

Grossesse molaire tubaire : à propos d'un cas

H. Fasla, K. Khabtou, M. Ennachit, K. Fichtali, M. El Karroumi
Service de gynécologie obstétrique « B » Maternité Lalla Meriem
CHU Ibn Rochd, Casablanca. Maroc

Résumé :

Les maladies trophoblastiques gestationnelles (MT) comprennent un large spectre de pathologies allant des lésions précancéreuses bénignes, môle hydatiforme partielle et complète (respectivement MP et MC), aux lésions malignes, môles invasives, choriocarcinomes et tumeurs du site d'implantation (1). L'incidence de la molaire hydatiforme est de 1 sur 1000-2000 grossesses. La grossesse molaire tubaire elle est extrêmement rare.

Nous rapportant le cas d'une femme âgée de 28 ans, nullipare, ayant une infertilité primaire de 2 ans, admise aux urgences pour des métrorragies avec des algies pelviennes. Le dosage de BhCG était positif, une échographie endovaginale réalisée objective la présence d'une formation hypoéchogène hétérogène latéro utérine multikystique avec un épanchement péritonéal de faible abondance et un utérus vide. Il a été décidé de recontrôler le taux de β -hCG après 48 heures et de réévaluer la situation. Au bout de 48 heures ce taux était 85.000 UI / ml. La patiente a présenté un tableau clinique de GEU rompue. L'indication d'une laparotomie a été posée en urgence pour suspicion de grossesse extra utérine rompue. L'exploration a trouvé une grossesse tubaire gauche rompue siège de vésicules avec une trompe non conservable. Il a été décidé de réaliser une salpingectomie gauche. L'histologie a démontré un tissu trophoblastique avec des caractéristiques compatibles avec une grossesse molaire partielle. Les suites post opératoires étaient simples. Le contrôle de taux de BhCG plasmatique était en régression avec une négativation au bout de 3 mois.

Mots-clés : grossesse molaire extra-utérine, la grossesse tubaire, histopathologie, la gonadotrophine chorionique humaine, la grossesse molaire

Summary :

Gestational trophoblastic disease (MT) include a broad spectrum of diseases ranging from benign precancerous lesions, partial and complete hydatidiform mole (MP and MC respectively), malignant lesions, invasive moles, choriocarcinoma and tumors of the implantation site (1). The incidence of hydatidiform mole is 1 in 1000-2000 pregnancies. The molar tubal pregnancy is extremely rare. We related the case of a woman aged 28 years, nulliparous, with primary infertility 2 years, admitted to the emergency room for bleeding with pelvic pain. The assay was positive bHCG, a transvaginal ultrasound performed objectively the presence of a heterogeneous hypoechoic formation latero uterine multicystic peritoneal effusion with a low abundance and an empty uterus. It was decided to retest β -hCG levels after 48 hours and reassess the situation. After 48 hours the rate was 85,000 IU / ml. The patient presented a clinical picture of ruptured ectopic pregnancy. The indication for laparotomy was asked urgently for suspected ruptured ectopic pregnancy. Exploration found a tubal pregnancy ruptured vesicles left seat with a non-retainable wrong. It was decided to make a left salpingectomy. Histology showed a trophoblastic tissue with characteristics consistent with a partial molar pregnancy. The postoperative suites were simple. Plasma bHCG rate of control was a regression with negativation after 3 months.

Keywords: molar ectopic pregnancy, tubal pregnancy, histopathology, human chorionic gonadotropin, molar pregnancy

Introduction:

La môle hydatiforme (ou grossesse molaire) est une anomalie rare de la grossesse, définie par la dégénérescence kystique des villosités chorionales associée à une prolifération tumorale du trophoblaste. Il n'y a, en général, pas d'embryon, et donc pas de grossesse vraie; on parle alors de môle hydatiforme complète. Cependant, il arrive qu'un embryon se développe quand même, mais il ne peut survivre; on parle alors de môle hydatiforme partielle. Dans ce cas, La survenance d'une môle hydatiforme dans un site ectopique est très rare. Il est important de différencier une môle hydatiforme d'une grossesse extra-utérine, en particulier chez les femmes infertiles et surtout qui ont une histoire de l'induction d'ovulation. (2)

Observation :

Mme F.R âgée de 28 ans, mariée, nullipare, ayant une infertilité primaire de 2 ans secondaire à un Syndrome des ovaires poly kystiques (SOPK) qui consulte aux urgences pour des algies pelviennes aiguës associées à des métrorragies noirâtres, la patiente rapporte la notion de retard de règles de 2 mois. Le dosage de β -hCG était positif à 50 000 unités / ml. La grossesse a eu lieu après l'utilisation de Clomid 100 mg par jour pendant 5 jours. L'examen clinique trouve une patiente consciente, pale, TA : 100/60 mmHg, FC : 110 battements / min, une température de 36,8 ° C, FR : 22 cycles / min, l'abdomen était souple. Au toucher vaginal, le doigtier est souillé de sang noirâtre avec un col fermé et un utérus rétroversé, la FIG était légèrement sensible. Pas du cri du douglas au TR. L'échographie endovaginale réalisée a objectivé la présence d'une formation hypoéchogène hétérogène latéro-utérine multikystique mesurant 33 x 18 mm avec une fine lame d'épanchement au niveau du CDS de Douglas. L'utérus était vide avec une épaisseur endométriale mesurée à 9 mm. (Fig. 1,2)

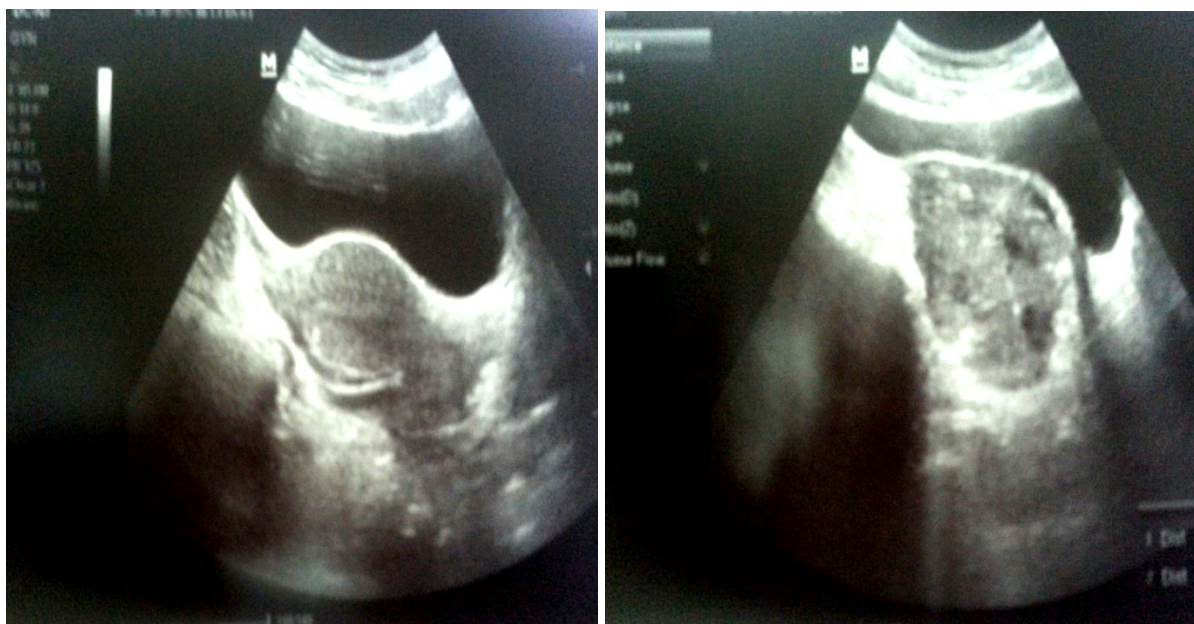


Fig. 1,2 : Aspect échographique d'une masse latéro-utérine avec un utérus vide
Fig. 1.2: sonographic appearance of a latero-uterine mass with an empty uterus

