



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/16564
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16564>



RESEARCH ARTICLE

MOLE EMBRYONNEE AVEC FŒTUS VIVANT: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ahlam Bassir, Bensabar Meryem, Aboubacar Sidiki Sidibe, Soukaina Elaziz and Abderraouf Soummani
Service de Gynécologie Obstétrique, Université Caddi Ayyad CHU Med VI, Marrakech, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 31 January 2023

Final Accepted: 28 February 2023

Published: March 2023

Key words:-

Môle Hydatiforme Partielle, Fœtus
Vivant, Caryotype Diploïde

Abstract

La môle hydatiforme partielle (MHP) appelée également môle embryonnée est une entité particulière des maladies trophoblastiques gestationnelles, elle correspond à un oeuf humain pathologique comportant des villosités en transformation vésiculaire, mais conservant une forme placentaire reconnaissable et une cavité amniotique avec un fœtus. La circonstance diagnostique la plus commune étant le tableau d'avortement spontané au premier trimestre. Rarement les môles partielles persistent au-delà du premier trimestre et sont alors source de complications maternelles et fœtales et de confusion diagnostique. L'origine génétique des MHP correspond à une conception triploïde avec un lot chromosomique supplémentaire d'origine paternelle. La coexistence d'un fœtus de caryotype normal avec une mole hydatiforme partielle est une situation exceptionnelle. Dans ce présent travail, nous rapportons un cas rare de grossesse molaire partielle avec fœtus vivant diploïde à 25 semaines d'aménorrhée (SA) chez une patiente de 19 ans diagnostiquée fortuitement devant des métrorragies du deuxième trimestre.

Copy Right, IJAR, 2023,. All rights reserved.

Introduction:-

La môle hydatiforme partielle ou mole embryonnée fait partie des maladies trophoblastiques gestationnelles, avec une incidence de 3 pour 1000 grossesses [1], à cet effet plus fréquent que la môle hydatiforme complète. Parmi ses facteurs de risque, seul l'âge maternel est clairement identifié [2, 3]. Elle correspond à une dégénérescence kystique focale du placenta associant un sac gestationnel reconnaissable et un foetus avec une sécrétion excessive de l'hormone choriogonadotrophine (HCG). L'origine génétique des MHP correspond à une conception triploïde avec un lot chromosomique supplémentaire d'origine paternelle [4]. La présence d'un fœtus vivant à caryotype normal est exceptionnelle survenant dans 0,005 à 0,01% de toutes les grossesses et le diagnostic dans ce cas est souvent difficile, surtout en l'absence de signes cliniques révélateurs [4, 5].

Dans ce présent travail, nous rapportons un cas rare de grossesse molaire partielle avec fœtus vivant diploïde à 25 semaines d'aménorrhée à caryotype normal.

Corresponding Author:- Ahlam Bassir

Address:- Service de Gynécologie Obstétrique, Université Caddi Ayyad CHU Med VI, Marrakech, Maroc.

Observation:-

Patiente de 19 ans, primigeste, sans antécédents particuliers, admise aux urgences pour des algies pelviennes aiguës associées à des métrorragies sur grossesse non suivie de 25 SA, aucune consultation prénatale ni échographie n'ont été réalisées.

A son admission : consciente, une tension artérielle à 180/110 mmHg, la protéinurie à la bandelette était positive à deux croix, avec des céphalées et brouillard visuel. L'examen obstétrical a retrouvé une hauteur utérine à 24 cm, avec des contractions utérines (CU) rapprochées et auscultation, des métrorragies. Une échographie réalisée en urgence a objectivé une grossesse monofoetale évolutive en présentation céphalique avec une biométrie de 25 SA et un aspect multivésiculaire du placenta (voir image 1)



Image 1:- Aspect multivésiculaire du placenta.

Le diagnostic de mole embryonnée était évoqué sur terrain de prééclampsie sévère. Aubilan, un taux d'hémoglobine à 7 g/L, le dosage de la β HCG revenu à 247.000 UI/L.

Une césarienne en urgence a été indiquée pour sauvetage maternel avec mise en condition rapide de la patiente. En per opératoire, l'utérus était augmenté de taille d'aspect gravide normal. Une incision utérine basse était pratiquée avec extraction d'un fœtus en état de mort apparente de morphologie normale (Image 2), de sexe féminin avec un poids de naissance à 600 g. Le fœtus est transféré en unité de soins intensifs néonatalogie. Le placenta était d'aspect vésiculaire pesant 2500 g (Image 3).



Image 2:- Aspect morphologique du fœtus post partum.

Le caryotype du nouveau-né revenu normal (46XX). L'examen anatomopathologique du placenta a confirmé le diagnostic d'une mole hydatiforme partielle. L'étude chromosomique du placenta a montré un caryotype triploïde 69 XXX.

En post opératoire ; la patiente était admise en réanimation pour complément de prise en charge de sa prééclampsie, hospitalisation durant laquelle elle a présenté un œdème aigu du poumon. Elle est sortie de la réanimation une semaine de son post partum. Le suivi ultérieur était sans complications. Le taux de β HCG a chuté rapidement. Le nouveau-né est décédé à J1 de vie par détresse respiratoire liée à la grande prématurité.



Image 3:- Aspect multivésiculaire du placenta.

Discussion:-

Les grossesses molaires sont dans la majorité des situations des conceptions non viables [6]. C'est un trouble de la conception, se caractérisant par une dégénérescence vésiculaire du placenta et le développement anormal du fœtus.

