

Original Article

Open Access Journal



Utérus bicorne unicervical perméable à découverte fortuite chez une patiente paucipare avec antécédent de césarienne. (Hôpital Général de Référence DACO /Likasi/RDC)

Roger Tshimanga Mukadi^{1,6*}, Hermann Tamubango Kitoko^{1,2}, Charlotte Kitenge Ngalula¹, Guillaume Mukanya Kankole¹, Junior Ilunga Nsungu¹, Patient Mudjat Ndumb^{1,6}, Christian Banza Ngoie^{1,6}, Matthieu Kasongo Mwanabingi^{1,6}, Eric Senga Mwamba⁴, Georges Kalenga Ilunga⁵, Micheline Kafuku Mikombe¹, Jean jacques Mpoyo Monga⁴, Henry Kyungu Machozi^{1,6}, Joseph Ilunga¹, Kiyombo, Ilunga Mika Mulumbati⁶, Sumaili Mwanatambwe¹, Emmanuel Mwepu Ntambwe⁴, Antoine Buluba Mpande¹, Alexis Tshimpaka Yanga¹, Julien Kimbala Tshimpiko², Jules Ngwe Thaba Moyambe².

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Likasi

²Département de Gynécologie obstétrique, faculté de Médecine, Université de Lubumbashi

³Faculté de Médecine, Université de Likasi

⁴Institut Supérieur des Techniques Médicales de MITWABA

⁵Institut Supérieur des Techniques Médicales MAMPALA

⁶Hôpital general de Reference de Kikula Daco

Résumé

Le diagnostic des malformations utérines nécessite un bilan spécifique qui fait souvent défaut dans la plupart de pays en voie de développement dont la RDC par manque de moyen humain, matériel et financier. La survenue d'une grossesse sur utérus bicorne s'accompagne souvent des présentations vicieuses, nous rapportons ici le cas d'une femme de 32 ans admise pour présentation transverse sur grossesse de 39 SA et 3 jours dont la césarienne révélait un utérus bicorne unicervical perméable.

Mots-clés : Utérus, bicorne, unicervical, malformation paucipare, Likasi.

Copyright: © 2021 The Authors. Published by Medical Editor and Educational Research Publishers Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Corresponding Author: Roger Tshimanga Mukadi

Utérus Bicorne Unicervical Perméable À Découverte Fortuite Chez Une Patiente Paucipare Avec Antécédent De Césarienne. (Hôpital Général De Référence/Likasi/RDC)

Introduction

Les malformations utérines font partie de celles pouvant être asymptomatiques, et donc passer totalement inaperçues jusqu'à une découverte fortuite lors d'un examen gynécologique de routine, d'un suivi pour infertilité ou encore pendant la grossesse ou à leur décours alors que la plupart des malformations congénitales sont décelables à la naissance, d'autres diagnostiquées en période anténatale et d'autres encore à la puberté [1]. Les anomalies utérines congénitales résultent de la formation anormale, de la fusion ou de la résorption des canaux de Müller au cours de la vie fœtale. [2] Des anomalies utérines surviennent lorsque ces processus sont interrompus. La prévalence variant entre 1 à 10% a été trouvée dans une population non sélectionnée, de 2 à 8% chez les femmes hypofertiles et de 5 à 30% des femmes ayant des antécédents de fausse couche [3]. Le diagnostic se fait pourtant de plus en plus précocement grâce à l'amélioration des techniques d'exploration. Classiquement le diagnostic précis se fait par hystérosalpingographie et cœlioscopie [4].

Nous rapportons un cas d'utérus bicorne unicervical perméable à découverte fortuite lors d'une césarienne indiquée urgemment pour un fœtus en présentation transverse sur utérus une fois cicatriciel et un fond utérin important chez une paucipare âgée de 30 ans. L'intérêt de ce cas est de montrer le pronostic obstétrical chez une femme fertile porteuse de cette malformation utérine.

Patient et observation

Madame X âgée de 32 ans, porteuse d'une grossesse de 39 semaines d'aménorrhée et 3 jours, malade suivie.

