



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Grossesse gémellaire associant une môle hydatiforme complète et une grossesse singleton normale



Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent normal singleton pregnancy

Houssine Boufettal^{a,*}, Fatiha Essodegui^{b,c},
Sakher Mahdoui^{a,b}, Naïma Samouh^{a,b}

^a Service de gynécologie – obstétrique « C », centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

^b Faculté de médecine et de pharmacie, université Ain Chok, BP 5366, 20000 Casablanca, Maroc

^c Service central de radiologie, centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Reçu le 16 janvier 2014 ; reçu sous la forme révisée le 27 janvier 2014 ; accepté le 31 janvier 2014

Disponible sur Internet le 5 mars 2014

MOTS CLÉS

Grossesse gémellaire ;
Môle hydatiforme complète ;
Échographie pelvienne ;
Doppler couleur ;
Tumeur trophoblastique gestationnelle

Résumé La grossesse gémellaire associant une môle complète et une grossesse singleton normale possédant son propre trophoblaste sain est une entité rare. Nous rapportons le cas d'une patiente de 32 ans, admise dans un tableau d'expulsion d'une grossesse non suivie de 22 semaines d'aménorrhées. L'échographie pelvienne a montré l'aspect d'une association d'une môle hydatiforme complète et une grossesse singleton normale. L'examen du placenta et l'étude histologique ont confirmé le diagnostic de môle hydatiforme complète associée à un fœtus normal. La majorité des études montre que le pronostic d'une telle association comprend un risque un peu plus accru d'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mohcineb@yahoo.fr (H. Boufettal).

KEYWORDS

Twin pregnancy;
Complete
hydatidiform mole;
Pelvic ultrasound;
Color Doppler;
Gestational
trophoblastic
neoplasia

Summary Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent normal fetus is a rare entity. We report case of a patient of 32 years, admitted in an array of expulsion of an unwanted pregnancy followed by 22 weeks of amenorrhea. The pelvic ultrasound showed the appearance of a combination of a complete hydatidiform mole and a normal singleton fetus. An examination of the placenta and histology confirmed the diagnosis of complete hydatidiform mole associated with a normal fetus. Most studies show that the prognosis of such an association has a high risk of progression to gestational trophoblastic neoplasia.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La môle gémellaire avec coexistence d'un œuf normal possédant son propre trophoblaste sain et d'une môle hydatiforme complète (MHC) est une entité rare et difficile à gérer. Nous rapportons un cas chez une patiente de 32 ans, dont le diagnostic était suspecté échographiquement et confirmé lors de la délivrance et par l'étude histologique du délivre. À la lumière de cette observation, les auteurs présentent les difficultés diagnostiques et de prise en charge de cette entité.

Observation

Une patiente âgée de 32 ans, septième geste, deuxième pare était admise en menace d'accouchement prématurée à 22 semaines d'aménorrhées.

L'examen à l'admission retrouvait une patiente normotendue, une hauteur utérine à 24 cm, des contractions utérines présentes, des mouvements actifs fœtaux présents. Le col utérin était dilaté à deux centimètres, la poche des eaux était rompue et la présentation était céphalique. L'échographie obstétricale retrouvait une biométrie fœtale normale correspondant à une grossesse évolutive de 22 semaines d'aménorrhée, le placenta était postérieur normal associé à une image homogène faite de vésicules, mesurant 63/59 mm (Fig. 1). Les ovaires étaient sièges d'images kystiques évoquant des kystes lutéiniques (Fig. 2). Un dosage des β -hCG plasmatiques était à 258 450 mUI/mL. L'évolution était marquée par l'accouchement d'un nouveau-né de sexe



Figure 1. Échographie obstétricale montrant une biométrie fœtale normale correspondant à une grossesse évolutive de 22 semaines d'aménorrhée, associée à une image mesurant 63/59 mm, faite de vésicules (flèches).

masculin, de 330 grammes. La délivrance retrouvait un placenta complet d'aspect normal avec un deuxième placenta présentant de multiples vésicules (Fig. 3). L'autopsie du fœtus n'objectivait pas de lésions ou de malformations externes ou internes (Fig. 3). L'échographie de contrôle retrouvait un utérus vide, sans image de rétention. L'étude histologique montrait des villosités larges hydropiques quasiment dépourvues d'axe, avec une hyperplasie du cytotrophoblaste et du syncytiotrophoblaste et une dégénérescence vacuolaire. L'aspect évoquait une môle hydatiforme complète.

