



Cas Clinique

Grossesse molaire hydatiforme partielle invasive avec métastases pulmonaires et vaginales :

À propos d'un cas

Invasive partial hydatiform molar pregnancy with pulmonary and vaginal metastases: A case report

Hamidou Soumana Diaouga¹, Maimouna
Chaibou Yacouba¹, Rahamatou Madeleine
Garba², Maina Oumara³, Houegbelo
Laurent Lazare⁴, Nafiou Idi⁵, Madi Nayama¹

Auteur correspondant

Hamidou Soumana Diaouga

Courriel : hamidousoumana21@gmail.com

Summary

Partial hydatidiform molar pregnancy is a product of conception with molar villi surrounding an amniotic cavity with an embryo. It has 69 chromosomes (most often XXY, XXX, XYY) and correspond to the triploid syndrome (embryonic mole). For several years, the partial hydatidiform molar pregnancy has been considered a benign entity that does not require strict monitoring like that of the complete molar pregnancy, but the appearance of cases of transformation of the partial hydatiform mole into an invasive molar pregnancy or choriocarcinoma questioned this strategy. From these facts the treatment and monitoring of partial molar pregnancy must be carried out with the same rigor as for the complete molar pregnancy. We report a case of invasive partial molar pregnancy with pulmonary and vaginal metastases.

Keywords: Partial hydatidiform molar pregnancy, Pulmonary metastasis, Vaginal metastasis, Choriocarcinoma

1. Service de gynécologie obstétrique ; Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger
2. Service de gynécologie obstétrique ; Hôpital de l'amitié Niger-Turquie de Niamey, Niger
3. Service d'Assistance Médicale à la Procréation ; Hôpital Général de Référence, Niamey, Niger
4. Service de gynécologie ; Centre de santé de la mère et de l'enfant de Tahoua, Niger
5. Service de gynécologie obstétrique ; Maternité du Centre Hospitalier Régional de Niamey, Niger

Received January 1st, 2023, Accepted July 11th, 2023

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i4.14>

Résumé

La grossesse molaire hydatiforme partielle désigne un produit de conception avec des villosités molaires entourant une cavité amniotique pourvue d'un embryon. Elle comporte 69 chromosomes (le plus souvent XXY, XXX, XYY) et correspondent au syndrome triploïde (môle embryonnée). Depuis plusieurs années, la grossesse molaire hydatiforme partielle a été considérée comme une entité bénigne qui ne nécessite pas une surveillance stricte comme celle de la grossesse molaire complète, mais l'apparition des cas de transformation de la grossesse molaire partielle en une grossesse molaire invasive ou choriocarcinome ; a remis en question cette stratégie. De ces faits le traitement et la surveillance des môles partielles doivent être conduit avec la même rigueur que pour la grossesse molaire complète. Nous rapportons un cas de grossesse molaire partielle invasive avec métastases pulmonaires et vaginales.

Mots-clés : Grossesse molaire hydatiforme partielle, Métastases pulmonaires, Métastases vaginales, Choriocarcinome

Reçu le 1 janvier 2023

Accepté le 11 juillet 2023

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i4.14>

BP : 10813. Téléphone: +227 97 82 35 80

Département de Gynécologie obstétrique, Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger

Introduction

La grossesse molaire partielle, embryonnée, (du latin moles : masse) désignait un produit de conception avec des villosités molaires entourant une cavité amniotique pourvue d'un embryon. Actuellement, elle est séparée nosologiquement de la grossesse molaire hydatiforme complète (1, 2). Depuis plusieurs années, la grossesse molaire hydatiforme partielle (MHP) a été considérée comme une entité bénigne qui ne nécessite pas une surveillance stricte comme celle de la grossesse molaire complète (MC), mais l'apparition des cas de transformation de la grossesse molaire partielle en une grossesse molaire invasive ou choriocarcinome ; a remis en question cette stratégie (2). En Effet des grossesses molaires partielles invasives ainsi que des choriocarcinomes après une MHP ont été rapportées dans moins de 3% des cas (2, 3). Nous rapportons un cas rare de grossesse molaire partielle invasive avec métastases pulmonaires et vaginales chez une patiente de 23 ans. L'objectif était de discuter des aspects diagnostics, thérapeutiques et pronostiques de cette pathologie dans un centre à ressources limitées.

