

Case Report

Hématométrie unilatérale sur utérus didelphe de découverte fortuite chez une multipare Camerounaise de 31 ans : à propos d'un cas et revue de la littérature

F. Fouelifack Ymele,¹ J. H. Fouedjio,^{1,2} P. M. Tebeu,^{2,3} S. Damtheo,² et R. E. Mbu^{1,2}

¹Unité de Gynécologie & Obstétriques, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

²Département de Gynécologie & Obstétriques, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicale, Université de Yaoundé I, Cameroun

³Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé, Cameroun

Address correspondence to F. Fouelifack Ymele, yfouelifack@yahoo.fr

Received 6 May 2011 ; Accepted 11 August 2011

Résumé L'utérus didelphe est une malformation utérine par défaut de fusion des canaux de Müller entre la 10^e et la 13^e semaine de gestation, aboutissant à la persistance plus ou moins complète de la dualité de ces canaux. Certains types de malformations utérines ont des conséquences sur la vie reproductrice et exigent la chirurgie pour rétablir la continuité ou vider une collection des voies génitales si elles sont découvertes à temps. Nous vous présentons un cas d'hématométrie unilatérale sur utérus didelphe de découverte fortuite en per opératoire chez une multipare et traitée par hémihystérectomie en urgence. La rareté de cette pathologie peut amener à omettre le diagnostic. Le diagnostic précoce et par conséquent une meilleure prise en charge permettent de diminuer les complications. L'hématométrie sur utérus didelphe est une urgence gynécologique dont la prise en charge exige la chirurgie. Les gestes doivent être moins mutilants chez les patientes souvent jeunes.

Mots Clés hématométrie ; utérus didelphe ; hémihystérectomie

1 Introduction

Les malformations utérines (MU) résultent soit du non développement ; soit du défaut de fusion latérale ou verticale des canaux de Müller ou canaux mésonéphrotiques, soit du défaut de résorption des cloisons. Le diagnostic peut être difficile pour un clinicien non averti. Dans ce cas le diagnostic peut être fortuit ou se faire tardivement au décours des complications. C'est le cas d'un utérus didelphe avec hématométrie unilatérale, découvert fortuitement au cours d'une laparotomie que nous avons réalisée pour « kyste ovarien hémorragique ».

2 Présentation du cas

Il s'agit de madame M. A., âgée de 31 ans, G5P3113, étudiante d'ethnie Bamoun et de religion musulmane, domiciliée à Yaoundé.

Elle est reçue en urgence à la maternité de l'Hôpital Central de Yaoundé le 21 août 2010 pour douleurs pelviennes récidivantes.

Le début de la symptomatologie remonte à 7 jours, marqué par la survenue d'une douleur aigüe sur fond chronique à la fosse iliaque gauche, suivies 4 jours plus tard par des saignements noirâtres (menstruations selon la patiente). Ces douleurs sont péri-menstruelles, d'intensité croissante à chaque menstruation, aggravées par la toux et la marche et sont calmées pendant les grossesses et les aménorrhées post partum.

La patiente a eu la ménarche à l'âge de 15 ans, le premier coït à l'âge de 18 ans et souffre de dysménorrhées secondaires depuis 10 ans. Elle a un cycle menstruel régulier de 28 jours et saigne pendant 5 à 6 jours. Elle a eu 5 grossesses dont la première s'est soldée par un avortement spontané suivi de curetage en 2001 à 12 semaines de grossesse, la 2^e par un accouchement prématuré à 35 semaines (poids foetal : 1750 grammes), la 3^e par un accouchement à 37 semaines en 2005 à terme (poids fœtus : 2800 g), la 4^e et la 5^e par des accouchements à terme respectivement à 38 semaines en 2007 (poids fœtus : 3200 grammes) et à 40 semaines en 2009 (poids fœtus : 3300 grammes). Les règles ont commencé il y a 3 jours (19 août 2010) et sont d'abondance normale. Elle ne ressent pas ces douleurs pendant les grossesses et pendant la période d'aménorrhée post partum. Elle n'a jamais été opérée. Les autres antécédents sont sans particularité.

A l'enquête des systèmes, on retrouve des douleurs pelviennes plus accentuées dans la fosse iliaque gauche. Elle n'a pas de symptômes urinaires, ni digestifs.

A l'examen physique, l'état général est légèrement altéré, la patiente s'agite à cause de la douleur. La température est de 38,1 degrés Celsius, la fréquence respiratoire est de 25 cycles par minute, le pouls radial régulier à 72 pulsations par minute et la pression artérielle de 145/80 millimètres

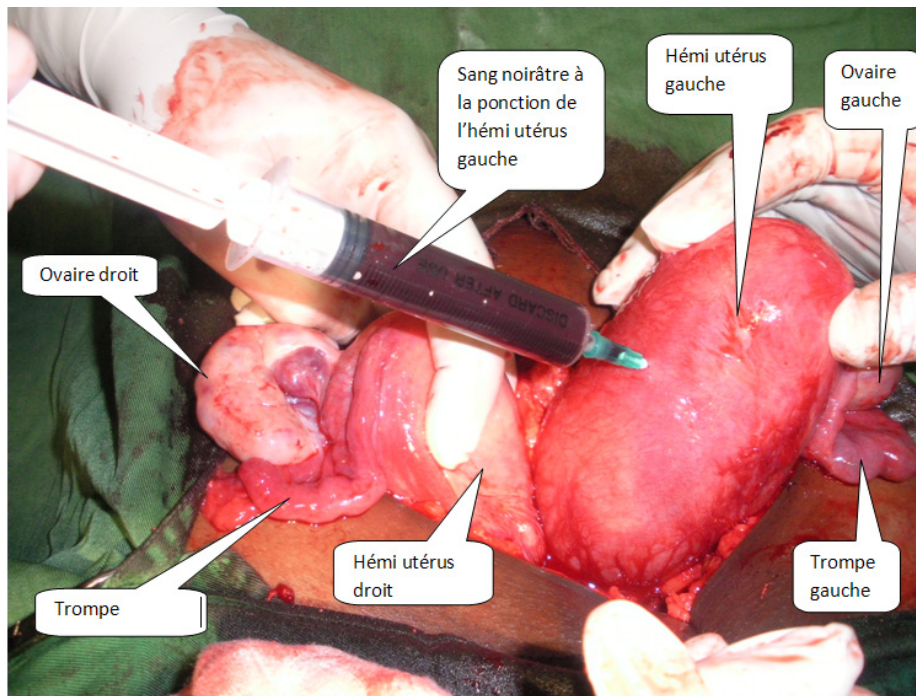


FIGURE 1: Trouvailles per opératoires.

de mercure. Les conjonctives sont normocolorées. L'examen cardiothoracique est normal.

L'abdomen respire de façon synchrone avec le thorax. Il est souple, dépressible et sensible dans la région hypogastrique. On palpe une masse très douloureuse, occupant la fosse iliaque gauche, rénitente, souple, à surface régulière, mobile par rapport aux plans profond et superficiel, mesurant environ 15 centimètres de grand axe. La limite inférieure de la masse n'est pas accessible. Le foie et la rate ne sont pas palpables.

Au spéculum le col et le vagin sont teintés de sang noirâtre, s'échappant de l'orifice cervical externe (menstruations en cours). Au toucher vaginal, le col est unique, long, fermé et ferme, non sensible à la mobilisation. Les culs-de-sac sont libres. L'utérus est de taille normale et l'annexe droite est libre. La masse est latéro-utérine gauche, peu mobilisable avec le col et non mobilisable avec l'utérus. Le toucher n'est pas douloureux et le gant est teinté de sang noirâtre.

Devant cette symptomatologie, nous avons pensé à une torsion d'un kyste ovarien gauche, avec en différentiel un kyste hémorragique de l'ovaire ou une grossesse extra-utérine.

Le test de grossesse urinaire fait en urgence est négatif. La culdocentèse est blanche. Une ponction par voie transabdominale de la masse ramène 10 millilitres de sang noirâtre non coagulable. Une échographie faite deux jours avant l'admission et ramenée par la patiente avait conclu à un kyste

ovarien gauche hémorragique de $120 \times 58 \times 52$ millilitres à paroi très épaisse (10 millimètres). L'indication d'une laparotomie exploratrice en urgence est posée et le counselling, fait.

Un bilan pré opératoire minimal est demandé en urgence comportant un hémogramme (12,7 grammes d'hémoglobine par décilitre, 37,7% d'hématocrite, 6300 globules blancs par millilitre, 350 000 plaquettes par millilitre, Groupe Sanguin O Rhésus positif, taux de prothrombine à 99%, temps de céphaline kaolin à 31s soit 100%, consultation pré anesthésique) et un bilan d'hémostase qui étaient dans la limite normale. Une voie veineuse est prise et, la patiente mise sous antalgique par voie parentérale (paracétamol) en attendant la laparotomie ; l'état clinique de la patiente était stable après réévaluation préopératoire. Les trouvailles per opératoires étaient les suivantes (Figure 1) : utérus didelphe avec hématométrie unilatérale d'environ 450 millilitres de l'hémiutérus gauche, hémiutérus droit de taille normale. Chaque hémiutérus portant un ligament rond, un ovaire de taille normale, une trompe d'aspect normal, un ligament utéro-sacré et un col utérin. Les deux hémiutérus sont séparés par un sillon qui se prolonge jusqu'au niveau du col utérin. L'hémi col gauche est borgne, fibrosé à la section et non visible par voie vaginale. Le pelvis est propre, sans adhérence. Aucune autre malformation abdominale n'est retrouvée.

Les gestes opératoires (Figure 2) ont consisté en une hémi hystérectomie subtotale gauche avec conservation de l'ovaire gauche, repéritonisation, lavage péritonéal au salé

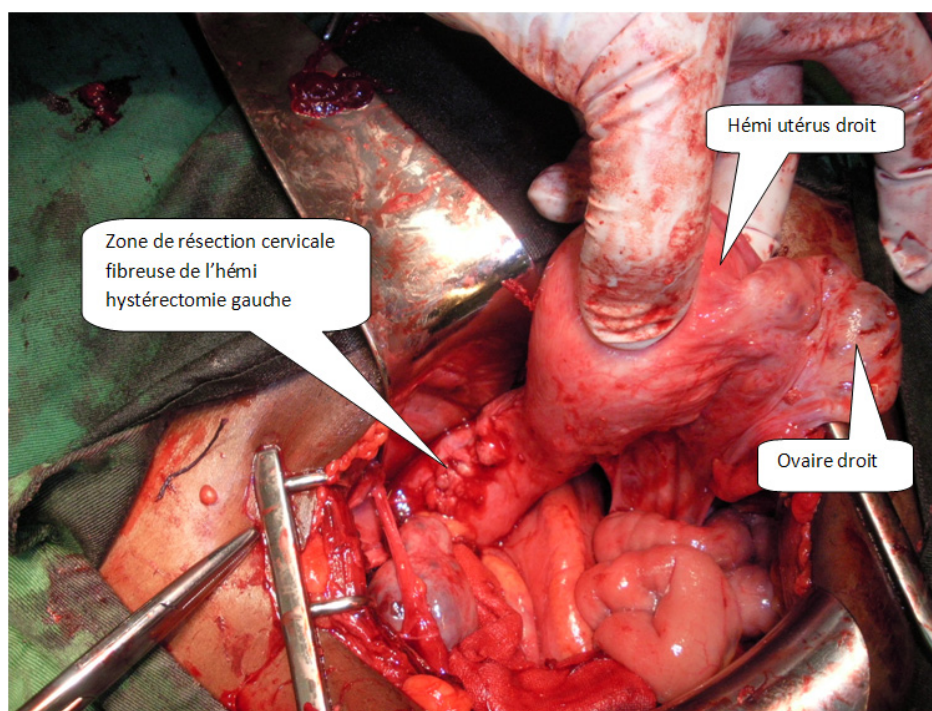


FIGURE 2: Hémi utérus droit restant après hémi hystérectomie gauche.

9‰ et fermeture pariétale. L'intervention a duré 02 heures et 40 minutes.

L'évolution post opératoire était favorable. La patiente a repris l'alimentation orale progressive dès le premier jour post opératoire et est sortie au 6ème jour dans un bon état clinique.

3 Discussion

Les MU concernent 3 à 4% des femmes [4,5]. Bien que la majorité des MU soient asymptomatiques, il faut souvent y penser chez une adolescente qui consulte pour dysménorrhées, aménorrhée primaire, douleurs pelviennes cycliques ou dyspareunie. De même, il faut rechercher une malformation utérine chez toute patiente présentant une anamnèse de fausse couche à répétition ou de fausses couches tardives ou d'accouchement prématuré, ainsi que chez une patiente qui consulte pour infertilité ou une masse abdominale associée à des dysménorrhées.

La prévalence des malformations utérines dans la population générale est de : 1/201 (0,5%), soit 1/594 (0,17%) chez les femmes fertiles et 1/29 (3,5%) chez les infertiles. La répartition s'établit ainsi : utérus cordiformes (7%) ; utérus cloisonnés (34%) ; utérus bicornes uni cervicaux (39%) ; utérus bicornes bi cervicaux (11%) ; utérus unicornes (5%) ; hypoplasie/aplasie utérine (4%) [5].

En ce qui concerne l'étiologie, les deux canaux de Müller, droit et gauche donnent embryologiquement : les

trompes de Fallope, l'utérus la partie haute (2/3 supérieur) du et le vagin. Chronologiquement, les étapes de l'organogénèse sont les suivantes : de 6 à 9 semaines de gestation, ébauche et progression des canaux de Müller ; entre 9 et 10 semaines de gestation, fusion des canaux de Müller ; de 10 à 13 semaines de gestation, résorption de la cloison intermüllérienne et formation de l'utérus à la 16ème semaine ; de 14 à 20 semaines de gestation, la formation du vagin. L'utérus bicorne est une anomalie anatomique congénitale du tractus génital féminin due à une absence de fusion des canaux müllériens. Cette anomalie se produit entre la 9ème et la 13ème semaine de la période embryologique, lorsque le fœtus a une longueur crânio-caudale de 20 mm [8].

Le diagnostic précoce des MU permettrait d'éviter les complications dont la plus redoutable est l'infertilité.

Cliniquement, Les circonstances de découverte d'une malformation utérine sont variables et dépendent de la présence ou non d'endomètre fonctionnel et de la perméabilité des voies génitales chez une adolescente ou jeune femme dont les caractères sexuels secondaires sont normalement développés. Ainsi une malformation utérine peut être de révélation : A l'adolescence par : une aménorrhée primaire normo hormonale non douloureuse par absence d'endomètre fonctionnel (aplasie ou hypoplasie sévère), une aménorrhée primaire douloureuse ou algoménorrhée en rapport avec un obstacle sur les voies génitales ; ce facteur favorisant l'endométriose par reflux de l'hématométrie, des dysménorrhées invalidantes.

A l'âge adulte si les voies génitales sont libres : bilan d'infertilité, dyspareunie (cloison vaginale), avortements à répétition, masse abdomino-pelvienne de découverte fortuite. La symptomatologie permet d'orienter vers l'anomalie sous jacente à rechercher [5].

Les examens para cliniques sont essentiels pour le diagnostic, la prise en charge et le counselling sur la reproduction. Il s'agit de l'hystérosalpingographie, l'hystérocopie et de l'échographie 2D et 3D. Lorsque le diagnostic est posé, les investigations plus poussées sont nécessaires pour déterminer le type de malformation et évaluer si une intervention est nécessaire. C'est l'imagerie par résonance magnétique qui est l'examen de choix car il s'agit d'une technique efficace et non invasive d'autant plus indiquée chez les vierges chez qui l'échographie endovaginale est proscrite [1, 7].

L'échographie est l'examen para clinique le plus disponible dans notre pays. Elle met en évidence sur les coupes transversales deux utérus séparés dans les formes les plus caractéristiques par la hernie de la paroi vésicale postérieure, réalisant « V Vésical », aspect pathognomonique de l'utérus bicorne [6]. Cependant elle peut être trompeuse et le diagnostic difficile étant donné par l'existence de plusieurs diagnostics différentiels tels que Kyste ovarien, myome sous séreux pédiculé, surtout lorsque les cornes divergent peu. La voie endovaginale étudiera la cavité utérine et le fond utérin permettant le diagnostic [6].

Notre patiente n'avait jamais bénéficié d'un de ces examens paracliniques en dehors de l'échographie par voie abdominale qui avait révélé un « gros kyste ovarien gauche à paroi épaisse (10 mm) hémorragique de 120 × 58 × 52 mm ». N'ayant pas la possibilité d'en refaire une urgence par sonde vaginale, nous avons opté pour la laparotomie d'urgence (dans notre milieu où la prévalence de GEU est de 1,7% [3]). Nous n'avions pas pensé à cette malformation. Étant donné sa rareté, l'âge et la multiparité de la patiente, il était surprenant que cette anomalie n'ait jamais été détectée au cours de ses multiples consultations prénatales.

Les complications vont des simples douleurs pelviennes, d'aménorrhées primaires, d'hématométrie, d'endométrioses, de rupture de grossesses ectopiques sur corne ou utérus rudimentaires, hématosalpinx, avortements précoces ou tardifs, prématurité, présentations fœtales anormales, dystocies dynamiques, anomalies funiculaires, rupture de corne rudimentaire et à de l'infertilité primaire [2,5,9]. Notre patiente avait des douleurs pelviennes et une hématométrie unilatérale.

Traitement et pronostic : la prise en charge dépend de la présence ou non d'une obstruction. L'ablation chirurgicale du septum vaginal est préférable pour lever l'obstruction. Ceci permet de vider le sang contenu dans la cavité utérine [9,10]. Dans notre cas, nous avons réalisé une hémihystérectomie, car la corne obstruée était borgne (Figure 2).

4 Conclusion

Le diagnostic peut être difficile car l'échographie est trompeuse comme dans notre cas. L'intérêt de ce cas est d'amener les cliniciens à bien prendre l'anamnèse des patientes étant donné la multitude des diagnostics différentiels. Lorsqu'on a une image kystique para utérine avec une paroi épaisse à l'échographie, l'un des diagnostics différentiels peut être une corne utérine obstruée avec hématométrie. Les cliniciens devraient être un peu plus vigilants.

Bibliographie

- [1] B. L. Junqueira, L. M. Allen, R. F. Spitzer, K. L. Lucco, P. S. Babyn, and A. S. Doria, *Müllerian duct anomalies and mimics in children and adolescents: correlative intraoperative assessment with clinical imaging*, *Radiographics*, 29 (2009), 1085–1103.
- [2] P. Kamina, *Anatomie Gynécologique et Obstétricale*, Maloine, Paris, 4th ed., 1984.
- [3] L. Kouam, J. Kamdom-Moyo, A. S. Doh, and P. Ngassa, *[Treatment of ectopic pregnancies by laparotomy in under-equipped countries. A series of 144 cases at the Yaounde University Hospital Center (Cameroon)]*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 25 (1996), 804–808.
- [4] G. G. Nahum, *Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes?*, *J Reprod Med*, 43 (1998), 877–887.
- [5] F. Raga, C. Bauset, J. Remohi, F. Bonilla-Musoles, C. Simón, and A. Pellicer, *Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies*, *Hum Reprod*, 12 (1997), 2277–2281.
- [6] W. Stangl, R. C. Frank, W. Frank, and S. Nelli, *Sonographic findings in a case of uterine and vaginal duplication (didelphys) with unilateral hematocolpometrasalpinx*, *J Clin Ultrasound*, 11 (1983), 40–41.
- [7] H. Takagi, K. Matsunami, K. Noda, T. Furui, and A. Imai, *Magnetic resonance imaging in the evaluating of double uterus and associated urinary tract anomalies: a report of five cases*, *J Obstet Gynaecol*, 23 (2003), 525–527.
- [8] S. Taylor, *Diagnostic de malformation, d'hypoplasie, d'utérus « des like »*. *Apport de l'écho 3 D, confrontation avec l'hystérogographie et l'hystérocopie*, in Deuxièmes Journées Parisiennes d'Echographie Gynéco-Obstétricale: de l'Image Échographique à la Thérapeutique: Gynécologie-Sénologie, CNIT La Défense, 21–22 Juin 1996.
- [9] X. O. Werder, *A case of didelphic uterus with lateral hematocolpos, hematometra and hematosalpinx, with some remarks on the treatment of these conditions*, *JAMA*, 23 (1894), 234–236.
- [10] I. Zapardiel, P. Alvarez, T. Perez-Medina, and J. M. Bajo-Arenas, *Laparoscopic management of a cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus: a case report*, *J Med Case Reports*, 19 (2010), 215.