

Ministère de l'enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un peuple-Un But-Une Foi

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



**GROSSESSE MOLAIRE ASSOCIEE A
UNE GROSSESSE NORMALE : A
PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE
LA LITTERATURE**

**MEMOIRE DU D.U D'ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE ET
OBSTETRICALE**

Présenté et soutenu publiquement le 02/08 /2023

Par :

Dr KODIO Amose

JURY

Président : Pr TEGUETE Ibrahima

Membres : Pr CAMARA Mody Abdoulaye

Dr GUINDO Ilias

Dr KONE Bocary Sidi

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
LISTE DES FIGURES.....	10
I. OBJECTIF.....	14
1. Objectif général.....	14
2. Objectifs spécifiques.....	14
II. GENERALITES.....	16
1. Définition.....	16
2. Epidémiologie.....	16
3. Grossesse gémellaire normale :.....	17
4. Les maladies trophoblastiques gestationnelles :.....	18
1-1 Môle hydatiforme.....	20
1-2-1 Môle hydatiforme partielle.....	21
1-2-2 Môle hydatiforme complète.....	22
III. OBSERVATION : NOTRE CAS.....	26
1. Caractéristiques de la patiente :.....	26
2. Histoire de la maladie :.....	26
3. L'examen physique :.....	27
4. L'examen échographique et dosage des B-hCG:.....	27
5. Notre Conduite Pratique :.....	31
A. La consultation du 02 Juin 2023 soit J-7 post abortum:.....	35
B. La consultation du 09 Juin 2023 soit J-14 post abortum:.....	36
C. La consultation du 16 Juin 2023 soit J-21 post abortum:.....	37
6. Les éléments de la surveillance après l'injection de Méthotrexate :.....	39
D. Consultation du 27 Juin 2023 soit à J-7 post injection :.....	39
E. Consultation du 04 Juillet 2023 soit à J-14 post injection.....	40
F. Consultation du 14 Juillet 2023 soit à J-21 post injection.....	41
IV. DISCUSSION :.....	44
CONCLUSION :.....	47
BIBLIOGRAPHIE :.....	49



DEDICACE

JE DEDIE CE TRAVAIL :

- ❖ *Au Seigneur Dieu Tout Puissant pour sa protection et son assistance tout au long de ma vie.*

- ❖ *A Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie à la suite des complications de l'accouchement.*

- ❖ *A mes parents, pour tout le sacrifice consenti pour l'éducation de vos enfants. Merci beaucoup pour la patience et les conseils*

- ❖ *A ma tendre épouse Dorcas SAGARA et mes enfants (Jacques Ogobara et Sarah dite Amagana, merci pour tout le sacrifice consenti au cours de ma formation. Ce travail est le fruit de votre patience.*

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

- ❖ Aux Prof TRAORE Youssouf, Prof TEGUETE Ibrahim Prof THERA Augustin T, Prof BOCOUM Amadou, Prof MOUNKORO Niani, Dr Gilles GRANGE, Prof DIALLO Mamadou, Prof CAMARA Mody, Dr KONE Bocary Sidi, Dr DIABY Mohamed, Dr KONATE Drissa Kariba, Dr GUINDO Ilias, Dr BULTEZ Thierry, Dr KAMPO, Dr KONE Abdoulaye, Dr Jean-Marie JOUANNIC, Dr KONE Abdoulaye, Dr DAO Adama, Dr SIMPARA Nouhoun, Dr CISSE Issa

Chers Maitres, vous avez été des guides et des conseillers attentifs et attentionnés. Vos disponibilités, vos rigueurs, vos courages et vos amours pour le travail bien fait ont toujours fait l'objet d'une grande admiration de notre part.

Vos soutiens indéfectibles et vos sympathies m'ont accompagné tout au long de cette formation.

Merci pour vos conseils précieux et votre encadrement de qualité que vous avez accordé.

Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoin de ma profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse et vous accorde tout ce que vos cœurs désirent.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

AMP : Aide médicale à la procréation

CC : Choriocarcinome

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FIV : Fécondation in vitro

GGAMH : Grossesse gémellaire associant une môle hydatiforme

hCG : Hormone Chorionique Gonadotrophe

ICSI : Injection intracytoplasmique de spermatozoïde

MC : Môle complète

MP : Môle partielle

MH : Môle hydatiforme

MHC : Môle hydatiforme complète

MHP : Môle hydatiforme partielle

MTG : Maladie trophoblastique gestationnelle

SA : Semaine d'aménorrhée

TTE : Tumeur trophoblastique epithelioïde

TTG : Tumeur trophoblastique gestationnelle

TTSI : Tumeur trophoblastique du site d'implantation

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Différentes type de gémellité

Figure 2 : Coupe sagittale du fœtus de 14 semaines d'aménorrhée et 5 jours ; Image multi-vésiculaire « en flocon de neige ».

Figure 3 : Echographie du contenu utérin : Image multi-vésiculaire « en flocon de neige » ; Placenta postérieur

Figure 4 : Echographie fœtale de 15 SA : Fœtus. Placenta postérieur, Masse multikystique postérieure bien délimitée de 21,3mm.

Figure 5 : Echographie fœtale de 15 SA : Fœtus ; Placenta postérieur ; Masse multikystique postérieure bien délimitée de 21,3mm.

Figure 6 : Fœtus mort de 15 Semaines d'aménorrhée avec son placenta

Figure 7 : Masse molaire constituée de nombreuses vésicules son placenta

Figure 8 : Coupe sagittale par voie endo-vaginale montrant un gros utérus vide et homogène

Figure 9 : Analyse histologique de la masse mutikystique

Figure 10: Coupe axiale de l'utérus par voie endo-vaginale montrant un gros utérus à contenu hétérogène minime

Figure 11 : Coupe sagittale de l'utérus par voie endo-vaginale avec un contenu anéchogène

Figure 12 : Coupe axiale de l'utérus par voie endo-vaginale avec un contenu hétérogène

Figure 13 : Coupe sagittale de l'utérus par voie endo-vaginale avec un endomètre hypertrophique

Figure 14 : Coupe sagittale de l'utérus par voie vaginale montrant un utérus vide avec un endomètre fin

Figure 15 : Coupe sagittale de l'utérus par voie vaginale avec un endomètre fin

Figure 16 : Courbe semi- logarithmique : évolution de la cinétique du taux sérique d'hCG

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Une grossesse gémellaire, associant une môle hydatiforme complète (MHC) et un fœtus sain, est une entité rare et à risque élevé pour la mère et le fœtus. L'évolution spontanée est le plus de mauvais pronostic. Les maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) regroupent les môles hydatiformes partielles (MP) ou complètes (MC) et les maladies trophoblastiques persistantes (MTP) comprenant les môles invasives (MI), les choriocarcinomes (CC) et les tumeurs du site d'implantation [1,2].

La grossesse gémellaire avec coexistence d'un œuf normal possédant son propre trophoblaste sain et d'une môle hydatiforme complète (MHC) est une entité rare [3]. L'incidence rapportée varie de 1 /22 000 à 1/100 000 grossesses selon les auteurs [4, 5].

Les modalités diagnostiques et de prise en charge étaient initialement basées sur l'histoire clinique et les données biologiques. Actuellement, elles incluent en grande partie l'imagerie, notamment l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique.

Nous avons initié ce travail, dans le but d'analyser la place de l'échographie dans le diagnostic et la prise en charge des MTG avec coexistence d'un œuf normal. Dans cette optique, nous proposons d'étayer notre propre expérience et de relever dans la littérature les résultats des centres référents en la matière.



OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Décrire l'apport de l'échographie dans le diagnostic des grossesses gémellaires pathologiques.

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques échographiques de la grossesse molaire associée à la grossesse normale
- Préciser la prise en charge
- Déterminer le pronostic materno-fœtal

GENERALITES

II. GENERALITES

1. Définition

La grossesse gémellaire est le développement simultané de deux fœtus dans la cavité utérine.

