



### Cas clinique

#### La césarienne sur un utérus cloisonné doublement cicatriciel dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali à propos d'un cas

Cesarean section on a doubly scarred septic uterus in the gynecology department of the Hôpital du Mali regarding a case

MB Coulibaly<sup>\*1</sup>, A Traore<sup>1</sup>, MA Camara<sup>3</sup>, DS Sow<sup>4</sup>, A Togo<sup>1</sup>, A Sangare<sup>1</sup>, I Ongoiba<sup>1</sup>, K Timbine<sup>2</sup>, A Sidibe<sup>2</sup>, A Guindo<sup>1</sup>, I Teguede<sup>4</sup>, Y Traore<sup>4</sup>, M Toure<sup>1</sup>

#### Résumé

L'utérus cloisonné est la malformation utérine la plus fréquente, et se définit, comme le cloisonnement de l'utérus en deux compartiments. La conception d'une grossesse, surtout son évolution à terme sur cette anomalie utérine est rare.

Nous rapportons le cas d'une deuxième itérative de césarienne sur un utérus cloisonné chez une 4<sup>ème</sup> geste, 3<sup>ème</sup> pare, 3 enfants vivants, un avortement à 08 semaines d'aménorrhées. Il s'agissait d'une gestante de 34 ans qui avait bénéficié au paravent, de deux (02) hystérogaphies, des échographies pelviennes pour la recherche étiologique de l'avortement. Ces dernières avaient mis en évidence un utérus cloisonné.

Pour la grossesse actuelle, elle avait fait 07 consultations prénatales, une menace d'accouchement prématuré à 32 semaines d'aménorrhées, qui avait motivé son hospitalisation. Une 3<sup>ème</sup> césarienne fut programmée et pratiquée à 37 semaines d'aménorrhées. Elle ramenait un nouveau-né de sexe féminin, de 2850 grammes bien portant extrait dans le cloisonnement droit de l'utérus. Les mensurations étaient de 48 cm de

taille, 33cm pour le périmètre crânien (PC) et 34 cm pour un périmètre thoracique (PT). Les suites opératoires ont été simples. L'exéat a été fait après 05 jours d'hospitalisation.

Mots clés : césarienne, utérus cloisonné, hôpital du Mali.

#### Abstract

The septate uterus is the most common uterine malformation, and is defined as the partitioned crossing of the uterus into two compartments. The conception of a pregnancy, especially its long-term evolution on this uterine anomaly is rare.

We report the case of a second iterative cesarean section on a septated uterus in a 4<sup>th</sup> gesture, 3<sup>rd</sup> par, 3 live children, and an abortion at 08 weeks of gestation. She was a 34-year-old pregnant woman who had benefited from two (02) hystero-graphy, pelvic ultrasound scans for the etiological research on abortion. The latter had revealed a septate uterus. For the current pregnancy, she had made 07 prenatal consultations, a threat of preterm delivery at 32 weeks of gestation which had motivated her hospitalization.

A third cesarean was scheduled and performed at 37 weeks of gestation. She was bringing a 2850-gram healthy newborn baby extracted from the right septum of the uterus. The measurements were 48 cm in size, 33 cm for the cranial perimeter (PC) and 34 cm for a thoracic perimeter (PT). The aftermath was simple. She left the hospital after 05 days of hospitalization.

Keywords: cesarean section, septate uterus, hospital of Mali.

---

## Introduction

Les malformations utérines sont relativement fréquentes puisqu'elles concernent 3-4% des femmes [1]. Heureusement, beaucoup d'entre elles sont asymptomatiques. Il est pourtant important d'évoquer ce diagnostic chez toutes patientes présentant une anamnèse de fausses couches à répétition, de fausses couches tardives ou d'accouchement prématuré. Elle doit être recherchée chez les patientes qui consultent, pour une aménorrhée primaire, une dysménorrhée ou dyspareunie et celles suivies en médecine de la reproduction [2].

