



Journal Homepage : - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI : 10.21474/IJAR01/10584
DOI URL : <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10584>



RESEARCH ARTICLE

GROSSESSE DANS UNE CORNE RUDIMENTAIRE : PIEGES DIAGNOSTIQUES ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE. (SERIE DE 8 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE)

RUDIMENTARY HORN PREGNANCY : DIAGNOSIS TRAPS AND MANAGEMENT. (8 CASES REPORT AND LITERATURE REVIEW)

Rahaoui Mohamed, Zizi Hamza, Mamouni Nisrine, Errarhay Sanae, Bouchikhi Chahrazed and Banani Abdelaziz

Service de Gynécologie Obstétrique 1, Hôpital Mère Enfant - CHU Hassan 2 Fès. MAROC.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 22 December 2019

Final Accepted: 25 January 2020

Published: February 2020

Key words:

Bicornuate Uterus, Rudimentary Uterine Horn, Uterine Rupture

Abstract

Bicornuate uterus with a rudimentary horn is a rare disability. Pregnancy can accidentally settle inside the rudimentary horn. This malformation is often revealed by a uterine rupture in the second trimester, or it can disguise itself in a misleading form making the diagnosis difficult. Bicornuate uterus should be diagnosed early, on the first trimester ultrasound, and if possible before pregnancy to prevent a dramatic development.

Copy Right, IJAR, 2020, All rights reserved.

Introduction:-

Les utérus unicornes résultent d'une défaillance de développement de l'un des deux canaux Müllériens. Ils sont fréquemment associés à une corne rudimentaire lorsqu'un des deux canaux ne se développe que partiellement (1). Cette corne peut être pleine ou au contraire le siège d'une cavité, et c'est dans ce dernier cas qu'elle peut communiquer avec l'utérus (1). La corne rudimentaire est connectée à l'utérus unicorne soit par une fine bande fibreuse, soit par un large attachement musculaire décrivant une large insertion utérine parfois épaisse. Les utérus unicornes avec corne rudimentaire sont responsables de plusieurs complications dont les plus graves sont les anomalies de la placentation et les grossesses ectopiques (2,3). L'incidence des grossesses sur corne rudimentaire est estimée à 1/100 000 à 1/140 000 (4). Embryologiquement, l'utérus bicorne avec corne rudimentaire correspond à un défaut de progression d'un des deux canaux de Müller entre la sixième et la neuvième semaine de gestation. Cette corne rudimentaire peut contenir ou non une cavité avec endomètre pouvant alors être le siège d'implantation d'une grossesse.

Objectifs:-

1. Rappporter l'expérience de notre service dans la prise en charge de ces grossesses pathologiques.
2. Rappporter des cas rares de grossesses sur corne rudimentaire présentant une rupture utérine occasionnant leurs diagnostics, ou non rompues rendant le diagnostic plus difficile.
3. Exposer les différents pièges diagnostiques, et les circonstances de découverte.
4. Insister sur l'importance d'une exploration échographique pelvienne complète au cours du premier trimestre.
5. Rappeler le secours rapporté par l'IRM pelvienne et la coelioscopie diagnostique dans les formes douteuses.
6. Discuter à partir de ces cas, la prise en charge adaptée, et l'évaluation du devenir obstétrical.
7. Insister sur la gravité de la forme rompue de ces grossesses sur le pronostic maternelle.

Corresponding Author:- Rahaoui Mohamed

Address:- Service de Gynécologie Obstétrique 1, Hôpital Mère Enfant - CHU Hassan 2 Fès. Maroc.

Il s'agit d'une étude rétrospective d'une série de 8 patientes colligées au sein du service de Gynécologie Obstétrique 1 du CHU Hassan 2 Fès – Maroc, durant une période de 5 ans (de Janvier 2012 au Décembre 2016) avec un recul moyen de 62 mois.

Observation 1:

Madame OF, âgée de 25 ans, sans antécédents pathologiques notables, G2P2 sans enfants (grossesse gémellaire menée à 7 mois avec accouchement prématuré de deux nouveau-nés décédés à H+4 de vie), avec une grossesse actuelle estimée à 5 mois, suivie au privé. Admise pour des métrorragies de faible abondance, associées à des douleurs abdomino-pelviennes diffuses. A l'examen clinique on trouve une patiente consciente, avec des conjonctives décolorées, TA=90/60 mmHg, apyrétique ; avec à l'examen obstétrical : une hauteur utérine augmentée avec un utérus à 2TDD en sus pubien avec une défense abdominale généralisée, auspéculeum: un col macroscopiquement normal avec un saignement minime provenant de l'endocol, autoucher vaginal: un col long, fermé et postérieur, avec une sensibilité latéro-utérine diffuse plus localisée à gauche, et autoucher rectal on objective un cri de Douglas. Le bilan biologique montre : une anémie hypochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine à 5.4g/dl, GB=12.600 éléments/mm³, PLQ=236.000 ; groupage AB+ ; urée=0.17, créatinémie=7.4 ; TP=80% ; et un taux de béta-HCG quantitatif à 80.816 UI/l. A l'échographie pelvienne : utérus de taille normale, vide, ligne de vacuité en place, présence d'un fœtus de 18 SA en intra-abdominal avec une activité cardiaque négative, et un épanchement de moyenne abondance. Une laparotomie en urgence a été réalisée : à l'exploration on note une corne rudimentaire gauche rompue, non communicante, expulsion du fœtus de 18SA et du placenta en intra-abdominal, avec un hémopéritoine estimé à 1.5l. Réalisation d'une résection de la corne rudimentaire avec salpingectomie homolatérale. Les suites post-opératoires ont été simples, et la patiente a été déclarée sortante à J+3. Le devenir obstétrical, avec un recul de 75 mois, a été marqué par l'autorisation d'accouchement par voie basse à 3 ans d'intervalle, par la considération d'absence de cicatrice utérine, avec un issu sans particularités. Un deuxième accouchement par voie basse à 5 ans d'intervalle a été sans particularités.

