



Cas Clinique

Grossesse Cornuale Droite de Découverte Tardive et Fortuite à l'Échographie de Routine

Late right cornual pregnancy discovered at routine obstetrical ultrasound

Neossi Guena Mathurin¹, Nkigoum Nana Achille¹, Nko'o Amvene Samuel²

ABSTRACT

The cornual pregnancy is defined as an implantation of the sac in the rudimentary cornua of a bicornuate uterus. By extension, the pregnancies implanted in the cornua of a malformed uterus or on the stump of a tube in a patient having benefited a salpingectomy are sometimes grouped under this definition. This rare disease represents about 2% of extrauterine pregnancy, but the mortality rate (2-2.5%) is doubled compared with tubal extra uterine. The authors report a case of a right lateral cornual pregnancy on a bicornuate uterus discovered incidentally during a routine obstetric ultrasound at 18 weeks of amenorrhea in a 25-year-old patient with no previous history. Surgery confirmed a right cornual pregnancy on the bicornuate uterus. Cornual resection was performed and the surgical outcome was uneventful. Pelvic ultrasound one month later confirmed the bicornuate and uni cervical uterus.

RÉSUMÉ

La grossesse extra-utérine (GEU) cornuale est définie par une implantation du sac ovulaire dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne. Par extension, sont parfois regroupées sous cette définition les grossesses implantées dans la corne d'un utérus cloisonné ou sur le moignon d'une trompe chez une patiente ayant bénéficié d'une salpingectomie. Il s'agit d'une pathologie rare en pratique quotidienne et elle représente environ 2% des GEU avec un taux de mortalité de 2-2.5%, doublé par rapport aux GEU tubaires. Les auteurs rapportent un cas de grossesse cornuale droite évolutive tardive sur utérus bicorne, découverte fortuitement lors d'une échographie obstétricale de routine à 18 semaines d'aménorrhée chez une patiente de 25 ans sans antécédents particuliers. La laparotomie a confirmé une grossesse cornuale droite sur utérus bicorne. Une résection cornuale a été réalisée avec des suites opératoires simples. L'échographie réalisée un mois plus tard a confirmé l'utérus bicorne et uni cervical.

¹ Faculté de sciences, université de Ngaoundere

² Faculté de médecine et des sciences biomédicales, université de Yaoundé I

Mots clés. Grossesse cornuale, utérus bicorne, échographie, découverte tardive, Ngaoundere.

Keywords: cornual pregnancy, bicornuate uterus, pelvic ultrasound; Ngaoundere

INTRODUCTION

Une grossesse cornuale se définit comme une GEU implantée dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne. Par extension, cette définition s'applique aux grossesses implantées dans la corne d'un utérus bicorne ou cloisonné, certains regroupent sur cette définition, le développement d'un tissu trophoblastique sur le moignon restant d'une trompe ayant été traitée par salpingectomie [1]. Elles représentent 2 à 2,4% des grossesses extra utérines et ont un taux de mortalité de 2-2.5%, doublé par rapport aux GEU tubaires [2], l'échographie est l'examen clé du diagnostic des grossesses ectopiques de localisation inhabituelle associée à une synthèse clinique et au dosage des BHCG [2,3]. Le risque est la mise en jeu du pronostic vital par saignement massif extériorisé ou intra péritonéal suite à une rupture [3]. Le risque de rupture utérine augmente avec l'âge de la grossesse d'où l'impérieuse nécessité du diagnostic précoce [4], ainsi nous rapportons un cas de grossesse cornuale découverte tardivement de façon fortuite au cours d'une échographie obstétricale de routine.

OBSERVATION

Une femme de 25 ans a été reçue au Service d'imagerie Médicale de l'Hôpital Régional de Ngaoundéré pour une échographie de routine à 17 semaines et absence de mouvements actifs fœtaux, sans douleur pelvienne.

Dans les antécédents, il y avait deux grossesses avec un accouchement normal et un avortement spontané à 12 semaines. Les vaccins de la patiente étaient à jour.

