

Grossesse menée à terme sur utérus cloisonné: A propos d'un cas et revue de la littérature

[Term pregnancy on septate uterus: A case report and review of the literature]

S. Benkhaira, S. Fajri, A. El Azery, A. Lamrissi, K. Fichtali, and S. Bouhya

Service de Maternité Abderrahim El Harouchi, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morocco

Copyright © 2021 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Septate uterus is the most common female malformation. It can be responsible for recurrent miscarriages and infertility. Hysteroscopic septoplasty is an effective procedure. It can prevent abortions and probably increase fertility. We report a case of a total septate uterus discovered during a cesarean section indicated after discovery of two cervical openings simultaneously dilated in a primigeste in labor.

KEYWORDS: Uterine malformation, septate uterus, pregnancy, fertility, hysteroscopic septoplasty.

RESUME: Les cloisons utérines sont les malformations génitales les plus communes de la femme. Elles peuvent être responsables d'une maladie abortive et sont probablement délétères sur la fertilité. La septoplastie hystéroscopique est une intervention efficace. Elle prévient les avortements spontanés induits par la cloison et améliore certainement la fertilité. Nous rapportons ici un cas d'utérus cloisonné total découvert lors d'une césarienne indiquée après découverte de deux orifices cervicaux simultanément dilatés chez une primigeste en travail.

MOTS-CLEFS: Malformation utérine, utérus cloisonné, grossesse, fertilité, septoplastie hystéroscopique.

1 INTRODUCTION

La prévalence des malformations utérines dans la population générale est généralement sous-estimée; on l'évalue entre 4,3 et 6,2 % [1], [2], [3]. L'utérus cloisonné est la plus fréquente de ces malformations. Sa prévalence est estimée à 35 % des malformations utérines et à 1 % de la population féminine [1], [4]. Elle est habituellement considérée comme la malformation ayant le plus mauvais pronostic obstétrical [1], [5]. Beaucoup de malformations utérines sont asymptomatiques et les techniques d'imagerie telles que l'échographie 3D, l'hystérosonographie 3D et l'IRM ne sont disponibles que depuis quelques années [5], [2]. Elles semblent être diagnostiquées plus fréquemment dans certains groupes de patientes, par exemple lors d'un suivi pour infertilité ou pour fausses couches à répétition [5], [6]. Parmi elles, les utérus cloisonnés qui peuvent être découverts lors d'un examen d'imagerie ou au cours d'une intervention chirurgicale, ou encore, comme dans notre cas à l'exploration utérine lors d'une césarienne. Nous rapportons ici un cas d'utérus cloisonné total découvert lors d'une césarienne indiquée après découverte de deux orifices cervicaux simultanément dilatés chez une primigeste en travail.

2 OBSERVATION

Patiente de 26 ans, primipare, sans antécédent pathologique particulier notamment, pas d'antécédent de pathologie urinaire, pas de dysménorrhée primaire ni de dyspareunie, admise à 39SA et 2j pour prise en charge de son accouchement. L'examen général trouve une patiente en bon état général; normo-tendue sans œdèmes des membres inférieures et

apyrétique. L'examen obstétrical avait retrouvé une hauteur utérine (HU) à 32 cm, pas de contraction utérine (CU), des bruits cardiaques fœtaux (BCF) réguliers à 140 battements/mn. L'examen au speculum et le toucher vaginal trouve deux orifices cervicaux dilatés chacun à 2 cm, avec une présentation céphalique perçu à travers l'un des deux orifices non perçu dans l'autre orifice à travers la cloison, les membranes étaient intactes le bassin cliniquement normal. La biométrie fœtale était entre 10e et 25e percentile avec une estimation du poids fœtale à 3100 g. Le liquide amniotique (LA) était en quantité normale. Les données biologiques étaient sans particularité. La césarienne a été indiquée permettant l'extraction d'un nouveau née de sexe masculin Apgar 10/10, pesant 3000 g. L'exploration per-opératoire après extraction à objectivé un utérus asymétrique avec 2 héli-cavités celle contenant la grossesse plus volumineuse que l'autre et deux orifices cervicaux. A l'exploration il s'agit en réalité d'un un utérus cloisonné total (Figure 1, Figure 2) avec cloison épaisse qui s'étend du fond utérin jusqu' au col utérin, c'est un seul utérus il n' y a pas les deux cornes divergentes avec la vessie qui s'insinue entre les deux et qui définit l'utérus bicorne bi-cervical. Aucun geste à visé thérapeutique portant sur la malformation n'a été réalisé.