Observation 2:

Madame MM, âgée de 32 ans, sans antécédents pathologiques notables, G1P0 sans enfants, avec une grossesse actuelle estimée à 14 SA, suivie chez un gynécologue au privé, de déroulement normal. Admise pour des métrorragies de grande abondance sur une aménorrhée de 14SA en état de choc. A l'examen clinique on trouve une patiente somnolente, avec des conjonctives décolorées, TA=80/50 mmHg, et un pouls filant ; avec à l'examen obstétrical : auspéculeum un col macroscopiquement normal gravidique avec saignement noirâtre de moyenne abondance provenant de l'endocol, autoucher vaginal: un col long, fermé et postérieur, sensibilité latéro-utérine droite, et un utérus augmenté de taille, avec bombement du cul de sac vaginale postérieur, et autoucher rectal on objective un cri de Douglas. Le bilan biologique montre : une anémie hypochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine à 4.9/dl, GB=28.380 éléments/mm³, PLQ=262.000 ; groupage O+ ; urée=0.36, créatinémie=8 ; TP=77% ; et taux de béta-HCG quantitatif à 123.000 UI/l. A l'échographie pelvienne : utérus de taille normale, vide, ligne de vacuité en place, présence d'une masse latéro-utérine droite hétérogène de 80mm/60mm avec un fœtus de 14SA à activité cardiaque négative, non entourée de sac myométrial, et un épanchement intrapéritonéal de grande abondance. La culdocentèse a été réalisée revenant positive. Une laparotomie en urgence a été réalisée : à l'exploration on a découvert un utérus pseudo-unicorne avec rupture complète de la corne rudimentaire droite, et un fœtus et placenta flottant dans la cavité abdominale. A noter que l'hémi-utérus borne est non communicant avec l'utérus normal. Réalisation d'une hémi-hystérectomie avec salpingectomie droite [Figure1]. Les suites post-opératoires ont été simples, et la patiente a été déclarée sortante à J+4. Le devenir obstétrical, n'a pas pu être évalué vu que la patiente a été perdue de vue.

Observation 3:

Madame HH, âgée de 35 ans, porteuse d'un utérus triplement cicatriciel, opérée pour abcès tubo-ovarien du post partum il y a 3 ans, G4P3(3EV, 1FC) mère de 3 enfants vivants. Admise pour une douleur pelvienne latéralisée à gauche avec des métrorragies de faible abondance évoluant deux jours avant son admission sur une aménorrhée de 2 mois. A l'examen clinique on trouve une patiente somnolente, des conjonctives décolorées, TA=70/50 mmHg, et un pouls filant ; avec à l'examen gynécologique : auspéculeum un col macroscopiquement normal avec saignement de faible abondance provenant de l'endocol, au toucher vaginal on trouve un col long, fermé et postérieur, avec une sensibilité diffuse et une masse latéro-utérine droite, et au toucher rectal on objective un bombement du cul de sac de Douglas. Le bilan biologique montre : une anémie hypochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine à 7.2g/dl ; groupage O+ ; urée=0.3, créatinémie=8 ; TP=95% ; et un taux de béta-HCG quantitatif à 61.000 UI/l.

A l'échographie pelvienne : utérus de taille normale vide, ligne de vacuité en place, présence d'une masse hétérogène latéro-utérine droite de 60mm/50mm, avec un épanchement intrapéritonéal de moyenne à grande abondance. Une laparotomie en urgence a été réalisée, à l'exploration on met en évidence un utérus comportant une petite corne rudimentaire droite largement communicante éclatée, avec un fœtus de 8 SA et son trophoblaste enclavés dans le Douglas. Réalisation d'une résection du résidu de la corne avec élaboration de larges points séreux, salpingectomie droite, et libération du tissu trophoblastique dans le Douglas. Les suites post-opératoires été simples, et la patiente a été déclarée sortante à J+3. Le devenir obstétricale, avec un recul de 95 mois, a été marqué par un non désir de grossesse avec prise en cours d'une contraception orale.

Observation 4:

Madame EH, âgée de 39 ans, sans antécédents pathologiques notables, G5P4 (4EV AVB, 1FC). Admise pour une douleur pelvienne latéralisée à droite avec des métrorragies de faible abondance sur une aménorrhée de deux mois. La symptomatologie s'est déclaré une semaine avant son admission, où la patiente a bénéficié d'un curetage hémostatique au privé, mais devant la persistance de la symptomatologie, elle a consulté dans notre formation pour prise en charge. A l'examen clinique on trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique, des conjonctives normo-colorés, avec à l'examen gynécologique : au spéculum un col grvide macroscopiquement normal, sans saignement, au toucher vaginal : un col long, fermé et postérieur, sans masse ni sensibilité latéro-utérine. A l'examen abdominal on note une légère sensibilité abdomino-pelvienne à droite, sans défense. Le bilan biologique montre : un taux d'hémoglobine correct à 12,7g/dl, groupage A+, et un taux de béta-HCG quantitatif à 61.320 UI/l. A l'échographie pelvienne : utérus mesurant 88x42mm, siège d'une image d'hématométrie de 8mm, avec présence au niveau de la paroi latérale droite d'un sac gestationnel de 32mm avec un embryon de 8mm, activité cardiaque négative, entouré d'un sac myométrial correspondant à une corne rudimentaire. Pas d'épanchement intrapéritonéal. Une laparotomie a été réalisée : à l'exploration on découvre un utérus comportant une corne rudimentaire droite intacte communicante à travers un collet fin avec l'utérus, et un hémato-salpinx droit de 3 cm en continuité avec la corne. Réalisation d'une exérèse de la corne rudimentaire droite avec salpingectomie homolatérale. Les suites post-opératoires été simples, et la patiente a été déclarée sortante à J+3. Le devenir obstétricale, avec un recul de 73 mois, a été marqué par un non désir de grosse avec prise d'une contraception pendant 4 ans, avec une ménopause déclarée il y a un an.

