

Grossesse Sur Uterus Bicorne Menee a Terme Apropos D'un Cas Avec Revue De La Litterature

souad mezzane

Received: 15 December 2013 Accepted: 4 January 2014 Published: 15 January 2014

Abstract

Frequency of uterine malformations have an impact on reproduction is difficult to assess. Their detection requires a specific review (hysterosalpingogram, hysteroscopy, laparoscopy). Spontaneous fertility can be altered depending on the type of uterine anomaly. All these anomalies can affect the evolution of the design type of false early and late layers of ectopic pregnancy of preterm labor, premature delivery of vascular pathologies of pregnancy and growth retardation intrauterine. Ovarian function is not changed. The uterus bicornis is best known defects and represents about half of the anomalies of the uterus. Surgery, including endoscopic allows precise diagnosis, assessment of prognosis and treatment improves the chances of conception and evolution of pregnancies. The occurrence of such a pregnancy is a dangerous situation that can lead to maternal death, but early diagnosis and proper monitoring can carry pregnancies to term of malformed uterus. Ultrasound screening should enable the systematic identification of such cases to take preventive measures are needed. We report a case of a uterus bicornisunicervical carried a pregnancy to 38SA diagnosed during ultrasound first trimester of pregnancy.

Index terms— bicornuate uterus; uterine malformation, pregnancy.

Résumé—La fréquence des malformations utérines ayant un impact sur la reproduction est difficile à apprécier. Leur mise en évidence nécessite un bilan spécifique (hystérosalpingographie, hystérocopie, coelioscopie). La fertilité spontanée peut être altérée en fonction du type d'anomalie utérine. Toutes ces anomalies peuvent avoir des répercussions sur l'évolution de la conception à type de fausses couches précoces et tardives, de grossesse extrautérine, de menace d'accouchement prématuré, d'accouchement prématuré, de pathologies vasculaires gravidiques et de retard de croissance intra-utérin. La fonction ovarienne n'est pas modifiée. L'utérus bicorne est la plus connue des malformations et représente environ la moitié des anomalies de l'utérus. La chirurgie, notamment endoscopique, permet un diagnostic précis, l'évaluation d'un pronostic et un traitement améliorant les chances de conception et l'évolution des grossesses. La survenue d'une telle grossesse constitue une situation à risque pouvant entraîner une mort maternelle, mais le diagnostic précoce et un bon suivi peut mener des grossesses à terme sur des utérus malformés. Le dépistage échographique devrait permettre la détection systématique de ce genre de cas afin de prendre préventivement les mesures qui s'imposent. Nous rapportons un cas d'un utérus bicorne unicervical mené une grossesse jusqu'à 38SA, diagnostiqué au cours de l'échographie de premier trimestre de la grossesse.

Mots-clés: malformation utérine; utérus bicorne, grossesse.

Abstract—Frequency of uterine malformations have an impact on reproduction is difficult to assess. Their detection requires a specific review (hysterosalpingogram, hysteroscopy, laparoscopy). Spontaneous fertility can be altered depending on the type of uterine anomaly. All these anomalies can affect the evolution of the design type of false early and late layers of ectopic pregnancy of preterm labor, premature delivery of vascular pathologies of pregnancy and growth retardation intrauterine. Ovarian function is not changed. The uterus bicornis is best known defects and represents about half of the anomalies of the uterus. Surgery, including endoscopic allows precise diagnosis, assessment of prognosis and treatment improves the chances of conception and evolution of pregnancies. The occurrence of such a pregnancy is a dangerous situation that can lead to maternal death, but

early diagnosis and proper monitoring can carry pregnancies to term of malformed uterus. Ultrasound screening should enable the systematic identification of such cases to take preventive