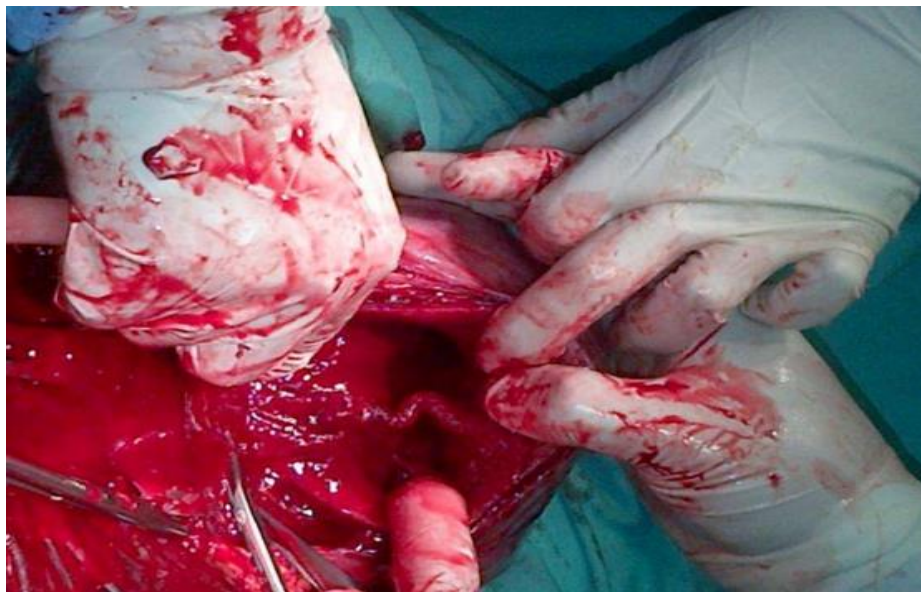


Fig. 1. Une cloison uterine séparant la cavité uterine en deux héli-cavités

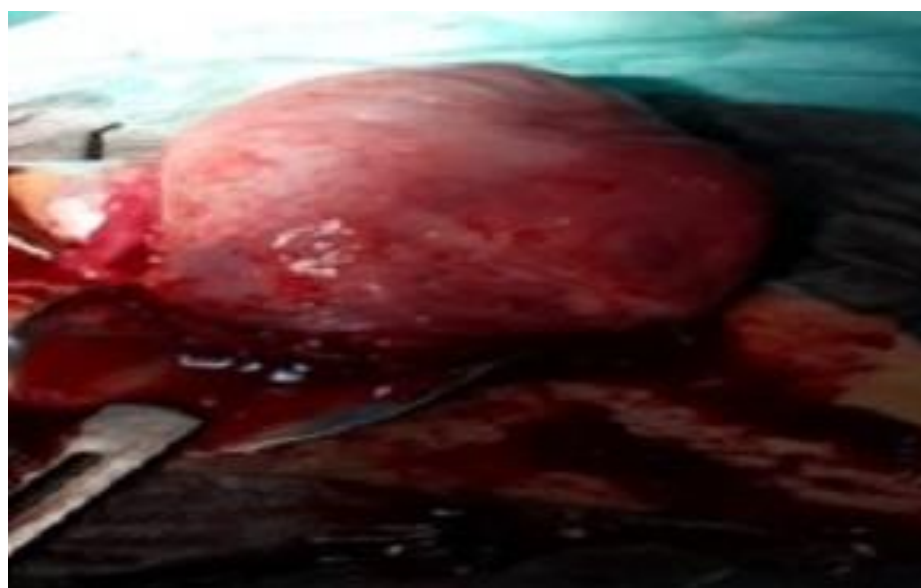


Fig. 2. Le fond utérin ne présente aucune anomalie

3 DISCUSSION

Du point de vue embryologique, les voies génitales dérivent de deux systèmes pairs de conduits génitaux, les canaux de Wolff ou canaux mésonéphrotiques et les canaux de Müller ou canaux paramésonéphrotiques qui s'abouchent au niveau du cloaque. La formation des voies génitales féminines débute à partir de la 3e et se poursuit jusqu'à la 17e semaine de vie embryonnaire [7]. Elle est concomitante au développement des voies urinaires, les tractus urinaire et génital dérivant de la même crête mésodermique. En l'absence d'AMH, les canaux de Müller continuent leur différenciation et donnent naissance à l'utérus, aux trompes et aux deux tiers supérieurs du vagin. Ils fusionnent sur la ligne médiane entre la 6e et la 9e semaine de la vie embryonnaire pour former le canal utérovaginal. Les différents stades de ce développement permettent de comprendre la physiopathologie des malformations utérines, en fonction de l'âge gestationnel auquel survient l'arrêt de développement: de la 5e à la 9e semaine de vie embryonnaire, on observe les agénésies müllériennes dues à l'absence de développement partiel ou total, uni ou bilatéral des canaux de Müller; de la 9e à la 13e semaine, s'observent les troubles de la fusion müllérienne où les canaux de Müller se développent normalement mais ne fusionnent pas expliquant l'individualisation de deux héli-utérus; et de la 13e à la 17e semaine, se déroule la phase de résorption du septum séparant les deux canaux sur la ligne médiane (cloison intermüllérienne). Cette résorption débute au niveau de l'isthme et s'étend rapidement vers le bas et plus lentement vers le haut (théorie bidirectionnelle) [8]. Les malformations à type de persistance plus ou moins complète de la cloison inter-müllérienne résultent donc d'un défaut de résorption de cette cloison, c'est le cas des utérus cloisonnés. Dans le contexte des aplasies des canaux de Müller ou dans celles des héli-matrices, les anomalies urinaires sont fréquemment associées et doivent faire l'objet d'une recherche systématique. En revanche, dans celui des utérus cloisonnés, les anomalies urinaires sont plus exceptionnelles. En effet, l'organogenèse du haut appareil urinaire est achevée à la neuvième semaine de vie embryonnaire.

