Malformations utéro-vaginales et rétention menstruelle : à propos de18 cas

Drs Makhlouf T – Berrais G

Service A de Gynécologie-Obstétrique
Hôpital Charles Nicolle Tunis

JUAN LES PINS ANTIBES 23-24Juin

Epidémiologie

-Prévalence: 1 à 4%

-Problème = fertilité (10% hypofertilité)

-Rôle de l'imagerie: orientation diagnostic, pronostique, thérapeutique

Rappels Embryologiques

Le développement de l'appareil génital féminin est étroitement lié à celui de l'appareil urinaire du fait de l'approximité anatomique de leurs précurseurs : canaux de Muller et les canaux de Wolff

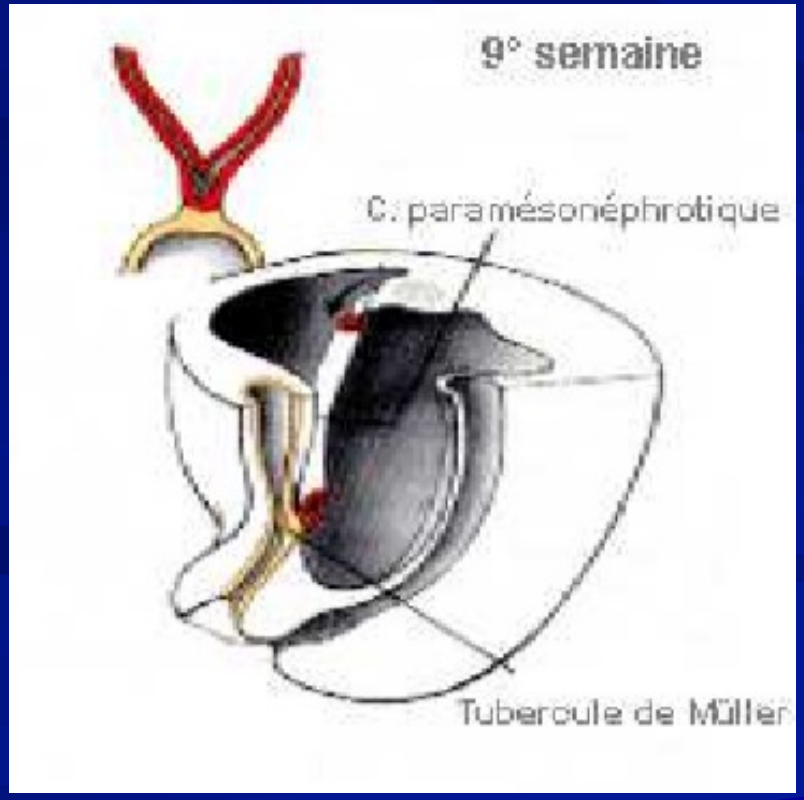
Rappels Embryologiques

2 canaux de Muller : trompe de Fallope
Utérus 2/3 > vagin

Sinus urogénital: 1/3 < vagin

Rappels Embryologiques

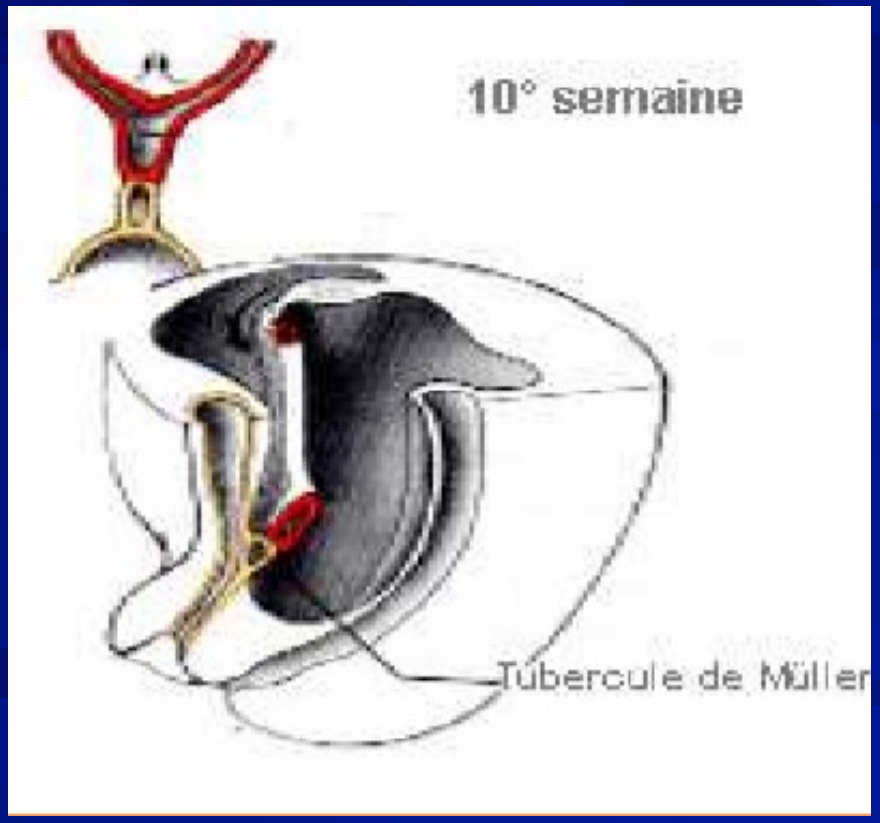
6-9 semaines de gestation



Migration canaux de Muller vers sinus Uro-Génital

Rappels Embryologiques

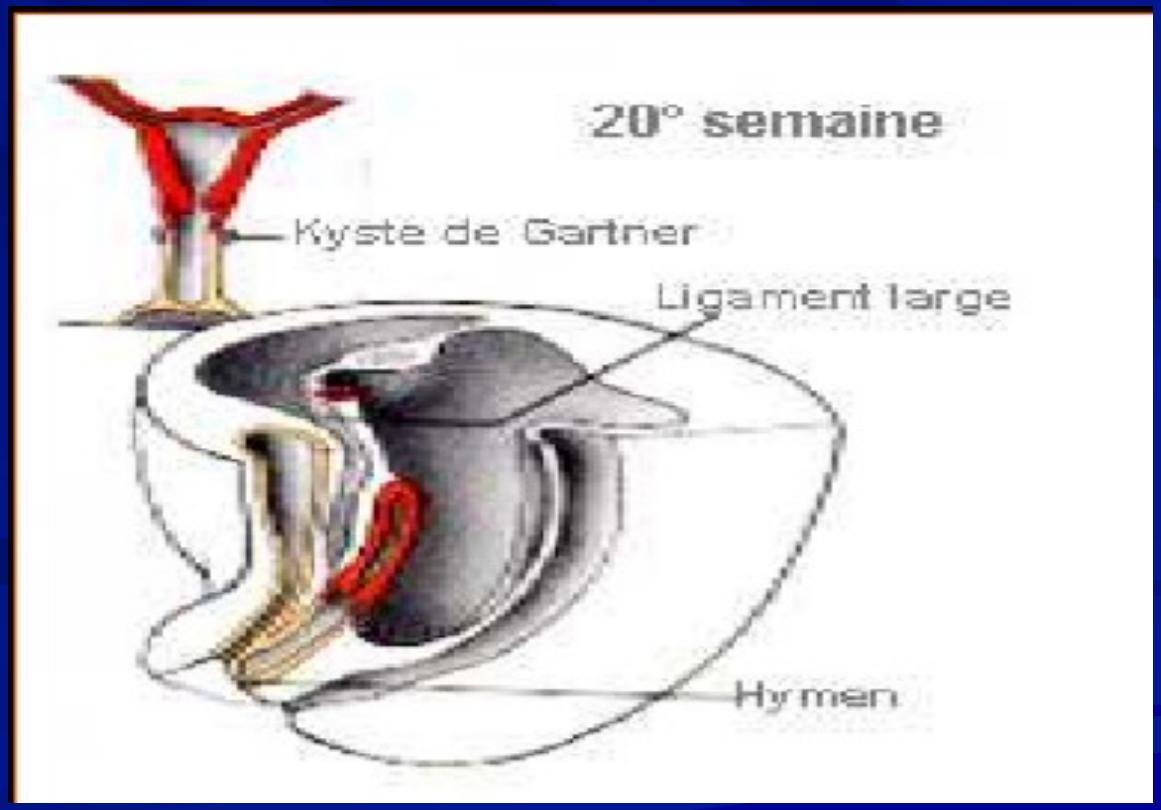
9-10 s



fusion 1/3 < des canaux de Muller
Formation cavité Utérine + 2/3 > vagin

Rappels Embryologiques

10-13 s: résorption cloison inter-mullérienne



Classifications

Etiologie	Classification de Musset (1964)	Classification d'AFS(1988)
Aplasie canaux Muller	Aplasie Mullérienne bilatérale: Sd de Rokitansky-Kuster-Hauser Aplasie Mullérienne unilatérale: Utérus unicorne Utérus pseudo unicorne	Type I: Hypoplasie, agénésie Type II: Utérus unicorne
Trouble fusion canaux	Utérus bicorne bicervical Utérus bicorne:Unicervical total/corporéal/fundique	Type III:Utérus bicorne bicervical Type IV; Utérus bicorne
Trouble résorption	Utérus cloisonné: Total/subtotal/corporéal/fundique Utérus à fond arqué Utérus communicant	Type V: Utérus cloisonné (Va: partiel, Vb:total) Type VI: Utérus à fond arqué
	Hypoplasie utérine	Type VII: Utérus DES

Classifications actuelles

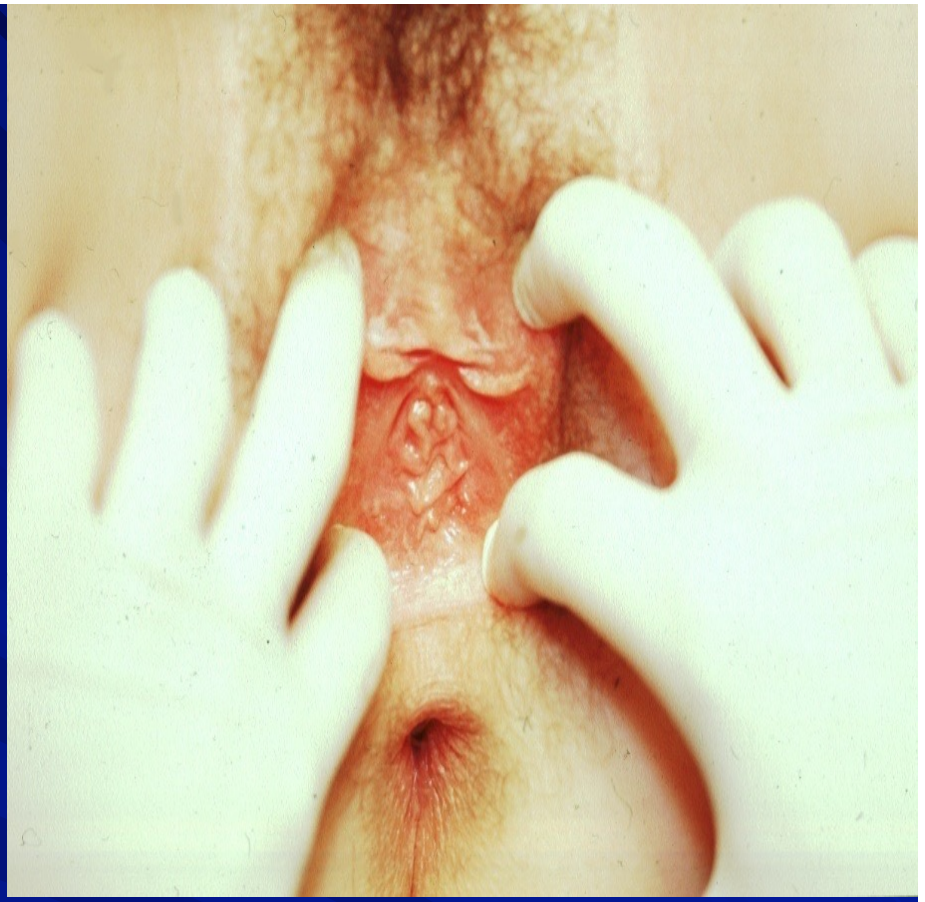
Classification ESHRE

Classification ESGE

Diagnostic positif

- Interrogatoire ++
- Examen clinique minutieux
- Examens paracliniques:
  - Echographie
    *Suspubienne/vaginale (2D/3D)
    *Rénale
  - IRM
  - Hystéroscopie - coelio

Diagnostic positif: examen clinique



- développement vulvaire périnéal
- existence d ’un hymen, perméabilité/profondeur vaginale
- examen au spéculum: cloison, symétrie des cul de sacs, col (nombre, aspect)
- TV et TR: corps utérin, masse pelvienne, bombement de la paroi vaginale

Diagnostic positif: échographie

- Echographie 2 D, Echographie 3D
- Examen de choix chez la jeune fille
- Diagnostic positif de certaines malformations
- Cavité utérine, myomètre
- Echo rénale (agénésie/malformation)
- Bilan lésionnel d'amont +/-