1 Cas Clinique

Madame T.N., 29 ans, primipare, sans antécédents (ATCD) pathologiques notables. Elle a été admise dans notre formation à 36SA en tout début du travail pour prise en charge du son accouchement. La grossesse est suivie dans notre formation depuis 10 semaines d'aménorrhée SA avec un bon suivi, c'est au cours de l'échographie du 1er trimestre qui a objectivé un utérus bicorné unicervical ; le suivi n'a pas objectivé d'anomalies jusqu'à 37SA ou une césarienne a été programmée. L'examen à l'admission avait retrouvé une hauteur utérine (HU) à 32 cm, pas de contractions utérines (CU), des bruits cardiaques fœtaux (BCF) réguliers à 140 battements/mn, une présentation céphalique et mobile, une poche des eaux (PDE) intacte et une tension artérielle (TA) à 130/90 mmHg sans oedèmes des membres inférieures. Les données biologiques étaient sans particularité. La biométrie fœtale était entre 10e et 25e percentile avec une estimation du poids fœtale à 3100g Le liquide amniotique (LA) était en quantité normale. La césarienne donnant naissance à un nouveau-né, de sexe masculin, pesant 2900 g, normalement constitué, d'Apgar 10/10 à 1 minute, tonique réactif, présenté une détresse respiratoire transitoire améliorée sous oxygénothérapie. Les suites immédiates maternelles étaient simples. L'évolution maternelle ultérieure été sans particularité.

L'intervention a confirmé l'aspect d'utérus bicorné unicervical (fig1). Le diagnostic de ce type d'anomalie peut être fait de manière relativement simple en début de b) Grossesse et uterus bicorné L'incidence des anomalies utérines congénitales dans une population fertile est de 3,2 %, dont 90% sont des cloisons utérines et 5 % soit utérus bicorné ou utérus didelphes [5]. Une vaste étude castémoins par l'étude collaborative espagnol des malformations congénitales regardés chez 26945 enfants malformés et elle a évalué la fréquence des anomalies congénitales chez les descendants de mères ayant utérus bicorné. Cette étude montrant que le risque de malformations congénitales a été jugé quatre fois plus élevé chez les mères ayant utérus bicorné [6]. Une autre étude longitudinale rétrospective sur les anomalies utérines démontré des taux de naissances vivantes de 62,5% en cas d'utérus bicorné mais les fausses couches précoces et le travail prématuré étaient plus fréquents [7]. L'utérus bicorné complique la grossesse, mais ne l'empêche pas. C'est souvent la grossesse elle-même qui révèle la malformation, car elle peut Volume XIV Issue III Version I Year ()2014

provoquer des avortements à répétition. Le diagnostic est alors confirmé par une échographie. Même si ce n'est pas un obstacle à la conception, cette anomalie peut gêner une bonne implantation dans la paroi utérine. Les risques de fausses couches augmentent environ de 30 %. Pour les autres, la malformation utérine sera source de grossesse à risque et de complications obstétricales [3]. Si les malformations utérines congénitales sont présentes chez 3-4% de la population féminine fertile et/ou infertile, leur fréquence s'élève à 5-10% chez les femmes consultant pour fausses couches à répétition et à 25% chez les femmes avec fausses couches tardives ou accouchement prématuré. [3] Le problème chez ces patientes n'est pas celui de concevoir, mais de mener à terme la grossesse. Plusieurs facteurs expliquent cela : les malformations utérines sont associées à une cavité utérine de taille réduite, une musculature moins efficace, une incapacité de se distendre, une dysfonction myométriale et cervicale, une vascularisation inadéquate et un endomètre mal développé. Ces anomalies contribuent à un taux de fausses couches à répétition, d'accouchements prématurés, de présentations dystociques, de retard de croissance intra-utérin (RCIU) et de césariennes plus élevé ; avec un risque accru de rupture utérine surtout si grossesse sur corne rudimentaire, si l'embryon s'accroche dans la plus petite chambre utérine, les risques de ne pas porter sa grossesse à terme sont malheureusement augmentés, puisque le fœtus n'aura pas assez de place pour se développer. [3] c) Accouchement et utérus bicorné Généralement, avant la naissance, le bébé se retourne et se positionne la tête en bas, ce qui lui permet d'utiliser la place la plus vaste de l'utérus pour son corps et ses jambes. Cependant, dans le cas d'un utérus bicorné, le bébé peut se sentir plus à l'aise la tête en haut, positionnant ainsi la partie la plus large de son corps vers la région pelvienne maternelle. C'est pourquoi le taux de présentation de bébé « en siège » est plus élevé dans ce cas. Cette malformation de l'utérus peut aussi entraîner des risques de décollement précoce du placenta, ce dernier étant parfois moins solidement implanté dans l'utérus par manque de place. La santé du bébé peut être alors compromise. Certains obstétriciens recommandent une césarienne à 37 SA (semaines d'aménorrhée), mais de nombreuses mères peuvent aussi bénéficier d'un accouchement naturel. [3] Avoir des enfants avec un utérus bicorné est donc possible. Cependant cela nécessite de la patience, de la persévérance et un sérieux suivi médical. d) Prise en charge et traitement des utérus bicornés i.