La classification des malformations utérines la plus utilisée en France est la classification de Musset, établie en 1964 [9]. La classification internationale est celle de l'American Fertility Society (AFS) de 1988 [10] (tableau 1). Elle est la plus utilisée dans la littérature.

Tableau 1. Tableau comparatif des classifications des malformations utérines

Mécanisme embryologique	Classification de Musset (1964)	Classification de l'AFS (American Fertility Society) (1988)
Aplasies des canaux de Müller	Aplasia müllérienne bilatérale • Syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser	Type I Hypoplasie, agénésie
	Aplasia müllérienne unilatérale • Utérus unicorne • Utérus pseudo-unicorne	Type II Utérus unicorne
Troubles de la fusion des canaux de Müller	Utérus didelphe (bicorne bicervical)	Type III Utérus didelphe
	Utérus bicorne • Unicervical total • Unicervical corporéal • Unicervical fundique	Type IV Utérus bicorne
Troubles de résorption des canaux de Müller	Utérus cloisonné • Total • Subtotal • Corporéal • Fundique	Type V Utérus cloisonné • Type Va Partiel • Type Vb Total
	Utérus à fond arqué	Type VI Utérus à fond arqué
	Hypoplasie utérine	Type VII Utérus DES (Diéthylstilbestrol)

La cloison utérine est en général découverte dans des circonstances différentes: à l'occasion de fausses couches spontanées à répétitions précoces ou tardives; à la suite d'accidents obstétricaux à type de prématurité surtout; lors d'un bilan d'infertilité; avant la prise en charge en assistance médicale à la procréation (AMP) ou durant celle-ci. Elle peut être responsable de dysménorrhée ou de dyspareunie, mais elle est le plus souvent asymptomatique. Elle est plus rarement de découverte fortuite,

lors d'une échographie, d'une hystérocopie ou d'une coelioscopie effectuée pour toute autre raison. Il faut noter que le développement des caractères sexuels de type féminin apparaît normal, et l'examen au spéculum peut retrouver un cloisonnement de la partie supérieure du vagin avec deux hémicols dans l'utérus cloisonné total, ou peut être normal dans les autres formes. Le toucher vaginal peut également objectiver la présence d'une cloison vaginale avec deux hémicols ou être normal. Dans tous les cas, la perception utérine ne présente pas d'anomalie, l'utérus étant, d'un point de vue morphologique externe, normal. Dans notre cas, la cloison utérine a été découverte à terme lors de l'examen fait à l'admission de notre patiente, pour la prise en charge de son accouchement.

