

# Grossesse molaire tubaire : à propos d'un cas Tubal hydatidiforme mole: A case report

B. Mouhamed Mahmoud, N. Abdelkader, M. mohamed lemine, K. Saoud N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi, A. Banani

Service de gynécologie obstétrique « I » CHU Hassan II, Fes. Maroc

**Résumé :** Les maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) regroupent des affections très variables au point de vue clinique, biologique et potentiel métastatique.

Nous rapportons un cas de grossesse molaire tubaire rompue, diagnostiquée devant un tableau de choc hémorragique, et confirmé à l'examen histologique de la pièce opératoire. La surveillance était par le dosage des taux de BhCG plasmatique.

Mots clés : grossesse molaire, grossesse ectopique ; BhCG, pronostic

**Abstract:** Gestational trophoblastic disease (MTG) groups together conditions that are very variable from a clinical, biological and metastatic potential point of view. We report a case of ruptured molar pregnancy, diagnosed by a picture of hemorrhagic shock, and confirmed by histological examination of the surgical specimen. Monitoring was by assaying plasma BhCG levels.

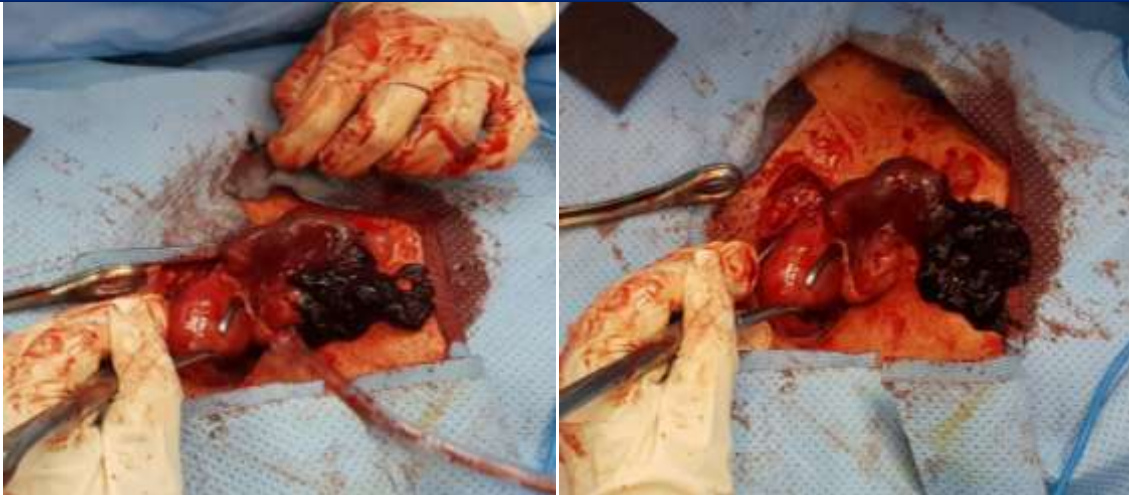
**Keywords :** Ectopic Pregnancy, Molar Pregnancy, BhCG, Prognosis

## **1- Introduction**

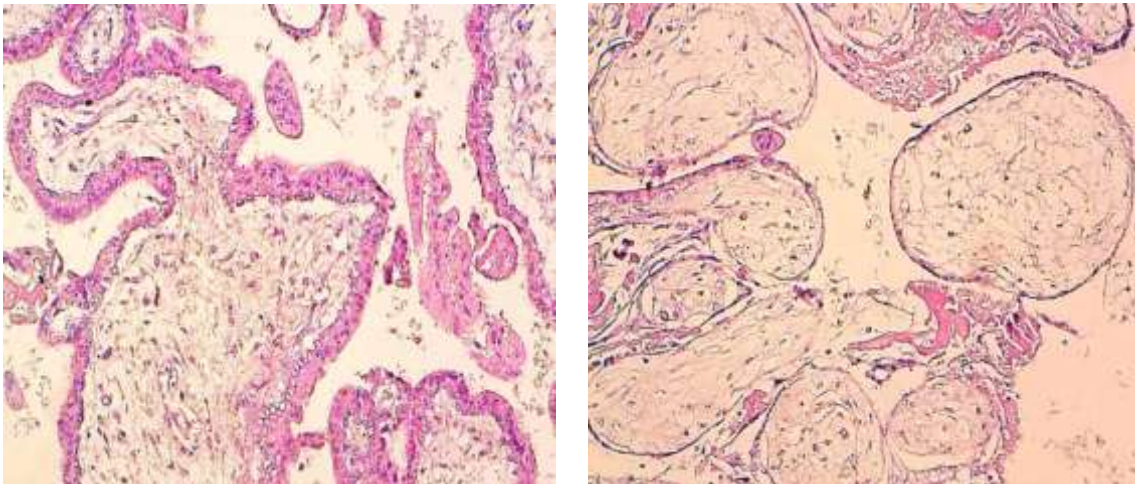
La môle hydatiforme (MH) extra-utérine est une entité rare. En effet, seule une vingtaine de cas de MH de localisation tubaire ou ovarienne ont été rapportés dans la littérature [1,2].