2 Avant la grossesse

La prise en charge des malformations utérines avant la grossesse comprend le traitement chirurgical pour autant qu'il soit indiqué et possible. Pour les utérus bicornés uni ou bicervicaux, la chirurgie réunificatrice des deux héli-utérus, décrite par Strassmann en 1952, n'a pas montré de réel bénéfice [8]. Elle ne doit être réservée qu'aux patientes dont le pronostic obstétrical est extrêmement défavorable et dont l'anamnèse révèle plusieurs fausses couches tardives. Les utérus cloisonnés sont les seules malformations utérines dont le traitement chirurgical est relativement simple. Il consiste en une résection de la cloison par hystéroscopie. Ce traitement n'est indiqué que chez les patientes symptomatiques ayant eu des complications obstétricales dans leurs antécédents. [9], [10], [11] Compte tenu de la simplicité du geste et du faible taux de morbidité, certains auteurs recommandent le traitement

de cette malformation dès son diagnostic dans l'intention de diminuer le taux de fausses couches tardives. Pour les utérus unicorues avec une corne rudimentaire controlatérale, le risque principal est de voir se développer une grossesse dans la corne rudimentaire, avec risque de rupture de l'hémi-utérus borgne. De ce fait, une résection de la corne rudimentaire est recommandée lorsqu'un endomètre est présent. [12] ii.

3 En cours de grossesse

Lorsque le diagnostic de malformation utérine est posé en début de grossesse, le traitement ne sera que préventif (repos, maturation pulmonaire, surveillance échographique de la croissance foetale et de la compétence cervicale) [13]. Le cerclage cervical ne devrait être proposé qu'en cas d'incompétence cervicale prouvée, ce que l'on observe dans 25-30% des cas de malformations utérines [14], [15], [16]. Le rôle du cerclage du col utérin n'est pas certain dans la prévention de l'accouchement prématuré, sauf quand il est documenté incompétence du col par échographie ou hystérosalpingographie et l'histoire des accouchements prématurés antérieurs. Sinon, unicorne ou de l'utérus bicorne est vu au cours de la césarienne avec les grossesses à terme ou à proximité du terme sans cerclage du col dans de rares cas. C'est une procédure efficace dans l'utérus bicorne pour la prévention des accouchements prématurés, mais il n'a aucun effet sur l'issue de la grossesse dans l'utéro-sarqué [17]. D'après ces différents travaux, on peut conclure que les malformations utérines entraînent essentiellement des complications obstétricales de type fausses couches spontanées et accouchement prématuré, en dehors du fond arqué qui n'aurait aucune incidence. Il n'y aurait pas de relation directe entre infertilité et malformation, bien que la résection d'une cloison utérine améliore la performance reproductive des patientes infertiles et un utérus bicorne peut mener une grossesse à terme.