Observation clinique

Il s'agissait d'une primigeste de 23 ans, sans antécédents pathologiques particuliers personnels ou familiaux connus. Elle était admise dans notre service pour métrorragie évoluant depuis six mois. Elle avait rapporté une expulsion d'un fœtus accompagner de vésicules évoquant une grossesse molaire hydatiforme partielle trois mois avant son admission. L'évolution fut marquée par la survenue des vomissements, asthénie et des douleurs pelviennes intenses. Ce qui l'amenait à consulter après un mois d'automédication sans amélioration. **A l'examen physique on notait un état général conservé ; les conjonctives et muqueuses pâles, pression artérielle à 110/80 mmHg, température à 36,7°. A l'examen obstétrical l'utérus était globuleux. Au spéculum le col était violacé avec un saignement minime noirâtre provenant de l'endocol et une lésion brunâtre charnue, régulière lisse et indurée de 3cm au niveau de la paroi latérale droite du vagin. Le toucher vaginal trouve un utérus mou et globuleux avec perception d'une masse indurée de la paroi latérale**

droite du vagin. Le doigtier ramenait du sang noirâtre de faible abondance. Aux examens complémentaires, l'hémogramme objectivait une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine à 6g/dl, le taux des bêta HCG plasmatique était à 134.180,97 mUI/mL. Les bilans rénal et hépatique étaient normaux. L'échographie pelvienne objectivait la présence d'une image endo-utérine hétérogène faisant 9,8cm x 7,02cm de diamètre, infiltrant le myomètre (Figure 1).



Figure 1. Echographie pelvienne : aspect échographique de la môle partielle invasive ; image hyperéchogène hétérogène intra-cavitaire envahissant le myomètre.

La patiente a bénéficié d'une aspiration prudente sous couverture antibiotiques et utéro-toniques. L'examen histologique du produit aspiré objectivait une môle hydatiforme partielle. L'étude chromosomique du produit n'a pas été réalisée. Ainsi donc le diagnostic d'une grossesse molaire partielle invasive était retenu. Le bilan d'extension à savoir la radiographie thoracique a révélé de multiples opacités nodulaires intra parenchymateuses diffuses aux deux champs pulmonaires en rapport avec une localisation secondaire (Figure 2).



Figure 2. Radiographie thoracique montrant des opacités nodulaires intra parenchymateuses pulmonaire en rapport avec une localisation secondaire de la grossesse molaire partielle.

L'échographie abdominale était normale. Notre patiente a été classée à haut risque (score=10 de FIGO). La patiente a fait l'objet des transfusions des culots globulaires et d'une supplémentation en fer pour la prise en charge de l'anémie. L'évacuation de la patiente au centre national de traitement du cancer situé à 2000km pour une polychimiothérapie à type d'EMA-CO était proposé. Malheureusement, la patiente et ses parents se sont opposés à la poursuite du traitement et sont sortis de la maternité contre avis médical. Par la suite la patiente était perdue de vue. La patiente a donné son consentement volontaire pour la publication de son cas.

Discussion

La prévalence de la MHP est de 3 pour 1000 grossesses (4). La grossesse molaire partielle se singularise par un arrêt du développement à différentes phases de la grossesse, c'est-à-dire de l'œuf microscopique à la môle embryonnée (2, 5). Dans notre cas, il s'agissait d'un avortement molaire partielle incomplet avec évolution vers la môle invasive et métastatique en six mois. La MHP résulte d'un mélange de vésicules molaïres et de villosités placentaires normales avec un tissu embryonnaire reconnaissable, elle est presque toujours triploïde (6). La clinique est dominée par les avortements spontanés ou des métrorragies prolongées comme dans notre cas. Le diagnostic de la MHP est d'abord porté à l'examen macroscopique du produit de conception ou du placenta montrant la présence des vésicules et confirmé par l'examen anatomopathologique et le caryotype (1-2). Le diagnostic de grossesse molaire