La grossesse molaire est une anomalie rare de la grossesse causée par une mauvaise répartition chromosomique au moment de la fécondation.

La môle hydatiforme est un œuf pathologique caractérisé, outre son aspect macroscopique de villosités kystiques, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités choriales. L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif [6].

2. Epidémiologie

Ces dernières années, nous assistons à l'augmentation du nombre de grossesses gémellaires. En 1993, le nombre de grossesses gémellaires était de 13 /1000 pour atteindre aujourd'hui, en 2015, à un taux de 17,5/1000 [7]. Cette augmentation serait due notamment à l'accès à la parentalité de plus en plus tardif chez les femmes, d'où un risque de gémellité plus important. Nous retrouvons un nombre plus élevé de grossesses gémellaires chez les femmes âgées de 35-39 ans soit environ 13/1000. La part des femmes accouchant à l'âge de 35 ou plus était de 15.9 % en 2003 contre 19% en 2010 [8]. L'autre cause serait le recours plus important aux différentes méthodes d'aide médicale à la procréation (AMP) telles que la stimulation hormonale simple, l'insémination artificielle, la fécondation in vitro (FIV) ou encore la fécondation in vitro avec injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI). L'induction de l'ovulation lorsqu'elle est provoquée par le citrate de clomifène s'accompagne d'un risque de 6 à 8 % de grossesses multiples et peut atteindre 20 à 30 % avec un traitement par gonadotrophine [9]. Les grossesses gémellaires provoquées par aide médicale à la procréation représentent 30 % des grossesses gémellaires [10]. En 2005, 20 % des grossesses après une FIV ou une ICSI sont des naissances gémellaires [9]. Les grossesses

gémellaires qu'elles soient induites ou spontanées peuvent être monochoriales, bichoriales, monoamniotiques ou biamniotiques. Ces diverses formes ont un impact sur la prise en charge et le suivi de ces grossesses. Elles sont plus à risques que les grossesses mono-fœtales, elles présentent plus de complications maternelles et fœtales comme l'hypertension artérielle, la menace d'accouchement prématuré, l'hémorragie de la délivrance pour la mère [10].

3. Grossesse gémellaire normale :

Le diagnostic de chorionicité doit être réalisé au premier trimestre de grossesse à l'aide de l'échographie. Sa fiabilité est proche de 100 % au premier trimestre si on utilise l'une des méthodes suivantes : le compte des sacs gestationnels entre 7 et 10 SA ou la recherche du signe du lambda entre 11 et 14 SA. La chorionicité conditionne le suivi ultérieur qui est renforcé pour les grossesses gémellaires monochoriales du fait de complications spécifiques pouvant nécessiter un traitement en urgence comme le syndrome transfuseur transfusé.

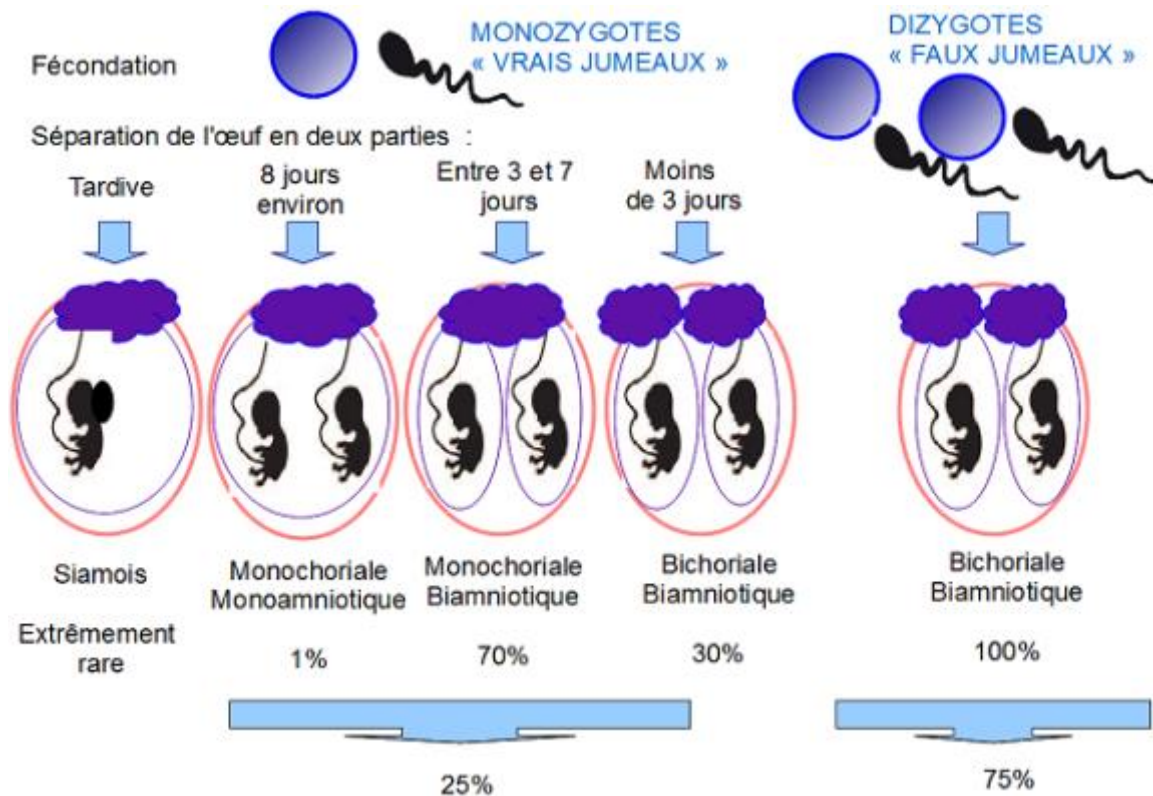


Figure 1 : Différentes type de gémellité

Les grossesses gémellaires sont des grossesses à risque : prématurité, mort in utero, et complications maternelles sont plus fréquentes que chez les singletons. Elles nécessitent un suivi échographique et clinique plus rapproché que les grossesses simples.

4. Les maladies trophoblastiques gestationnelles :

Les maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) regroupent un ensemble de pathologies survenant au décours d'une grossesse, dans un délai plus ou moins long. Elles comprennent plusieurs entités cliniques et anatomopathologiques correspondant à des lésions placentaires caractérisées par une prolifération et une maturation anormale du trophoblaste (avec ou sans villosités) et aux cancers dérivés du trophoblaste [11].

Au cours d'une grossesse physiologique, le trophoblaste, qui correspond à la couche cellulaire externe limitant l'œuf, va envahir progressivement l'endomètre et les vaisseaux utérins pour former le placenta, zone d'échange entre le sang maternel et fœtal [12]. Les

MTG sont le fruit d'une prolifération anormale de ce trophoblaste.

C'est le trophoblaste, qui est à l'origine de la sécrétion de l'hormone de la grossesse, l'hormone Chorionique Gonadotrope (hCG). Toutes les MTG secrètent de l'hCG, faisant de cette hormone, un marqueur très sensible pour surveiller l'évolution des MTG [11,12].

Les MTG sont classées en deux groupes, selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2010 [13]:

- ❖ Les môles hydatiforme (MH), entités bénignes :
 - Môle hydatiforme partielle (MHP)
 - Môle hydatiforme complète (MHC)
- ❖ Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG), entités malignes :
 - Môle invasive
 - Choriocarcinome
 - Tumeur trophoblastique du site d'implantation placentaire (TTSI)
 - Tumeur trophoblastique épithélioïde (TTE)

Les MTG sont des pathologies rares et complexes dont l'incidence, en France, est de 1/1000 à 1/2000 grossesses par an [13,14]. Les MHC et MHP en sont les plus fréquentes [14,15]. Les grossesses molaires (partielles ou complètes) se compliquent parfois de la survenue d'une TTG [15,16].

