

Grossesse non évolutive de 17 semaines d'aménorrhée dans une corne utérine rudimentaire droite non rompue

À propos d'un cas diagnostiqué en Mauritanie.

Résumé :

Introduction : La grossesse dans une corne utérine rudimentaire est une implantation ectopique rare exposant à une rupture utérine et à une hémorragie intrapéritonéale potentiellement mortelle. Son diagnostic échographique demeure difficile, particulièrement lorsque la patiente est asymptomatique.

Observation : Une patiente de 27 ans, quatrième geste, deuxième pare, avec un antécédent d'avortement, a bénéficié d'une échographie lors d'une caravane médicale à Tidjikdja ; une ville située à environ 600 Km de la capitale Nouakchott. L'examen montrait une cavité utérine vide à endomètre épaissi et, en latéro-utérin droit, un sac gestationnel contenant une grossesse non évolutive estimée à 17 semaines d'aménorrhée. Les deux ovaires étaient visibles et aucun épanchement n'était identifié dans le cul-de-sac de Douglas. La patiente ne rapportait aucun symptôme. Elle était hémodynamiquement stable, l'abdomen était souple et indolore, et une masse hypogastrique droite non douloureuse était palpée. Devant la forte suspicion de grossesse ectopique avancée, elle a été transférée au Centre hospitalier national de la capitale Nouakchott. La laparotomie a confirmé une grossesse dans une corne utérine rudimentaire droite non rompue. Une résection de la corne associée à une salpingectomie homolatérale a été réalisée. Les suites postopératoires ont été simples. **Discussion :** Ce cas illustre la possibilité d'une évolution silencieuse jusqu'au deuxième trimestre. Le diagnostic repose sur l'identification d'une cavité utérine vide distincte d'un sac gestationnel entouré de myomètre et sans continuité avec le canal cervical. L'échographie tridimensionnelle et l'imagerie par résonance magnétique peuvent préciser l'anatomie lorsque l'état clinique le permet. La résection de la corne avec la trompe homolatérale reste le traitement de référence.

Conclusion : Une analyse systématique de la morphologie utérine devant toute grossesse apparemment extra-utérine ou excentrée peut permettre un diagnostic avant rupture et réduire la morbidité maternelle.

Mots clés : Grossesse ectopique / Corne rudimentaire / Utérus unicorne / Échographie obstétricale / Mauritanie / Hémorragie obstétricale.

Abstract

Background Rudimentary horn pregnancy is a rare ectopic implantation associated with uterine rupture and potentially fatal intraperitoneal hemorrhage. Ultrasound diagnosis remains challenging, particularly in asymptomatic patients. **Case presentation** A 27-year-old woman, gravida 4 para 2 with one previous miscarriage, underwent ultrasound during a medical outreach visit in Tidjikdja, Mauritania. The scan showed an empty uterine cavity with thickened endometrium and a right parauterine gestational sac containing a nonviable pregnancy estimated at 17 weeks of gestation. Both ovaries were visualized and no fluid was seen in the pouch of Douglas. The patient was asymptomatic and hemodynamically stable. Her abdomen was soft

and non-tender, with a painless right-sided hypogastric mass. Because an advanced ectopic pregnancy was suspected, she was transferred to the National Hospital Center in Nouakchott. Laparotomy confirmed an unruptured pregnancy in a right rudimentary uterine horn. Excision of the horn and ipsilateral salpingectomy were performed. The postoperative course was uncomplicated. Discussion This case illustrates that rudimentary horn pregnancy may remain clinically silent into the second trimester. Diagnosis relies on recognizing an empty uterine cavity separate from a gestational sac surrounded by myometrium and lacking continuity with the cervical canal. Three-dimensional ultrasound and magnetic resonance imaging can further define the anatomy in stable patients. Excision of the pregnant horn with the ipsilateral tube remains the standard treatment. Conclusion Systematic assessment of uterine morphology in every apparently ectopic or markedly eccentric pregnancy may enable diagnosis before rupture and reduce maternal morbidity.

Keywords Ectopic pregnancy Rudimentary horn Unicornuate uterus Obstetric ultrasound Mauritania
Obstetric hemorrhage

Points essentiels

- Une grossesse sur corne rudimentaire peut rester asymptomatique au deuxième trimestre malgré un risque de rupture grave.
- L'association d'une cavité utérine vide et d'un sac gestationnel latéro-utérin entouré de myomètre doit faire rechercher une absence de continuité avec le col.
- L'échographie tridimensionnelle et l'imagerie par résonance magnétique sont utiles pour cartographier l'anomalie chez une patiente stable.
- La résection de la corne gravide avec salpingectomie homolatérale traite la grossesse et prévient une récurrence dans la même corne.
- Après le traitement, une évaluation de l'appareil urinaire et un conseil préconceptionnel sont indiqués en raison des anomalies associées et des risques obstétricaux de l'utérus unicorne.

