

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

Thèse

**ETUDE CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET
ANATOMOPATHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE MOLAIRE AU
SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO DU
1er JANVIER 2018 AU 31 DECEMBRE 2022.**

Présentée et soutenue publiquement le..27/12/2023 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : **M. AMADOU DEMBELE**

Pour obtenir le grade de Doctorat en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

Jury

Présidente : M. Bakarou KAMATE, Professeur

Membre : M. Ibrahim Kanté, Maître de conférences

Co-Directeur : M. Mamadou TOURE, Médecin

Directeur : M. Cheick Bougadari TRAORE, Professeur

DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Je rends grâce à ALLAH, le tout puissant, le clément, le miséricordieux. Par ta bonté et ta grâce, il m'a été possible de mener à terme ce travail. Fasses que je me souviens de ta miséricorde en toute circonstance, à chaque instant de ma vie, cette vie éphémère comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui)

Je dédie ce modeste travail :

A toutes les femmes qui ont fait une grossesse molaire,

A mon grand-père feu wagna Dembélé :

Vous étiez une personne avec tellement de qualités que je ne saurais les citer. Vous nous avez laissé en cours de route mais nous appartenons tous à ALLAH et c'est vers lui que nous retournerons. Vous êtes la personne qui m'a inscrit à l'école et vous m'avez prouvé que ce chemin était celui de ma réussite. Nous ne cesserons jamais de vous remercier et prier pour le repos éternel de votre âme au paradis. On ne vous oubliera jamais.

A ma grand-mère Veuve Fatoumata Coulibaly :

Vous m'avez tellement comblé d'affection et d'amour que mes amis en étaient jaloux. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance d'avoir supporté mes caprices. Merci de m'avoir rassuré dans mes moments de doute, boosté quand il le fallait mais également grondé quand je le méritais ! Nous ne cesserons jamais de vous remercier et prier pour le repos éternel de votre âme au paradis. Amen !

A mon père Bakaye Zana Dembélé :

Vous êtes le père dont rêverait tout enfant travailleur, courageux, compréhensif, toujours assidu au travail pour que votre famille ne manque de rien. Je suis fier d'être votre fils et je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour que vous puissiez être fier de moi. Merci de vous avoir sacrifié pour me donner une éducation exemplaire et d'avoir fait de ma réussite une de vos préoccupations. Je me souviendrai toujours de vos conseils qui continuent de me guider jour après jour.

Puisse ALLAH vous garder longtemps auprès de nous pour que vous puissiez continuer à être fier de nous. Amine !

A ma mère Djénéba Topèguè Coulibaly :

Femme courageuse, brave, croyante et généreuse, vous avez su bien prendre soin de nous vos enfants. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez fait pour moi. Grâce à vous, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la rigueur, le respect de soi et des autres. Votre soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Votre principal souci a toujours été la réussite et le bonheur de vos enfants pour lesquels vous avez consenti des sacrifices incommensurables. Je resterai toujours un enfant digne de vous et je me souviendrai toujours de vos sages conseils. Ce travail est le couronnement de vos efforts. Puisse ALLAH vous garder encore longtemps auprès de nous afin que vous puissiez goûter aux fruits de votre labeur. Amine !

A mes logeurs : Bakary Dembélé à Fintégué, François Dembélé à Katala, Bakary Traore à SAN, Souleymane Dembélé à Bamako :

Aucune dédicace ne saurait traduire la profondeur des sentiments d'affection, d'amour et d'estime que je vous porte. Vous avez été plus qu'un père pour moi, Vous avez cru en moi et je me suis toujours senti en confiance, rassurer et même favoriser. Puisse Dieu vous donner la santé, le bonheur, la prospérité et une longue vie. Amen !

A mes logeuses : Veuve Fanta Coulibaly, kilègnèrè Coulibaly, Maimouna Keita, Fatoumata Dembélé

Aucun mot ne saurait exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour la tendresse et la gentillesse dont vous m'avez toujours entouré. J'espère que vous trouverez dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères. Que ce travail soit le fruit de l'affection et de la bienveillance que vous avez consenti pour mon éducation et ma formation.

A ma tante : Maimouna Dembélé : merci beaucoup pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A ma tante : Veuve Kadia Dembélé

Ma confidente, et ma seconde maman, celle qui était toujours présente quand j'en avais besoin. Puisse ALLAH dans sa miséricorde vous accueillir dans son immense paradis. Nous ne cesserons j'aimais de vous remercier et de prier pour le repos éternel de votre âme. Amen !

A mes Oncles, Tontons, Tantes : Alou, Seydou, Bassirou, Adama, Lassina, Mamadou, Salia, Chaka G, Badina, Sitan, Awa, Ami, Fatoumata, Koura, Aïssa, Alima Dembélé.

Vous êtes la preuve de la bonté du seigneur, votre gentillesse, votre disponibilité, votre attachement à la famille font de vous des exemples.

C'est grâce à vos conseils, vos aides, vos soutiens moraux et financiers en toutes circonstances que j'ai pu réaliser ce travail. J'espère que vous trouverez satisfaction pour tous vos efforts à travers ce travail.

Que le bon Dieu vous paye pour votre générosité. Amen !

A mes Frères et Sœurs : Dramane, Bintou, Gaoussou, Halima, Ousmane, Diakaridia, Modibo, Adama Dembélé

Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à vous. Vous m'avez toujours soutenu et motivé lorsque j'étais désespéré et accablé. Sachez que je suis très fier de vous. Merci pour tout, ce travail est aussi le vôtre. Puisse Dieu vous donner une longue vie. Amen !

A mes cousins et cousines : Sachant que l'union est la plus grande richesse d'une famille, vous vous êtes toujours battus corps et âme pour qu'on soit une famille très unie malgré la distance. Puisse le tout puissant nous accorder toujours la paix et la cohésion au sein de cette belle famille.

A mes amis : Ousmane, Salif, Lamine, Siaka, Moussa, Zana.....

Merci pour votre amitié, votre disponibilité, votre amour, et vos avis. Cette thèse est aussi la vôtre. Je vous aime tous et sachez que chacun de vous occupe une place particulière dans mon cœur J'ai le cœur rempli d'espérance pour nous tous... Restons toujours solidaires...

A mes enseignants de l'école fondamentale, secondaire et FMOS : Je remercie tous mes enseignants pour la qualité de leurs enseignements

A mes encadreurs et tout le personnel du CSREF CVI et du CHU point G : Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous au cours de notre passage !

A tous nos Aînés Médecins et DES de la Gynécologie-Obstétrique et du service Anatomie et cytologie pathologiques : Mes sincères remerciements pour votre accompagnement, votre disponibilité et vos conseils.

A Dr kamaté gninoussa, Soumaoro Seydou, Ouattara Abdoulaye, Ongoiba Awa, Bengaly Moussa : Merci infiniment à vous pour les soutiens multiformes sans faille pour la réussite de ce travail.

A mes camarades internes et de lutte : Un grand merci pour tous les bons moments passés ensemble, mes stages se sont passés dans une ambiance chaleureuse avec entraide et complicité. Merci pour votre attachement fraternel.

A tous ceux que j'ai croisé à un moment de mon parcours et que j'ai oublié de citer et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation de médecin, j'espère être à la hauteur de vos espérances en moi.

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Bakarou KAMATE

- Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Chercheur et Praticien hospitalier au CHU Point G
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers du Mali
- Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie International de Pathologie (DAF/AIP)
- Secrétaire général du Collège Ouest Afrique des Médecins (COAM)
- Secrétaire général de la Société Malienne de Pathologie (SMP)

Cher maître,

C'est un grand honneur et un privilège que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples obligations. L'homme de rigueur et de principe que vous êtes a cultivé en nous l'esprit du travail bien fait. Votre intérêt pour la ponctualité et votre leadership impose respect et admiration.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maitre et membre du jury

Professeur Ibrahim KANTE

- Gynécologue-Obstétricien
- Maitre de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU du point G
- Ancien président de l'antenne du groupe inter africain d'étude, de recherche et d'applicabilité sur la fertilité du Mali (GIERAF)

Cher Maître

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury. Vos qualités d'homme de science et votre enseignement nous ont impressionnés ; votre simplicité et votre disponibilité ont largement amélioré ce travail. Agréer cher maitre notre sincère remerciement et profonde reconnaissance.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Dr Mamadou Touré

- Spécialiste en Anatomie et cytologie pathologiques
- D.U en Sénologie
- Praticien hospitalier

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité constante et assiduité exceptionnelle nous ont permis de nous sentir très à l'aise à vos côtés et d'améliorer nos connaissances scientifiques. Nous vous remercions pour votre dévouement inébranlable à notre formation et nous vous assurons cher maître, que vos conseils et recommandations ne seront pas vains.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur titulaire en anatomie et cytologie pathologiques à la FMOS
- Chef du Département d'enseignement et de recherche des sciences fondamentales à la FMOS de l'USTTB
- Chef de service d'anatomie et cytologie pathologiques au CHU du Point G.
- Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G.
- Président de la société malienne de pathologie (SMP)
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali

Cher Maître

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Sigles et abréviations :

ADN : Acide Desoxyribose-nucleique.

AMIU : Aspiration manuelle intra utérine.

CHU POINT G : Centre Hospitalière Universitaire du point g.

CHU POINT Gabriel Touré : Centre Hospitalière Universitaire Gabriel Touré.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

CSF : Colony Stimulation Factor.

CSREF CVI : Centre de Santé de Reference de la commune VI.

FIGO : Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétricien.

FISH : Hybridation in Situ par Fluorexence.

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

HB: Hémoglobine.

HLA: Human Leucocyte Antigen.

HPC: Human Placental Lactogenic.

HTA : Hypertension artérielle.

LIF : Leukemia Inhibitory Factor.

MH : Mole Hydatiforme.

MHC : Mole Hydatiforme Complete.

MHP : Mole Hydatiforme Partielle.

MTG : Maladies Trophoblastiques Gestationnelles.

MTX : Méthotrexate.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

TNF : Tumor Necrosis Factor.

USTTB : Université des Sciences des Techniques et des Technologies
de Bamako.

βHCG : Beta Hormone Chorionique Gonadotrophine.

Table des matières

I. Introduction :	16
II : Objectifs	19
1.Objectif général :	19
2. Objectifs spécifiques :	19
III GENERALITES :	21
IV. Matériel et Méthodes :	48
V Résultats	51
VI. Commentaires et discussion	68
VII Conclusion	76
VIII Recommandations	77
IX Références :	80

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon le nombre de grossesse molaire par année	51
I. Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge.....	51
Tableau III : répartition des patientes selon la provenance	52
Tableau IV : répartition des patientes selon l'ethnie.	52
Tableau V: Répartition des patientes selon l'état matrimonial.	53
Tableau VI: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....	53
Tableau VII : répartition des patientes selon la profession	53
Tableau VIII : répartition des patientes selon le motif de référence	54
Tableau IX: répartition des patientes selon le mode d'admission	54
Tableau X : répartition des patientes selon la période de consultation	54
Tableau XI: répartition des patientes selon les ATCD médicaux	55
Tableau XII: répartition des patientes selon la gestité :	55
Tableau XIII: répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement. .	55
Tableau XIV: répartition des patientes selon l'utilisation de contraceptif .	56
Tableau XV: répartition des patientes selon la parité.....	56
Tableau XVI: répartition des patientes selon le mode de début	56
Tableau XVII : répartition des patientes selon la notion d'aménorrhée....	56
Tableau XVIII: répartition des patientes selon l'âge de la grossesse	57
Tableau XIX: répartition des patientes selon le caractère d'hémorragie. ...	57
Tableau XX répartition des patientes selon l'état général.....	57
Tableau XXI répartition des patientes selon les conjonctives	58
Tableau XXII: répartition des patientes selon la présence d'œdème des membres inférieurs	58
Tableau XXIII: répartition des patientes selon la discordance entre la hauteur utérine et l'Age de la grossesse.....	58
Tableau XXIV: Répartition des patientes selon l'image typique à nid d'abeilles à l'échographie.....	59
Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'examen macroscopique de la môle.....	59
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'existence des kystes ovariens bilatéraux	59
Tableau XXVII XXVIII: Répartition des patientes selon le dosage des βHCG avant l'aspiration molaire.....	60

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le résultat anatomopathologie.....	60
Tableau XXX: Répartition des patientes selon le taux d'Hb à l'admission	60
Tableau XXXI: répartition des patientes selon aspiration manuelle intra-utérin.....	61
Tableau XXXII: Répartition des patientes selon la perforation utérine.....	61
Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la réalisation de l'hystérectomie.....	61
Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon l'acceptation de la contraception après aspiration.....	61
Tableau XXXV: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation	62
Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la surveillance clinique à une semaine.....	62
Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon la surveillance biologique de βHCG à une semaine.....	62
Tableau XXXVIII: Répartition des patientes selon la surveillance radiographique à une semaine.....	62
Tableau XXXIX: Répartition des patientes selon la surveillance clinique à deux semaines.....	63
Tableau XL: Répartition des patientes selon la surveillance clinique à un mois.....	63
Tableau XLI: Répartition des patientes selon la surveillance biologique par le test UCG à 1mois.....	63
Tableau XLII: Association du résultat de la semaine d'aménorrhée et le caractère de l'hémorragie.....	63
Tableau XLIII: Association du résultat de l'examen anatomo-pathologie et la tranche d'âge.....	64
Tableau XLIV: Association du résultat de l'examen échographique et le dosage de βHCG à l'admission.....	64
Tableau XLV: Association du résultat de l'examen échographique et le dosage de β-HCG à une semaine.....	65
Tableau XLVI: Association du résultat de l'examen anatomopathologique et le taux de guérison.....	66
Tableau XLVII: Association des signes cliniques et le dosage des BHCg1	66

Liste des figures

Figure 1 : Mole hydatiforme	21
Figure 2 : aspect macroscopique d'une mole hydatiforme	22
Figure 3 : Embryon de 3 semaines (11)	24
Figure 4 : Embryon de 4 semaines (11).	25
Figure 5: Embryon de 8 semaines (11)	26
Figure 6 : Embryon de 2 mois (11)	26
Figure 7 : Placenta mature en coupe macroscopique (11)	28
Figure 8 : Mécanismes chromosomiques au cours des moles hydatiformes complètes (11)	30
Figure 9: Schéma expliquant l'étiopathologie des moles hydatiformes partielles et triploïdies (11)	31
Figure 10 : Mécanismes chromosomiques au cours des moles hydatiformes partielles (11)	32
Figure 11: Multiple micro kystiques, aspect macroscopique de la mole complète (11)	33
Figure 12 : Villosités de taille variable avec hyperplasie trophoblastique et hématies nucléées au faible grossissement évoquant une MHC.	34
Figure 13 : aspect macroscopique de la mole partielle	35
Figure 14: Villosités typiques d'une triploïdie : nombreuses invaginations trophoblastiques avec micro kystes dans un chorion œdémateux.	36
Figure 15: Aspect typique en échographie de môle hydatiforme complète	38
Figure 16 : Aspect échographique flocon de neige	39

INTRODUCTION

I. Introduction :

La grossesse molaire (môle hydatiforme) est une entité des maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) qui regroupent des entités bénignes appelées môles hydatiformes, qui peuvent être des môles complètes ou partielles ; des entités malignes appelées tumeurs trophoblastiques gestationnelles, qui incluent : certaines môles invasives ; les choriocarcinomes ; les tumeurs trophoblastiques du site d'implantation et les tumeurs trophoblastiques épithélioïdes. Ces entités ont un dénominateur commun une hypersécrétion de β hCG par une hyperplasie trophoblastique. C'est une pathologie fréquente chez les femmes d'âge inférieur à 20 ans ou supérieur à 40 ans [1]. La fréquence des môles complètes est estimée au Japon à 2 / 1 000 grossesses alors qu'en Europe et en Amérique du Nord, la fréquence n'est que de 0,6 à 1,1 pour 1000 grossesses [2].

Au Maroc, une étude effectuée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Hassane II de Fès a rapporté une fréquence de 0,58% des grossesses de janvier 2011 à décembre 2015[3].

Au Mali une étude effectuée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Gabriel Touré de 2003 à 2007 a rapporté une fréquence de 0,70% de grossesse molaire [4].

