



Cas clinique

Grossesse non surveillée sur utérus didelphe : présentation d'un cas

Unsupervised pregnancy in a didelphic uterus: case report

A Amadou Issa*¹, O Maina², N Hama Aghali³, B Moussa⁴, Y Ganda⁴, M Rouga⁵,
S Oumarou Garba⁶, M Nayama⁷,

Résumé

Il est une situation encore plus rare, voire exceptionnelle, qu'une grossesse dans un utérus didelphe : la présence d'une grossesse dans chaque cavité utérine et tout se passe comme s'il s'agissait de deux grossesses séparées, chaque utérus gérant son contenu indépendamment de l'autre. Nous présentons un cas d'une forme rare de « superfétation » dans un utérus didelphe. Le but de ce travail est de rapporter ce cas rare et de rappeler la difficulté de prise en charge des patientes dans les pays à ressources limitées. Il s'agit d'une patiente de 35 ans, 7^{ème} geste, 6^{ème} pare avec 3 enfants vivants admise dans notre service pour une anémie sévère et une masse abdomino-pelvienne évoluant depuis 4 ans. L'échographie avait mis en évidence une grossesse non évolutive de 32 SA et un autre utérus rétroversé et vide. La laparotomie a permis de découvrir un utérus didelphe dont un non gravide, le 2^{ème} contenant un fœtus mort relié au 1^{er} utérus par une section rétrécie. Nous avons réalisé une hémihystérectomie emportant son annexe. Les suites opératoires furent simples. Il est important de penser aux malformations utérines

devant certaines manifestations cliniques associées à la grossesse même si l'insuffisance du plateau technique est une caractéristique des pays sous-équipés.

Mots-clés : Utérus didelphe - grossesse - utérus bicorne-cas clinique.

Abstract

There is an even rarer or even exceptional situation than a pregnancy in a didelphic uterus: the presence of a pregnancy in each uterine cavity and everything happening as if they were two separate pregnancies, each uterus managing its contents independently of the other. We present a case of a rare form of "superfetation" in a didelphous uterus. The aim of this study was to report this rare case and to recall the difficulty of caring for patients in countries with limited resources. This is a 35-year-old patient, seventh pregnancy, sixth parity with 3 living children, admitted in our department for severe anemia and an abdominopelvic mass that had been developing for 4 years. Ultrasound revealed a non-progressive pregnancy at 32 weeks and another retroverted and

empty uterus. Laparotomy revealed a didelphic uterus, one of which was non-gravid, the second containing a dead fetus connected to the first uterus by a narrowed section. We performed a hemihysterectomy by removing the appendix. The postoperative course was simple. It is important to consider uterine malformations despite certain clinical manifestations associated with pregnancy, even if the technical platform is a characteristic of under-equipped countries.

Keywords : Didelphic uterus - pregnancy - bicornuate uterus - clinical case.

Introduction

Une grossesse gémellaire chez une femme porteuse d'un utérus didelphique est un événement excessivement rare. On compte un cas sur environ un million de grossesses. La présence de jumeaux dans chacune des cavités d'un utérus double a été décrite pour la première fois en 1927 [1- 3]. In vraisemblable, la rétention pendant 4 ans d'un fœtus mort in utero dans un utérus didelphique, et la conception d'une nouvelle grossesse dans une des cavités utérines est exceptionnelle et très rarement rapportée dans la littérature.

L'accouchement d'un enfant vivant provenant de l'un des utérus, alors que le 2^{ème} utérus contenait et retenait le 2^e jumeau qui est non évolutif provenant d'une grossesse antérieure.

Nous rapportons ce cas exceptionnel de cette patiente avec un utérus didelphique et qui avait contracté une nouvelle grossesse pendant qu'elle portait encore un fœtus mort in utero dans l'autre hémio-utérus.

Cas clinique

Patiente âgée de 35 ans, 7^{ème} geste, 6^{ème} parité avec 3 enfants vivants, 3 accouchements prématurés mort-nés, qui a été référée au Centre Mère-Enfant de Maradi pour une anémie sévère et une masse abdomino-pelvienne évoluant depuis 4 ans. Tous ces

accouchements antérieurs se sont déroulés par voie basse. L'avant-dernier accouchement s'était déroulé dans un hôpital de 2^{ème} niveau ou une échographie abdomino-pelvienne effectuée juste après l'accouchement du premier bébé, a permis de poser le diagnostic de grossesse abdominale sans aucune action par rapport à la prise en charge. La patiente fut alors libérée après qu'un implant pour contraception lui avait été placé. Après ablation de son implant 3 ans après, elle avait contracté sa dernière grossesse qui a permis l'accouchement d'un nouveau-né de sexe féminin avec un poids de 2620 g dans une structure sanitaire de premier niveau. La détérioration de l'état général et la persistance de cette masse avaient poussé son mari à la conduire à l'hôpital de district d'où elle fut référée à notre structure. La patiente et son mari étaient très inquiets de cette grossesse abdominale annoncée depuis avant son dernier accouchement sans avoir bénéficié de prise en charge appropriée.