A l'examen physique, l'état général était conservé, la tension artérielle normale à 120/70 mm Hg, la température à 37.2° C et les conjonctives bien colorées. L'abdomen était augmenté de volume, symétrique avec le fœtus moulé à la paroi abdominale. La hauteur utérine était de 28 cm, la présentation difficile à apprécier, les bruits cardiaques fœtaux présents à l'auscultation. A l'examen gynécologique, le col était long, postérieur, ramolli et fermé. L'utérus était augmenté de volume de manière proportionnelle à l'âge de la grossesse.

Au Doppler obstétrical, la fréquence cardiaque fœtale était normale à 154 battements par minute. Le bilan

biologique de routine était normal. L'échographie obstétricale réalisée par voie abdominale a mis en évidence une masse latéro utérine droite contenant un fœtus vivant de 18 semaines ; l'utérus était vide augmenté de taille, avec des contours réguliers, un myomètre homogène et un endomètre fin et régulier d'épaisseur normale. L'échographie a conclu à une grossesse extra utérine droite tardive et la patiente a été référée au Gynécologue obstétricien qui a effectué une intervention chirurgicale. La laparotomie a découvert une grossesse de la corne utérine droite sur utérus bicorne ; les trompes étaient normales. Une résection cornuale droite a été réalisée avec extraction du fœtus. Les suites chirurgicales ont été simples. L'échographie pelvienne réalisée un mois après la chirurgie a confirmé l'utérus bicorne.



A : Utérus en coupe transversale avec Grossesse cornuale droite évolutive de 18 semaines d'aménorrhée



B : Grossesse cornuale droite évolutive de 18 semaines.



C : Utérus vide augmenté de taille, myomètre homogène, endomètre médian, linéaire et régulier



D : Utérus bicorne visualisé à l'échographie après cure chirurgicale

Figure 1 : Echographie pelvienne sus pubienne



A et B : Aspect de la grossesse cornuale droite à la laparotomie



C : Fœtus extrait après résection cornuale droite.

Figure 2 : Aspect peropératoire

DISCUSSION

La grossesse cornuale est une pathologie rare en pratique quotidienne, sa fréquence représente 2 à 2,4 % des grossesses extra utérines avec un taux de mortalité de 2-2.5%, doublé par rapport aux GEU tubaires [2, 4]. La littérature ne contient aucune véritable série, mais une multitude de cas rapportés individuellement [1]. En

général, elle s'implante dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne ou dans la corne d'un utérus cloisonné ou sur le moignon restant d'une trompe ayant été traitée par salpingectomie. Les facteurs de risque des grossesses ectopiques cornuales sont superposables aux facteurs de risque des grossesses tubaire. Il s'agit des antécédents de

grossesse ectopique, de salpingectomie uni ou bilatérale, d'infection sexuellement transmissible, de la grossesse par fécondation in vitro et du tabagisme maternel [3]. à ces facteurs s'ajoutent les antécédents d'utérus bicorne ou pseudo unicorne avec une trompe rudimentaire qui sont spécifiques de la grossesse cornuale.

Dans notre cas aucun de ces facteurs n'était connu, même si nous avons noté dans les antécédents un avortement tardif ; l'utérus bicorne découvert en per opératoire n'était pas connu. Comme pour une GEU classique, le diagnostic de grossesse cornuale repose sur une l'association de la clinique, du dosage des BHCG et de l'échographie pelvienne [1,4]. La présentation clinique repose sur la triade caractéristique des GEU, associant algies pelviennes et/ou métrorragies dans un contexte d'aménorrhée avec BHCG positifs [4]. Le diagnostic échographique n'est pas toujours aisé, car le diagnostic de malformation utérine sous-jacente n'est souvent pas préalablement posé. Comme l'avait décrit Timor Tritsch, nous avons retrouvé à l'échographie les signes suivants : une cavité utérine vide, un sac gestationnel séparé de plus d'un cm de la cavité utérine et une couronne myométriale autour du sac [5]. Classiquement, le taux d'HCG initial est souvent plus élevé par rapport aux GEU tubaires [6]. Ceci s'expliquerait par la plus grande facilité de la corne à subir un développement lié à une grossesse. Ainsi, comparativement à une GEU tubaire classique, les interactions entre l'œuf et son lit d'implantation seraient de meilleure qualité, améliorant la cinétique de l'HCG. Pour la même raison, il n'est pas rare d'observer une activité cardiaque au sein de ces GEU interstitielles [1]. Le cas présenté ici était asymptomatique, la patiente étant venue pour une échographie obstétricale de routine à 18 semaines d'aménorrhée, au cours de laquelle l'on a découvert une masse latéro utérine droite contenant un fœtus vivant de 18 semaines. Nous avons naturellement posé un diagnostic de GEU droite tardive évolutive non rompue. Il est à noter que le dosage des BHCG n'était pas nécessaire, car la grossesse était évidente. Ces éléments ont conduit à une laparotomie au cours de laquelle le gynécologue obstétricien a découvert une grossesse cornuale sur utérus bicorne et une résection cornuale a été réalisé avec extraction du fœtus.

