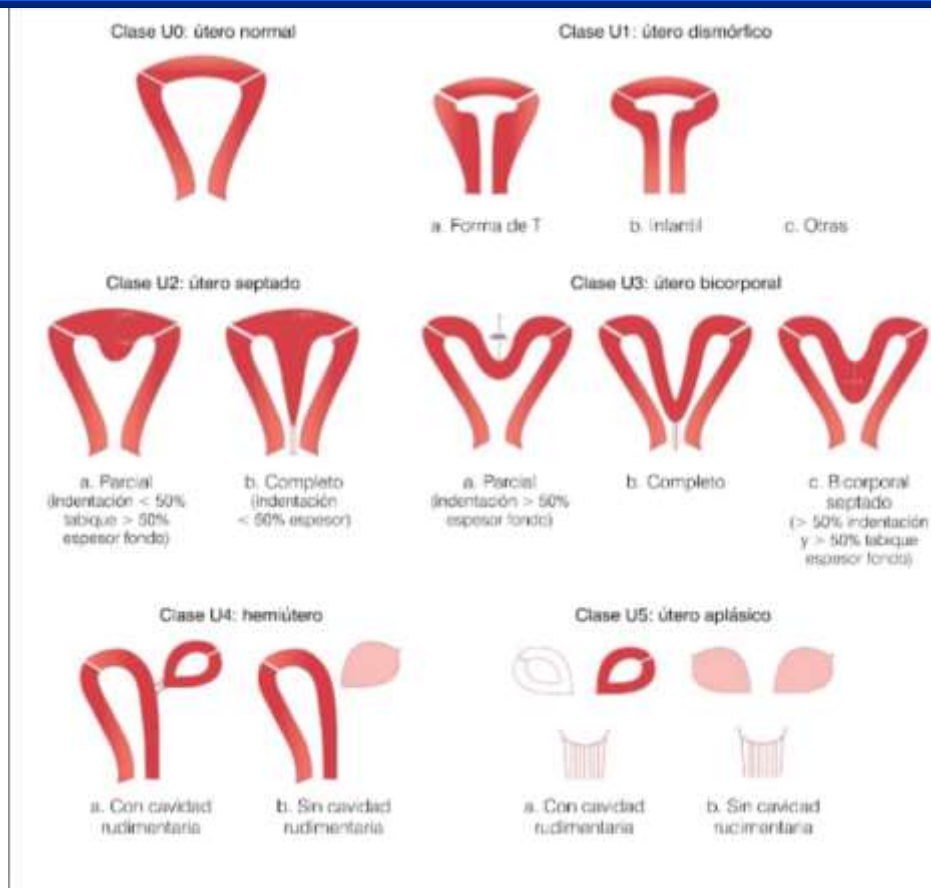
- **U0** : utérus normal
- **U1** : utérus dysmorphique
- **U2** : utérus séparé (cloisonné)
- **U3** : utérus bicorporéal (bicorne)
- **U4** : héli-utérus
- **U5** : utérus aplasique
- **U6** : anomalies inclassables

Les classes principales sont subdivisées en sous catégories en fonction de la variété anatomique comportant une signification clinique. Les malformations cervicales et vaginales font l'objet d'une autre catégorie et sont subdivisées en fonction de leur signification clinique.

**ESHRE/ESGE classification
Female genital tract anomalies**

Uterine anomaly		Cervical/vaginal anomaly	
Main class	Sub-class	Co-existent class	
U0	Normal uterus	C0	Normal cervix
U1	Dysmorphic uterus a. T-shaped b. Infantilis c. Others	C1	Septate cervix
		C2	Double 'normal' cervix
		C3	Unilateral cervical aplasia
U2	Septate uterus a. Partial b. Complete	C4	Cervical aplasia
U3	Bicorporeal uterus a. Partial b. Complete c. Bicorporeal septate	V0	Normal vagina
		V1	Longitudinal non-obstructing vaginal septum
		V2	Longitudinal obstructing vaginal septum
U4	Hemi-uterus a. With rudimentary cavity (communicating or not horn) b. Without rudimentary cavity (horn without cavity/no horn)	V3	Transverse vaginal septum and/or imperforate hymen
		V4	Vaginal aplasia
U5	Aplastic a. With rudimentary cavity (bi- or unilateral horn) b. Without rudimentary cavity (bi- or unilateral uterine remnants/aplasia)		
U6	Unclassified malformations		
U		C	V



La prevalencia des anomalies utérines congénitales est estimée à 2 à 4 % chez les femmes fertiles, et pourrait atteindre 10 % chez les patientes présentant une infertilité primaire. L'utérus unicorne est une anomalie utérine généralement diagnostiquée par échographie ou par hystérosalpingographie (2).

Chez les femmes ayant un utérus unicorne, si l'anomalie est accompagnée d'une altération urologique (20 %-30 %), il faut vérifier s'il y a une corne utérine rudimentaire (2).

Durant l'embryogenèse, l'atrésie complète d'un des canaux de Müller entraîne l'absence de la moitié de l'utérus, tandis qu'un développement partiel donne lieu à une corne rudimentaire. La norme de référence dans le diagnostic des anomalies utérines congénitales est l'imagerie par résonance magnétique (IRM). L'échographie 3D s'est également révélée utile (2).

Une corne utérine rudimentaire peut être pleine ou être le siège d'une cavité tapissée d'un endomètre fonctionnel, auquel cas elle peut communiquer ou non avec l'utérus. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de communication entre la cavité utérine et celle de la corne rudimentaire.

La prise en charge clinique, qui est la même que l'on sache ou non s'il s'agit d'une corne pleine, dépend des symptômes de la patiente. Les femmes présentant une corne utérine rudimentaire avec cavité peuvent souffrir de douleurs pelviennes dues à une accumulation de sang menstruel. Plus important encore, une grossesse peut se développer dans la corne en cas de migration Trans péritonéale de spermatozoïdes ou d'un ovocyte fécondé. Le risque de rupture utérine est alors élevé, que la corne utérine rudimentaire communique ou non avec l'utérus. Cet incident peut être mortel.

En fait, dans le cadre d'une étude examinant 328 grossesses dans une corne utérine rudimentaire, 1 % des grossesses seulement ont donné lieu à une naissance vivante, et 89 % des femmes ont connu une rupture utérine (3). En présence d'une corne utérine rudimentaire avec cavité chez une femme en âge de procréer, il est recommandé, vu les douleurs abdominales et le risque important que poserait une grossesse dans la corne, d'extraire la malformation ; l'intervention se pratique facilement par laparoscopie (4). Les cornes utérines pleines n'ont toutefois pas besoin d'être retirées

Références :

- (1) The American Fertility Society classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intra-uterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944-55.

- (2) L'importance d'écarter l'existence d'une corne utérine rudimentaire chez les femmes présentant un utérus unicorne Megan Schneiderman, MD; Togas Tulandi, MD, MHCM, rédacteur en chef Département d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill, Montréal, QC DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.041>
- (3) . O'Leary JL, O'Leary JA. Rudimentary horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 1963;22:371.
- (4) Tulandi T. Laparoscopic excision of a rudimentary uterine horn. In: Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C, editors. *Nezhat's operative gynecologic laparoscopy and hysteroscopy*. 3rd ed. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 363.