Observation 5:

Madame IL, âgée de 33 ans, sans antécédents pathologiques notables, G3P2(2EV AVB, 1FC). Admise pour des algies pelviennes avec des métrorragies noirâtres de faible abondance évoluant depuis 10 jours sur une aménorrhée de trois mois. A l'examen clinique on trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique, des conjonctives normo-colorés ; avec à l'examen gynécologique : auspéculum un col macroscopiquement normal, sans saignement, au toucher vaginal : un col long, fermé et postérieur, sans masse ni sensibilité latéro-utérine, avec un utérus de taille augmentée à 2TDD en sus pubien. A l'examen abdominal on ne note pas de sensibilité ni défense abdomino-pelvienne. Le bilan biologique montre : un taux d'hémoglobine correct à 12g/dl, groupage AB+, et un taux de béta-HCG quantitatif à 646.66 UI/l. A l'échographie pelvienne : utérus avec présence de 2 matrices utérines la première de taille normale, ligne d'interface visualisée en totalité, endomètre épaissi. La deuxième contenant une grossesse mono-fœtale évolutive de 12 SA. Pas d'épanchement intrapéritonéal [Figure 2]. Une coelioscopie a été réalisée : à l'exploration on note un utérus bicorne avec une grossesse au dépend de la deuxième corne à gauche qui communique avec la trompe gauche [Figure 3]. Conversion en laparotomie : réalisation d'une ligature section du coleret communicant la corne rudimentaire et l'utérus, avec réalisation d'une annexectomie gauche [Figure 4]. Les suites post-opératoires été simples, et la patiente a été déclarée sortante à J+3. Le devenir obstétricale, avec un recul de 70 mois, a été marqué par l'autorisation d'accouchement par voie basse à 26 mois d'intervalle, par la considération d'absence de cicatrice utérine, avec un issu favorable.

Observation 6:

Madame HE, âgée de 21 ans, sans antécédents pathologiques notables, G1P0 sans enfants, admise pour douleur abdomino-pelvienne évoluant deux jours avant son admission, sans métrorragie sur une aménorrhée de six semaines. A l'examen clinique on trouve une patiente hypotendue à 100/60 mmHg, des conjonctives légèrement décolorées, apyrétique, avec à l'examen gynécologique : au spéculum un col macroscopiquement normal sans saignement, au toucher vaginal : un col long, fermé et postérieur, sans sensibilité ni masse latéro-utérine. A l'examen abdominal on ne note pas de sensibilité ni défense abdomino-pelvienne. Le bilan biologique montre : une anémie hypochrome microcytaire avec un taux d'hémoglobine à 9.6g/dl ; groupage A+ ; et un taux de béta-HCG quantitatif à 223.000 UI/l. A l'échographie pelvienne : cavité utérine avec ligne de vacuité en place, présence d'une grossesse mono-

fœtale évolutive de 12 SA accolée à l'utérus du côté droit, avec un épanchement de faible abondance [Figure 5]. L'IRM pelvienne réalisée : en faveur d'un utérus bicorne uni cervical avec héli-matrice gauche borgne rudimentaire contenant un fœtus de douze semaines [Figure 6]. Une coelioscopie a été réalisée : à l'exploration on note un utérus bicorne avec une grossesse au dépend de la deuxième corne à gauche richement vascularisée, et qui communique avec l'utérus par un fin coleret. Conversion en laparotomie : réalisation d'une ligature section du coleret communicant la corne rudimentaire gauche et l'utérus, excision de l'excès du péritoine en regard de la corne, et salpingectomie gauche concomitante. Les suites post-opératoires été simples, et la patiente a été déclarée sortante à J+3. Le devenir obstétricale, avec un recul de 39 mois, a été marqué par l'autorisation d'accouchement par voie basse à 11 mois d'intervalle, par la considération d'absence de cicatrice utérine, avec un issu favorable.

