



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/12258  
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12258>



### RESEARCH ARTICLE

#### GROSSESSE GEMELLAIRE ASSOCIANT UNE MOLE COMPLETE ET UNE GROSSESSE SINGLETON NORMALE: A PROPOS D'UN CAS TWIN PREGNANCY INVOLVING A COMPLETE MOLE AND A NORMAL SINGLETON PREGNANCY: A CASE REPORT

Fouzia El Hilali, Salahedine Achkif, Sanaa Erraghay, Mohamed Karam Saoud, Nissrine Mamouni,  
Chahrazad Bouchikhi and Abdelazizbanani  
Service Gynecologie-Obstétrique 1 CHU Hassan II, Fès, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 31 October 2020  
Final Accepted: 30 November 2020  
Published: December 2020

##### Key words:-

Gestational Trophoblastic Disease,  
Hydatidiform Mole, Twin Pregnancy,  
Multiple Pregnancy

#### Abstract

Twin pregnancy involving a complete mole and a normal singleton pregnancy with its own healthy trophoblast is a rare entity. The most serious complication is the progression to gestational trophoblastic disease. Reporting the case of a 38-year-old pastry, G5P4, consultant for bleeding after pregnancy of 16 weeks not followed, whose pelvic ultrasound showed the appearance of an association of a complete hydatidiform mole and a normal singleton pregnancy. The patient had a spontaneous abortion 48 hours after her hospitalization. The anathomopathologic study confirmed the diagnosis of the association of a complete mole and a normal placenta. The evolution is marked by the non-evolution towards gestational trophoblastic disease.

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

#### Introduction:-

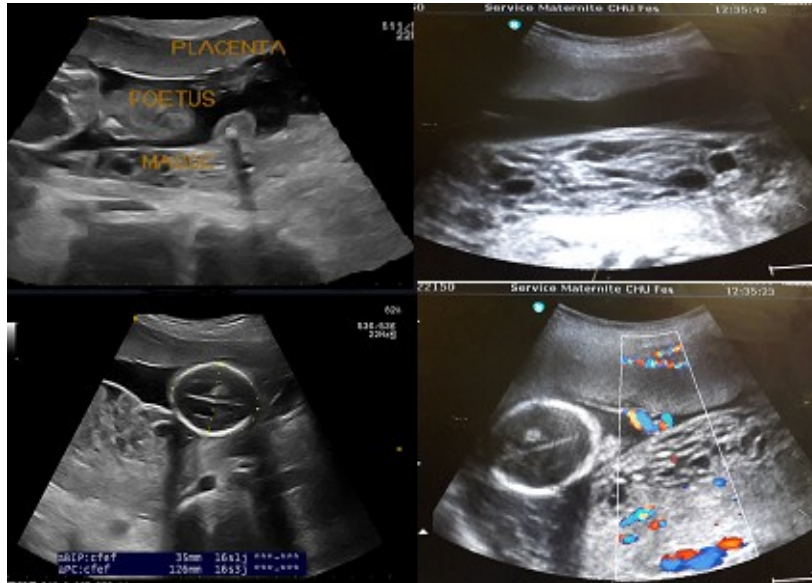
La grossesse gémellaire associant une môle complète et une grossesse singleton normale possédant son propre trophoblaste sain est une entité rare, avec une incidence estimée à 1 cas pour 20 000 à 100 000 grossesses [1-2]. La majorité des études montre que le pronostic d'une telle association comprend un risque un peu plus accru d'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle.

#### Observation:-

Nous rapportons le cas d'une patiente de 38 ans, G5P4: quatre enfants vivants issus d'accouchements par voie basse, sans antécédants pathologiques particuliers, admise dans un tableau de métrorragies avec un syndrome anémique sur une grossesse non suivie de 16 semaines d'aménorrhée. L'échographie pelviennemet en évidence un fœtus vivant de 16SA avec un placenta homogène normalement inséré et une masse associée dont l'aspect échographique évoquant une môle hydatiforme complète (figure 1). Le bilan biologique trouve un hémoglobine à 6g/dl, groupe A+, BHCG plasmatique à 170000 UI/L. La patiente était transfusée, L'évolution est marquée par l'expulsion spontanée dans 48H après son hospitalisation (figure 2) , L'examen du placenta et l'étude histologique ont confirmé le diagnostic de môle hydatiforme complète associée à un fœtus avec son placenta normal. L'évolution est marquée par la dégression de BHCG plasmatique jusqu'à négativation sur 08 semaines.

**Corresponding Author:- Fouzia El Hilali**

Address:- Service Gynecologie-Obstétrique 1 CHU Hassan II, Fès, Maroc.



**Figure 1** :- Aspect échographique montrant un fœtus vivant de 16SA et son placenta normalement inséré homogène, avec une masse associée faisant évoquer une môle hydatiforme complète sans signe d'invasion myométriale.



**Figure 2**:- Aspect macroscopique du fœtus expulsé avec son placenta et la môle hydatiforme.

### Discussion:-

La grossesse gémellaire avec coexistence d'un fœtus vivant et d'une grossesse molaire est un phénomène extrêmement rare. Cette association peut être classée en trois types principaux. La première est une grossesse gémellaire dans lequel un jumeau est diploïde avec un placenta normal (46 chromosomes, 23 maternel et 23 paternel) et l'autre jumeau est une môle hydatidiforme complète (46 chromosomes d'origine paternelle), comme le cas de notre patiente. Le deuxième est un fœtus triploïde singleton avec un placenta en môle hydatidiforme partielle (69 chromosomes, 23 maternels et 46 paternels) et le troisième est une grossesse gémellaire dans laquelle un fœtus est diploïde avec un placenta normal (46 chromosomes, 23 maternels et 23 paternels) et l'autre est triploïde avec placenta en môle hydatidiforme partielle (69 chromosomes, 23 maternelle et 46 paternelle) [3–4].

