

GROSSESSE MOLAIRE PARTIELLE À 28 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE ASSOCIÉE A UN PLACENTA PRÆVIA HÉMORRAGIQUE : PLACE DE L'ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE DANS LE DIAGNOSTIC ET DÉCISION THÉRAPEUTIQUE AU CHU GABRIEL TOURÉ DE BAMAKO (MALI)

S. FANÉ, Y. TRAORÉ, A. BOCOUM, C. SYLLA, N. SIMPARA, O.S. TRAORÉ, A. SISSOKO, I. KANTÉ, S.A. SANOGO, A. ADIAWIAKOYE, I. TEGUETÉ, N. MOUNKORO.

RESUME

L'objectif de ce travail était d'évaluer la place de l'échographie obstétricale dans le diagnostic et la prise en charge de la grossesse molaire partielle associée à un placenta prævia à travers un cas clinique rencontré au Centre Hospitalier Gabriel Touré à Bamako (Mali).

Il s'agissait d'une patiente jeune âgée de 27 ans, ménagère avec notion mariage consanguin, non scolarisée, résidant en milieu rural, adressée par un hôpital de district pour prééclampsie sévère sur grossesse non à terme. L'examen physique à l'admission a permis de trouver un état général passable avec des conjonctives pâles, des sueurs froides, une pression artérielle à 160/110 mm hg, un pouls à 100 pulsations/min. La hauteur utérine a été mesurée à 30 cm, les bruits du cœur fœtal perçus à 140 battements par minute au stéthoscope de Pinard, et la vulve d'aspect propre. Au toucher vaginal prudent nous avons perçu à travers le segment inférieur une masse molasse évoquant le placenta. La numération formule sanguine permis d'objectiver à l'admission une anémie sévère à 6g/dl, un taux de plaquettes normal, un taux de prothrombine à 69%, un taux de la β HCG à 11.9116 mIU/mL. L'examen échographique révélait sur une coupe sagittale une grossesse évolutive de 28 SA avec un placenta ayant en partie un aspect molaire et une zone normale en position prævia. Le diagnostic de grossesse molaire partielle associée à un placenta prævia et de prééclampsie a été posé. L'examen anatomopathologique du placenta a confirmé une môle hydatiforme partielle. La môle hydatiforme partielle associée à un placenta prævia est forme rare de maladie trophoblastique gestationnelle.

Mots-clés : Grossesse molaire partielle ; Placenta prævia ; Césarienne

INTRODUCTION

La môle hydatiforme partielle (MHP) fait partie des maladies trophoblastiques gestationnelles. Elle est peu fréquente, avec une incidence de 3 pour 1000 grossesses [1]. Lorsque le processus dégénératif reste limité au 1/3 ou 2/3 du placenta il s'agit d'une

Tirés à part : Dr Fané Seydou. CHU Gabriel TOURE
0022376414725
Email : seydoufane@yahoo.fr
Pr Traoré Yousouf drtraorey@yahoo.fr

SUMMARY

Partial molar pregnancy at 28 weeks of amenorrhea associated with hemorrhagic placenta previa: place of obstetric ultrasound in diagnosis and therapeutic decision at the Gabriel Toure University Hospital in Bamako (Mali).

The objective of this work was to evaluate the place of obstetric ultrasound in the diagnosis and management of partial molar pregnancy associated with placenta previa through a clinical case encountered at the Gabriel Touré Hospital Center in Bamako (Mali).

It was a young patient aged 27 years, a housewife with the concept of consanguineous marriage, not in school, residing in a rural area, referred by a district hospital for severe preeclampsia in a non-term pregnancy. The physical examination on admission revealed a fair general condition with pale conjunctivas, cold sweats, blood pressure at 160/110 mm hg, pulse at 100 beats/min. The uterine height was measured at 30 cm, the fetal heart sounds perceived at 140 beats per minute with the Pinard stethoscope, and the vulva appeared clean. On careful vaginal examination, we perceived a soft mass evoking the placenta through the lower segment. The blood count revealed severe anemia at 6 g/dl on admission, a normal platelet level, a prothrombin level of 69%, and a β HCG level of 11.9116 mIU/mL. Ultrasound examination revealed on a sagittal section an active pregnancy of 28 weeks with a placenta partly having a molar appearance and a normal zone in previa position. The diagnosis of partial molar pregnancy associated with placenta previa and preeclampsia was made. Pathological examination of the placenta confirmed a partial hydatidiform mole. Partial hydatidiform mole associated with placenta previa is a rare form of gestational trophoblastic disease.

