



## Utérus didelphe et grossesse :à propos d'un cas et revue de la littérature

Melaim Sanae, Belhaj Yassine , Fatima Zohra Fdili Alaoui, Sofia Jayi, Hikmat CHaara, Moulay Abdelilah Melhouf

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Département de gynécologie-obstétrique II, CHU Hassan II, Fès, Maroc

**Abstract:** L'utérus didelphe est une malformation utérine rare, caractérisée par la présence de deux cornes utérines et de deux cols. Le vagin peut être cloisonné ou normal

Cette malformation est souvent associée à un héli-vagin borgne et se présente avec une hématométrie et un hémato-colpos à la ménarche, Le diagnostic est posé par échographie pelvienne complétée par résonance magnétique

Nous rapportons un cas d'un utérus didelphe diagnostiqué à l'âge de 23 ans au cours d'une césarienne chez une patiente primipare , sans antécédent pathologique , et nous souhaitons à travers ce cas et une revue de littérature mettre le point sur les aspects épidémiologiques, cliniques, embryologiques, anatomopathologiques, et thérapeutiques de cette malformation utérine.

Received 01 Dec., 2024; Revised 08 Dec., 2024; Accepted 10 Dec., 2024 © The author(s) 2024.

Published with open access at [www.questjournals.org](http://www.questjournals.org)

### I. Introduction :

Les malformations utérines résultent soit du non développement ou du défaut de fusion latérale ou verticale des canaux de Müller ou canaux mésonéphrotiques, soit du défaut de résorption des cloisons [1]. L'utérus didelphe survient à la suite d'un défaut de fusion des canaux de Müller [1]. C'est une anomalie rare, caractérisée par la présence de deux cornes utérines et de deux cols. Le vagin peut être cloisonné ou normal. Cette malformation est souvent associée à un héli-vagin borgne et se présente avec une hématométrie et un hémato-colpos à la ménarche

### Patient et observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 23 ans, primipare , sans antécédents pathologiques , jamais opérée , référée dans notre maternité à 42SA pour modalités d'accouchement.

La patiente était suivie dans un centre de santé , le déroulement de la grossesse étant sans particularités

Examen clinique général : patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire , normo carde , normo tendue , avec des conjonctives normo colorés

Examen obstétrical : hauteur utérine normale par rapport à l'âge gestationnel , BCF positif

Toucher vaginal : objective un vagin cloisonné , deux col (un col gravide fermé)

Une échographie obstétricale a été réalisé ayant objectivé : une grossesse monofoetale évolutive , placenta fundique , homogène , Présentation de siège , avec un liquide amniotique en quantité normale

Une voie haute a été indiquée chez la patiente devant le dépassement de terme + présentation de siège chez une parturiente en dehors de travail

Elle a donc bénéficié d'une césarienne qui s'est déroulée sans incident donnant naissance à un nouveau-né de sexe masculin , Apgar à 10/ 10 a la 1ère mn et à la 5ème mn 10/10, PDN : 3400ge avec à l'exploration découverte d'un utérus didelphe avec deux col



## II. DISCUSSION

Les malformations utérines concernent 3 à 4% des femmes [2]. *Utérus didelphe* (ou *bicorne bicervical*) : caractérisé par la présence de deux cornes utérines et de deux cols. Le vagin peut être cloisonné ou normal. Cette malformation est souvent associée à un héli-vagin borgne et se présente avec un hématomètre et un hémato-colpos à la ménarche. Un ligament vésico-rectal sépare parfois les deux héliutérus [3].

Organogénèse : Dès la 7<sup>e</sup> 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 (6<sup>e</sup> à 9<sup>e</sup> semaine) ;
2. l'accolement du tiers inférieur des canaux de Müller formant la cavité utérine et les deux tiers supérieurs du vagin (9<sup>e</sup> à 13<sup>e</sup> semaine) ;
3. la résorption de la cloison inter-müllérienne (13<sup>e</sup> à 17<sup>e</sup> 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'atrésies 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.

L'utérus bicorne est une malformation utérine liée à l'arrêt de l'organogénèse entre 10 et 12 semaines de grossesse, avec anomalie de fusion des deux canaux de Müller [7]. Selon la classification de Musset [8], il faut distinguer:

**Utérus bicornes unicervicaux**: ils correspondent à deux héliutérus fusionnés à une partie basse avec un col unique et selon les cas un isthme unique (pseudounicornes) ou deux héli-isthmes indépendants. La séparation commence au dessus de la mi-hauteur théorique du corps utérin;

**Utérus bicornes bicervicaux**: ou les canaux de Muller gardent leur dualité sur toute la hauteur de l'organe. L'utérus didelphe est la variété où les deux cols et les deux vagins sont séparés nettement alors qu'ils sont accolés dans les autres variantes

Les examens radiologiques apportent la confirmation diagnostique et recherchent les complications associées.