Introduction

Les anomalies müllériennes résultent d'une perturbation du développement, de la fusion ou de la résorption des canaux de Müller. L'utérus unicorne correspond au développement incomplet d'un canal müllérien. Il peut être associé à une corne controlatérale rudimentaire comportant ou non une cavité endométriale et communiquant ou non avec l'hémi-utérus principal. Les classifications ASRM 2021 (société américaine de médecine de la reproduction) et ESHRE (Société Européenne de Reproduction Humaine et d'Embryologie) décrivent ces variantes anatomiques afin d'harmoniser le diagnostic et d'orienter la prise en charge [1,2].

L'implantation d'une grossesse dans une corne rudimentaire est rare. L'estimation historique la plus souvent citée varie de 1 pour 76 000 à 1 pour 150 000 grossesses [3]. En cas de corne non communicante, la fécondation suppose vraisemblablement une migration transpéritonéale des spermatozoïdes ou de l'ovocyte fécondé. La paroi de la corne, peu distensible et parfois faiblement vascularisée, expose à la rupture, à l'hémorragie massive, à l'accrétion placentaire et à la perte fœtale. Le diagnostic avant rupture reste difficile malgré les progrès de l'imagerie [4-7].

Nous rapportons une grossesse non évolutive de 17 semaines d'aménorrhée dans une corne utérine rudimentaire droite, diagnostiquée avant rupture chez une patiente asymptomatique lors d'une activité

médicale délocalisée, puis traitée chirurgicalement. L'intérêt de l'observation réside dans le diagnostic au deuxième trimestre avant toute décompensation hémorragique et dans les enseignements applicables aux contextes où l'accès à l'imagerie spécialisée et à la chirurgie est éloigné.

Observation clinique

Une patiente âgée de 27 ans, quatrième geste, deuxième pare, avec un antécédent d'un avortement, non suivie ;sans d'antécédent obstétrical pathologique ni d'anomalie utérine connue. La date des dernières règles est imprécise. a été examinée lors d'une caravane médicale à Tidjikdja où l'échographie obstétricale a montré une cavité utérine vide avec un endomètre épaissi. En latéro-utérin droit se trouvait un sac gestationnel contenant une grossesse non évolutive dont la biométrie était estimée à 17 semaines d'aménorrhée. Les deux ovaires étaient individualisés. Aucun épanchement n'était visible dans le cul-de-sac de Douglas. L'image échographique montrait la grossesse distincte de la cavité utérine principale, ce qui orientait vers une implantation ectopique avancée et faisait évoquer une grossesse dans une corne rudimentaire.

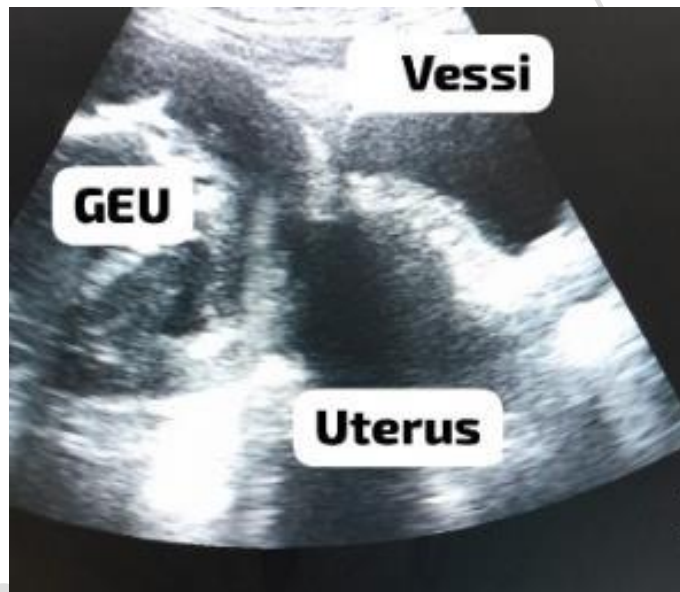
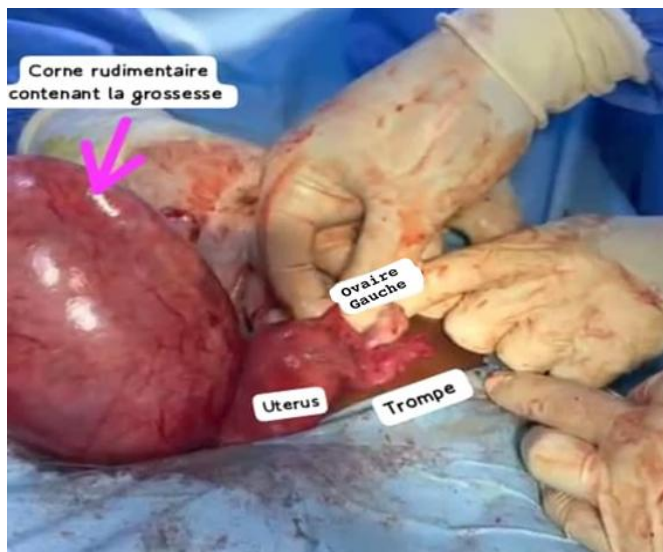