Ce sont des grossesses de diagnostic parfois délicat, posant des problèmes de diagnostic histologique et de prise en charge thérapeutique. Chacune de ces pathologies est associée à une présentation clinique, biologique, un aspect morphologique et des données génétiques dont la synthèse permet un diagnostic optimal. Pour chacune le diagnostic de certitude sera obtenu après examen anatomopathologique. Ce diagnostic doit être le plus précis possible au regard des différentes modalités thérapeutiques, d'évolution et de suivi qui en découlent.

La prise en charge de ces MTG est pluridisciplinaire, associant le gynécologue le radiologue, l'anatomopathologiste, le biologiste et l'oncologue.

1-1 Môle hydatiforme

Les grossesses molaires aussi appelées môles hydatiforme (regroupant MHP et MHC) sont les entités les plus fréquentes au sein des MTG [14,15]. Ainsi les MH, correspondant à une maladie dégénérative du placenta, ont une incidence de 1 /1000 grossesse en France [11,17].

Les facteurs de risque de grossesse molaire sont peu nombreux. Les seuls qui font actuellement consensus sont l'âge maternel : incidences augmentées chez les femmes très jeunes, et en période péri ménopausique avec un pic à 45 ans ; l'antécédent de grossesse molaire avec un risque de 1,5% après une première môle et de 23% de récurrence après deux épisodes de môle [15].

En cas de suspicion de MH, il est recommandé de réaliser une échographie pelvienne associée à un dosage de l'hCG totale sérique.

Le diagnostic de la môle hydatiforme est habituellement réalisé au premier trimestre de la grossesse, dans un contexte de métrorragies inexplicées [13,18].

Les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés sont [15]:

- Des signes sympathiques de grossesse augmentés,
- Des métrorragies inexplicées,
- Un utérus volumineux en discordance avec le terme théorique de la grossesse

Les tableaux de pré-éclampsie et d'hyperthyroïdie restent exceptionnels.

L'hyperthyroïdie est liée à l'excès d'hCG, un agoniste faible de la TSH [11].

Une élévation des hCG est associée.

Le seul examen d'imagerie recommandé est l'échographie pelvienne et endovaginale, qui permettra la localisation utérine et l'extension dans le myomètre de la grossesse molaire. La performance diagnostique de l'échographie est très bonne : 90 % [15].

En échographie, la môle hydatiforme se caractérise par un aspect typique d'une masse intra utérine, hétérogène, plutôt hyperéchogène, multivésiculaire. Les vésicules sont de tailles variables, anéchogènes, à parois fines, faisant évoquer une « grappe de raisin » [16].

Le diagnostic histologique n'étant pas toujours évident, il est recommandé d'adresser des lames au CRMT de Lyon, afin qu'elles soient relues par un anatomopathologiste référent [12,13]. Seule l'analyse anatomopathologique associée à l'analyse immunohistochimique de la masse molaire permettra de poser un diagnostic de certitude [19]. Les MH sont caractérisés par une hyperplasie du cytotrophoblaste et du syntitiotrophoblaste associée à une dégénérescence hydropique des villosités choriales [15].

Ce sont des pathologies qui résultent d'une aberration chromosomique du produit de conception, d'origine paternelle, à type de diploïdie pour la MHC et de triploïdie pour la MHP [20].

On ne connaît à ce jour, aucun critère histologique prédictif de l'évolution d'une grossesse molaire vers une TTG [14].

L'évolution est le plus souvent favorable, après aspiration, confirmée par la décroissance du taux d'hCG. La gravité de la môle hydatiforme est due à sa possible évolution, principalement pour la MHC, vers une TTG [20].

1-2-1 Môle hydatiforme partielle

Autrefois appelée môle embryonnée, la MHP, plus fréquente que la MHC a une incidence décrite de 3 pour 1000 grossesses [12,21].

La MHP correspond à une dégénérescence hydropique focale du placenta associée à un fœtus. C'est le produit d'une conception triploïde avec un lot chromosomique supplémentaire d'origine paternelle (triploïdie diandrique), secondaire à une fécondation d'un ovocyte par deux spermatozoïdes (dispermie). Plus rarement la triploïdie est dyginique, avec deux lots de chromosomes d'origine maternelle [11, 12,14].

Dans 80 à 90 % des cas, la présentation clinique est celle d'une fausse couche (triploïdie paternelle) dont l'aspect échographique est variable [12,15].

Le diagnostic est le plus souvent posé sur l'examen histologique.

Le taux d'hCG n'est élevé que dans 10 % des cas (> 100 000 UI/L) [12, 15].

Ainsi, à l'échographie, on pourra variablement visualiser [11] :

- Une cavité amniotique avec ou sans embryon associée à un aspect multikystique du placenta.
- Les kystes lutéiniques sont plus rares que pour la MHC
- Rarement, si la grossesse se prolonge jusqu'au 2ème ou 3ème trimestre, un retard de croissance intra utérin (RCIU) sévère associé à un syndrome polymalformatif (triploïdie maternelle).

D'un point de vue histologique :

❖ Macroscopique [12, 18] :

- Le matériel d'aspiration est bien souvent moins abondant que pour la MH, avec un mélange de villosités molaires et non molaires.
- Une cavité amniotique peut être visible avec un fœtus en voie de lyse, présentant souvent des anomalies comme un hygroma.

❖ Microscopique [12, 18] :

- Il existe un mélange de villosités molaires et non molaires, avec une hyperplasie discrète du trophoblaste périvillositaire.

Le risque d'évolution vers une TTG est de 1 à 5% [15].

1-2-2 Môle hydatiforme complète

Son incidence est de 1/1000 grossesse [12].

La MHC est le résultat d'une conception diploïde, de type 46 XX dans 75 à 85 % des cas, 46 XY dans les autres cas. Elle est le produit de deux jeux de chromosomes d'origine paternelle [12]. Dans de rare cas, de grossesse gémellaire, la MHC peut être associée à un fœtus sain.

Les signes cliniques qui font suspecter une MHC sont assez variables, mais les plus fréquemment retrouvés sont : des métrorragies (dans 80% des cas entre 6 à 16 SA), associées à un utérus trop volumineux pour l'âge gestationnel [12, 15].

Les hCG sont très élevés dans 50 % des MHC (> 100 000 UI/L) [2, 15].

A l'examen échographique, on visualise une masse intra cavitaire contenant de nombreux microkystes, avec un aspect en « grappe de raisin ». Dans 50% des cas, il existe des kystes ovariens lutéiniques multiples et bilatéraux. Ces kystes correspondent à des kystes d'hyperstimulation secondaires à la forte sécrétion d'hCG [15, 18].

En revanche, on ne mettra pas en évidence :

- De cavité amniotique ou d'image embryonnaire (sauf cas particulier de grossesse gémellaire avec MHC et fœtus coexistent).
- De signe en faveur d'une invasion du myomètre, et de vascularisation significative au sein de la masse molaire au Doppler couleur.

D'un point de vue histologique :

❖ Macroscopique [12, 14] :

- Le matériel est abondant et hémorragique, constitué de multiples vésicules translucides, de grandes tailles, organisé en grappe.
- On n'observe pas de fœtus et de cavité amniotique, sauf dans le cas particulier de la grossesse gémellaire associant MHC et fœtus sain coexistent.

❖ Microscopique :

- L'hyperplasie trophoblastique est diffuse à tout le trophoblaste,
- Avec une dégénérescence hydropique de toutes les villosités, qui sont distendues et rarement vascularisées.

Le diagnostic histologique de la MHC peut être difficile, notamment pour les MHC très précoces, et peut nécessiter le recours à des techniques complémentaires comme l'immunohistochimie. En effet, dans l'étude immunohistochimique des MHC, On ne retrouve pas d'expression nucléaire de l'anticorps anti p57 au niveau des cellules cytotrophoblastiques et mésenchymateuses. Cet anticorps n'étant exprimé qu'en présence de matériel nucléaire maternel [14, 15].

