Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Cas clinique

Grossesse gémellaire associant une grossesse molaire et un fœtus vivant : à propos de deux cas au Centre de Sante de Reference de Kolokani, Mali

Gemellaar pregnancy associating molar pregnancy and a living fetus: about two cases at the Kolokani Reference Health Center, Mali

R Haidara*[1], S Keita[2], A Konaté[3], A Ouologuem[4]

Résumé

La grossesse gémellaire associant une môle complète à un fœtus vivant est une entité rare survenant dans 1 sur 22 000 à 1 sur 100 000 grossesses. Le risque d'évolution vers un chorio carcinome est plus important dans ce contexte. Aussi, dans un tiers des cas, l'évolution peut aboutir à la naissance d'un fœtus vivant. Nous rapportons deux cas cliniques observés au Centre de Santé de Référence de Kolokani.

Il s'agit de deux cas de grossesses gémellaires associant une grossesse molaire à une grossesse avec fœtus vivant. Le premier cas était une découverte fortuite au décours d'un accouchement par voie basse. Le second cas a été découvert lors d'une échographie faite pour des métrorragies sur grossesse au premier trimestre. Les suites ont été simples dans les deux cas. Nous n'avons pas déploré de maladie trophoblastique gestationnelle.

Mots-clefs : grossesse gémellaire, môle complète, fœtus vivant.

Abstract

Twin pregnancies with complete mole and live fetus are rare and occur in 1 in 22,000 to 1 in 100,000 pregnancies. The risk of progression to chorio carcinoma is greater in this context. Also, in one third of the cases, the evolution can lead to the birth of a live fetus. We report two clinical cases observed at the Centre de Santé de Référence of Kolokani.

These are two cases of twin pregnancies combining a molar pregnancy with a pregnancy with a live fetus. The first case was an incidental finding during a vaginal delivery. The second case was discovered during an ultrasound examination for metrorrhagia in a first trimester pregnancy. Both cases had a simple follow-up. No gestational trophoblastic disease was observed.

Keywords: twin pregnancy, complete mole, live fetus.

Introduction

La grossesse gémellaire associant une môle complète à un fœtus vivant est une entité rare survenant dans 1 sur 22 000 à 1 sur 100 000 grossesses (1,2). Le risque d'évolution vers un chorio carcinome est plus important dans ce contexte (1,3,4). Aussi, dans un tiers des cas, l'évolution peut aboutir à la naissance d'un fœtus vivant (3). Nous rapportons deux cas cliniques observés au Centre de Santé de Référence de Kolokani.

Cas clinique

Cas n°1

Il s'agissait d'une multipare (G6P5), âgée de 38 ans, sans antécédents médicaux ni chirurgicaux connus, ses grossesses précédentes s'étaient soldées par des accouchements par voie basse. Elle a trois enfants vivants bien portants et deux de ses enfants sont décédés à bas âges à 2 ans et à 3 ans. La grossesse actuelle a été suivie dans un centre de santé communautaire rural où elle avait bénéficié de quatre consultations prénatales sans particularité. Cependant aucun bilan biologique n'a été réalisé ; l'échographie obstétricale non plus n'a pas été effectuée. L'évolution a été marquée par l'apparition de métrorragies au troisième trimestre motivant son évacuation au Centre de Santé de Référence. L'examen à l'admission trouve une patiente en bon état général, avec une tension artérielle 130/90 mmgh, ; pouls : 85 bpm, conjonctives colorées. L'examen obstétrical trouve un utérus gravide à grand axe longitudinal, souple, une hauteur utérine à 35 cm, les bruits du cœur fœtal étaient réguliers à 152 bpm. Au toucher vaginal, le col était court, dilaté à 3 cm, la poche des eaux en formation et intacte, la présentation était céphalique fixée. Elle a accouché par voie basse 6 heures après son admission d'un nouveau-né vivant bien portant de sexe féminin, poids 2550g. Immédiatement après l'expulsion du fœtus et avant la délivrance, s'en est suivie l'expulsion spontanée d'une masse vésiculeuse de 30 cm de grand diamètre sans cavité amniotique ni structure embryonnaire visible. Nous avons procédé à la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) qui a permis de ramener un placenta normal, puis une révision utérine qui a ramené d'autres vésicules. La masse vésiculeuse avait l'aspect macroscopique d'une môle (Figure 1). Le dosage du taux de l'hormone gonadotrophine chorionique (béta-HCG) une semaine après l'accouchement était à 1128 mUI/ml. L'examen histologique de la masse trophoblastique a confirmé la môle en objectivant une môle hydatiforme complète en nécrose. La surveillance des béta- HCG a été poursuivie jusqu'à leur négativation. Des échographies ont été également réalisées pendant six mois mais n'ont pas objectivé d'envahissement myométrial. Une surveillance plus espacée a été faite pendant un an sans complications.

