



GLOBAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH: E  
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS  
Volume 14 Issue 3 Version 1.0 Year 2014  
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal  
Publisher: Global Journals Inc. (USA)  
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

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

By S.Mezane, M. Achenani, Y.Benabdjilil, M.Ziyadi, R. Hafidi, I.Hakimi,  
A. Babahabib, M.Hassani, D.Moussaoui & M. Dehayn

*Université Mohamed V Souissi, Morocco*

**Abstract-** Frequency of uterine malformations have an impact on reproduction is difficult to assess. Their detection requires a specific review (hysterosa-lpingogram, 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.

**Keywords:** *bicornuate uterus; uterine malformation, pregnancy.*

**GJMR-E Classification :** *NLMC Code: WP 660, WS 360*



GROSSESSE SUR UTERUS BICORNE MENE E A TERME A PROPOS D UN CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE

*Strictly as per the compliance and regulations of:*



RESEARCH | DIVERSITY | ETHICS

© 2014. S.Mezane, M. Achenani, Y.Benabdjilil, M.Ziyadi, R. Hafidi, I.Hakimi, A. Babahabib, M.Hassani, D.Moussaoui & M. Dehayn. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

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

Bicornuate Uterus and Pregnancy a Propos one case and Review of the Litterature

S.Mezane <sup>α</sup>, M. Achenani <sup>σ</sup>, Y.Benabdjalil <sup>ρ</sup>, M.Ziyadi <sup>ω</sup>, R. Hafidi <sup>¥</sup>, I.Hakimi <sup>§</sup>, A. Babahabib <sup>x</sup>, M.Hassani <sup>ν</sup>,  
D.Moussaoui <sup>θ</sup> & M. Dehayni <sup>ζ</sup>

**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 extra-utérine, 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 malformé. 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

measures are needed. We report a case of a uterus bicornisunicervical carried a pregnancy to 38SA diagnosed during ultrasound first trimester of pregnancy.

**Keywords:** bicornuate uterus; uterine malformation, pregnancy.

## I. INTRODUCTION

Les malformations utérines sont relativement fréquentes puisqu'elles concernent 3 à 4% de la population féminine. [1][2] Les grossesses survenant dans un utérus malformé sont relativement rares. Beaucoup d'entre elles restent asymptomatiques et le diagnostic n'est posé que fortuitement lors d'un examen pratiqué dans un autre but. Ainsi il n'est pas exceptionnel de poser par exemple le diagnostic d'un utérus bicorne lors d'un premier contrôle de grossesse ou de découvrir lors d'un accouchement par voie basse. Heureusement, beaucoup d'entre elles sont asymptomatiques. 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. [2]

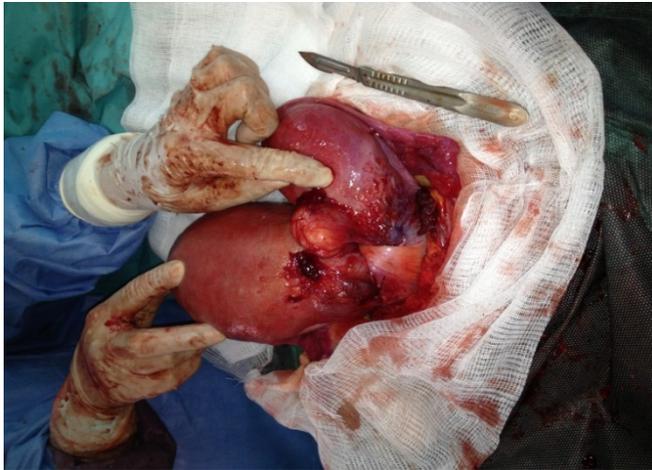
## II. CAS CLINIQUE

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 bicorne 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 œdèmes des membres inférieures. Les données biologiques étaient sans particularité. La biométrie fœtale était entre 10e et 25e percentile avec une

Author α: Service Gynéco-Obstétrique Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V CHU Rabat- Salé, Université Mohamed V Souissi, Rabat Maroc. e-mail : souadmid@hotmail.fr

estimation du poids foetal 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 bicorne unicervical (fig1). Le diagnostic de ce type d'anomalie peut être fait de manière relativement simple en début de



**Figure 1 :** Bicorne utérus pendant la césarienne. Cela montre l'utérus bicorne livré en dehors de la cavité abdominale au cours de l'opération

grossesse à un stade où l'on visualise encore l'utérus et son contenu assez aisément. Il devient plus difficile quand la grossesse est plus avancée, mais reste possible si l'on est attentif à la structure du myomètre autour des sacs gestationnels.