La MHC est à haut risque de complications maternelles immédiates : métrorragies abondantes, hyperthyroïdie, pré-éclampsie, et à distance d'évolution vers une TTG. Ce risque de TTG après une MHC est plus important que pour une MHP.

Il est évalué entre 12 à 20% [15]. Le risque d'évolution vers une môle invasive est le plus important, représentant 15% des TTG post MHC. Pour le horiocarcinome post MHC, ce risque est bien plus faible : 2-3% [12, 15].

Concernant les kystes ovariens fonctionnels, une simple surveillance est nécessaire. En effet, ils disparaîtront spontanément avec la diminution des hCG [15].

**OBSERVATION :
NOTRE CAS**

III. OBSERVATION : NOTRE CAS

1. Caractéristiques de la patiente :

Madame B L :

- 23 ans
- Mariée, d'origine Malienne
- Profession : ménagère
- Taille : 1,65m
- Poids : 80kg

ANTECEDENTS :

Antécédents familiaux

- Pas de maladie familiale connue

Antécédents médicaux et chirurgicaux

- Allergie connue : aucune
- Sans antécédent chirurgical

Antécédents Gynécologiques

- Age aux premières règles : 14 ans
- Contraception : pilule
- Pas de notion de stérilités
- Pas d'intervention et autres antécédents gynécologiques

Antécédents Obstétricaux

- Deuxième geste, primipare
- Date des dernières règles : 23 janvier 2023
- Cycles : réguliers,

2. Histoire de la maladie :

La patiente a consulté dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE le 05 Mai 2023 vers 10 heures pour métrorragies depuis 4 jours dans un contexte de retard des règles de trois mois. Il s'agit d'une métrorragie séro-sanglante de faible abondance sans douleur associée. Par ailleurs notion de signes sympathiques de la grossesse depuis 4 semaines.

3. L'examen physique :

L'examen à l'admission retrouve :

- Un bon état hémodynamique
- Un abdomen souple, dépressif, indolore, avec une hauteur utérine à 17cm au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne.
- Au spéculum : col et paroi vaginale macroscopiquement normale.
- Au toucher vaginal : le col est long, postérieur et fermé, pas de masses annexielles palpable.

4. L'examen échographique et dosage des B-hCG:

Une première échographie réalisé le 05/05/2023 avec un appareil de Général Electric de type LOGIQ P5 avec Doppler Couleur pro séries muni de trois sondes multifréquences (une convexe, une linéaire et une endo-vaginale).

Lors de cet examen nous avons mise en évidence un fœtus vivant avec activité cardiaque à 144 battements par minute. Le bipariétal était de 28mm, la longueur des fémurs à 12,9mm.

Ces mesurent correspondait à un âge gestationnel de 14 semaines d'aménorrhées et 5 jours. Le liquide amniotique d'abondance normale pour le terme. Absence d'anomalie morphologique.

Par ailleurs, présence d'une structure hétérogène d'une épaisseur de 12mm indépendante du placenta en aspect de flocon de neige.

En conclusion : il s'agit d'une grossesse intra utérine mono foetale évolutive normale de 14 semaines d'aménorrhées et 5 jours d'âge échographique associé une grossesse molaire.



Figure 2: Coupe sagittale du fœtus de 14 semaines d'aménorrhée et 5 jours ; Image multi-vésiculaire « en flocon de neige ».



Figure 3 : Echographie du contenu utérin : Image multi-vésiculaire « en flocon de neige » ; Placenta postérieur

Nous avons demandé un dosage des B-HCG plasmatiques le 06/05/2023 après le résultat de l'échographie qui était à 150 000 mUI/L.

Un second avis échographique a été demandé le 08/05/2023.

Il a été effectué avec l'appareil **numérique HITACHI PREIRUS hi vision** avec Doppler Couleur muni d'une sonde sectorielle convexe multifréquence. Nous avons utilisé une sonde transpariétale de 3,5 MHz (vessie en réplétion).

À l'échographie transpariétale, sur une coupe sagittale, mise en évidence un utérus gravide, porteur d'un seul fœtus de sexe masculin avec activité cardiaque à 149 battements par minute.

Les quatre membres sont présents, symétriques et normalement structurés : bras, avant-bras, mains, et cuisses, jambes, pieds. Les fémurs mesurent 13,7mm et les humérus mesurent 14,2mm.

Le liquide amniotique est normalement abondant.

Présence de deux placentas dont l'un d'insertion postérieure, homogène d'une épaisseur de 21,3mm et l'autre d'insertion antérieure, hétérogène par la présence d'images de vésicules filles d'une épaisseur de 49,6mm.

En conclusion, il s'agit d'une grossesse gémellaire di amniotique di chorionique dont l'une échographiquement normale de 15 semaine et 0 jour d'aménorrhée sans malformation décelable ce jour et l'autre molaire.

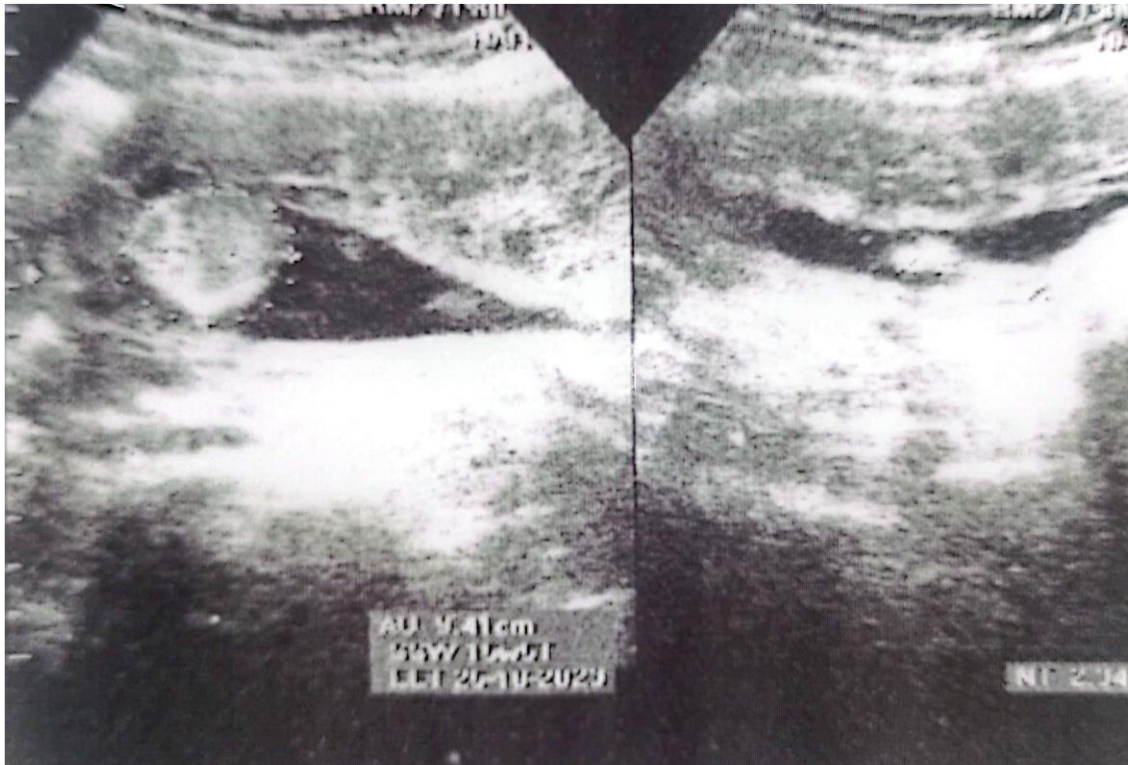


Figure 4 : Echographie fœtale de 15 SA : Fœtus ; Placenta postérieur ; Masse multikystique postérieure bien délimitée de 21,3mm.