Selon Rohilla et al [10] environ 177 cas de grossesse gémellaire associant une môle complète et une grossesse singleton normale ont été décrits dans la littérature jusqu'à 2015 dont seulement 66 naissances vivantes. La prise en charge de ces grossesses est difficile, du fait des complications maternelles et fœtales associées telles que, les métrorragies, risque de survenue de pré éclampsie sévère précoce, retard de croissance intra utérin, accouchement

prématuré, rupture prématurée des membranes, placenta praevia, la mort fœtale, la thyrotoxicose, et le risque d'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle [5,7,9]. L'hémorragie prénatale est la complication la plus courante nécessitant une interruption de la grossesse [10].

L'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle reste la complication la plus redoutée, son incidence semble plus importante dans le cas d'association d'une môle hydatiforme complète avec une grossesse singleton normale selon la majorité des études publiées [2,5,6, 9] avec des taux variant entre 46 à 57%. Selon Lin et al [9] cette évolution vers la maladie trophoblastique gestationnelle semble significativement liée à un taux très élevé de BHCG plasmatique initial, et de complications associées nécessitant une interruption de la grossesse, par contre Sebire et al [2] a trouvé un taux similaire entre les môles hydatiformes simples 16% et les môles hydatiformes associées à une grossesse gémellaire 19%. Des échographies répétées permettent de suivre l'évolution du placenta molaire et d'évoquer une invasion myométriale au doppler couleur [8].

Les recommandations de prise en charge de ces grossesses ne sont pas encore codifiées. Selon la plupart des cas rapportés si le diagnostic est fait au premier trimestre une interruption de la grossesse est préférable. Si le diagnostic est fait plus tardivement une amniocentèse est proposée, et une interruption de la grossesse semble appropriée si découverte d'une malformation fœtale ou d'une anomalie du caryotype [13]. Certains auteurs suggèrent que la grossesse peut être menée à terme si le diagnostic est fait tardivement et en absence de complications [11] et que la probabilité d'obtenir une naissance vivante varie entre 16 et 60% [9, 12].

### **Conclusion:-**

La grossesse gémellaire associant une môle complète et une grossesse singleton normale est souvent associée à des complications imposant une interruption de la grossesse. La complication la plus redoutée est l'évolution vers la maladie trophoblastique gestationnelle. Une surveillance rapprochée de la dégression de BHCG plasmatique est recommandée.

### **Declaration d'intéret:**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### **Références:-**

1. L.O. Vejerslev, Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus, *Obstet. Gynecol. Surv.* 46 (1991) 577–588.
2. Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, Fisher RA et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet.* 2002; 359(9324): 2165–2166.
3. Piura, B., Rabinovich, A., Hershkovitz, R., Maor, E., Mazor, M., 2008. Twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and surviving co-existent fetus. *Arch. Gynecol. Obs.* 278, 377–382.
4. Matsui, H., Sekiya, S., Hando, T., Wake, N., Tomoda, Y., 2000. Hydatidiform mole coexistent with a twin live fetus: a national collaborative study in Japan. *Hum. Reprod.* 15, 608–611.
5. Anderson CK, Deiter RW, Motz MJ, Goldstein JA. Complete hydatidiform mole with a coexistent healthy, viable fetus near term : a case report. *J Reprod Med.* 1996; 41(1): 55–58.
6. Fishman DA, Padilla LA, Keh P et al. Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatidiform mole and normal fetus. *Obstet et Gynecol.* 1998; 91(4):546-50.
7. Steller MA, Genest DR et al. Natural history of twin with complete hydatidiform and coexisting fetus. *Obstet Gynecol.* 1994; 83(1):35-42.
8. Jauniaux E. Ultrasound diagnosis and follow-up of gestational trophoblastic disease. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1998; 11(5): 367–377.
9. Lin, L.H., Maestá, I., Braga, A., Sun, S.Y., Fushida, K., Francisco, R.P.V., Elias, K.M., Horowitz, N., Goldstein, D.P., Berkowitz, R.S., 2017. Multiple pregnancies with complete mole and coexisting normal fetus in North and South America: a retrospective multicenter cohort and literature review. *Gynecol. Oncol.* 145, 88–95.
10. Rohilla, M., Singh, P., Kaur, J., Jain, V., Gupta, N., 2015. Individualistic approach to the management of complete hydatidiform mole with coexisting live fetus. *Eur. J. Obstet. Gynecol.* 191, 39–42.

11. Bruchim I, Kidron D, Amiel A et al. Complete Hydatiform mole and coexistent viable fetus : report of two cases and review of literature. *Gynecologic oncology*. 2000; 77(1):197-202.
12. Massardier J, Golfier F, Journet D et al. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent fetus: Obstetrical and oncological outcomes in a series of 14 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 143(2): 84-87.
13. Block MF, Merrill JA: Hydatidiform mole with coexistent fetus. *Obstet Gynecol* 60:129–134, 1982.