



Une grossesse ectopique dans une corne rudimentaire : un défi médical Rapport d'un cas unique avec une revue de la littérature

An ectopic pregnancy in a rudimentary horn: a medical challenge Report of a single case with a review of the literature

Fouad Ech chouyekh, FZ Fdili Alaoui, Zineb Tazi, Yassine Belhaj, Sofia Jayi, Hikmat
Chaara, MA Melhouf

Service de Gynécologie Obstétrique II, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.16875677>

Résumé :

La grossesse dans une corne utérine rudimentaire constitue une forme rare de grossesse ectopique, et potentiellement grave, de diagnostic difficile, pouvant être révélé sur un mode aigu secondairement à une rupture utérine avec un hémopéritoine massif menaçant le pronostic materno-fœtal. Sa prise en charge est chirurgicale urgente associée à une réanimation maternelle intensive qui met habituellement en jeu l'excision de la corne rudimentaire pour éviter une récurrence plus précoce et plus sévère.

Méthodologie :

Nous rapportons un cas, d'une grossesse rudimentaire prise au début comme une grossesse abdominale, compliquée par un hémopéritoine massif après la rupture du corne, une laparotomie en urgence a été pratiquée avec réalisation d'une hémihystérectomie dans le même temps opératoire.

le rapport de cette situation rare devrait aider les cliniciens dans la prise de décision et de prise en charge face à des situations similaires.

Les mots clés : Grossesse ectopique, corne rudimentaire, hémopéritoine, hémihystérectomie

Abstrat:

Pregnancy in a rudimentary uterine horn is a rare form of ectopic pregnancy. It is a potentially serious form of pregnancy that is difficult to diagnose and may be revealed acutely, secondary to uterine rupture with massive hemoperitoneum threatening the maternal-fetal prognosis. It is managed by urgent surgery combined with intensive maternal resuscitation, which usually involves excision of the rudimentary horn to prevent an earlier and more severe recurrence.

Methodology

We report a case, of a rudimentary pregnancy taken at the beginning as an abdominal pregnancy, complicated by a massive hemoperitoneum after the rupture of the horn, an emergency laparotomy was performed with realization of a hemihysterectomy in the same operative time.

The report on this rare situation should help clinicians to make decisions and manage similar situations.

keywords: Ectopic pregnancy, rudimentary horn, hemoperitoneum, hemihysterectomy

1 Introduction :

La survenue d'une grossesse dans une corne utérine rudimentaire est une situation obstétricale extrêmement rare et potentiellement grave, menaçant le pronostic materno-fœtal.

Tous les auteurs rapportaient les observations de grossesse dans une corne utérine rudimentaire, relatent à travers lesquelles les difficultés sur le plan diagnostique ainsi que la prise en charge thérapeutique de cette entité pathologique, soulignant l'intérêt de l'échographie endovaginale, de l'IRM pelvienne et de la coelioscopie dans le diagnostic précoce de ce type de malformation utérine.

Les malformations utérines congénitales sont une entité à part entière représentent 3-4 % (Nahum GG, 1998 : 877-87). On distingue plusieurs types, entre autres on cite utérus unicorne avec une corne rudimentaire résultat du développement partiel d'un des deux canaux de Müller pendant l'embryogenèse. Cette corne, qui peut être communicante ou non, peut être siège exceptionnellement d'une grossesse si elle a une cavité couverte d'endomètre. Cette situation qui reste vraiment très rare en obstétrique, est potentiellement grave soldé souvent par une rupture utérine de la corne rudimentaire et donc d'hémopéritoine massif menaçant le pronostic materno-fœtal.

1.1 RAPPEL EMBRYOLOGIQUE :

Différenciation des voies génitales et du sinus urogénital.

Le stade indifférent : les voies génitales dérivent de 2 paires de canaux.

Canal de Wolff (4-6eme semaine) : les canaux de Wolff ou mésonéphrotiques s'installent à l'extérieur du mésonéphros de sa région crâniale à sa région caudale ou ils s'abouchent au cloaque.