Cas n°2

Il s'agissait d'une grande multipare âgée de 40 ans, G11, P10 avec huit enfants vivants et deux décédés ; admise pour des douleurs abdominales associées à des métrorragies sur une grossesse jeune.

Une échographie réalisée objective d'une part un fœtus vivant de 12 semaines d'aménorrhée avec son trophoblaste et d'autre part, une masse en grappe de raisin faisant évoquer une grossesse molaire. Après concertation avec les parents, nous avons décidé de l'interruption thérapeutique de la grossesse. Aussi, une évacuation utérine a été entreprise avec le misoprostol en raison de 3 comprimés en intra vaginal toutes les 6 heures. Elle expulse dès la deuxième pose de misoprostol d'un fœtus pesant 200 g accompagné de son trophoblaste et d'une masse molaire (Figure 2). Nous avons procédé à une révision utérine pour s'assurer de la vacuité utérine. Les suites étaient simples. La surveillance post molaire a été faite par des échographies ainsi que par le dosage des béta-HCG plasmatiques toutes les semaines pendant six mois. Une surveillance plus espacée a été faite pendant un an sans complications.



Figure 1 : Nouveau-né à terme vivant à gauche et la masse molaire à droite

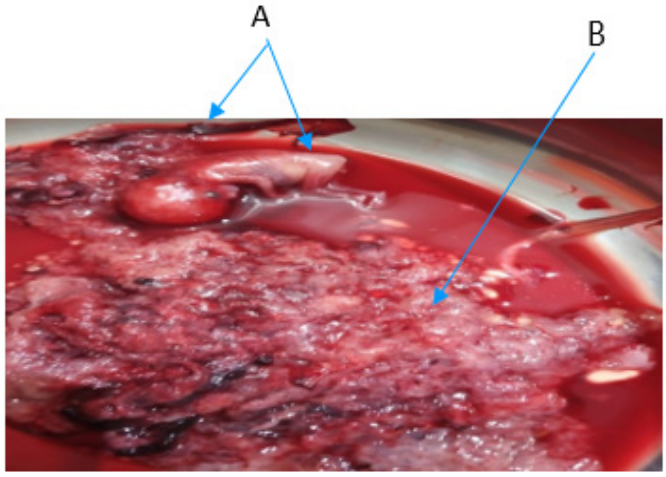


Figure 2 : Fœtus de 12 SA avec son trophoblaste en haut (A)
Masse molaire avec des multiples vésicules en bas (B)

Discussion

La grossesse gémellaire avec coexistence d'un œuf avec fœtus vivant et d'une grossesse molaire est exceptionnelle. Très peu de cas ont été rapportés dans la littérature. Cette association peut être classée en trois types principaux. Le premier type est une grossesse gémellaire dans laquelle un jumeau est diploïde avec un placenta normal (46 chromosomes, 23 maternels et 23 paternels) et l'autre jumeau est une mole hydatidiforme complète (46 chromosomes paternels), 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 mole hydatidiforme partielle (69 chromosomes, 23 maternels et 46 paternels) (5, 6). Une telle grossesse implique des risques de complications telles que la mort fœtale in utéro, les métrorragies, l'anémie, la prééclampsie, l'hyperthyroïdie, et le risque d'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle (3, 4, 7). L'incidence de tumeur trophoblastique gestationnelle semble plus importante dans le cas d'association d'une môle hydatiforme complète avec une grossesse normale selon la majorité des études publiées avec des taux variant de 50 à 57% (4, 8). La prise en charge de la grossesse gémellaire associant une grossesse normale à une grossesse molaire n'est pas encore bien codifiée ; l'interruption de la grossesse est de mise lorsque le diagnostic est précoce. Dans les cas où le diagnostic est tardif, la grossesse peut être menée à terme en l'absence de complications (9, 10). La surveillance des béta -HCG et des échographies répétées permettent de suivre l'évolution et de faire le diagnostic d'invasion myométriale (11).

Dans le cas de notre première patiente, le diagnostic a été fait tardivement au cours de l'accouchement ; la patiente n'ayant pas bénéficié d'échographie anténatale. Il faut savoir qu'elle est originaire d'une

zone rurale où l'échographie reste inaccessible pour beaucoup de femmes enceintes. L'examen anatomopathologique de la masse molaire avait conclu à une mole morte en nécrose, ce qui a certainement évité une évolution vers les tumeurs trophoblastiques gestationnelles et a permis à la grossesse normale quant à elle, d'évoluer jusqu'à terme. Les suites chez cette femme ont été marquées par la décroissance des taux de béta-HCG et la surveillance échographique n'avait pas objectivé des signes d'invasion myométriale. Nous l'avions déclaré guéri au bout d'une année de surveillance sans récidive. Dans la littérature un tiers de ces grossesses peuvent aboutir à la naissance d'un fœtus vivant (9, 10). C'était le cas de notre patiente qui avait donné naissance à terme à un nouveau-né vivant bien portant. Il faut signaler que notre patiente n'avait présenté aucune complication durant la grossesse.