Observation 7:

Madame KS, âgée de 18 ans, sans antécédents pathologiques notables, G1P0 sans enfants. Référée dans notre formation pour une grossesse arrêtée de 21SA5J, marquée par la survenue de métrorragie à 17SA de faible abondance motivant sa consultation chez plusieurs médecins où le diagnostic d'une grossesse arrêtée a été posée, et bénéficiant de deux déclenchements par misoprostol sans succès. A l'examen clinique on trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique, des conjonctives normo-colorés, avec à l'examen obstétrical : au spéculum un col macroscopiquement normal, sans saignement, au toucher vaginal : un col long, fermé et postérieur, sans masse ni sensibilité latéro-utérine, avec un utérus de taille augmentée correspondant à 20 SA. A l'examen abdominal on ne note pas de sensibilité ni défense abdomino-pelvienne. L'échographie obstétricale (par voie sus pubienne) a objectivée initialement une grossesse arrêtée dont la biométrie est de 17SA. Pas d'épanchement intrapéritonéal. La patiente a bénéficié d'un nouveau déclenchement par misoprostol avec échec. Il a été décidé de réaliser une fenêtre thérapeutique vue que la patiente a présentée des manifestations allergiques cutanées au misoprostol. La patiente a été récupérée pour une nouvelle tentative de déclenchement une semaine après. Une échographie obstétricale (endovaginale et sus-pubienne) : utérus mesurant 88/45mm, ligne d'interface vue, endomètre fin, présence d'un sac gestationnel latéro-utérin gauche entouré d'une paroi myométriale contenant un embryon de 16SA+5J. Pas d'épanchement intrapéritonéal [Figure 7]. Le diagnostic d'une grossesse sur une corne rudimentaire gauche a été retenu. Une laparotomie a été réalisée : à l'exploration on découvre un utérus avec une corne rudimentaire gauche non communicante, non rompue contenant avec fœtus avec placenta. Réalisation d'une section du sac rudimentaire, excision de l'excès du péritoine en regard de la corne rompue, avec une salpingectomie gauche concomitantes. Le devenir obstétricale, avec un recul de 40 mois, a été marqué par l'autorisation d'accouchement par voie basse à 14 mois d'intervalle, par la considération d'absence de cicatrice utérine, avec un issu favorable.

Observation 8:

Madame OA, âgée de 20 ans, sans antécédents pathologiques notables, G1P0 sans enfants, admise pour douleur abdomino-pelvienne évoluant une semaine avant son admission, avec des métrorragies sur une aménorrhée de trois mois. A l'examen clinique on trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique, des conjonctives normo-colorés ; avec à l'examen obstétrical : auspéculum un col macroscopiquement normal, sans saignement, autoucher vaginal : un col long, fermé et postérieur, un utérus de taille normal, avec une masse latéro-utérine droite à 2TDD en sus pubien avec sillon de séparation avec l'utérus. A l'examen abdominal on ne note pas de sensibilité ni défense abdomino-pelvienne. Le bilan biologique montre : un taux d'hémoglobine correct à 11.5g/dl, groupage O+. A l'échographie pelvienne : utérus mesurant 75/74mm, ligne d'interface vue, endomètre fin, avec présence d'un sac gestationnel latéro et sus utérin droit entouré d'une paroi myométriale contenant un embryon de 14 SA à activité cardiaque négative. Pas d'épanchement intrapéritonéal [Figure 8]. Une coelioscopie a été réalisée : à l'exploration on note la présence d'une corne rudimentaire droite communicante, intacte, augmentée de taille et richement vascularisée [Figure 9]. Conversion en laparotomie : réalisation d'une ligature section du coleret communicant la corne rudimentaire droite et l'utérus, avec réalisation d'une salpingectomie droite homolatérale à la corne [Figure 10]. Les suites post-opératoires été simples, et la patiente a été déclarée sortante à J+3. Le devenir obstétricale de la patiente, avec un recul de 42 mois, a été marqué par une césarienne programmée à 39SA (après 2 ans d'intervalle), par considération de la cicatrice utérine comme étant corporeale. Un deuxième accouchement par voie haute a été programmé (à 4 ans d'intervalle) sans particularités.

Nota bene:

Chez toutes nos patientes, les résultats des examens anatomopathologiques été sans signes de malignité, confirmant la nature de grossesses arrêtées, avec des placentas et des cornes utérines réséquées sans signes de malignités.

Resultats:-

La moyenne d'âge de nos patientes est de 27.62 ans, avec des extrêmes entre 18 et 39 ans, avec quatre primipares, une paucipare et 3 multipares. Aucune de nos patientes n'a été connue porteuse d'une malformation utérine, et une seule patiente a été porteuse d'un utérus triplement cicatriciel avec un antécédent d'abcès tuboovarien en post-partum. Les motifs de présentation étaient variés et parfois trompeurs : deux patientes se sont présentées en état de choc, une seule patiente pour des métrorragies du post-abortum après tentative d'évacuation utérine, une seule patiente pour un échec de déclenchement par misoprostol d'une grossesse arrêtée, trois patientes pour des douleurs abdomino-pelviennes associées à des métrorragies, et une seule patiente pour des douleurs pelviennes isolées. La moyenne d'âge gestationnel dans notre série est de 12.75 SA. L'examen clinique été peu informatif dans 50% de nos patientes. Chez trois de nos patientes le diagnostic été élaboré en peropératoire sans suspicion préalable de corne rudimentaire. Le diagnostic a été suspecté chez une patiente et aidé et confirmé par la réalisation d'une IRM pelvienne avec confirmation lors de la coelioscopie diagnostic. Le diagnostic a été retenu chez deux patientes sur la base de critères échographiques claires (25%). Chez une seule patiente le diagnostic a pu être redressé par recours à la sonde endovaginale après échec répétitif de déclenchement par le misoprostol. Trois (3/8) de nos patientes ont bénéficiées d'une coelioscopie. Toutes nos patientes ont bénéficié de laparotomies, avec mise en évidence de 3 formes de grossesses rompues (3/8), et de cinq (5/8) cornes communicantes, avec quatre cornes rudimentaires à droite (4/8). Au cours du suivi, où le recul moyen est de 62 mois, on a pu garder le contact avec sept patientes (7/8), dont deux ont exprimées un non désir de grossesse et mise sous contraception, quatre ont eu des accouchements par voie basse (4/7) après autorisation de notre équipe, et une seule patiente (1/7) a accouchée ultérieurement par une césarienne programmée.