## **2- Observation**

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 32 ans, troisième gestation deuxième parité (mère de 2 enfants accouchés par voie basse), sous contraception orale avec un cycle régulier sans antécédents pathologiques notables, admise aux urgences gynécologiques pour la prise en charge d'une douleur latéro-pelvienne aiguë associée à des métrorragies sur une aménorrhée de 3 mois, l'examen clinique trouve une patiente pâle agitée tachycarde à 130 bpm avec une tension artérielle à 90/100 mmHg avec une défense abdominale, l'examen au spéculum a objectivé un col gravide avec un saignement minime extériorisé en provenant de l'endocol n'explique pas l'état hémodynamique de la patiente, avec au touché vaginal un utérus augmenté de taille et un cri de Douglas. L'échographie a mis en évidence la présence d'un hémopéritoine associé à une vacuité utérine et une image **latéro**-utérine gauche mesurant 6 cm dans son plus grand diamètre hétérogène, Le dosage de l'hCG a été de 10000 UI/ml. Une laparotomie exploratrice a été pratiquée en urgence, en parallèle avec les mesures de réanimation médicale. L'exploration chirurgicale a confirmé la présence d'un volumineux hémopéritoine aspiré et évalué à 1500 ml avec la mise en évidence d'une trompe gauche rompue et hémorragique, avec issue des tissus trophoblastiques d'aspect partiellement vésiculeux. L'exploration de l'ovaire homolatérale, de l'autre annexe et du reste de la cavité péritonéale a été sans particularité. Il a été effectué une salpingectomie gauche, suivie d'un lavage de la cavité péritonéale. L'examen histologique de la pièce opératoire a mis en évidence une dégénérescence hydropique des villosités, une prolifération trophoblastique diffuse avec atypie trophoblastique dont les caractéristiques sont compatibles avec une môle hydatiforme complète. Les suites opératoires ont été simples, la patiente a été mise sous contraception efficace. Au cours de la surveillance hebdomadaire, le taux plasmatique de bêta-hCG était en régression (1000 UI/ml lors de la 1<sup>er</sup> contrôle avec une négativation au bout de 1 mois. Ultérieurement, après 3 négativations hebdomadaires de taux plasmatique de bêta-hCG, la surveillance était mensuelle pendant un an avec des taux sériques toujours négatifs permettant la confirmation de la guérison de la patiente



**Figure 1 : Aspect per opératoire de la grossesse tubaire rompue**



**Figure 2 : aspect histologique caractéristique d'une grossesse molaire**

**Discussion :**

La maladie trophoblastique gestationnelle (MTG) regroupe des affections très variables au point de vue clinique, biologique et potentiel métastatique. Elle comprend des entités bénignes: môles complètes (MHC) et partielles (MHP) et des entités cliniquement malignes appelées les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) qui comportent : certaines môles invasives, les choriocarcinomes, les tumeurs trophoblastiques du site d'implantation (TTSI) et les tumeurs trophoblastiques épithélioïdes (TTE). Les TTG ont un fort potentiel métastatique et sont mortelles en l'absence de traitement, leur diagnostic est histologique et la prise en charge est multidisciplinaire, le dosage de BHCG est le moyen essentielle de surveillance. La localisation ectopique des MH est extrêmement rare

