

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Hédon*

Quatrième partie  
**Gynécologie-obstétrique  
du monde**



*38<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2014*

# Expérience de la prise en charge des grossesses molaïres embryonnées à Hanoï.

## À propos de trois cas de grossesse molaire complète avec embryon vivant

D.H. LÊ \*, V.B. QUYẾT  
(Hanoï, Vietnam)

### *Résumé*

*De 2013 à 2014, à l'hôpital gynéco-obstétrical central de Hanoï, nous avons consulté, diagnostiqué et surveillé trois cas de grossesse molaire partielle avec embryon vivant, les fœtus de ces grossesses sont vivants avec caryotype normal. Dans ces trois cas, il y en a deux dont le fœtus reste vivant (en bonne santé à la naissance) et un cas d'avortement spontané gémellaire à la 21<sup>e</sup> semaine. À travers des analyses de la clinique, de l'échographie, de bêta-hCG et du placenta, nous mettons en évidence que les bêta-hCG sont élevées, la superficie placentaire est large, correspondant à des risques de prééclampsie et de fausse couche. Il est donc nécessaire de surveiller attentivement ces grossesses pour dépister les complications des femmes enceintes et des fœtus. Il faut surveiller les bêta-hCG post-partum pour dépister et traiter précocement les cas de complications de choriocarcinome.*

*Mots clés : tumeurs trophoblastiques, grossesse molaire, grossesse gémellaire*

Hôpital national mère enfant - Hanoï (Vietnam)

\* Correspondance : Dinhhienle2002@yahoo.com

## Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### I. PROBLÉMATIQUE

La grossesse molaire est une pathologie gravidique dont la fréquence se modifie selon les zones mondiales. Sur le continent nord-américain, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et en Europe, le taux de grossesse molaire est d'environ 0,57-1,1/1 000 femmes enceintes, tandis qu'au nord-est asiatique et au Japon, ce taux est de 2,0/1 000 femmes enceintes [1]. Selon la classification de l'Association médicale mondiale, l'anatomie pathologique les divise en deux groupes :

- tumeurs trophoblastiques (choriocarciome, tumeur trophoblastique au niveau placentaire) ;
- grossesses molaires (complètes et partielles ; invasives et métastatiques).

Les femmes qui ont une grossesse molaire avec issue de fœtus vivant sont rares et apparaissent modestement dans la littérature médicale internationale. Le fait de diagnostiquer la grossesse gémellaire associée à la grossesse molaire est très important parce qu'elles présentent des risques pour la mère comme l'hypertension artérielle précoce et la prééclampsie, et la croissance du fœtus diminue sérieusement du fait de la gêne à la circulation placentaire [4, 5]. Dans presque tous les cas, l'interruption de la grossesse est recommandée quand le diagnostic est réalisé dans le premier trimestre [4]. Néanmoins, 77 cas de grossesse molaire avec fœtus vivant ont été étudiés : il en résulte que le taux du risque de fausse couche spontanée est élevé mais environ 40 % des bébés qui sont nés sont en bonne santé, sans augmentation des risques de choriocarcinome [6]. Cela donne espoir pour les femmes qui ont une grossesse molaire avec un fœtus vivant, surtout les femmes antérieurement stériles. Depuis 1990 jusqu'à maintenant, à l'hôpital gynéco-obstétrical central de Hanoï, nous avons surveillé deux cas de grossesse molaire partielle avec un fœtus vivant et un cas de grossesse molaire partielle gémellaire (avortement spontané à la 21<sup>e</sup> semaine), mais nous n'en faisons pas le compte-rendu. À travers cet exposé, nous voulons non seulement donner des informations de ces cas rares mais

voulons discuter plus des diagnostics prénatals, des conditions de la surveillance de la grossesse et du post-partum.

## II. EXPOSÉ DES CAS

**1<sup>er</sup> cas** : Nguyễn Thi Th 06/10/1990. Adresse : Hoàì Duc - Hà Nôi, paysanne, en bonne santé, consulte à la 18<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée. L'âge du fœtus est déterminé par la date des dernières règles. Pas d'antécédents familiaux.