## Cas clinique

Il s'agissait de Mme N.D 34ans, infirmière, 4ème geste, 3ème pare avec 3 enfants vivants et un avortement spontané à 8 Semaines d'aménorrhée. Elle a été admise le 01 juillet 2019 pour césarienne prophylactique. C'était une grossesse unique ayant évolué jusqu'à 37 semaines d'aménorrhées sur un utérus cloisonné dont la date des dernières règles, remontait au 14/10/2018. Elle avait été suivie par un gynécologue avec sept consultations prénatales. Le bilan prénatal était sans particularité. Toutes les mesures prophylactiques ont été dispensées. Le diagnostic de la malformation avait été antérieurement fait par l'hystérogaphie

et l'échographie pelvienne suite à la recherche étiologique de la première grossesse interrompue à 8 semaines d'aménorrhée.

La patiente fut hospitalisée 32 semaines d'aménorrhées pendant 07 jours pour une menace d'accouchement prématuré le 26/05/2019 secondaire à une infection urinaire prise en charge avec des suites favorables. Un bilan pré opératoire et une consultation pré anesthésique avaient été faits. Le bilan biologique préopératoire (numération formule sanguine, la glycémie, la créatinémie, le groupage rhésus, le test de coagulations et la sérologie VIH) était normal.

La consultation pré-anesthésique avait été faite une semaine avant, et décidait une rachis-anesthésie. L'examen à l'admission pour la césarienne retrouvait une patiente consciente sans plainte clinique ; avec un état général bon ; les conjonctives colorées, le poids à 73kg.

Les constantes prises affichaient : une Tension Artérielle a 12/08 cm/hg, une température 37.6°C et un pouls à 85pulsations par minute.

A l'examen physique :

Gynéco-obstétrique : les seins étaient de volume symétrique, d'aspect grvide, et sans masse palpable. L'utérus avait un grand axe longitudinal, mesurait à 34 cm avec une présentation céphalique, et le dos fœtal était à droite. Les Bruits du cœur fœtal ont été estimés à 144 battements/minute. L'examen de la vulve était sans particularité. Au toucher vaginal, le col était court ramolli et ouvert à 1 cm. Le bassin était cliniquement normal.

L'examen des autres appareils était sans particularité en particulier, le cœur et les poumons maternels.

Elle avait été hospitalisée la veille de son intervention et avait observé 12 heures jeune sur conseil des anesthésistes.

Au bloc opératoire, le 02 juillet 2019 : après une rachianesthésie, nous avons réalisé, un nettoyage vulvaire et la pose d'une sonde urinaire. Les étapes de badigeonnages et la pause des différents champs ont été de rigueur. Une céliotomie réalisée avait mis

en évidence un utérus cloisonné, et chaque cloison était déjà cicatricielle à cause des césariennes antérieures. Puis nous avons procédé à l'extraction d'un nouveau-né, de sexe féminin bien portant dans le cloisonnement droit de l'utérus. Ce nouveau-né avait un Apgar 9/10 à la première minute et 10/10 à la 5ème minute et pesait 2850g, les mensurations étaient de, 48 cm la longueur du nouveau-né, pour le périmètre crânien (PC) 33cm, un périmètre thoracique (PT) à 34cm. La cloison droite a été doublement cicatricielle en post opératoire. La ligature des trompes n'avait pas été faite, pour faute du consentement de la patiente.

Les suites opératoires ont été simples avec une sortie au cinquième jour du post opératoire.