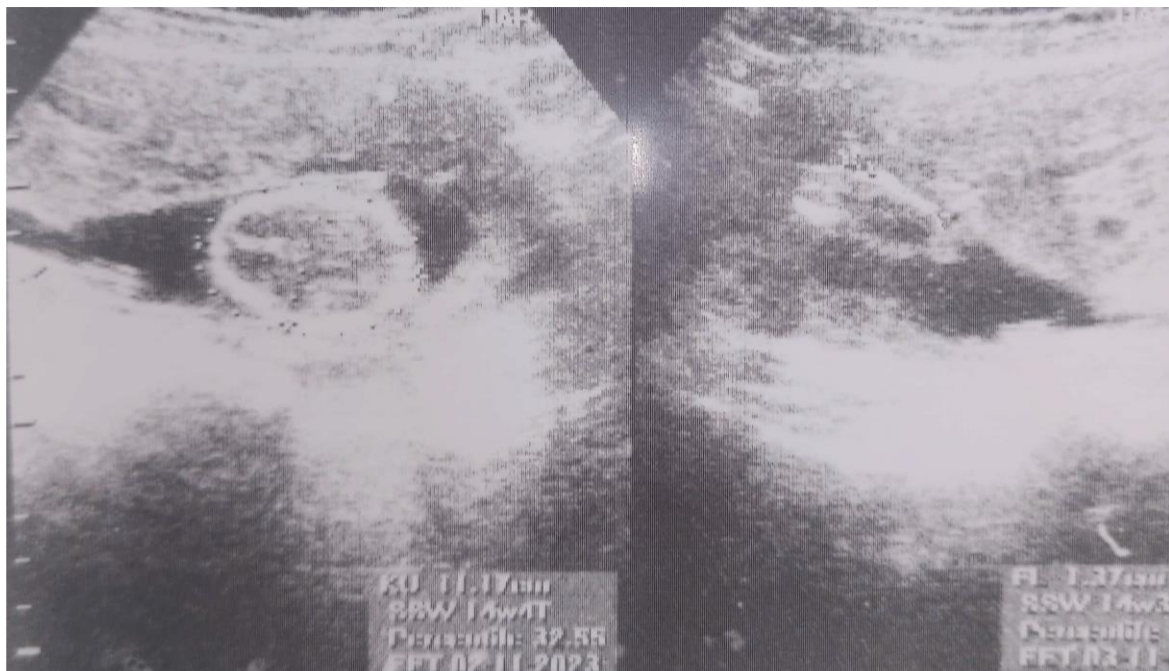


Figure 5 : Echographie fœtale de 15 SA : Fœtus ; Placenta postérieur ; Masse multikystique postérieure bien délimitée de 21,3mm.

Le diagnostic de grossesse molaire a été posé sur les données de l'échographie et a été confirmé un second dosage des B-HCG plasmatiques 09/05/2023 et réalisé le 12/05/2023 qui était à 200000 mUI/L.

5. Notre Conduite Pratique :

Le dossier a été présenté au staff du service de gynécologie obstétrique, compte tenu de de la croissance accélérée de la masse molaire et l'évolution du taux de B-HCG, une décision d'interruption a été décidé au staff.

Après information éclairée sur les risques de complications, le couple décidait a accepté la décision médicale d'interrompre la grossesse.

La patiente a été hospitalisée 16/05/2023

La réalisation d'un bilan d'hémostase (NFS, TP, TCK, Fibrinogène) et le groupage Rhésus.

La décision d'évacuation utérine par le misoprostol suivi d'une aspiration endo-utérine a été prise sur la base des signes de gravité clinique et du mauvais pronostic de cette association. Le produit d'expulsion était fait d'un fœtus mort de 15 SA avec son propre trophoblaste associé à une masse vésiculeuse de 13 cm qui à l'examen histologique correspondait à une môle hydatiforme complète.



Figure 6 : Fœtus mort de 15 semaines d'aménorrhée avec son placenta

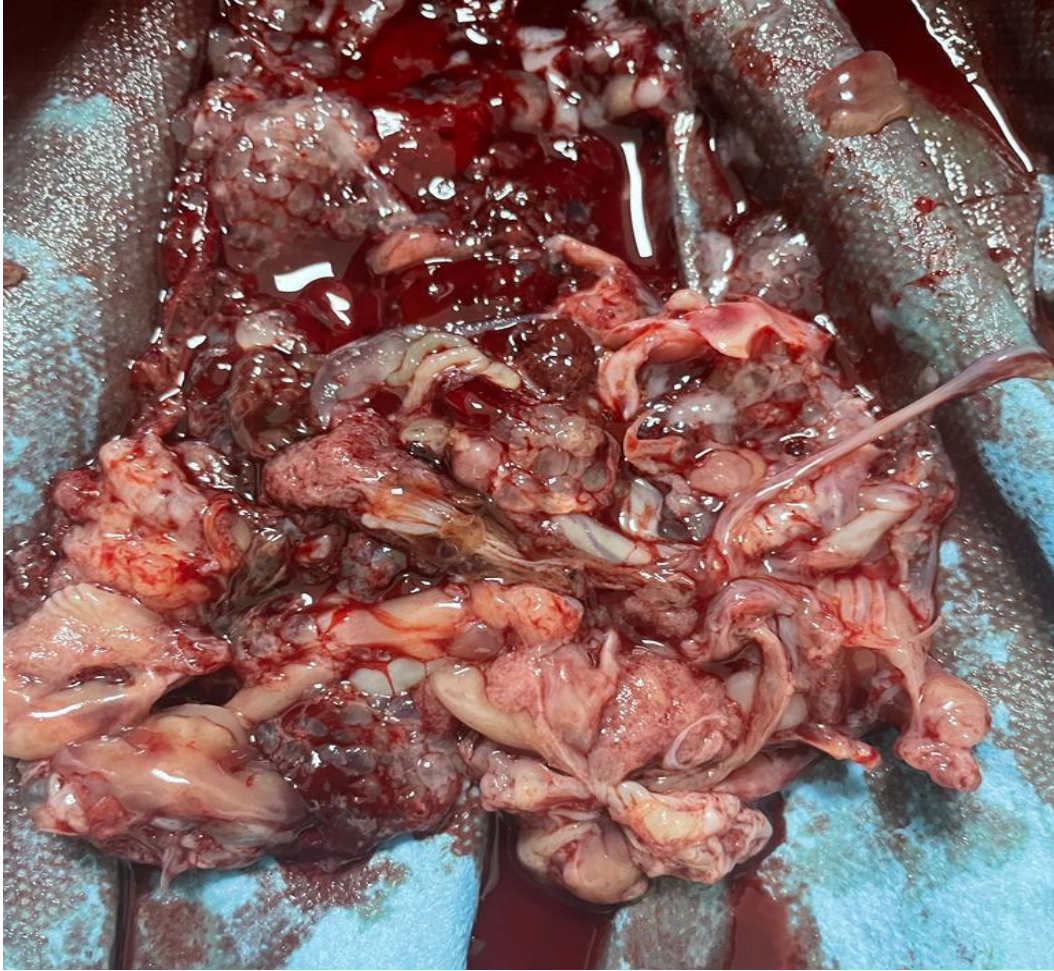


Figure 7 : Masse molaire constituée de nombreuses vésicules et son placenta

La première échographie a été réalisée le 26 Mai 2023 avant le retour à la maison de la patiente.

L'échographie de contrôle à J-3 du post partum confirmait l'absence de résidu endo-utérin.

Le retour à domicile dès J-3 était possible avec une surveillance du taux sérique d'hCG hebdomadaire et l'échographie jusqu'à négativation.



Figure 8 : Coupe sagittale par voie endo-vaginale montrant un gros utérus vide et homogène

L'examen histologique de la masse vésiculeuse était en faveur d'une mole hydatiforme complète.