IRM

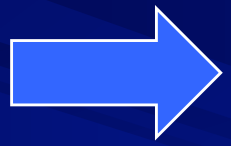
- Possibilité de réaliser des coupes dans les trois plans de l'espace, associée à une bonne résolution de contraste et spatiale
- Permet l’étude de l’ensemble des canaux de Müller (utérus et vagin) et de l’appareil urinaire
- Coût relativement élevé de l'examen
  accès parfois difficile

Endoscopie

- Couple HSC- Coelio : étude directe de la morphologie utérine, état tubaire
- Hystéroscopie: permet le traitement d ’une anomalie muqueuse ou d ’une cloison
- Cœlioscopie: - hypofertilité,
  - malformations complexes
  - bilan lésionnel précis d’amont
  - but thérapeutique

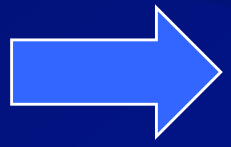
Types de rétention menstruelle

-La rétention menstruelle complète:



Amenorrhée primaire douloureuse

-La rétention menstruelle partielle



Dysmenorrhée

Rétention Menstruelle Complète: Aménorrhée primaire douloureuse

- Imperforation hyménéale
- Diaphragme vaginal complet
- Aplasie vaginale partielle ou totale avec utérus fonctionnel
- Aplasie ou atrésie cervicale isolée avec isthme fonctionnel (exceptionnelle)

Imperforation hyménéale

- Cryptoménorrhée
- CSS normaux
- Inspection vulve : diagnostic

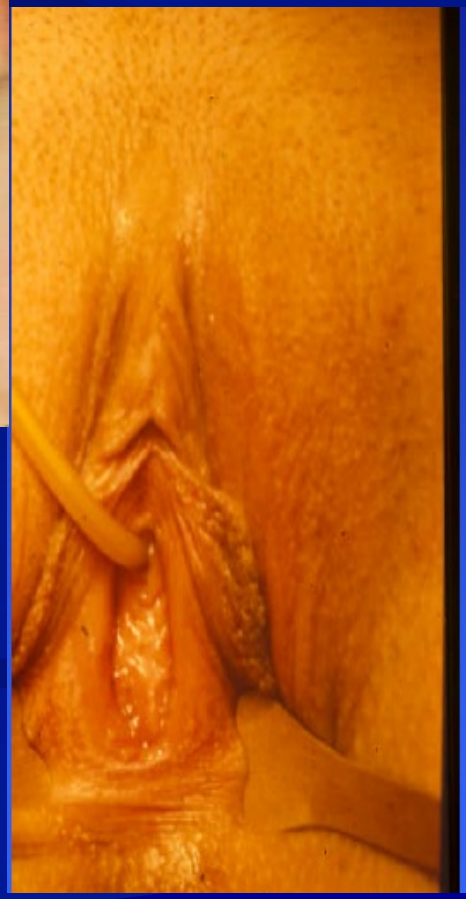
  Masse pelvienne : Hématocolpos

  Rétention urinaire
- Echographie: hématocolpos / bilan retentissement d'amont +/-