Dans le bilan d'une malformation génitale, l'examen réalisé en première intention est l'échographie pelvienne qui sera préférentiellement réalisée en deuxième partie de cycle, l'épaississement de l'endomètre favorisant alors le diagnostic; elle permet dans la plupart des cas de poser le diagnostic: la morphologie externe de l'utérus est normale, la cavité utérine est divisée par un pont de myomètre, réalisant une cloison plus ou moins complète. L'échographie tridimensionnelle permet d'étudier plus précisément l'anomalie visualisée, et la distinction entre utérus cloisonné et utérus bicorne est plus aisée. A l'hystérosalpingographie, on visualise deux héli-cavités utérines séparées par une image de soustraction médiane ayant une forme typique en Y, elle permet donc d'estimer la taille et l'extension de la cloison, la difficulté de l'interprétation réside dans la distinction entre utérus cloisonné et utérus bicorne; ainsi en cas d'utérus bicorne, les deux héli-cavités ont une paroi fundique médiane, convexe, alors que dans l'utérus cloisonné, le bord fundique est droit [11], ces éléments ne permettent une distinction entre utérus cloisonné et utérus bicorne que dans 55 % des cas [12]. L'hystérocopie diagnostique précise le type de malformation en évaluant l'étendue des cloisons et les possibilités de résection par voie endoscopique. Alors que la coelioscopie combinée à l'hystérocopie différencie utérus cloisonné et utérus bicorne; Elle permet de traiter simultanément une lésion pelvienne associée. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est réalisée que dans le cadre des malformations complexes, elle permet une distinction entre utérus cloisonné et utérus bicorne [13], c'est un examen fiable et non invasif.

Les cloisons sont à l'origine d'accidents obstétricaux divers, telle que les fausses couches à répétition, les avortements tardifs, les accouchements prématurés, et les présentations dystociques. Les fausses couches à répétition sont significativement plus fréquentes dans la population des femmes porteuses de cloisons utérines et ont été rapportées à 25,2 % jusqu'à 13 semaines d'aménorrhée et 6,2 % entre 14 et 22 semaines d'aménorrhée [5]. Ces avortements surviennent généralement entre huit et seize semaines d'aménorrhée. Le mécanisme évoqué serait celui d'une hypovascularisation septale mais il existe sûrement d'autres facteurs associés. Alors que l'accouchement prématuré est retrouvé chez environ 9 % des patientes qui présentent une cloison utérine selon une méta-analyse portant sur 1 601 grossesses [15]. La physiopathologie évoquée est celle d'une augmentation de la pression intra-utérine; certains auteurs évoquant une incompétence cervicale. La fréquence de l'infertilité primaire chez les patientes porteuses d'une cloison utérine varie selon les études entre 9 et 35 % [14]. Lorsque la seule anomalie retrouvée dans le bilan d'une infertilité primaire est une cloison utérine, le rôle de cette cloison dans l'infertilité doit être retenu, elle serait responsable d'un défaut d'implantation embryonnaire et de pertes embryonnaires précoces.

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 cloisonnés, la section hystérocopique représente une réelle solution afin d'améliorer le pronostic en terme de fertilité et d'évolutivité de la grossesse. En fertilité spontanée, la cure de cloison semble intéressante afin d'optimiser l'implantation embryonnaire. Du fait de sa simplicité de réalisation et de sa faible morbidité par voie hystérocopique, plusieurs auteurs préconisent de sectionner toute cloison utérine diagnostiquée même asymptomatique [16,17]. Pour les complications obstétricales, Bascko a rapporté que la cure de cloison améliorerait nettement le pronostic obstétrical et le taux de naissance vivante. Ainsi, dans son expérience, le taux de FCS passait de 90 à 10–20 % après la chirurgie et le taux de MAP chutait à moins de 20 % [18]. Par ailleurs, Grimbizis et al. ont montré que la section de cloison permettait d'obtenir un taux d'accouchement à terme de 75 % et un taux de naissance vivante de 85 % [1]. Les équipes s'intéressant à la procréation médicalement assistée (PMA) proposent ainsi le traitement systématique de toutes les cloisons, même les plus discrètes (éperon) avant d'envisager la réalisation d'une PMA (fivette ou autre procédé). En PMA, le traitement chirurgical permettait d'améliorer le taux d'implantation embryonnaire de 4,6 à 10,5 % et le taux de grossesse par transfert passait de 12,5 à 20 % [19]. 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) [20]. 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 [21], [22], [23].