**3-1- Fréquence :**

L'incidence de la MH intra-utérine reste difficile à évaluer compte tenu d'importantes variations géographiques, vu l'absence d'examen histologique systématique du produit de conception lors des fausses couches spontanées : celle de la MH ectopique demeure encore plus difficile à évaluer. En effet, elle est potentiellement sous-estimée dans les pays en voie de développement, du fait de l'absence d'examen anatomopathologique systématique des pièces opératoires de salpingectomie, dans notre pratique il est systématique

La localisation extra-utérine de la MH est rare, seule une vingtaine de cas de MH de localisation ectopique ont été rapportés dans la littérature [1,2,3]. En 1953, Sutherland a rapporté un cas exceptionnel de MH tubaire associé à une grossesse normale intra-utérine [5]. En 2009 F. Leung et al ont publié le 1<sup>er</sup> cas documenté d'une mole hydatiforme hétérotopique ovarienne [2].

**3-2-Facteurs de risques :**

L'âge maternel supérieur à 40 ans, l'antécédent d'avortements spontanés à répétition et le régime alimentaire pauvre en vitamine A et en graisse animale, semblent être associés à une augmentation du risque de développer une grossesse molaire [6,9]. y ajouter les facteurs de risque classiques de la grossesse ectopique (antécédent de salpingite et un recours aux techniques de procréation médicalement assistée [7-8]).

Concernant notre cas, la patiente ne présentait aucun de ces facteurs de risques. Le diagnostic a été retabli sur le résultat de l'histologie de la pièce de la salpingectomie.

### 3-3-Physiopathologie et classification :

La MH se développe à partir du trophoblaste villositaire et résulte d'une malformation placentaire secondaire à des aberrations chromosomiques survenues lors de la gamétogenèse et de la fécondation. On distingue deux types de MH : la môle partielle, faite d'un mélange de villosités molaires et de villosités placentaires normales, et la môle complète, composée exclusivement de villosités molaires [4].

### 3-4-Circonstances diagnostique :

Les grossesses molaires sont en règle générale intra-utérines. Elles sont diagnostiquées le plus souvent au premier trimestre de la grossesse devant un tableau d'avortement spontané incomplet, la grossesse molaire ectopique se présente cliniquement sous forme d'un tableau de GEU dont la gravité est en fonction de la taille et le siège de la grossesse ectopique et de l'importance de l'hémopéritoine.

**3-5- aspects échographiques :** La môle hydatiforme complète intra utérine est souvent suspectée par l'échographie donnant un aspect en tempête de neige classique. Pour la môle ectopique elle fournit des renseignements précieux en permettant la mise en évidence des signes directs et indirects de GEU comme dans notre cas « utérus vide avec hémopéritoine de grande abondance + image latéro-utérine ».

### 3-6-Prise en charge

La prise en charge de la MH consiste en l'évacuation des môles intra-utérine et ectopique. Pour les MH intra-utérines, l'hystéroaspiration demeure la méthode d'évacuation de référence, et la MH ectopique l'évacuation dépend de sa localisation et de la possibilité d'effectuer un traitement conservateur [10]. chez notre patiente le traitement était radical vu la mauvaise qualité de la trompe et la difficulté d'assurer l'hémostase.

Dans la période postopératoire de la grossesse extra-utérine molaire, nous avons effectué un suivi clinique et para-clinique avec mesure de la  $\beta$ HCG plasmatique jusqu'à négativité. La surveillance comprenait également des échographies pelviennes.

La nécessité de la surveillance des  $\beta$ HCG après évacuation complète d'une môle tient au risque d'évolution secondaire vers une tumeur trophoblastique gestationnelle. Le risque de tumeur trophoblastique est de près de 15 % après une môle hydatiforme complète. Il est de l'ordre de 1 à 5 % après une môle hydatiforme partielle. [12]