Canal de Muller (6^{eme} semaine) : Les canaux de Muller se forment de part et d'autre de la ligne médiane, leur première portion longitudinale descend parallèlement en dehors du canal de Wolff, une 2^{eme} portion horizontale croise en avant le canal de Wolff et s'unit avec son homologue controlatéral sur la ligne médiane pour donner une 3^{eme} portion longitudinale : le canal utéro vaginal qui s'accôle sur la ligne médiane de la paroi postérieure du sinus urogénital primitif par une zone fermée et épaissie :le tubercule de Muller.

La différenciation masculine (7-8^{eme} semaine)

1- Canaux de Wolff : le canal de Wolf régresse dans sa partie crâniale et laisse un reliquat embryonnaire : l'hydatide pédiculée, la partie du canal de Wolf située en aval de l'abouchement des cônes efférents s'allonge de façon considérable pour former l'épididyme. Et en avant de l'épididyme le canal forme le canal déférent, dans sa partie distale il donne la vésicule séminale puis se continue par le canal éjaculateur.

2-Canaux de Muller : Régression en laissant un reliquat supérieur : hydatide sessile et un reliquat inférieur : utricule prostatique.

La différenciation féminine :

1- Canaux de Wolff : les canaux de Wolff régressent et laissent des reliquats embryonnaires : hydatide pédiculée, paroophore,époophore dans le mésovarium et l'organe de Gartner qui est une formation kystique située dans la partie inférieure de la paroi vaginale.

2-Canaux de Muller : Différenciation, les 2 parties longitudinales crâniales et horizontales donnent la trompe de Fallope, la partie terminale donne le canal utéro vaginal origine de l'utérus et la partie supérieur du vagin.

Dès la 7^e semaine du développement, les voies génitales féminines se différencient : en l'absence d'hormone antimüllérienne, les canaux de Wolff régressent et les canaux de Müller vont se développer. Ce développement comporte trois phases (figure 1) :

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

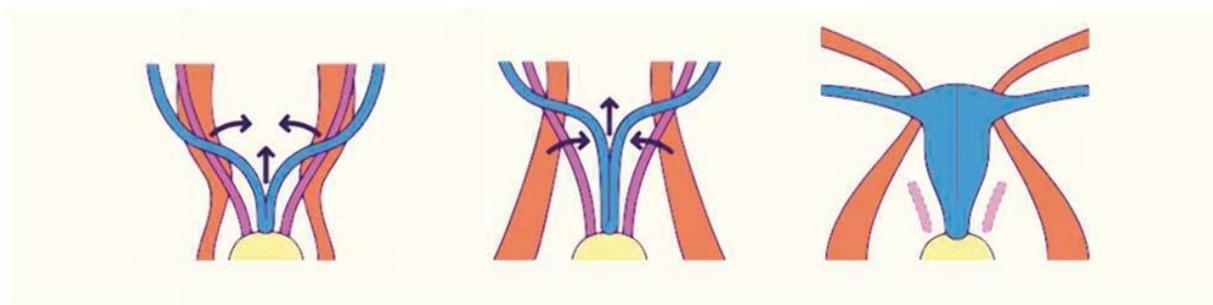


Figure 1 : Différenciation des voies génitales féminines de la 6^e à la 17^e semaine. En bleu les canaux de Müller, en violet les canaux de Wolff

1.2 CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques notables, G6P3 : 2 fausses couches non curetées, 1 enfant vivant/accouchement par voie basse et 2 enfants vivants /Accouchement par voie haute ,grossesse actuelle estimée à 16 semaines d'aménorrhée (SA) .

Référée pour prise en charge d'un syndrome anémique Hb à 8,7 , chez qui l'examen clinique trouve une patiente consciente, normotendue, normocarde avec des conjonctives légèrement décolorées, apyrétique , chez qui l'examen gynécologique :

Spéculum : col d'aspect macroscopiquement normal, pas de saignement .