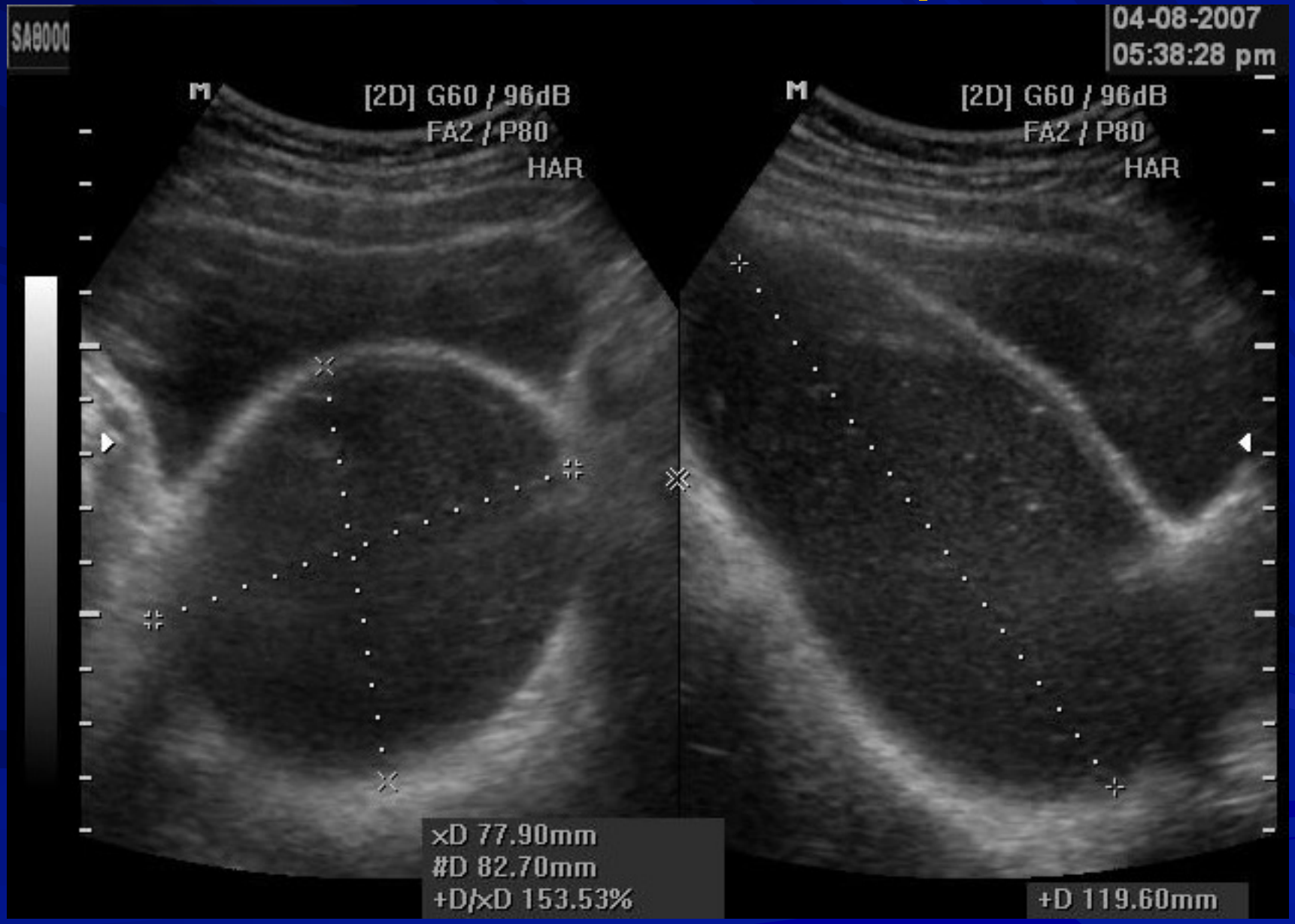
Absence de malformation rénale

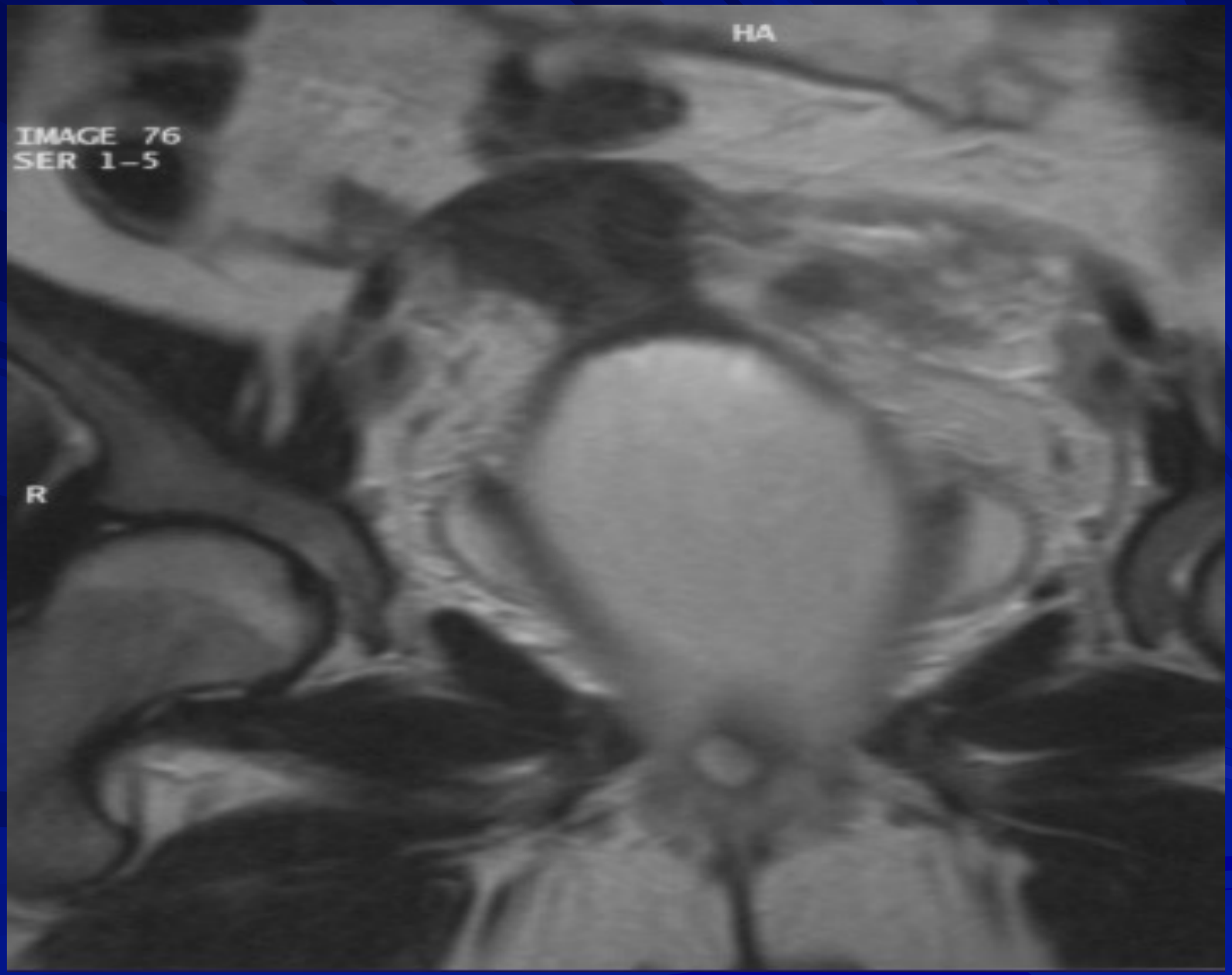
Hydrométrocolpos

Hématocolpos



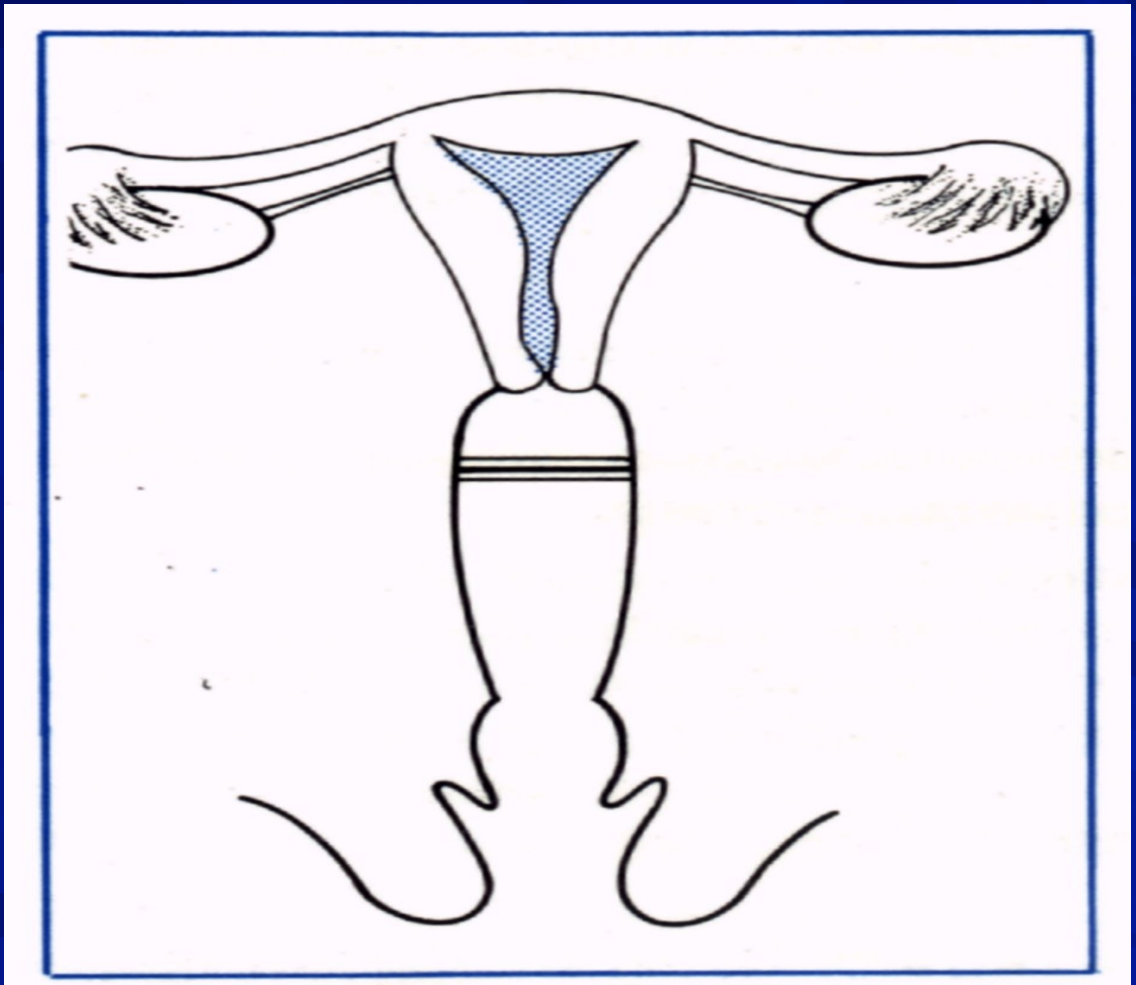
Echo Hématocolpos




HA
IMAGE 76
SER 1-5
R

Hymenectomy for Imperforate Hymen

Diaphragme vaginal complet

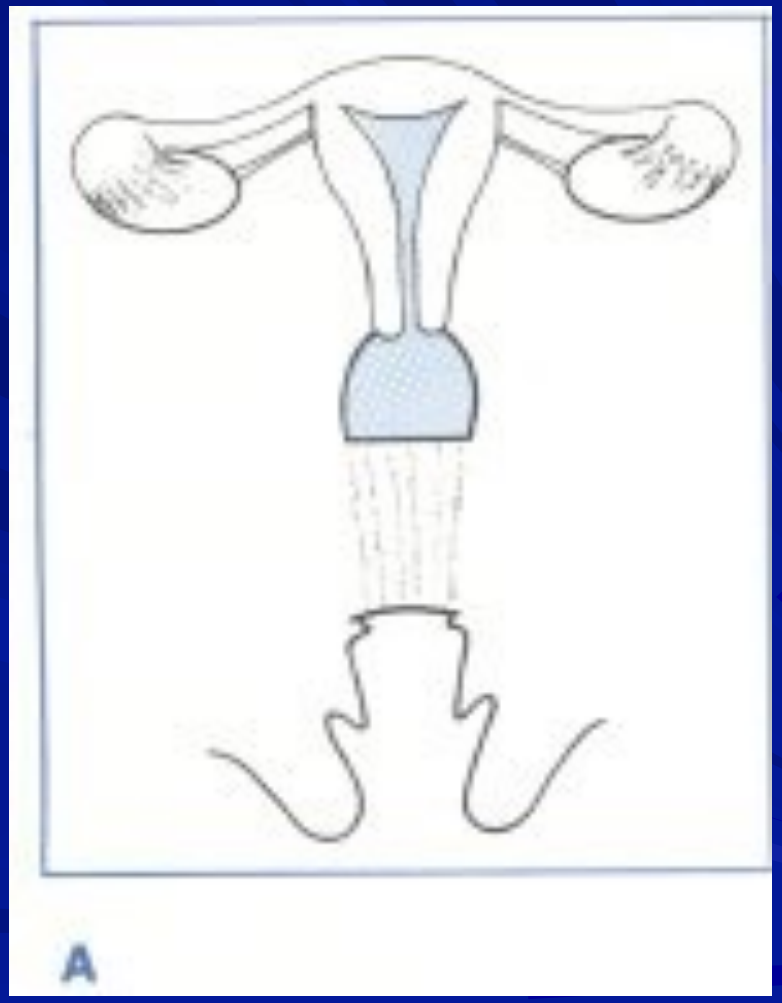


10 Diaphragme complet

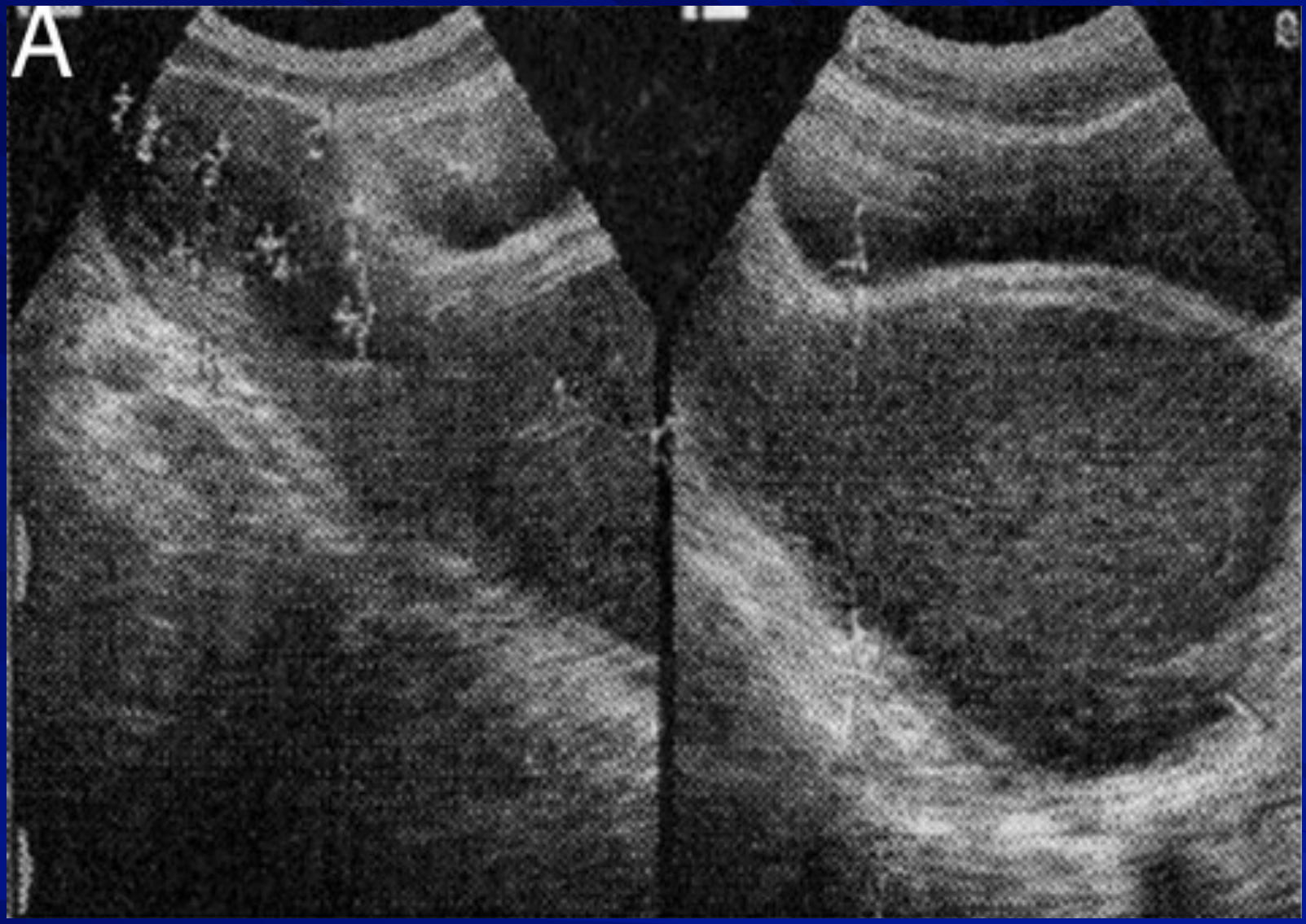
Aplasie vaginale partielle ou totale avec utérus fonctionnel

Aplasie vaginale isolée
<10 % des aplasies
rétention menstruelle

Intérêt IRM:
Diagnostic
Intérêt cœlioscopie :
bilan d'amont



Atrésie isolée du col


A

Atrésie cervicale

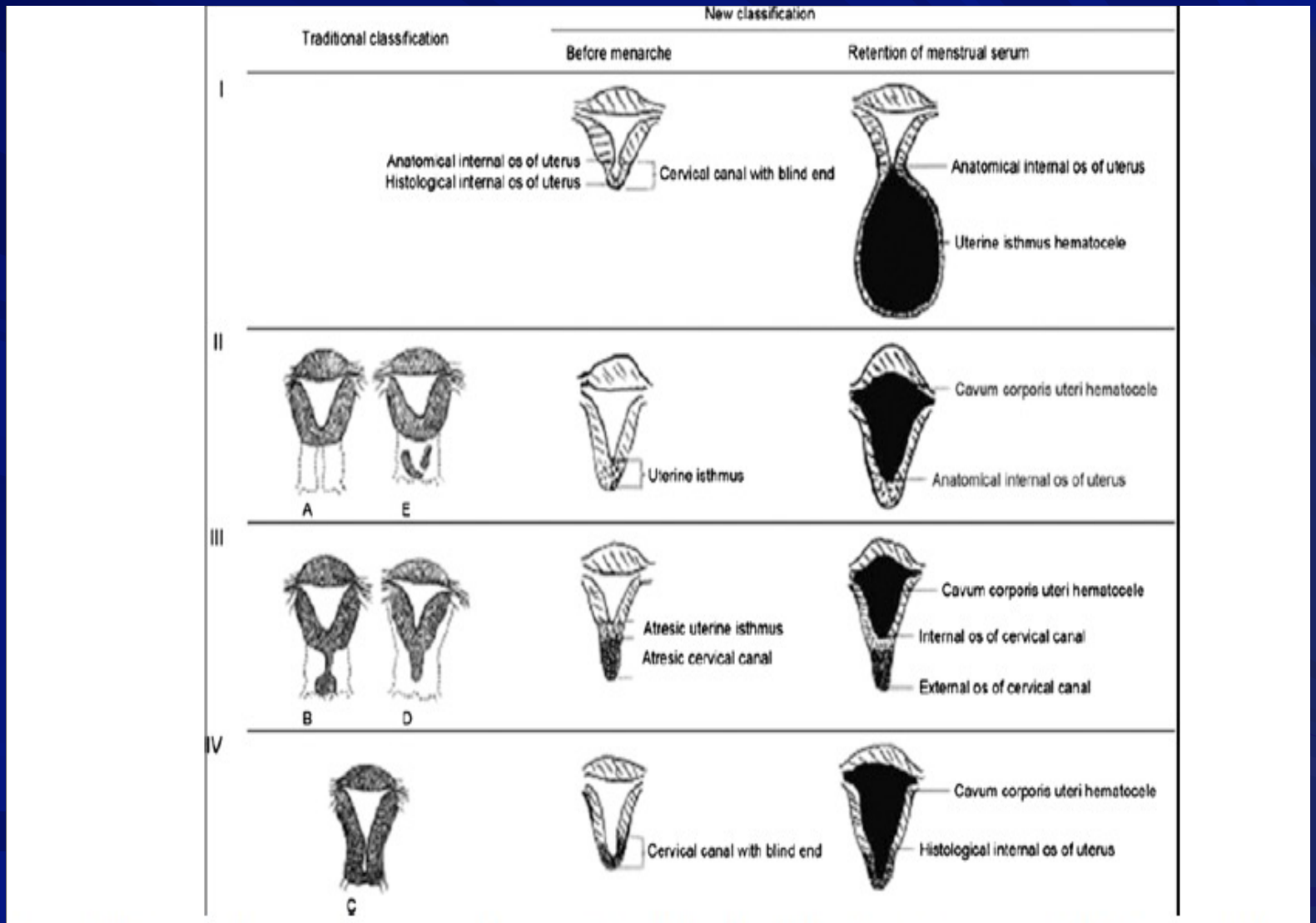


Figure 2 Diagrammatic anatomical comparison between the traditional cervix classification for abnormal development and the proposed cervical atresia typing (coronal uterus view).

