

## Grossesse sur corne utérine rudimentaire

La corne utérine rudimentaire appartient au groupe des malformations utérines majeures [1]. L'incidence des utérus unicornes, bien que difficile à préciser, est estimée à 1 pour 1000 femmes [2] et à 10 % des malformations utérines [3]. La survenue d'une grossesse sur une corne utérine rudimentaire est une situation obstétricale extrêmement rare. Son incidence varie de 1/100 000 à 1/140 000 grossesses [4]. Elle peut se révéler par une rupture utérine. C'est une urgence chirurgicale nécessitant une exérèse de cette corne rudimentaire. Si cette dernière n'est pas effectuée, elle expose théoriquement au risque de récurrence de rupture utérine en cas de nouvelle grossesse dans cette corne. Le but de cette étude est de rapporter une nouvelle observation d'une grossesse sur une corne utérine rudimentaire.

**Figure 1 :** Aspect échographique de la corne utérine avec le fœtus



## Observation

M<sup>me</sup> A, âgée de 27 ans, sans antécédents obstétricaux pathologiques, a été hospitalisée à un terme de 13 semaines d'aménorrhée devant une échographie du premier trimestre qui a montré un utérus vide, un endomètre épaissi, avec présence en latéro-utérin gauche d'un sac contenant une grossesse évolutive de 12 SA, les deux ovaires sont vus et pas d'épanchement dans le Douglas (figures 1).

La patiente était asymptomatique, les constantes hémodynamiques étaient stables, abdomen souple indolore, avec perception à la palpation abdominale d'une masse hypogastrique latéralisée à gauche non douloureuse. Au spéculum, le col est d'aspect normal sans métrorragies. Les deux reins sont en place et d'aspect normal. Devant ce tableau évoquant une grossesse ectopique et vue la taille de la grossesse une laparotomie a été indiquée, l'exploration a objectivé une corne rudimentaire gauche gravide à base d'implantation de 6 cm (figure 2).

On a procédé à une résection de la corne rudimentaire. L'examen anatomopathologique a conclu à un fœtus de sexe masculin, de morphologie externe normale d'âge anatomique estimé à 12 SA (figure 3) et développé dans une corne rudimentaire (présence de tissu myométrial). Les suites opératoires étaient simples.

**Figure 2 :** Découverte opératoire: utérus à droite corne rudimentaire à gauche



**Figure 3 :** Sac gestationnel et fœtus issus de la corne utérine rudimentaire



## Conclusion

Cette observation illustre une forme particulière de grossesse extra utérine sur une malformation utérine qui est la corne rudimentaire. Cette forme clinique est caractérisée souvent par un retard diagnostic. Le pronostic des grossesses sur corne rudimentaire est réservé. En effet le muscle de la corne rudimentaire est particulièrement fragile du fait de sa minceur. De plus, l'endomètre non fonctionnel conduit, dans la majorité des cas, à une placentation pathologique. L'évolution spontanée

se fait le plus souvent vers la rupture qui survient généralement au début du deuxième trimestre, qui est responsable d'une hémorragie maternelle pouvant conduire dans certaines situations au décès. Le traitement de cette malformation utérine repose, après extraction du fœtus, sur la résection de la corne rudimentaire et de sa trompe.

### Références

- [1] C. Panayotidis, M. Abdel-Fattah, M. Leggott. Rupture of rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus at 15 weeks' gestation, J Obstet Gynaecol 2004; 24 :323-24.
- [2] Kuscü NK, Lacin S, Kartal O, Koyuncu F. Rupture of rudimentary horn pregnancy at the 15th week of gestation: a case report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;102:209-10.
- [3] Heinonen PK. Unicornuate uterus and rudimentary horn. Fertil Steril 1997;68:224-30.
- [4] Daskalakis G, Pilalis A, Lykeridou K, Antsaklis A. Rupture of non communicating rudimentary uterine horn pregnancy. Obstet Gynecol 2002;100:1108-10.

**Nabil Mathlouthi, Moez Magroun\*, Olfa Slimani, Riadh Ben Temime, Tahar Makhlouf, Leila Attia, Abdellatif Chahia**

Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Service de gynécologie obstétrique "A", Tunis, Tunisie ;

\* Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Bougafra, Service de gynécologie obstétrique, Bizerte, Tunisie

## Succès de la fermeture d'une large perforation œsophagienne iatrogène après mise en place tardive d'une prothèse métallique doublement couverte.