TV : col fermé post, pas de sensibilité latero-uterine , pas de masse latero utérine .

Une échographie obstétricale objectivant : un utérus vide de contours réguliers , grossesse monofoetale non évolutive avec un placenta latéralisé à gauche faisant évoquer une grossesse abdominale . (figure 2)



Figure 2 : Images échographiques montrant un utérus vide avec grossesse en intra abdominale.

Vu la stabilité de la patiente , une IRM abdomino-pelvienne a été demandé pour une meilleure caractérisation qui a objectivé un utérus légèrement augmenté de taille mesurant 63 mm, avec un endomètre épaissi arrivant à 13 mm, sans individualisation de sac gestationnel en son sein, présence d'un sac gestationnel au niveau extra-utérin en intraabdominale de contours réguliers, sans defect pariétal, siège d'un fœtus entouré de liquide amniotique, avec placenta inséré sur la face postérieure isthmique utérine, qui vient en contact de la paroi supérieure de la vessie avec respect du liseré graisseux de séparation et reste à distance du rectum et des anses grêliques. (figure 3) .

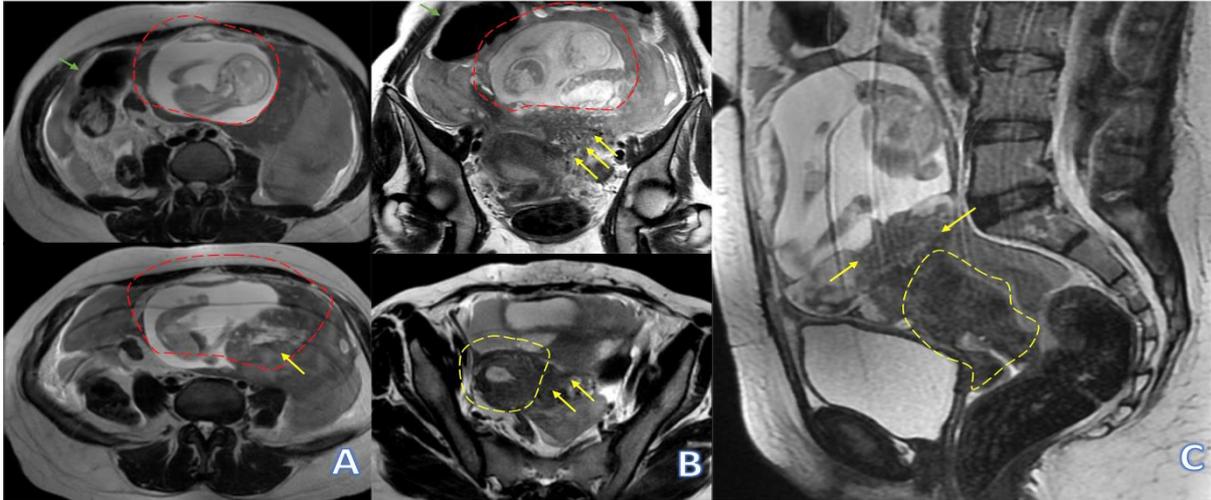


Figure 3 : Coupes IRM axiales (A), coronales (B) et sagittales (C) objectivant un utérus vide (cercle jaune) avec une grossesse mono-fœtale en intra abdominale (cercle rouge), un placenta (flèche jaune) à insertion isthmique postéro latérale gauche; A noter la présence de l'angle colique droit (flèche verte) à proximité du sac gestationnel témoignant de son caractère intra péritonéal.

Quelques heures plus tard ,en attendant les résultats d'IRM , la patiente a présenté un syndrome douloureux abdominal aigu associé à une instabilité des paramètres hémodynamiques, la palpation abdominale montrant une sensibilité diffuse d'où la réalisation d'une échographie ayant objectivé un épanchement de grande abondance arrivant jusqu'au l'espace de mourisson , un bilan biologique a été lancé (à noter une transfusion par 2CG simultané) objectivant : une Hb à 7.9/ 7/ 8.3.