Keywords: Partial molar pregnancy; Placenta previa; Caesarean section

partielle, parfois embryonnée [2]. Elle se caractérise alors par une dégénérescence hydropique focale du placenta associant un sac gestationnel reconnaissable et un fœtus avec une sécrétion excessive de l'hormone choriogonadotrophine (HCG). Le seul facteur de risque qui a été clairement identifié est l'âge maternel [3]. L'origine génétique des MHP correspond à une

FANÉ S., TRAORÉ Y., BOCOUM A., SYLLA C., SIMPARA N., TRAORÉ O.S., SISSOKO A., KANTÉ I., SANOGO S.A., ADIAWIAKOYE A., TEGUETÉ I., MOUNKORO N.. Grossesse molaire partielle à 28 semaines d'aménorrhée associée à un placenta prævia hémorragique : place de l'échographie obstétricale dans le diagnostic et décision thérapeutique au CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali). Journal de la SAGO, 2023, vol.24, n°1, p.52-55.

conception triploïde avec un lot chromosomique supplémentaire d'origine paternelle [4]. L'association d'un fœtus vivant avec un caryotype normal est une situation très rare 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]. Au Mali des travaux ont été menés sur les maladies trophoblastiques gestationnelles de façon générale mais peu d'études ont rapporté une grossesse molaire partielle associée à un placenta prævia.

L'objectif de ce travail était d'évaluer la place de l'échographie obstétricale dans le diagnostic et la prise en charge de la grossesse molaire partielle associée à un placenta prævia.

I. OBSERVATION

Cette observation a été faite dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré de Bamako qui est une structure de niveau III accueillant les urgences obstétricales et gynécologiques de la zone urbaine et périurbaine de Bamako.

Il s'agissait de Madame KM, patiente âgée de 27 ans, malinké, ménagère, avec notion mariage consanguin, non scolarisée, résidant en milieu rural, mariée à un cultivateur ayant un niveau d'études primaire.

La patiente a été adressée par l'hôpital de district de la commune IV pour prééclampsie sévère sur grossesse non à terme.

Il n'est pas relevé d'antécédents familiaux ; l'étude des antécédents médicaux et chirurgicaux ne révèle pas de particularité. An plan gynécologique, la date des ménarches est inconnue, le cycle menstruel. Au plan obstétrical, il s'agit d'une 6ème geste, 5ème pare ayant accouché par voie basse de quatre enfants vivants, et d'un mort-né.

A l'interrogatoire, la date des dernières règles était inconnue ; aucune consultation prénatale (CPN) n'a été faite. Elle présentait des métrorragies faites de sang rouge vif d'abondance croissante depuis 24 heures, et des vertiges. Sa grossesse a été estimée à 7 mois d'aménorrhée. La protéinurie était positive à 3 croix.

L'examen clinique permet de retrouver un état général passable avec des conjonctives pâles et des sueurs froides, une pression artérielle à 160/110 mm hg, un pouls à 100 pulsations/min, une fréquence respiratoire à 16 cycles/min. Elle n'avait pas d'ictère et sa conscience était bonne. La température était à 37°C. L'utérus était à grand axe longitudinal, la hauteur utérine mesurée à 30 cm, avec la présence de bruits du cœur fœtal (BCF) à 140 battements au stéthoscope de Pinard, et une vulve propre. Au toucher vaginal prudent, nous avons perçu à travers le segment inférieur une masse molasse évoquant le placenta. Le col était postérieur, court, ouvert à 2 cm, les membranes intactes, la présentation de nature céphalique, avec un saignement abondant faite de sang rouge vif mêlé à des caillots.

Sur le plan biologique, la numération formule sanguine permet d'objectiver à l'admission une anémie sévère à 6g/dl, un taux de plaquettes normal, un taux de prothrombine à 69%, et un taux de la β HCG à 119.116mUI/mL.

Une échographie réalisée en urgence a permis d'objectiver une grossesse évolutive en présentation céphalique avec une biométrie estimant le terme à 28 semaines d'aménorrhée (SA) et un placenta hypertrophié bas inséré sur le segment inférieur. Le placenta recouvrait en totalité l'orifice interne du col et d'aspect vésiculaire. Cet examen échographique a été effectué avec un appareil Winno 52Hz avec Doppler couleur muni d'une sonde sectorielle courbe de 3,5 Mhz. Sur cette coupe sagittale nous avons objectivé une grossesse estimée à 28 SA avec un placenta ayant une partie molaire et une partie normale en position prævia. Ces aspects échographiques sont montrés sur la figure 1.



Figure 1 : Aspects échographiques montrant le placenta partiellement molaire (A) et la zone normale en position prævia (B)

Devant ce tableau, nous avons retenu le diagnostic de grossesse molaire partielle associée à un placenta prævia et une prééclampsie. L'examen anatomopathologique du placenta a permis de retrouver une môle hydatiforme partielle.