Le test biologique de dépistage prénatal par  $\beta$ -hCG et  $\alpha$  protein (AFP) est réalisé le même jour.

**Résultat** : hCG : 96 672,9 UI/l et AFP : 40,2624 nmol/l. À la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, son utérus mesure 19 cm, correspondant à l'âge du fœtus. Sur l'échographie, présence d'un fœtus développé normalement, l'amnios est normal. Mais une partie placentaire est alvéolée (image de « tempête de neige » au fond utérin, en continu avec le placenta normal (Image 1).

Image 1 - Échographie placentaire à 20<sup>e</sup> semaine de la patiente Nguyễn Thi Th



**Diagnostic :** suspicion d'une grossesse molaire partielle. Résultat d'amniocentèse : 46XY. Nous avons expliqué à la patiente les risques de la poursuite de la grossesse : retard de croissance du fœtus intra-utérin, prématurité, prééclampsie et de complication ultérieure pour elle (choriocarcinome). La patiente souhaite garder le fœtus. Elle est contrôlée toutes les deux semaines : consultation, échographie et le test de  $\beta$ -hCG. Le  $\beta$ -hCG diminue pas à pas 78 780,97 ; 25 097,68 ; 19 704,63 ; 18 682,28 ; 9 042 UI/l à 18 SA, 22 SA, 26 SA, 30 SA, 34 SA. Sur l'échographie, le fœtus se développe normalement, la partie placentaire anormale n'augmente pas, le Doppler des artères placentaires reste normal. La patiente n'a pas de signe de saignement vaginal, sa pression artérielle reste normale. À la 38<sup>e</sup> semaine de la grossesse, elle subit une césarienne donnant naissance à un garçon de 3 200 g (Image 2) le 31/01/2013.

*Image 2 - Un nouveau-né de 3 200 g de la patiente Nguyễn Thi Th*



Le placenta se divise en deux parties : une normale, le cordon présente deux artères et une veine distinctes, une autre jaune avec quelques bulles comme une grappe de raisin sur la surface (Images 3 et 4). Diagnostic sur le placenta : grossesse molaire partielle.

**Surveillance post-césarienne :**  $\beta$ -hCG 12,2 UI/l, à 1 mois post-césarienne et 3,6 UI/l à 2 mois post-césarienne, 1,2 UI/l à 3 mois post-césarienne et surveillance jusqu'à 2 ans.

Image 3 - Placenta post-partum

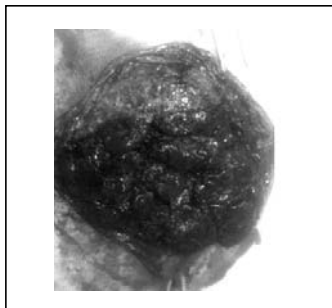
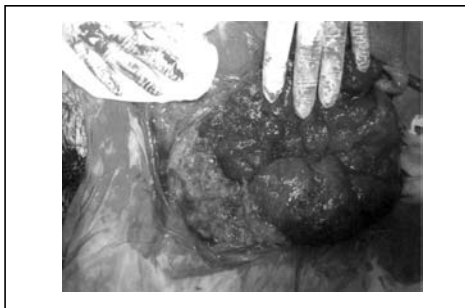


Image 4 - Placenta postopératoire



**2<sup>e</sup> cas :** Nguyễn Thi Th 01/10/1991. Adresse : Gia Bình, Bac Ninh, femme au foyer, en bonne santé, elle consulte à la 18<sup>e</sup> semaine de la grossesse. L'âge du fœtus est déterminé par la date des dernières règles. Pas d'antécédents familiaux.

Le test de dépistage prénatal par  $\beta$ -hCG et  $\alpha$ -fœtoprotéine (AFP) est réalisé.