Elle est G3P2, ayant deux enfants en vie, admise à la maternité de l'hôpital général de référence DACO pour une douleur abdomino-pelvienne.

La symptomatologie avait débuté 6 heures avant son admission par une douleur abdomino-

pelvienne basse, intermittente, progressive en intensité et en durée. Antécédent de césarienne il y a 8 ans pour une présentation de siège chez une primigeste.

À notre examen physique, la parturiente était lucide, collaborant avec un bon état général. Les paramètres vitaux se présentaient de la manière suivante : La température 36,5°C Fréquence Cardiaque 84 battements par minute, le poids 68 Kg, la Tension artérielle 120/70 mm Hg, son état hémodynamique était stable.

Ses conjonctives palpébrales étaient bien colorées, la muqueuse buccale était rose, la langue propre et humide. L'auscultation du cœur et des poumons était sans particularité. L'abdomen était distendu prenant l'aspect du ventre de batracien. Utérus gravide, le fond utérin HU : 43 Cm, présentation transverse, BCF : 140 bat/Min, contractions utérines présentes, régulières à raison de 2 contractions utérines de 35 secondes dans 10 minutes. L'examen au speculum n'avait pas été fait, le toucher vaginal avait noté un col effacé à 100 %, dilaté 3 Cm, membranes présentes. Elle ne présentait pas les œdèmes des membres inférieurs.

Au vu de tous ces renseignements, nous avons conclu à un travail d'accouchement en première phase avec un fœtus en présentation transverse sur utérus une fois cicatriciel et un fond utérin important. Nous avons indiqué une césarienne.

Les examens suivants étaient réalisés avant l'intervention : Hémoglobine 13,5 g/dl, groupe sanguin A, rhésus positif, temps de saignement 3 minutes 22 sec (Technique de DUKE), temps de coagulation 8 minutes, l'échographie n'a pas été réalisée.

- Les constatations per opératoires étaient les suivantes : utérus bicorne mono cervical, dont la corne droite était gravide, et la corne gauche moyennement augmenté de volume, présence du liquide péritonéal. (figure 1)

Utérus Bicorne Unicervical Perméable À Découverte Fortuite Chez Une Patiente Paucipare Avec Antécédent De Césarienne. (Hôpital Général De Référence/Likasi/RDC)

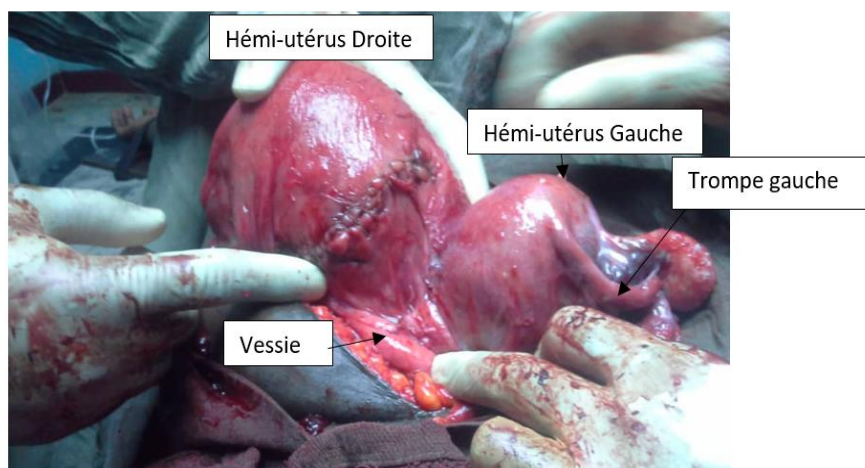


Figure 1: utérus bicorne après extraction du fœtus

- Le geste chirurgical consistait à extraire le fœtus et ses annexes, après une hystérotomie segmentaire, suivie d'une hystérorraphie, le nettoyage de la cavité et une fermeture de la paroi.
- Le nouveau-né était de sexe F, il pesait 3000 grammes avec un bon APGAR, et n'avait pas des malformations visibles, Les suites opératoires ont été simples, une antibiothérapie préventive fait d'amoxicilline 1 gramme toute les 6 heures pour une durée de 7 jours, Gentamicine 160mg en IV par jour en une injection pour 5 jours, étaient instaurés. Un traitement anti douleur fait de Diclofenac injectable à raison de 75 mg toutes les 12 heures pendant 72h en intra musculaire était également instauré et une supplémentation en fer pour 10 jours per os dès le retour du transit. la patiente a pu sortir au dixième jour postopératoire. la césarienne a été mise sous contraception.