4 IV.

5 Conclusion

6 E

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. Chaque clinicien doit rechercher une malformation utéro-vaginale en présence d'une aménorrhée primaire, de douleurs abdominales, de fausses couches à répétition et dans certaines issues obstétricales défavorables. La prise en charge psychologique peut être nécessaire pour certaines patientes. 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. Un utérus bicorne ne conduit pas toujours à des complications mais il peut mener des grossesses à terme. Il est nécessaire de renforcer les capacités pour établir un diagnostic prénatal afin d'assurer une prise en charge adéquate. Ce genre de malformation est très rare mais il importe d'en faire le diagnostic échographique de façon à gérer la situation préventivement et à permettre l'extraction des foetus dans de bonnes conditions avant toute complication. ¹

¹© 2014 Global Journals Inc. (US)



Figure 1: Grossesse



1

Figure 2: Figure 1 :



Figure 3: Grossesse

[Golan et al. ()] ‘Cervical cerclage-its role in the pregnant anomalous uterus’. A Golan , R Langer , S Wexler .
Int J Fertil 1990. 35 p. .

[ch/article.php3?sid=33521 Rédigé par Odile Penet on Fév (2010)] *ch/article.php3?sid=33521 Rédigé par Odile Penet on Fév*, 09 2010.

[Heinonen ()] ‘Complete septate uterus with longitudinal vaginal septum’. P K Heinonen . *FertilSteril* 2006. 85 p. .

[Canis et al. ()] ‘Laparoscopic management of unicornuate uterus with rudimentary horn and unilateral extensive endometriosis : Case report’. M Canis , A Wattiez , J L Pouly . *Hum Reprod* 1990. 5 p. .

[Poncelet and Aissaoui ()] ‘Malformations utérines et reproduction’. C Poncelet , F Aissaoui . *GynecolObstetFertil* 2007. 35 p. .

[Troiano and Mccarthy ()] ‘Mullerian duct anomalies : Imaging and clinical issues’. R N Troiano , S M Mccarthy . *Radiology* 2004. 233 p. .

[Golan et al. ()] ‘Obstetric outcome in women with congenital uterine malformations’. A Golan , R Langer , M Neuman . *J Reprod Med* 1992. 37 p. .

[Strassmann ()] ‘Plastic unification of double uterus ; A study of 123 collected and five personal cases’. E O Strassmann . *Am J ObstetGynecol* 1952. 64 p. .

[Reichman et al. ()] ‘Pregnancy outcomes in unicornuate uteri: a review’. D Reichman , M R Laufer , B K Robinson . *FertilSteril* 2009. 91 (5) p. .

[Raga et al. ()] ‘Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies’. F Raga , C Bauset , J Remohi . *Hum Reprod* 1997. 12 p. .

[Woelfer et al. ()] ‘Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies detected by three-dimensional ultrasound screening’. B Woelfer , R Salim , S Banerjee . *ObstetGynecol* 2001. 98 p. .

[Acien ()] ‘Reproductive performance of women with uterine malformations’. P Acien . *Hum Reprod* 1993. 8 p. .

[The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions]. ‘The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions’. *FertilSteril* 1988. 49 p. .

[Deutch and Abuhamad ()] ‘The role of 3-dimensional ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of mullerian duct anomalies : A review of the literature’. T D Deutch , A Z Abuhamad . *J Ultrasound Med* 2008. 27 p. .

[Airoidi et al. ()] ‘Transvaginal ultrasonography of the cervix to predict preterm birth in women with uterine anomalies’. J Airoidi , V Berghella , H Sehdev , J Ludmir . *ObstetGynecol* 2005. 106 p. .

[Nahum ()] ‘Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes ?’. G G Nahum . *J Reprod Med* 1998. 43 p. .

[Lourdél et al. ()] ‘Utérus cloisonné: place de l’hystéroplastiehystéroscopique’. E Lourdél , R Cabry-Goubet , P Merviel . *GynecolObstetFertil* 2007. 35 p. .