À l'admission l'examen physique avait trouvé un état général altéré, les conjonctives et muqueuses pâles, une fièvre à 38°, un pouls filant à 110 pulsations /mn ; l'abdomen était augmenté de volume avec la palpation d'une masse abdomino-pelvienne de 34 cm de grand axe (Figure 1), sensible. Le toucher vaginal avait trouvé un col court, latéro-dévié à droite, déhiscent, avec un comblement du cul-de-sac de Douglas. Le doigtier ramenait des leucorrhées fétides.

La démarche diagnostique a été facilitée par les récits de la femme et les résultats échographiques datant de 4 ans détenus par le mari de la patiente. Nous avons effectué une échographie pour corroborer les dires et les documents détenus par le mari. L'examen échographique abdomino-pelvienne de notre service, a montré une grossesse non évolutive de 32 SA en présentation de siège, image des os de la tête en chevauchement située au niveau l'épigastre, une image hypo échogène en faveur de liquide en zone sous hépatique et gastriques, l'utérus est visualisé, rétroversé, vide. Nous avons conclu à une grossesse abdominale non évolutive négligée. L'examen biologique a noté un groupe sanguin A avec un facteur rhésus positif ; le taux d'hémoglobine était à 6,9 g/dl

et une hyperleucocytose à 20000 globules blancs.

L'intervention thérapeutique avait consisté d'abord à un traitement médical d'urgence avec réanimation de la patiente, triple antibiothérapie (Ceftriaxone 2g /j, gentamycine 160mg /j Flagyl 500mgx 3/J). Après apyrexie, la patiente a été transfusée de 2 poches de sang total. Ensuite la patiente avait bénéficié d'une laparotomie pour grossesse abdominale non évolutive négligée.

La laparotomie médiane sus et sous ombilicale pratiquée le lendemain sous anesthésie générale, avait permis de découvrir un utérus didelphe dont un non gravide, le 2ème contenant le fœtus retenu (Figure 2) relié au 1er utérus par une section rétrécie. L'utérus gravide adhérent aux organes de voisinage, notamment les anses grêles a été soigneusement libéré. Une hémihystérectomie emportant son annexe homolatérale (Figure 3) avait été réalisée. Une toilette au sérum de la cavité abdominale a été réalisée avant la fermeture de la paroi sur un drain.

À la fin de la laparotomie, l'ouverture de la pièce opératoire avait permis de découvrir un fœtus latéralement fusionné avec la paroi utérine et une partie intacte dont la tête se reconnaît par les os du crâne complètement dénudés (Figure 4, Figure 5).

Une surveillance clinique et paraclinique avait été instaurée durant tout le long du séjour. La triple antibiothérapie (ceftriaxone, flagyl, gentamycine) a été poursuivie en post opératoire.

Les suites opératoires avaient été caractérisées par des épisodes de fièvres intermittentes avec un retard de cicatrisation de la plaie opératoire. Après un traitement adapté, la patiente fut libérée après 3 semaines de suivi.

Consentement éclairé : Avant son admission au bloc opératoire, la patiente avait bénéficié d'une explication sur la procédure de la chirurgie à pratiquer avec un document à l'appui afin d'obtenir son avis. Les risques liés à cette intervention ont été expliqués. Un consentement éclairé écrit, et signé a été obtenu de la patiente.



Figure 1 : Abdomen de la femme avant l'intervention chirurgicale. Image grossesse négligée, Niger, 2023.

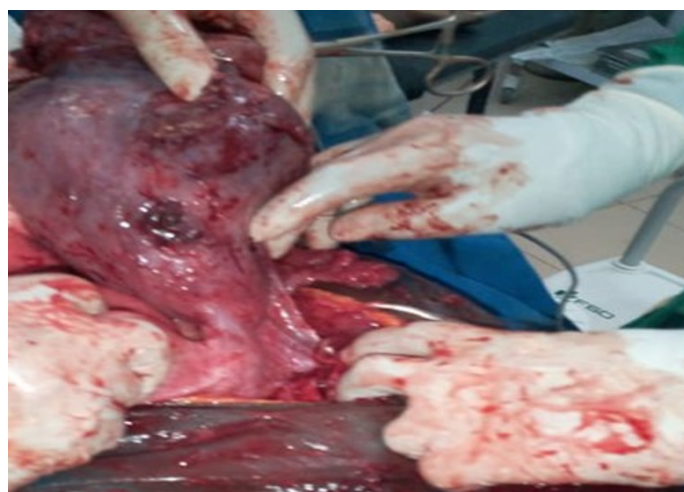


Figure 2 : Utérus didelphe dont un vide, l'autre contenant le fœtus. Image grossesse négligée, Niger, 2023.