### III. DISCUSSION

#### a) Organogenèse : [4]

Dès la 7e semaine du développement, les voies génitales féminines se différencient : en l'absence

d'hormone anti-müllérienne, les canaux de Wolff régressent et les canaux de Müller vont se développer. Ce développement comporte trois phases:

1. la migration des canaux de Müller vers le sinus urogénital (6e à 9e semaine) ;
2. l'accolement du tiers inférieur des canaux de Müller formant la cavité utérine et les deux tiers supérieurs du vagin (9e à 13e semaine) ;
3. la résorption de la cloison inter-müllérienne (13e à 17e semaine). 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'atésies 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.

#### Autres points importants:

- 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.
- Le développement des ovaires n'étant pas lié à celui des canaux de Müller, la morphologie et la fonction ovarienne sont généralement normales lors de malformations utéro-vaginales.
- Les malformations utérines ne sont pas associées à une anomalie des chromosomes ou à des anomalies de la différenciation sexuelle.

#### b) Grossesse et uterus bicorne

L'incidence des anomalies utérines congénitales dans une population fertile est de 3,2 %, dont 90% sont des cloisons utérines et 5 % soit utérus bicorne ou utérus didelphes [5]. Une vaste étude cas-témoins 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 bicorne. Cette étude montrant que le risque de malformations congénitales a été jugé quatre fois plus élevé chez les mères ayant utérus bicorne [6]. Une autre étude longitudinale rétrospective sur les anomalies utérines démontré des taux de naissances vivantes de 62,5% en cas d'utérus bicorne mais les fausses couches précoces et le travail prématuré étaient plus fréquents [7]. L'utérus bicorne complique la grossesse, mais ne l'empêche pas. C'est souvent la grossesse elle-même qui révèle la malformation, car elle peut

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 bicorne*

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 bicorne, 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 bicorne 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 bicornes*

##### i. *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

bicornes 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 hystérocopie. 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'héli-utérus borgne. De ce fait, une résection de la corne rudimentaire est recommandée lorsqu'un endomètre est présent. [12]

##### ii. *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 fœtale 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.

## IV. 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. 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 fœtus dans de bonnes conditions avant toute complication.

### REFERENCES RÉFÉRENCES REFERENCIAS

1. Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes ? J Reprod Med 1998;43:877-87.
2. Raga F, Bauset C, Remohi J, et al. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. Hum Reprod 1997;12:2277-81.
3. revue.medhyg.ch/article.php3?sid=33521 Rédigé par Odile Penet on Fév, 09 2010.
4. Poncelet C, Aissaoui F. Malformations utérines et reproduction. GynecolObstetFertil 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. FertilSteril 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. Strassmann EO. Plastic unification of double uterus ; A study of 123 collected and five personal cases. Am J ObstetGynecol 1952;64:25-37.
9. Woelfer B, Salim R, Banerjee S, et al. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies detected by three-dimensional ultrasound screening. ObstetGynecol 2001;98:1099-103.
10. Heinonen PK. Complete septate uterus with longitudinal vaginal septum. FertilSteril 2006;85:700-5.
11. Lourdel E, Cabry-Goubet R, Merviel P, et al. Utérus cloisonné: place de l'hystéroplastie hystéroscopique. GynecolObstetFertil 2007;35:811-8.
12. Canis M, Wattiez A, Pouly JL, et al. Laparoscopic management of unicornuate uterus with rudimentary horn and unilateral extensive endometriosis : Case report. Hum Reprod 1990;5:819-20.
13. Airoldi J, Berghella V, Sehdev H, Ludmir J. Transvaginal ultrasonography of the cervix to predict preterm birth in women with uterine anomalies. ObstetGynecol 2005;106:553-6.
14. Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. Hum Reprod 1993;8:122-6.
15. Golan A, Langer R, Neuman M, et al. Obstetric outcome in women with congenital uterine malformations. J Reprod Med 1992;37:233-6.
16. Golan A, Langer R, Wexler S, et al. Cervical cerclage- its role in the pregnant anomalous uterus. Int J Fertil 1990;35:164-70.
17. Reichman D, Laufer MR, Robinson BK. Pregnancy outcomes in unicornuate uteri: a review. FertilSteril. 2009;91(5):1886-94. [PubMed].