Discussion:-

La survenue d'une grossesse dans une corne utérine rudimentaire est une situation obstétricale rare dont l'incidence est estimée à 1/100 000 à 1/140 000 (4). L'incidence des utérus unicornes est estimée à un pour 1000 femmes et représente 10 % des malformations utérines (2).

Cette malformation utérine correspond à la classe U4a de la classification de ESHRE/ESGE (5). Elle résulte d'un arrêt précoce de développement de l'un des deux canaux de Müller (entre la sixième et la neuvième semaine du développement), le côté aplasique donnant naissance à une corne rudimentaire. Les anomalies associées de l'arbre urinaire sont fréquentes (38%) et sont dominées par les agénésies rénales unilatérales toujours homolatérales au côté de la corne borgne (2).

Dans la série d'Heinonen portant sur 42 cas, lacorne rudimentaire est préférentiellement située à droite (62%) (2), (versus 50% dans notre série). L'endomètre qui la tapisse est parfois fonctionnel, exposant alors au risque d'anomalie de la placentation (1,2). La survenue d'une grossesse dans cette corne rudimentaire résulterait de la migration intrapéritonéale des spermatozoïdes ou de l'ovocyte fécondé. Dans le cas où cette malformation est méconnue (100% dans notre série), la localisation de la grossesse est rendue difficile en anténatal. Ces grossesses évoluent très majoritairement (90 %) vers la rupture de la corne rudimentaire, le plus souvent au deuxième trimestre de la grossesse dans un tableau d'inondation péritonéale avec état de choc (6,7), contrairement à notre série (37.5% de formes rompues). Rarement, l'extensibilité de la corne rudimentaire permet d'approcher le terme et d'extraire un enfant vivant. Exceptionnellement, la rupture peut être asymptomatique (2% des cas environ) avec développement intra-abdominal de la grossesse (8). Dans les cas restant (10% environ) la corne rudimentaire reste intacte et la grossesse s'interrompt et c'est devant un échec d'aspiration ou de déclenchement que le diagnostic de la malformation est fait. La rupture de la corne rudimentaire s'accompagne d'une douleur abdominale intense d'apparition brutale associée ou non à la présence d'un hémopéritoine voire d'un choc maternel imposant une laparotomie en urgence (25% dans notre série). Cette situation est greffée d'une mortalité maternelle estimée à 0,5%

Il est important d'insister sur l'importance de l'échographie obstétricale du premier trimestre dont un des buts est de confirmer la situation intra-utérine de la grossesse et de vérifier l'absence de malformation utérine. La sensibilité de l'échographie pelvienne pour détecter la grossesse sur une corne rudimentaire est de 26% (25% dans notre série), et diminue avec l'évolution de la grossesse. Le diagnostic peut être confondu avec d'autres formes de grossesses extra-utérines. Le critère diagnostic clé pour confirmer le diagnostic est l'absence de continuité entre le tissu myométrial entourant la grossesse et le col (9). En cas de doute diagnostic en échographie, l'IRM pelvienne peut apporter la confirmation. Lors du premier trimestre, la grossesse sur corne rudimentaire peut être différenciée d'une grossesse tubaire ou abdominale par la présence de tissu myométrial entourant le sac gestationnel et la présence d'un placenta

bien individualisé. De plus, elle peut être suspectée par l'absence de continuité entre le col et la poche des eaux (échographie endovaginale) et également par la présence d'un utérus bicorne avec asymétrie entre les deux cornes (10).

Le diagnostic de cette malformation est parfois posé en dehors de la grossesse. L'IRM peut être d'un apport intéressant, couplée à une hystérocopie montrant une cavité utérine unique (un seul ostium tubaire). Dans ce cas le traitement préventif des complications repose sur l'hémi-hystérectomie, idéalement réalisée par coelioscopie (11).

Le traitement repose, après extraction fœtale sur la résection de la corne rudimentaire et de la trompe homolatérale, afin de prévenir le risque de grossesse tubaire.

Nahum a fait une revue de la littérature concernant 588 cas de grossesses sur corne rudimentaire publiés entre 1900 et 1999 (6). Il a retrouvé un taux de mortalité maternelle de 23 % en début de siècle passant à moins de 0,5 % actuellement. Le dernier cas de décès maternel remonte à 1960 ; 82 % étaient dues à la rupture utérine, dans 50 % des cas au second trimestre de la grossesse indépendamment du caractère communicant ou non de la corne rudimentaire. Actuellement, il trouve un taux de 13 % de naissances vivantes. Il a également été décrit des cas de grossesses gémeillaires dont une était dans la corne rudimentaire et l'autre dans la corne fonctionnelle, ce qui représenterait 5,3 % des grossesses d'après Nahum (6). Ces grossesses sont également à risque de placenta accreta et percreta, probablement du fait de la mauvaise qualité de l'endomètre et de sa faible décidualisation (12).

Notre revue de littérature des huit dernières années nous a permis de trouver 18 cas publiés, dont les caractéristiques sont les suivantes : l'âge gestationnel (minimal = 7 SA, maximal = 42SA), la plupart des cas (10/18) sont découvertes avant 20SA, 4 cas de grossesses ont été menées à terme dont une prolongée, 5 formes rompues présentées en état de choc, l'antécédent d'accouchement rend le diagnostic plus difficile (9).