Figure 3 : Utérus restant avec son annexe. Image grossesse négligée, Niger, 2023.

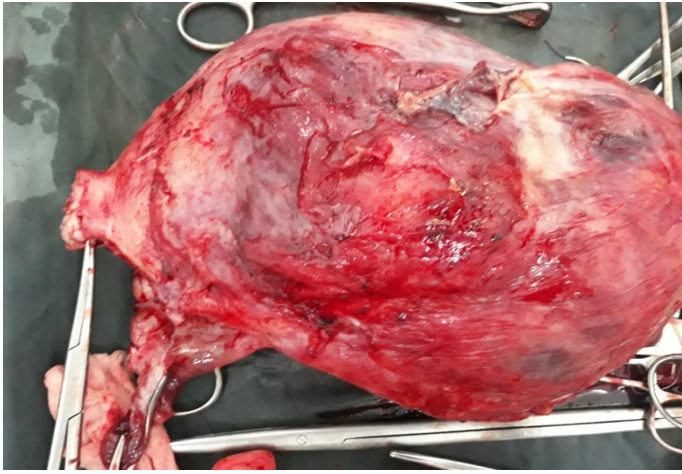


Figure 4 : Pièce opératoire contenant le fœtus.
Image grossesse négligée, Niger, 2023.



Figure 5 : Fœtus de la grossesse négligée après ouverture de la pièce opératoire. Image grossesse négligée, Niger, 2023.

Discussion

Bien que rarissimes, plusieurs cas de grossesses sur utérus didelphe ont été rapportés dans la littérature. Mais ce cas que nous rapportons est exceptionnellement rare du fait d'une nouvelle grossesse dans un des utérus alors l'autre utérus contenait une grossesse arrêtée depuis 4 ans. Aussi comment la patiente a pu supporter cet état pendant tout ce temps sans être prise en charge par les structures sanitaires appropriées. Le bas niveau socio-économique de la population et les dysfonctionnements de nos structures de santé ont sûrement joué un rôle déterminant dans la survenue de ce présent cas clinique. La fréquence et l'importance clinique des anomalies utérines congénitales dans la

population générale restent largement [4-6] inconnues. Aliya LD, citant plusieurs auteurs, a rapporté que la fréquence globale des malformations utérines varie selon les auteurs.[4].

Pour certains auteurs, l'incidence des malformations utérines congénitales dans la population féminine est estimée à 3-4% [7-9]. 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 3D, l'hystérosonographie 3D et l'IRM ne sont disponibles que depuis quelques années [7]. 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 [7,9]. Notre cas est rarissime, car il s'agit d'une grossesse survenue sur une grossesse arrêtée dans un utérus bicorne, et ayant abouti à un accouchement par voie basse d'un nouveau-né vivant ; la grossesse arrêtée étant toujours en place. Il s'agit d'une forme exceptionnelle de superfétation au décours d'une mort in utero dans utérus didelphe. Plusieurs femmes avec les anomalies utérines sont asymptomatiques et peuvent avoir des grossesses à terme sans complications [4]. Certaines anomalies utérines peuvent se révéler par des complications à type d'avortement ou accouchement prématuré à répétition. Du fait des accouchements non assistés ou des accouchements par des agents non qualifiés compte tenu de l'insuffisance des ressources dans les pays du sud, le diagnostic des anomalies anatomiques peut se faire tardivement ; c'est le cas de notre patiente qui a eu 7 grossesses précédemment dont 3 accouchements prématurés et un avortement. Un diagnostic de grossesse abdominale a été évoqué il y a 4 ans, mais aucune action n'a été entreprise, ce qui pose le problème de dysfonctionnement dans la chaîne de prise en charge au niveau de nos structures de santé. C'est une laparotomie réalisée pour une complication de l'accouchement qui a permis d'élucider de façon rétrospective la suspicion de grossesse abdominale évoquée à l'échographie il y a 4 ans auparavant. Ce retard de diagnostic et de prise en charge surtout dans

nos pays est dus aux graves dysfonctionnements dans nos services, mais aussi au faible niveau socioéconomique de la population, le faible taux de couverture sanitaire, l'insuffisance du plateau technique pour la prise en charge des pathologies en général et des cas rares comme les grossesses sur utérus didelphes ou bicornes en particulier. Yves Idi Isango et al, ont apporté un cas d'utérus bicorne bicervical perméable découvert fortuitement lors d'une césarienne indiquée urgemment pour une dystocie dynamique de type hyperkinétique rebelle au traitement chez une multipare âgée de 30 ans.[10]. L'utérus bicorne est asymptomatique et au cours d'une grossesse, cette malformation peut passer inaperçue si aucune surveillance prénatale n'a été faite.