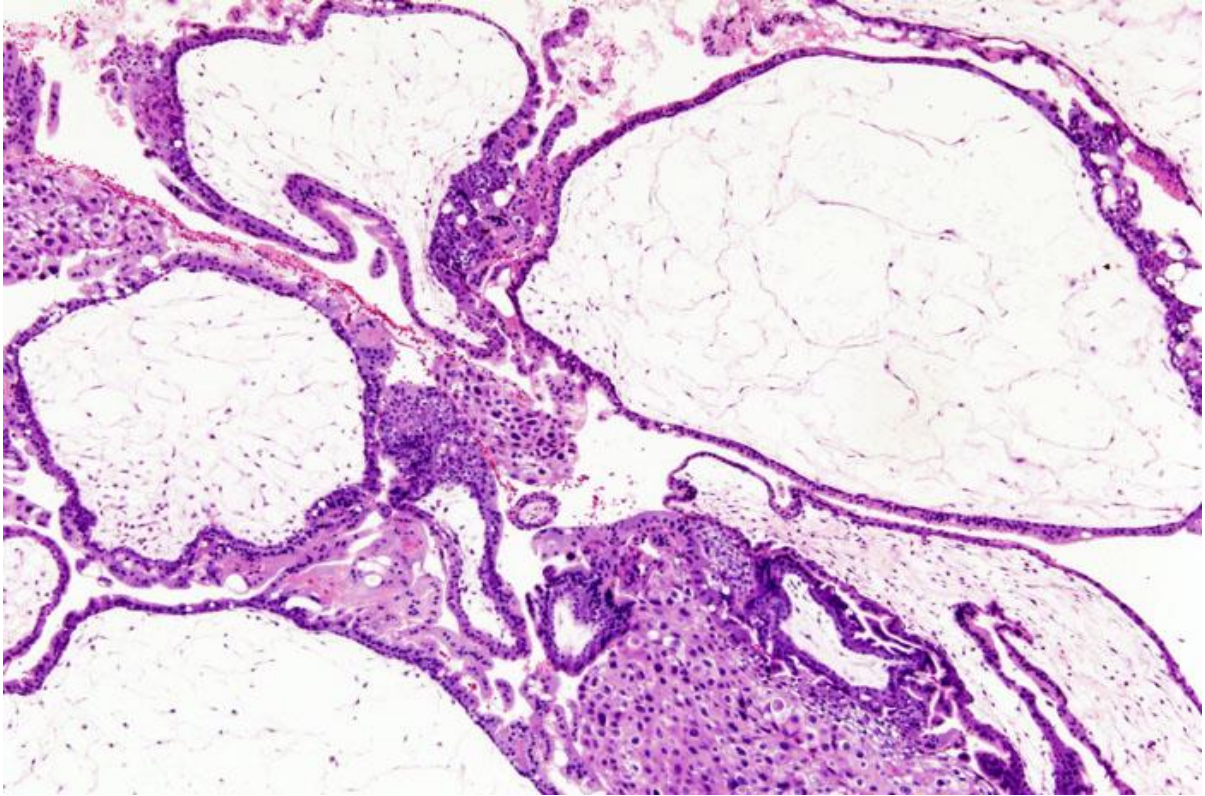


Figure 9 : Analyse histologique de la masse mutikystique

A. La consultation du 02 Juin 2023 soit J-7 post abortum:

- **Plaintes** : Néant
- **Examen physique** : normal, pas de douleur provoquée
- **Echographie endo-vaginale** : Gros utérus homogène avec un petit contenu anéchogène
- **B-HCG** : 12402 mUI/L



Figure 10: Coupe axiale de l'utérus par voie endo-vaginale montrant un gros utérus à contenu hétérogène minime

B. La consultation du 09 Juin 2023 soit J-14 post abortum:

- **Plaintes** : Néant
- **Examen physique** : normal, pas de douleur provoquée
- **Echographie endo-vaginale** : Gros utérus homogène avec un petit contenu anéchogène
- **B-HCG** : 12318 mUI/L



Figure 11 : Coupe sagittale de l'utérus par voie endo-vaginale avec un contenu anéchogène

C. La consultation du 16 Juin 2023 soit J-21 post abortum:

- **Plaintes** : Néant
- **Examen physique** : petit saignement
- **Echographie endo-vaginale** : Gros utérus homogène avec un petit contenu anéchogène
- **B-HCG** : 12602 mUI/L

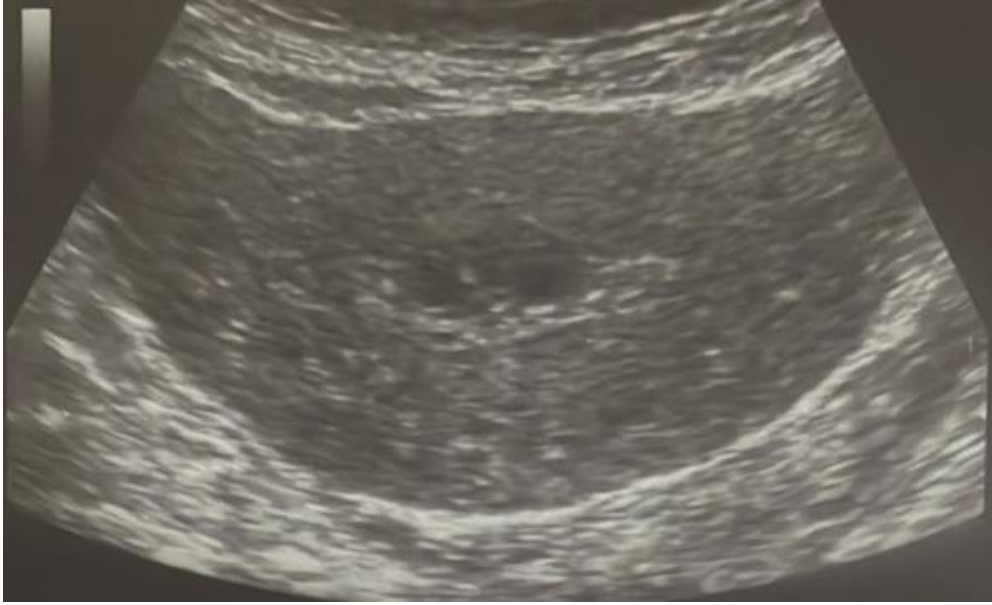


Figure 12 : Coupe axiale de l'utérus par voie endo vaginale avec un contenu hétérogène

Nous avons constaté une stagnation du taux sérique d'hCG qui nous a motivé à administrer.

La patiente a été admise en hospitalisation dans le service de gynécologie obstétrique.

Après réalisation d'un bilan pré thérapeutique de Méthotrexate qui est revenu normal, la patiente a reçu une injection de Méthotrexate en intra-musculaire le 21 Juin 2023.

Elle a séjourné durant 72 heures pour une surveillance hémodynamique et elle est sortie le 04 Juillet 2023 avec des rendez-vous pour le suivi clinique, échographie et dosage des B-HCG.

6. Les éléments de la surveillance après l'injection de Méthotrexate :

D. Consultation du 27 Juin 2023 soit à J-7 post injection :

- **Plaintes** : pas de douleur, pas saignement
- **Examen physique** : l'examen gynécologique est sans particularité
- **Echographie endo-vaginale** : Utérus vide et homogène de taille sub normale avec un endomètre fin.
- **B-HCG** : 145 mUI/L