**Résultat :** hCG : 196 372,9 UI/l et AFP : 40,2624 nmol/l à 18 SA. Son bilan systématique montre que l'utérus mesure 16 cm, correspondant à l'âge du fœtus. Sur l'échographie, présence d'un fœtus développé normalement, l'amnios est normal. Mais une partie placentaire est alvéolée (image de « tempête de neige » au fond utérin en continu avec la placenta normal (Image 5).

Image 5 - Échographie placentaire 2<sup>e</sup> patiente



**Diagnostic :** suspicion d'une grossesse molaire partielle. Résultat d'amniocentèse : 46XX. Nous avons expliqué à la patiente les risques de la poursuite de la grossesse comme retard de croissance du fœtus intra-utérin, prématurité, prééclampsie et de complication ultérieure pour elle (choriocarcinome). La patiente souhaite garder le fœtus.

Elle est contrôlée toutes les deux semaines : consultation, échographie et le test de  $\beta$ -hCG. Le  $\beta$ -hCG diminue pas à pas 107 801,97 ; 84 097,68 ; 65 032,22 ; 48 805,34 UI/l à 18 SA, 22 SA, 26 SA et 30 SA. Sur l'échographie, le fœtus se développe normalement, la partie placentaire anormale n'augmente pas, le Doppler des artères placentaires reste normal. La patiente n'a pas de signe de saignement vaginal, sa pression artérielle augmente mais sans signe d'œdème, protéinurie modérée à 0,9 g/l. Elle est traitée par médicaments anti-hypertenseurs, et à la 34<sup>e</sup> semaine de la grossesse elle subit une césarienne pour rupture prématurée des membranes, donnant naissance à une fille de 2 200 g (Image 6) le 31/01/2014.

Le placenta se divise en deux parties : une normale, le cordon présente deux artères et une veine distinctes, une autre jaune avec quelques bulles en grappe de raisin sur la surface (Image 7). Résultat de la cytologie : grossesse molaire partielle.

**Surveillance post-césarienne :**  $\beta$ -hCG 42,7 UI/l à 1 mois post-césarienne et 2,34 UI/l à 2 mois post-césarienne. Surveillance  $\beta$ -hCG à 3 mois, 6 mois, un an et deux ans.

Image 6 - Nouveau-né de 2 200 g



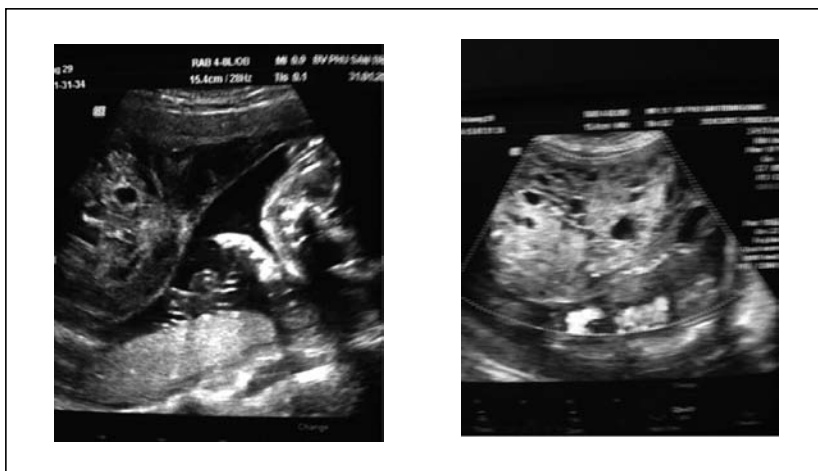
Image 7 - Placente de la 2<sup>e</sup> patiente postopéatoire



**3<sup>e</sup> cas :** Nguyễn Thi Th H 26/01/1980. Adresse : Kim Chan, Bac Ninh, femme au foyer, en bonne santé, stérile depuis 6 ans. Elle est enceinte grâce à un traitement de stimulation de l'ovulation (ménogone 75 UI x 8 tubes).