Aménorrhée primaire non douloureuse

- Aplasies cervico-isthmiques et vaginales
  - <1 % des aplasies
  - Pas de Menstruation

Absence de rétention

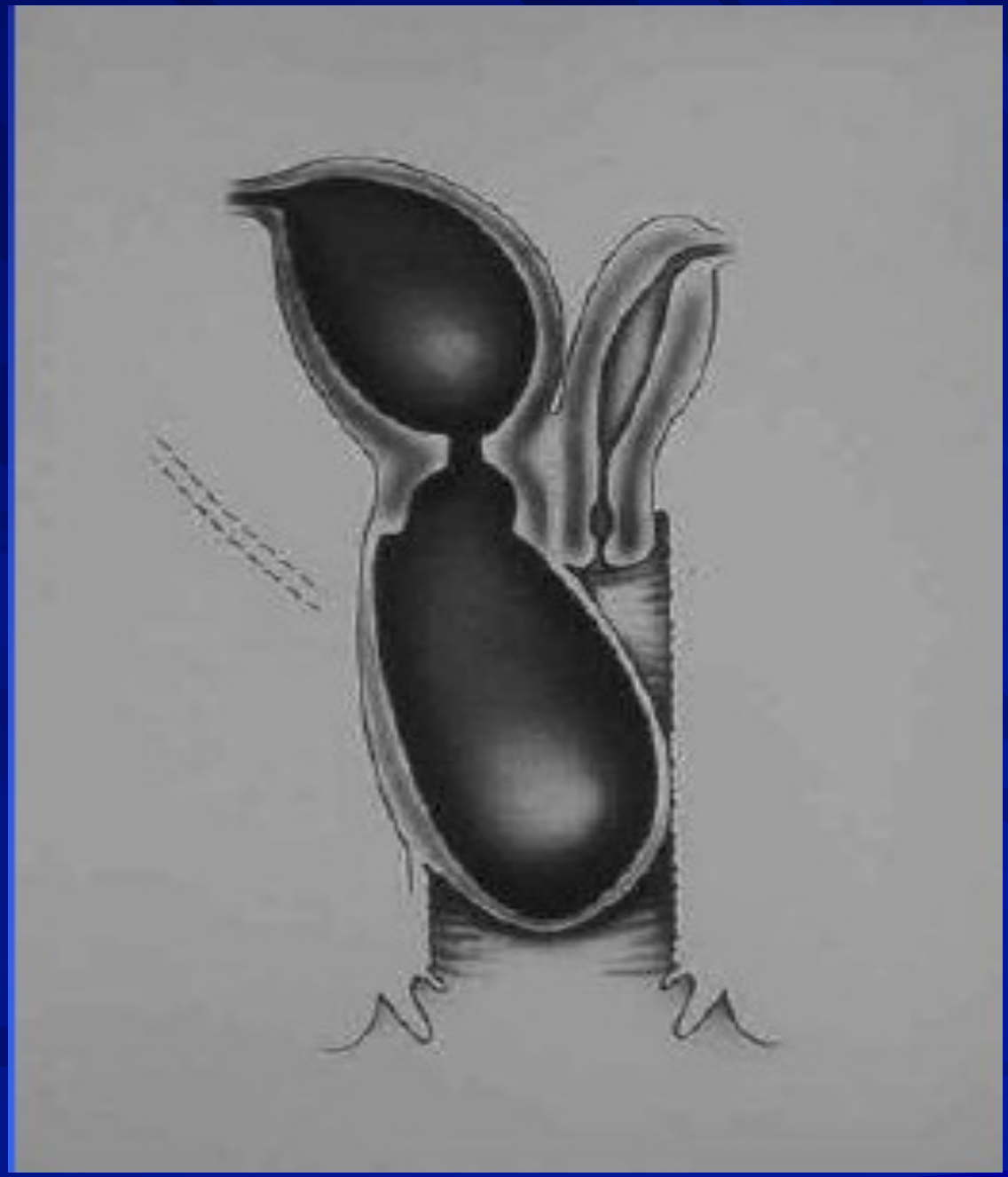
Rétention Menstruelle Incomplète: Dysménorrhée

- Date d'apparition : puberté +++
- Douleurs latéralisées puis diffuses, intensité croissante, cyclique, résistante au TTT médical
- → penser à une rétention menstruelle unilatérale
- Le plus souvent : hémivagin borgne

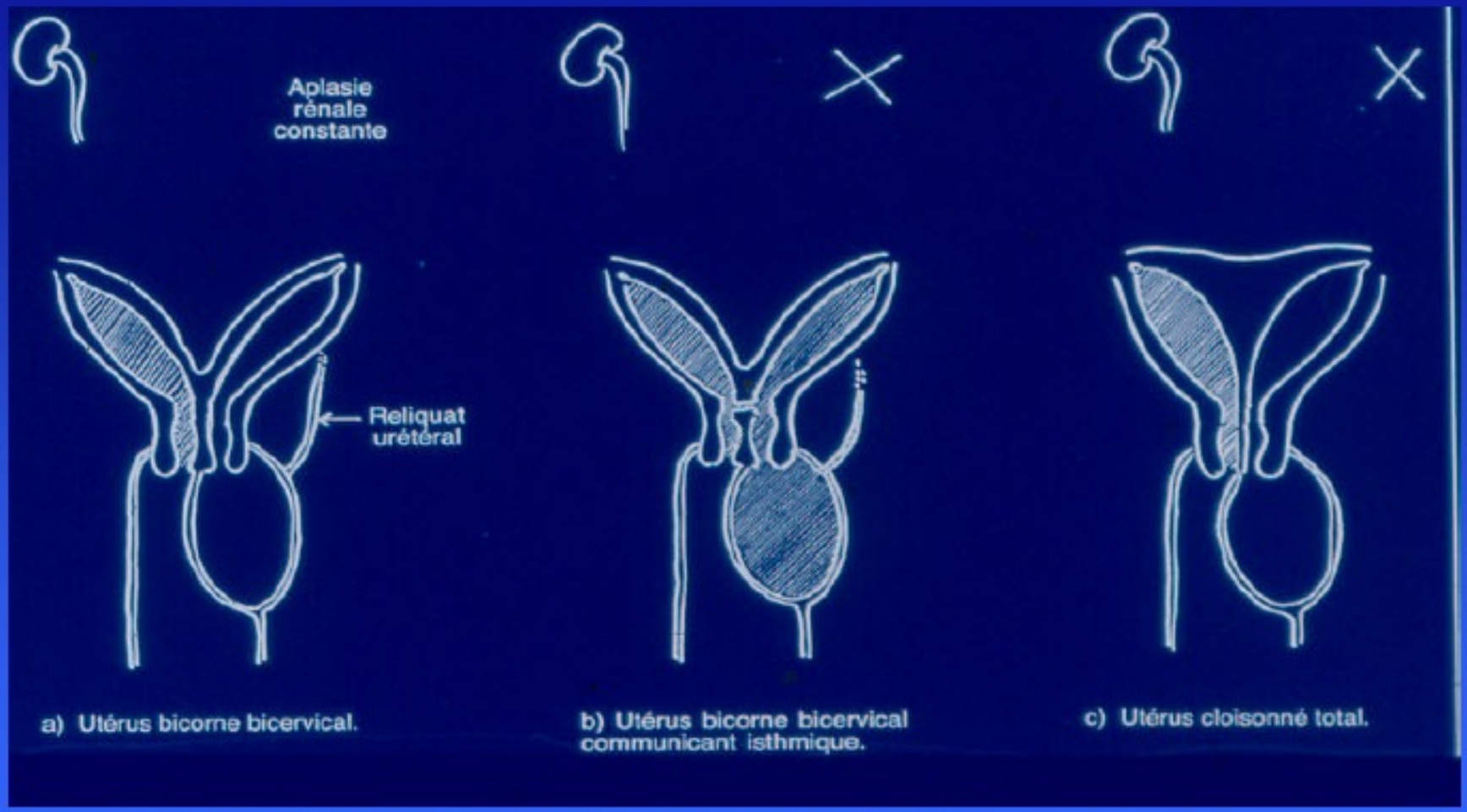
  Rarement : corne rudimentaire canaliculée non communicante

Hémivagin borgne

- Caractère unilatéral des douleurs
- Examen spéculum (si possible): bombement latéral de la paroi vaginale
- TR: masse pelvienne latéralisée sous jacente à l'utérus
- Echographie: masse liquidienne surmontée d'un utérus bicorne dont l'un des hémi-utérus est dilaté, Agénésie rénale homolatérale