Une autre étude effectuée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU-Point G de 2010 à 2015 a rapporté une fréquence de 0,50% de grossesse molaire [5]. Au Mali en 2022 une étude effectuée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CSREF commune III a rapporté une fréquence de 0,21% de grossesse molaire [6]. Le diagnostic exact de ces différentes maladies trophoblastiques est essentiellement histologique. Cependant, l'échographie pelvienne et/ou l'expulsion d'une grande quantité de villosités môlaires suffisent, en général, au diagnostic de môle complète. Diagnostiquée et traitée tôt, la

grossesse molaire évolue favorablement. Cependant certaines complications sont possibles. Ce sont l'avortement molaire qui est toujours parcellaire hémorragique entraînant l'anémie quelque fois grave nécessitant une transfusion sanguine dans certains cas ; le choriocarcinome responsable de décès maternel dans 6,25% des cas [7]. Dans notre service peu d'études ont été réalisées sur le sujet, c'est dans le cadre de faire le point sur la prise en charge que nous initions ce travail en nous fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II : Objectifs

1. Objectif général :

Etudier la grossesse molaire au centre de santé de référence de la commune VI du district de BAMAKO du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022.

2. Objectifs spécifiques :

- a. Déterminer la fréquence de la grossesse molaire ;
- b. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- c. Décrire les aspects cliniques, anatomopathologiques et évolutifs de la grossesse molaire,
- d. Préciser les principales modalités de prise en charge de la grossesse molaire ;
- e. Déterminer le pronostic de la grossesse molaire.

GENERALITES

III GENERALITES :

1- Définitions : Les môles hydatiformes (des grecs môles : masse et hydatide : sac hydrique) appartiennent aux groupes des maladies trophoblastiques gestationnelles au cours desquelles le trophoblaste prolifère de manière anarchique et forme des vésicules hydriques [8,9]. Elles sont caractérisées par l'absence d'embryon et la dégénérescence villose totale du placenta, et résultent de la fécondation d'un ovule dont le pronucléus maternel est absent ou immature [9].

-La môle hydatiforme complète (MHC) ou classique qui se définit comme une dégénérescence vésiculaire des villosités chorales. Elle est constituée exclusivement de vésicules molaire sans embryon, se développant à partir du trophoblaste villositaire et connue par son aspect en « grappe de raisin » [9].

-La môle hydatiforme partielle (MHP) ou embryonnaire qui se présente comme une cavité amniotique avec une membrane, un cordon ombilical, parfois un embryon ou même un fœtus, un placenta dont les villosités sont par endroits normales et par d'autres de type molaire avec des vésicules plus petites [9].

Les môles hydatiformes (MH) représentent un réel problème de santé publique notamment dans les « pays du sud » et de l'Asie, de par leur incidence et leur risque d'évolution vers la môle invasive et le choriocarcinome [9].



Figure 1 : Mole hydatiforme



Figure 2 : Aspect macroscopique d'une mole hydatiforme

2. Historique : Le nom de mole hydatiforme vient du grec « môles » qui signifie masse et du mot « hydatide » qui signifie sac hydrique [10].

Les premières descriptions remontent à Hippocrate. Au moyen âge, l'existence d'une môle a attesté de la vitalité paternelle puisque chaque vésicule a été apparentée en œuf.

En 1839 la môle partielle a été décrite par Cruveilhier et en 1977 Kaji a déterminé l'origine paternelle de la môle complète [10].

Plus tard, Hertwig a décrit un continuum débutant par une môle partielle et se prolongeant par une môle complète, une môle invasive puis la survenue de choriocarcinome. En réalité cette hypothèse n'est pas plausible car la proportion entre les môles complètes et les carcinomes est totalement incompatible [10].

3. Rappel anatomie :

3-1-Rappel sur l'embryogenèse de l'œuf humain :

L'œuf humain est conçu par fécondation qui est la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule mûr, puis la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes donne un œuf diploïde et déclenche le développement [11].

1ère semaine [11].

- Après la fécondation, l'œuf présente une division cellulaire (Blastomères) au cours de sa migration dans la trompe utérine.
- Aux environs du 4^{ème} jour il atteint la cavité utérine, comportant à ce stade 64 blastomères (stade de la morula)
- Aux 5-6^{ème} jours, une cavité liquidienne (blastocœle) s'interpose entre les cellules périphériques (futures cellules trophoblastiques) et les cellules centrales (bouton embryonnaire), formant le blastocyste.
- Au 7^{ème} jour l'œuf s'implante au sein de l'endomètre.

2^{ème} semaine [11].

Les cellules du bouton embryonnaire se différencient pour former l'ectoblaste, en regard de la cavité amniotique en cours de formation et l'ectoblaste, en regard du blastocœle, qui devient la vésicule vitelline primitive (8-10^{ème} jour). Ces deux feuillets forment le disque embryonnaire didermique. L'espace compris entre le trophoblaste et le bouton embryonnaire est occupé par un tissu mésenchymateux appelé mésenchyme extra embryonnaire. Au sein de ce mésenchyme se creuse une cavité : le coelome externe ou extra embryonnaire qui entoure le bouton embryonnaire sauf à l'endroit où il se rattache au trophoblaste. Cette zone de rattachement est appelée pédicule embryonnaire. Une fissuration apparaît bientôt entre l'ectoblaste et le trophoblaste donnant naissance à une cavité amniotique. A la partie profonde, l'endoblaste s'étale en un feuillet dont le bord s'éloigne du bouton embryonnaire. A ce bord, fait suite une couche de cellules mésothéliales, l'ensemble formant une cavité, la cavité vitelline primitive ou exo coelomique. Continuant leur prolifération, les cellules de l'endoblaste vont tapisser entièrement cette cavité et la transformer en vésicule vitelline secondaire ou lécithocèle. Au cours de cette 2^{ème} semaine, la circulation entre l'œuf et l'utérus se développe. La possibilité de rupture vasculaire du pédicule embryonnaire peut expliquer l'apparition de fausses règles.

3^{ème} semaine [11].

Au début de cette semaine survient un phénomène fondamental : la gastrulation

dont l'essentiel est la mise en place d'un troisième feuillet : le mésoblaste ou chordo-mésoblaste. Celui-ci se place entre l'ectoblaste et l'endoblaste. Il s'étend le long de l'axe antéro postérieur de l'embryon qui marque la ligne primitive. Il s'est édifié aux dépens des cellules ectoblastiques par un phénomène de migration cellulaire. Ainsi l'embryon qui jusqu'à la gastrulation était un disque didermique en continuité avec ses annexes sur toute sa périphérie, devient dès lors tri dermique. A l'union de la partie caudale du disque et du lecithocèle apparaît un diverticule endoblastique : l'allantoïde. Cependant le disque se transforme en un tube et s'isole de ses annexes auxquelles il n'est plus relié que par un mince pédicule, futur cordon ombilical. Tous ces phénomènes sont dits de délimitation.

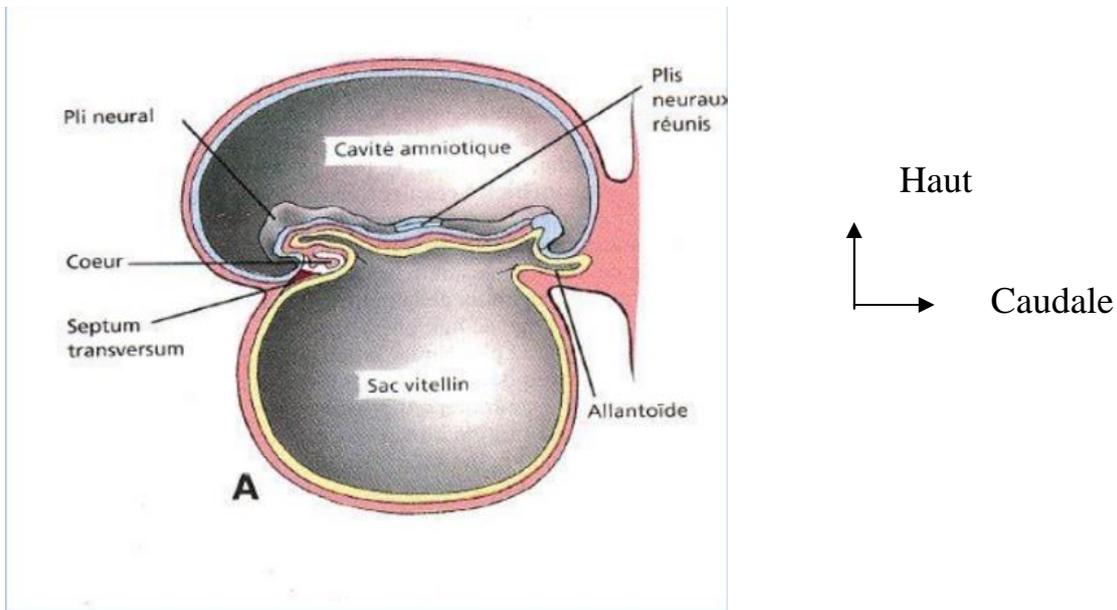


Figure 3 : Embryon de 3 semaines (11)

4ème semaine [11].

A la fin de la troisième semaine, la croissance rapide de la plaque neurale et de la cavité amniotique entraîne une plicature longitudinale et transversale. Le mésoblaste poursuit son développement : le mésoblaste para axial segmenté en

somites se développe pour former dans sa partie medio ventrale le squelette axial (sclerotome) et dans sa partie latero-dorsale les dermomyotomes. Le mésoblaste intermédiaire, segmenté, forme les néphromes.

Le mésoblaste latéral non segmenté présente deux lames (somatopleure intra embryonnaire en regard de la cavité amniotique et la splanchopleure intra embryonnaire en regard de la vésicule ombilicale) qui borde le coelome intra embryonnaire future cavité pleurale, péricardique et péritonéale. Après la fermeture des nécrophores antérieurs et postérieurs, le pôle céphalique du tube neural se développe avec apparition du pros encéphale, qui donnera le télencéphale et le diencéphale, le mésencéphale et le rhombencéphale. Sous l'effet de la plicature, la zone cariogène développée au niveau du pôle céphalique est repoussée en position ventrale pour devenir une masse unique intra-embryonnaire, par fusion des deux tubes end cardiaques. De la même façon, la fermeture de la ventrale de l'embryon isole une partie de la vésicule, vitelline qui forme l'intestin primitif.



Figure 4 : Embryon de 4 semaines (11).

4^{ème} aux 8^{èmes} semaines [11]. Chacun des feuillets amorce sa propre différenciation en un certain nombre de tissus spécifiques :

- L'ectoblaste donnera le tissu nerveux et les téguments,

- le mésoblaste donnera naissance au squelette, tissu conjonctif, muscles, appareil rénal et circulatoire,
- l'endoblaste donnera l'appareil digestif et ses glandes annexes, l'appareil respiratoire.

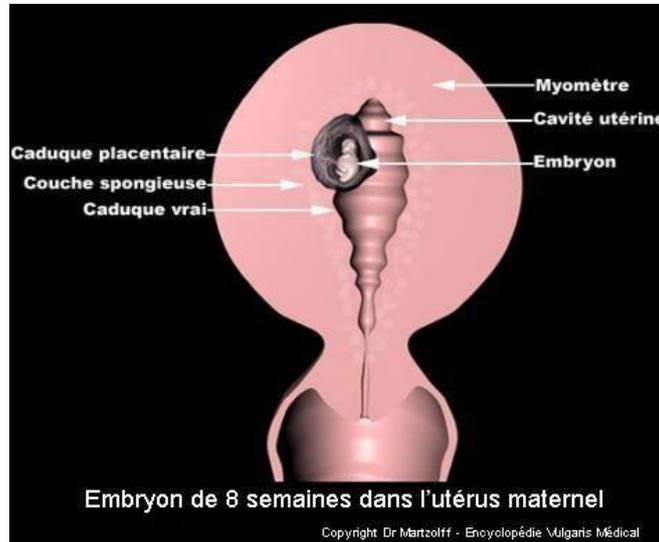


Figure 5: Embryon de 8 semaines (11)

Pendant le 2ème mois [11].

La morphologie de l'embryon se transforme par développement des membres, de la face, des oreilles, du nez et des yeux vers la fin du 2ème mois, l'essentiel de la morphologie est acquis.

Il s'ensuit la période fœtale ou les phénomènes de croissance l'emportent sur la différenciation tissulaire.

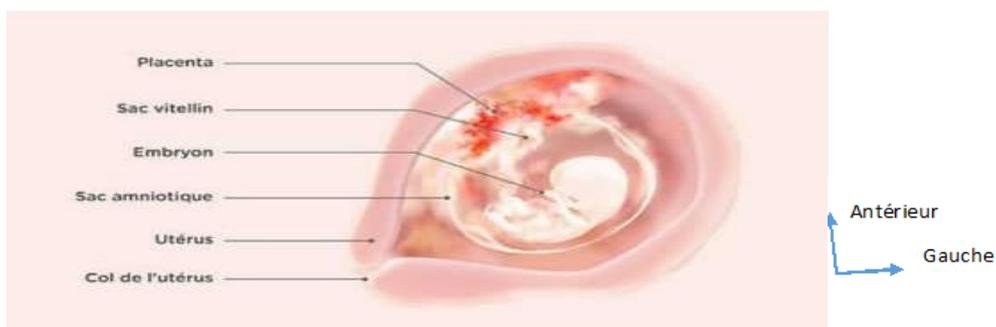


Figure 6 : Embryon de 2 mois (11).

3-2-Placentation [11].

3-2-1- Formation du placenta :

De la coquille trophoblastique de l'œuf se différencient, à partir du 14^{ème} jour post conceptionnel, deux types de trophoblastes : le trophoblaste périvillositaire et le trophoblaste du site placentaire.

Le trophoblaste périvillositaire est induit à l'intérieur par le coelome extra embryonnaire et comporte : une assise proliférative, le cytotrophoblaste, très +sensible au méthotrexate et à l'actinomycine D et une assise différenciée, le syncytiotrophoblaste, post mitotique, servant de membrane d'échange fœto-maternelle, sécrétant HCG, HPL (Human placenta lactogène), des protéines qui empêchent l'activation du complément et une quantité considérable de progestérone qui bloque les lymphocytes tueurs naturels. Le syncytiotrophoblaste s'exfolie en permanence dans la circulation sanguine maternelle. Le trophoblaste périvillositaire intervient dans la formation de la môle complète, de la môle partielle et du carcinome trophoblastique gestationnel. Le trophoblaste du site placentaire est induit à l'extérieur par le stroma maternel et ses cellules migrent isolément dans l'endomètre et le myomètre à partir de la coquille trophoblastique puis de ses vestiges, les villosités crampent. Il est formé de cellules mononuclées pseudo déciduales qui en vieillissant deviennent multi nucléées ou avec noyau géant et irrégulier. Il est immun marqué par HPL, par les kératines et rarement par HCG. Il recrute les vaisseaux maternels pour les transformer en vaisseaux utéro placentaires. Il produit une dizaine de protéases, des anticorps anti-HLA (Human leucocyte Antigen G) qui interviennent dans la résistance immunitaire. Il dialogue en permanence avec les cellules déciduales qui sécrètent et expriment des cytokines inflammatoires importantes : interleukine1 (immunosuppresseur), le CSF-1 (colony stimulation factor), le LIF (leukemia inhibitory factor), le TNF (tumor necrosis factor), régulant probablement l'invasion du trophoblaste, et l'interféron gamma. Il donne les tumeurs trophoblastiques du site placentaire.