Figure 1 : Échographie transabdominale montrant une cavité utérine principale vide et une grossesse latéro-utérine droite distincte. La vessie et l'utérus sont repérés sur l'image originale.

La patiente était asymptomatique. Les constantes hémodynamiques étaient stables. L'abdomen était souple et indolore. Une masse hypogastrique latéralisée à droite, non douloureuse, était perçue à la palpation. L'absence de douleur, de défense et d'épanchement péritonéal ne permettait pas d'écarter le risque de rupture secondaire.

Compte tenu du terme, de la localisation extra-cavitaire et du risque hémorragique, la patiente a été transférée au Centre hospitalier national de Nouakchott. Une laparotomie a été indiquée. L'exploration a objectivé une corne utérine rudimentaire droite gravide, non rompue. Une résection de la corne rudimentaire avec salpingectomie homolatérale a été réalisée. On note la présence d'une communication entre les deux cornes et une perte sanguine minime. Les suites postopératoires ont été simples, la durée d'hospitalisation était de quatre jours.



104 **AB**

105 **Figure 2** :A- Vue opératoire de la corne utérine rudimentaire droite gravide avant résection. L'image confirme une masse
106 utérine latérale distincte de l'hémi-utérus principal.

107 **B-** pièce opératoire de la corne rudimentaire contenant la grossesse avec salpingectomie homolatérale
108 après la résection.

109

110 Chronologie de la prise en charge

Étape	Lieu	Éléments cliniques et décisionnels
Découverte	Tidjikdja	Échographie lors d'une caravane médicale utérus vide et grossesse latéro-utérine droite non évolutive de 17 SA.
Évaluation	Tidjikdja	Patiente asymptomatique et stable abdomen souple masse hypogastrique droite absence d'épanchement au Douglas.
Orientation	Tidjikdja vers Nouakchott	Suspicion de grossesse ectopique avancée transfert vers un centre chirurgical.
Traitement	Centre hospitalier national de Nouakchott	Laparotomie confirmation d'une grossesse dans une corne rudimentaire résection de la corne et salpingectomie homolatérale.
Évolution	Nouakchott	Suites postopératoires simples.

Discussion

Mécanisme de la grossesse et risque évolutif

Dans une corne communicante, l'implantation peut suivre un trajet intra-utérin. Dans une corne non communicante, le mécanisme généralement retenu est une migration transpéritonéale. La grossesse se développe dans une cavité dont le myomètre et la capacité de distension sont variables. La rupture est favorisée par l'amincissement progressif de la paroi et peut provoquer une hémorragie intrapéritonéale brutale. Une placentation anormale peut accroître le risque hémorragique et compliquer la dissection chirurgicale [3,8,9].

Les chiffres historiques doivent être interprétés selon leur période et leur mode de sélection. La série mondiale de Nahum retrouvait 50 % de ruptures, dont 80 % avant le troisième trimestre [3]. Une revue systématique et analyse groupée publiée en 2026, portant sur 190 cas rapportés entre 2010 et 2025, a observé 68 ruptures, soit 35,8 %. L'âge gestationnel moyen à la rupture était plus précoce dans les cornes non communicantes que dans les cornes communicantes, 18,7 contre 23,0 semaines [12]. Ces données proviennent principalement de cas publiés et restent exposées au biais de publication. Elles confirment néanmoins que l'absence de symptômes à 17 semaines, comme dans notre observation, ne constitue pas un élément rassurant suffisant pour différer le traitement.

Diagnostic échographique

Le principal enjeu est de distinguer la grossesse sur corne rudimentaire d'une grossesse intra-utérine excentrée, interstitielle, tubaire, abdominale ou implantée dans un diverticule utérin. Le diagnostic est souvent manqué lorsque le sac gestationnel déforme la corne et simule un utérus bicorne ou une grossesse intra-utérine. La sensibilité échographique n'était que de 26 % dans la revue de 2005 et de 33,3 % dans une série rétrospective de 12 cas [4,6]. Ces estimations anciennes reflètent les pratiques d'imagerie de leur époque et ne doivent pas être appliquées directement aux examens experts actuels.