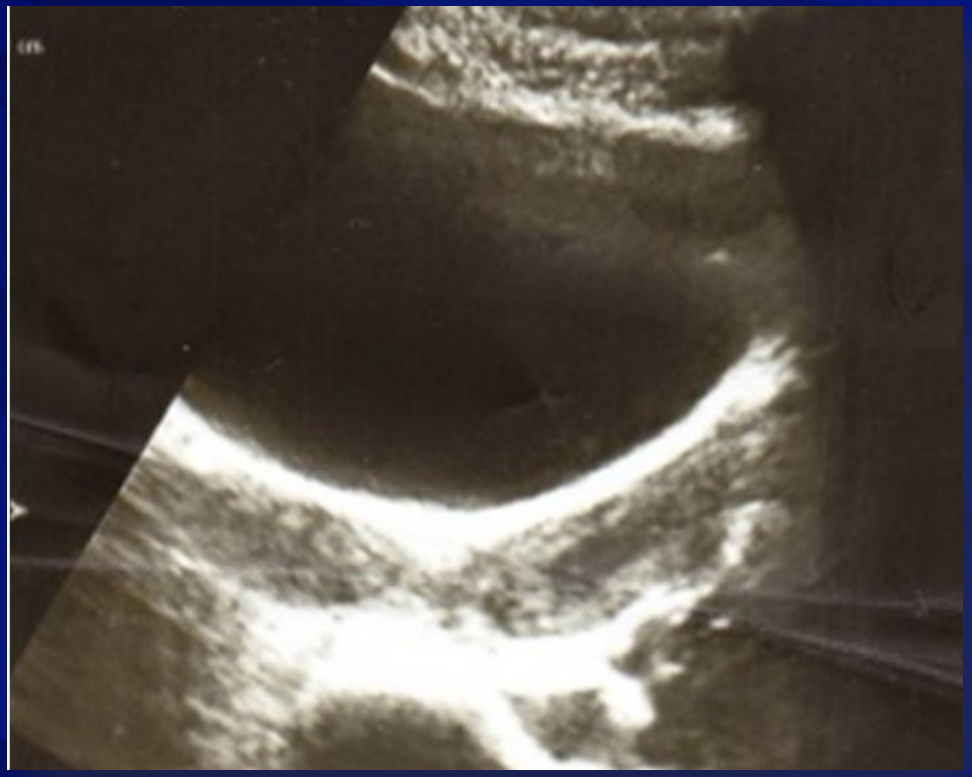


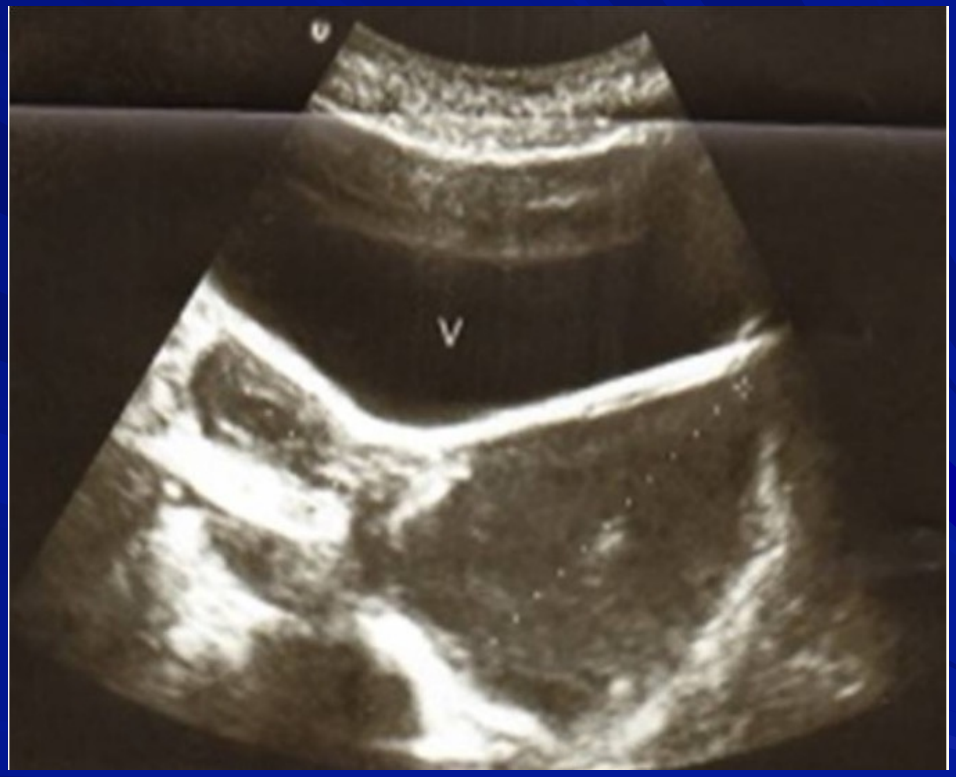
b- Dysménorrhée = Hémivagin borgne



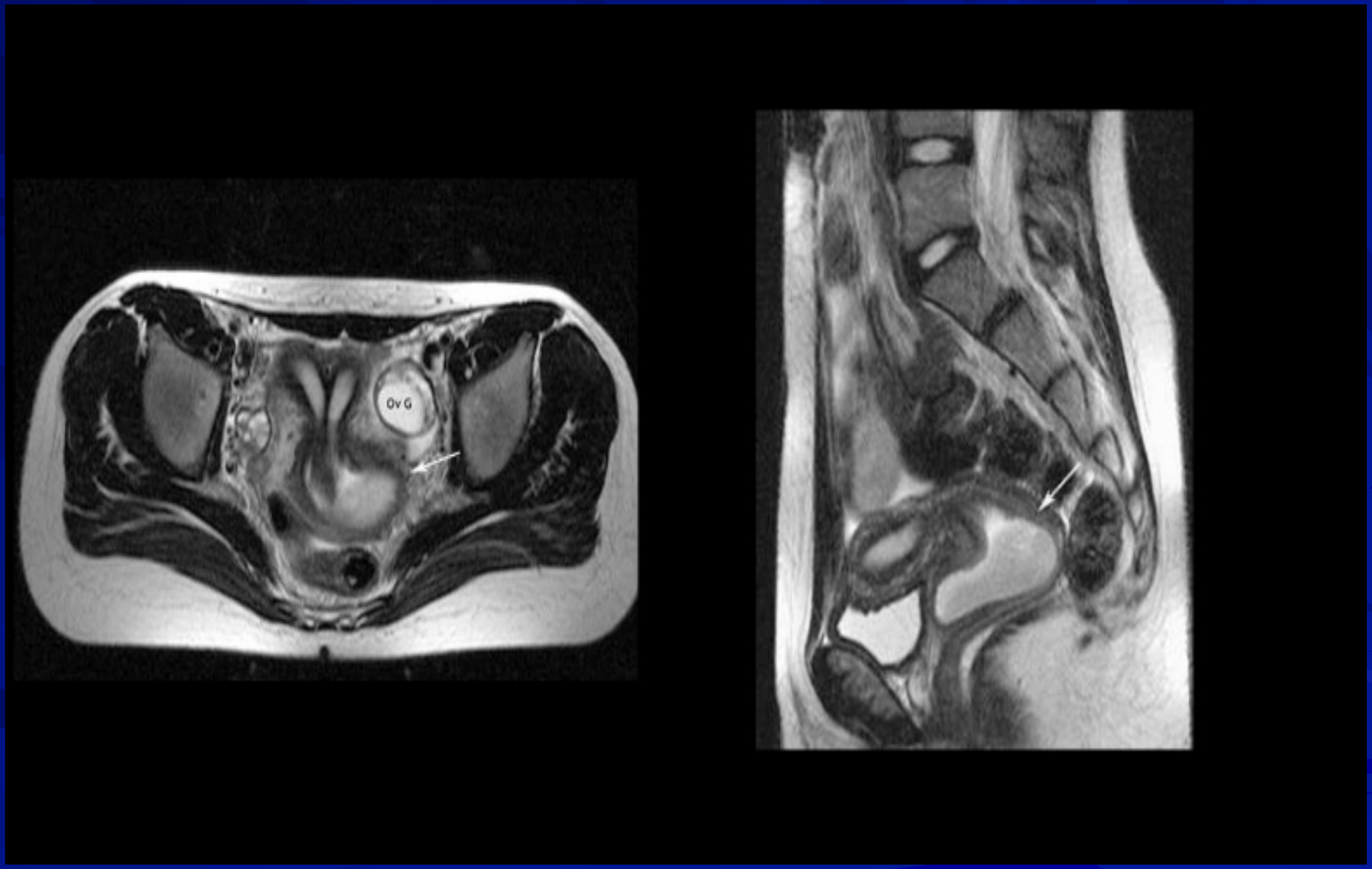
Toujours associé à une malformation utérine :
utérus bicorne bicervical le plus souvent
Aplasie rénale constante du côté borgne

