



Grossesse gémellaire associant une grossesse molaire et un fœtus normal : implications obstétricale et oncologique

Twin pregnancy combining a molar pregnancy and a normal fetus: obstetrical and oncological implications

Ngaha J^{1,3}, Meka E^{2,3}, Moustapha B¹, Tompeen I^{2,3}, Douanla³, Dohbit J^{2,3}, Sando Z²

Cas clinique

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala

² Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I

³ Service d'oncologie gynécologique et pédiatrique, Hôpital gynéco- obstétrique et pédiatrique de Yaoundé I

Auteur correspondant :

Ngaha Yaneu Junie, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala,

Email :

jyaneungaha@yahoo.com;

Tel : (+237) 696148669

Mots-clés : Jumeau, Grossesse, Pré-éclampsie, Oncologie

Key words: Twin, Pregnancy, Pre-eclampsia, Oncology

RESUME

Les grossesses gémellaires associant mole hydatiforme et jumeau sain sont une entité rare. Plusieurs études ont rapporté des complications obstétricales et oncologiques de cette pathologie. Nous rapportons un cas de grossesse gémellaire associant un embryon sain et une grossesse molaire compliquée d'hypertension artérielle et de mole invasive partielle. Il s'agissait d'une patiente de 29 ans venue consulter pour métrorragie survenue 13 SA. Une échographie obstétricale a permis d'objectiver une grossesse gémellaire intra-utérine concordant avec le terme clinique, une activité cardiaque du J1, un sac gestationnel de J2 à contour irrégulier présentant de multiples plages kystiques évocateur d'une grossesse molaire. Elle a développé une pré-éclampsie sévère cours d'hospitalisation pour laquelle une induction du travail a été initiée. Le matériel d'expulsion était fait d'un fœtus mort de sexe masculin avec son trophoblaste associé à une masse vésiculeuse de 16cm. L'analyse anatomopathologique de la masse confirme le diagnostic de mole partielle. Les taux sériques de BHCG plasmatiques faits à 72h d'intervalle étaient de 6336,94m UI/ml à l'admission et de 76414,20m UI/ml à J2 post expulsion. Une surveillance sérique des BHCG plasmatique et une contraception sont entrepris. La grossesse gémellaire associant une mole hydatiforme et un embryon normal est souvent associée à des complications imposant une interruption de grossesse. La complication la plus redoutée est l'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle. Une surveillance des BHCG plasmatiques est recommandée ainsi qu'une prise en charge oncologique devant une persistance de taux élevés.

ABSTRACT

Twin pregnancies involving a hydatidiform mole and a healthy twin are rare. Several studies have reported obstetric and oncological complications. We report a case of twin pregnancy with a healthy embryo and a molar pregnancy complicated by arterial hypertension and partial invasive mole. The expulsion material consisted of a dead male foetus with its trophoblast associated with a vesicular mass measuring 16 cm. Pathological analysis of the mass confirmed the diagnosis of partial mole. Serum plasma BHCG levels taken 72 hours apart were 6336.94m IU/ml on admission and 76414.20m IU/ml on day 2 post-expulsion. Serum plasma BHCG monitoring and contraception were undertaken. Twin pregnancies involving a hydatidiform mole and a normal embryo are often associated with complications requiring termination of pregnancy. The most feared complication is the development of a gestational trophoblastic tumour. Monitoring of plasma BHCG levels is recommended, as is oncological management in the event of persistent high levels in adolescents as well as adults and are responsible for the same complications.

Introduction

Grossesse gémellaire associant une mole hydatiforme et fœtus sain (GGMH) est possible bien que rare. Sa fréquence est de 1/ 22 000 à 1/ 100 000 [1]. Plusieurs études ont montré qu'une telle association présente des complications maternelle notamment la prééclampsie sévère et précoce [2] qui représente un risque de morbidité maternelle élevé. A distance, A d'après la littérature, il existe une augmentation du risque d'évolution vers une TTG lors de l'association d'une mole hydatiforme et d'un fœtus sain, par rapport à une mole hydatiforme simple [3]. Pour la mole hydatiforme simple, l'incidence de survenue d'une TTG est de 12 à 20%, alors que les études rapportent un risque compris entre 19 et 57 % pour les grossesses gémellaires associant mole hydatiforme et fœtus sain [3] Nous rapportons un cas de grossesse gémellaire associant une grossesse molaire et un embryon sain compliqué de prééclampsie et présentant un risque d'évolution vers une TTG après interruption.