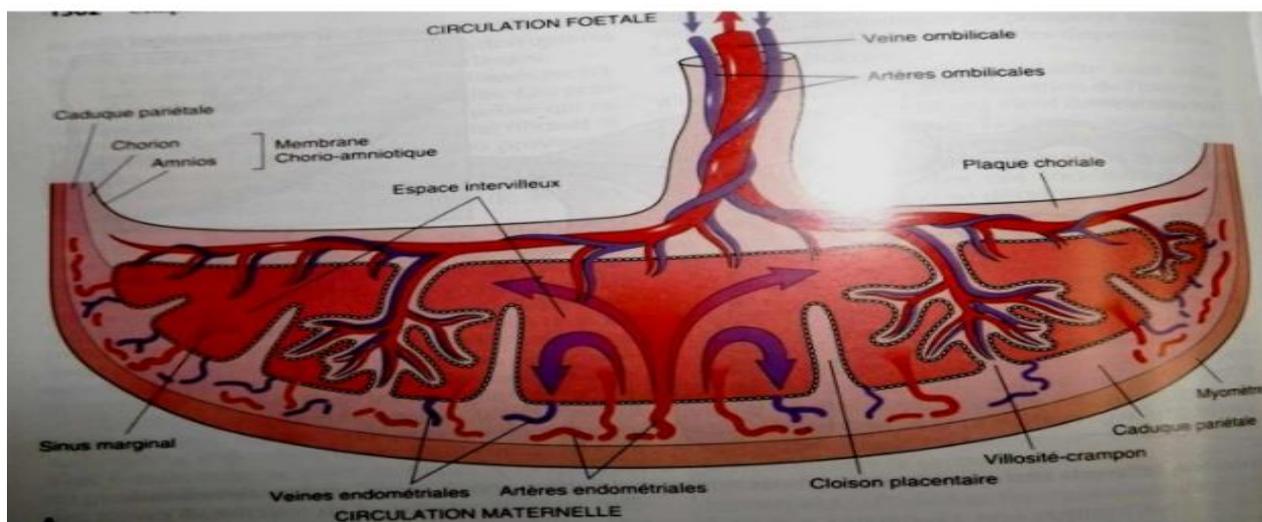


Figure 7 : Placenta mature en coupe macroscopique (11)

3-2-2-Rôle du placenta [11,12] :

Le placenta est l'organe d'échanges entre la mère et le fœtus. C'est un organe fœtal, né en même temps que l'embryon. Mais de son étude on ne peut pas le séparer de la muqueuse utérine sur laquelle il se greffe. En effet le placenta humain est de type hémochorial, celui qui réalise le contact le plus intime entre les éléments fœtaux et les éléments maternels. Le chorion baigne directement dans le sang maternel sans interposition de tissu. Au lieu de la simple juxtaposition rencontrée en général dans les espèces animales (placenta épithélio-chorial, syndesmose-chorial, endothélio-chorial). A ce rôle essentiel d'échange s'ajoute un rôle endocrine, d'importance capitale (rôle dévolu lui aussi au trophoblaste des villosités).

4. Etiopathogenie :

La pathogénie de la môle hydatiforme est inconnue. On ne peut dégager aucune étiologie valable concernant l'âge, les antécédents. Cependant il existe des facteurs de risque en particulier l'insuffisance en : carotène, Graisses animales et Vitamine A.

Selon PARK l'anomalie trophoblastique est primitive et peut être considérée soit comme une hyperplasie, une dysplasie ou un néoplasie. Cette thèse semble étayer

par un degré croissant d'aberrations chromosomiques rencontrées de la môle au choriocarcinome [11]. Ces déficits nutritionnels pourraient fragiliser encore plus l'ovule âgé dans ses mécanismes de fécondation et expliquer que l'âge maternel supérieur à 35 ans constitue un facteur de risque de môle complète. Ce risque double après 35 ans et augmente de 7,5 fois après 40 ans. Curieusement le risque relatif est également élevé chez les femmes très jeunes, de moins de 20 ans. Le risque de môle partielle est différent de celui de la môle complète. Il est accru en cas de rythmes menstruels irréguliers et de contraception orale depuis plus de 4 ans. En revanche, ce risque n'est majoré ni par l'élévation de l'âge maternel, ni par le régime alimentaire. L'âge d'apparition de la môle partielle correspond à celui de la période de fertilité de la femme.

4-1- Rappel sur la cytogénétique de la môle hydatiforme

Les techniques d'étude utilisées sont multiples [11].

L'analyse cytogénétique en métaphase permet d'étudier la ploïdie, l'homo ou l'hétérozygotie et l'origine parentale. L'utilisation de sondes en génétique moléculaire permet également de déterminer l'origine parentale du tissu. Cette méthode peut être combinée à des techniques de restriction enzymatique ou d'amplification génique.

La cytométrie en flux détecte des variations de ploïdie de 4 à 10 %. De très faibles variations ne sont pas diagnostiquées par cette méthode. L'hybridation in situ en interphase explore également la ploïdie et le sexe [11].

Cependant à l'heure actuelle, il n'existe aucun marqueur génétique ni aucune méthode de biologie Moléculaire pour prédire l'évolution (agressivité) d'une maladie trophoblastique [11].

4-1-1 Génétique des môles complètes :

La découverte de l'origine paternelle de la môle hydatiforme grâce à l'utilisation du polymorphisme en bande, date de 1977 [11]. Dans 75 à 85 % des cas, le caryotype est XX et dans 15 à 25 %, il est XY. Le caryotype YY est toujours léthal. Les différents mécanismes de constitution des môles complètes sont représentés.

Les trois mécanismes possibles sont :

- la diandrie où le matériel chromosomique paternel du spermatozoïde se réplique après la fécondation de l'ovocyte anucléé.
- La dispermie dans laquelle deux spermatozoïdes pénètrent l'ovocyte.
- La diplospermie où la duplication du matériel chromosomique se fait dans le spermatozoïde avant la fécondation.

Les techniques de biologie moléculaire et de cytogénétique modernes montrent que 60 % des môles sont homozygotes et 40 % sont hétérozygotes. Selon le mécanisme, on parlera de diandrie, de dispermie ou de diplospermie [11].

En 1991 Kovac et al. Montraient que 20 % des môles étaient d'origine mixte. Ces môles se retrouvaient dans des grossesses multiples associant un développement embryonnaire normal et une môle complète [11].

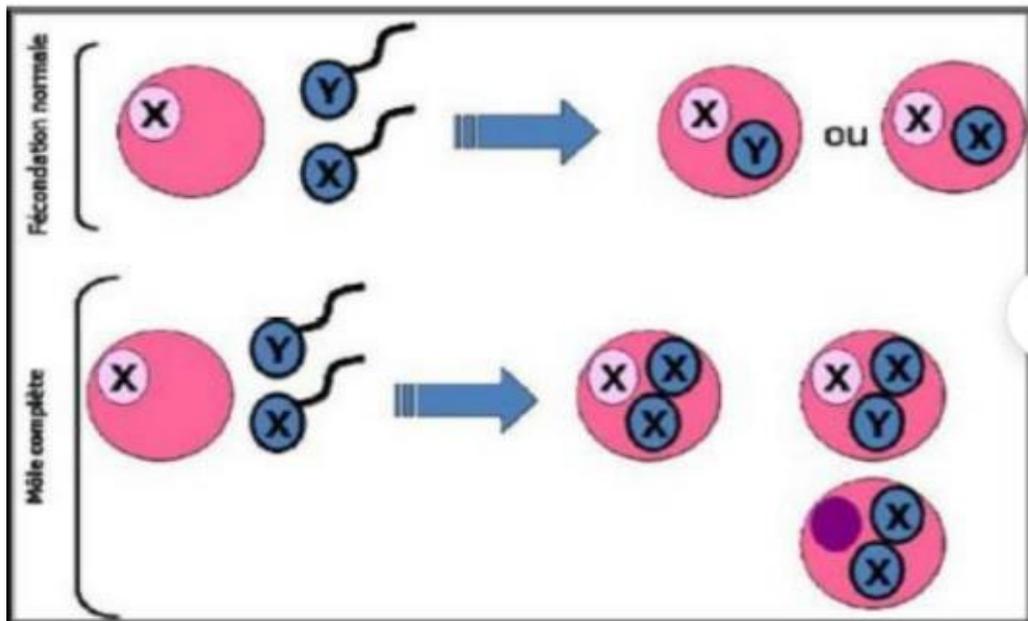


Figure 8 : Mécanismes chromosomiques au cours des môles hydatiformes complètes (11)

4-1-2- Génétique des môles partielles [11] :

Elle comporte 69 chromosomes (le plus souvent XXY) et correspondent au syndrome triploïde (môle embryon née). +

De rares môles partielles sont aneuploïdes (haploïde ou tétraploïde). La fréquence

de cette pathologie est de 1 % sur l'ensemble des grossesses. Si une analyse génétique était effectuée sur tous les produits d'avortement, 10 à 20 % de syndromes triploïdes seraient découverts.

Cependant malgré la proposition de certains auteurs, l'utilisation systématique de la cytométrie en flux sur les produits d'avortement est irréalisable.

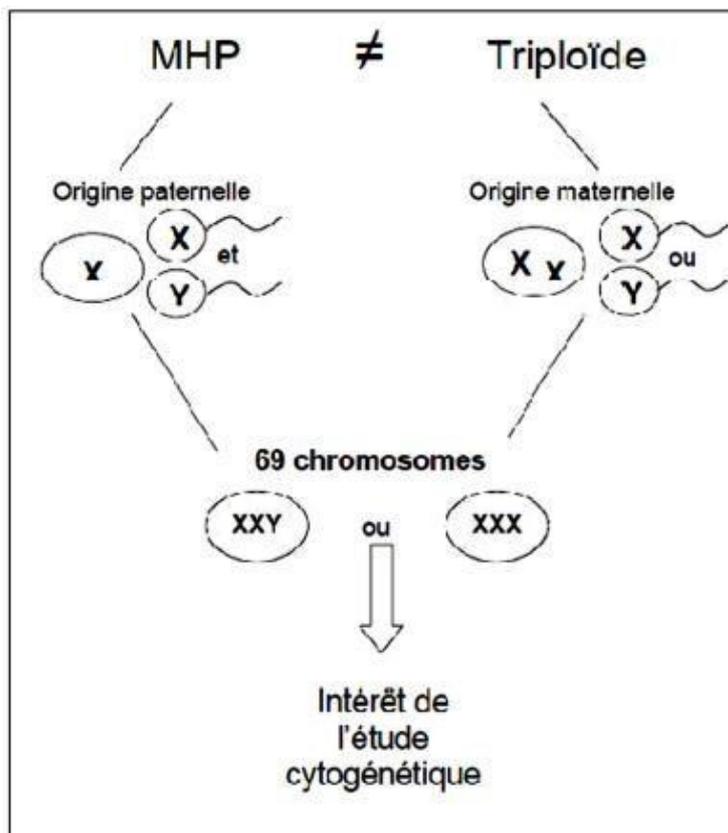


Figure 9: Schéma expliquant l'étiopathologie des moles hydatiformes partielles et triploïdies (11).

Le caryotype YYY n'est jamais retrouvé car il est létal. Dans 85 % des syndromes triploïdes correspondant à un phénotype masculin, un ovocyte haploïde est fécondé soit par deux spermatozoïdes haploïdes, soit par un spermatozoïde, diploïde ou se répliquant après la fécondation. Par contre la dernière situation (fécondation d'un ovocyte diploïde par un spermatozoïde haploïde) est présente dans 15 % des môles partielles et correspond à un phénotype féminin [11].

D'après Mac Fadden et al., l'existence de deux jeux chromosomiques maternels (digynie) favorise le développement d'un fœtus anormal associé à un trophoblaste

sans aspect molaire. À l'inverse, l'existence de deux jeux chromosomiques d'origine paternelle (diandrie) conduit à un aspect molaire du placenta alors que le fœtus est de développement normal [12]

Cette distinction en phénotype de type 1 masculin et phénotype de type 2 féminin n'est pas absolue.

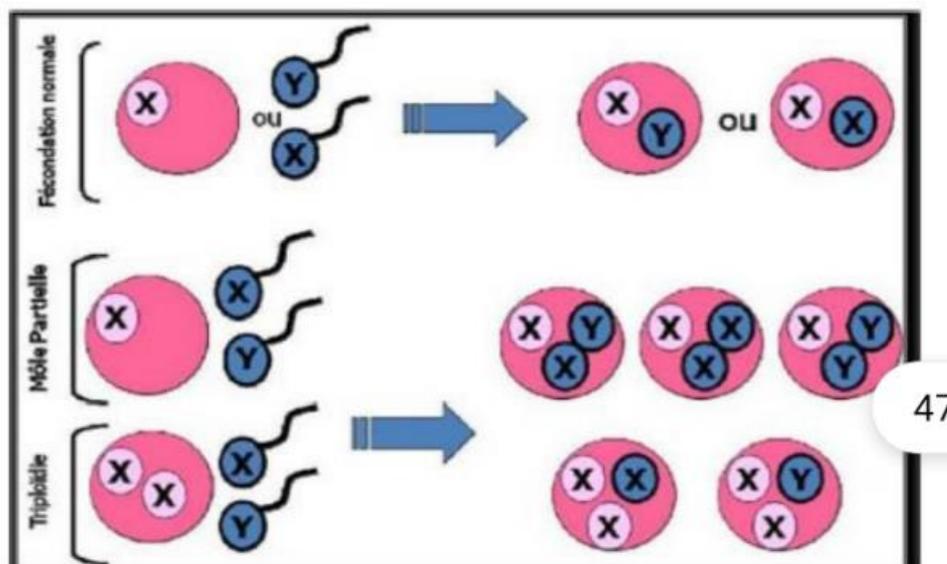


Figure 10 : Mécanismes chromosomiques au cours des moles hydatiformes partielles (11)

5- ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE DES MÔLESHYDATIFORMES :

5-1-Môle hydatiforme complète [11] :

- Aspect Macroscopique :

La masse intra-utérine est plus volumineuse que celle attendue pour la durée de l'aménorrhée. Elle atteint souvent 300 g et plus, elle est d'aspect vésiculaire, en « grappe de raisin ». L'axe des villosités et leurs ramifications sont assez régulièrement dilatés en vésicules de l'ordre de 5 mm de diamètre. Certains grains épars peuvent atteindre 10 mm et plus. En réalité, l'aspect de la môle complète dépend de la phase évolutive où elle est saisie.

Au cours des premières semaines du développement, l'œuf est dépourvu

d'embryon et de sac ovulaire, puis il tend à présenter des vésicules. A la 8ème 10ème semaine, l'aspect en « grappe de raisin » est typique.

Après la 12ème semaine, la môle complète' est remaniée par des thromboses étendues, rouges puis chocolat, augmentant considérablement son poids. La môle complète en rétention prolongée ressemble à un vieil hématome de couleur brune et montre à la section des microcavités correspondant aux vésicules molaïres.

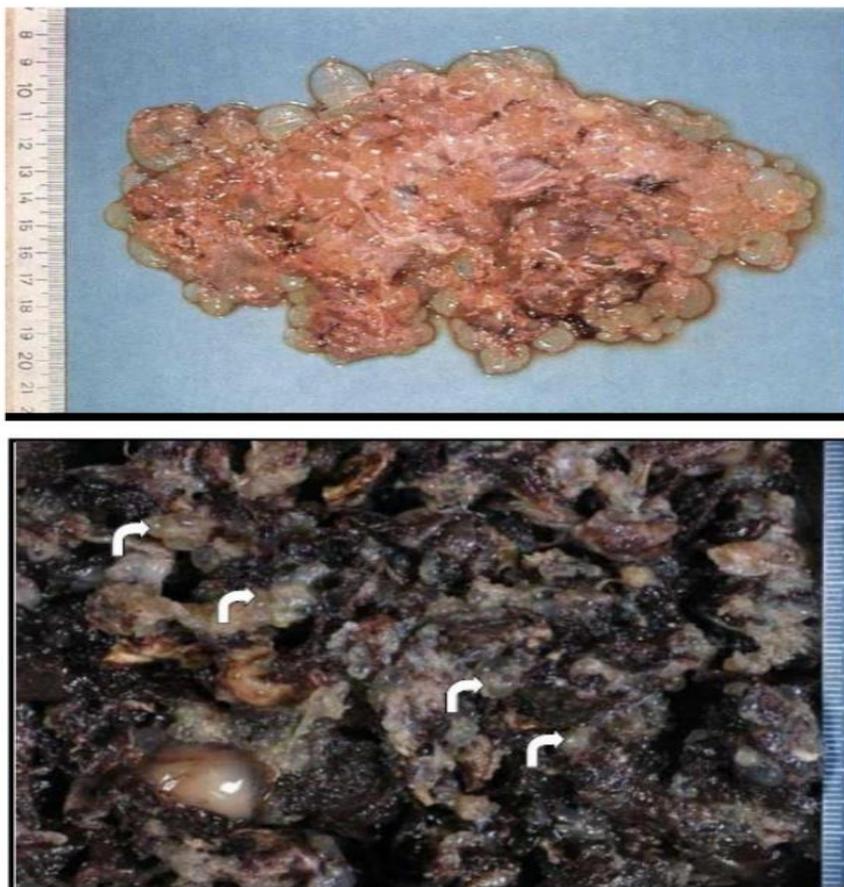


Figure 10: Multiple micro kystiques, aspect macroscopique de la mole complète (11).