Conclusion:-

La grossesse dans une corne utérine rudimentaire constitue une forme rare de grossesse ectopique, difficile à diagnostiquer précocement, et se révélant souvent dans un mode aigu secondairement à une rupture utérine, mettant alors en jeu le pronostic vital maternel. L'échographie endovaginale paraît être un bon outil diagnostique de ces grossesses surtout au premier trimestre. Ce diagnostic pourra être étayé par une imagerie par résonance magnétique, ou aidé par une coelioscopie diagnostic. Le traitement est chirurgical avec l'exérèse de la corne rudimentaire avec une salpingectomie homolatérale.

Conflits D' Interets:

Tous les auteurs déclarent ne pas avoir un conflit d'intérêts.

Liste Des Illustrations:

Figure 1 : aspect per-opératoire d'une corne rudimentaire droite rompue avec un fœtus de 14SA extériorisé dans la cavité abdominale.

Figure 2 : échographie pelvienne : cavité utérine vide avec présence en latéro-utérin d'un sac gestationnel embryonné entouré d'une couronne de tissu myométrial.

Figure 3 : aspect coelioscopique d'une corne rudimentaire gauche richement vascularisée.

Figure 4 : aspect per-opératoire d'une corne rudimentaire largement communicante avec l'utérus par un collet.

Figure 5 : échographie pelvienne : sac gestationnel entouré du tissu myométrial fin au niveau de la corne rudimentaire.

Figure 6 : IRM pelvienne (coupes axiale et sagittale) : utérus bicorne uni cervical avec hémi-matrice gauche borgne rudimentaire contenant un fœtus.

Figure 7 : échographie pelvienne : sac gestationnel latéro-utérin gauche avec un embryon de 17SA, entouré d'un myomètre fin.

Figure 8 : échographie pelvienne : aspect d'une grossesse sur une corne rudimentaire largement communicante avec l'utérus.

Figure 9 : aspect coelioscopique d'une corne rudimentaire droite richement vascularisée.

Figure 10 : aspect per-opératoire d'une corne rudimentaire droite contenant un fœtus de 14 SA.

Tableau : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre série de grossesses sur corne rudimentaire.

Illustrations:



Figure 1:- Aspect peropératoire d'une corne rudimentaire droite rompue avec un fœtus de 14SA extériorisé dans la cavité abdominale.

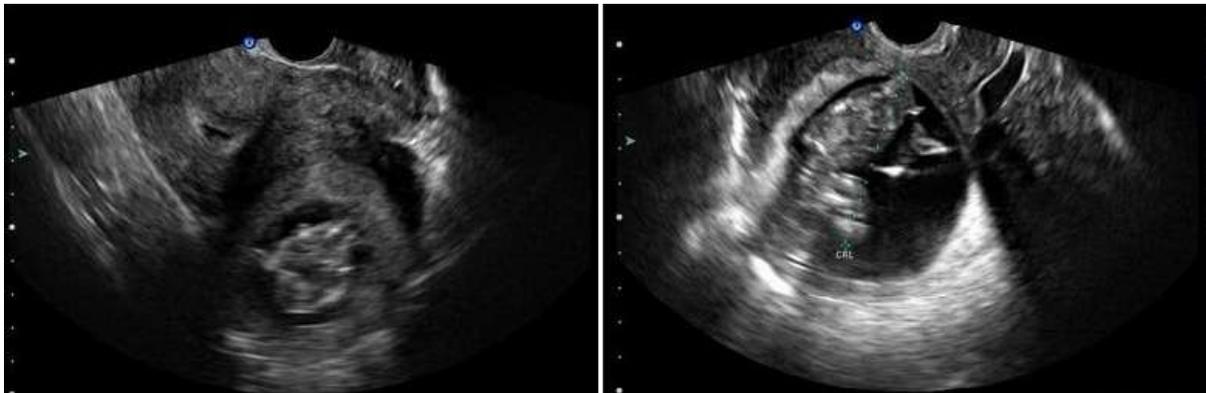


Figure 2:- Echographie pelvienne : cavité utérine vide avec présence en latéro-utérin d'un sac gestationnel embryonné entouré d'une couronne de tissu myométrial.



Figure 3:- Aspect coelioscopique d'une corne rudimentaire gauche richement vascularisée.

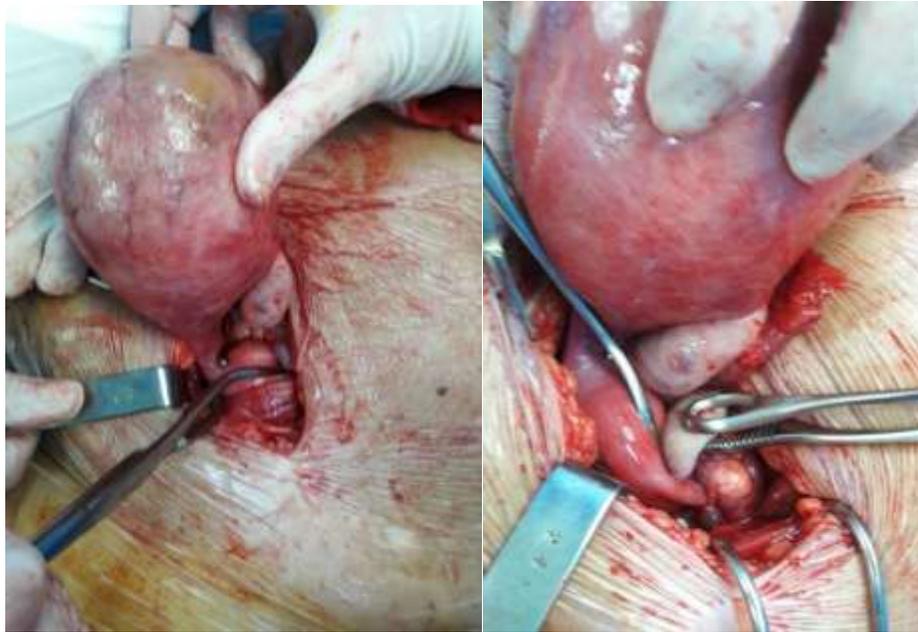


Figure 4:- Aspect peropératoire d'une corne rudimentaire largement communicante avec l'utérus par un collet.