Tsafir et al. ont proposé trois critères échographiques utiles un aspect pseudo-bicorne asymétrique, l'absence de continuité entre les tissus entourant le sac gestationnel et le col, et la présence d'un manteau myométrial autour du sac [5]. En pratique, l'examineur doit suivre le canal endocervical jusqu'à la cavité utérine, balayer transversalement le fond utérin, rechercher une deuxième cavité et identifier les deux ovaires. Le Doppler couleur peut montrer une vascularisation périphérique ou placentaire importante, mais il ne suffit pas à différencier une corne rudimentaire d'une grossesse interstitielle. L'échographie endovaginale au premier trimestre et la reconstruction tridimensionnelle coronale améliorent l'analyse du contour fundique et de la continuité cavitaire [10,11,13].

Dans le cas rapporté, l'utérus vide, l'endomètre épaissi, la grossesse distincte en latéro-utérin droit, la visualisation des deux ovaires et l'absence d'épanchement ont permis d'éviter l'erreur d'une grossesse intra-utérine. Le diagnostic anatomique exact n'a toutefois été confirmé qu'à la laparotomie. Une échographie experte tridimensionnelle ou une imagerie par résonance magnétique aurait pu préciser la relation entre les deux cornes si elle avait été immédiatement disponible et si son obtention n'avait pas retardé la chirurgie.

Place de l'imagerie par résonance magnétique

Chez une patiente stable et lorsque l'échographie ne permet pas une cartographie suffisante, l'imagerie par résonance magnétique précise le contour externe de l'utérus, la cavité endométriale, la zone d'attache de la corne, l'épaisseur myométriale et les rapports urinaires. Une étude multicentrique de 2022 a décrit les caractéristiques en imagerie par résonance magnétique de cette grossesse rare et confirme sa valeur dans les situations diagnostiques complexes [10]. Cet examen reste complémentaire. Il ne doit pas retarder une intervention chez une patiente douloureuse, instable ou suspecte de rupture.

Prise en charge

Après confirmation ou forte suspicion de grossesse sur corne rudimentaire, le traitement de référence est l'exérèse de la corne gravide avec salpingectomie homolatérale. La salpingectomie prévient une future grossesse tubaire du côté de la corne réséquée. L'ovaire doit être préservé lorsque cela est possible. La voie coelioscopique est adaptée aux diagnostics précoces chez une patiente stable, lorsque l'équipe dispose de l'expertise et du matériel nécessaires. La laparotomie demeure appropriée en cas de terme avancé, de masse volumineuse, de rupture, d'hémorragie, d'incertitude anatomique ou de ressources limitées [7-9,13]. Dans notre observation, le terme de 17 semaines, la nécessité d'une prise en charge définitive après transfert et le contexte local rendaient la laparotomie cohérente.

Une résection sûre exige l'identification de l'uretère, du ligament utero-ovarien, de la trompe homolatérale et des pédicules vasculaires. La jonction entre la corne et l'hémi-utérus principal doit être fermée avec une hémostase soigneuse tout en préservant au maximum le myomètre fonctionnel. Les techniques mini-invasives récentes utilisent une dissection progressive, une dévascularisation contrôlée et une fermeture myométriale structurée [13]. Ces principes sont également applicables par laparotomie.

La prise en charge médicale isolée par méthotrexate ne supprime pas la corne à risque et peut prolonger l'exposition à une rupture. Elle a été décrite dans quelques diagnostics très précoces, généralement comme étape précédant une résection programmée, mais ne constitue pas le standard au deuxième trimestre. De même, la poursuite de la grossesse ne peut être considérée comme sûre. Dans la revue systématique de 2026, les quatre tentatives de conduite expectative ont toutes été compliquées d'une rupture prématurée. Les naissances vivantes rapportées étaient rares, 11,6 %, et ces chiffres sont soumis à un biais de publication majeur [12].

Le suivi postopératoire a été marqué par une bonne récupération clinique, l'absence de complication et un résultat anatomopathologique confirmant la grossesse sur corne rudimentaire.



Figure 3 : L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé la présence d'une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire

Le conseil préconceptionnel doit expliquer que la résection empêche une récurrence dans la même corne, mais que l'utérus unicorne restant conserve un risque accru de fausse couche, de prématurité, de présentation anormale et de retard de croissance. Une grossesse ultérieure justifie une échographie précoce pour confirmer la localisation, puis un suivi obstétrical adapté [1,8]. Le mode d'accouchement sera individualisé selon les antécédents, la morphologie utérine, la cicatrice de résection et l'évolution de la grossesse.