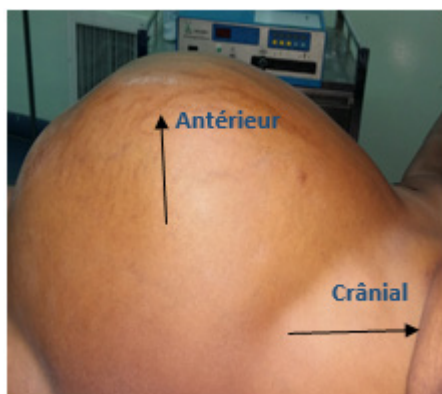


Figure 1: avant l'intervention

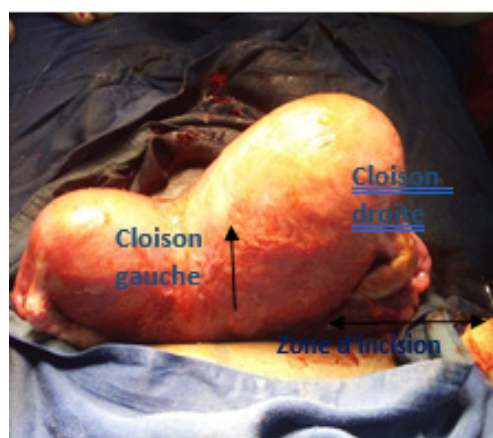


Figure 2 : per-césarienne

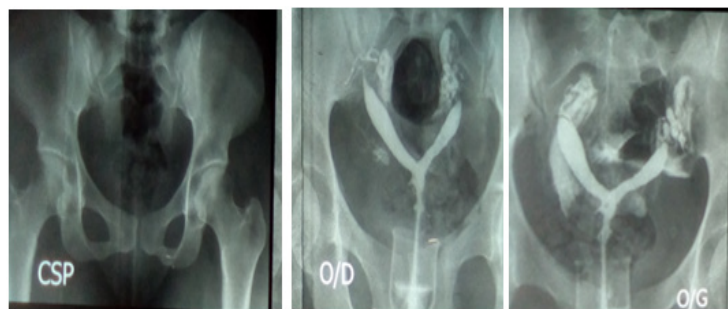


Figure 3 : images d'hystérosalpingographies mettant en évidence un utérus médian, cloisonné, uni-cervical avec une perméabilité tubaire bilatérale.

## Discussion

### Prévalence :

L'incidence des malformations utérines congénitales dans la population féminine était estimée à 3-4% [1]. Il est difficile de déterminer la prévalence exacte puisque beaucoup de ces malformations sont asymptomatiques et que les techniques d'imagerie telles que l'échographie, l'hystérosalpingographie, l'hystérosonographie et l'IRM ne sont disponibles [1].

Les malformations utérines semblent être diagnostiquées plus fréquemment lors d'un suivi pour infertilité ou pour des fausses couches à répétition [3]. L'utérus cloisonné est la malformation utérine la plus fréquente, comptant pour 30 à 50% des cas.

### Organogenèse :

Dès la 7ème 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 : la migration des canaux de Müller vers le sinus urogénital (6e à 9esemaine); l'accolement du tiers inférieur des canaux de Müller formant la cavité utérine et les deux tiers supérieurs du vagin (9e à 13esemaine); la résorption de la cloison inter-müllérienne (13e à 17e 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. Un élément relativement constant est l'association d'anomalies de l'appareil génital et du système urinaire car l'embryogenèse de ces deux systèmes étant intimement liée. [2].

#### *Diagnostic avant grossesse :*

Les différentes techniques d'exploration peuvent être combinées entre elles. L'hystérocopie, l'échographie, et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont actuellement les techniques montrant les meilleurs résultats en termes de sensibilité et spécificité à défaut l'hystérocopie [4, 5].

L'évaluation des malformations utérines doit être complétée par une imagerie rénale pour détecter d'éventuelles malformations de l'appareil urinaire. Ces malformations sont fréquemment associées à celles utérines.

