

Môle hydatiforme partielle compliquée de pré-éclampsie sévère

DJERABA.M, ZEMMOUCHI.M, SAIT.S, CHERFI.A, LARIBI.S, MS.OUKID.

Faculté de médecine - Université Blida 1

Abstract

Objectif

Montrer par le biais de ce cas les difficultés rencontrées dans la prise en charge d'une môle hydatiforme partielle évoluée.

Méthode

cas clinique

Résultat

G3P2 ,32 ans orienté pour prise en charge d'une môle partielle de 20 SA avec pré éclampsie sévère, un BHCG initial à 551400. L'échographie à montrer un fœtus vivant avec malformation cérébrale a type hydrocéphalie , un placenta parsemé de micro lacunes ; notre CAT était de déclencher rapidement le travail par la prostaglandine. L'expulsion du fœtus puis du placenta molaire a permis la normalisation rapide de la tension artérielle.

Conclusion

Il ressort de ce cas que le déclenchement du travail est de règle toute fois il doit obéir à certaines conditions. La voie basse reste privilégiée.

Introduction

La môle hydatiforme partielle est une anomalie rare de la grossesse, correspond à l'entité préma ligne des maladies trophoblastiques gestationnelles(MTG). Elle résulte d'un mélange de vésicules molaires et de villosités placentaire normales avec un tissu embryonnaire reconnaissable⁽¹⁾. Cependant il arrive qu'un embryon ou même un fœtus se développe et évolue parfois jusqu'au deuxième trimestre de la grossesse mais aux dépens de complication grave⁽²⁾. Dans cette observation nous rapportons le cas d'une môle hydatiforme partiel évoluée compliqué d'une pré éclampsie sévère .la gravite de ce tableau à savoir la grossesse d'allure pathologique fœtus vivant avec malformation cérébral, placenta aussi d'allure molaire avec des signes de gravité de la pré éclampsie suscitent des interrogations ; faut-il déclencher, quelle méthode utilisée et quelle voie préconisée.

Cas clinique

Patiente de 32 ans, G3P2 orienté au niveau de notre centre à Blida pour prise en charge d'une môle partielle de 20 SA avec pré éclampsie sévère à savoir œdème des membres inférieurs, protéinurie à 5 g, et HTA à 220/120 mm/hg et flou visuel. BHCG initial à admission était à 551400 UI/L, l'échographie a montré un fœtus vivant avec malformation cérébrale à type d'hydrocéphalie,et un placenta parsemé de micro lacune. Notre CAT était de transfuser en préopératoire par deux culots globulaires isogroupe isorhésus et de déclencher le travail par la prostaglandine. Le déclenchement par la prostaglandine en intra vaginal a permis l'expulsion en bloc du fœtus puis l'expulsion hémorragique du placenta molaire suivie de la normalisation rapide de la tension artérielle. La surveillance était essentiellement biologique par dosage des BHCG, la guérison est obtenue 4 mois après l'expulsion.



Discussion

Les môles partielles se singularisent par un arrêt du développement à différentes phases de la grossesse, allant des premières semaines jusqu'à la 24e semaine et même au-delà, c'est-à-dire de l'œuf microscopique à la môle embryonnée⁽³⁾, dans notre cas la grossesse molaire a atteint 20 SA.L'incidence de la MHP de 3 pour 1000 grossesses dans les pays occidentaux⁽²⁾ .La môle partielle est généralement triploïde avec un caryotype 69XXX ,69 XXY ou 69 XYY(4).L'équipement chromosomique des embryons triploïdes comprend généralement deux lots de chromosomes d'origine paternelle et un lot d'origine maternelle (triploïdie diandrique) ;on retrouve le rôle des chromosomes paternels dans le développement hyperplasique du placenta, le fœtus comporte des anomalies ,dans notre cas on a retrouvé une anomalie du SNC et un bec de lièvre .Notre patiente à présenter une pré éclampsie précoce, situation rare survenant au cours du deuxième trimestre de la grossesse et peut compliquer les MTG, en particulier chez les femmes en âge de procréer⁽⁵⁾ .

Le traitement de la môle hydatiforme reste le curetage aspiratif par voie basse⁽¹⁾⁽²⁾Quelle que soit la taille de l'utérus. Toute fois dans certaines situations le curetage aspiratif a ses limites ; et L'utilisation de la prostaglandine permet de dilater le col, provoqué les contractions utérines et par conséquent vidé utérus de son contenu.

Conclusion

Il ressort de ce cas que le déclenchement du travail en cas de môle partielle évoluée avec activité cardiaque positif compliqué d'une pré éclampsie sévère est de règle toute fois il doit obéir à certaine condition

- Le déclenchement doit se faire dans un centre de référence ;
- Par un gynécologue expérimenté et un réanimateur ;
- Mode de déclenchement est la prostaglandine ;
- Sang disponible (expulsion très hémorragique) ;
- La voie basse reste privilégiée.

Références

- 1-Patrier S, Pathology of the placenta. Case 1. Early complete hydatidiform mole [archive], Ann Pathol, 2010;30:275-9
- 2-Golfier F, Raudrant D, Frappart L, Mathian B, Guastalla JP, Trillet-Lenoir V, Vaudoyer F, Hajri T, Schott AM., « First epidemiological data from the French Trophoblastic Disease Reference Center », Am J Obstet Gynecol, vol. 196, no 2, 2007 p. 172.e1-5.
- 3-lazrak, mole hydatiformes partielle invasive et métastatique;à propos d'un cas ,the pan african medical journal
- 4- Berkowitz RS, Goldstein DP. Chorionic tumors. New Engl J Med. 335 (23) : 1740-1747, 1996.
- 5-Sibai BM. Imitators of severe preeclampsia. Obstét Gynecol .2007;109(4) ,956-66.pub med (cross ref)