

MALFORMATIONS UTERINES ET GROSSESSES

Jean-Marie Jouannic

Service de Gynécologie-Obstétrique

Pôle de Périnatalité

Hôpital Trousseau, Paris

La fréquence des malformations utérines est estimée en population à 0.5-4%. Leur approche repose sur des petites séries avec un biais de sélection évident puisque le plus souvent il s'agit de série de patientes avec échec de reproduction. Leur diagnostic est pourtant devenu plus accessible grâce notamment aux progrès de l'imagerie échographique. Plusieurs classifications sont utilisées dans la littérature compliquant encore un peu plus la comparaison du pronostic et de la prise en charge chirurgicale de ces malformations. En dehors de la grossesse la première évaluation repose sur l'échographie et l'hystérogaphie. Cependant, dans un nombre important de cas rapportés, il manque souvent un temps d'exploration coeloscopique qui est pourtant essentiel car cette exploration permet de classer anatomiquement la malformation et d'en définir le pronostic, avant, dans certains cas de proposer une réponse chirurgical adaptée.

1- Classification

A partir de la classification de Musset on peut schématiquement distinguer :

- a- Les aplasies mülleriennes
 - Bilatérales dans le cadre du syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauer.
 - Unilatérales complètes correspondant à l'utérus unicorne vrai (finalement relativement rare).
 - Unilatérales et incomplètes correspondant à l'utérus pseudo-unicorne associant un utérus pseudo-unicorne à une corne rudimentaire sur laquelle est connectée une trompe et un ovaire.

b- Les anomalies de fusion des canaux de Müller

Elles réalisent les utérus bicornes qui peuvent être unicervicaux (total, corporel ou fundique) ou bi-cervicaux (communiquant ou non).

c- Les anomalies de résorption de la cloison intermüllérienne réalisant les utérus cloisonnés.

Ces malformations utérines s'associent assez volontiers à des malformations vaginales qui exposent à un risque de complications obstétricales qui leur sont propres.

2- Circonstances de diagnostic

En dehors de la grossesse, ces malformations peuvent être diagnostiquées dans le cadre du bilan d'une masse pelvienne ou à la faveur d'un bilan de dysménorrhée, d'aménorrhée, ou d'infertilité primaire.

Au cours de la grossesse, une malformation utérine pourra être diagnostiquée dans le cadre de fausse-couches à répétition. La malformation pourra être diagnostiquée à la faveur d'une complication du premier trimestre à type de grossesse extra-utérine ou de grossesse sur corne rudimentaire. Plus tard elle pourra être diagnostiquée dans les suites de menace de fausse-couche tardive ou d'accouchement prématuré. En deuxième partie de gestation, une malformation utérine pourra être suspectée dans le cadre de la prise en charge d'une présentation dystocique, d'une hypotrophie fœtale ou d'une mort fœtale in utero. Enfin, la découverte d'une malformation utérine pourra être fortuite à la faveur d'un examen échographique de dépistage des malformations fœtales ou lors d'une césarienne ou d'une révision utérine.

3- Retentissement des malformations utérines sur le déroulement de la grossesse

Plusieurs facteurs contribuent à exposer ces grossesses à un risque élevé de complications : anomalie d'implantation de l'œuf, anomalie d'ampliation utérine, anomalie de vascularisation du myomètre, anomalie de contractilité du myomètre. Par ailleurs, une corne utérine rudimentaire pourra être le siège d'une grossesse qui se comportera comme une grossesse ectopique exposant aux risques maternels liés à la rupture de cette corne rudimentaire. Enfin, ces malformations, qu'elles soient associées à des anomalies de la filière génital ou non, exposeront à un risque de dystocie lors de l'accouchement et d'hémorragie de la délivrance.

a- Infertilité

Il existe une augmentation de la fréquence des malformations utérines dans la population des femmes infertiles (6,3% v. 3,8% en population générale) (Pellicer et al, 1997). Cependant, la malformation génitale est rarement la seule responsable de

cette hypo-fécondité. Ainsi, dans le cadre du bilan d'une infertilité, la découverte d'une malformation de l'appareil génital ne doit pas dispenser de réaliser un bilan complet d'infertilité. Ainsi, une pathologie tubaire ou une endométriose pourraient être associées dans 15 à 20% des cas (Raga et al., 1997).

b- Complications au 1^{er} trimestre

Pour Raga et al., le taux de naissance vivante varie en fonction du type de malformation variant de 62% pour les utérus bicornes à 40% pour les utérus unicornes ou bicornes bi-cervicaux (Raga et al., 1997).