Ce sont des anomalies de la fécondation dispersée d'un ovocyte haploïde normal et qui produit un ensemble triploïde de chromosomes [7].

La coexistence d'un fœtus diploïde avec une mole hydatiforme complète est rare, au cours de laquelle le fœtus peut survivre à terme [5,8].

La dysplasie mésenchymateuse placentaire est une lésion vasculaire placentaire qui constitue un diagnostic différentiel rare avec la mole hydatiforme partielle qu'il ne faut pas méconnaître [10].

Le diagnostic précoce d'une mole hydatiforme partielle conduit dans la majorité des cas à une interruption de la grossesse d'une part du fait de la fréquence des triploïdies et d'autre part du fait du risque maternel et la possibilité d'évolution vers la maladie trophoblastique persistante ultérieurement [11, 12]. Une surveillance étroite de la mère et du fœtus peut aider à atteindre un résultat favorable, et l'évacuation de la grossesse n'est requise que dans les cas des anomalies fœtales ou une détérioration de l'état maternel [13]. Plusieurs facteurs peuvent affecter l'issue du fœtus en cas de grossesse molaire partielle. Ceux-ci incluent le caryotype fœtal, la taille du placenta anormal, la vitesse de la dégénérescence molaire et l'apparition d'une anémie fœtale [14].

Une association significative avec le retard de croissance intra-utérin et l'accouchement prématuré est observée chez ces fœtus [9].

Conclusion:-

La coexistence d'une môle partielle et d'un fœtus vivant présente un risque élevé d'issue périnatale défavorable et de prééclampsie.

Les grossesses molaires partielles avec foetus diploïde restent une pathologie qui prête à confusion du fait de l'absence souvent d'arguments cliniques en faveur du diagnostic, d'où l'importance de rapporter des cas afin d'accumuler des preuves suffisantes concernant l'évolution naturelle de cette pathologie.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge de la patiente et à la rédaction de manuscrit. Les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références:-

1. Jacobs PA, Hunt PA, Matsuura JS, Wilson CC, Szulman AE. Complete and partial hydatidiform mole in Hawaii : cytogenetics, morphology and epidemiology. *Br J ObstetGynaecol.* 1982 Apr; 89(4):258-66. PubMed | Google Scholar
2. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Épidémiologie et étiologie des maladies trophoblastiques gestationnelles. *Lancet Oncol.* 2003 Nov;4(11):670-8. PubMed
3. Garner EI, Goldstein DP, Feltmate CM, Berkowitz RS. Maladie trophoblastique gestationnelle. *Clin ObstetGynecol.* 2007 Mar; 50(1):112-22. PubMed
4. Singh S, Swain S, Das L, Das PC. Partial molar pregnancy associated with a normal appearing fetus: a case report and review of the literature. *Int J ReprodContraceptObstetGynecol.* 2017; 6: 2681-2683.
5. Ara R, Begum J, Kasem SB, Hoque S, Nargis SF. Partial Hydatidiform Mole with Alive Term IUGR Foetus. *J Bangladesh Coll Phys Surg.* 2016; 34(3): 164-167. Google Scholar
6. Smith HO, Kohorn E, Cole LA. Choriocarcinome et maladie trophoblastique gestationnelle. *ObstetGynecolClin North Am.* 2005; 32(4): 661-84. PubMed | Google Scholar
7. Vaisbuch E, Ben-Arie A, Dgani R, Perlman S, Sokolovsky N, Hagay Z. Twin pregnancy consisting of a complete hydatidiform mole and co-existent fetus: report of two cases and review of literature. *GynecolOncol.* 2005;98(1):19-23. PubMed | Google Scholar
8. Deveer R, Ustun YE, Eryilmaz OG, Akbaba E, Deveer M. Molar pregnancy with a live fetus. *J Clin Anal Med.* 2015; 6: 88-90. Google Scholar
9. Vejerslev LO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. *ObstetGynecolSurv.* 1991;46(9):577-88. <https://doi.org/10.1097/00006254-199109000-00001>.
10. Moscoso G, Jauniaux E, Hustin J. Placental vascular anomaly with diffuse mesenchymal stem villous hyperplasia: a new clinico-pathological entity. *Pathol Res Pract.* 1991; 187(2-3): 324-328. PubMed | Google Scholar
11. Rathod S, Rani R, John LB, Samal SK. Successful outcome of twin gestation with partial mole and co-existing live fetus: a case report. *J ClinDiag Res.* 2015; 9(8): QD01-QD02. Google Scholar .
12. Koregol M, Bellad M, Malapati C. Partial hydatidiform mole with a live fetus: a rare entity. *J South Asian FederObste Gynae.* 2009; 1(3): 77-79. PubMed | Google Scholar .
13. Ramani B, Patel O, Behera SK, Pradhan S, Panda SR. Living fetus without congenital malformation in a singleton partial hydatidiform molar pregnancy: a case report and review of the literature. *Int J ReprodContraceptObstetGynecol.* 2014; 3(4): 1130-1133. Google Scholar .
14. Hsieh CC, Hsieh TT, Hsueh C, Kuo DM, Lo LM, Hung TH. Delivery of a severely anemic fetus after partial molar pregnancy: clinical and ultrasonographic findings. *Hum Reprod.* 1999;14(4): 1122-1126. PubMed | Google.