La patiente a été admise et une césarienne effectuée en urgence pour sauvetage maternel. Elle a été réalisée sous anesthésie générale. En per opératoire, l'utérus était augmenté de taille d'aspect gravide. Une incision segmentaire était pratiquée avec extraction d'un fœtus mort-né frais de morphologie normale, de sexe masculin pesant 715 grammes, avec une taille 35 cm, un périmètre crânien 25 cm, et un périmètre thoracique 20 cm. Le placenta était segmento-corporéal pesant 1500 grammes avec une partie porteuse de villosités kystiques et l'autre partie d'aspect normal (figure 2). Les pertes sanguines étaient estimées à 1200 ml.

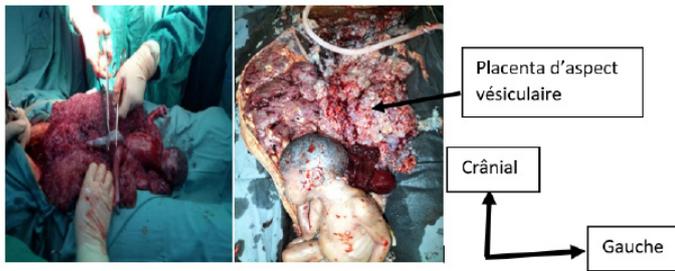


Figure 2 : Vue opératoire mettant en évidence l'aspect partiellement vésiculaire du placenta

Le caryotype du mort-né n'a pas été réalisé. L'examen anatomopathologique du placenta a confirmé le diagnostic d'une môle hydatiforme partielle. En post opératoire la patiente a présenté une anémie sévère. La patiente a reçu 3 unités de 250 ml de sang iso groupe iso Rhésus. Le suivi de l'évolution du taux de Bêta HCG par dosages bi - hebdomadaires a montré une décroissance régulière.

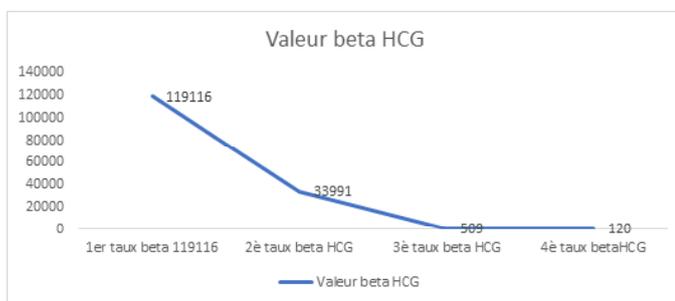


Figure 3 : Evolution du taux de Bêta HCG

II. DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

La grossesse molaire partielle associée à un placenta prævia est une forme atypique de la mole complète. Dans ses manifestations cliniques, elle est plus tardive. L'incidence de la MHP était 1/3000 grossesses [1]. Une des 4 patientes (25 %) a développé dans les suites une maladie trophoblastique persistante. Dans la littérature, une maladie trophoblastique persistante, compliquant une grossesse gémellaire molaire associant une môle complète à un fœtus sain, survient dans 41,2 % des cas [7,8,9,10,11]. Le taux de survenue d'une maladie trophoblastique persistante semble plus important en cas de grossesse gémellaire molaire associant une môle complète à un fœtus sain qu'en cas de môle hydatiforme complète sur grossesse unique. Selon les études de Klatt et Matsui [12,13], ce risque, statistiquement significatif, serait 4 fois plus important (13 % versus 47 % ; $p < 0,01$). Il pourrait être lié à un comportement biologiquement plus agressif des anomalies placentaires dans le cas des grossesses gémellaires molaires [1] et à un taux de hCG plus élevé avant interruption de la grossesse en cas de grossesse gémellaire [14].

Aspects échographiques (MHP)

Le diagnostic positif de la môle hydatiforme partielle est évoqué à l'échographie montrant une masse placentaire hétérogène associée à un fœtus sain ou un placenta une partie d'aspect molaire et l'autre partie d'aspect normal [1, 15]. Dans notre cas le diagnostic a été tardif à 28 SA. Le diagnostic anténatal précoce est recommandé pour poser le diagnostic de MHP. Aussi l'échographie a permis de faire le diagnostic anténatal du placenta prævia. L'importance de la surface placentaire expliquerait son débord sur le segment inférieur. Cependant le diagnostic de certitude est posé à l'histologie. Les complications maternelles sont variables d'un cas à un autre et dans 2 pays. Dans notre étude les métrorragies secondaires au placenta prævia et la prééclampsie étaient présentes. Ceci corrobore avec l'étude de Marcillac [1]. Nous n'avons pas eu de signe d'hyperthyroïdie et de Kystes ovariens. L'évolution de la bêta HCG après la césarienne évoque une guérison retardée comme indiquée dans la figure 3. Les suites de couches post césariennes ont été normales. Dans notre la mère était vivante et bien portante. Nous avons enregistré un mort-né frais. Une revue de la littérature a permis de retrouver des morbidités qui ont été consignées dans le tableau I.