L'échographie doit être réalisée en première intention, car elle permet une exploration précise endo- et exo-utérine. Elle, orientée notamment dans le cadre d'un bilan d'infertilité, elle doit permettre de définir l'existence ou non d'une cloison. Dans ce cas, l'hystérocopie doit être préférée à l'hystérocopie. L'évaluation de la cloison utérine (hauteur, épaisseur, vascularisation) et des lésions associées est en effet plus pertinente en vision directe qu'au travers d'un écran radiographique. La cœlioscopie doit être exceptionnellement pratiquée et réservée aux seules observations où le diagnostic reste hésitant entre utérus cloisonné et utérus bicorne.

Lorsque le diagnostic de malformation utérine est posé en début de grossesse, le traitement est préventif (repos, maturation pulmonaire,

surveillance échographique de la croissance fœtale et de la compétence cervicale) [6].

Dans notre travail, le diagnostic avait été fait après un avortement, par deux hystérosalpingographies réalisées dans deux centres distincts. C'est au décours de cet examen que les échographies ont été faites avant et pendant la grossesse.

#### *Grossesse et malformation utérine :*

L'incidence des anomalies utérines congénitales dans une population fertile est de 3,2%, [2 ,7]. Le problème chez ces patientes n'est pas celui de concevoir, mais de mener à terme la grossesse à cause des avortements à répétition, des naissances prématurées, des présentations dystociques. Dans notre travail, la gestante comptait un ATCD d'avortement à 8 semaines de grossesse, et avait été hospitalisée pendant une semaine pour une menace d'accouchement prématuré (MAP) à 32-33 semaines d'aménorrhées. Ses éléments étaient secondaires à une infection urinaire confirmée à l'examen cytobactériologique de l'urine (ECBU).

#### *Accouchement sur un utérus cloisonné :*

L'accouchement à terme sur utérus cloisonné est rare, le plus souvent il s'agit d'avortement à répétition ou d'accouchement prématuré. Dans notre cas la grossesse avait évolué à terme, et une césarienne prophylactique avait été décidée car l'utérus était déjà doublement cicatriciel. Pour les deux césariennes antérieures les fœtus étaient dans la cloison gauche. Au cours de la troisième césarienne à la céliotomie nous avons remarqué que c'est la cloison droite qui contenait cette fois-ci le fœtus. Nous avons conclu que les deux cloisons ont une équivalence dimensionnelle et obstétricale. Les suites opératoires ont été simples après 5 jours d'hospitalisations.

### **Conclusion**

Les malformations utérines compatibles avec l'évolution d'une grossesse à terme sont rares

notamment l'utérus cloisonné. L'utérus cloisonné est associé à un taux élevé d'avortement à répétition, d'accouchement prématuré et de dystocies. L'imagerie reste un atout dans la recherche de ces malformations.

### Approbation des auteurs

Tous les auteurs approuvent la soumission de cet article.

### Consentement :

Pour ce travail nous avons reçu l'assentiment de la patiente, du chef de service et du Directeur Général de l'hôpital du Mali.

---

### \*Correspondance :

Dr COULIBALY Mamadou Bakary  
[mbccolby1@yahoo.com](mailto:mbccolby1@yahoo.com)

**Disponible sur le site :** 04 Mars 2020

1 Service de gynécologie l'hôpital du Mali

2 Service d'anesthésie et de réanimation de l'hôpital du Mali

4 Service d'Imagerie de l'hôpital du Mali

3 Service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali

5 Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Gabriel TOURE

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflict d'intérêt:** aucun

### Références

[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] Troiano RN, McCarthy SM. Mullerian duct anomalies: imaging and clinical issues. *Radiology*. 2004; 233(1):19–34.

[4] Salim R, Woelfer B, Backos M, Regan L, Jurkovic D. Reproductibility of three-dimensional ultrasound diagnosis of congenital uterine anomalies. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003; 21(6):57882.

[5] 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(6):1099–.

[6] 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(3):553

[7] Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. *Hum Reprod*. 1993; 8(1):122–6.

### To cite this article

MB Coulibaly, A Traore, MA Camara, DS Sow, A Togo, A Sangare et al. La césarienne sur un utérus cloisonné doublement cicatriciel dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 348-352