Ainsi le taux de fausse-couche spontanée est estimé à 25% pour les utérus unicornes et pourrait atteindre plus de 40% pour les utérus bicornes bi-cervicaux. Dans le cas du syndrome d'exposition au DES, le taux de fausse-couche est voisin de 20% des cas en fonction des séries et il pourrait être en rapport avec des anomalies de la vascularisation utérine.

Le taux de grossesse extra-utérine est également plus élevé en cas de malformation utérine. Il serait ainsi de 17% pour les utérus cloisonnés, ce chiffre rejoignant celui de la population générale après résection chirurgicale de la cloison (Fedele et al., 1993). Ce risque pourrait être supérieur dans le cas des utérus unicornes avec un fort risque de grossesse au niveau de la trompe rudimentaire devant faire discuter une salpingectomie prophylactique (Katz et al., 1996).

c- Complications au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre

L'existence d'une malformation utérine majore le risque d'avortement tardif, de menace d'accouchement prématuré, de pathologie vasculaire de la grossesse, d'hypotrophie foetale et de présentation dystocique à terme.

Le risque d'accouchement prématuré est compris entre 10 et 15%. Dans cette situation, l'étude de la longueur du col mesuré par échographie entre 15 et 25 semaines permet d'identifier un groupe à risque accru avec une sensibilité de 91% pour une spécificité de 71% (Airoldi et al., 2005).

Tous les auteurs confirment une grande fréquence des présentations dystociques à terme voisine de 30% (présentation du siège, présentation transverse). Celles-ci expliquent un recours plus fréquent à une naissance de l'enfant par césarienne (Rudigoz et al., 1991).

d- Complications lors de l'accouchement

Les malformations utérines sont source potentielle de dystocie mécanique (liée à une présentation vicieuse) mais également de dystocie dynamique par anomalie de la contractilité du myomètre. Ces notions expliquent un taux de césarienne voisin de 30-50% dans cette population (Rudigoz et al.).

Enfin, le risque d'hémorragie de la délivrance est également classiquement augmenté en particulier en rapport avec des anomalies de la rétraction utérine.

L'ensemble de ces considérations invite à réaliser, lorsque cela est possible, une complète évaluation anatomique et fonctionnelle de ces malformations utérines en dehors de la grossesse devant associer échographie, hystérogographie et très souvent coelioscopie en gardant en mémoire qu'un traitement chirurgical réalisé avant tout projet de grossesse permet le plus souvent de réduire la fréquence de ces complications gravidiques et puerpérales.

Références

Pellicer A. Shall we operate on mullerian defects? An introduction to the debate. Hum Reprod 1997;12:1371-2.

Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simon C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. Hum Reprod 1997;12:2277-81.

Fedele L, Arcaini L. Reproductive prognosis after hysteroscopic metroplasty in 102 women: life-table analysis. Fertil Steril 1993;59:768-72.

Katz Z, Ben-Arie A, Lurie S, Manor M, Insler V. Beneficial effects of hysteroscopic metroplasty on the reproductive outcome in a T-shaped uterus. Gynecol Obstet Invest 1996;41:41-3.

Airoldi J, Berghella V, Sehdev H, Ludmir J. Transvaginal ultrasonography of the cervix to predict preterm birth in women with uterine anomalies. Obstet Gynecol 2005;106:553-6.

Rudigoz RC, Gaucherand P. Retentissement obstétrical des malformations utérines. EMC 1991.