Dans ce contexte d'hémopéritoine spontané inexpliqué, la patiente a été admise au bloc pour une laparotomie, à l'exploration présence d'un épanchement de moyenne à grande abondance avec un fœtus en intra abdominal et placenta légèrement adhérente à l'épiploon(figure 4) ;découverte d'un Utérus malformé avec corne rudimentaire rompue au niveau fundique avec rupture ancienne avec des marges friables et œdématié (figure 5) , plus une collection para vésical gauche fétide de 4 cm en rapport probablement avec un hématome surinfecté, une résection de la corne rudimentaire + salpingectomie gauche a été réalisée mais la présence d'une importante infiltration d'hemiutérus qui était friable, on a réalisé une Hystérectomie + salpingectomie droite (figure 6).

Les suites opératoires ont été simples.

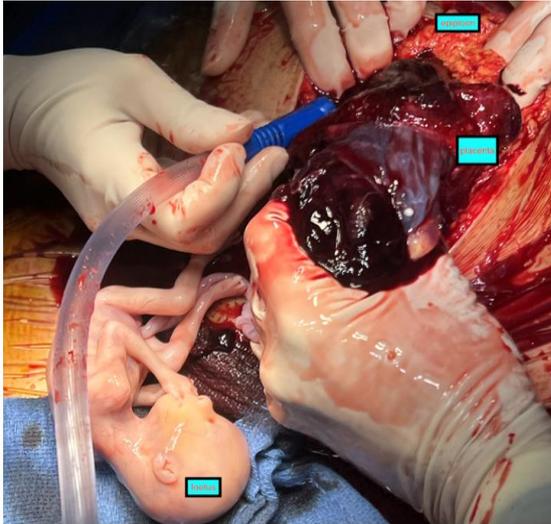


Figure 4 : fœtus en intra abdominal et placenta Adhérente à l'épiploon

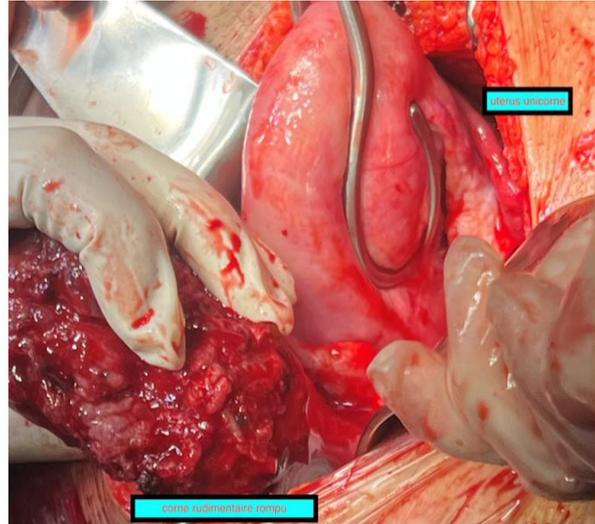


Figure 5 : la mise en évidence d'une corne rudimentaire et un hémi utérus .
Communication épaisse entre l'utérus et la corne rudimentaire



Figure 6 : résection de la corne rudimentaire et hystérectomie de hemiutérus

2. DISCUSSION

Les malformations utérines affectent 0,5% des femmes. Beaucoup d'entre elles restent asymptomatiques et le diagnostic n'est posé que fortuitement lors d'un examen pratiqué dans un autre but.

Elles peuvent être expliquées par un défaut ou un arrêt du développement des canaux de Müller lors de trois phases :

1/ 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.

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

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

Cinq pour cent d'entre elles sont des utérus unicornes (Nahum G,2002 ; 47 : 151-63) avec une corne rudimentaire controlatérale, elle résulte d'un arrêt précoce de développement de l'un des deux canaux de Müller (entre la sixième et la neuvième semaine du développement), le côté aplasique donnant naissance à une corne rudimentaire.