Concernant la seconde patiente, le diagnostic de grossesse gémellaire associant un fœtus vivant à une grossesse molaire a été fait assez précocement à 12 SA ; devant la symptomatologie à savoir les douleurs abdominales et les métrorragies répétitives. Nous avions procédé à l'interruption de la grossesse comme préconisé par la plupart des auteurs (2, 7, 10). Nous n'avions pas noté d'autres complications telles que la prééclampsie, l'hyperthyroïdie etc. Dans ce cas également les suites étaient simples avec une bonne décroissance des béta-HCG et la surveillance échographique n'avait pas objectivé d'invasion myométriale. Elle a été déclaré guéri au bout d'une année de surveillance sans récidive.

Nos deux patientes étaient des grandes multipares d'âges avancés entre 35 et 40 ans.

Elles n'avaient pas présenté de complications telles que la prééclampsie ou l'hyperthyroïdie contrairement aux cas rapportés par Ikram B et al (7) et F. de Marcillac et al (9).

Concernant le pronostic de cette association, les suites étaient simples, marquées par une régression rapide des taux de béta-HCG. Nos observations sont différentes de celles de Ikram B et al pour qui les cas observés avaient tous évolué vers des tumeurs trophoblastiques gestationnelles. Il est à noter que dans l'étude d'Ikram et al, ils avaient procédé à des déclenchements associés à des aspirations. La question qui se pose est la pertinence d'une aspiration dans ce contexte ? il pourrait avoir plus de risque d'invasion en cas d'aspiration.

Conclusion

La grossesse gémellaire associant une grossesse molaire à un fœtus vivant est une entité rare. La poursuite de ces grossesses est problématique, vu le risque de complications surtout maternelles. La conduite à tenir est fonction du terme de la grossesse à sa découverte, des symptômes cliniques et du désir des parents.

***Correspondance**

Ramatoulaye Haidara

ayahaidara77@gmail.com

Disponible en ligne : 22 Septembre 2023

1 : Centre de Santé de Référence (CSRef) de Kolokani,
2 : Centre de Santé de Référence (CSRef) de Fana
3 : Office National de la Santé de la Reproduction (ONASR)
4 : Centre de Santé de Référence (CSRef) de Kati

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Malhotra N, Deka D, Takkar D et al. Hydatiform mole with coexisting live fetus in dichorionic twin gestation. Eur J Obstet Gynecol reprod boil. 2001 ;94(2) :301-303.

[2] Figo Oncology comitee. FIGO staging of gestational trophoblastic neoplasia. Int J Gynecol Obstet. 2002 ; 77(3) :285-7.

[3] Steller MA, Genest DR, et al.RW, Motz M, G Natural

history of twin with complete hydatiform and coexisting fetus. Obstet Gynecol. 1994 ; 83(1) :35-42.

[4] Anderson CK, Deiter RW, Motz MJ, Goldstein JA, Complete hydatiform mole with a coexistent healthy, viable fetus near term : a case report. J Reprod Med. 1996 ;41(1) :55-58.

[5] 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.

[6] 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.

[7] Ikram B, Filali A, Alami MH Grossesse gemellaire associant une grossesse molaire et un fœtus vivant avec une évolution vers une mole invasive : à propos de deux cas. The Pan African Medical Journal, African Field Epidemiology Network

[8] Fishman DA, Padilla LA, Keh P, et al. Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatiform mole and normal fetus. Obstet et Gynecol. 1998 ; 91 (4) : 546-50.

[9] F. de Marcillac, C.Y. Akladios, I.Hui-bon-hoa, G.Fritz, I. Nisand, B. Langer. Les grossesses gemellaires molaires associant une mole complete à un fœtus sain à partir de 4 cas et d'une revue de la littérature. Science Direct, Jourlal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, volume 44, Issue 9, November 2015, Pages 840-847.

[10] 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.

[11] Jauniaux E. Ultrasound diagnosis and follow-up of gestational trophoblastic disease. Ultrasound Obstet Gynecol. 1998 ;11(5) :367-377. .

Pour citer cet article :

R Haidara, S Keita, A Konaté, A Ouologuem. Grossesse gémellaire associant une grossesse molaire et un fœtus vivant : à propos de deux cas au Centre de Sante de Reference de Kolokani, Mali. Jaccr Africa 2023; 7(3): 327-331