Le traitement de la grossesse cornuale dépend du stade de découverte, mais il est plus souvent chirurgical. Spécifiquement, en présence d'un syndrome abdominal aigu et d'une instabilité hémodynamique ou d'un hémopéritoine, il est indispensable d'envisager immédiatement un traitement chirurgical. Initialement, le traitement de ce type de GEU a consisté en une salpingectomie associée à la résection cornuale par laparotomie [1]. L'hystérectomie qui a été utilisée dans certains cas particulièrement dramatiques devrait pouvoir être évitée compte tenu de l'apport de l'échographie vaginale dans le diagnostic précoce des GEU. Outre ce traitement radical, plusieurs cas de traitements conservateurs ont été rapportés. Il s'agit alors d'inciser la corne et de vider son contenu

trophoblastique avant de suturer l'hystérotomie [7]. Plus récemment, la cœlioscopie a permis de traiter des grossesses cornuales. Il s'agit alors d'inciser la corne puis de l'exprimer de façon à en vider le contenu [8]. L'objectif est alors d'essayer de conserver autant que possible la continuité entre la cavité utérine et la trompe libre. L'incision peut alors être suturée ou non. La cœlioscopie est devenue, au sein des équipes entraînées en cœliochirurgie et pour des patientes stables sur le plan hémodynamique, le traitement classique de la GEU cornuale [1]. Il est également possible de réaliser un traitement conservateur hystéroscopique [8]. Compte tenu des risques chirurgicaux et fonctionnels de cette chirurgie de la corne utérine, certains auteurs ont mis en œuvre un traitement médical à base de méthotrexate [1]. Il est à signaler que le développement de la grossesse cornuale peut être long et les signes cliniques tardifs. Même dans ces cas, la rupture est fréquente et souvent brutale [9,10]. Elle est souvent très hémorragique et entraîne un tableau catastrophique puisque la paroi à cet endroit est très vascularisée ainsi le taux de mortalité est multiplié par deux par rapport aux autres grossesses extra utérines classiques d'où la nécessité d'un diagnostic précoce pouvant conduire à un traitement conservateur ou non et à une réduction de la mortalité.

Dans notre observation, il s'agissait d'un utérus bicorne non connu, d'autant plus que la patiente avait déjà accouché normalement il y a trois ans sans que cette anomalie ne soit diagnostiquée. Ceci va s'ajouter à de multiples autres cas déjà publiés, mais qui présente comme particularité l'absence de symptomatologie et le caractère tardif de la grossesse à 18 semaines, donc de découverte tardive au cours d'une échographie de routine réaffirmant s'il en n'était encore besoin l'intérêt de cet examen. Beltman et al [11] a décrit en 2009 un cas de grossesse cornuale survenu comme complication de l'utilisation d'un dispositif intra utérin à base de levonorgestrel. Des cas rapportés de grossesse cornuale sont associés soit un utérus bicorne [10], c'est le cas de Sanaa et al qui avait rapporté un cas de rupture utérine sur utérus bicorne à 12 semaines d'aménorrhée [10], soit à un utérus pseudo unicorne avec une corne rudimentaire ou à des antécédents de salpingectomie avec moignon utérin [12, 13, 14,15].