La surveillance post-molaire montrait une négativation des β -hCG (*human chorionic gonadotrophin*) plasmatiques à cinq semaines après l'évacuation. Une contraception orale estroprogestative minidosée était instaurée durant une année. Avec un recul de 36 mois, l'évolution de notre patiente était favorable.

Discussion

La môle gémellaire avec coexistence d'un œuf, possédant son propre trophoblaste sain et d'une grossesse molaire, est un événement relativement inhabituel. L'incidence de cette situation est de 1/22 000 jusqu'à 1/100 000 grossesse [1–5].

La prise en charge de ces grossesses est difficile, de par les complications telles que la mort fœtale, les saignements, la prééclampsie, l'hyperthyroïdie, et le risque de tumeur trophoblastique gestationnelle. Par conséquent, en raison d'un pronostic potentiellement dangereux pour la mère et pour le fœtus, l'arrêt de la grossesse a souvent été conseillé [5–8]. Ce n'est que récemment que le diagnostic de môle complète associé à un fœtus vivant était rapporté, mais avec un taux faible de naissances vivantes [5]. Les quelques petites séries rapportées montrent une probabilité d'obtenir une naissance vivante variant entre 16 et 56 % [5–10]. Sebire et al. [1] rapportent un taux de naissance vivante de 40 %.

La plupart des grossesses môlares sont diagnostiquées au premier trimestre par l'échographie, alors que les grossesses gémellaires avec coexistence d'une môle hydatiforme et d'un œuf normal sont diagnostiquées un peu plus tard, habituellement dans un tableau de tumeur trophoblastique gestationnelle. Seulement 68 % de ces situations étaient correctement diagnostiquées par l'échographie [5,6]. L'aspect à l'échographie est celui d'un fœtus normal avec son placenta normal confiné dans sa poche liquidienne de liquide amniotique, à côté duquel existe une masse molaire. Un môle complète apparaît ainsi à l'échographie comme une masse vésiculaire homogène caractéristique « en nid d'abeille », n'associant pas d'éléments embryonnaires. L'association d'une môle hydatiforme complète avec un sac gestationnel normal peut être déterminée avec précision

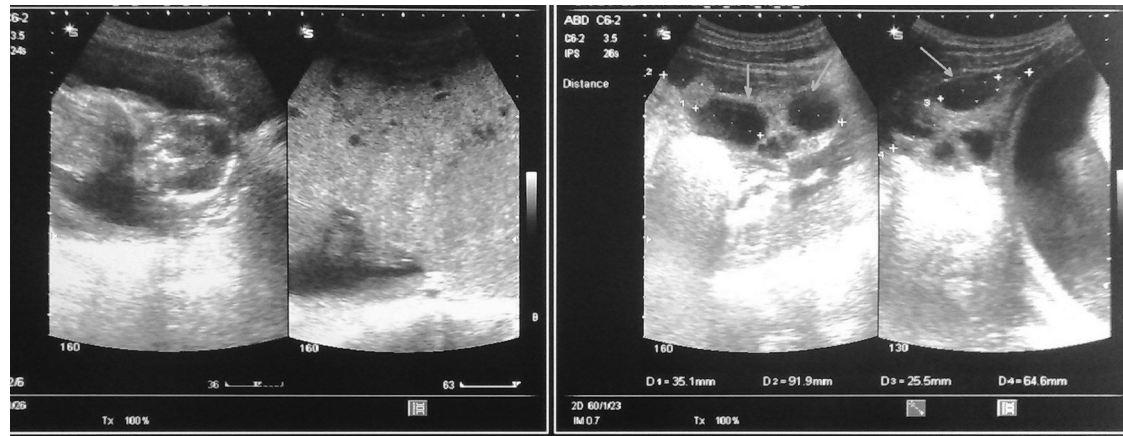


Figure 2. Échographie obstétricale montrant une image vésiculaire « en nid d'abeilles » et des ovaires qui sont sièges de kystes lutéiniques (flèches).

autour de 12 à 14 semaines d'aménorrhée [7]. Le placenta molaire peut contenir des parties embryonnaires faisant évoquer une môle hydatiforme partielle. Cette dernière est le plus fréquemment diagnostiquée à un gestationnel plus avancé que la môle hydatiforme complète (15 à 20 semaines d'aménorrhée). La présence, dans de tel cas, de kystes lutéiniques ovariens bilatéraux, retrouvés dans un quart des cas, permet d'asseoir davantage le diagnostic [1,8]. Dans notre cas, la grossesse n'était pas suivie, et de ce fait, le diagnostic de la môle hydatiforme complète associée à la grossesse normale n'était porté qu'à 22 semaines d'aménorrhée.