Discussion

La fréquence des malformations utérines varie en fonction des populations étudiées, qu'elles soient fertiles ou infertiles. En effet, en fonction des séries disponibles, la fréquence des malformations utérines ayant un impact sur la reproduction reste difficile à apprécier. Elle peut varier de 0,5 à 47 % [5– 11]. Dans la population générale, la fréquence des malformations utérines est estimée entre 0,5 et 4 %. On pensait auparavant que l'utérus bicorne était associé à l'infertilité [12], mais des études récentes n'ont pas confirmé une telle association [13]. Cependant, les grossesses dans un utérus

bicorne sont généralement considérées comme à haut risque et nécessitent une surveillance supplémentaire en raison de leur association avec un faible potentiel de reproduction. Ces résultats indésirables sur la reproduction qui se sont avérés associés à l'anomalie sont les fausses couches récurrentes, les naissances prématurées, les mauvaises présentations et la déformation fœtale [14].

En ce qui concerne la patiente présentée, dans ses antécédents obstétricaux, elle avait subi une césarienne à la première grossesse pour une présentation de siège ce qui plaide en faveur d'un utérus malformé, cependant suite aux ressources matérielles limitées (Echographie, radiologie) et la carence des prestataires expérimentés (échographiste) dans nos milieux, la malformation n'a pu être diagnostiquée. La particularité dans notre contexte est que la patiente avait une deuxième grossesse qui avait évolué normalement jusqu'à un accouchement normal par voie basse. C'est à la conception d'une troisième grossesse qui, d'ailleurs, a aussi évolué normalement que cette césarienne fut indiquée pour présentation transverse. Et c'est au décours de cette dernière qu'on découvre de manière fortuite un utérus bicorne unicervical. La découverte fortuite et asymptomatique d'un utérus bicorne a été dans plusieurs littératures. Selon les auteurs, les malformations utérines font parties des celles pouvant être asymptomatiques, et donc passer totalement inaperçues jusqu'à une découverte fortuite lors d'un examen gynécologique de routine, d'un suivi pour

Utérus Bicorne Unicervical Perméable À Découverte Fortuite Chez Une Patiente Paucipare Avec Antécédent De Césarienne. (Hôpital Général De Référence/Likasi/RDC)

infertilité ou encore pendant la grossesse ou à leur décours.

Les patientes atteintes de ces malformations sont plus exposées à des complications obstétricales. Les plus fréquemment retrouvées sont les fausses couches spontanées (FCS) à répétitions (jusqu'à 65% pour les utérus cloisonnés), les menaces d'accouchement prématuré (MAP) (20%), les retards de croissance intra utérin (RCIU) (10 à 15%), les présentations dystociques (45%), les césariennes [15] ces dernières sont faites d'une présentation du siège dans 23 à 61% des cas de malformation utérine. En rapport avec notre patiente nous avons rapporté une césarienne indiquée pour un siège lors de sa première grossesse, nous pensons désormais que ceci constitue un signe d'appel au clinicien de notre milieu de toujours mettre en compte diagnostic une malformation utérine type utérus bicorne.

Malheureusement, la rareté des cas et des données fait qu'aucune indication précise, aucun protocole n'est établi clairement dans les maternités. L'optimisation du pronostic obstétrical pourrait dépendre de la prise en charge initiale de ces grossesses.

Conclusion

Plus de la moitié de cas de grossesse sur utérus bicorne arrive à terme, la découverte est souvent fortuite au cours d'une césarienne indiquée pour présentation vicieuse. Comme l'utérus bicorne les autres malformations utérines sont responsables de complications obstétricales fréquentes. Leur diagnostic précoce et précis permet une prise en charge adaptée en vue de l'amélioration du pronostic.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la prise en charge de la patiente ainsi que à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs approuvent la version finale du manuscrit.