Cette malformation classée U4 de la classification ESHRE des malformations utérines (Figure 7), et on retrouve dans 38% des cas une malformation de l'arbre urinaire associée, souvent une agénésie rénale unilatérale mais parfois aussi un rein pelvien ou un rein en fer à cheval (Johansen K, 1983; 61: 565-7), vu que le développement des canaux de Müller et des canaux de Wolff étant étroitement lié.

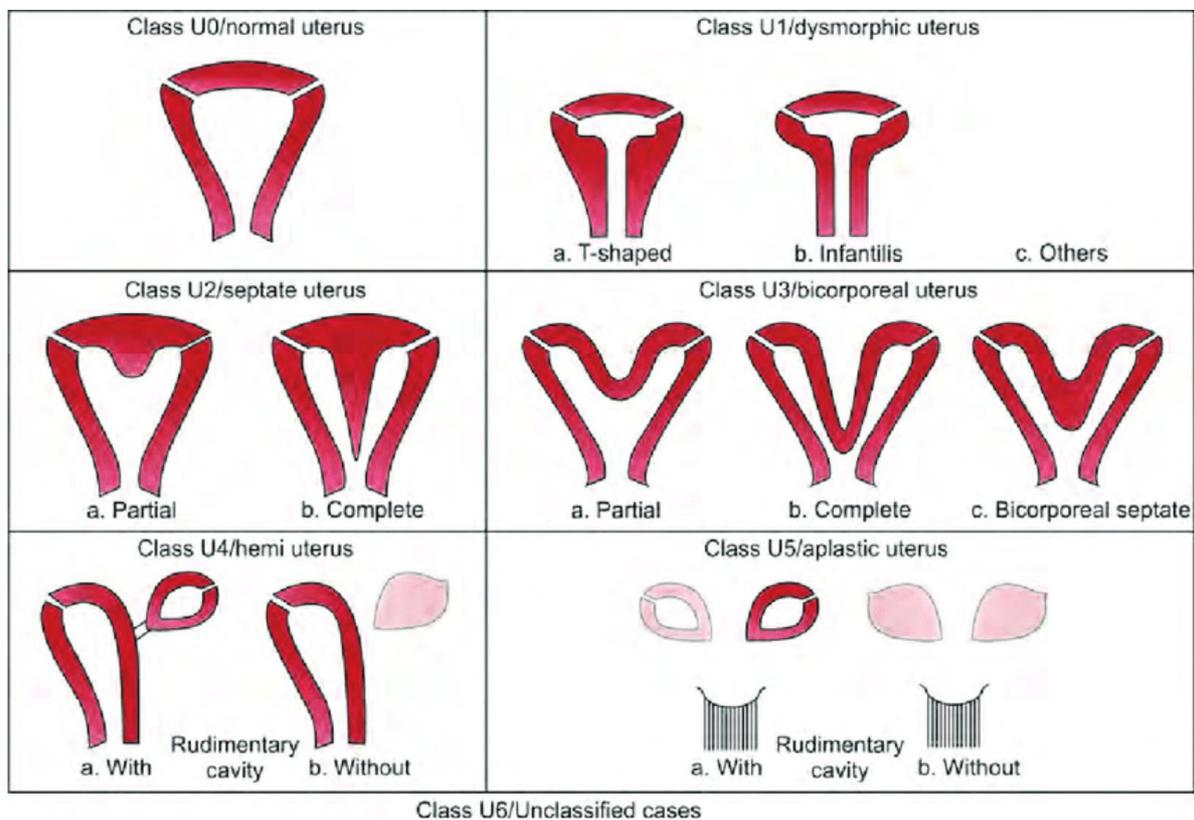


Figure 7 : Classification ESHRE des malformations utérines

Si la cavité de la corne rudimentaire est tapissée par endomètre fonctionnel, le risque principal est la survenue d'une grossesse dans cette corne rudimentaire avec risque de rupture de l'hémicorne borgne, dont le diagnostic est difficile, résulterait de la migration intra-péritonéale des spermatozoïdes ou de l'ovocyte fécondé.