Les patientes ayant été opérées pour grossesse cornuale nécessitent un certain délai avant une grossesse ultérieure compte tenu du risque de rupture cornuale. D'autre part, la corne utérine opérée paraît être une zone fragile. Weissman [16] décrit une rupture du deuxième trimestre après chirurgie conservatrice. Un cas de rupture à 24 SA a même été décrit [16]. On peut cependant supposer que même en cas de traitement médical, un doute persiste sur la qualité du myomètre cornual après traitement [10]. La plupart des auteurs préconisent donc une césarienne avant tout début de travail lors d'une grossesse ultérieure. Le cas que nous présentons est une patiente à risque et doit nécessiter un suivi particulier pour toute grossesse ultérieure.

CONCLUSION

La grossesse cornuale est une pathologie rare découverte le plus souvent à la suite des algies pelviennes et/ou métrorragies dans un contexte d'aménorrhée avec BHCG positifs, mais parfois à la suite d'un syndrome abdominal aigu et d'une instabilité hémodynamique ou d'un hémopéritoine secondaire à la rupture. La

découverte d'une grossesse cornuale peut être aussi fortuite et tardive au cours d'une échographie de routine. L'évolution peut être silencieuse contrastant avec l'âge et la taille souvent importante de la grossesse. Le risque majeur est représenté par la rupture.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

- 1- Jourdain O, Fontages M, Schiano A, Rauche F, Gonnet JM. Prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire et ovarienne). *J Gynecol Obstet Biol Rprod* 2003 ;32(Suppl. au n°7) 3S93-3S100.
- 2- Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy : a 10 years population- based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002 ; 17 : 3224-30.
- 3- Capmas P. Les grossesses ectopiques de localisation inhabituelle. réalités en Gynécologie-Obstétrique# 178_Octobre 2015.
- 4- Thouveny A. Grossesses extra utérines de localisation rare à propos de 28 cas. Thèse de Médecine , Faculté de Médecine de Nancy.
- 5- KirK E, CondouS G, haider Z et al. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2006;27: 430-437
- 6- Fisch JD, Ortiz BH., Tazuke SI, Chitkara U, Giudice LC. Medical management of interstitial ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Hum Reprod* 1998; 13: 1981-6.
- 7- Ayoubi JM, Fanchin R, Olivennes F, Fernandez H, Pons JC. Tubal curettage: a new conservative treatment for haemorrhagic interstitial pregnancies. *Hum Reprod* 2001; 16:780-1
- 8- Sanz LE, Verosko J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 941-4.
- 9- Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999; 72:207-15.
- 10- Sanaa I, Karima K, Sakher M, Houssine B, Naima S. Rupture utérine sur utérus bicorne à 12 semaines d'aménorrhée: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2016; 24:153 doi:10.11604/pamj.2016.24.153.9697
- 11- Beltman JJ, Groot CGM. Cornual pregnancy as a complication of the use of a levonorgestrel intrauterine device: a case report
- 12- Jihad D, Houda F, Hajar D, Farid K, Khalid G, Jaouad K, Driss RM, Mohammed D. Grossesse cornuale : à propos d'un cas et revues de la littérature. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, ISSN 2028-9324 Vol. 13 No. 1 Sep. 2015, pp. 168-171
- 13- Ferjaoui MA, Gharrad M. La grossesse cornuale, aspect laparoscopique. *Pan African Medical Journal*. 2016; 23:245 doi:10.11604/pamj.2016.23.245.5855
- 14- N. Kouame, A. N'Doumoua, R. N'Gbesso, A. Keita. Grossesse cornuale : une entité rare de grossesse extra-utérine. *Imagerie de la femme*-Vol. 21-N.2- p68-71.
- 15- David Q, Meghan. Grossesse ectopique dans la corne utérine. *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 29, n° 7, 2007, p. 538
- 16- Downey GP, Tuck SM. Spontaneous uterine rupture during subsequent pregnancy following non-excision of an interstitial ectopic gestation. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 162-3