



Research Paper

## Grossesse molaire partielle avec fœtus malformé: à propos d'un cas et revue de la littérature

S.MELAIM , Z.TAZI , FZ.FDILI ALAOUI , S. JAYI, H. CHAARA, M.Y. MELHOUF

Service Gynécologie obstétrique II-CHU Hassan II-Fès.

### Abstract

La môle hydatiforme partielle (MHP) fait partie des maladies trophoblastiques gestationnelles. Appelée également môle embryonnée, il s'agit d'un œuf humain pathologique comportant des villosités en transformation vésiculaire, mais conservant une forme placentaire reconnaissable et une cavité amniotique avec un fœtus. La circonstance diagnostique la plus commune étant le tableau d'avortement spontané au premier trimestre. Rarement les môles partielles persistent au-delà du premier trimestre et sont alors source de complications maternelles et fœtales et de confusion diagnostique. L'origine génétique des MHP correspond à une conception triploïde avec un lot chromosomique supplémentaire d'origine paternelle. La coexistence d'un fœtus de caryotype normal avec une MHP est une situation exceptionnelle. Nous rapportons un cas rare de grossesse molaire partielle avec fœtus vivant polymalformé à 16 semaines d'aménorrhée (SA) chez une femme âgée de 24 ans .

Received 01 Dec., 2024; Revised 08 Dec., 2024; Accepted 10 Dec., 2024 © The author(s) 2024.

Published with open access at [www.questjournals.org](http://www.questjournals.org)

### I. Introduction

La môle hydatiforme partielle (MHP) fait partie des maladies trophoblastiques gestationnelles. Elle est plus fréquente que la môle hydatiforme complète avec une incidence de 3 pour 1000 grossesses [1]. Le seul facteur de risque qui a été clairement identifié est l'âge maternel [2, 3]. Elle se caractérise par une dégénérescence hydropique focale du placenta associant un sac gestationnel reconnaissable et un fœtus avec une sécrétion excessive de l'hormone choriogonadotrophine (HCG). L'origine génétique des MHP correspond à une 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]. Nous rapportons un cas rare de grossesse molaire partielle avec fœtus vivant polymalformé chez une femme primipare de 24ans.

#### Patient et observation

Notre patiente âgée de 24 ans, primipare, qui s'est présentée chez nous pour suivie de grossesse. L'interrogatoire n'a pas relevé d'antécédents particuliers , déroulement de grossesse était normal notamment pas d'exagération des signes sympathiques de la grossesse . L'examen clinique a objectivé une tension artérielle à 110/70 mmHg, FC= 70bpm. La hauteur utérine était normale par rapport à l'âge gestationnelle. Une échographie à était réalisée ayant objectivé une grossesse évolutive en présentation céphalique avec une biométrie de 14-15 SA et un placenta postérofundique, épaissi à 5 cm, hyper échogène, non vascularisé, siège de plusieurs images arrondies anéchogènes, millimétriques faisant évoquer une mole hydatiforme avec respect du myomètre.

Morphologie fœtale : Contours céphaliques vus , Plexus choroïde vu , Cœur non exploré avec les 4 cavités non équilibrées , Abdomen : siège d'une ascite, avec une ouverture antérieure de 3 mm siège d'un kyste du cordon . Les annexes droit et gauche : mesurant respectivement 96 X80 mm et 99X80 mm, multi kystique avec des cloisons épaisses et vaisseaux.

Le bilan biologique a montré une hyperthyroïdie (TSH inférieure à 0,01), le dosage de la  $\beta$ HCG revenu à 917.593UI/L. la grossesse s'est arrêté à 17SA d'où la décision d'un déclenchement de travail par misoprostol (400ug toutes les 3h ) , la patiente à expulsé 2h après la deuxième pose du misoprostol un fœtus de sexe féminin en état de mort apparente avec un poids de naissance à 200g (Figure 1et 3). une aspiration intra-utérine a été

pratiquée en post-abortum immédiat pour évacuer le reste du placenta . Le placenta était d'aspect vésiculaire pesant 500 g (Figure 1 et 2). L'examen anatomopathologique du placenta a confirmé le diagnostic d'une mole hydatiforme partielle. la patiente n'a pas présenté de complications par la suite et le taux de  $\beta$ HCG a chuté rapidement.