C'est une situation extrêmement rare, son incidence est estimée de 1/100 000 à 1/140 000 grossesses (Johansen K, 1983; 61: 565-7), et dont l'évolution vers la rupture dans un

tableau d'inondation péritonéale survient généralement et le plus souvent au début du deuxième trimestre (Daskalakis G et al. 2002;100:1108–10), avec un taux de sauvetage foetal faible, de l'ordre de 2 % (Heinonen PK et al .1988;27:261–5), comme le cas de notre observation .

Dans la littérature , la grossesse peut exceptionnellement aboutir à une naissance vivante (Ejnes L et al. 2003;31(7–8):627–8), si l'extensibilité de la corne rudimentaire permet d'approcher le terme et d'extraire un enfant vivant ,comme le cas rapporté par M.Allouche (2005;83:445–6) dont laparotomie à 26 SA a permis l'extraction d'un enfant vivant pesant 900g et l'évolution a été favorable et l'enfant a quitté le service de néonatalogie au soixante-troisième jour. Celui-ci avait un développement normal .

Lorsque cette malformation est méconnue, la localisation de la grossesse est difficile en anténatal comme en témoigne notre observation avec un diagnostic erroné d'une grossesse abdominal et l'échographie endovaginale reste un bon moyen diagnostique de ces grossesses surtout au premier trimestre et IRM reste le meilleur moyen pour confirmer la malformation si suspectée par l'échographie .

Alors si le diagnostic est fait pendant la grossesse ,la décision de poursuivre la grossesse est difficile puisque dans la majorité des cas sera soldé par une rupture avec un abondant hémopéritoine, mais si une attitude expectative a été décidée il faut une surveillance très rapprochée armée dans un niveau III si l'extensibilité pourra approcher d'un terme donnant un bébé viable avant de pratiquer une laparotomie pour extraire et traiter par une résection de la corne rudimentaire et de la trompe homolatérale .

Bien sûr si le diagnostic est fait en dehors d'une grossesse, les auteurs recommandent le traitement préventif sans attendre un accident obstétrical, idéalement réalisée par coelioscopie (Fedele L et al . 2005;83:432–6.)

3.CONCLUSION

La survenue d'un hémopéritoine spontané avec des douleurs abdomino-pelviennes durant la grossesse surtout au deuxième trimestre doit nous pousser à évoquer ce diagnostic de cette malformation d'un utérus bicorne avec corne rudimentaire qui reste vraiment une situation rare mais potentiellement grave, menaçant le pronostic surtout maternel et qui nécessite une prise en charge chirurgicale urgente associée à une réanimation maternelle intensive .

4.REFERENCES

- 1 . Allouche.M , Y. Tanguy le Gac, O. Parant. Rudimentary horn pregnancy: An unusual cause of spontaneous hemoperitoneum during the second-trimester of pregnancy
- 2 . Daskalakis G, Pilalis A, Lykeridou K, Antsaklis A. Rupture of non- communicating rudimentary uterine horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;100:1108–10.
3. Ejnes L, Desprez B, Bongain A, Gillet JY. Twin pregnancy in a unicornuate uterus with a rudimentary horn. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31(7–8):627–8.
4. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Berlanda N, Bergamini V. Laparoscopic removal of the cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn: surgical aspects in 10 cases. *Fertil Steril* 2005; 83:432–6.
5. Heinonen PK, Aro P. Rupture of pregnant noncommunicating uterine horn with fetal salvage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988; 27:261–5.
6. Johansen K. Pregnancy in a rudimentary horn. *Obstet Gynecol.* 1983; 61: 565-7.
7. Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med* 1998;43(10):877–87.
8. Nahum G. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th century worldwide: experience of 588 cases. *J Reprod Med.* 2002; 47: 151-63.

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêts.