

## Medical Science

## KEYWORDS:

**GROSSESSE SUR UTÉRUS CLOISONNÉ  
TRIPLEMENT CICATRICIEL MENÉE À TERME: À  
PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA  
LITTÉRATURE**



Volume - 7, Issue - 10, October- 2022

ISSN (O): 2618-0774 | ISSN (P): 2618-0766

<b>A.Hassine</b>	Hôpital de maternité et de santé reproductive les orangers, CHU Ibn-Sina Université MohamedV- Souissi-Rabat
<b>M.Aitoufikir</b>	Hôpital de maternité et de santé reproductive les orangers, CHU Ibn-Sina Université MohamedV- Souissi-Rabat
<b>M.Limam*</b>	Hôpital de maternité et de santé reproductive les orangers, CHU Ibn-Sina Université MohamedV- Souissi-Rabat*Corresponding Author
<b>R.Bezad</b>	Hôpital de maternité et de santé reproductive les orangers, CHU Ibn-Sina Université MohamedV- Souissi-Rabat
<b>MH.Alami</b>	Hôpital de maternité et de santé reproductive les orangers, CHU Ibn-Sina Université MohamedV- Souissi-Rabat
<b>A.Filali</b>	Hôpital de maternité et de santé reproductive les orangers, CHU Ibn-Sina Université MohamedV- Souissi-Rabat
<b>Z.Tazi</b>	Hôpital de maternité et de santé reproductive les orangers, CHU Ibn-Sina Université MohamedV- Souissi-Rabat

INTERNATIONAL JOURNAL  
OF PURE MEDICAL RESEARCH

**Abstract**

The septate uterus is the most common uterine malformation, accounting for 30 to 50% of cases, followed by uterine malformations of the bicornuate uterus and unicorn uterus type. We report a case of total septate uterus on a triple scarred uterus objectified during the follow-up of the pregnancy, and confirmed during the exploration during a cesarean performed for the same reason. The interest of this case is to show the obstetrical prognosis in fertile women carrying this uterine malformation.

**INTRODUCTION:**

Les malformations utérines sont relativement fréquentes puisqu'elles concernent 3 à 4% de la population féminine [1]. La prévalence exacte puisque beaucoup de ces malformations sont asymptomatiques et que les techniques d'imagerie telles que l'échographie 3D, l'hystérosonographie 3D et l'IRM ne sont disponibles que depuis quelques années [2]. Les malformations utérines semblent être diagnostiquées plus fréquemment dans certains groupes de patientes, par exemple lors d'un suivi pour infertilité ou pour fausses couches à répétition. Parmi elles, nous retrouvons les malformations utérines en particulier 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, suspecté lors d'un examen d'imagerie et confirmé à l'exploration utérine lors d'une césarienne.

**OBSERVATION:**

Patiente âgée de 40 ans, ayant une notion de consanguinité du 1er degré, et un utérus cloisonné selon l'échographie il y a 10 ans, mais la prise en charge n'a pas été faite, G8P1: G1,2,3,4 sont des avortements précoces dont un cureté, G5et 6 accouchements prématurés à 7 mois par voie haute, les nouveaux sont décédés à j5 et j6 de vie, G7: MFIU à 7 mois accouché par voie haute, G8: accouchement mené à terme sur un utérus triplement cicatriciel. La patiente n'a pas jamais bénéficié d'une consultation préconceptionnelle.

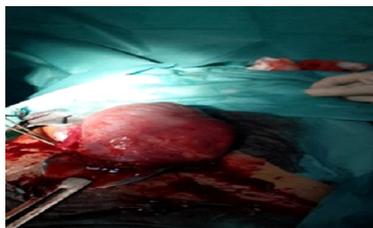
Le déroulement de la grossesse est passé par des leucorrhées pathologiques non traité au 3 eme trimestre, avec une grossesse non suivie, admise au terme de 38 SA avec un constat cervical 1 doigt, poche des eaux intacte.

L'examen general est sans particularités, avec cicatrice fibreuse de mauvaise qualité, l'échographie du bien être foetal est satisfaisante.

Après mise en condition, douche, nous avons réalisé la césarienne qui a permis l'extraction d'un Nné de sexe féminin, apgar à 10, poids de naissance 2700g, A l'exploration per-opératoire après extraction à objectivé un utérus asymétrique avec 2 héli-matrices celle contenant la grossesse plus volumineuse que l'autre, deux orifices cervicaux, et deux héli-vagins séparés par un septum épais. A l'exploration il s'agit en réalité d'un utérus cloisonné total (Figure 1, Figure 2).



**Figure 1: Cloison séparant le col utérin**



**Figure 2: Le fond utérin sans aucune anomalie**

**DISCUSSION:**

La prévalence des anomalies utérines congénitales dans la

population est estimée entre 1 et 4% selon les études [3]. Le diagnostic est posé le plus fréquemment chez les patientes suivies pour infertilité, pour fausses couches à répétition ou pour accouchements prématurés, dans notre cas la patiente était asymptomatique avec antécédent de la prématurité durant, le diagnostic a été posé à l'échographie, mais la prise en charge n'a pas été faite. Il reste important d'évoquer le diagnostic chez l'adolescente qui consulte pour une aménorrhée primaire, une dysménorrhée ou dyspareunie. L'organogenèse des voies génito-urinaires permet d'interpréter et de classer les malformations génitales. Le type des malformations est lié à la date de survenue de l'agent tératogène au cours de l'organogenèse: entre trois et six semaines, le canal de Müller n'existe pas encore. On observera une aplasie utérine, un utérus unicorne avec agénésie rénale unilatérale; à la sixième semaine, le canal de Müller se développe. Une anomalie apparaissant entre six et neuf semaines entraînera un utérus pseudo unicorne. Entre dix et treize semaines, les deux canaux de Müller se rapprochent de la ligne médiane. Les anomalies observées sont un défaut de fusion des deux canaux de Müller, à l'origine des utérus bicornes; après treize semaines, on observe un trouble de la résorption de la cloison à l'origine des utérus cloisonnés. La classification des malformations utérine La plus utilisée en France est la classification de Muset, établie en 1964 [4]. La classification internationale est celle de l'American Fertility Society (AFS) de 1988. Elle est la plus utilisée dans la littérature.

Aplasies utérines (AFS classes I et II) Aplasies bilatérales complètes: type 0: organes urinaires et génitaux absents; type 1: deux ovaires isolés absence d'appareil génito-urinaire; type 2: type 1 avec en plus 2 ébauches de trompes; type 3: est constitué par les annexes; aplasies bilatérales incomplètes: syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser (classe Ic); aplasies unilatérales complètes: unicorne vrai (classe Iid); aplasies unilatérales incomplètes: pseudo unicorne (classes lib et lic).

Hémi-utérus ou hémimatrices (AFS classes III et IV) : Bicorne bicervical avec rétention menstruelle unilatérale; bicorne bicervical perméable; bicorne unicervical.

Utérus cloisonné (AFS classes V et VI) : Cloisonné total; cloisonné subtotal; cloisonné corporel; cloisonné fundique; cloisonné cervical  
Utérus communicants (AFS classe II) :Cloisonné total communicant; communicant bicorne bicervical avec rétention menstruelle unilatérale; cloisonné communicant corporel et bicervical.

En dehors de la grossesse, la malformation utérine peut être découverte dans le cadre d'un bilan d'aménorrhée primaire; de dysménorrhée primaire invalidante; de stérilité d'infécondité; d'accouchements prématurés à répétition, de dyspareunie. L'anomalie découverte au cours de l'examen clinique peut être: une absence de vagin; un bombement de la paroi latérale du vagin; une cloison vaginale; une bifidité cervicale ou même l'absence de col [5]. Pendant la grossesse, on peut être amené à diagnostiquer une malformation: lors d'une interruption prématurée de la grossesse; devant une présentation dystocique à répétition; lors d'un accident de la délivrance (hémorragie ou rétention). Dans le bilan d'une malformation génitale Les différentes techniques utilisées sont l'échographie en 2D ou 3D, l'hystérosonographie, l'hystérosalpingographie, l'IRM, l'hystéroscopie et la laparoscopie [6]. Ces différentes techniques peuvent être combinées entre elles. L'échographie 3D et l'IRM sont actuellement les techniques montrant les meilleurs résultats en termes de sensibilité et spécificité [7].

L'indication d'une cure chirurgicale par voie endoscopique des cloisons utérines a obtenu actuellement un consensus général. Il s'agit en effet d'une intervention simple dont la morbidité n'est pas importante qui entraîne une hospitalisation réduite et dont les résultats sont comparables à ceux de l'hystéroplastie par voie abdominale.

Les malformations utérines congénitales sont relativement fréquentes et souvent asymptomatiques. Leur incidence exacte reste difficile à évaluer. Peuvent se manifester sous la forme de troubles gynécologiques ou avoir un impact sur la reproduction. Chaque clinicien doit rechercher une malformation utérovaginale en présence d'une aménorrhée primaire, de douleurs abdominales, de fausses couches à répétition et dans certaines issues obstétricales défavorables Il convient de rappeler que lors du diagnostic de malformation utérine, une imagerie des voies urinaires devrait être effectuée en raison des anomalies associées fréquentes.

#### REFERENCES:

1. Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. *Hum Reprod Update.* 2008;14(5):415–29.
2. Raga F, Bauset C, Remohi J, et al. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod.* 1997;12(10):2277–81.
3. Nahum GG. Uterine anomalies: How common are they, and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med.* 1998;43(10):877–87
4. Poncet C, Aissaoui F. Malformations utérines et reproduction. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007
5. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions. Distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 2000.
6. Deutch TD, Abuhamad AZ. The role of 3-dimensional ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of mullerian duct anomalies: a review of the literature. *J Ultrasound Med.* 2008;27(3):413–23
7. Deutch TD, Abuhamad AZ. The role of 3-dimensional ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of mullerian duct anomalies: a review of the literature. *J Ultrasound Med.* 2008;27(3):413–23