Cas clinique :

Une patiente de 29 ans, quatrième geste, deuxième pare, un antécédent de fausse couche spontanée à 8 SA, consulte pour des métrorragies du deuxième trimestre à 13 semaines d'aménorrhée. L'examen physique retrouve une pression artérielle élevée à 144/94 mmHg, une pâleur conjonctivale, une hauteur utérine à 16cm, supérieure à l'âge de la grossesse. Le col est long postérieur et fermé avec un doigtier souillé de sang noirâtre. Une échographie obstétricale faite a révélé une grossesse gémellaire intra-utérine évolutive avec une activité cardiaque du 1^{er} sac et un 2^e sac gestationnel au contour irrégulier siège de plusieurs kystes d'aspect « Nid d'abeille » faisant évoquer une mole hydatiforme partielle. Le bilan biologique fait a montré une anémie modérée à 8 g/dl, un taux de plaquette normal à 129000 /mm³, une protéinurie à 3+ et un taux plasmatique de BHCG à 6336,94 m IU/ml., les transaminases hépatiques, l'urée et la créatinine n'ont pas été dosés faute de moyens financiers limités. Nous avons posé le diagnostic de prééclampsie surajouté compliquant une grossesse gémellaire associant mole et fœtus sain. Devant ce tableau de prééclampsie, une interruption de grossesse du travail au misoprostol a été initiée et conduite. L'expulsion a eu lieu 6h après et le matériel d'expulsion était constitué d'un fœtus de sexe masculin macroscopiquement normal pesant 150g

avec son trophoblaste et d'un amas vésiculaire de 16 cm de longueur associé à du liquide amniotique d'environ 200ml (**Figure 1**).



Figure 1 : fœtus vivant de 13SA avec son trophoblaste et masse vésiculeuse (en haut)

Les suites post expulsion ont été simples. La patiente a bénéficié de transfusion de produits sanguins et d'un traitement antihypertenseur à base de sulfate de magnésium et de nifédipine. Les chiffres tensionnels étaient normaux. Le dosage d'un 2^e taux de BHCG, 24h après l'expulsion était à 76414,20 m UI /ml. Le produit d'expulsion acheminé au laboratoire d'histopathologie et les résultats ne pouvant être disponible 21 jours après, La sortie de l'hôpital a été autorisée 48h après expulsion et devant des paramètres vitaux satisfaisants. La patiente est revue au rendez- vous 42 jours plus tard. L'analyse histopathologique évoque une mole hydatiforme partielle. Un 3^e dosage à 6 semaines est de 5012,17m UI/ml. la patiente se plaint d'une persistance de saignements vaginaux d'abondance modérée. Une échographie pelvienne faite à ce moment montre une cavité utérine vide sans signe d'invasion myométriale. Une surveillance de la courbe des BGCG est préférée et la patiente est mise sous contraceptif par un implant progestatif type implanon. Le 4^e dosage de BHCG fait à 2 semaines d'intervalle avec le 3^e montre une stagnation de la courbe avec un taux à 4050m UI/ml. la patiente décrit une persistance de saignements vaginaux. A ce moment une réunion de concertation pluridisciplinaire avec gynécologue,

oncologue et anatomopathologiste a lieu et la décision de mise en route d'un protocole monodose de méthotrexate est prise. La patiente reçoit une injection de méthotrexate à raison de 1mg/kg. Elle est revue un mois plus tard avec un taux de BHCG plasmatique à 234,76. Elle est attendue avec un autre contrôle dans 4 semaines. Les surveillances s'arrêteront dès négativation des BHCG.

Discussion

La mole gémellaire est la coexistence d'un œuf avec un embryon sain et une grossesse molaire. C'est une entité inhabituelle mais possible. Les signes cliniques sont souvent inconstants, le diagnostic est posé très souvent précocement par une échographie obstétricale. Celle-ci met en évidence la présence de deux sacs l'un contenant un embryon normal avec son trophoblaste et l'autre contenant un amas vésiculaire donnant une image en nid d'abeilles sans embryon évocateur d'une grossesse molaire. Parallèlement, une élévation de l'hormone chorionique gonadotrope 10 à 100 fois la normale par rapport à l'âge de la grossesse est pathognomonique de la présence d'une grossesse molaire. La prise en charge de ces grossesses est difficile compte tenu des complications. Elles peuvent entraîner l'hypertension artérielle, la prééclampsie (6%), l'hyperthyroïdie (28%), les saignements vaginaux (21%) répétés entraînant une anémie, la mort fœtale in utero (13%) et le risque d'évolution vers une tumeur gestationnelle trophoblastique [1,2,4]. C'est la complication la plus redoutée. L'incidence de tumeur trophoblastique gestationnelle semble plus importante dans le cas d'association d'une mole hydatiforme complète avec une grossesse singleton normale selon la majorité des études publiées [2,5,6] avec des taux variant entre 50 à 57%. Les recommandations de prise en charge de la GGMH ne sont pas encore codifiées. Plusieurs auteurs sont unanimes sur la place de l'interruption thérapeutique de grossesse en cas de diagnostic précoce [7]. D'autres suggèrent que la grossesse peut être menée à terme si le diagnostic est fait tardivement et en absence de complications [8] et que la probabilité d'obtenir une naissance vivante variant entre 16 et 56% [9,10]. Dans tous les cas une surveillance de la courbe de BHCG doit être faite afin d'observer une négativation du taux après l'expulsion ou après l'accouchement. Dans plusieurs séries, une stagnation de la courbe de BHCG a motivé une prise en charge oncologique par des antimitotiques [10]. De même des cas de