- Echographie pelvienne par voie sus pubienne

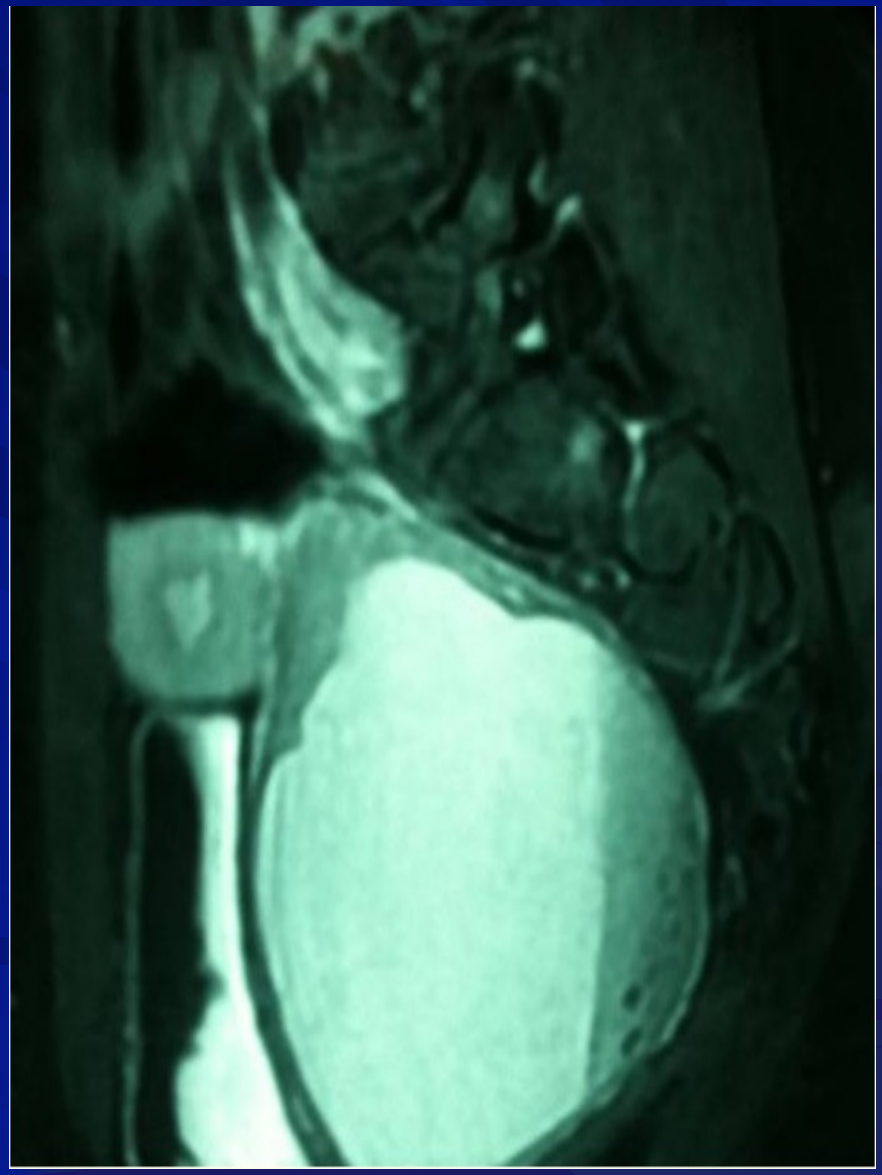


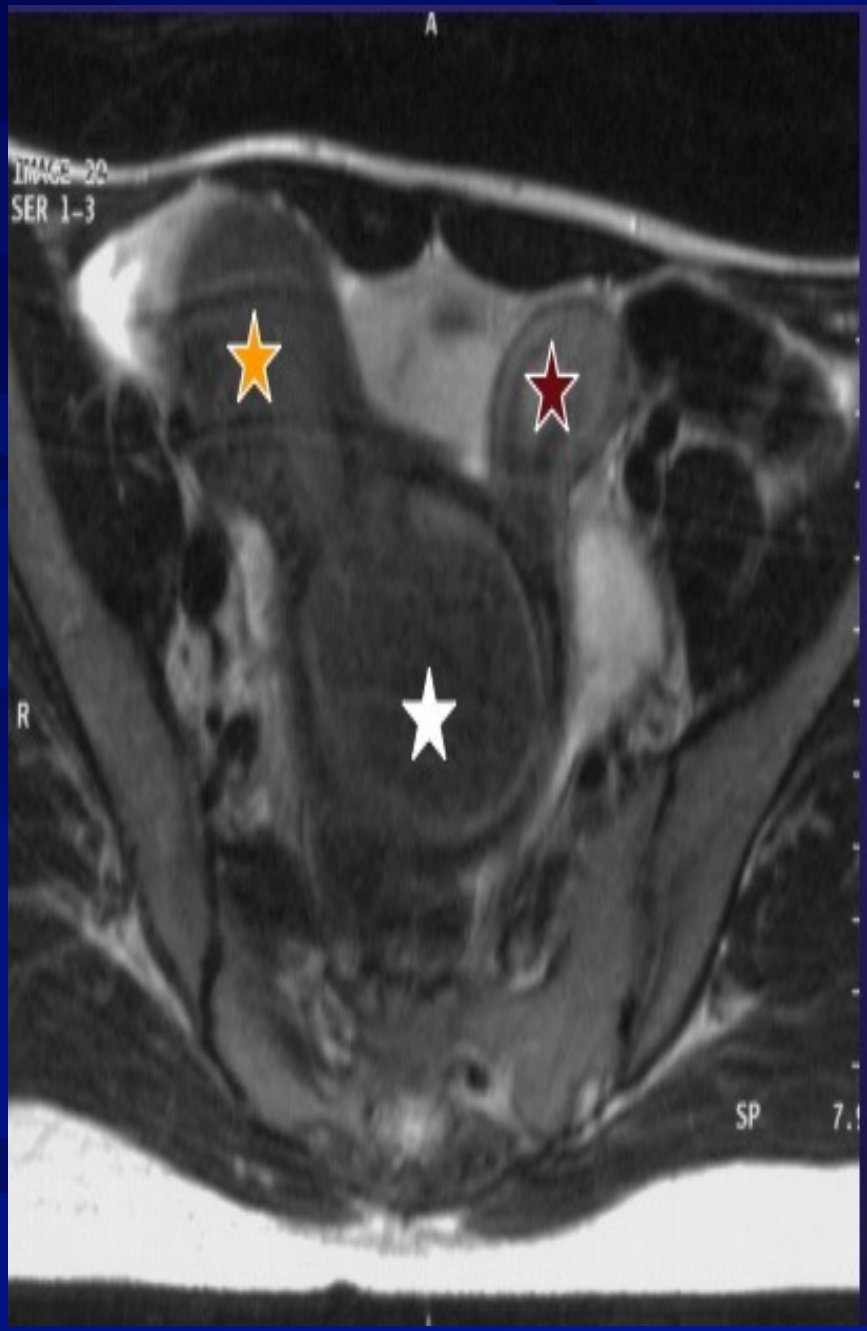


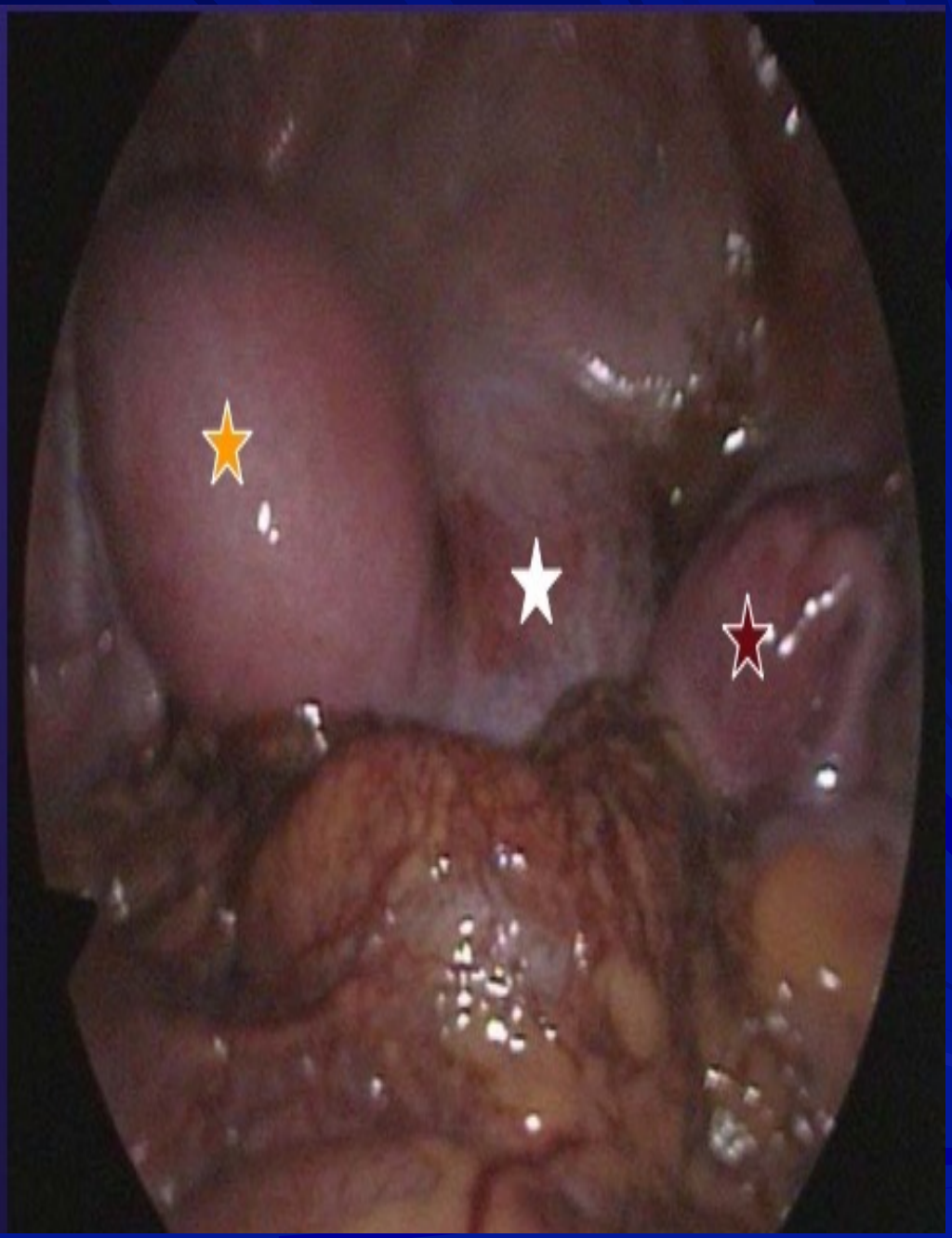
Hémivagin borgne



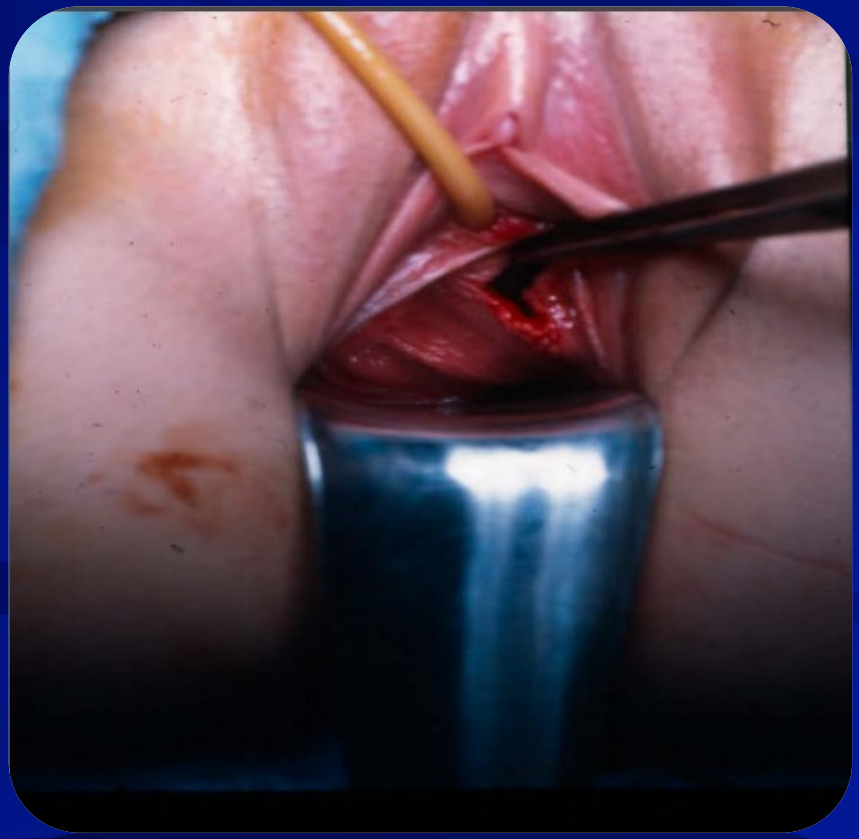
IRM pelvienne

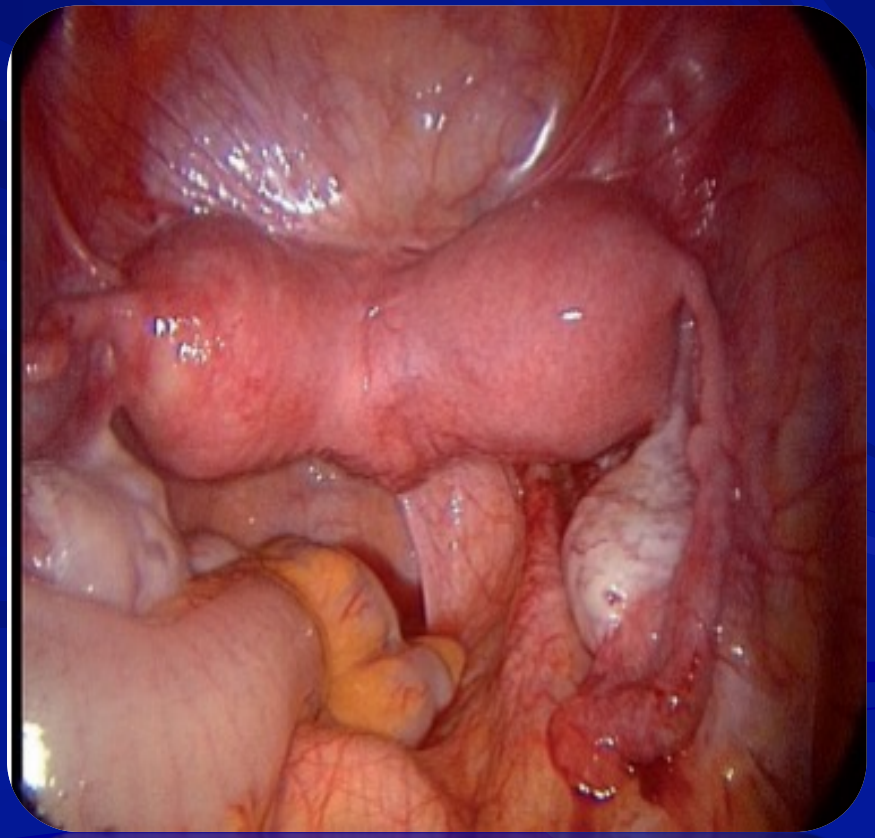



A
SER 1-3
R
SP



- Résection large de la cloison vaginale permettant un drainage continu de l'hémi utérus rétentionnel avec marsupialisation
- Cœlioscopie à la recherche des répercussions tubaires et pelviennes. (Nodules d'endométriose+++) AVEC ADHERENCES





COELIOSCOPIE → RETENTISSEMENT EN AMONT

ABSENCE

PRESENCE

- Hématosalpinx volumineux
- Greffes endométriosiques
- Adhérences péri-annexielles

TT CONSERVATEUR

1) Débridement : Evacuation de la rétention menstruelle

ANTIBIOTIQUES
OCYTOCIQUES

2) Unification à plein canal : résection de la cloison

TT RADICAL D'EXERESE

HEMI-HYSTERO-COLPECTOMIE

(pas de préoccupation urétérale)

Utérus pseudo unicorne

- Echographie : corne complète
- Visualisation de la corne rudimentaire parfois difficile (petit volume, position ectopique..)
- → intérêt de l'écho 3D
- Rechercher un endomètre résiduel
- Malformation rénale (30%)

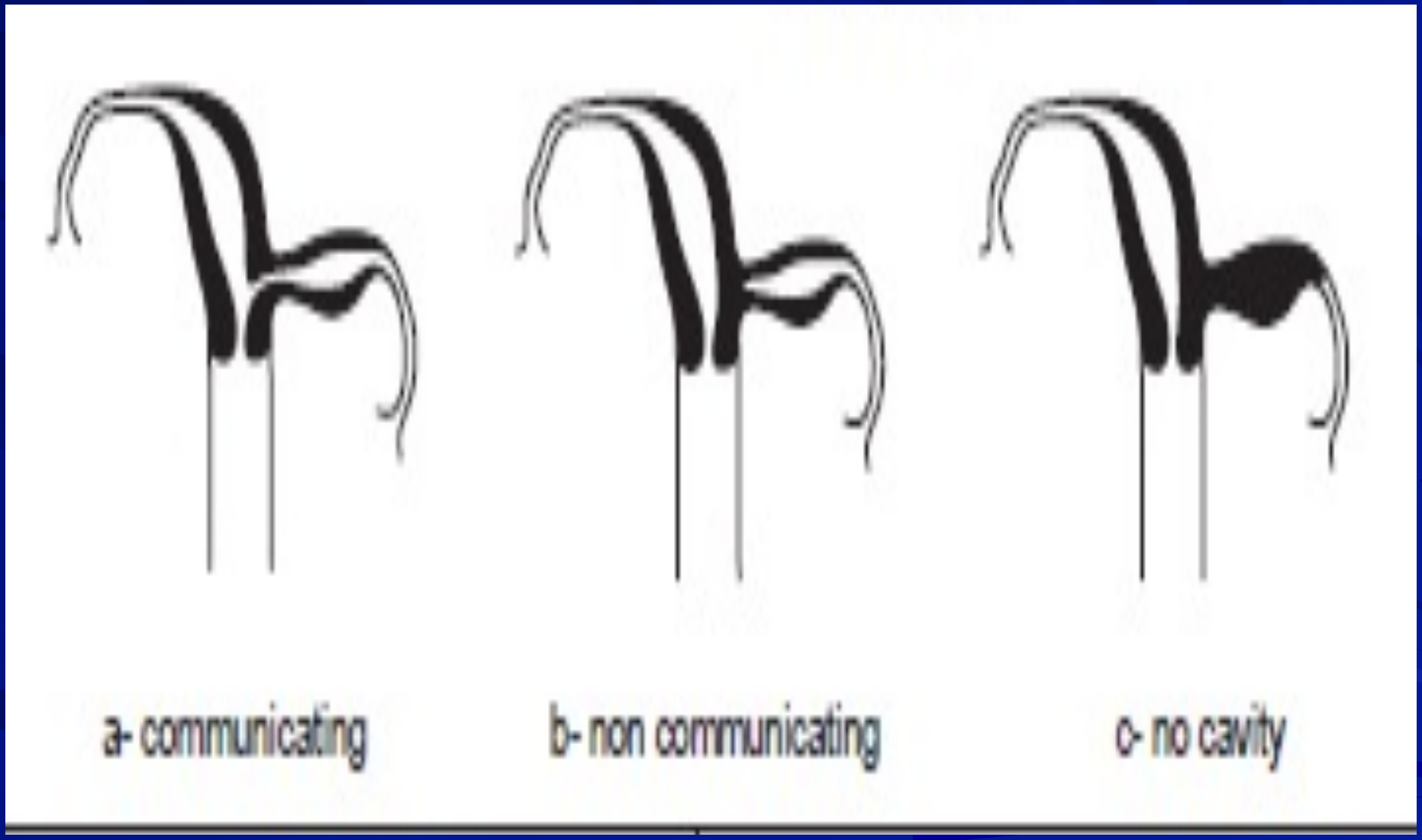
Utérus pseudo unicorne

- HSG : pas de certitude de diagnostic
- IRM : Intérêt +
- Coelioscopie : Diagnostic de certitude

  Geste chirurgical

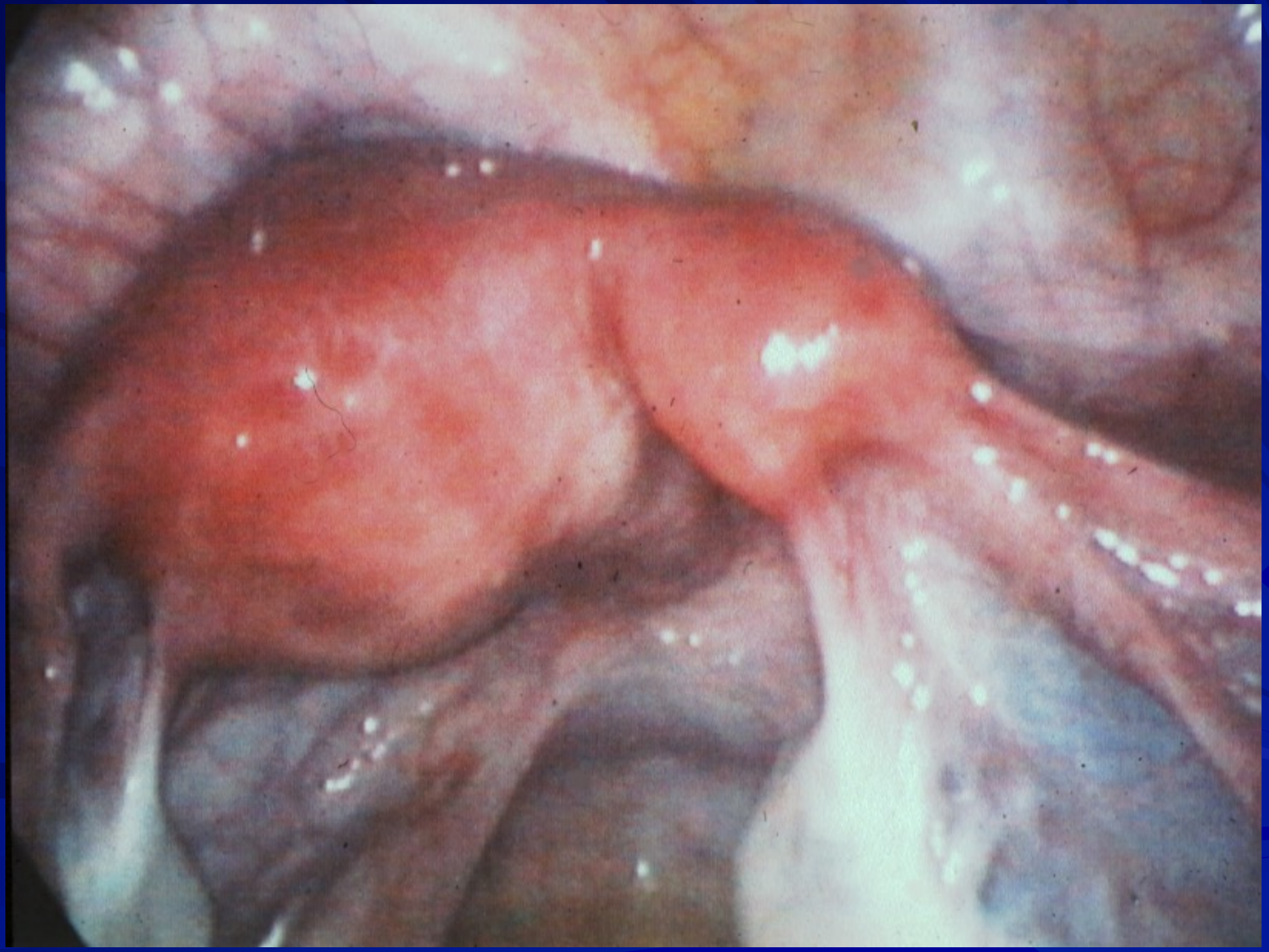
  (Salpingectomie/ résection corne)