- Aspect Microscopique :

L'hyperplasie bi morphe, cytotrophoblastiques et syncytiotrophoblastiques, constitue le caractère primordial dans la môle complète ce qui est logique et explique le taux particulièrement élevé des bêta- HCG sériques. Des môles complètes jeunes, encore asymptomatiques, découvertes fortuitement au cours d'une échographie ou de dosages des HCG, sont caractérisées uniquement par une

hyperplasie bi morphe du trophoblaste sans œdème du chorion villositaire ou tout au plus avec ébauche de citernes. L'état hydropique des villosités est secondaire, accru par la rétention de l'œuf mort. L'hyperplasie trophoblastique bi morphe n'entoure qu'une partie des villosités. Elle peut présenter de nombreuses microcavités extra et intracellulaires, riches. Elle peut paraître sous forme d'amas trophoblastiques entre les villosités, non exempts d'atypies cellulaires bénignes en cas de rétention intra-utérine prolongée. En dehors des amas, le trophoblaste périvillositaire est normal ou présente parfois une verticalisation du syncytiotrophoblaste. Dystrophie bulleuse et verticalisation du trophoblaste constituent en réalité l'exagération d'un phénomène physiologique s'observant normalement dans les placentas jeunes. Le stroma des villosités est peu cellulaire, constitué de cellules choriales dispersées, de rares macrophages (cellules de Hof auer) et, parfois, de quelques cellules isolées cytotrophoblastiques, analogues à celles de certaines trisomies. Des fentes vasculaires peuvent s'observer mais ne contiennent pas d'érythroblastes. Le grade cytologique n'a pas de signification pronostique.

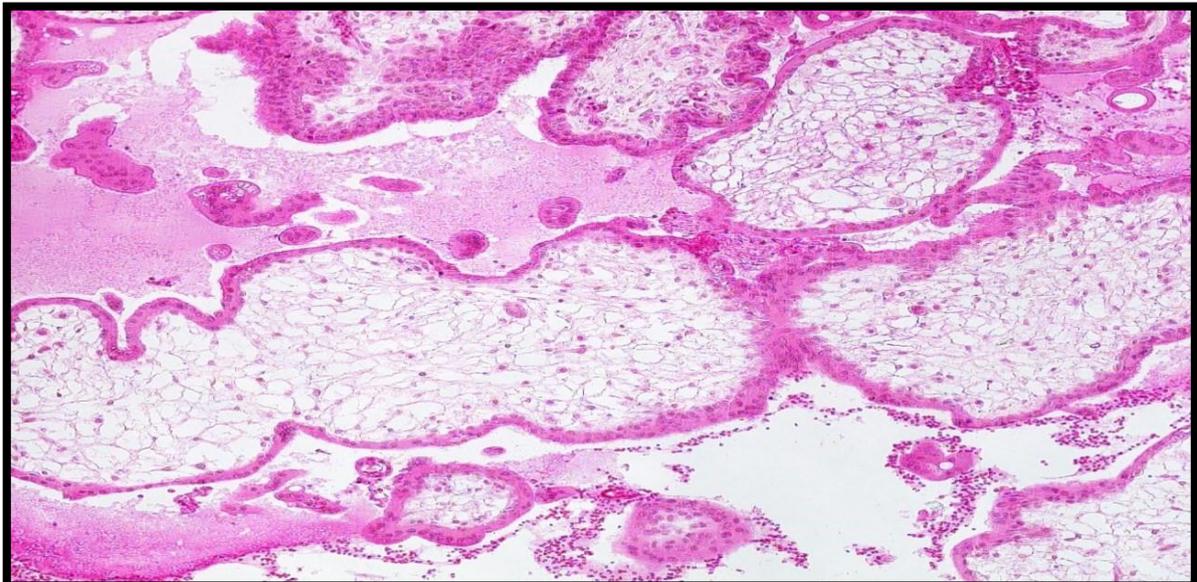


Figure 11 : Villosités de taille variable avec hyperplasie trophoblastique et hématies nucléées au faible grossissement évoquant une MHC.

Des vaisseaux sont parfois visibles dans les segments rétrécis de ces villosités mais ils ne contiennent pas d'hématies nucléées. Amas cellulaires faits de cytotrophoblaste, syncytiotrophoblaste et de cellules intermédiaires.

5-2- Môle hydatiforme partielle [11] :

- Aspect Macroscopique :

Les môles partielles se présentent comme un œuf clair ou comportent un embryon généralement décédé in utero, une grande cavité amniotique et des villosités vésiculaires parfois visibles à l'œil nu, de l'ordre de 3 à 5 mm de diamètre, parfois plus au cours du deuxième trimestre de la grossesse.



Figure 12 : aspect macroscopique de la mole partielle

- Aspect Microscopique :

Le diagnostic de môle partielle (syndrome triploïde) est porté grâce aux signes suivants associés ou isolés : alternance de villosités normales et anormales (100% des cas), contours villositaires en « fjord » (90%), citernes intra choriales (75%) et méandres (3%), invaginations intra choriales du trophoblaste aboutissant à des kystes trophoblastiques intra choriaux (70%), dystrophies bulleuses trophoblastiques en excès. La citerne constitue le signe le plus objectif mais elle se trouve aussi dans la môle complète.

L'embryon n'est pas toujours apparent mais ses traces peuvent persister : cordon ombilical résiduel, revêtement amniotique et/ou globules rouges nucléés dans la circulation sanguine fœtale des villosités.

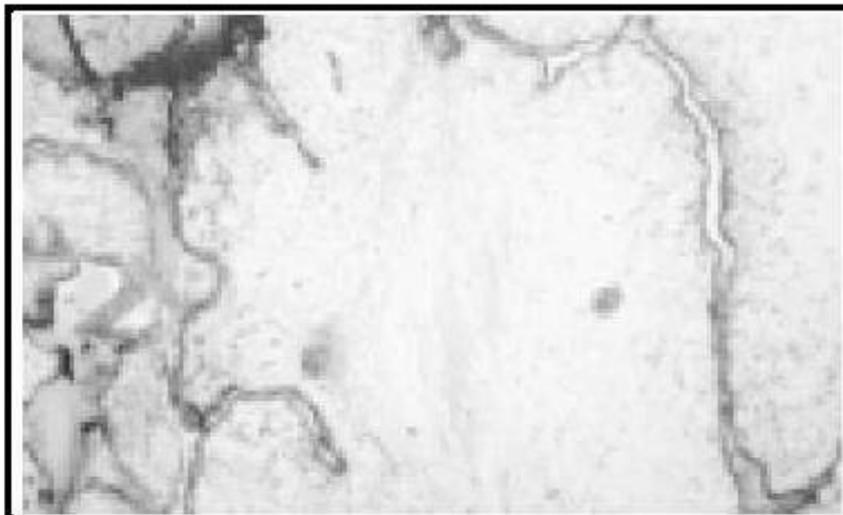


Figure 13: Villosités typiques d'une triploïdie : nombreuses invaginations trophoblastiques avec micro kystes dans un chorion œdémateux.

2-2-CLASSIFICATIO ANATOMOPATHOLOGIQUES [12] :

2-2-1-Môle hydatiforme : La môle hydatiforme est le type le plus courant de MTG. C'est une tumeur bénigne (non cancéreuse) qui évolue parfois en cancer. La môle hydatiforme est parfois appelée grossesse molaire, mais ce n'est pas réellement une grossesse puisqu'un fœtus normal ne se développe pas. La môle hydatiforme est faite de villosités choriales enflées et remplies de liquide.

Il existe 2 types de môle hydatiforme :

➤ **Môle hydatiforme complète :**

Ce type de tumeur se développe quand un ovule anormal qui ne contient pas d'ADN est fécondé par 1 ou 2 spermatozoïdes. Aucun fœtus ne se forme parce que toute l'information génétique ne provient que des spermatozoïdes du père.

➤ **Môle hydatiforme partielle :**

Ce type de tumeur se développe quand un ovule normal est fécondé par 2 spermatozoïdes. C'est un mélange de tissu fœtal et de tissu trophoblastique. S'il y a un fœtus, il est anormal et il ne peut pas survivre. Cette tumeur risque moins d'évoluer en cancer que la môle hydatiforme Complète.

	MOLE HYDATIFORME	MOLE PARTIELLE
Clinique	Utérus √ volume Métrorragies + vésicules	Fausse couche
Echographie	Hétérogène	Embryon visible
Caryotype	46 XX > 46 XY	3 N chromosome
C M F	2 N ou 4 N chromosome	3 N chromosome

Tableau : classification de la mole hydatiforme

6- Etude clinique : [13]

6-1. Types de description : mole hydatiforme complété

6-1-1-Les signes clinique :

-Signes fonctionnels :

Les métrorragies constituent souvent le premier signe. C'est aussi le plus constant. Elle survient sans cause apparente dans le courant du 2^e ou du 3^e mois de la grossesse. D'abondance variable, elle se répète et va croissant. Le sang est souvent mêlé d'écoulement seigneux. En somme la femme se sait enceinte et saigne.

-Les signes sympathiques sont exagérés :

-Troubles digestifs : nausées, sialorrhée, vomissement, subictère

-Troubles nerveux : insomnie, crampes, troubles psychiques

-Troubles rénaux : protéinurie, dont l'apparition précoce éveille l'idée de môle

-Parfois apparaissent des signes d'hyperthyroïdie thermo phobie, tachycardie, tremblement agitation

-signes généraux

La pâleur, l'anémie, les vertiges sont en rapport avec l'importance des hémorragies. La malade maigrit

-signes physiques

L'utérus est trop gros pour la date des dernières règles. Son volume, variable avec les examens d'un jour à l'autre, il augmente ou diminue (utérus accordéon). Au toucher vaginal, le segment inférieur paraît trop rempli, trop bombant ; on ne trouve pas de ballotement fœtal. On perçoit dans les culs de sac latéraux des kystes ovariens.

En résumé, les métrorragies, l'altération de l'état général, l'utérus trop gros, la présence de kystes ovariens constituent 4 signes très significatifs de la mole.

6-1-2- Les signes complémentaires

-Les signes échographiques :

L'échographie est l'examen fondamental qui montre des images caractéristiques, sous l'aspect de « flocons de neige » remplissant la totalité de la cavité utérine. Aucun écho fœtal ne peut être mis en évidence. Les kystes ovariens sont bien visualisés et l'échographie permet d'en suivre l'évolution, Parfois même l'échographie découvre des images de môle avant toute manifestation clinique. Cependant, il est des grossesses molaïres rapidement interrompues où l'aspect échographique est celui d'un avortement banal. Malgré la performance des ultrasons dans la découverte des grossesses molaïres quelques cas de môles sont méconnus. La réalisation précoce du couple échographie- β HCG devant une métrorragie sur une notion d'aménorrhée, semble être l'association qui permet de mieux circonscrire le diagnostic de la môle hydatiforme [13].

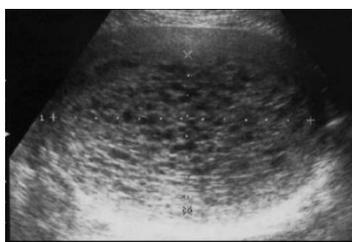


Figure 14: Aspect typique en échographie de môle hydatiforme complète



Figure 15 : Aspect échographique flocon de neige.

-Les signes biologiques :

Le dosage des gonadotrophines chorioniques représente l'examen capital pour différencier la môle hydatiforme d'une grossesse normale. Le dosage quantitatif des β HCG urinaires atteint un taux très élevé, spécial à la môle, supérieur à 500000 unités internationales/litre. Cependant, un quart des môles ont des taux inférieurs à cette limite et par ailleurs, certaines grossesses gémellaires peuvent la dépasser. L'épreuve biologique réside dans les titrages urinaires et plasmatiques des β HCG. Le dosage plasmatique donne des taux anormalement élevés pour l'âge gestationnel.

Le dosage quantitatif des β HCG sur les urines ou le sérum doit être comparé aux taux obtenus même méthode.

6-1-3-Diagnostic positif : le diagnostic positif est confirmé par l'examen anatomopathologique.

7 - Formes cliniques [13] : la grossesse molaire peut passer inaperçue à la clinique :

- La forme hémorragique : est la plus fréquente.

La môle est un diagnostic qui doit être évoqué, lorsqu'une femme enceinte saigne au premier trimestre de la grossesse. Les signes toxiques dominent dans certaines circonstances : le trépied classique (œdème-hypertension artérielle-albuminurie) peut être complet ou dissocié ; Il peut être associé ou non à des vomissements. Les accidents paroxystiques à type d'éclampsie ou d'hématome rétro-placentaire peuvent être observés. La toxémie et ses accidents paroxystiques sont l'apanage des môles géantes ou avancées dans leur âge.

-Formes hypertrophiques : dans cette forme la taille de l'utérus augmente rapidement de volume et fait penser à un hydramnios aigue.

-Formes à type de rétention d'œuf mort : certaines grossesses molaire ne comportent pas un taux élevé de β HCG plasmatiques. C'est le fait des môles "vieillissantes" ou "mortes", ayant perdu toutes activités hormonales et prêtes à être expulsées spontanément.

-Formes microscopiques : d'où l'intérêt de l'examen histologique systématique de tout produit d'avortement spontané ou non.

-La grossesse molaire ectopique : elle est rare, de découverte histologique.

Elle peut facilement évoluer vers une complication à type de choriocarcinome.

8 - Diagnostics différentiels [13]

8-1-Sur le plan clinique :

- Devant les hémorragies du 1er trimestre de la grossesse : La menace d'avortement : certes qu'il y a la métrorragie, mais la taille de l'utérus est approximativement conforme à l'âge de la grossesse. L'échographie met en évidence un sac ovulaire avec une image embryonnaire, Pas d'image en « Flocons de neige ». Le taux des gonadotrophines chorioniques est normal.

-Devant les vomissements incoercibles : Les vomissements gravidiques graves. L'échographie met en évidence une image d'œuf vivant ; le taux des gonadotrophines chorioniques est normal.

-Devant un utérus plus volumineux que l'âge de la grossesse : La grossesse multiple, le fibrome utérin. On peut avoir un utérus trop gros par rapport à l'âge de la grossesse. Mais l'échographie montre des images embryonnaires avec des œufs vivants.

8-2-Sur le plan biologique : Il existe des causes d'erreur :

Lors de la grossesse normale: A l'acmé de la sécrétion (8ème - 10ème semaine), le titrage urinaire peut atteindre 40 000 UI (comme dans la môle).

Dans certains états gravidiques: tels que les vomissements importants, les grossesses gémellaires (le titrage peut être anormalement élevé, sans atteindre

toute fois les valeurs ci- dessus).

□ Dans certaines môles en évolution: Le taux peut être bas, voire inférieur à celui d'une grossesse normale (cas de la môle morte).

9- Evolution [14]

L'évolution des môles partielles est bénigne dans 97 % des cas et se fait vers une maladie trophoblastique persistante dans 3 % des cas. Des môles partielles invasives ont été rapportées.

Elles sont susceptibles d'entraîner des métrorragies persistantes et nécessitent un dosage immunologique de β HCG toutes les semaines pendant 6 semaines et, éventuellement, un curetage utérin itératif. Le taux des β HCG est assez élevé pendant plusieurs semaines, mais la chimiothérapie est rarement utilisée. L'avortement molaire a des caractères particuliers. Il est hémorragique, au point d'altérer plus ou moins l'état général. Il est parcellaire, la môle sort par fragments, et il n'est guère possible de savoir si l'expulsion a été complète. Cette élimination en plusieurs temps explique l'abondance des métrorragies et la fréquence des rétentions ovulaires. Une exception doit être faite pour la môle morte, souvent expulsée d'un bloc, entourée d'une épaisse caduque.