Le taux élevé des β -hCG qui peut évoquer une môle hydatiforme complète n'est pas assez fiable, dans le cas de la grossesse gémellaire associant une grossesse normale avec une môle hydatiforme complète, où le taux peut être normalement élevé [8]. Chaque fois que le diagnostic de môle hydatiforme est suspecté, une confirmation histologique est requise.

Il est difficile de recommander une prise en charge optimale, vu la rareté des cas publiés sur cette entité. Certains auteurs suggèrent que la grossesse peut être menée à terme, en dehors d'une prééclampsie ou de signes évoquant une invasion du myomètre ou une tumeur trophoblastique gestationnelle [1,2]. Des échographies répétées permettent de suivre l'évolution du placenta molaire et d'évoquer une invasion myométriale au doppler couleur [8].

L'incidence du risque de tumeur trophoblastique gestationnelle est de 12 à 20% pour la môle hydatiforme complète et de 1 à 5% pour la môle hydatiforme partielle. Ce risque potentiel est plus important dans le cas d'association d'une môle hydatiforme complète avec une grossesse singleton normale. Certaines études rapportent un risque qui atteint

50 à 57% [5]. Dans notre cas, avec un recul de 24 mois, l'évolution était favorable. La persistance d'un taux élevé de β -hCG plasmatique est corrélée au risque de développer une tumeur trophoblastique gestationnelle [1,2,8–10].

Conclusion

La grossesse gémellaire associant une môle hydatiforme complète avec un fœtus normal vivant est un événement exceptionnel. Le diagnostic est fait généralement beaucoup plus avec l'échographie qu'avec les β -hCG plasmatiques, du fait de l'augmentation habituelle de ces dernières au cours d'une grossesse gémellaire. De ce fait, le diagnostic est rapporté beaucoup plus tardivement que dans la môle hydatiforme singleton. La rareté des observations ne permet pas de proposer une attitude thérapeutique codifiée. Avec le développement des moyens de surveillance, notamment l'échographie et le doppler, la littérature se penche vers la continuation de la grossesse, avec même la possibilité de mener une grossesse à terme. Le risque d'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle est beaucoup plus élevé.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Boufettal H, Coullin 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;40:419–29.
- [2] Boufettal H, Coullin P, Mahdaoui S, Noun M, Hermas S, Samouh N. Les môles hydatiformes partielles au Maroc : étude épidémiologique et clinique. *East Mediterr Health J* 2012;18:755–61.
- [3] Anderson CK, Deiter RW, Motz MJ, Goldstein JA. Complete hydatidiform mole with a coexistent healthy, viable fetus near term: a case report. *J Reprod Med* 1996;41:55–8.
- [4] Bristow RE, Shumway JB, Khouzami AN, Witter FR. Complete hydatidiform mole and surviving coexistent twin. *J Reprod Med* 1996;51:705–9.
- [5] Massardier J, Golfier F, Journet D, Frappart L, Zalaquett M, Schott AM, et al. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent fetus: Obstetrical and oncological out-

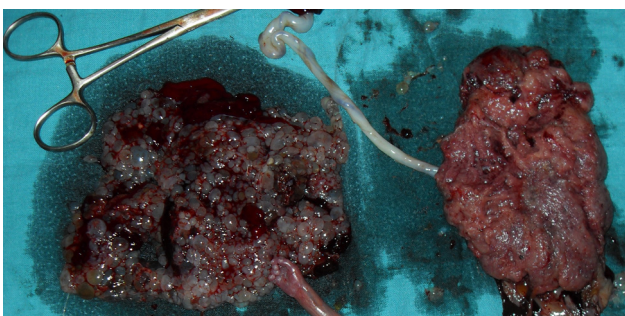


Figure 3. Aspect d'une môle hydatiforme avec un placenta macroscopiquement normal.

- comes in a series of 14 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;143:84–7.
- [6] Moini A, Riazi K. Molar pregnancy with a coexisting fetus progressing to a viable infant. *Int J Gynecol Obstet* 2003;82:63–4.
- [7] Jauniaux E, Nicolaides KH. Early ultrasound diagnosis and follow-up of molar pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9:17–21.
- [8] Jauniaux E. Ultrasound diagnosis and follow-up of gestational trophoblastic disease. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:367–77.
- [9] Sebire NJ, Foscett M, Paradinis FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet* 2002;359:2165–6.
- [10] Malhotra N, Deka D, Takkar D, Kochar S, Goel S, Sharma MC. Hydatiform mole with coexisting live fetus in dichorionic twin gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;94:301–3.