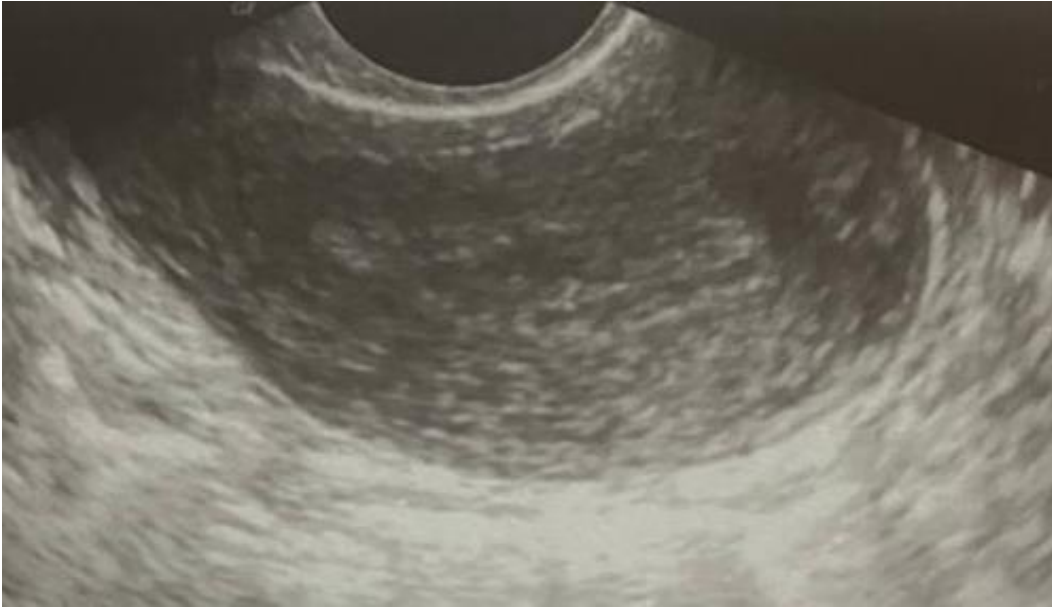


Figure 13 : Coupe sagittale de l'utérus par voie endo-vaginale avec un endomètre hypertrophique

E. Consultation du 04 Juillet 2023 soit à J-14 post injection

- **Plaintes** : pas de douleur, métrorragie minime
- **Examen physique** : normal, pas de douleur
- **Echographie endo-vaginale** : Utérus vide et homogène de taille normale avec un endomètre fin.
- **B-HCG** : < à 5 mUI/L



Figure 14 : Coupe sagittale de l'utérus par voie vaginale montrant un utérus vide avec un endomètre fin

F. Consultation du 14 Juillet 2023 soit à J-21 post injection

- **Plaintes** : pas de douleur, pas de saignements
- **Examen physique** : normal, pas de douleur
- **Echographie endo-vaginale** : Utérus vide et homogène de taille normale avec un endomètre fin.
- **B-HCG** : < à 5 mUI/L



Figure 15 : Coupe sagittale de l'utérus par voie vaginale avec un endomètre fin

L'échographie de contrôle à J-21 du post injection de méthotrédiate confirmait l'absence de résidu endo-utérin. Le retour à domicile dès J-3 était possible avec une surveillance du taux sérique d'hCG hebdomadaire jusqu'à négativation, puis mensuelle pendant une durée totale de 12 mois. Une contraception orale œstro-progestative était instaurée. La régression du taux sérique d'hCG était significative dès l'interruption de la grossesse.

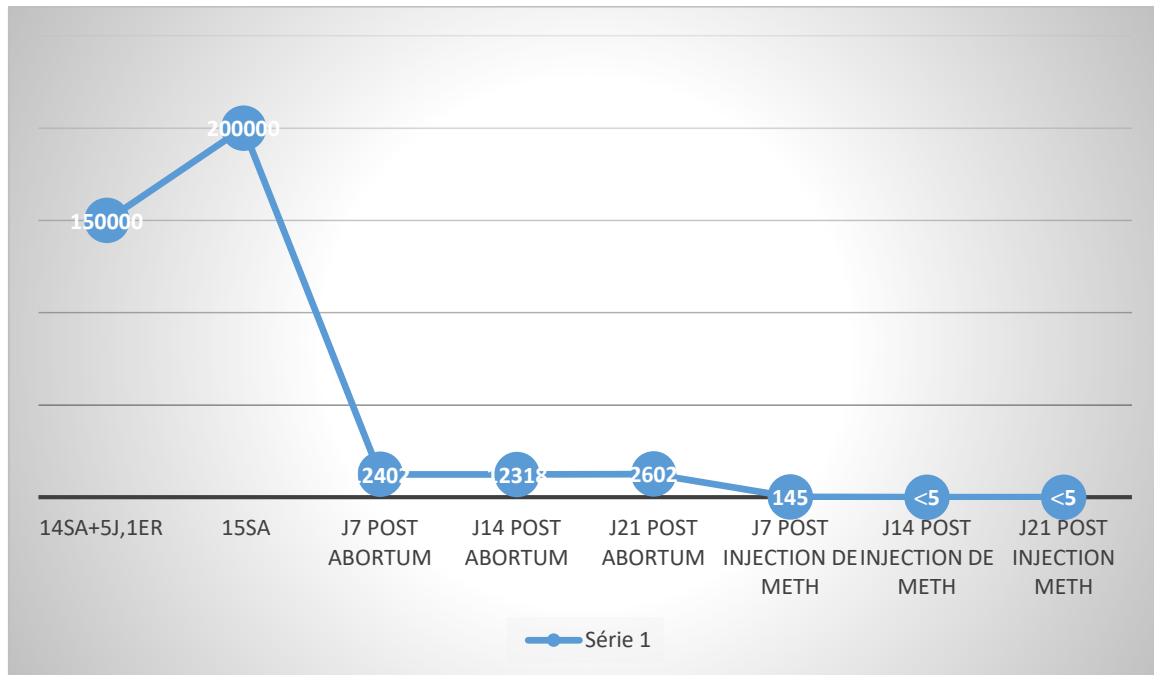


Figure 16 : Courbe semi- logarithmique : évolution de la cinétique du taux sérique d'hCG.

DISCUSSION

IV. DISCUSSION :

La grossesse gémellaire avec coexistence d'un œuf avec fœtus vivant et d'une grossesse molaire est un événement relativement inhabituel. La prise en charge de ces grossesses est difficile, de par les complications telles que la mort fœtale, les saignements, la pré-éclampsie, l'hyperthyroïdie, et le risque d'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle [8, 22].

Les cas de grossesse gémellaire associant un fœtus sain et une MHC sont exceptionnels. L'incidence varie de 1/22 000 à 1/100000 grossesses selon les auteurs [23]. Environ 200 cas de grossesse gémellaire associant MHC et fœtus sain ont été rapportés dans la littérature [24, 25].

Le diagnostic de grossesse gémellaire associant MHC et fœtus sain peut être difficile. Il repose à la fois sur la clinique, le taux sérique d'hCG, l'échographie et même l'IRM. La clinique est dominée par des métrorragies persistantes en début de grossesse plus ou moins associées à des signes sympathiques de grossesse majorés, et un utérus dont la taille est supérieure à celle attendue pour l'âge de la grossesse [25].

Nous avons retenu le diagnostic de grossesse gémellaire associant une grossesse normale et une grossesse molaire, après le résultat de deux échographies ayant révélé chacune un fœtus normal et une image multi kystique et le dosage du taux sérique d'hCG anormalement élevé.

Dans le cas de notre patiente, nous avons opté pour l'arrêt de la grossesse vu le très jeune âge de la grossesse chez la patiente en plus des complications qui auraient pu survenir si on avait accepté de conserver la grossesse.

Ainsi il ressort de notre observation, que la décroissance du taux de B-HCG tout au long de la surveillance a connu une stagnation après trois dosages consécutifs de 7 jours d'intervalle. Des échographies répétées permettent de suivre l'évolution et d'évoquer une invasion myométriale au doppler couleur [26]. Les recommandations de prise en charge de grossesse gémellaire associant une môle hydatiforme (GGAMH) ne sont pas encore codifiées mais certains auteurs

suggèrent que la grossesse peut être menée à terme si le diagnostic est fait tardivement et en absence de complications et que la probabilité d'obtenir une naissance vivante variant entre 16 et 56% [27,28].

Ce risque de tumeur gestationnelle trophoblastique est le plus redouté. L'incidence de tumeur trophoblastique gestationnelle semble plus importante dans le cas d'association d'une môle hydatiforme complète avec une grossesse singleton normale selon la majorité des études publiées [8, 29] avec des taux variant entre 50 à 57%.

