

**SOCIÉTÉ NATIONALE
DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE FRANCE**

Groupement régional de LILLE

RÉUNION DU 25 JUIN 1969

Président : M. DELERUE.

***Un nouveau cas d'utérus bicorne bicervical
avec vagin borgne et agénésie rénale hormo-latérale,***

par MM. P. Gellé, M. Pauchant, M. Dominatti,
G. Crépin et G. Delahousse.

Nous publions ce nouveau cas pour deux raisons :

— Tout d'abord, par suite de sa relative rareté, et par le fait que l'iconographie est ici assez complète.

— La deuxième raison est de rappeler, à propos de ce cas, les principaux éléments du diagnostic clinique et anatomique per-opératoire, ainsi que la conduite thérapeutique à mettre en œuvre de façon à éviter les hésitations du diagnostic. Ces conditions favorisent des exérèses incomplètes ou inadéquates, obligeant souvent à réintervenir de multiples fois.

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans qui nous est adressée pour diagnostic d'une masse pelvienne. Les premières règles sont survenues à 11 ans, et par la suite, la malade a toujours été régulièrement réglée avec, toutefois, existence d'une dysménorrhée intense. Depuis deux ans, elle accuse la survenue à plusieurs reprises d'épisodes de rétention aiguë d'urines spontanément résolutifs. Le bilan étiologique de cette masse qui s'accompagne d'épisodes de rétention aiguë d'urines, amène à pratiquer une urographie I.V. qui révèle l'absence totale d'opacification du rein droit, absence qui est confirmée par un néphrogramme isotopique.

L'examen clinique retrouve cette masse occupant tout le pelvis dont le pôle supérieur est perçu dans la région hypogastrique. Une cœlioscopie est alors pratiquée : le premier temps est rendu impossible par l'existence de cette masse occupant tout le pelvis que l'on décide de ponc-

tionner au niveau du cul-de-sac vaginal, ponction qui permet d'évacuer 500 cm³ de vieux sang ; le deuxième temps de la cœlioscopie permet de mettre en évidence deux hémi-utérus complètement séparés, le droit atrophique se jette dans une cavité kystique située sous le cul-de-sac vésico-vaginal.

Il s'agit donc d'un utérus bicorne bicervical, l'utérus droit s'abouchant dans un cul-de-sac borgne, où s'était développée une hématométrie très importante, responsable de la masse pelvienne et de la rétention d'urines. On pratique donc une semi-hystérectomie droite avec fermeture du vagin borgne.

Une telle éventualité clinique est rare, mais l'histoire est parfaitement reconnaissable : jeune fille se plaignant de dysménorrhée s'accompagnant d'une symptomatologie urinaire plus ou moins marquée. C'est le toucher rectal qui fait le plus souvent le diagnostic.

Les examens complémentaires à pratiquer sont : l'urographie I. V. qui est indispensable ; elle seule permet de dire qu'il s'agit d'un utérus bicorne bicervical et non d'un utérus cloisonné, malformation qui ne s'accompagne jamais de malformations rénales. L'agénésie rénale est ici constante et le plus souvent homolatérale à la rétention ; l'hystérosalpingographie ; la cœlioscopie, l'inventaire per-opératoire.

Deux attitudes thérapeutiques peuvent être discutées :

— conservatrice : incision de l'hématocolpos et évacuation par les voies naturelles, puis réintervention par voie naturelle afin de réséquer la cloison séparant les deux hémi-utérus ;

— radicale le plus souvent : extirpation des seuls organes en rétention.

Au total, les succès opératoires sur de telles malformations sont tels que ces accidents sont plus impressionnants que graves, à condition d'être précocement reconnus et convenablement traités.

Utérus pseudo-unicorné et grossesse : problèmes diagnostiques et thérapeutiques,

par MM. R. Palliez, M. Delecour, J. C. Monnier et M^{lle} F. Begueri.

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 22 ans, dont l'histoire gynéco-obstétricale a été émaillée de maintes péripéties. Régulée depuis l'âge de 14 ans, régulièrement, sans dysménorrhée, cette patiente est enceinte pour la première fois au début 1967 et la grossesse se termine à 2 mois et demi par un avortement suivi de curetage. La deuxième grossesse survient très rapidement, en octobre 1967 et se déroule normalement jusqu'à l'âge de 3 mois et demi, époque à laquelle, sans prodromes, sans hémorragies génitales, cette patiente présente une douleur syncopale de la fosse iliaque gauche, suivie d'un tableau d'hémopéritoine aigu extrêmement grave. La laparotomie sous-ombilicale pratiquée d'urgence et sous réanimation sanguine massive, met en évidence la rupture d'une corne utérine gauche rudimentaire ; les annexes gauches sont normales et cette corne utérine gauche est borgne à son extrémité interne, reliée à l'hémi-utérus droit par un ligament large contenant le ligament rond gauche. Il s'agit bien d'un utérus pseudo-unicorné et l'ébauche utérine gauche a permis la nidation et le développement d'une grossesse jusqu'à 3 mois et demi. Le sac ovulaire complet est retrouvé dans la cavité abdominale. L'hystérosalpingographie pratiquée quelque temps après l'intervention confirme le diagnostic, d'autant plus que l'urographie intra-veineuse est tout à fait normale, tant à droite qu'à gauche, du côté de la corne utérine rudimentaire.