invasive est porté lorsque des villosités molaïres sont suspectées soit dans le myomètre ; comme le cas de notre patiente ; soit sur une hyperéchogénicité par examen échographique transvaginal ou en raison d'une hypervascularisation focale au doppler couleur, soit en dehors de l'utérus ; et/ou lorsque le taux des bêta hCG est anormalement persistant ou en réascension après une grossesse molaire, sans môle résiduelle dans la cavité utérine (2,7). Sur le plan obstétrical l'évolution de la grossesse molaire partielle est bénigne dans 97% des cas mais peut se faire vers une maladie trophoblastique persistante dans 3 % des cas (1-2). Seck *et al.*, trouvait dans leur étude 0,5% de choriocarcinome compliquant une MHP (3). Dans la série de Philippe *et al*, quinze patientes ont développé une tumeur trophoblastique nécessitant une chimiothérapie à la suite d'une MHP (7). Xi Zhou et al ont rapporté un cas de transformation invasive d'une grossesse molaire partielle suite à une fécondation in vitro (2, 8). De ces faits les MHP peuvent se transformer en tumeur trophoblastique persistante et donner des métastases à distance. Dans notre cas la patiente présentait des métastases pulmonaires et vaginales. Sur le plan thérapeutique ; le traitement de la grossesse molaire consiste en l'évacuation utérine par voie basse. La méthode de choix est une aspiration endo-utérine écho-guidée avec prévention des hémorragies utérines par administration concomitante des utéro-toniques (2,7). En cas d'envahissement localisé à l'utérus une hystérectomie totale peut être pratiquée ; suivie de la surveillance du taux d'hCG. En l'absence d'hystérectomie, une chimiothérapie sera instaurée selon le niveau de risque établis par la classification pronostique des tumeurs trophoblastiques gestationnelles d'après la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens (FIGO) 2000. Notre patiente été classée à haut risque et une polychimiothérapie associant étoposide méthotrexate actinomycine, cyclophosphamide et vincristine (EMA-CO) était proposée. La polychimiothérapie pourrait réduire de 40 à 11% les môles hydatiformes à haut risque (2,7). L'évolution est en générale favorable après une chimiothérapie, avec une nette diminution des taux de récurrence. Cependant dans notre cas ; le refus de l'évacuation sanitaire et le fait que la patiente soit perdue de vue ne nous a pas permis d'apprécier le pronostic. En effet la chimiothérapie n'est pas disponible dans notre centre. Les patientes devraient être évacuée au centre national de traitement du cancer. Concernant la surveillance



post molaire, elle se fait par dosage hebdomadaire de bêta-hCG plasmatique. Lorsque le taux de bêta-hCG est normal pendant 3 semaines consécutives, le contrôle sérique devient mensuel pendant 12 mois, au cours desquels une contraception stricte est instaurée.

Conclusion

La grossesse molaire partielle constitue une grossesse à haut risque pouvant menacer le pronostic materno-fœtal. Elle prête à confusion du fait de l'absence souvent d'arguments cliniques en faveur du diagnostic. Il est maintenant clair que les MHP peuvent se transformer en tumeur trophoblastique persistante et donner des métastases à distance. Le traitement et la surveillance des grossesses molaire partielles doivent être conduits avec la même rigueur que pour la grossesse molaire complète. L'accent doit être mis sur l'amélioration du plateau technique et de la couverture sanitaire dans régions en développements.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

1. Philippe E, Boue JG, Boue A. Les maladies trophoblastiques gestationnelles : Syndrome triploïde, hyperplasie trophoblastique périvilleuse, pseudo-tumeur trophoblastique, microcarcinome et carcinome trophoblastique. *Ann Anat Pathol.* 1980 ; **25** (1) : 13-38.
2. I Lazrak, H Ihssane, M. A Babahabib, J Kouach, M Reda El Ochi, M D Moussaoui *et al.* Môle hydatiforme partielle invasive et métastatique : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal.* 2014 ; **19** :175 doi :10.11604/pamj.2014.19.175.5487.
3. Seckl MJ, Fisher RA, Salerno G, Rees H, Paradinas FJ, Foskett M, Newlands ES. Choriocarcinoma and partial hydatidiform moles. *Lancet.* 2000; **356** (9223): 36-39.
4. 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) :258-266.
5. Djeraba M, Zemmouchi M, Sait S, Cherfi A, Laribi S, Ms Oukid. Môle hydatiforme partielle compliquée de pré-eclampsie sévère. *Journal de la Faculté de Médecine de Blida ; Périodique semestrielle/No 5 Avril 2019.*
6. McFadden DE, Pantzar JT, Langlois J. Parental Origin and Phenotype of Triploidy in Spontaneous Abortions: Predominance of Diandry and Association with the Partial Hydatidiform Mole. *Mod Pathol.* 2000 ; **66** (6) :1807-1820.
7. Philippe E. Les maladies trophoblastiques gestationnelles. *Ann Pathol.* 1994 ; **14** (1) :11-14.
8. Xi Zhou, Yongli Chen, Yongmei Li and Zhao Duan. Partial hydatidiform mole progression into invasive mole with lung metastasis following in vitro fertilization. *Oncol Lett.* 2012 ; **3** (3) : 659-661.



Voici comment citer cet article : Diaouga HS, Yacouba MC, Garba RM, Oumara M, Lazare HL, Idi N, *et al.* Grossesse molaire hydatiforme partielle invasive avec métastases pulmonaires et vaginales : à propos d'un cas. *Ann Afr Med* 2023; **16** (4): e5402-e5408. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i4.14>