À la consultation de la 6<sup>e</sup> semaine de la grossesse, il y a deux sacs amniotiques, et c'est une grossesse molaire avec deux fœtus normaux à la 12<sup>e</sup> semaine sur l'échographie (Image 8). Elle saigne depuis 6 semaines. Le diagnostic d'une grossesse molaire partielle gémellaire avec deux fœtus normaux est posé. Nous avons expliqué à la patiente les risques et les complications possibles. Elle souhaite garder la grossesse.

*Image 8 - Échographie placentaire de la patiente Nguyễn Thi H*



La  $\beta$ -hCG est de 303 234,23 UI/l à la 17<sup>e</sup> semaine.

Résultat d'amniocentèse à la 17<sup>e</sup> semaine de la grossesse : 46XX et 46XY. Mais à la 21<sup>e</sup> semaine (le 19/12/2013), elle a fait une hémorragie importante, puis une fausse couche spontanée à l'hôpital provincial. C'est pourquoi nous n'avons pu faire réaliser un examen cytologique du placenta. Après 1 mois, elle fait un contrôle et le test de  $\beta$ -hCG est de 500 UI/l, ces tests sont 3 400 UI/l, 1 250 UI/l, 258 UI/l, 23 UI/l pour chaque semaine suivante. Les  $\beta$ -hCG sont normales après 10 semaines post-partum. Le test de  $\beta$ -hCG sera réalisé après 3 mois, 6 mois, un an et après deux ans.



### III. DISCUSSION

Dans toute la littérature mondiale jusqu'à maintenant, il y a environ 200 cas de grossesse gémellaire avec un œuf normal et un œuf de grossesse molaire non embryonnaire : 56 cas de fœtus vivant [2]. Dans la décennie 1970, Vassilakos *et coll.* sont les premiers qui décrivent et expliquent deux mécanismes différents de GM partielle et de GM complète avec fœtus vivant, basés sur les analyses des cellules géniques [3]. La GM (monofœtale) a le caryotype contenant 23 chromosomes de la mère et 46 chromosomes du père créant le caryotype triploïde. Dans ce cas, le fœtus porte aussi le caryotype triploïde anormal, c'est pourquoi l'interruption de la grossesse est à proposer systématiquement. La GM complète avec un fœtus, c'est-à-dire la grossesse gémellaire contenant deux zygotes dont l'un porte 23 chromosomes de la mère et 23 chromosomes du père, le deuxième porte 23 chromosomes du père. Dans la GM, le fœtus qui porte le caryotype normal peut se développer normalement comme les autres fœtus. Mais quand la mère veut continuer à être enceinte en ce cas, cela occasionne à la mère et au fœtus des complications parce que la mère peut devoir supporter doublement les risques : le risque du fœtus normal et le risque de la grossesse molaire associée (toxicité, hyperthyroïdie, saignement vaginal, choriocarcinome post-partum), et le fœtus est aussi à risque propre (retard de croissance intra-utérin, fausse couche, prématurité). C'est pourquoi la surveillance sérieuse prénatale et postnatale est importante pour éviter les complications sévères pour les mères. Presque tous les cas sont diagnostiqués au 1<sup>er</sup> trimestre et la plupart des cas doivent faire envisager une interruption de la grossesse à cause des complications à craindre chez la mère. Selon les études de Yoneda, l'éclampsie sévère survient souvent à la 20<sup>e</sup> semaine de la grossesse [7]. Une étude de Vaisbuch *et coll.* retrouve que parmi 130 cas, il y a 41 % de cas d'interruption de la grossesse à cause des complications de la mère [8]. Par contre, dans l'étude de Sebire *et coll.* il n'y a que 4 % de cas d'interruption de la grossesse indiquée à cause des complications de la mère [3]. Presque toutes ces mères accouchent prématurément : le taux de prématurité est de 50-60 % [4]. Hors les complications ci-dessus, le risque de choriocarcinome est montré dans les études de Steller *et coll.* entre 1999-2006, 7/14 cas ont des complications de choriocarcinome : 6 cas sont traités par méthotrexate et un cas est traité par protocole EMACO.