Malgré toutes les incertitudes de l'évolution, malgré les complications, la môle traitée guérit dans la très grande majorité des cas. La guérison est parfois rapide, accompagnée de la disparition des kystes ovariens quand ils existent. Le retour des couches vient à la date habituelle. Mais souvent la guérison est lente ; les suites de môle sont alors marquées par la persistance d'un suintement sérosanglant, la subinvolution utérine, la durée prolongée des kystes ovariens. Ces suites indécises, parfois en rapport avec la rétention de résidus molaire sont la source de difficultés de diagnostic. Les récurrences sont assez rares. Les grossesses ultérieures évoluent normalement. En règle générale, l'avenir des femmes, après la guérison, est donc exempt de danger. Mais des complications peuvent survenir :

► Les métrorragies répétées au cours de l'évolution de la môle peuvent aboutir à

un état d'anémie grave. Des hémorragies profuses se produisent surtout au moment de l'avortement ; elles peuvent s'accompagner de choc,

► Les signes toxiques, sur lesquels on n'insiste pas assez (vomissements amaigrissement parfois massif), avec anémie, subictère, déshydratation, aboutissent à des troubles métaboliques graves. Le syndrome vasculo-rénal peut évoluer de façon particulièrement sévère et aller jusqu'à l'anurie.

► La torsion d'un kyste lutéinique, les métastases môleuses, doivent toujours être recherchées par une radiographie pulmonaire,

► Le choriocarcinome est la complication majeure.

10- Pronostic (15).

Le lien est étroit entre le taux de β HCG, les stades FIGO et le pronostic.

Il s'explique par leur relation avec la masse tumorale globale du syncytiotrophoblaste et, indirectement, avec celle du cytotrophoblaste. Des stades I à III FIGO, la guérison sous traitement optimal peut être espérée dans presque tous les cas. La plupart des échecs sont imputés à une mauvaise appréciation du risque et du choix thérapeutique.

Au stade IV FIGO, la guérison s'observe dans certaines séries jusqu'à 90 % des cas.

Les échecs de la chimiothérapie sont dus aux mauvaises indications, aux doses insuffisantes, mais surtout à l'apparition d'une chimiorésistance, d'emblée ou plus souvent secondaire.

Toutes les publications s'accordent à démontrer l'importance d'une chimiothérapie adéquate, en fonction du stade, afin d'arriver à un résultat favorable dans presque tous les cas. Cependant, si le pronostic des carcinomes trophoblastiques dépend surtout du stade, d'autres facteurs interviennent. Le pronostic est plus grave pour les carcinomes trophoblastiques intra placentaires avec métastases maternelles ou fœtales.

Le pronostic plus mauvais après une grossesse à terme qu'après une môle complète est attribué à un retard du diagnostic et à une plus grande fréquence de

métastases pulmonaires et vaginales.

Mais peut-être aussi parce que le diagnostic de carcinome trophoblastique est plus fiable après une grossesse à terme qu'après une môle complète. Enfin le pronostic dépend aussi en grande partie de la chimiorésistance acquise par la tumeur (sélection d'un clone cellulaire résistant) et de la chimio toxicité des drogues utilisées.

11. Traitement de la grossesse molaire [16] :

11-1-Evaluation de la gravité :

Plusieurs paramètres ont été identifiés. On peut utiliser le système de scoring de

	Score			
	0	1	2	4
Age (en années)	≤ 39	> 39	-	-
Grossesse précédente	Môle hydatiforme	Fausse couche	A terme	-
Intervalle entre la fin d'une grossesse et le début de la chimiothérapie (en mois)	< 4	4 – 6	7 – 12	> 12
HCG (UI / litre)	< 10 ³	10 ³ - 10 ⁴	10 ⁴ - 10 ⁵	> 10 ⁵
Groupes ABO	-	O ou A	B ou AB	-
Plus grande tumeur, incluant celle utérine en cm	< 3	3 – 5	> 5	-
Sites de métastases	-	Rate, Reins	Tractus gastro-intestinal, foie	Cerveau
Nombre de métastases	-	1 – 3	4 – 8	> 8
Chimiothérapie antérieure	-	-	1 médicament	≥ 2 médicaments

l'OMS basés sur les facteurs pronostiques.

Score < 4 = risque faible ; score : 5 – 7 = risque modéré score ≥ 8 = haut risque

Quand le score pronostique est > 7, la malade est classée haut risque et il y a nécessité de réaliser une poly chimiothérapie pour assurer la rémission.

11-2-Rechercher les complications médicales associées à la mode dont la prise en charge doit être faite pour stabiliser la patiente avant l'intervention

:

- une pré éclampsie
- une hyperthyroïdie
- un déséquilibre hydroélectrolytique
- une anémie

11-3- Décider de la meilleure option thérapeutique

11-3-1- Hystérectomie : Si la patiente désire une stérilisation, une hystérectomie peut être réalisée. Les ovaires sont préservés ; et s'il existe de gros kystes ovariens, ils sont aspirés. Cependant, il est important de noter que cette hystérectomie ne dispense pas d'une surveillance des β -HCG.

11-3-2- Le curetage – aspiration : C'est la méthode de choix pour assurer l'évacuation utérine quelle que soit la taille de l'utérus chez les patientes qui désirent préserver la fertilité. Les principales étapes sont les suivantes :

-La perfusion d'ocytocine : Elle est commencée au bloc opératoire, avant l'induction de l'anesthésie.

-La dilatation du col : Au fur et à mesure que le col se dilate, on observe une augmentation des saignements. Il s'agit de l'évacuation du sang retenu dans la cavité endométriale. Cependant, un saignement actif en provenance de la cavité utérine ne doit pas dissuader d'une dilatation cervicale et d'une évacuation utérine complètes.

-Le curetage – aspiration : Quelques minutes après le début du curetage – aspiration, l'utérus diminue de façon considérable de taille et le saignement est généralement bien contrôlé. L'utilisation d'une canule de 12 mm est fortement conseillée pour faciliter l'évacuation utérine. Si la taille de l'utérus est supérieure à celle d'une grossesse de 14 SA, une main doit être placée sur le fond utérin pour

le massage utérin pour stimuler les contractions utérines et diminuer le risque de saignement.

-Une séroprophylaxie anti-D : est indiquée chez les patientes de rhésus négatif à la fin de l'évacuation utérine.

-Discuter une chimioprophylaxie avec le Méthotrexate ou l'Actinomycine D : Elle prévient non seulement une métastase mais aussi réduit l'incidence et la morbidité d'une invasion locale. Les indications de cette chimioprophylaxie sont :

-Les grossesses môleaires de haut risque : Toutes les patientes dont le score pronostic de l'OMS est supérieur à 7 doivent bénéficier de cette prophylaxie. Lansac et coll. indiquent cette chimioprophylaxie chez les patientes dont la hauteur utérine est supérieure à 20 SA, celle dont l'âge est supérieur à 40 ans avec un volumineux kyste lutéinique ou celles qui ont un antécédent de grossesse molaire.

- Les contextes dans lesquels la surveillance hormonale n'est pas disponible ou n'est pas fiable.

-Prescrire une contraception orale : pendant un an pour éviter une grossesse non souhaitée tant que la guérison n'est pas affirmée :

Sur la base de l'examen clinique, échographique, histologique et moléculaire du produit de curetage, il faut préciser le type de grossesse molaire (Tableau1) : Ceci a une incidence sur la durée de la surveillance.

12. La surveillance post-molaire [17], : Elle est clinique, biologique et radiologique.

-Les éléments cliniques : de surveillance sont : l'involution utérine, la disparition des saignements, la régression des kystes, l'absence de métastases vulvaires ou vaginales.

-La surveillance des β -HCG : se fera dans le même temps au laboratoire et les résultats sont portés sur un diagramme molaire.

La durée de la surveillance des β -HCG est de 12 mois pour la môle hydatiforme complète et de 6 mois pour la môle partielle.

Le rythme de surveillance est de 1 fois par semaine jusqu'à 3 semaines après la négativation puis il est d'une fois par mois après la négativation.

-Surveillance radiologique : La disparition d'éventuelles métastases pulmonaires sera suivie.

-Surveillance échographique : vérifie l'absence de rétention intra-utérine et la disparition des kystes lutéiniques.

13 - Avenir obstétrical après grossesse molaire [18] :

Délai d'autorisation d'une nouvelle grossesse.

Il faut 1 an après négativation de l'excrétion des β HCG avant d'envisager une nouvelle grossesse. Certains avancent même 6 mois après négativation de l'excrétion des β HCG.

Si une grossesse survient avant expiration du délai

Il se pose la question du diagnostic entre grossesse normale et choriocarcinome.

Fertilité après môle

Les synéchies peuvent entraîner une infertilité. Par ailleurs, ni le MTX ni la DAC n'influencent l'ovogenèse.

14. Evolution et surveillance des grossesses ultérieures [18] :

Toute grossesse ultérieure doit être considérée comme à haut risque de développement d'un néoplasie trophoblastique. D'où échographie au premier trimestre de toute grossesse ultérieure, l'examen anatomopathologique du placenta, le dosage des β HCG 6 semaines après le terme de toute grossesse ultérieure

MATERIEL ET METHODES

IV. Matériel et Méthodes :

1 - Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

2 - Type d'étude : Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à recueil des données rétro et prospective.

3 - Période d'étude : Elle s'est étendue sur une période de Cinq (5) ans allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022.

4 - Population d'étude : Elle est constituée de toutes les gestantes admises pour une prise en charge obstétricale pendant la période d'étude.

4-1- Echantillonnage :

4-1-1-Critères d'inclusion : Ont été incluses toutes patientes admises dans le service pour grossesse molaire sur la base d'une suspicion clinique ou échographique avec confirmation histologique.

4-1-2-Critères de non-inclusion :

-N'ont pas été incluses toutes patientes admises dans le service pour grossesse normale ;

-Les femmes ayant une pièce d'AMIU dont l'histologie revient sans anomalie ;

-Toutes les patientes admises en dehors de la période d'étude.

4.2. Technique d'échantillonnage : Tous les cas répondant aux critères d'inclusion étaient systématiquement retenus.

5. Déroulement de l'enquête :

5-1- Sources :

Il s'agissait d'une fiche individuelle complétée à partir de :

- Dossiers obstétricaux ;

- Registres des urgences obstétricales ;

- Registres d'aspiration manuelle intra utérine.

5-2-Technique de collecte de données : Les informations ont été obtenues par la lecture des documents suscités et la consignation des données sur la fiche

d'enquête établie à cet effet.

6 - Saisie et analyse des données : les données ont été saisies avec Word 2016.

Les données ont été analysées sur le logiciel IBM SPSS 21.0. Plusieurs variables ont été recodées et analysées.

Les graphiques ont été réalisés sur Word 2016.

Comme test statistique, nous avons utilisé le χ^2 de **Fischer** avec comme seuil de signification $p < 0,05$.

7 -variables étudiées :

Il s'agissait de variables de :

- L'âge ;
- Profession ;
- Statut matrimonial ;
- L'ethnie ; de gestité ;
- Parité ;
- L'antécédents gynéco-obstétricaux et médicaux,
- Conditions de vie sociale.

Ont été répertoriés, les motifs de consultation, de référence, les signes cliniques, les signes échographiques et les résultats des examens macroscopiques de la môle et microscopique, le bilan biologique de suivi des β HCG.

8 - Définition opérationnelle :

- **Guérison :** Ce sont des patientes qui présentaient au cours de la surveillance post molaire un état général satisfaisant, une échographie normale et trois dosages successifs de bêta HCG négatifs (< 5 m UI/ml).

9 - Aspects éthiques :

Il s'agissait d'un travail purement scientifique qui vise l'amélioration de la santé de la reproduction. L'anonymat est strictement respecté et les résultats serviront à l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux gestantes portant la grossesse molaire.

RESULTATS

V Résultats

Pendant la période d'étude nous avons enregistré au total 30490 grossesses parmi lesquelles 192 cas de grossesse molaire soit une fréquence de 0,62%

1.FREQUENCE

Tableau I : Répartition des patients selon le nombre de grossesse molaire par année

Année	Effectifs	Pourcentage
2018	14	7,3
2019	21	10,9
2020	14	7,3
2021	14	7,3
2022	129	67,2
Total	192	100

Le plus grand nombre de cas de grossesse molaire a été observé en 2022 soit 67,2%.

2. Données sociodémographiques

I. Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge

Age(ans)	Effectifs	Pourcentage
15-20	26	13,5
20-25	68	35,4
25-30	46	24
30-35	30	15,6
35-40	15	7,8
40-45	4	2,1
45-50	3	1,6
Total	192	100

La tranche d'âge de 20-25 ans était la plus représentée soit 35,4%. L'âge moyen était de 26,56 ans avec l'âge médian a 32,5 ans.

Tableau III : répartition des patientes selon la provenance

Résidences	Effectifs	Pourcentage
Sogoniko	20	10,4
Magnambougou	28	14,6
Niamakoro	14	7,3
Banakabougou	13	6,8
Missabougou	21	10,9
Senou	28	14,6
Yirimadio	47	24,6
Autres	21	10,9
Total	192	100

La plupart des patientes résidaient à yirimadio soit 24,6%.

Tableau IV : répartition des patientes selon l'ethnie.

ETHNIE	Effectifs	Pourcentage
Bambara	101	52,6
Malinké	7	3,6
Minianka	8	4,2
Senoufo	14	7,3
Dogon	13	6,8
Sonrhäi	35	18,2
Autres	14	7,3
Total	192	100

Les bambaras étaient majoritaires soit 52,6%.

Tableau V: Répartition des patientes selon l'état matrimonial.

Etat matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	157	81,1
Célibataire	35	18,9
Total	192	100

Les mariées représentaient 81,1%.

Tableau VI: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Primaire	55	28,6
Secondaire	22	11,5
Supérieure	20	10,4
Non scolarisée	95	49,5
Total	192	100

La majorité des patientes était non scolarisée soit un taux de 49,5%.

Tableau VII : répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Fonctionnaire	6	3,1
Commerçante	7	3,6
Etudiante	20	10,4
Ménagère	159	82,8
Total	192	100

La majorité des patientes était des ménagères soit 82,8%.

Tableau VIII : répartition des patientes selon le motif de référence

Motif de référence	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie génitale	122	63,5
Douleurs pelviennes	2	1,0
Notion d'aménorrhée	15	7,8
Grossesse molaire échographique	50	26,0
AEG	3	1,6
Total	192	100

L'hémorragie génitale était le principal motif de référence soit 63,5%

Tableau IX: répartition des patientes selon le mode d'admission

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Venue d'elle-même	85	44,1
CSCOM	79	41,1
Structure privée	28	14,6
Total	192	100

La majorité des patientes était venue d'elle même avec un taux de 44,3%.

Tableau X : répartition des patientes selon la période de consultation

Période de consultation	Effectifs	Pourcentage
Avant avortement molaire	69	35,9
Avortement molaire en cours	111	57,8
Après avortement molaire	12	6,3
Total	192	100

Avortement molaire en cours était la période de consultation la plus représentée soit 57,8%.

Tableau XI: répartition des patientes selon les ATCD médicaux

ATCD Médicaux	Effectifs	Pourcentage
RAS	171	89,1
HTA	7	3,6
Asthme	1	0,5
Diabète	6	3,1
Autres	7	3,6
Total	192	100

L'enquêtées avaient un antécédent d'HTA dans 3,6% des cas.

Tableau XII: répartition des patientes selon la gestité :

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	27	14,1
Multi geste	118	61,5
Grande multi geste	47	24,5
Total	192	100

Les multi gestités étaient dominantes soit un taux de 61,5%

Tableau XIII: répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement.

Notion d'avortement	Effectifs	Pourcentage
Oui	55	28,6
Non	137	71,4
Total	192	100

Les femmes ayant un antécédent d'avortement avaient représentées 28,6% des cas.

Tableau XIV: répartition des patientes selon l'utilisation de contraceptif

Notion de contraception	Effectifs	Pourcentage
Oui	83	42,7
Non	109	57,3
Total	192	100

La notion d'utilisation de contraceptif a été retrouvée chez 42,7% des patients.