Il a été décidé de recontrôler le taux de β - hCG après 48 heures et de réévaluer la situation. Au bout de 48 heures ce taux était 85.000 UI / ml. La patiente a présenté des algies pelviennes aiguës avec lipothymie et une hypotension à 09/05 Cmhg. Le TV objective du sang rougeâtre. Au TR :

présence du cri du douglas. Une échographie pelvienne réalisée en urgence a objectivé un épanchement de grande abondance d'où l'indication d'une laparotomie en urgence pour suspicion de grossesse extra utérine rompue. L'exploration a trouvé une grossesse tubaire gauche rompue siège de vésicules avec une trompe non conservable. Il a été décidé de réaliser une salpingectomie gauche. Les SPO étaient simples et la patiente a été déclarée sortante à J3 du post Op. L'étude histologique était en faveur d'une mole hydatiforme partielle de localisation tubaire. Suite à ce résultat, un bilan de mole hydatiforme a été réalisé avec contrôle de BhCG.

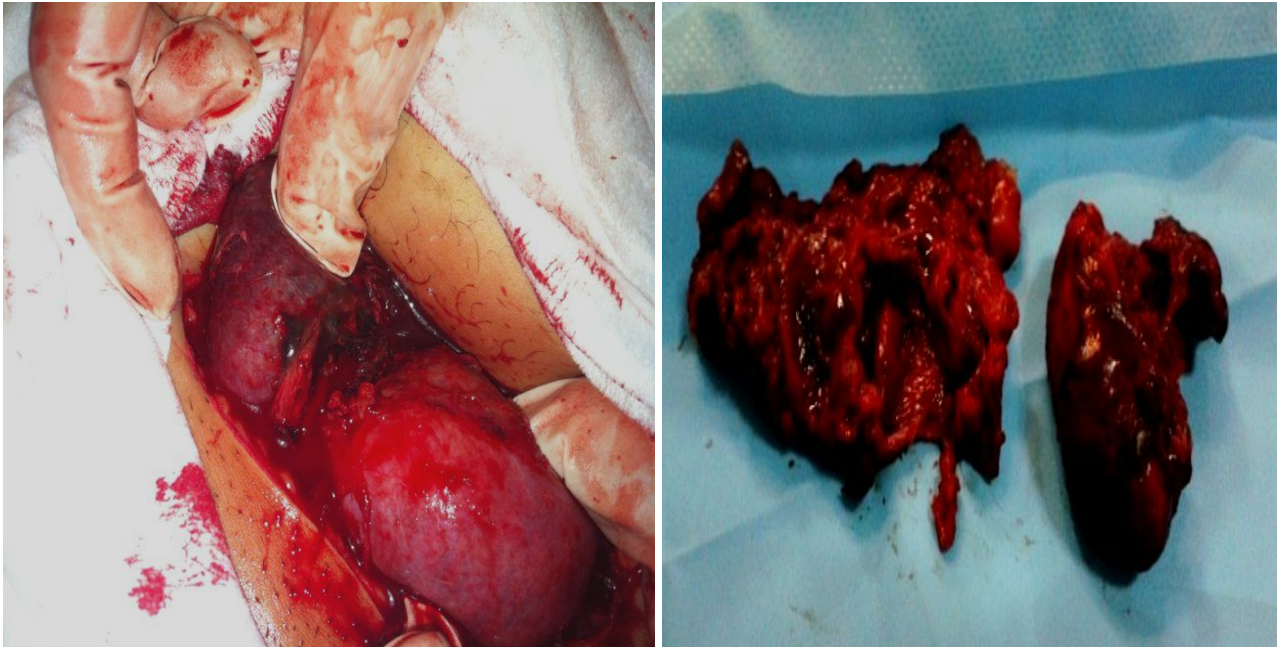


Fig. 3,4 : *Aspect per-opératoire de la môle tubaire avec réalisation d'une salpingectomie*
Fig. 3.4: *Intra operative appearance of tubal mole with conducting a salpingectomy*

Discussion :

