

**GROSSESSE GEMELLAIRE SUR UN UTERUS DIDELPHE : A PROPOS D'UN CAS
AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU DE BOBO DIOULASSO
(BURKINA FASO)**

R.B. YAMEOGO, P.O. BELEM, B.E. SAVADOGO/KOMBOIGO, M. SANOGO,
A. DEMBELE, D.A. SOME

RESUME

Introduction : Les malformations utérines sont des anomalies rares. Ce sont des anomalies congénitales qui peuvent entraîner des accidents obstétricaux. Nous rapportons un cas de grossesse gémellaire sur utérus didelphe de découverte fortuite en per césarienne dans le service d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou de Bobo dioulasso.

Observation : Il s'agissait d'une patiente âgée de 26 ans primigeste, reçue à 1^{ère} phase du travail d'accouchement avec obstacle prævia sur grossesse gémellaire de 40 semaines d'aménorrhée. L'exploration per césarienne a permis de poser le diagnostic de l'utérus didelphe.

Conclusion : Les malformations utérines sont rares. Elles peuvent être diagnostiquées soit lors des problèmes de procréation soit lors des accidents obstétricaux comme les obstacles prævia ; ce qui est le cas dans notre observation.

Mots-clés : Grossesse gémellaire ; Utérus didelphe ; Burkina Faso.

SUMMARY

Gemellar pregnancy in a didelphic uterus: case report from the Sourô Sanou University Hospital in Bobo Dioulasso (Burkina Faso).

Background: Uterine malformations are rare anomalies. They are congenital anomalies that can lead to obstetric accidents. We report a case of twin pregnancy with a didelphic uterus discovered incidentally during caesarean section in the obstetrics department of the Sourô Sanou University Hospital in Bobo Dioulasso.

Case report : A 26-year-old primigravida patient with asthmatic background was admitted for the first stage of labour with obstacle previa in a twin pregnancy of 40 weeks of chronological amenorrhoea. The uterus didelphe was diagnosed during caesarean section.

Conclusion : Uterine malformations are rare. They can be diagnosed either during problems of procreation or during obstetrical accidents such as obstacles prævia, which is the case in our observation. They should be suspected in the presence of obstacle prævia.

Keywords : Twin pregnancy; Didelphic uterus; Burkina Faso.

INTRODUCTION

Les malformations utérines regroupent plusieurs anomalies congénitales des organes génitaux internes féminins incluant les anomalies mullériennes, les hypoplasies utérines et les utérus « DES » (exposition anténatale au diéthylstilbestrol) [1]. L'incidence des malformations utérines congénitales dans la population féminine est estimée à 3-4% [2,3]. Le diagnostic de ces malformations se fait plus fréquemment lors d'un suivi pour infertilité ou pour fausses couches à répétition [3-5] ; mais aussi de façon fortuite lors des suivis de grossesse et même à l'accouchement. Plusieurs classifications sont à notre disposition. Les Anglo-Saxonnes font référence à la classification de l'American Fertility

Society (AFS) [8, 9] et les Francophones se référant à la classification de Musset et Belaich [10]. Ces anomalies contribuent à un taux de fausses couches à répétition, d'accouchements prématurés, de présentations dystociques, de retard de croissance intra-utérin (RCIU) et de césariennes plus élevées. [3,6]. Certaines de ces malformations peuvent entraîner des obstacles prævia ; c'est le cas d'un héli-utérus sur un utérus double (didelphe) [11]. Nous rapportons ce cas exceptionnel de grossesse gémellaire sur utérus didelphe de découverte fortuite en per césarienne dans le service d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Sourô Sanou de Bobo Dioulasso.

Tirés à part : R.B. YAMEOGO. Université Yembila Abdoulaye Togueyini, Fada N'Gourma, Burkina Faso.
Email : barnayam@yahoo.fr
Tel. : 00226 70 57 87 46

YAMEOGO R.B., BELEM P.O., SAVADOGO/KOMBOIGO B.E., SANOGO M., DEMBELE A., SOME D.A.
Grossesse gémellaire sur un utérus didelphe : à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire Sourô Sanou de Bobo Dioulasso (Burkina Faso), Journal de la SAGO, vol.26, n°2, p 79-81.

I. OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 26 ans primigeste, reçue à la maternité du centre hospitalier universitaire Sourô sanou de Bobo-Dioulasso en 1^{ère} phase du travail d'accouchement avec obstacle prævia sur grossesse gémellaire de 40 semaines d'aménorrhée. L'histoire à l'entrée a retrouvé une notion de douleurs abdomino-pelviennes intermittentes, involontaires et rythmées d'intensité modérée évoluant depuis 01 jour sans notion de céphalées, ni de vertiges, ni de fièvre. A l'examen, la patiente présentait un bon état général, une conscience normale, des conjonctives normo colorées anictériques, un bon état d'hydratation et de nutrition, sans œdèmes des membres inférieurs. Les constantes étaient normales : une tension artérielle à 110/75 mmHg ; un pouls à 82 pulsations par minute, une fréquence respiratoire à 19 cycles par minute ; une température à 36,90C ; une saturation pulsée en oxygène à 99% à l'air ambiant. L'examen obstétrical a retrouvé des seins pairs symétriques, anodulaires indolores avec écoulement à la pression des aréoles ; un abdomen augmenté de volume souple, dépressible en rapport avec un utérus gravide à grand axe longitudinal avec une hauteur utérine à 38 cm, 3 contractions utérines en 10 minutes durant 34 secondes chacune, la palpation de 2 pôles fœtaux de même nom avec le premier jumeau en présentation céphalique 5/5. La perception de 2 foyers de bruit de cœur fœtal dont 162 battements/minutes pour le premier jumeau et 124 battements/minutes pour le deuxième jumeau ; la vulve et le périnée étaient souillés de liquide amniotique clair ; au toucher vaginal le col était effacé, dilaté à 3 cm, la poche des eaux rompue, la présentation céphalique mobile du premier jumeau. La perception d'une masse arrondie de consistance ferme, à surface irrégulière d'environ 8 cm de grand diamètre au 1/3 supérieure de la paroi vaginale postérieure, indolore et empêchant l'exploration du bassin, le doigtier revenait souillé de liquide amniotique clair. Devant ces signes à l'examen, le diagnostic d'obstacle prævia sur grossesse gémellaire de 40 semaines d'aménorrhée chronologique en 1^{ère} phase du travail d'accouchement sur terrain asthmatique connu fut posé, et une césarienne fut indiquée le même jour. Ladite césarienne a permis d'extraire par le pôle céphalique le premier jumeau de sexe féminin score d'APGAR 8-9-10 poids de naissance 2370 grammes périmètre crânien 33cm périmètre thoracique 29cm taille 48cm suivit de l'extraction de deuxième jumeau score d'APGAR 8-9-10, poids de naissance 2305 grammes périmètre crânien 33cm périmètre thoracique 29cm taille 48cm. Après la délivrance, l'extériorisation de l'utérus a permis de découvrir un utérus unicorne (Figure 1). Et l'exploration du pelvis a permis de découvrir deux utérus dont la partie gauche plus développée siège de

la grossesse gémellaire et la partie droite légèrement augmenté de volume de taille correspondant à une grossesse de 12 semaines d'aménorrhée (Figure 2). Après la césarienne, la patiente a été mise en position gynécologique et l'exploration a permis de mettre en évidence un col unique œdématié avec saignement minime d'origine endo utérine ce qui nous permis de conclure à un utérus didelphe.