4 CONCLUSION

Les malformations génitales chez la femme sont liées à une interruption du développement de l'appareil génital au cours de la vie embryonnaire. Ces malformations ne sont pas un événement rare dans la prise en charge de l'infertilité. Elles peuvent

avoir des répercussions en fertilité spontanée et en fertilité médicalement assistée. Selon l'âge gestationnel de survenue de cet arrêt de développement, on différencie plusieurs types de malformations. Ces malformations utérines peuvent être isolées ou associées à des malformations du reste de l'appareil génital, voire à des malformations d'autres organes. Le diagnostic et l'évaluation d'un pronostic reposent sur des examens morphologiques et l'exploration endoscopique (hystérocopie et coéloscopie). L'utérus cloisonné est la malformation utérine la plus fréquente pourvoyeuse de complications gynéco-obstétricales, son traitement repose sur la septoplastie par voie hystérocopique, qui apparaît aujourd'hui comme la technique de référence à la fois simple et reproductible, avec une faible morbidité.

REFERENCES

- [1] 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.
- [2] Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med* 1998; 43: 877–87.
- [3] Saravelos SH, Cocksedge KA, Li T. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. *Hum Reprod Update* 2008; 14: 415–29.
- [4] Homer HA, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertil Steril* 2000; 73: 1–14.
- [5] Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simon C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. *Hum Reprod* 1997; 12: 277–81.
- [6] Poncelet C, Aissaoui F. Malformations utérines et reproduction. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007; 35 (9): 821–5.
- [7] Acien P. Embryological observations on the female genital tract. *Hum Reprod* 1992; 7: 437–45.
- [8] Muller PP, Musset R, Netter A, Solal R, Vinourd JC, Gillet JY. État du haut appareil urinaire chez les porteuses de malformations utérines: étude de 133 observations. *Presse Med* 1967; 75: 1331-6.
- [9] Musset R, Belaich J. Nécessité d'une classification globale des malformations utérines. In: *XXIIes Assises Françaises de Gynécologie*. Paris: Masson; 1964.
- [10] American Fertility Society. American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancy, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988; 49: 944–55.
- [11] Barbot J. Hysteroscopy and hystero-graphy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22: 591–603.
- [12] Reuter KL, Daly DC, Cohen SM. Septate versus bicornuate uteri: errors in imaging diagnosis. *Radiology* 1989; 172: 749–52.
- [13] Carrington BM, Hricak H, Nuruddin RN, Seac E, Laros Jr. RK, Hill L. Müllerian duct anomalies/MR imaging evaluation. *Radiology* 1990; 176: 715–20.
- [14] Marcus S, Ai-Shawaf T, Brinsden P. The obstetric outcome of in vitro fertilization and embryo transfer in women with congenital uterine malformation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 85-9.
- [15] Zabak K, Benifla JL, Uzan S. Cloison utérine et trouble de la reproduction: résultats actuels de la septoplastie hystérocopique. *Gynéco Obst fertil* 2001; 29: 829-40.
- [16] Fedele L, Arcaini L, et al. Reproductive prognosis after hysteroscopic metroplasty in 102 women: life-table analysis. *Fertil Steril* 1993; 59: 768–72.
- [17] Daly DC, Maier D, Soto-Albors C. Hysteroscopic metroplasty: six year's experience. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 201–5.
- [18] Bacsko G. Uterine surgery by operative hysteroscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 71: 219–22.
- [19] Lavergne N, Aristizabal J, Zátka V, Erny R, Hedon B. Uterine anomalies and in vitro fertilization: what are the results? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 68: 29–34.
- [20] Airoidi 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.
- [21] Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. *Hum Reprod* 1993; 8: 122-6.
- [22] Golan A, Langer R, Neuman M, et al. Obstetric outcome in women with congenital uterine malformations. *J Reprod Med* 1992; 37: 233-6.
- [23] Golan A, Langer R, Wexler S, et al. Cervical cerclage- its role in the pregnant anomalous uterus. *Int J Fertil* 1990; 35: 164-70.