Conclusion

La grossesse sur corne utérine rudimentaire doit être évoquée devant toute grossesse excentrée ou apparemment extra-utérine entourée de myomètre, particulièrement lorsque la cavité utérine est vide. Cette observation documente un diagnostic avant rupture à 17 semaines chez une patiente totalement asymptomatique, situation qui rappelle la valeur d'un examen échographique méthodique même lors d'une activité médicale délocalisée. Chez une patiente stable, l'échographie tridimensionnelle et l'imagerie par résonance magnétique peuvent préciser l'anatomie, mais elles ne doivent pas retarder la chirurgie en cas de risque de rupture. La résection de la corne avec salpingectomie homolatérale demeure la prise en charge définitive.

Déclarations

Pas de Conflits d'intérêts

Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement.

Références

1. Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J, Lindheim SR, Petrozza JC, Rackow BW, et al. ASRM Müllerian anomalies classification 2021. *Fertil Steril.* 2021;116:1238-1252. doi:10.1016/j.fertnstert.2021.09.025.
2. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod.* 2013;28:2032-2044. doi:10.1093/humrep/det098.
3. Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th-century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med.* 2002;47:151-163.
4. Jayasinghe Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1456-1467. doi:10.1097/01.AOG.0000161321.94364.56.
5. Tsafir A, Rojansky N, Sela HY, Gomori JM, Nadjari M. Rudimentary horn pregnancy first-trimester prerupture sonographic diagnosis and confirmation by magnetic resonance imaging. *J Ultrasound Med.* 2005;24:219-223. doi:10.7863/jum.2005.24.2.219.
6. Chopra S, Keepanasseril A, Rohilla M, Bagga R, Kalra J, Jain V. Obstetric morbidity and the diagnostic dilemma in pregnancy in rudimentary horn retrospective analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280:907-910. doi:10.1007/s00404-009-1013-4.

- 218 7. Siwatch S, Mehra R, Pandher DK, Huria A. Rudimentary horn pregnancy a 10-year experience and review of literature.
219 Arch Gynecol Obstet. 2013;287:687-695. doi:10.1007/s00404-012-2625-7.
- 220 8. Li X, Peng P, Liu X, Chen W, Liu J, Yang J, et al. The pregnancy outcomes of patients with rudimentary uterine horn a 30-
221 year experience. PLoS One. 2019;14:e0210788. doi:10.1371/journal.pone.0210788.
- 222 9. Zhang DD, Gao Y, Lang JH, Zhu L. Diagnosis and treatment of rudimentary horn pregnancy analysis of eleven cases. Chin
223 Med J Engl. 2018;131:3012-3014. doi:10.4103/0366-6999.247200.
- 224 10. Hamet B, Hoeffel C, Fague V, Carré-Pigeon F, Lecocq S, Delmer B, et al. Pregnancy in a rudimentary horn multicenter
225 MRI features of a rare condition. Abdom Radiol NY. 2022;47:4195-4204. doi:10.1007/s00261-022-03658-3.
- 226 11. Ji J, Gao J, Wang S, Li T, Lv K. Imaging diagnosis of rudimentary horn pregnancy a case report. AME Case Rep.
227 2024;8:21. doi:10.21037/acr-23-164.
- 228 12. Emrich NLA, Padrón LT, Schröder C, Mustea A, Strizek B, Gembruch U, et al. Clinical outcomes and practical
229 management implications in rudimentary horn pregnancies a systematic review and pooled analysis 2010 to 2025. Arch
230 Gynecol Obstet. 2026;313:194. doi:10.1007/s00404-026-08455-7.
- 231 13. Abd Elgani S, Dayan-Schwartz A, Muhlbauer Avni M, Danon D, Kogan L. Laparoscopic excision of a noncommunicating
232 rudimentary horn containing an ongoing pregnancy with cardiac activity a structured minimally invasive approach. Fertil
233 Steril. 2026;125:1142-1144. doi:10.1016/j.fertnstert.2026.02.019.
- 234 14. Walker C, Collins L, Pham A, Gleason JL. Avoiding the fatal misdiagnosis of pregnancy in a noncommunicating
235 rudimentary horn using 3D transvaginal ultrasound. J Clin Ultrasound. 2020;48:553-556. doi:10.1002/jcu.22836.
- 236 15. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D. The CARE guidelines consensus-based clinical case
237 reporting guideline development. J Clin Epidemiol. 2014;67:46-51. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.003.