Nous avons administré du Méthotrexate à la dose de 1mg/kg en une seule dose. La patiente n'a présenté aucun effet secondaire du traitement lié au Méthotrexate. Nous avons constaté aussi la régression progressive du taux sérique d'hCG survenue 1 mois après l'injection du Méthotrexate et de l'absence total des métrorragies et des signes sympathique.

CONCLUSION

CONCLUSION :

Le risque de complications et notamment d'invasion myométriale est augmenté en cas de grossesse gémellaire associant une mole hydatiforme à une grossesse évolutive en comparaison à la môle hydatiforme complète isolée. On ne dispose pas aujourd'hui d'arguments suffisants pour recommander une interruption de ces grossesses ou d'accepter une surveillance malgré les risques maternelles, pour notre cas nous avons adopté l'irruption thérapeutique de la grossesse qui nous semblait être la plus sécurisante.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Abboud P, Brohet A, Mansour G, et al. Maladies trophoblastiques gestationnelles. Étude rétrospective de 1997 à 2003. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34:148-53.
2. Khabouze S, Erchidi IE, Bouchikhi C, Chahtane A, Kharbach A, Chaoui A. Les maladies gestationnelles trophoblastiques. À propos de 105 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:42-9.
3. Boufettal H, Essodegui F, Mahdoui S, Samouh N. Grossesse gémellaire associant une môle hydatiforme complète et une grossesse singleton normale. *Imag Femme*. mars 2014;24(1):38-41
4. Choi-Hung SR, Genest DR, Crum PR, Berkowits R, Goldstein DR, Schofield DE: Twin pregnancies with complete hydatidiform mole and coexistent fetus. *Hum Pathol* 26:1175-1180, 1995
5. Azuma C, Saji F, Takemura M, Ohashi K, Kimura T, Miyake A, Tagaki T, Tanizama O: Triplet pregnancy involving complete hydatidiform mole and two fetuses: genetic analysis by deoxyribonucleic acid fingerprint. *Am J Obstet Gynecol* 166:664-667, 1992
6. Brewer JI, Torok EE, Welster A et Coll. Hydatiform môle: a follow up regimen for identification of invasive mole and choriocarcinoma and for selection of patients for treatment. *Am J Obstet-Gynec* 1968;101: 557
7. Malhotra N, Deka D ,Takkar D et al. Hydatiform mole with coexisting live fetus in dichorionic twin gestation. *Eur J Obstet Gynecol reprod boil*. 2001; 94(2): 301-303.
8. Steller MA, Genest DR, et al. Natural history of twin with complete hydatiorm and coexisting fetus. *Obstet Gynecol*. 1994;83(1):35–42.
9. Anderson CK, Deiter RW, Motz MJ, Goldstein JA. Complete hydatidiform mole with a coexistent healthy, viable fetus near term : a case report.*J Reprod Med*. 1996; 41(1): 55?58.
- 10.Matsui H, Sekiya S, Hando T et al. Hydatiform mol coexistent with a twin live fetus:a national collaborative stuy in japan.*Hum Reprod*. 2000;15(3): 608-11.
- 11.De Marcillac F, Akladios CY, Hui-bon-hoa I, Fritz G, Nisand I, Langer B. Twin pregnancy with complete hydatiform mole and coexistent fetus: Report of 4 cases and review of literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Nov ; 44(9) :840
- 12.Centre de référence des maladies trophoblastiques : môle chorio - Espace Médecins [Internet]. Available from:

<http://www.môlchorio.com/spip.php?rubrique4>. Consulté le 02Juillet 2023 à 13H05

- 13.10-06-11 MTG_Recommandations_Label INCa-HAS_ validé - 100611_maladies_trophoblastiques.pdf [Internet]. Available from :http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/100611_maladies_trophoblastiques.pdf
14. Allias F, Bolze P-A, Gaillot-Durand L, Devouassoux-Shisheboran M. Les maladies trophoblastiques gestationnelles. *Ann Pathol.* 2014 Dec 1 ;34(6) :434–47.
15. Golfier F, Massardier J, Guastalla J-P, Trillet-Lenoir V, Frappart L, Mathian B, et al. Prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2010 Fev ; 39S, F25-F32.
16. Grangé G, Bary F. Echographie gynécologique pelvienne. In : Guide pratique de l'échographie obstétricale et gynécologique. Elsevier Masson ; 2012. p. 302–5.
17. Cole LA. hCG, its free subunits and its metabolites. Roles in pregnancy and trophoblastic disease. *J Reprod Med.* 1998 Jan; 43(1) :3–10.
18. Noal S, Joly F, Leblanc E. Prise en charge d'une tumeur trophoblastique gestationnelle. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2010 Mar 1 ;38(3) :193–8.
19. Cheung AN-Y. Pathology of gestational trophoblastic diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003 Dec ;17(6) :849–68.
20. Sergent F, Verspyck E, Lemoine J-P, Marpeau L. Place de la chirurgie dans la prise en charge des tumeurs trophoblastiques gestationnelles. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2006 Mar 1 ;34(3) :233–8.
21. Jacobs PA, Hunt PA, Matsuura JS, Wilson CC, Szulman AE. Complete and partial hydatidiform mole in Hawaii : cytogenetics, morphology and epidemiology. *Br J Obstet Gynaecol.* 1982 Apr ;89(4) :258–66.
22. Anderson CK, Deiter RW, Motz MJ, Goldstein JA. Complete hydatidiform mole with a coexistent healthy, viable fetus near term: a case report. *J Reprod Med.* 1996;41(1):55–58.
23. Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet Lond Engl.* 2002 Jun 22 ;359(9324) :2165–6.
24. Chesnais A-L, Le Breton F, Devouassoux-Shisheboran M, Huissoud C, Massardier J, Quilichini B, et al. Grossesse gémellaire avec môle complète et fœtus vivant : à propos d'un cas non diagnostiqué en anténatal. *Ann Pathol.* 2011 août ;31(4) :299–302.

25. Bovicelli L, Ghi T, Pilu G, Farina A, Savelli L, Simonazzi G, et al. Prenatal diagnosis of a complete mole coexisting with a dichorionic twin pregnancy : case report. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2004 May ;19(5) :1231–4.
26. Jauniaux E. Ultrasound diagnosis and follow-up of gestational trophoblastic disease. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1998;11(5):367–377.
27. Bruchim I, Kidron D, Amiel A, et al. Complete Hydatiform mole and coexistent viable fetus: report of two cases and review of literature. *Gynecologic oncology*. 2000;77(1):197–202.
28. Massardier J, Golfier F, Journet D, et al. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent fetus: Obstetrical and oncological outcomes in a series of 14 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;143(2):84–87.
29. Fishman DA, Padilla LA, Keh P, et al. Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatidiform mole and normal fetus. *Obstet et Gynecol*. 1998;91(4):546–50.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KODIO

Prénom : Amose

Thème : Grossesse molaire associée à une grossesse normale : à propos d'un cas et revue de la littérature.

Année : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé : La grossesse gémellaire avec coexistence d'un œuf normal possédant son propre trophoblaste sain et d'une môle hydatiforme complète (MHC) est une entité rare. L'incidence rapportée varie de 1 /22 000 à 1/100 000 grossesses selon les auteurs. Les modalités diagnostiques et de prise en charge étaient initialement basées sur l'histoire clinique et les données biologiques. Actuellement, elles incluent en grande partie l'imagerie, notamment l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique. Le diagnostic de grossesse molaire a été posé à 15 semaines d'aménorrhées sur les données de l'examen clinique, l'échographie et a été confirmé un second dosage des B-HCG plasmatiques 09/05/2023 et réalisé le 12/05/2023 qui était à 200000 mUI/L. La décision d'évacuation utérine par le misoprostol suivi d'une aspiration endo-utérine a été prise sur la base des signes de gravité clinique et du mauvais pronostic de cette association. La négativation du taux des B-HCG a été obtenue à 4 semaines après l'administration d'une dose de méthotrexate.

Mots clés : Grossesse molaire, association