Parmi les trois cas que nous rapportons, dans le premier cas, le déroulement de la grossesse est normal, la mère n'a pas saigné anormalement dans les 3 premiers mois, les  $\beta$ -hCG à la 18<sup>e</sup> semaine sont de 96 672,9 UI/l, la zone placentaire anormale occupe  $\frac{1}{4}$  de la superficie placentaire, le fœtus est né à un terme suffisant, les  $\beta$ -hCG redeviennent normales après 2 mois post-partum. Les signes anormaux pendant la grossesse ne sont pas évidents, les  $\beta$ -hCG redeviennent normales tôt dans le post-partum parce que la zone placentaire dégénérative et hyperplasique blastique est modeste.

Dans le 2<sup>e</sup> cas, la zone placentaire dégénérative et hyperplasique blastique occupe  $\frac{1}{3}$  du placenta, c'est pourquoi la  $\beta$ -hCG monte à 196 372,9 UI/l à la 18<sup>e</sup> semaine de la grossesse et la mère a eu des signes de prééclampsie à la 32<sup>e</sup> semaine. Elle a subi une césarienne à la 34<sup>e</sup> semaine en raison de rupture précoce des membranes et d'une hypertension artérielle.

Dans le 3<sup>e</sup> cas, grossesse gémellaire et grossesse molaire, la superficie placentaire de GM est plus large que dans les deux cas ci-dessus, la  $\beta$ -hCG est de 303 234,23 UI/l à la 17<sup>e</sup> semaine, elle saigne pendant les 3 premiers mois et elle a eu une fausse couche à la 21<sup>e</sup> semaine.

À travers ces chiffres, on peut constater que les  $\beta$ -hCG sont trop élevées, la superficie placentaire est large anormalement, cela influence les complications de la grossesse de la mère et aussi la survie du fœtus. Dans les cas de grossesse molaire coexistant avec grossesse gémellaire, la mère garde difficilement les fœtus.

## CONCLUSION

De ces analyses cliniques, échographiques et de test  $\beta$ -hCG, dans ces trois cas de grossesse molaire partielle avec l'embryon coexistant et caryotype normal, nous avons retiré quelques remarques :

- l'échographie peut diagnostiquer la grossesse molaire complète avec embryon pendant les 3 premiers mois ;
- l'augmentation  $\beta$ -hCG aide à la confirmation du diagnostic mais la conclusion définitive doit se baser sur le résultat cytologique ;
- pour surveiller la grossesse, il faut faire une amniocentèse pour confirmer que le fœtus ne porte pas de caryotype anormal. Il faut surveiller sérieusement le fœtus pour dépister précocement

des complications de la mère et du fœtus, surveiller le test de  $\beta$ -hCG postnatal pour dépister et traiter précocement les complications de choriocarcinome.

## Bibliographie

- [1] Lurain JR, John I. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2010;203(6):531-539.
- [2] Moini A, Riaz K. Molar pregnancy with a coexisting fetus progressing to a viable infant. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82(1):63-64.
- [3] Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D *et al.* Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy cotwin. *Lancet* 2002;359(9324):2165-6.
- [4] Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, Lage JM, Goldstein DP, Berkowitz RS. Natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus. *Obstet Gynecol* 1994;83(1):35-42.
- [5] Dhingra KK, Gupta P, Saroha V, Khurana N. Partial hydatidiform mole with a full-term infant. *Indian Journal of Pathology and Microbiology* 2009;52(4):590-591.
- [6] Fishman DA, Padilla LA, Keh P, Cohen L, Frederiksen M, Lurain JR. Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatidiform mole and normal fetus. *Obstet Gynecol* 1998;91(4):546-50.
- [7] Yoneda N, Shiozaki A, Miura K, Yonezawa R, Takemura K, Yoneda S, Masuzaki H, Saito S. A triploid partial mole placenta from paternal isodisomy with a diploid fetus derived from one sperm and one oocyte may have caused angiogenic imbalance leading to preeclampsia-like symptoms at 19 weeks of gestation. *Placenta* 2013 Jul;34(7):631-4.
- [8] 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(1):19-23.