Figure

Références bibliographiques

1. Isango, Y. I., Mukuku, O., Ilunga, P. M., Kakisingi, C. N., Nsambi, J., Kabamba, C., Kimbala, J.. Utérus bicorne bicervical perméable: découverte fortuite lors d'une césarienne d'urgence chez une multipare lushoïse. *Pan African Medical Journal*(2013), 15(1).
2. Moore KL, Persaud TV, Torchia MG. The urogenital system. In: *Before We Are Born: Essentials of Embryology and Birth Defects*. 7th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2008. p. 162-189.
3. Ammesse LS, Pfaff-Amesse T. Congenital anomalies of the reproductive tract. In: Falcone T, Hurd WW, editors. *Clinical Reproductive Medicine and Surgery*. 1st ed. New York: Mosby; 2007. p. 171-190.
4. Blanc, B., Cravello, L., & Roger, V. (2000). *Gynécologie chirurgicale*. Editions Arnette.
5. Nahum GG. Uterine abnormalities. How common are they and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med* 1998;43:876–87.
6. Porcu G, Heckenroth H. Malformations utérines et infertilité. EMC (Elsevier SAS, Paris). *Gynécologie* 2005, 739-A-20.
7. Pellicer A. Shall we operate on mullerian defects? An introduction to the debate. *Hum Reprod* 1997;12:1371–2.
8. Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simon C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod* 1997;12(10):2277–81.
9. Valli E, Zupi E, Marconi D, et al. Hysteroscopic findings in 344 women with recurrent spontaneous abortion. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8(3):398–401.
10. Heinonen PK. Clinical implications of the didelphic uterus: long-term follow-up of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;91:183–90.
11. Acien P, Acien M, Sanchez-Ferrer M. Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification. *Hum Reprod* 2004;19:2377–84.
12. Shwijing M, Xuming B, Jingha L. Pregnancy and its outcome in women with malformed uterus. *Chin Med Sci J* 2002;17:242-5. †

Utérus Bicorne Unicervical Perméable À Découverte Fortuite Chez Une Patiente Paucipare Avec Antécédent De Césarienne. (Hôpital Général De Référence/Likasi/RDC)

13. Proctor JA, Hang AF. Recurrent first trimester pregnancy loss is associated with uterine septum but not with bicornuate uterus. *Fertil Steril* 2003;80:1212-5. †
14. Chan YY, Javaprakasan K, Tan A, Thanton JG, Coomarasamy A, Raine-Fenning NJ. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: A systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;38:371-82. †
15. Ardaens Y, Levailant J-M, Bady J, Coquel P. Malformations utérines et du tractus génital féminin. *Radiol Imag Médicale Génito-urin - Gynéco-Obstétricale - Mammaire* [Internet]. 2006; Disponible sur: [http://www.science-direct.com/science/article/pii/S1241-8218\(06\)42002-3](http://www.science-direct.com/science/article/pii/S1241-8218(06)42002-3)

Cite this: Mukadi, R. T., Tamubango Kitoko, H., Ngalula, C. K., Kankole, G. M., Nsungu, J. I., Ndumb, P. M., Ngoie, C. B., Mwanabingi, M. K., Mwamba, E. S., Ilunga, G. K., Mikombe, M. K., Monga, J. Jacques M., Machozi, H. K., Kiyombo, J. I., Mulumbati, I. M., Mwanatambwe, S., Ntambwe, E. M., Mpande, A. B., Yanga, A. T., Tshimpiko, J. K., & Moyambe, J. . N. . T. (2023). Utérus bicorne unicervical perméable à découverte fortuite chez une patiente paucipare avec antécédent de césarienne. (Hôpital Général de Référence/Likasi/RDC) . *Journal of Medical Research and Health Sciences*, 6(11), 2829–2833. <https://doi.org/10.52845/JMRHS/2023-6-11-2>