L'échographie pelvienne par sa facilité d'accès reste le moyen le plus adapté et le moins invasif pour assoir le diagnostic rapidement en mettant en évidence la bifidité de l'appareil génital, elle apprécie le volume rétentionnel dans le vagin, l'utérus voir la trompe; Elle recherche aussi une agénésie rénale ipsilatérale associée. L'échographie tridimensionnelle est intéressante par la représentation spatiale de l'anomalie avec visualisation des rapports anatomiques [9].

En dehors de la situation d'urgence, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen de choix pour réaliser le diagnostic différentiel: on parlera d'utérus septus complet quand le corps utérin est unique et qu'une cloison descendant jusqu'à l'endocol sépare deux cavités endométriales. On évoquera le diagnostic d'un utérus didelphe quand les deux corps utérins sont distincts l'un de l'autre avec deux filières endocervicales également. L'hémi vagin borgne pourra aussi être suspecté par l'IRM en plus de l'examen clinique [10, 11].

Les trois critères diagnostiques majeurs utilisés pour faire le diagnostic différentiel échographique ou par IRM d'un utérus bicorné ou didelphe avec un utérus cloisonné sont les suivants : la morphologie de la séreuse du fond utérin, la forme de la cavité et l'aspect du col. Ainsi un utérus bicorné présentera un fond utérin avec une incisure fundique de plus de 10 mm et deux cavités utérines distinctes, souvent divergentes. L'utérus didelphe présentera en sus deux massifs cervicaux. L'utérus cloisonné par contre ne présentera qu'une légère incisure fundique (inférieure à 1 cm) ou l'absence de cette dernière, alors qu'un éperon fibreux siège entre deux cavités peu divergentes

### **Malformations utérines et grossesse**

Il est tout d'abord important de rappeler que plus de 50% des malformations utérines resteront asymptomatiques lors d'une grossesse. Pour les autres, la malformation utérine sera source de grossesse à risque et de complications obstétricales. 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. [4]. 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 endo-mètre 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 [4] [5] [6].

### **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. 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. [12] 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. [13]

Pour les utérus bicornés uni ou bicervicaux, la chirurgie réunificatrice des deux hémi-utérus, décrite par Strassmann[14] en 1952, n'a pas montré de réel bénéfice. Elle ne doit être réservée qu'aux patientes dont le pronostic obstétrical est extrêmement défavorable et dont l'anamnèse révèle plusieurs fausses couches tardives

### **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) [15] 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. [16]

## **III. Conclusion :**

L'utérus bicorné bicervical est une malformation rare, responsable dès les premières ménarches d'algies pelviennes et de dysménorrhées de plus en plus invalidantes. L'association de l'échographie pelvienne et de l'imagerie par résonance magnétique qui reste l'examen de choix confirme le diagnostic. Le traitement est chirurgical consistant en une résorption complète de la cloison vaginale permettant le drainage continu de la rétention menstruelle et évitant la fibrose et la sténose vaginale en post-opératoire. Les chances de procréation sont préservées, avec toutefois un risque majoré de fausses couches et de grossesses extra-utérines. Lors d'une grossesse, le risque de prématurité et de présentations dystociques reste accru.

### Reference

- [1] Heinonen P. K. Uterus didelphys: a report of 26 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1984; 17: 345–50.
- [2] Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simón C, Pellicer A, Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. *Hum Reprod* 1997; 12: 2277-81.
- [3] revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-176/les-malformations-uterines-diagnostic-pronostic-et-prise-en-charge-en-2008
- [4] Raga F, Bauset C, Remohi J, et al. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod* 1997;12:2277-81
- [5] Poncelet C, Aissaoui F. Malformations utérines et reproduction. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:821-5
- [6] Rackow BW, Arici A. Reproductive performance of women with mullerian anomalies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:229-37.
- [7] Savey L, Le Tohic A. Malformations utérines. *Encycl Méd Chir, Gynécologie*. 2003;123-A-10:1–17
- [8] Porcu G, Heckenroth H. Malformations utérines et infertilité *Encycl Méd Chir Gynécologie*. 2005;739-A-20:1–10
- [9] Saleem SN. MR imaging diagnosis of uterovaginal anomalies: current state of the art. *Radiographics*. 2003 Sep-Oct;23(5):e13.
- [10] Loumaye F, Cherruy C, et al. Treatment of didelphys uterus with imperforated obstructed hemivagina. *Rev Med Liege*. 2007 Jul-Aug;62(7-8):480–3.
- [11] Ballezio L, Andreoli C, De Cicco ML, Angeli ML. Hematocolpos in double vagina associated with uterus didelphys: US and RM findings. *Eur J Radiol*. 2003;45:150–153.
- [12] Woelfer B, Salim R, Banerjee S, et al. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies detected by three-dimensional ultrasound screening. *Obstet Gynecol* 2001;98:1099-103.
- [13] Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001;7:161-74.
- [14] Strassmann EO. Plastic unification of double uterus ; A study of 123 collected and five personal cases. *Am J Obstet Gynecol* 1952;64:25-37
- [15] Airoidi J, Berghella V, Sehdev H, Ludmir J. Transvaginal ultrasonography of the cervix to predict preterm birth in women with uterine anomalies. *Obstet Gynecol* 2005;106:553-6.
- [16] Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. *Hum Reprod* 1993;8:122-6.