Figure 5:- Echographie pelvienne : sac gestationnel entouré du tissu myométrial fin au niveau de la corne rudimentaire.

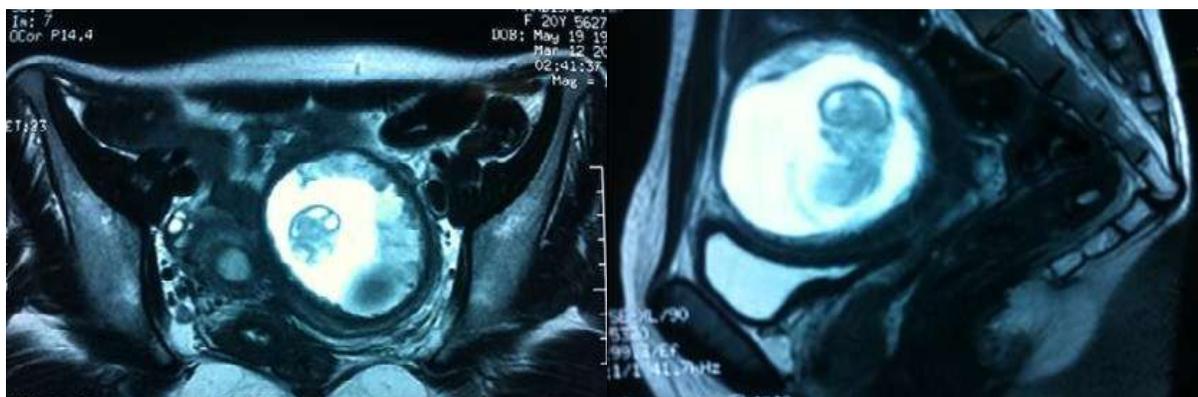


Figure 6:- IRM pelvienne (coupes axiale et sagittale) : utérus bicorne uni cervical avec hémi-matrice gauche borgne rudimentaire contenant un fœtus.



Figure 7:- Echographie pelvienne : sac gestationnel latéro-utérin gauche avec un embryon de 17SA, entouré d'un myomètre fin.

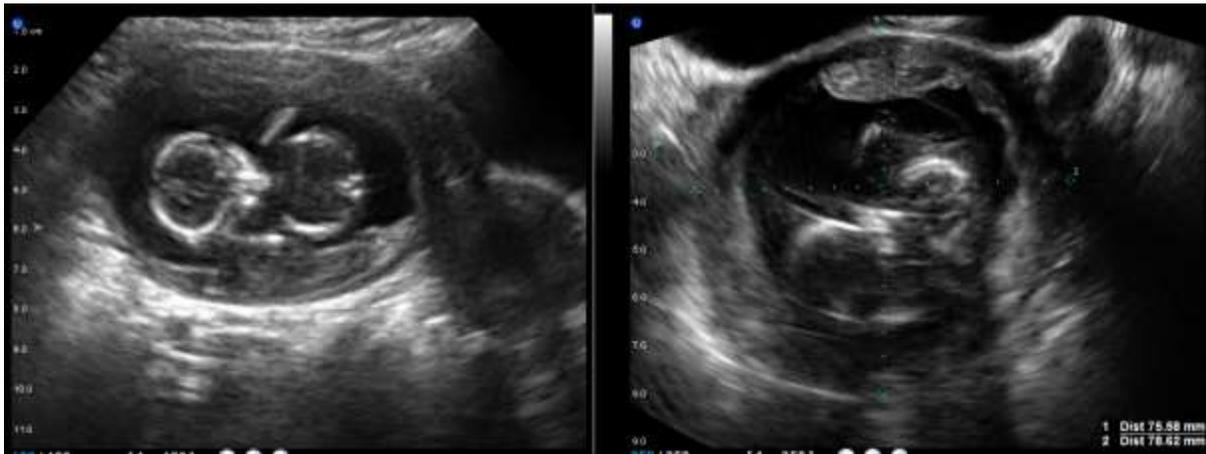


Figure 8:- Echographie pelvienne : aspect d'une grossesse sur une corne rudimentaire largement communicante avec l'utérus.



Figure 9:- Aspect coelioscopique d'une corne rudimentaire droite richement vascularisée.