métastases à distance ont été observés chez des patientes en post expulsion devant des taux de BHCG persistants [10]. Dans notre cas, nous avons opté pour l'arrêt de la grossesse vu le très jeune âge de la grossesse et la complication hypertensive qu'elle entraînait. Malgré le fait que la mole hydatiforme partielle soit classée comme une tumeur trophoblastique gestationnelle à bas risque selon la classification de la fédération internationale de gynécologie obstétrique 2000 [6], la persistance de saignements vaginaux et la stagnation des taux de BHCG six semaines après l'expulsion du produit trophoblastique, une monochimiothérapie à base de méthotrexate a été préconisée avec une bonne évolution clinique et biologique à quatre semaines. Cette mesure thérapeutique a été considérée comme sécurisante, des cas de TTG ont été décrits par certains auteurs après interruption de grossesse [11]. Le risque de TTG ne dépendrait pas de l'issue de la grossesse [2].

Conclusion

Les complications des grossesses gémellaires associant une mole hydatiforme et un embryon sain sont décrites. La complication hypertensive est possible et peut survenir précocement. Le risque d'évolution vers une tumeur gestationnelle trophoblastique semble plus élevé que dans une mole complète unique. A ce jour, on ne dispose pas de recommandation sur la place de l'ITG ou sur la conservation de la grossesse devant une GGMH, mais néanmoins nous avons opté pour une attitude thérapeutique qui nous semblait la plus sécurisante pour la patiente.

Conflits d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Contribution des auteurs :

Management du cas : Ngaha Junie, Tompeen Isidore, Dohbit Julius, **Rédaction de l'article :** Ngaha Junie, **Relecture :** Moustapha bilkissou, Tompeen Isidore, Meka esther, Dohbit Julius, **Supervision:** Meka esther, Sando Zacharie

Références

1. Stellar MA, Genest DR, Bernstein M, 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. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Arsène E, Clouqueur E, Stichelbout M, Devisme L, Vaast P, Subtil D. [Twin pregnancy with complete mole and coexisting fetus : Reach fetal viability is possible]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015 Nov ;44(9) :887–90.

3. Boufettal H, Essodegui F, Mahdoui S, Samouh N. Grossesse gémellaire associant une môle hydatiforme complète et une grossesse singleton normale. *Imag Femme*. 2014 Mar 1 ;24(1) :38–41. 36. Zhou X, Chen Y, Li Y, Duan Z. Partial hydatidiform mole progression into invasive mole
4. Anderson CK, Deiter RW, Motz MJ, Goldstein JA. Complete hydatidiform mole with a coexistent healthy, viable fetus near term : a case report. *J Reprod Med*. 1996; 41(1): 55-58. PubMed | Google Scholar
5. Lin, L.H., Maestá, I., Braga, A., Sun, S.Y., Fushida, K., Francisco, R.P.V., Elias, K.M., Horowitz, N., Goldstein, D.P., Berkowitz, R.S., 2017. Multiple pregnancies with complete mole and coexisting normal fetus in North and South America: a retrospective multicenter cohort and literature review. *Gynecol. Oncol.* 145, 88– 95.
6. Matsui H, Sekiya S, Hando T, Wake N, Tomoda Y. Hydatidiform mole a coexistent with a twin live fetus - A national Collaborative study in Japan. *Hum Reprod*. 2000;15(3):608–611. doi: 10.1093/humrep/15.3.608 . [PubMed] [Google Scholar]
7. Fishman DA, Padilla LA, Keh P et al. Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatidiform mole and normal fetus. *Obstet et Gynecol*. 1998; 91(4):546-50. PubMed | Google Scholar
8. FIGO Oncology committee. FIGO staging of gestational trophoblastic neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002; 77(3): 285-7. PubMed | Google Scholar
9. Bruchim I, Kidron D, Amiel A, Altaras M, M D Fejgin. Complete Hydatiform mole and coexistent viable fetus : report of two cases and review of literature. *Gynecol onco*. 2000; 77(1):197-202. PubMed | Google Scholar
10. Massardier J, Golfier F, Journet D, Frappart L, Zalaquett M, Schott AM, et al. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and co existent fetus: Obstetrical and oncological outcomes in a series of 14 cases. *Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;143(2):84–87. doi: 10.1016/j.ejogrb.2008.12.006. [PubMed] [Google Scholar]
11. Hsiu-Huei Peng , Kuan-Gen Huang , Ho-Yen Chueh , Aizura-Syafinaz Adlan , Shuenn-Dyn Chang , Chyi-Long Lee. Term delivery of a complete hydatidiform mole with a coexisting living fetus followed by successful treatment of maternal metastatic gestational trophoblastic disease.case report. *Taiwan. J obstet & gynecol*. Vol53, Issue 3, Sept 2014 Pages 397-400.