Tableau XV: répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	26	13,5
Primipare	0,5	2,6
Multipare	119	62,0
Grande multipare	42	21,9
Total	192	100,0

Les multipares étaient dominantes soit un taux de 62%.

Tableau XVI: répartition des patientes selon le mode de début

Mode de début	Effectifs	Pourcentage
Progressif	123	62,8
Brutal	69	35,2
Total	192	100

Le début était progressif dans 62,8% des cas.

Tableau XVII : répartition des patientes selon la notion d'aménorrhée

Notion d'aménorrhée	Effectifs	Pourcentage
Oui	178	92,7
Non	14	7,3
Total	192	100

La notion d'aménorrhée a été retrouvée chez 92,7% des enquêtées.

Tableau XVIII: répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Semaines d'aménorrhée	Effectifs	Pourcentage
5-10SA	119	62,0
10-15SA	47	24,5
15-20SA	26	13,5
Total	192	100

L'âge de la grossesse entre 5 à 10 semaines d'aménorrhée était majoritaire avec un effectif de 119 soit 62%.

Tableau XIX: répartition des patientes selon le caractère d'hémorragie.

Caractère d'hémorragie	Effectifs	Pourcentage
Minime	36	18,8
Moyenne	68	35,4
Abondant	48	25
RAS	40	20,8
Total	192	100

Le caractère moyenne de l'hémorragie a été retrouvée chez 68 personnes soit 35,4%.

Tableau XX répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectifs	Pourcentage
Bon	78	40,6
Passable	55	28,1
Altéré	59	31,3
Total	192	100

La majorité des enquêtées avaient un bon état général soit 40,6%.

Tableau XXI répartition des patientes selon les conjonctives

Présence d'anémie	Effectifs	Pourcentage
Pales	104	54,2
Colorées	88	45,8
Total	192	100

L'anémie a été retrouvée chez 104 personnes soit 54,2%.

Tableau XXII: répartition des patientes selon la présence d'œdème des membres inférieurs

Œdème des membres Inférieurs	Effectifs	Pourcentage
Oui	48	25,4
Non	144	74,6
Total	192	100

L'œdème des membres inférieurs était présent dans 25,4 % des cas.

Tableau XXIII: répartition des patientes selon la discordance entre la hauteur utérine et l'Age de la grossesse

HU supérieur à la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Oui	75	39,1
Non	117	60,9
Total	192	100

La hauteur utérine était supérieure par rapport à l'âge de la grossesse dans 39,1% des cas.

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon l'image typique à nid d'abeilles à l'échographie

L'image typique à l'échographie	Effectifs	Pourcentage
Oui	173	90,1
Non	19	9,9
Total	192	100

L'image typique a été retrouvée à l'échographie dans 90,1% des cas.

Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'examen macroscopique de la môle.

Examen macroscopique de la mole	Effectifs	Pourcentage
Aspect vésiculaire	83	43,2
Débris trophoblastiques	82	42,7
Présence d'embryon	27	14,1
Total	192	100

La môle avait un aspect vésiculaire dans 43,2% des cas.

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'existence des kystes ovariens bilatéraux

Kystes ovariens bilatéraux	Effectifs	Pourcentage
Oui	21	10,9
Non	171	89,1
Total	192	100

Les kystes ovariens bilatéraux ont été retrouvés chez 21 personnes soit 10,9% des cas.

Tableau XXVII XXVIII: Répartition des patientes selon le dosage des β HCG avant l'aspiration molaire.

Quantité du HCG	Effectifs	Pourcentage
Inferieur à 1500mUI/ml	21	10,9
Supérieur à 1500	171	89,1
Total	192	100

Le taux de β hCG était supérieur à 1500 UI avant l'aspiration molaire dans 89,1%.

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le résultat anatomopathologie

Examen anatomopathologie	Effectifs	Pourcentage
Mole complète	158	82,3
Mole partielle	34	17,7
Total	192	100

La môle complète était majoritaire soit 82,3%.

Tableau XXX: Répartition des patientes selon le taux d'Hb à l'admission

Taux d'hémoglobine	Effectifs	Pourcentage
2-6	57	29,7
7-9	31	16,1
10-14	104	54,2
Total	192	100

Le taux d'hémoglobine à l'admission compris entre 10– 14 g/dl était le plus représenté soit 29,7%.

Tableau XXXI: répartition des patientes selon aspiration manuelle intra-utérin.

Aspiration manuelle intra-utérine	Effectifs	Pourcentage
Oui	190	99
Non	2	1,0
Total	192	100

La majorité des patientes ont subi l'AMUI dans 99% des cas.

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon la perforation utérine

Perforation utérine	Effectifs	Pourcentage
Oui	1	0,5
Non	191	99,5
Total	192	100

Nous avons enregistré une perforation utérine soit 0,5%.

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la réalisation de l'hystérectomie

Hystérectomie	Effectifs	Pourcentage
Oui	2	1,00
Non	190	99
Total	192	100

L'hystérectomie a été réalisée chez 1% des patientes.

Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon l'acceptation de la contraception après aspiration

Contraception	Effectifs	Pourcentage
Oui	190	99
Non	2	1,0
Total	192	100

Les patientes qui avaient entrepris une contraception après aspiration représentaient 99%.

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Une semaine	156	81,3
Supérieur à une semaine	36	18,7
Total	192	100

La durée d'hospitalisation était d'une semaine dans 81,3% des cas.

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la surveillance clinique à une semaine

Satisfaisante	Effectifs	Pourcentage
Oui	111	57,8
Non	81	42,2
Perdue de vue	0	0
Total	192	100

L'état clinique était satisfaisant à une semaine avec un taux de 57,8% des cas.

Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon la surveillance biologique de β HCG à une semaine.

BHCG	Effectif	Pourcentage
Inferieur à 1500mUI/ml	110	57,3
Supérieur à 1500mUI/ml	82	42,7
Total	192	100

Le taux de β HCG était inférieur à 1500 UI /L à une semaine de surveillance soit 57,3% des cas.

Tableau XXXVIII: Répartition des patientes selon la surveillance radiographique à une semaine.

Surveillance radiographique	Effectifs	Pourcentage
Oui	179	93,2
Non	13	6,8
Total	192	100

La radiographie thoracique a été réalisée soit 93,2% à une semaine de surveillance

Tableau XXXIX: Répartition des patientes selon la surveillance clinique à deux semaines.

Satisfaisante	Effectifs	Pourcentage
Oui	121	63
Non	70	36,5
Perdue de vue	1	0,5
Total	192	100

A deux semaines, la surveillance clinique a été satisfaisante dans 63% des cas.

Tableau XL: Répartition des patientes selon la surveillance clinique à un mois.

Satisfaisante	Effectifs	Pourcentage
Oui	179	93,2
Non	7	3,6
Perdue de vue	6	3,2
Total	192	100

A un mois, la surveillance clinique a été satisfaisante dans 93,2% des cas.

Tableau XLI: Répartition des patientes selon la surveillance biologique par le test UCG à 1mois

BHCG	Effectifs	Pourcentage
Positif	55	22,4
Non fait	13	6,8
Négatif	136	70,8
Total	192	100

Le test UCG à un mois était négatif dans 70,8% des cas

Tableau XLII: Association du résultat de la semaine d'aménorrhée et le caractère de l'hémorragie.

Semaines d'aménorrhée	Caractère d'hémorragie				Total
	Minime	Moyenne	Abondant	RAS	
5-10SA	15	44	30	30	119
10-15SA	19	15	13	0	47
15-20SA	2	9	5	10	26
Total	36	68	48	40	192

$\chi^2 = 31,36$;

$p=0,000$

Il existe un lien statistiquement significatif entre le caractère de l'hémorragie et la semaine d'aménorrhée ($p=0,000$).

Tableau XLIII: Association du résultat de l'examen anatomo-pathologie et la tranche d'âge

Age	Examen anatomopathologie		Total
	Mole complète	Mole partielle	
15-20	26	0	26
20-25	58	10	68
25-30	38	8	46
30-35	15	15	30
35-40	14	1	15
40-45	4	0	4
45-50	3	0	3
Total	158	34	192

$\chi^2 = 31,072$

$p=0,000$

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge des patientes et le résultat de l'examen anatomo-pathologie ($p=0,000$).

Tableau XLIV: Association du résultat de l'examen échographique et le dosage de β HCG à l'admission

Dosage de βhCG à l'admission	Image tunique de mole à l'échographie		Total
	Oui	Non	
Inferieur à 1500mUI/ml	21	0	21
Supérieur à 1500	152	19	171
Total	173	19	192

$\chi^2 = 2,590$

$p = 0,108$

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'examen échographique et le dosage de β -HCG à l'admission ($p = 0,108$).

Tableau XLV: Association du résultat de l'examen échographique et le dosage de β -HCG à une semaine.

BHCG1	Images échographique		Total
	Normal	Débris molaire	
Inferieur à 1500mUI/ml	88	22	110
Supérieur 1500mUI/ml	22	60	82
Total	110	82	192

$\chi^2 = 54,280$

$p = 0,000$

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'examen échographique et le dosage de β HCG à une semaine ($p = 0,000$).

Tableau XLVI: Association du résultat de l'examen anatomopathologique et le taux de guérison.

Examen anatomopathologie	Devenir à 12 mois de surveillance		Total
	Guérie	Perdue de vue	
Mole complète	153	5	158
Mole partielle	32	2	34
Total	185	7	192

$\chi^2 = 0,588$

$p=0,443$

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'examen histologique et le taux de guérison.

Tableau XLVII: Association des signes cliniques et le dosage des BHCG1

Signes cliniques	BHCG1		Total
	Inferieur à 1500mUI/ml	Supérieur à 1500mUI/ml	
Satisfaisante	Oui	12	110
	Non	70	82
Total	110	82	192

$\chi^2 = 106,44$

$P=0,00$

Il existe un lien statistiquement significatif entre le dosage de BHCG et les signes cliniques ($p = 0,000$).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion

1. Limites et difficultés de l'étude

Le manque d'information concernant certaines données portant sur la surveillance post molaire : valeur de HCG, du test UCG, résultat échographique.

Le non-respect des rendez-vous voire les perdues de vue des patientes après le traitement initial.

La non réalisation des bilans surtout le dosage des β HCG qui permet de suivre l'évolution de la maladie.

2.Fréquence :

Au cours de notre travail, nous avons enregistré dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSREF CVI ; **30490** admissions en obstétrique dont **192** cas de grossesse molaire soit une fréquence de **0,62%**. Cette fréquence est inférieure à celui de Sacko K [4] (**0,70%**) et supérieure à ceux Sacko Z [6] (0,21%) MB Keita [20] (**0,004**) au CSREF CV, Boufettal [15] au Maroc (**0.02 124%**) et de Faye O [37] (**0,25%**) au Sénégal. Notre fréquence plus élevée s'explique par le faite l'incidence de la grossesse varie d'une région à une autre et d'une époque à une autre. Les conditions de vie sont des facteurs souvent cités comme étant à risque dans la littérature médicale, ce qui explique la différence de fréquence de la grossesse molaire dans les pays développés et les pays en développement.

3. facteurs de risque :

A- Age

L'âge moyen était de 26, 56 +/- ans avec des extrêmes de 15 et 50 ans. Ce résultat est inférieur à celui de Guido B [1] au MALI qui a retrouvé un âge moyen de 32,4+_10,6 ans avec des extrêmes de 16 et 48 ans.

La tranche d'âge de 20-25 ans était la plus représentée (35,4%), ce résultat est supérieur à celui de Guido B [1] avec les tranches d'âge de 15-20 ans et de 45-50 ans qui étaient les plus représentées soit 18%, et inférieur à celui de Sacko z (6) avec une tranche d'âge de 20-29 ans qui était la plus représenté soit 39% mais

proche de celui trouvé par Keita RS [38] avec une tranche d'âge de 26-35 ans qui était de 42,8%.

B-Niveau socioéconomique :

Dans notre étude 81,8% des patientes étaient mariées ; la majorité était non scolarisée avec un taux de 49,5%. Les conjoints étaient des commerçants dans 29,2% des cas. De façon générale nous pouvons dire que la plupart de nos patientes avaient un niveau socio-économique faible.

Les facteurs nutritionnels ont été considérés par certains comme influençant la fréquence des maladies trophoblastiques. Une diminution des doses de carotène, de vitamine A, de protéines et de graisses animales semble majorer le risque de môle [3].

De manière générale, un faible niveau socio-économique associé à une malnutrition augmente le risque de môle [3]. Ces facteurs pourraient expliquer la différence de fréquence de la grossesse molaire entre pays en développement et pays développés.

4. Mode d'admission :

Nos patientes étaient venues dans 44,3% des cas.

Ce résultat est supérieur à celui de Sacko K qui a trouvé un taux de 29,9% des patientes venues d'elle-même au CHU Gabriel TOURE en 2009 [4].

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le CSREF CVI est un centre de santé de référence plus proche de la population et reçoit le plus souvent les patientes venant des différents quartiers de la commune du district de Bamako et environ.

5. Antécédents gynéco-obstétricaux

a. Parité

Dans notre série, les multipares étaient les plus touchées avec une fréquence de 62% des cas.

Notre résultat est supérieur à celui de Mahamane MM [3] et de Sacko K [4] au Mali qui ont trouvé respectivement 45% et 43,3% de multipares et se rapproche

de ceux de A. Sommai à Marrakech qui trouve une fréquence de multipare chez 56% des cas [14].

L'augmentation du risque de grossesse molaire avec la parité est presque constamment rapportée et cela s'explique par l'âge maternel et les antécédents des femmes multipares [25].

b. Antécédents de fausse couche et de môle hydatiforme

Certains antécédents pourraient être des facteurs de risque de la môle hydatiforme selon certains auteurs, notamment les antécédents de môle hydatiforme et de fausses couches.

L'existence d'une môle dans les antécédents multiplie par 10 le risque de récurrence de môle complète. Après deux antécédents, le risque augmente de 15 à 28 % [25].

Pour l'avortement le risque sera multiplié par 3 mais ce facteur est discuté (31).

Dans notre série, l'antécédent d'avortement a été retrouvé dans 28,6% des cas. Notre résultat rejoint ceux de Mahamane MM qui rapporte 24% d'avortement et 1% de grossesse molaire [3] et de Goldstein aux USA qui trouve une fréquence comprise entre 0,6 et 2,57% pour l'antécédent de mole [25].

Sacko K dans son étude a trouvé les multigestes dans 47,8% et les antécédents d'avortement étaient présents dans 26,9% des cas [4].

A. Sommai et col à Marrakech ont retrouvé l'antécédent de grossesse molaire chez 2,94% de leurs patientes et l'antécédent de fausse couche chez 13,53% des cas [25].

6. Signes cliniques

La présentation clinique est habituellement celle d'une menace d'avortement ou de fausse couche spontanée du premier trimestre avec métrorragies [31].

Dans notre étude les hémorragies génitales ont représenté 79,7% des cas et des troubles sympathiques de grossesse exagérés dans 12,5% des cas ; la hauteur utérine était supérieure à l'âge présumé de la grossesse dans 39,1% des cas.

Les kystes ovariens bilatéraux ont été retrouvés dans 10,9% des cas et l'œdème des membres inférieurs dans 25,4% des cas.

Ces résultats sont inférieurs à ceux de Sacko K qui a trouvé des hémorragies génitales dans 81,2% des cas ; l'exagération des troubles sympathiques de grossesse (4,6%) et la hauteur utérine était supérieure à l'âge présumé de la grossesse (73,9%), présence de kyste lutéinique bilatéraux dans 56% des cas et l'œdème des membres inférieurs noté dans 11,2% des cas [4].

Pour Guido B, l'hémorragie génitale reste le signe majeur de la môle hydatiforme dans 56,2% des cas [1].

Selon la littérature, les signes cliniques pathognomoniques de la môle hydatiforme sont les hémorragies génitales du 1^{er} trimestre associées à un utérus trop volumineux pour le terme [24].

Elles constituent le signe clinique majeur. Ces hémorragies génitales apparaissent le plus souvent précocement. Elles sont habituellement indolores ; tout au plus, il y a le signe d'Anderaudias : la femme peut avoir mal lorsque le sang est en rétention dans la cavité utérine.