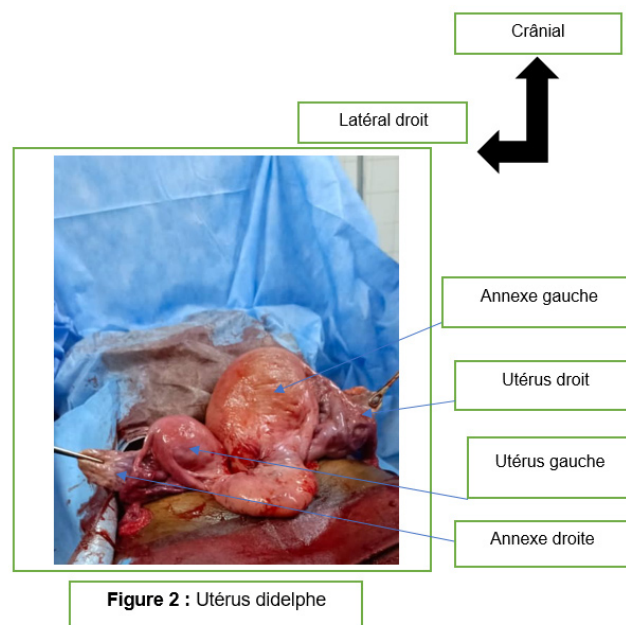


Figure 2 : Utérus didelphe

II. DISCUSSION

Les malformations utérines sont rares. Les malformations peuvent être suspectées devant les avortements à répétition, une infertilité ou de façon fortuite ; dans notre cas il s'agissait d'une découverte fortuite. Le diagnostic des malformations utérines se fait le plus souvent à l'aide de l'échographie en 2D ou 3D, l'hystérosonographie, l'hystérosalpingographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), l'hystéroscopie et la laparoscopie en occurrence l'échographie tridimensionnelle qui est intéressante par la représentation spatiale de l'anomalie avec visualisation des rapports anatomiques [6,12]. Dans notre cas le diagnostic a été fait en per césarienne. Plusieurs classifications ont été utilisées pour classer les malformations utérines, dont la classification de Musset et Belaish qui est la plus utilisée dans les pays francophones. La classification globale des malformations utérines congénitales repose sur les constatations hystérogographiques, coelioscopiques et urographiques dont la confrontation permet seule d'affirmer le type de malformation. Cette classification comprend trois familles : les agénésies utérines, les hémimatrices, les utérus cloisonnés. Il a été décrit dans la littérature que les patientes porteuses d'utérus malformés sont plus à risque d'accouchements prématurés, de présentations dystociques et de

césariennes [13-16]. Dans notre cas, il s'agissait d'une grossesse gémellaire développée dans un seul utérus et évolué jusqu'à terme sans incident ni de présentation dystocique. L'utérus didelphe peut être à l'origine d'obstacle prævia pendant l'accouchement, source de césarienne [11] ; et c'était le cas dans notre situation où la césarienne a été indiquée pour travail d'accouchement sur obstacle prævia.

CONCLUSION

Les malformations utérines sont des anomalies congénitales rares. Ces anomalies peuvent être à l'origine des certains accidents obstétricaux. Le diagnostic est le plus souvent posé par les examens paracliniques. Cette anomalie surtout sa forme didelphe doit être suspectée devant les obstacles prævia.

REFERENCE

1. **Philip C.-A, Rudigoz R.-C, Huissoud C.** Retentissement obstétrical des malformations utérines. Masson. EM-Consulte. [Cité 11 Févr. 2025] (16)73402-8 Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1071766/retentissement-obstetrical-des-malformations-uterines>
2. **Nahum GG.** Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? J Reprod Med 1998; 43:877-87.
3. **Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simón C, Pellicer A.** Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. Hum Reprod 1997 ;12 :2277-81.
4. **Poncelet C, Aissaoui F.** Malformations utérines et reproduction. Gynecol Obstet Fertil 2007; 35 :821.
5. **Troiano RN, McCarthy SM.** Mullerian duct anomalies: Imaging and clinical issues. Radiology 2004; 233:19-34.
6. **Deutch TD, Abuhamad AZ.** The role of 3-dimensional ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of mullerian duct anomalies : A review of the literature. J Ultrasound Med 2008;27: 413-23
7. **Braun P, Grau FV, Pons RM, Enguix DP.** Is hysterosalpingography able to diagnose all uterine malformations correctly? A retrospective study. Eur J Radiol 2005 ;53 :274-9.
8. **Buttram VC, Gibbons WE** Anomalies müllériennes : une classification proposée: une analyse de 144 cas. Fertil Steril 1979 ; 32:40-46
9. **American Fertility Society** Classifications de l'American Fertility Society des adhérences annexielles, de l'occlusion tubaire distale, de l'occlusion tubaire secondaire à la ligature des trompes, de la grossesse tubaire, des anomalies müllériennes et des adhérences intra-utérines. Fertil Steril 1988 ; 49 :944-55
10. **Musset R, Belaich J** Nécessité d'une classification globale des malformations utérines. In : XXIIes Assises françaises de gynécologie. Paris, 1964 Masson
11. **N'Gbesso RD, Ouedraogo S, Quenum, Ould-Beddi M, N'Goan-Domoua AM, Koné R.** Une étiologie rare d'obstacle prævia par l'utérus non gravidé sur utérus double (didelphe) : apport de l'échographie. Journal de Radiologie. 1 mai 2004 ;85(5, Part 1) :655-7.
12. **Saleem SN.** imaging diagnosis of uterovaginal anomalies: current state of the art. Radiographics. 2003 Sep-Oct;23(5): e13.
13. **Cahen-Peretz A, Sheiner E, Friger M, Walfisch A.** The association between Müllerian anomalies and perinatal outcome. J Matern Fetal Neonatal Med. 2 janv 2019;32(1):51-7.
14. **Hirsch L, Yeoshoua E, Miremberg H, Krissi H, Aviram A, Yogev Y, et al.** The association between Mullerian anomalies and short-term pregnancy outcome. J Matern Fetal Neonatal Med. 20 oct 2015;1-6.
15. **Lekovich J, Stewart J, Anderson S, Niemasik E, Pereira N, Chasen S.** Placental malperfusion as a possible mechanism of preterm birth in patients with Müllerian anomalies. J Perinat Med. 1 janv 2017;45(1):45-9.
16. **Chan YY, Jayaprakasan K, Tan A, Thornton JG, Coomarasamy A, Raine-Fenning NJ.** Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol. oct 2011;38(4):371-82.