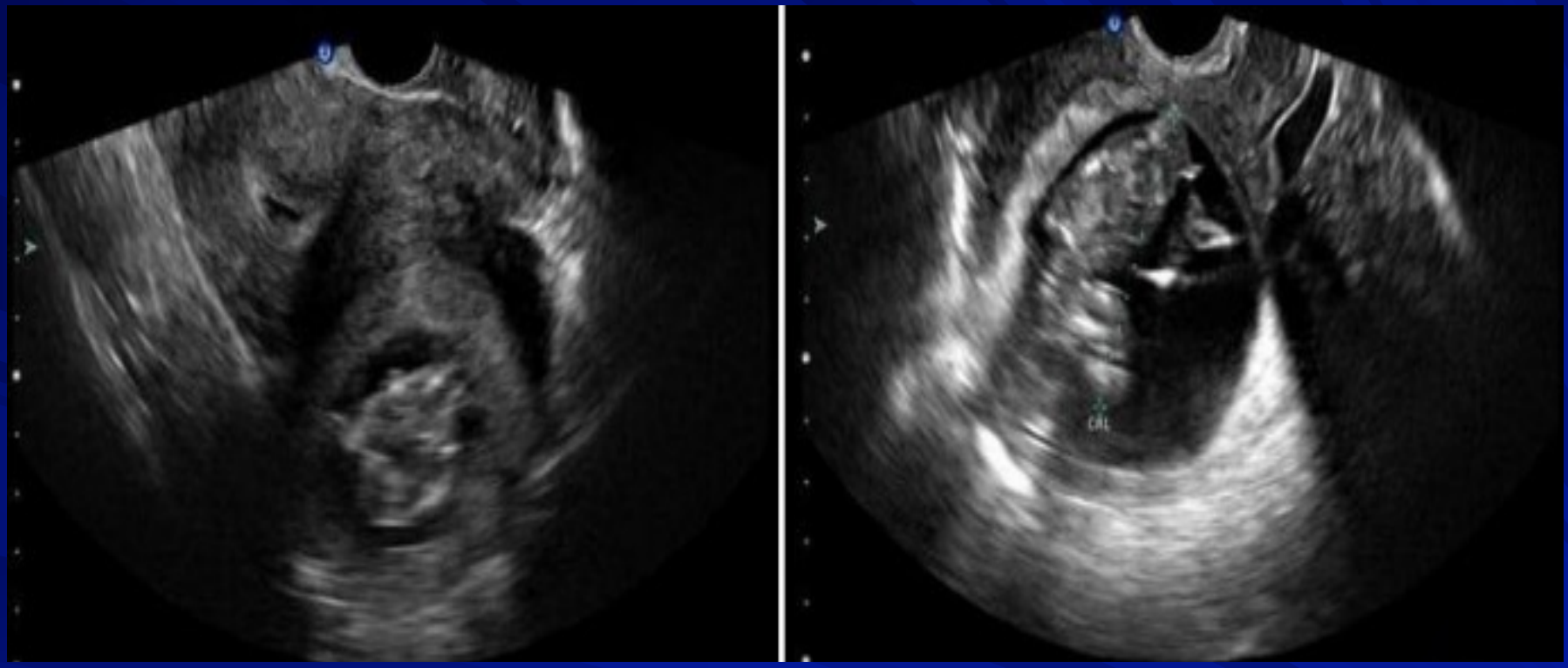
Utérus pseudo unicorne



Pseudo - unicorne
H
1

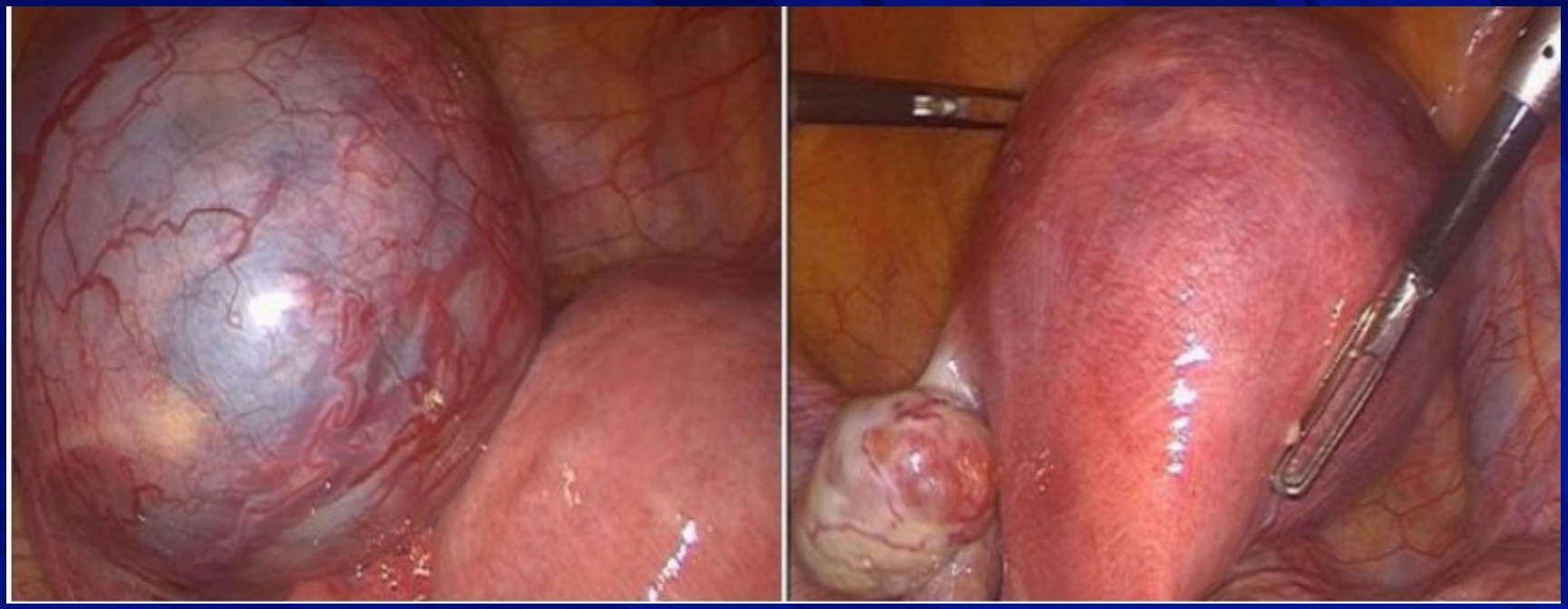
65EV13





- Echographie pelvienne: cavité uterine vide avec présence en laterouterin d'un sac gestationnel embyonné entouré d'une couronne de tissu myometrial peu épaisse % à l'autre hémicavité vide
- Par ailleurs, pas d'épanchement en intra abdominal.

- **Il s’agit d’une grossesse ectopique sur une corne rudimentaire dans le cadre d’un utérus pseudo-unicorne**



- **Exploration cœlioscopique montrant la présence d'une corne utérine rudimentaire contenant une grossesse évolutive et avancée avec une paroi fine très vascularisée**

- Résection de la corne rudimentaire

+

Salpingectomie homolatérale

La cœlioscopie peut confirmer le diagnostic et il est utile de réséquer la corne accessoire, lorsque la trompe et la corne sont fonctionnelles.

•Utérus pseudo-unicorne, aspect coelioscopique. Utérus unicorne visible au contact de la pince et corne rudimentaire borgne controlatérale (flèche).

NOTRE SÉRIE

Objectif

Analyse de la sémiologie clinique, des données radiologiques et du retentissement d'amont.

Matériels et méthodes

*E*tude rétrospective de 18 patientes présentant des malformations utéro-vaginales s'accompagnant de rétention menstruelle colligées durant une période de 4 ans allant du 01 Janvier 2017 au 31 Décembre 2020*. **15 cas de rétention complète et 3 cas de rétention incomplète.***

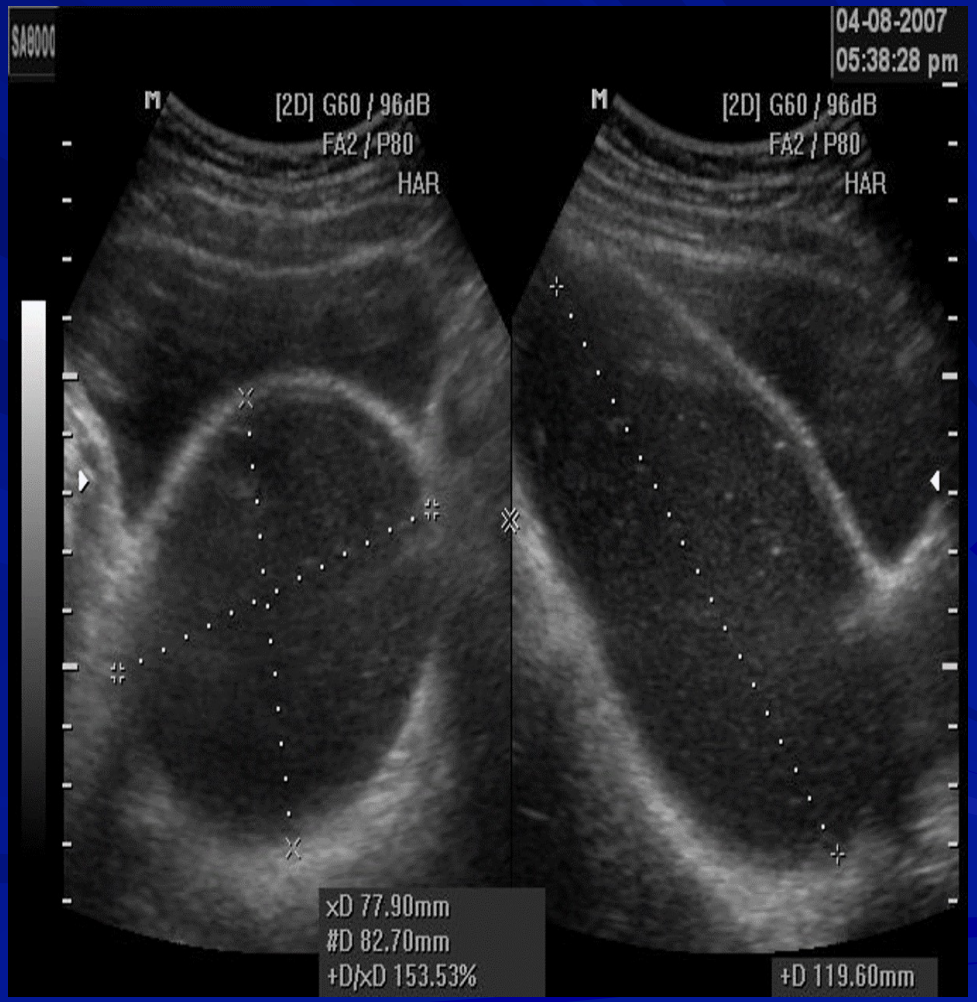
Rétention menstruelle complète

1 / Imperforation hyménale : 13 cas:

- Age:13-19 ans, Aucun cas similaire dans la famille.
- Aménorrhée primaire douloureuse avec des caractères sexuels secondaires normaux dans tous les cas avec un cas de rétention aigue d'urine.
- L'inspection de la région vulvaire : un hymen bombant bleuté ou violacé imperforé dans tous les cas.
- Echographie sus pubienne: présence d'un hématocolpos dans tous les cas: une image arrondie hypoéchogène rétro-vésicale allant de 4 à 12 cm.
- Traitement chirurgical dans tous les cas: Hyménéotomie par incision radiaire permettant l'évacuation de sang vieilli