Tableau I : Morbidité maternelle lié à la MHP

Références	Effectif	Kyste ovarien	Métrorragie	Hyperthyroïdie	Prééclampsie
Toumi [15]	1	0	Oui	0	oui
Massardier [14]	14	-	3/14 (21,4)	4/14 (28,6)	
Matsu [13]	18	-	3/18 (16,7)	-	5/18 (27,8)
Marcillac [15]	4	9/34 (26,5)	4/4 (100)	2/4 (50)	3/4 (75)
Notre étude	1	0	1	0	1

Prise en charge et pronostic

La coexistence d'un fœtus diploïde avec une MHP est une situation extrêmement rare au cours de laquelle le fœtus peut survivre à terme [1, 2, 15]. Devant cette association, le diagnostic différentiel principal étant une grossesse gémellaire avec un fœtus diploïde. Le diagnostic précoce d'une MHP 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 [1,15]. 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 [15]. 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 ou autres complications obstétricales telle que la prématurité [1,15]. Les grossesses molaires partielles sont classées dans les maladies trophoblastiques gestationnelles,

Il s'agit d'une anomalie de la conception, qui se manifeste par une croissance excessive du placenta et l'absence d'un développement fœtal normal. Ces anomalies dérivent généralement de la fécondation dispersée d'un ovocyte haploïde normal et produit un ensemble triploïde de chromosomes [15]. En présence d'une triploïdie, le fœtus ne peut pas survivre après la naissance en raison des malformations multiples et du retard de croissance intra-utérin sévère secondaire à la circulation placentaire affectée. Dans notre cas nous avons eu un mort-né frais.

CONCLUSION

La môle hydatiforme partielle associée à un placenta prævia est une forme rare de maladie trophoblastique gestationnelle. Malgré la connaissance parfaite des mécanismes physiopathologiques des anomalies chromosomiques lors des grossesses molaïres, la forme partielle avec fœtus diploïde reste une pathologie qui prête à confusion du fait de l'absence souvent d'arguments cliniques en faveur du diagnostic. Une grande vigilance est nécessaire afin de les suspecter précocement pour réaliser un diagnostic anténatal permettant une prise en charge optimale.

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

REFERENCES

1. **Marcillac F, Akladios CY, Hui-bon-hoa I, Fritz G, Nisand I, Langer B.** Les grossesses gémellaires molaïres associant une môle complète à un fœtus sain à partir de 4 cas et d'une revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*; 2015; 1147: 1- 8; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.12.001>
2. **Merger R, Ley J, Melchior J.** Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson Paris Milan Barcelone ; 1997 : 282-86, 597p
3. **Jacobs PA, Hunt PA, Matsuura JS, Wilson CC, Szulman AE.** Complete and partial hydatidiform mole in Hawaii : cytogenetics, morphology and epidemiology. *Br J Obstet Gynaecol.* 1982 Apr; 89(4):258-66. PubMed | Google Scholar.
4. **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
5. **Garner EI, Goldstein DP, Feltmate CM, Berkowitz RS.** Maladie trophoblastique gestationnelle. *Clin Obstet Gynecol.* 2007 Mar ; 50(1) :112-22.
6. **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 Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017; 6 : 2681-2683.
7. **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.
8. **Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS.** Gestational trophoblastic disease. *Lancet* 2010 ;376 :717-29.
9. **Piura B, Rabinovich A, Hershkovitz R, Maor E, Mazor M.** Twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and surviving co-existent fetus. *Arch Gynecol Obstet* 2008 ;278 :377- 82.
10. **Wee L, Jauniaux E.** Prenatal diagnosis and management of twin pregnancies complicated by a co-existing molar pregnancy. *Prenat Diagn* 2005 ;25 :772-6.
11. **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. *Gynecol Oncol* 2005; 98:19-23.
12. **Klatt TE, Franciosi RA, Cruikshank DP.** Normal fetus with a twin presenting as both a complete hydatidiform mole and placenta previa. *Obstet Gynecol* 2006 ;107 :527-30.
13. **Matsui H, Sekiya S, Hando T, Wake N, Tomoda Y.** Hydatidiform mole coexistent with a twin live fetus: a national collaborative study in Japan. *Hum Reprod* 2000 ;15 : 608-11.
14. **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 outcomes in a series of 14 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009 ;143 :84-7.
15. **Toumi D, Hajji A, Mbarki W, Kraiem S, Bouchahda H.** Grossesse molaïre partielle avec fœtus diploïde vivant : à propos d'un cas et revue de la littérature, Case report ; 2020 ;90(36) : 1 - 4 [10.11604/pamj.2020.36.90.23592](https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.90.23592), (ISSN : 1937-8688)