La fertilité des femmes peut être influencée par ces anomalies utérines et le nombre de grossesses avec accouchement normal varie selon les cas. Pour notre cas, sur les 7 grossesses, 3 grossesses sont menées avec accouchement d'enfants soit une proportion 42,85% ;

Selon certaines données, une femme avec un utérus bicorne a une chance de 62,5% d'avoir une naissance vivante [9]. Aliyu LD et coll [4] ont apporté 82,3% d'enfant vivant pour leur cas rapporté en 2014 ; cela montre qu'une femme avec utérus bicorne peut avoir des grossesses avec succès, mais les conditions socio-économiques et sanitaires défavorables peuvent avoir une influence négative sur l'issue des grossesses. Cela explique le taux de grossesse compliquée, le retard de diagnostic et de prise en charge du cas que nous avons rapporté.

Conclusion

Il est important pour nous cliniciens de penser aux malformations utérines devant certaines complications de la grossesse (menace d'avortement ou d'accouchement prématuré). Un accent particulier doit être mis sur la formation d'agents qualifiés à tous les niveaux afin de garantir une prise en charge adéquate des complications obstétricales.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Abdou AMADOU ISSA

abdou.amadouissa@uddm.edu.ne

Disponible en ligne : 30 Octobre 2024

- 1 : Faculté des Sciences de la Santé/Université Dan Dicko Dankoulodo/service Obstétrique CSME Maradi
- 2 : Faculté des Sciences de la Santé/Université ABDOU MOUMOUNI/ Service AMP/HGR/ Niamey
- 3 : Faculté des Sciences de la Santé/Université Dan Dicko Dankoulodo/Hôpital de Référence de Maradi
- 4 : Service gynécologie obstétrique / CSME de MARADI
- 5 : Service Chirurgie / Centre Hospitalier régional de Maradi
- 6 : Faculté des Sciences de la Santé/Université André Salifou de Zinder/CSME Zinder
- 7 : Faculté des Sciences de la Santé/Université ABDOU MOUMOUNI Service gynécologie obstétrique Maternité Issaka Gazoby Niamey

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Houda Nasser Al Yaqoubi, Nishat Fatema. Successful vaginal delivery of naturally conceived dicavitary twin in didelphys uterus: a rare reported case. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2017;2017:7279548. doi:10.1155/2017/7279548.

- [2] Yang M, Tseng J, Chen C, Li H. Delivery of double singleton pregnancies in a woman with a double uterus, double cervix, and complete septate vagina. *J Chin Med Assoc.* 2015;78(12):746-8. doi:10.1016/j.jcma.2015.06.020.
- [3] Ozyuncu O, Turgal M, Yazicioglu A, Ozek A. Spontaneous twin gestation in each horn of uterus didelphys complicated with unilateral preterm labor. *Case Rep Perinat Med.* 2014;3(1):53-6. doi:10.1515/crpm-2013-0061.
- [4] Aliyu LD, Abdullahi MK. Bicornuate uterus mimicking ectopic pregnancy - a case report. *J West Afr Coll Surg.* 2012;2(1).
- [5] Jurkovic D, Gruboeck K, Tailor A, Nicolaidis KH. Ultrasound screening for congenital uterine anomalies. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(11):1320-1.
- [6] Ashton D, Amin HK, Richrart RM, Neuwirth RS. The incidence of asymptomatic uterine anomalies in women undergoing transcervical tubal sterilization. *Obstet Gynecol.* 1988;72(1):28-30.
- [7] Rossier MC, Bays V, Vial Y, Ahtari C. Les malformations utérines: diagnostic, pronostic et prise en charge en 2008. *Rev Med Suisse.* 2008;4:2253-63.
- [8] Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med.* 1998;43:877-87.
- [9] Raga F, Bauset C, Remohi J, et al. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod.* 1997;12:2277-81.
- [10] Isango YI, Mukuku O, Ilunga PM, Kakisingi CN, Nsambi J, Kabamba C, et al. Utérus bicorne bicervical perméable: découverte fortuite lors d'une césarienne d'urgence chez une multipare lushoise. *Pan Afr Med J.* 2013;15:75. doi:10.11604/pamj.2013.15.75.2745.

Pour citer cet article :

A Amadou Issa, O Maina, N Hama Aghali, B Moussa, Y Ganda, M Rouga, S Oumarou Garba et al. Grossesse non surveillée sur utérus didelphe : présentation d'un cas. *Jaccr Africa 2024; 8(4): 83-88*

<https://doi.org/10.70065/24JA84.004L023010>