Dans notre étude, le diagnostic a été fait entre 5 et 10 SA dans 62% avec un âge moyen de grossesse à 12,5 SA. Sacko K a trouvé 10-15 SA dans 76,1% avec un âge moyen de grossesse à 12,5 SA [4]. Nos résultats sont comparables à ceux de H Abassi et coll au Maroc qui ont trouvé un âge moyen de grossesse à 12,9 SA [22] et Guindo B qui a trouvé 10-15 SA dans 40,6% avec un âge moyen 11,9SA

8. Examens complémentaires

Deux examens complémentaires doivent être principalement pratiqués dans le cadre du diagnostic : l'échographie pelvienne et le dosage plasmatique de β HCG. Dans le cadre du bilan nous avons demandé systématiquement : le groupage rhésus, la NFS et la radiographie pulmonaire.

a. L'échographie

Dans notre étude l'échographie abdomino-pelvienne a été pratiquée chez les patientes qui ont consulté avant l'avortement molaire et qui a montré une image typique de môle 90,1% avec présence dans la cavité utérine des zones anéchogènes mêlées aux zones hyperéchogènes formant l'image classique en « nid

d'abeille » ou en « flocons de neige ». Les kystes ovariens bilatéraux ont été retrouvés dans 10,9% des cas.

Ce taux est proche de celui de Boufettal H et al. Où l'échographie pelvienne et/ou endovaginale ont permis d'évoquer le diagnostic de môle hydatiforme dans 87,5 % des cas et des kystes lutéiniques chez 12,5 % des patientes [15].

Sacko K au Mali et Mahamane MM au Maroc ont trouvé une image typique respectivement dans 87% et 95% des cas [4, 3].

b. Dosage β HCG

Les cellules trophoblastiques secrètent l'hormone gonadotrophine chorionique (hCG) qui sert de marqueur de la présence de tissu trophoblastique. Les taux sériques d'hCG sont très élevés dans tous les cas de môles. Même si l'échographie fournit souvent un diagnostic de certitude, l'étude de Sebire, montre qu'elle demeure insuffisante pour faire le diagnostic de grossesse molaire chez 2/3 des patientes [28].

Le dosage sérique et urinaire des hCG représente l'examen capital pouvant différencier la môle hydatiforme d'une grossesse normale.

Il est souvent supérieur à 100000 UI/L et peut dépasser parfois 500 000 UI/L jusqu'à atteindre 1000000 UI/L au niveau sérique. Au niveau urinaire, il dépasse 50 000 UI/L.

Dans notre série le taux de β hCG était supérieur à 1500UI dans 89,1% des cas. Ce taux est supérieur à celui de Sacko K soit 84% [4] et comparable à celui de Guindo B soit 86,4% (1).

La radiographie pulmonaire a été effectuée chez 93,2% de nos patientes et elle était normale à 100% comparable à celui de Sacko K (4) qui a eu le même résultat, contrairement à celui de Guindo B qui a eu des métastases pulmonaires dans 8,7% des cas [1].

8. Prise en charge

Une fois le diagnostic posé, la prise en charge a consisté en : une hospitalisation, un bilan biologique (groupage Rhésus, NFS, β HCG) et une évacuation utérine sous perfusion d'ocytocine à 20 UI.

La méthode d'évacuation utérine utilisée a été l'aspiration manuelle intra-utérine dans 99%.

Ce résultat est supérieur à celui de Sacko K où elle était la plus utilisée soit 86% des cas [4] ; Sissoko T au Mali qui a trouvé 82,5% des cas [28].

Au cours de notre étude nous avons pratiqué 1,00% de cas d'hystérectomie dans un tableau d'hémorragie pour suspicion de môle invasive dont le résultat a été confirmé par l'examen anatomopathologique.

Ce résultat est comparable à ceux de Keita M avec 5,7% d'hystérectomie totale avec annexomie bilatérale [20] et Sacko K avec deux cas d'hystérectomie [4].

Pour certains auteurs, la chirurgie augmente les chances de guérison et permet de diminuer les doses de chimiothérapie et de diminuer autant les risques thérapeutiques. Ainsi la chirurgie est susceptible d'améliorer le pronostic de cette pathologie [24].

Au cours de notre étude, une antibiothérapie a été instituée et un traitement utéro tonique à base de l'ocytocine 20UI en perfusion au cours de l'aspiration chez toutes les patientes.

La durée d'hospitalisation était variable, dans notre étude les patientes hospitalisées pendant une semaine étaient de 81,3% des cas.

Les patientes avec un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl ont reçu une transfusion sanguine soit 29,7%.

9. Examen histologique

a. Examen macroscopique

Au cours de notre étude l'examen macroscopique des môles a révélé la présence de vésicules dans 43,2% des cas et des débris trophoblastiques dans 42,7% des cas.

Ces résultats sont inférieurs à ceux de Sissoko T [28] et de Sacko K au Mali ; qui ont trouvé respectivement 77,5% et 76% la présence de vésicule [4]. Alors que Kéita au Mali notait dans 58% des cas la présence de vésicules [20].

b. Examen microscopique

L'examen histologique concerne les produits d'aspiration, des pièces d'hystérectomie en cas d'évolution anormale.

Cet examen a permis de préciser la nature histologique de chaque entité anatomopathologique de la maladie trophoblastique.

Dans notre étude l'examen histologique a été réalisé dans tous les cas. Ainsi nous avons noté de MHC (soit 82,3%), de MHP (soit 17,7%). Nous n'avons trouvé aucun cas de choriocarcinome.

Ces taux sont supérieurs à ceux de Sacko K et de Guindo B qui ont noté respectivement 63,5% et 49,5% des cas de môle hydatiforme complète [4] ; 5,2% et 41,7% des cas de môle hydatiforme partielle aucun cas de choriocarcinome pour Sacko K et 8,7% pour Guindo B.

10. Surveillance post molaire et évolution :

La surveillance de nos patientes était basée sur les signes cliniques, biologiques et échographiques.

Les patientes ont été suivies durant les 1^{ères} semaines qui ont suivi l'aspiration, le premier mois.

A une semaine de surveillance le taux de β HCG était supérieur à 1500UI/l soit 56,1% des cas. L'état clinique était satisfaisant dans 57,8% des cas.

Pour ne pas entraver cette surveillance la prescription d'une contraception s'avère indispensable, elle a été prescrite chez 99% des patientes. Selon la plupart des écrits, l'évolution dans la majorité des cas est favorable.

Au bout de 1 mois, 3,1% % des patientes étaient perdues de vues et 93,2% de guérison.

Ce taux de guérison est supérieur à celui de Kéita [20] qui a trouvé un taux de guérison à 27%, H Abassi et coll. [22] ont trouvé 84,31% à « long terme », sur

73 cas de MH que 22 patientes étaient perdues de vue 43 ont évolué favorablement.

Ces résultats montrent que la surveillance post molaire pose un problème dans notre contexte, ceci pourrait s'expliquer par le niveau socio-économique des patientes qui est bas dans la plupart des cas.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII Conclusion

La môle hydatiforme est une affection fréquente dans notre contexte avec prédominance de la môle hydatiforme complète.

L'échographie et le dosage des β -HCG étaient largement contributifs dans le diagnostic de la môle hydatiforme indiquant une évacuation et une étude histologique du produit.

L'évolution est favorable dans la majorité des cas à condition d'assurer une surveillance particulière et un traitement adéquat afin de détecter, à temps, toute reprise anormale de l'activité trophoblastique.

L'ignorance des patientes quant à la nature de leur maladie et le coût élevé du dosage régulier du β -HCG engendrent une difficulté de surveillance et un retard diagnostique.

VIII Recommandations

Au terme de notre étude nous avons formulé les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires

- Renforcer les campagnes de sensibilisation pour inciter les femmes à consulter dès l'aménorrhée.
- Equiper les centres de santé en échographie, pour un diagnostic précoce de la grossesse molaire, et en matériel d'aspiration pour une meilleure prise en charge.
- Doter les laboratoires des centres hospitaliers en matériel de dosage des BHCG accessible à la population pour une bonne observance de la surveillance.
- Doter tous les centres de santé de référence et les hôpitaux à des laboratoires d'Anatomie Cytologie et Pathologiques accessible à la population.

Au personnel sanitaire

- Respecter les principes de l'évacuation molaire : évacuation complète sous perfusion d'ocytocine avec du sang à portée de main en cas d'hémorragie.
- Pratiquer l'examen histologique de tous les produits d'avortement et des pièces de salpingectomie.
- Informer les patientes sur la possibilité de dégénérescence maligne et la nécessité d'une surveillance post molaire adéquate.
- Prendre les numéros de téléphone des patientes pour une bonne surveillance

A la population

- Consulter au moindre saignement sur grossesse.
- Accepter de faire régulièrement la surveillance post-évacuation molaire

REFERENCES

IX Références :

1. Guindo B. Etude epidemio-clinique et pronostic de la grossesse molaire dans le service de gynécologie obstétrique du chu point g.2021. Thèse de doctorat en médecine, USTTB ,21M129.
2. Parazzini F, La Vecchia C, Pampallona S. Parental age and risk of complete and Partial hydatidiform mole. Br J Obstet Gynecol 1986 ;93(6) : 582-585.
3. Mahamane MM. Etude épidémiologique ; clinique et thérapeutique de la grossesse molaire au service de Gynecologie-Obstetrique 2 du CHU Hassane II de FES du Maroc 2016, 104p.
4. Sacko K. Grossesse molaire dans le service de gynécologie obstétrique du chu Gabriel Touré de 2003 à 2007.Thèse de doctorat en médecine, USTTB.10-M-118.
5. Maiga K. Grossesse molaire dans le service de gynecologie-obstetrique du CHU du Point G de 2010-2015, thèse de doctorat en médecine Bamako N°259 ; 170p.
6. Sacko Zara. Etude épidémiologie et anatomo-clinique des grossesses molaires au service de la commune III du district de Bamako. 2022.These de doctorat. USTTB.22M205.
7. Koné K N. Grossesse molaire dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel.
8. Dalhi N. Môle hydatiforme étude critique à propos de 50 cas ; Université Mohamed V de Rabat. Thèse Méd. 2019.
9. Chandelier JJ. La môle hydatiforme complète. Med SCI (Paris). 2015 ;31(10) :861-8.
10. Golfier F, Larousse C, Frappart L, Mathian B, Guastalla JP, Trillet-Lenior V. Évaluation de la prise en charge des tumeurs trophoblastiques gestationnelles

- enregistrées au Centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon de 1990 à 2005. *Gynecol Obstet Fertile* 2007 ;35(3) :205-15.
11. Moulery O M ; Badriani F ; Layachi F ; KadaBeraka K ; Bass ada B ; Ali chérif A. La grossesse molaire au CHU Tlemcen en Algérie. *These Med.* 2016.
 12. FIGO committee Report. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 200. *Int J Gynecol Obstet* 202 ; 77 : 285-287.
 13. Park W. Hydatiform mole, in choriocarcinoma: A study of its pathology. F.A. Davis-Company VI P. 67 – Philadelphia 1971.
 14. Soum Mani A, Rhoul Ali Kanza. La grossesse molaire. Thèse de doctorat en médecine Marrakech 2013, N°41 ; 5p.
 15. Boufettal H, Coulin P, Mahdaoui S, Noun M, Hermas S, Samouh N. Les môles hydatiformes complètes au Maroc : étude épidémiologique et clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011 ;40(5) :419-29.
 16. Maladies trophoblastiques gestationnelles, collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l’Inca, Boulogne-Billancourt, septembre 2010.
 17. FAHD I, les maladies trophoblastiques gestationnelles, études rétrospective réalisée au service de gynécologie obstétrique II, CHU HASSAN II Fès, thèse de doctorat en médecine (MAROC), 2012 PAGE182 N°132-12.
 18. Soper J.T, Mutch D.G., Schinke J.C. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease *Gynecol. Oncol.*, 2004 ;93 : 575-85.
 19. McFadden DE, Kwong LC, Yam IY, Lang Lois S. Parental origin of triploidy in human fetuses: evidence for genomic imprinting *Hum Genet* 1993 ;92: 465-9.
 20. Keita B M. Etude épidémiologique clinique et thérapeutique de la maladie molaire au service de gynéco-obstetrique du centre de sante de référence de la Commune V du District de Bamako. *These Medicine MALI*,2003,81p.
 21. Zalel Y, Dgani R. Gestational trophoblastic disease following the evacuation of partial hydatiform mole : a review of 66 cases. *Eur J Obstet Gynecol*

- Biology 1997 ; 71 (1) : 67-71.
- 22.**H Abbassi, H El Jersifi, N Molar, S Bouhya. Môle hydatiforme à propos de 73 cas. Maternité Lalla Meryem, CHU Rochd, Casablanca, Maroc, Maghreb Médical Octobre 1999 ; 340.
- 23.**A trash HK, Hague CJ, Grimes DA. Epidemiology of hydatidiform mole during early gestation. Am J Obstet Gynecol 1986 ;154 : 906-9.
- 24.**Semer DA, MacAfee MS. Gestational trophoblastic disease: epidemiology. Semin Oncol 1995 ; 22 : 109-12.
- 25.**Goldstein DP. Gestational trophoblastic neoplasms in Greenspan E.M. Editor clinical cancer chemotherapies. Raven Press New-York 1975 : 284.
- 26.**Fouogue Tsuala J, Fouélifack Ymélé F, Sando Z, Mboudou ET, Doh AS. Grossesse molaire et difficultés de prise en charge en milieu rural : illustration d'un cas clinique à l'Hôpital de District de Bogu (Extrême Nord Cameroun). Clinics in Mother and Child Health. 2011 ;8 :1-4.
- 27.**Sebire NJ, Fisher RA, Rees HC. Histopathological diagnosis of partial and complete hydatiform mole in the first trimester of pregnancy. Pediatr Dev Pathol 2002, 6 : 69-77.
- 28.**Sissoko T. Etude des maladies trophoblastiques dans les services de 3ème niveau référence de Bamako Thèse Médecine Bamako 2005 ;138 :95.
- 29.**Galiou MR. Grossesse molaire : prise en charge au niveau de la maternité des orangers. Thèse de Médecine ; Université Mohamed V de Rabat (Maroc) 2019 ; N°07 ; 175p.
- 30.**N'goran k. Profil epidemio-clinique et échographique des moles hydatiformes au service de radiologie, CHU de Yopougon à ABIDJAN, Cote d'Ivoire 2019 ,33.26.
- 31.**Hertz AT. Tumor of the female sex organs. Part 1. Hydatidiform mole and choriocarcinoma. In : Atlas of tumor pathology. Washington DC : Armed Forces Institute of Pathology, 1956 : 444-476p.

32. Maladies trophoblastiques gestationnelles (môles hydatiformes et tumeurs trophoblastiques gestationnelles) Diagnostic et prise en charge. Recommandations de bonne pratique Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français et la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne ; label IN Ca-HAS avril 2010.

<http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-rares5>.

33. Lurain JR, Brewer JI, Torok EE, Halpern B. Normal history of hydatiform mole after primary evacuation. Am J Obstet Gynecol 1983 ;145 : 591-595

Touré : à propos de 16 cas. Thèse Médecine Bamako 2001 ;106 : 73.

34. Moulay, Meliani, Nadia, Ben, Medjahed, hevet. Grossesse molaire. Université Abou Bekr Berk aïd Tlemcen(Algérie). Thèse en Médecine 2017-2018 .85P.

35. Daniel Evain-Brion. Hormones placentaire humaines ; Nutrition clinique et métabolisme ; volume 16 ; Issue 3 ; Septembre 2002 ; Pages 206-209.

36. Yver M, Carles D., Bloch B, Bioulac-Sage P., Negrier M-L.M. Determination of DNA Ploidy by Fluorescence in Situ Hybridization (FISH) in Hydatiform Moles: Evaluation of FISH on Isolated Nuc Human Pathol 2004 ;6(35) :752-7.

37. Faye O. Le complexe majeur d'histocompatibilité : application à l'étude du mécanisme génétique de formation des môles hydatiformes sénégalaises. Thèse Médecine Dakar 1984 N° 95.