**Figure 1**



**Figure 2**



**Figure 3**

## **II. Discussion**

Les grossesses molaires sont classées comme des conceptions non viables [6]. 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 [7]. 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.

Les môles avec présence d'embryon peuvent correspondre soit à une grossesse unique avec môle partielle, dite antérieurement « môle embryonnée » (placenta et fœtus triploïdes), soit à une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique (dizygote) au sein de laquelle une môle complète (diploïde, classiquement d'origine paternelle par disomie uniparentale [15]) coexiste avec un fœtus et son placenta normaux. On la nomme alors môle complète avec fœtus coexistant

La coexistence d'un fœtus diploïde avec une MHP est une situation extrêmement rare au cours de laquelle le fœtus peut survivre à terme [5, 8]. Devant cette association, le diagnostic différentiel principal étant une grossesse gémellaire avec un fœtus diploïde et un placenta normal et un deuxième placenta en môle complète où la première évaluation s'intéresse à la recherche d'un placenta séparé normal [9]. La dysplasie mésoenchymateuse placentaire est une lésion vasculaire placentaire qui constitue également un diagnostic différentiel rare avec la MHP qu'il ne faut pas méconnaître [10].

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 [11, 12]. 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 [13]. 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 [14]

### III. Conclusion

La môle hydatiforme partielle associée à un fœtus diploïde est une forme rare de maladie trophoblastique gestationnelle. Malgré la connaissance parfaite des mécanismes physiopathologiques des anomalies chromosomiques lors des grossesses môleuses, 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

### Références

- [1] 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. doi: 10.1111/j.1471-0528.1982.tb04693.x.
- [2] 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. doi: 10.1016/s1470-2045(03)01245-2.
- [3] Garner EI, Goldstein DP, Feltmate CM, Berkowitz RS. Maladie trophoblastique gestationnelle. *Clin Obstet Gynecol.* 2007 Mar;50(1):112–22. doi: 10.1097/GRF.0b013e31802f17fc.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] Smith HO, Kohorn E, Cole LA. Choriocarcinome et maladie trophoblastique gestationnelle. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005;32(4):661–84. doi: 10.1016/j.ogc.2005.08.001.
- [7] 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. doi: 10.1016/j.ygyno.2005.02.002.
- [8] Deveer R, Ustun YE, Eryilmaz OG, Akbaba E, Deveer M. Molar pregnancy with a live fetus. *J Clin Anal Med.* 2015;6:88–90.
- [9] Changchien CC, Eng HL, Chen WJ. Twin pregnancy with hydatidiform mole (46, XX) and a coexistent fetus (46, XY): report of a case. *J Formos Med Asso.* 1994;93(4):337–339.
- [10] Moscoso G, Jauniaux E, Hustin J. Placental vascular anomaly with diffuse mesenchymal stem villous hyperplasia: a new clinicopathological entity? *Pathol Res Pract.* 1991;187(2-3):324–328. doi: 10.1016/s0344-0338(11)80791-0.
- [11] Rathod S, Rani R, John LB, Samal SK. Successful outcome of twin gestation with partial mole and co-existing live fetus: a case report. *J Clin Diag Res.* 2015;9(8):QD01–QD02. doi: 10.7860/JCDR/2015/13038.6268. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- [12] Koregol M, Bellad M, Malapati C. Partial hydatidiform mole with a live fetus: a rare entity. *J South Asian Feder Obste Gynae.* 2009;1(3):77–79. [Google Scholar]
- [13] Ramani B, Patel O, Behera SK, Pradhan S, Panda SR. Living fetus without congenital malformation in a singleton partial hydatidiform molar pregnancy: a case report and review of the literature. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2014;3(4):1130–1133. [Google Scholar]
- [14] Hsieh CC, Hsieh TT, Hsueh C, Kuo DM, Lo LM, Hung TH. Delivery of a severely anemic fetus after partial molar pregnancy: clinical and ultrasonographic findings. *Hum Reprod.* 1999;14(4):1122–1126. doi: 10.1093/humrep/14.4.1122. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- [15] Kajii T, Ohama K. Androgenetic origin of hydatidiform mole. *Nature* 1977;268:633–4