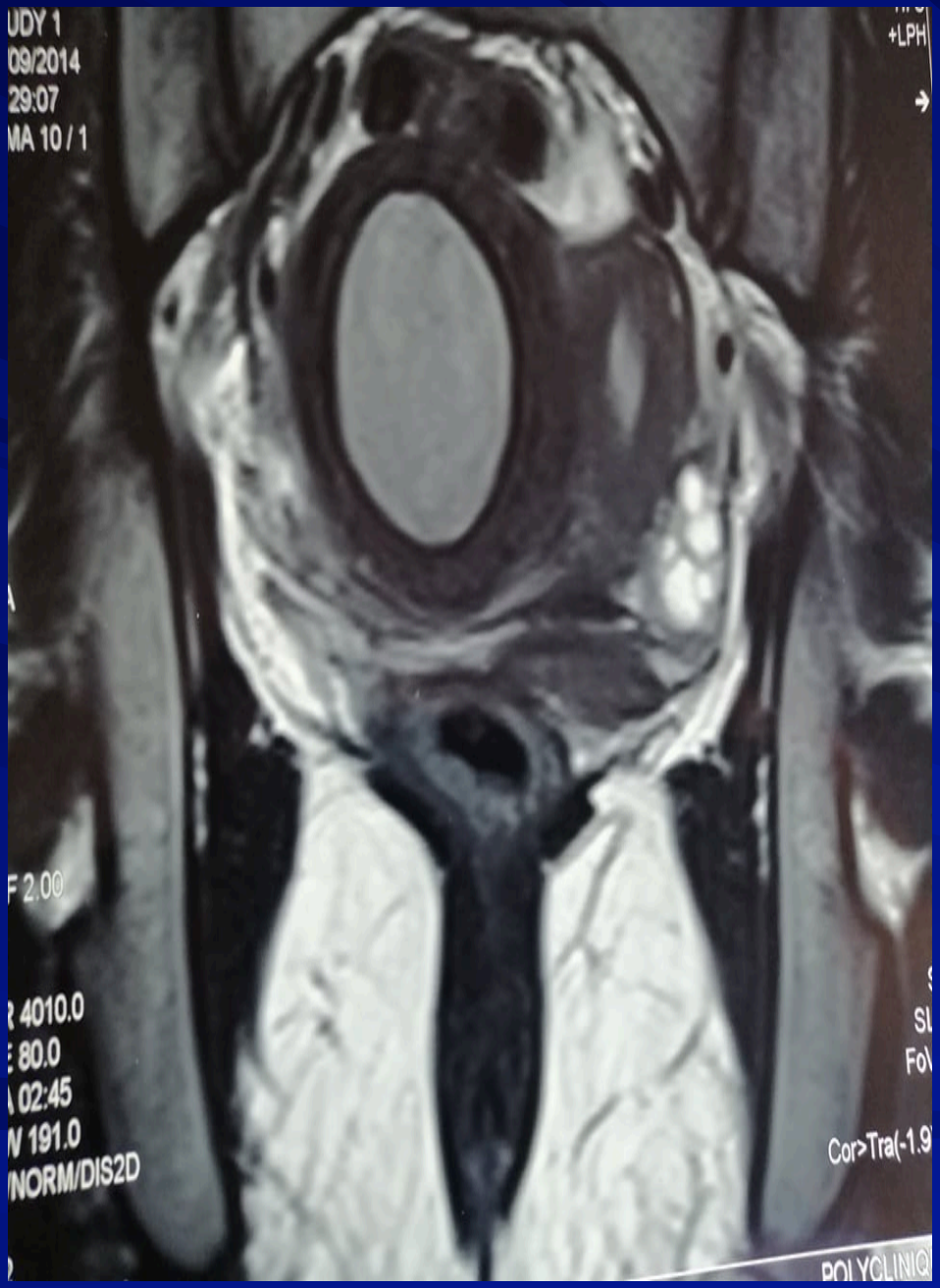
Hydrométrocolpos

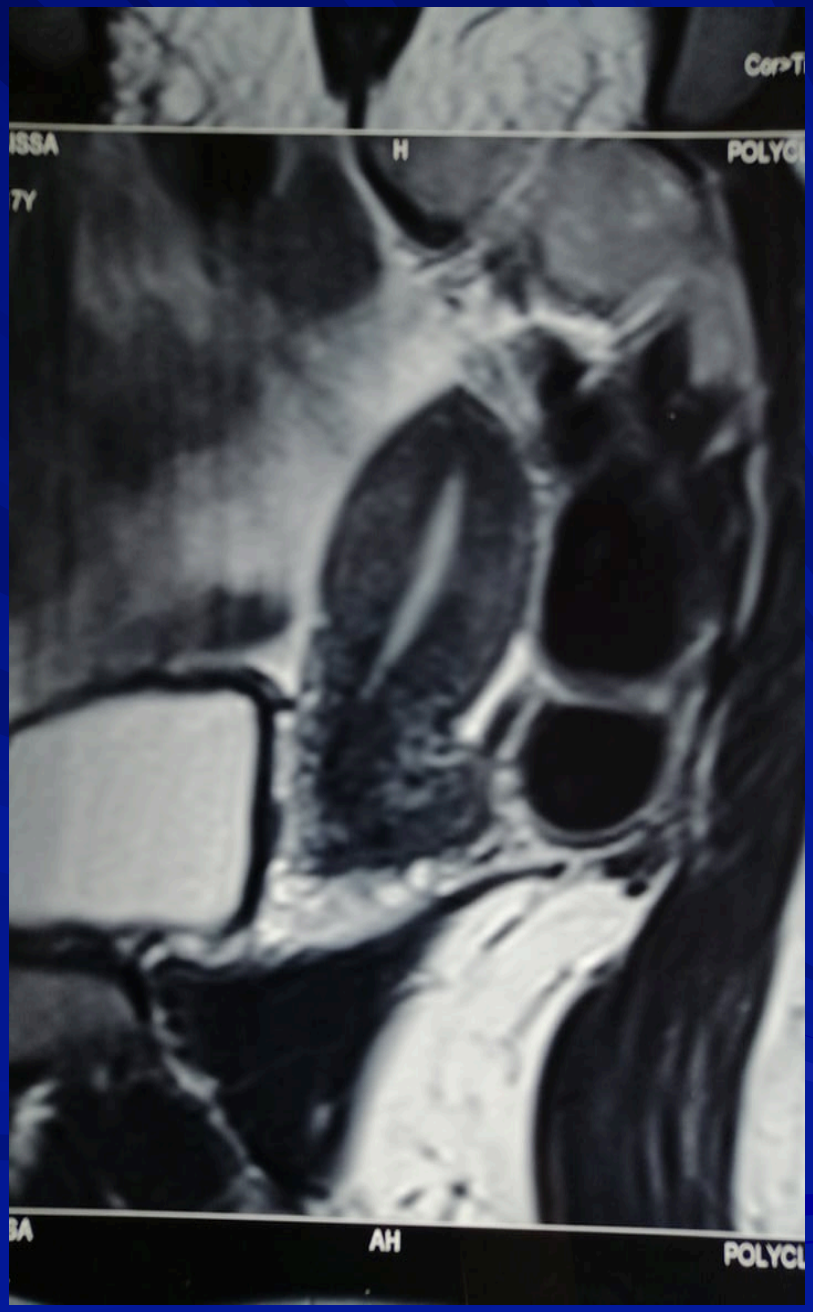
Hématocolpos



2 / Atrésie isolée du col :

- Mme R.M, âgée de 17 ans, vierge
- Aménorrhée primaire douloureuse + douleur pelvienne chronique avec des CSS normaux
- Examen: masse hypogastrique avec un hymen perforé.
- Echo: Utérus cloisonné + hématométrie de l'hémi-cavité droite. Reins en place .
- IRM : utérus cloisonné avec rétention hématique au niveau de la corne droite.
- Cœlioscopie :utérus malformé cloisonné avec rétention menstruelle droite en rapport avec une aplasie isolée du col droit : absence de région cervicale droite + absence du ligament utéro sacré droit + absence de lésions endométriosiques
- Traitement : hémi hystérectomie droite anatpath :rétention hémorragique sur hémi- utérus (absence du col)


UDY 1
09/2014
29:07
MA 10 / 1
+LPH
F 2.00
R 4010.0
E 80.0
A 02:45
W 191.0
/NORM/DIS2D
Cor>Tra(-1.9
POLYCLINIQ


Cor>T
ISSA
H
POLYC
7Y
BA
AH
POLYCL

3 / Diaphragme vaginal :

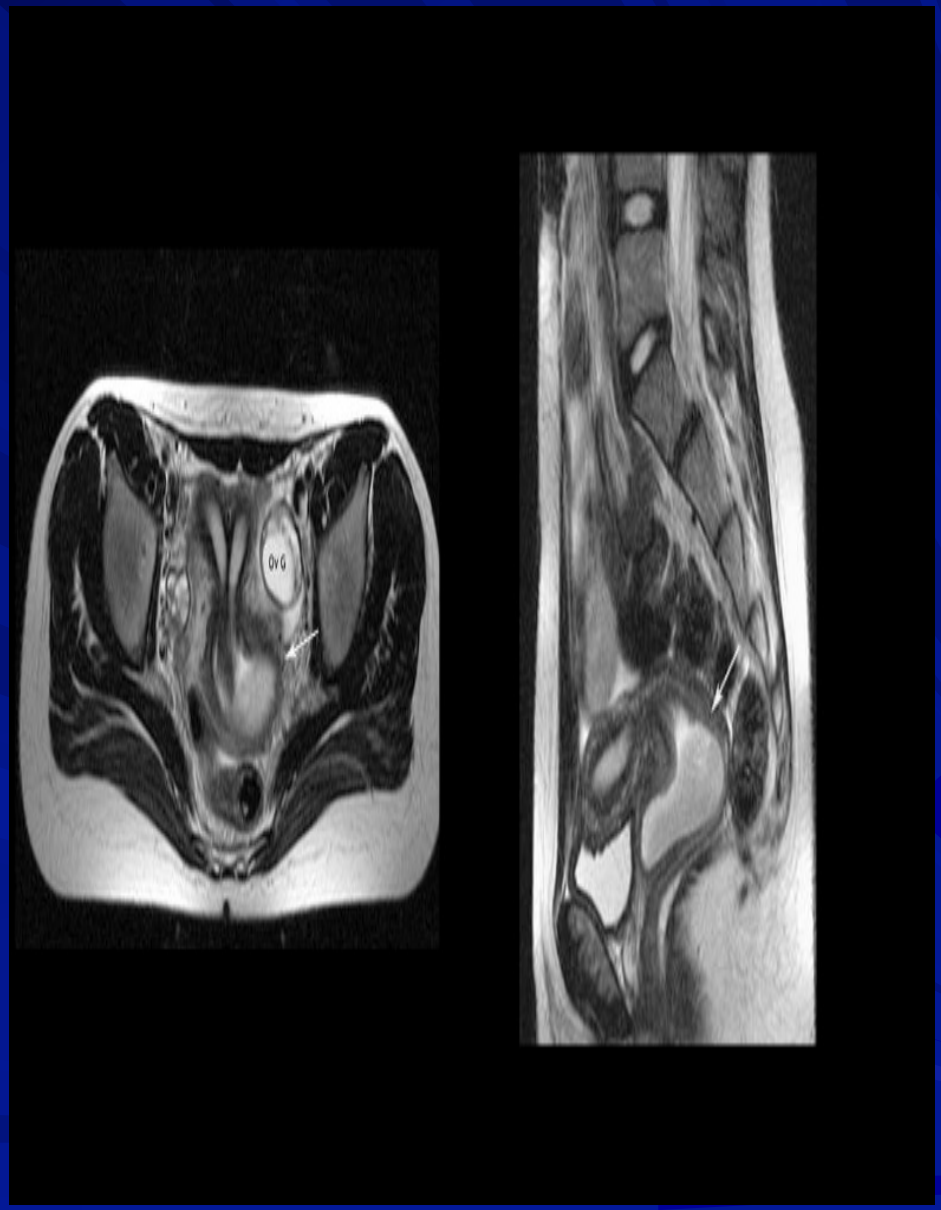
- Mme M.A 46 ans, cycles réguliers auparavant , G3P3 utérus tricicatriciel, aménorrhée secondaire douloureuse + dysurie + dyspareunie +douleur pelvienne chronique.
- L'examen : diaphragme vaginal complet 1/3 INF du vagin.
- Echographie hématocolpos de 8 cm.
- Le traitement: résection complète. Il s'agit d'un diaphragme initialement incomplet très serré qui s'est re-sténosé suite à des phénomènes infectieux

Rétention menstruelle incomplète:

1 / Hémi vagin borgne : Deux cas

- Célibataires de 18 ans Dysménorrhée unilatérale
- Examen : bombement de la paroi latérale du vagin
- Echographie: rétention menstruelle unilatérale surmontée d'un utérus malformé bicorne dans un cas et d'un utérus cloisonné dans le cas restant .

  Agénésie rénale homolatérale dans les deux cas.
- IRM: hématocolpos unilatéral surmonté d'un utérus malformé sans signes d'endométriose.
- Cœlioscopie: utérus en masse unique étalé transversalement avec présence d'une dépression médio-utérine .
- Tt : section et résection de la cloison dans les deux cas .
- Evolution : survenue d'une grossesse menée à terme accouchement par césarienne d'un bébé eutrophique .


Ov C

2 / Utérus pseudo unicorne :

- Mme Y.A,32 ans, infertilité primaire de 2ans.
- Dysménorrhée unilatérale gauche .
- Examen: Normal
- Bilan: Normal
- Echographie: utérus pseudo unicorne droit + reins en place .
- HSG : utérus unicorne dévié à gauche avec opacification de l'hémi cavité droite (corne rudimentaire communicante)
- IRM: hémi utérus gauche + corne rudimentaire latéralisé à droite canaliculée.
- Cœlioscopie: hémi cavité utérine gauche + corne rudimentaire droite + lésions d'endométriose au niveau de l'annexe droite .
- Tt : résection de la corne droite + ablation des lésions d'endométriose

Attention à la survenue
de GEU = Rupture cataclysmique!!!

Conclusion

- Sémiologie clinique variable
- Apport de l'imagerie Echo 3D, IRM
- Apport cœlioscopie :

  Retentissement / thérapeutique