Le rythme de surveillance des hCG après évacuation d'une môle complète ou partielle est hebdomadaire jusqu'à obtention de trois dosages négatifs consécutifs. À partir de là, une surveillance mensuelle est proposée par le centre pendant un an en cas de môle complète, pendant six mois en cas de môle partielle. Lorsqu'une môle complète se négative en moins de 56 jours (moins de huit semaines) la surveillance peut, comme dans les môles partielles, être limitée à six mois car dans ce cas le risque de tumeur trophoblastique au delà de six mois est pratiquement nul. Pendant cette période de surveillance une contraception efficace est souhaitable ; car toute grossesse risquerait en théorie d'interférer avec une éventuelle tumeur trophoblastique gestationnelle. [12] dont le diagnostic peut être posé devant une réascension des taux sériques de hCG sur au moins trois dosages hebdomadaires consécutifs pendant deux semaines, ou stagnation sur au moins quatre dosages hebdomadaires consécutifs pendant trois semaines, ou persistent positifs six mois après l'aspiration initiale de la môle ou en cas de diagnostic histologique de choriocarcinome (10-11). Le traitement des tumeurs trophoblastiques gestationnelles est basé sur la chimiothérapie (11-12).

### 3-7-Pronostic

L'issue de la grossesse molaire comporte toujours un risque de dégénérescence en choriocarcinome [13]. Le risque d'apparition est de 1/15 386 en cas de fausse couche, 1/5333 en cas de grossesse extra-utérine et 1/40 en cas de môle hydatiforme (14).

**3- Conclusion :** La localisation ectopique d'une grossesse molaire est un événement rare. La réalisation d'un examen histopathologique des pièces opératoires de salpingectomie doit être systématique. Dans les suites de l'évacuation d'une MH intra-utérine, la surveillance hebdomadaire du taux de  $\beta$ -hCG est recommandée et une échographie de contrôle à fin de s'assurer de la vacuité utérine.

#### 4- References

- [1] Church E, Hanna L, New F, Uku A, Awad H, Watson AJ. Ovarian molar pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:660–1.
- [2] - F. Leung a,\* , J.-J. Terzibachian b, B. Chung Fat a, C. Lassabe c, F. Knoepffler b, R. Maillet a, D. Riethmuller a Heterotopic ovarian hydatidiform mole. *A case report Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37 (2009) 749–751
- [3] Farrukh A, Attia M, Furniss H. Tubal hydatidiform mole: an unexpected diagnosis. *J Obstet Gynaecol* 2007;27:747–8.
- [4]- Vuong PN, Guillet JL, Houissa-Vuong S, Lhommé C, Proust A, Cristalli B. Pathologie des tumeurs trophoblastiques gestationnelles. *Gynecol Obstet Fertil* 2000;28:913–26.
- [5]-Sutherland CG. Tubal mole associated with intrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1953;65:1146–8.
- [6] Parazzini F, La Vecchia C, Mangili G, et al. Dietary factors and risk of trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:93–9.
- [7]-Beddock R, Naepels P, Gondry C, Camier B, Boulanger JC, Gondry J. Diagnosis and current concepts of management of advanced abdominal pregnancy. *Gynecol Obst et Fertil* 2004;32:55—61.
- [8]- POIZAT R., LEWIN F. Grossesse extra-utérine après le 5ème mois. *Encycl. Méd. Chir., Obstétrique*, 5069 D10, 5-1982.
- [9] Acaia B, Parazzini F, La Vecchia C, et al. Increased frequency of complete hydatiform mole in women with repeated abortion. *Gynecol Oncol* 1988;31:310–4.
- [10] Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol* 2009;112:654–62.
- [11] Golfier F, Labrousse C, Frappart L, et al. Évaluation de la prise en charge des tumeurs trophoblastiques gestationnelles enregistrées au centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon de 1999 à 2005. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:205–15.
- [12]- F. Golfiera,\* ,b, J. Massardiera,b, J.-P. Guastallaa,b, V. Trillet-Lenoir a,b, L. Frapparta,b, B. Mathiana,b, T. Hajri a,b, A.-M. Schotta,b, D. Raudranta,b Prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles , *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2010) **39S**, F25—F32
- [13] Boynukalin, F.K., Erol, Z., Aral, A.L. and Boyar, I.H. (2011) Gestational Choriocarcinoma Arising in a Tubal Ectopic Pregnancy: Case Report. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 32, 592-593.
- [14] Nayama, M., Lucot, J.P., Boukerrou, M., Collinet, P., Cosson, M. and Vinatier, D. (2007) Choriocarcinome Tubaire: A propos d'un cas et revue de la littérature. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 36, 83-86.  
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2006.10.003>