La môle hydatiforme (ou grossesse molaire) est une anomalie rare de la grossesse, définie par la dégénérescence kystique des villosités choriales associée à une prolifération tumorale du trophoblaste. (3) Les môles résultent d'une anomalie de la fécondation avec excès de matériel chromosomique paternel. La môle complète dérive de la fécondation d'un ovule anucléé par un ou deux spermatozoïdes haploïdes. Son caryotype est 46XX (75% des cas) ou 46XY (25%). La mole complète est caractérisée par une hyperplasie du trophoblaste associée à une dégénérescence généralisée des villosités choriales et une absence de cavité amniotique et de tissu embryonnaire. La môle partielle dérive de la fécondation d'un ovule normal par deux spermatozoïdes ou un spermatozoïde anormal. Elle est caractérisée par une hyperplasie focalisée du trophoblaste, une dégénérescence localisée des villosités choriales, un tissu embryonnaire identifiable. Le caryotype est triploïde dans 99% des cas. (4) Cette complication rare concerne 1 à 3 / 1000 grossesses. Les très jeunes femmes, de moins de 20 ans et les femmes âgées entre 45 et 50 ans sont considérées comme les 2 groupes à risques de grossesse molaire. (7)

Dans notre observation, le diagnostic évoqué est la GEU sur la base des signes fonctionnels (aménorrhée secondaire, algie pelvienne aiguë et présence de métrorragies de sang noirâtre), des facteurs de risque (infertilité sur des ovaires poly kystiques), des signes échographiques (masse latéro-utérine gauche, utérus vide, lame d'épanchement pelvien) et d'un taux de β HCG positif. Le taux de β HCG anormalement élevé ou faible peut faire évoquer le diagnostic d'une grossesse molaire tubaire mais le diagnostic de certitude est posé après examen histologique de la pièce opératoire. Dans la littérature, le diagnostic de choriocarcinome tubaire est une découverte histologique après

des interventions réalisées pour des tableaux cliniques variés. Il s'agit le plus souvent de GEU rompues (4,6 et 10), mais d'autres diagnostics différentiels ont été évoqués : suspicion de kyste ovarien tordu (5), suspicion d'un fibrome pédiculé ou tumeur ovarienne (11), tableau d'avortement septique avec abcès tubo-ovarien en raison d'un contexte fébrile et la palpation d'une masse annexielle (12). Une association entre grossesse intra-utérine évolutive et CCT diagnostiquée 32 SA dans un tableau d'hémorragie intrapéritonéale a été aussi décrite par Crips, en 1956. (13) Bien que l'apparition simultanée d'une grossesse intra-utérine et une grossesse molaire tubaire est rare, près de 40 cas de môle hydatiforme extra-utérine ont été rapportés dans la littérature (9).

Types de môles hydatiformes :

Môle complète : Elle dérive de la fécondation d'un ovule anucléé (sans noyau) par un ou deux spermatozoïdes; dans cette forme, il n'y a jamais d'embryon, seulement du placenta qui prolifère anormalement.

Môle partielle : Elle dérive de la fécondation d'un ovule normal par deux spermatozoïdes ou un spermatozoïde anormal; dans ce cas le placenta grossit également de façon anormale mais en plus l'embryon se forme mal. La môle partielle est retrouvée dans 10 à 20% des avortements et est responsable d'un arrêt du développement embryonnaire. (8)

Diagnostic :

La grossesse molaire s'identifie par des symptômes de grossesse amplifiés: saignements, nausées, vomissements, gonflement abdominal, hausse du niveau de l'hormone de grossesse (HCG)... Le taux de BhCG dans les grossesses molaires tubaires peut être légèrement inférieur aux taux des môles intra utérines car l'implantation dans la trompe de Fallope pourrait empêcher une vascularisation adéquate. (14) Une grossesse molaire complète est perceptible lors d'une échographie (Images en grappe de raisin ou nid d'abeille caractéristiques, il n'y a ni cavité amniotique, ni embryon), mais une grossesse molaire partielle est plus difficile à diagnostiquer (le trophoblaste peut être focalement lacunaire, souvent associé à un sac gestationnel, voire à un embryon).