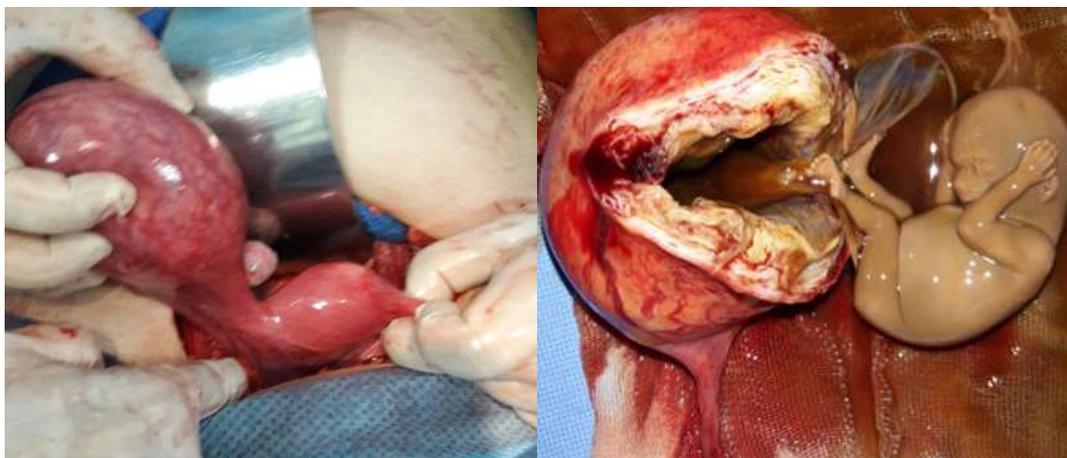


Figure 10:- Aspect peropératoire d'une corne rudimentaire droite contenant un fœtus de 14 SA.

Tableau:- Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre série de grossesses sur corne rudimentaire.

N° cas	Date admission	Age (ans)	Get P	SA	Motif admission	Examen clinique	Taux béta-hCG (UI/l)		
1	11.2013	25	G2P2	18	Douleur pelvienne, métrorragie	Sensibilité latéro-utérine gauche, cri de Douglas	80.816		
2	03.2012	32	G1P0	14	Etat de choc, métrorragie,	Sensibilité latéro-utérine droite, bombement du Douglas	123.000		
3	01.2014	35	G4P3	8	Etat de choc, métrorragie, douleur pelvienne	Masse latéro-utérine droite, bombement du Douglas, état de choc	61.000		
4	01.2014	39	G5P4	7	Métrorragie post-abortum	Pauvre	61.320		
5	04.2014	33	G3P2	12	Douleur pelvienne, métrorragie	Pauvre	646.000		
6	11.2016	21	G1P0	12	Douleur abdomino-pelvienne	Pauvre	223.000		
7	10.2016	18	G1P0	17	Déclenchement grossesse arrêtée	Pauvre	Non réalisé		
8	08.2016	18	G1P0	14	Douleur pelvienne, métrorragie	Masse latéro et sus-utérine droite avec sillon de séparation	Non réalisé		
N° cas	Echographie pelvienne				Chirurgie	Côté corne	Corne rompue	Pertes sanguines	Corne communicant
1	Fœtus de 18 SA en intra-abdominal.				L	G	Oui	1.5L	Non
2	Masse latéro-utérine droite, fœtus de 14SA dans un sac myométrial.				L	D	Oui	1L	Non
3	Masse hétérogène latéro-utérine droite.				L	D	Oui	600mL	Oui
4	Masse latéro-utérine droite, fœtus dans un sac myométrial.				L	D	Non	0	Oui
5	2 matrices utérines, une contenant un fœtus 12 SA.				C→L	G	Non	0	Oui
6	Grossesse mono-fœtale évolutive de 12 SA accolée à l'utérus du côté droit.				C→L	G	Non	100mL	Oui
7	Sac gestationnel latéro-utérin gauche entouré d'une paroi myométriale contenant un embryon de 16SA+5J.				L	G	Non	0	Non
8	Sac gestationnel latéro et sus-utérin droit entouré d'une paroi myométriale avec embryon de 14 SA.				C→L	D	Non	0	Oui

L : laparotomie, C : coelioscopie, D : droit, G : gauche.

References:-

1. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* juin 1988;49(6):944-55.
2. Heinonen PK. Unicornuate uterus and rudimentary horn. *Fertil Steril.* août 1997;68(2):224-30.
3. Handa Y, Hoshi N, Yamada H, Wada S, Kudo M, Tsuda K, et al. Tubal pregnancy in a unicornuate uterus with rudimentary horn: a case report. *Fertil Steril.* août 1999;72(2):354-6.
4. Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med.* oct 1998;43(10):877-87.
5. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod.* 1 août 2013;28(8):2032-44.
6. Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th-century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med.* févr 2002;47(2):151-63.
7. Heinonen PK, Aro P. Rupture of pregnant noncommunicating uterine horn with fetal salvage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mars 1988;27(3):261-5.
8. Chelli H, Chelli M, Dallagi K. [Term pregnancy in a rudimentary uterine horn with a live infant. An unusual case report]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1986;15(5):647-53.
9. Zhang D-D, Gao Y, Lang J-H, Zhu L. Diagnosis and Treatment of Rudimentary Horn Pregnancy: Analysis of Eleven Cases. *Chin Med J.* 20 déc 2018;131(24):3012-4.
10. Tsafirir A, Rojansky N, Sela HY, Gomori JM, Nadjari M. Rudimentary horn pregnancy: first-trimester prerupture sonographic diagnosis and confirmation by magnetic resonance imaging. *J Ultrasound Med.* févr 2005;24(2):219-23.
11. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Berlanda N, Bergamini V. Laparoscopic removal of the cavitated noncommunicating rudimentary uterine horn: surgical aspects in 10 cases. *Fertil Steril.* févr 2005;83(2):432-6.
12. Oral B, Güneý M, Ozsoy M, Sönal S. Placenta accreta associated with a ruptured pregnant rudimentary uterine horn. Case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* mai 2001;265(2):100-2.