38. Keita RS. Place de l'anatomie pathologie dans la recherche du diagnostic étiologique des hémorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse. Thèse de doctorat en médecine USTTB 19 ;62p.

Fiche signalétique

Nom : DEMBELE

Prénom : Amadou

Téléphone : (00223) 74 85 62 03 / 69 06 43 65

E-mail : amadoudembele919@gmail.com

Titre de la thèse : Etude clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la grossesse molaire au service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022.

Année universitaire de soutenance : 2022 - 2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Dépôt en ligne : <https://bibliosante.ml/>

Secteur d'intérêt : Anatomie et Cytologie Pathologiques, Gynéco-Obstétrique.

Résumé :

Introduction : La grossesse molaire (môle hydatiforme) est une entité des maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) qui comprend des môles complètes et partielles. Le but de ce travail était d'étudier la grossesse molaire au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à recueil des données rétro et prospective allant du 01 janvier 2018 au 31 Décembre 2022 soit une période de cinq (5) ans.

Résultats : Nous avons colligé au total 30490 grossesses parmi lesquelles 192 cas de grossesse molaire répondant à nos critères soit une fréquence de 0,62%. L'âge moyen était de 26,56 ans, avec des âges extrêmes de 15 ans et 50 ans. L'ethnie la plus représentée était celle des bambaras avec 52,6% des cas. La majorité des patientes était mariée dans 81,1% des cas et non scolarisée dans 49,5% des cas. L'hémorragie génitale était le principal motif de référence avec 63,5% des cas et

une moyenne abondance dans 35,4%. L'échographie a retrouvé une image typique dans 90,1% des cas. La majorité des patientes a subi l'AMIU dans 99% des cas et nous avons enregistré un cas de perforation utérine.

Conclusion : La môle hydatiforme est une affection fréquente dans notre contexte avec prédominance de la môle hydatiforme complète. L'échographie et le dosage des β -HCG sont largement contributifs dans le diagnostic de la môle hydatiforme indiquant une évacuation et une étude histologique du produit. L'évolution est favorable dans la majorité des cas.

Mots-clés : môle hydatiforme, anatomopathologie.

Translation material safety data sheet

Name: DEMBELE

FIRST Name: Amadou

Telephone : (00223) 74856203/69064306

Email: amadoudembele919@gmail. Com

Thesis title: Clinical, therapeutic and anatomopathological study of molar pregnancy at the gyneco-obstetrics department of the health center of reference of commune VI of the district of Bamako from January 1,2018 to 31 December 2022.

Academic year of the defense: 2022-2023

City of defense: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of medicine and Odontostomatology.

Online deposit: [https:// bibliosante.ml](https://bibliosante.ml)

Area of interest: Pathological Anatomy and Cytology. Gyneco-Obstetrics.

Introduction: molar pregnancy (hydatiform mole) is an entity of gestational trophoblastic diseases (GTDS) that include complete and partial moles. The aim of this work was to study molar pregnancy at the reference health center of commune VI of the district of Bamako.

Methodology: this was a descriptive and analytical study collecting retro and prospective data going from January 1,2018 to December 31,2022, I.e., a period of five (5) years. We identified 192 patients during our study period, who met the inclusion criteria.

Results: we collected a total of 30.490 admissions including 192 cases of molar pregnancy meeting our criteria, i.e., a frequency of 0.62%. The average age was 26.56 years, with extreme ages of 15 and 50 years. The most represented ethnic group was that of the Bambaras with 52.6% of cases. The majority of patients were married in 81.1% of cases and not educated in 49.5% of cases. Genital hemorrhage was the main reason for referral with 63.5%. Of cases and an average abundance in 35.4%. The ultrasound found a typical image in 90.1% of cases. The majority of patients underwent AMUI in 99% of cases and we

recorded one case of uterine perforation.

Conclusion: hydatiform mole is a common condition in our context with predominance of the complete hydatiform mole. Ultrasound and β HCG measurement were largely contributory in the diagnostic of hydatiform indicating evacuation and study histology of the product. The evolution is favorable in the majority of cases.

Keywords: hydatiform mole, pathology.

Fiche d'enquête

QUESTIONNAIRE : GROSSESSE MOLAIRE

I-IDENTIFICATION ET DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Dossier N°:/_____/

Q1 –Nom

Q2–Année:/____/____/____/

Q3– Age (an):/____/

Q4– Profession du conjoint:/____/

1 : Fonctionnaire, 2 : Commerçante, 3 : Cultivateur, 4 : Chauffeur, 5 : Ouvrier 6 : Autres/_____/

Q5–Résidence:/____/

1 : Sogoniko ,2 : Magnambougou,3 : Niamakoro,4 : Banankabougou,5 : Missabougou,6 : Senou 7 : Yirimadio, 8 : Autre /_____/

Q6– Ethnie:/____/ :

1 : Bambara, 2 : Malinké, 3 : Minianka, 4 : Peuhl, 5 : Sarakolé 6 : Bozo, 7 : Sonrhäi, 8 : Dogon,9 : Sénoufo, 10 : Autres/_____/

Q7– Etat matrimonial:/____/ 1 : Mariée, 2 : Célibataire, 3 : Divorcée ,4 : veuve

Q8– Profession:/____/ 1 : Ménagère, 2 : Fonctionnaire, 3 : Elève/ Etudiante, 4 : Commerçante, 5 : ouvrière 6 : Autres /_____/

Q9–Niveau d’instruction:/____/ :1 : Primaire, 2 : Secondaire, 3 : Supérieur, 4 : alphabétisé, 5 : Non scolarisé ,7 : Autres /_____/

II-MODE D’ADMISSION ET HOSPITALISATION

Q1–hospitalisation:/____/ 1 : Oui, 2 : Non

Q2– Provenance/____/ 1 : Venue d’elle même; 2:Cscm; 3 : Structure privée; 4 : Autres

Q3– Motif de référence:/____/

1 : Métrorragie ; 2 : Douleurs pelviennes ; 3 : Notion d'aménorrhée ; 4 :
Grossesse molaire échographique ; 5 : AEG; 6 : Nausées Vomissements; 7 :
Anorexie et asthénie ; 8 : Autres

III-ANTECEDENTS :

Q1- Médicaux: / ___ /

1 : HTA, 2 : Asthme, 3 : Diabète, 4 : Autres à préciser: / _____ /

Q2 -Chirurgicaux: / ___ / Oui ou Non Si oui

Préciser 1 : césarienne, 2 : myomectomie ,3 : kystectomie

Q3- Gyneco-obstetrique :

1. Gestité: / ___ / Parité: / ___ / Notion d'avortement : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non,

Q4-Notion de contraception : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non ;

Types.....
.....

Duré.....
.....

Q5-Notion de stérilité : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Q6- Traitement antérieur avant l'admission : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Si oui, Année / / ; Traitement Médical / / ; Autres :

IV-ETUDE CLINIQUE :

Q1-Circonstance de découverte: / ___ /

1 : Hémorragie génitale 2 : Signes sympathique exagérés, 3 : Découverte
échographique, 4 : Expulsion de vésicules.

Q2- Mode de début : / ___ /

1 : progressif ; 2 : Brutal.

Q3 -Notion d'aménorrhée : / ___ / : 1 : oui 2 : non

Q4- Notion d'hémorragie : / ___ /

1 : minime, 2 : moyenne, 3 : abondante.

Q5–tat Général:/ ___/

1 : Bon, 2 : Passable, 3 : Altéré.

Q6– Anémie:/ ___/ 1 : oui, 2 : non

Q7– HTA:/ ___/ : 1 : oui, 2 : non

Si HTA:/ ___/ 1 : Légère, 2 : Modérée, 3 : Sévère.

Q8– OMI : / ___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q9– HU>à l'âge de la grossesse / ___/ 1 : Oui, 3 : Non

Q10 –Kystes ovariens bilatéraux : / ___/ 1 : Oui, 2 : Non

V-EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

Q1–Type d'image de mole à l'écho :

.....
.....

Q11– Test UCG:/ ___/ 1 : Positif, 2 : Négatif, 3 : Non fait.

Q12– BHCG:/ ___/ : 1 : oui, 2 : non

Si oui:/ ___/ 1 : <1500mUI /ml, 2 : >1500mUI/ml

Q13–Métastase : / ___/ 1 : oui, 2 : non

Si oui / ___/ 1 : pulmonaire, 2 : vaginale, 3 : abdominale ,4 : cutanée

Q14– Examen macroscopique de la môle:/ ___/

1 : Aspect vésiculaire, 2 : Débris trophoblastiques ; 3 : Présence d'embryon

Q15–Période de consultation:/ ___/

1 : Avant avortement molaire, 2 : Avortement molaire en cours 3 : Après avortement molaire.

VI-CONDUITE A TENIR

Q1– Aspiration manuelle intra-utérine : / ___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q2– Curetage : / ___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q3- Soins après aspiration : / ___ / 1 : contraception, 2 : antibiothérapie prophylactique

Q4-Aspiration manuelle intra-utérine itérative : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Q5- Durée d'hospitalisation : / ___ / 1 : Une semaine 2 : >Une semaine

Q6-Transfusion:/ ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Q7- Anapath : / ___ / 1 : Môle complète, 2 : môle partielle 2 : Môle invasive, 4 : choriocarcinome,5 : autres à préciser:/ _____/

VII-SURVEILLANCE à 1 semaine

a- clinique

Q1-Satisfaisante : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non, 3 : perdue de vue

Si non préciser : / ___/ 1 : Signes Sympathique ; 2 : Mauvaise involution utérine ; 3 : Persistance de métrorragie

Q2-Contraception : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Type :

.....

Durée :

.....

B-surveillance biologie et radiologique :

Q1-BHCG : / ___ / 1 : <1500mUI /ml, 2 : >1500mUI / ml 3 : Non fait, 4 : Négatif.

Q2-Test UCG : / ___ / 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non fait

Q3- Image Echo : / ___ / 1 : Normal, 2 : Débris molaire, 3 : Autres à préciser.

Q4- Métastases : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non.

Si oui / ___ / 1 : pulmonaire ,2 : vaginal, 3 : abdominal ,4 : cutané

VIII : SURVEILLANCE A deux semaines :

A - Clinique :

Q1- Satisfaisante : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non, 3 : Perdue de vue.

Si non préciser : /___/ 1 : Signes Sympathique, 2 : Mauvaise involution utérine,
3 : Persistance de Métrorragie.

B-Biologique et radiologique :

Q2 –BHCG : /___/ 1 :< 1500mUI / ml, 2 :> 1500mUI / ml, 3 : Non fait, 5 :
Négatif

Q3–Test UCG : /___/ 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non fait.

Q4– Image Echo : /___/ 1 : Normal, 2 : Débris molaire, 3 : Autres à préciser.

Q5– Métastases : /___/ 1 : Oui, 2 : Non.

Si oui / / 1 : pulmonaire ,2 : vaginal, 3 : abdominale, 4 : cutané

IX–SURVEILLANCE A 1 MOIS :

A –Clinique :

Q1– Satisfaisante : /___/ 1 : Oui, 2 : Non, 3 : Perdue de vue.

Si non préciser : /___/ 1 : Signes Sympathique ; 2 : Mauvaise involution utérine
; 3 : Persistance de Métrorragie.

B-Biologie et radiologique :

Q2– BHCG : /___/ 1 :<1500mUI /ml, 2:>1500mUI/ml, 3 : Non fait, 4 : Négatif.

Q3– Test UCG:/___/ : 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non fait.

Q4– Image Echo : /_ / 1 : Normal, 2 : Débris molaire, 3 : Autres à préciser :

.....

Q5– Métastases : /___/ 1 : Oui, 2 : Non.

Si oui / / 1 : Pulmonaire, 2 : vaginal, 3 : abdominal, 4 : cutané

X : SURVEILLANCE A 3 MOIS :

A-Clinique :

Q1 –Satisfaisante : /___/ 1 : Oui, 2 : Non, 3 : perdue de vue.

Si non préciser:/___/ 1 : Signes Sympathiques, 2 : Mauvaise involution utérine,3
: Persistance de Métrorragie.

B-Biologique et radiologique :

Q2–BHCG : / ___ / 1 : <1500mUI /ml, 2 : >1500mUI/ml, 2 : Non fait, 4 : Négatif.

Q3–Test UCG : / ___ / 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non fait.

Q4– Image Echo:/ ___ / 1 : Normal, 2 : Débris molaires, 3 : Autres à préciser.....
.....

Q5–Métastases:/ ___ / 1 : Oui, 2 : Non

Si oui / / 1 : pulmonaire, 2 : vaginal, 3 : abdominal, 4 : cutané

XI : SURVEILLANCE A 6 MOIS :

A-Clinique :

Q1– Satisfaisante:/ ___ / 1 : oui, 2 : non, 3 : perdue de vue.

Si non préciser:/ ___ / 1 : Signes Sympathiques, 2 : Mauvaise involution utérine , 3 : Persistance de Métrorragie

B-Biologique et radiologique :

Q2– BHCG : / ___ / 1 < 1500 m UL / ml, 2 : 1500 m UL / ml 3 : Non fait 4 : Négatif

Q3–Test UCG / ___ / : 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non fait.

Q4– Image Echo : / ___ / 1 : Normal, 2 : Débris môlaires, 3 : Autres à préciser

Q5– Métastases pulmonaires : / ___ / 1 : Oui, 2 : Non.

Si oui / / 1 : pulmonaire, 2 : vaginal, 3 : abdominal, 4 : cutané

XII : SURVEILLANCE A 12 mois

A-Clinique :

Q1– Satisfaisante : / ___ / 1 : oui, 2 : Non, 3 : perdue de vue.

Si non préciser : / ___ / 1 : Signes Sympathiques, 2 : Mauvaise involution Utérine

3 : Persistance de Métrorragie

B-Biologique et radiologique :

Q2- BHCG : / ____ / 1 / < 1500M UL / ml, 2 : >1500 UL / ml, 3 : Non fait, 4 :
Négatif

Q3-Test UCG : / ____ / 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non fait

Q4- Image Echo : / ____ / 1 : Normal, 2 : Débris molaire, 3 : Autres à préciser :
.....
.....

Q5- Métastases : / ____ / 1 : Oui, 2 : Non.

Si oui / / 1 : pulmonaire, 2 : vaginal, 3 : abdominal, 4 : cutané

XIII – SURVEILLANCE A 18 mois : Clinique :

Q1- Satisfaisant : / ____ / 1 : Oui, 2 : Non, 3 : Perdue de vue.

Si non préciser : / ____ / 1 : Signes Sympathiques, 2 : Mauvaise involution
utérine,

3 : Persistance de Métrorragie.

B-Biologique et radiologique :

Q2- BHCG : / ____ / 1 / : < 1500 m UL ml, 3 : Non fait, 4 : Négatif

Q3- Test UCG : / ____ / 1 / : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non fait

Q4- Image Echo : / ____ / 1 : Normal, 2 : Débris molaire, 3 : Autres à préciser.

Q5- Métastases : / ____ / 1 : oui, 2 : non.

Si oui / / 1 : pulmonaire, 2 : vaginal, 3 : abdominal, 4 : cutané.

XIV – SURVEILLANCE A 24 mois

A –clinique :

Q1- Satisfaisante : / ____ / 1 : oui, 2 : Non, 3 : perdue de vue.

Si non préciser : / ____ / 1 : Signes Sympathiques, 2 : Mauvaise involution
Utérine 3 : Persistance de Métrorragie

B-Biologique et radiologique :

Q2- BHCG : / ____ / 1 / < 1500M UL / ml, 2 : >1500 UL / ml, 3 : Non fait, 4 :
Négatif

Q3- Test UCG : / ____ / 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non fait

Q4 -Image Echo : / ____ / 1 : Normal, 2 : Débris molaire, 3 : Autres à préciser

Q5- Métastase : / ____ / 1 : Oui, 2 : Non.

Si oui / / 1 : pulmonaire, 2 : vaginal, 3 : abdominal, 4 : cutané



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant
L'effigie d'Hippocrate.

**Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma
langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
Corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.**

**Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de
parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.**

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

**Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances
médicales contre les lois de l'humanité.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères, si j'y manque.

Je le jure !