Traitement :

Le traitement repose sur une salpingotomie ou une salpingectomie en fonction de l'état local de la trompe. Le risque majeur de cette maladie est la constitution d'une tumeur maligne trophoblastique gestationnelle de mauvais pronostic si elle n'est pas dépistée et traitée à temps. Ce risque est proche de 10 à 15 % pour les môles complètes et de 0,5 à 3 % pour les môles partielles. Le traitement se fait alors par chimiothérapie. (15)

Surveillance et pronostic :

Toutes les femmes ayant fait une grossesse molaire doivent bénéficier d'une surveillance accrue, hebdomadaire puis mensuelle, de leur taux de d'hormones de grossesse (HCG). Ce taux doit redevenir négatif en général dans les 2 à 3 mois après l'évacuation du contenu. Néanmoins la vérification du dosage se poursuivra pendant plusieurs mois selon les cas. Chez 90% des femmes ce test passe complètement et définitivement en négatif sans aucun problème ultérieur. Après une môle hydatiforme, une nouvelle grossesse est tout à fait possible même avec une seule trompe en cas de salpingectomie, mais il est généralement conseillé d'attendre entre 6 mois et 1 an pour ne pas gêner la surveillance. Cette nouvelle grossesse devra être très étroitement surveillée. Le risque de môle hydatiforme lors d'une nouvelle grossesse est très faible: entre 0,5 à 1 %. Le délai pour débiter une nouvelle grossesse est plus long lorsque la femme a dû subir un traitement chimiothérapique.

Références:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Ectopic pregnancy— United States, 1990-92. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44: 46–8.
2. Soper JT HC. Gestational trophoblastic neoplasms. In: Scott DP Jr, Hammond CB, Spellacy WN, eds. *Danforth's obstetrics and gynecology*. Philadelphia: Lippincott, 1990:1141–55.
3. Jacobs PA, Szulman AE, Funkhouser J, Matsuura JS, Wilson CC. Human triploidy: relationship between parental origin of the additional haploid complement and development of partial hydatidiform mole. *Ann Hum Genet* 1982;46:223–31.
4. Depypere HT, Dhont M, Verschraegen-Spae MR, Coppens M. Tubal hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:209–10.
5. Fisher RA, Paradinas FJ, Newlands ES, Boxer GM. Genetic evidence that placental site trophoblastic tumours can originate from a hydatidiform mole or a normal conceptus. *Br J Cancer* 1992;65:355–8.
6. Bagshawe KD, Lawler SD, Paradinas FJ, Dent J, Brown P, Boxer GM. Gestational trophoblastic tumours following initial diagnosis of partial hydatidiform mole. *Lancet* 1990;335:1074–6.
7. Hertig AT. *Atlas of tumor pathology*. Washington, D.C.: Mansell, 1956; section 9:33.
8. Hertig AT. Human trophoblast hydatidiform mole. In: Thomas CC, ed. *Human trophoblast*. Springfield, 1968.
9. Burton JL, Lidbury EA, Gillespie AM, Tidy JA, Smith O, Lawry J, et al. Over-diagnosis of hydatidiform mole in early tubal ectopic pregnancy. *Histopathology* 2001;38:409–17.
10. Otto H. Concerning tubal pregnancy with special consideration of a case of tubal hydatidiform mole [inaugural dissertation]. Grunwald, 1871.
11. Pschera H. Hydropic degeneration resembling hydatidiform mole in tubal pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989;68:275–6.
12. Chase JS, Check JH, Nowroozi K, Wu CH. First-trimester serum levels of the beta-subunit of human chorionic gonadotropin in a tubal molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:910.
13. Asseryanis E, Schurz B, Eppel W, Wenzl R, Vavra N, Husslein P. Detection of an atypical invasive mole in an ectopic pregnancy by transvaginal color-flow Doppler. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:1656.
14. Chalmers JA. Hydatidiform mole in the fallopian tube. *J Obstet Gynaecol Br Commonwealth* 1948;55:322–34.
15. Adli AG. Hydatidiform mole in the fallopian tube. *Int Surg* 1976;61: 84–5.