La perforation œsophagienne réalise une solution de continuité au niveau de la paroi faisant communiquer la lumière de l'œsophage avec les tissus péri-œsophagiens. Elle est dite instrumentale lorsqu'elle complique un geste diagnostique ou thérapeutique. Elle est certainement la plus grave des perforations du tractus digestif, associée à un taux de mortalité de 15 à 30%. (1, 2). Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et du traitement.

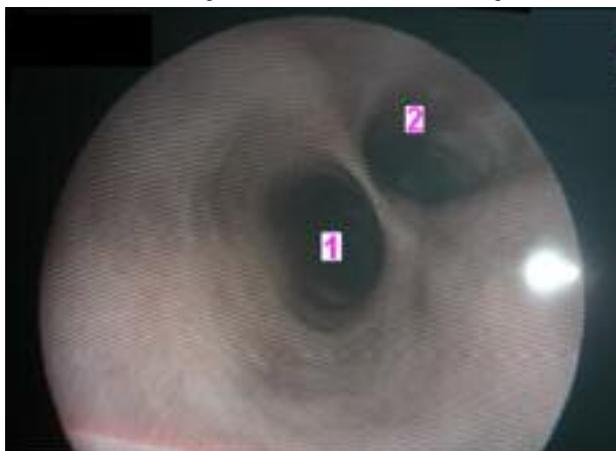
Nous rapportons un cas de perforation instrumentale de l'œsophage à la suite d'une œsophagoscopie traitée avec succès par une prothèse totalement couverte.

### Observation

Monsieur LM, âgé de 75 ans, aux antécédents d'ingestion de soude à l'âge de 5 ans, ancien tabagique, ayant la notion de blocage alimentaire d'un morceau de viande 20 jours avant son hospitalisation ayant nécessité le recours à une œsophagoscopie au tube rigide ; Celle-ci avait conclu à la présence d'une sténose légère annulaire 1 cm sous la bouche œsophagienne. L'extraction du morceau de viande s'est compliquée d'une plaie minime de la muqueuse œsophagienne. La surveillance 24 heures après l'extraction du corps étranger

était sans particularités et le malade était mis sortant. L'évolution était marquée par l'apparition 15 jours après d'une dysphagie mixte d'aggravation progressive associée à une toux productive, un épisode d'hémoptysie, des fausses routes le tout évoluant dans un contexte d'altération manifeste de l'état général, sans fièvre. A l'examen physique, la malade était apyrétique, eupneïque, avait un état général altéré avec un BMI à 17 Kg/m<sup>2</sup>, Il n'y avait pas de crépitation sous cutanée avec à l'auscultation, on notait la présence de râles bronchiques et crépitants diffus. Le patient a bénéficié d'une fibroscopie qui avait conclu à la présence à 30 cm des arcades dentaires de deux lumières, la première en continuité avec l'estomac, la seconde avec une cavité pleine de sécrétion blanchâtre (figure 1).

**Figure 1:** Image per-endoscopique montrant deux lumières :  
1) la première en continuité avec l'estomac  
2) la seconde correspondant à la fistule oeso-bronchique.



Un complément scannographique thoracique avec opacification œsophagienne était réalisé et avait permis de retenir le diagnostic d'une large fistule sur la face antérolatérale droite de l'œsophage en sous carinaire alimentant un trajet fistuleux borgne mesurant 10 cm de hauteur et environ 1.5 cm de largeur (figure 2) associée à la présence de deux collections médiastinales à contenu mixte hydro-aérique, d'une pleurésie droite, d'un emphysème pulmonaire diffus et d'une infiltration de la graisse médiastinale tout autour de l'œsophage (figures 3 et 4). Cet aspect était compatible avec le diagnostic de perforation œsophagienne compliquée d'une médiastinite avec deux collections. Au bilan biologique, on notait une hyperleucocytose avec une polynucléose à 13400 éléments/mm<sup>3</sup>, une thrombocytose à 888300 éléments/mm<sup>3</sup>, un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 63 mg/L, une hyponatrémie associée à une hyperkaliémie, une hypoalbuminémie à 30 g/L et une alcalose respiratoire non compensée à la gazométrie. Devant la gravité du tableau, le terrain, un traitement médical associé à une tentative de mise en place de prothèse couverte extractible était préconisé. Le patient a bénéficié d'une alimentation parentérale exclusive associée à une triple antibiothérapie à base de céfotaxime, fosfomycine et métronidazole, à une prophylaxie des thromboses par