

# Môle hydatiforme chez une femme de 39 ans

Aziz Slaoui MD, Aicha Kharbach MD PhD, Aziz Baydada MD PhD

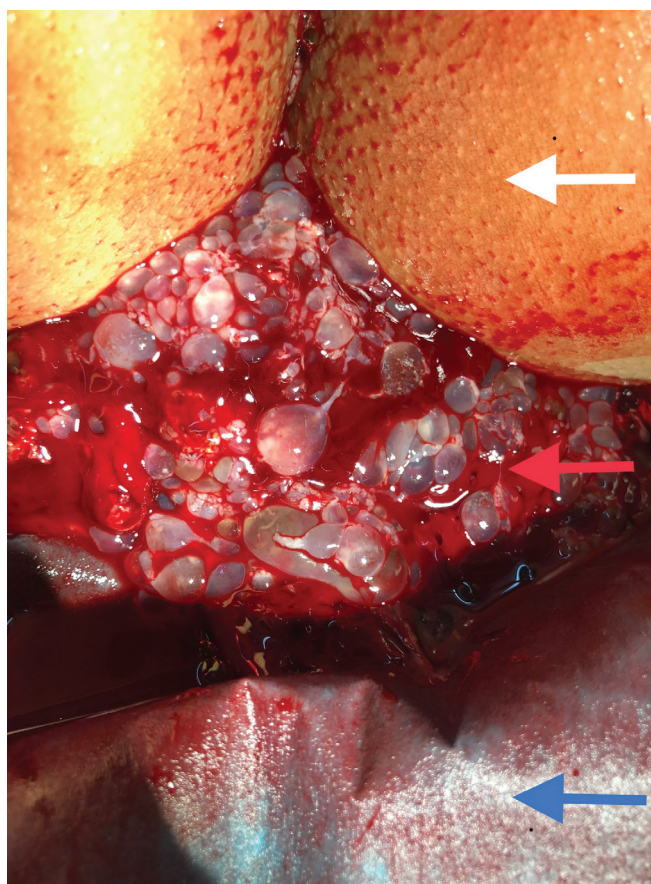
■ Citation : *CMAJ* 2022 September 12;194:E1215. doi : 10.1503/cmaj.220185-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220185](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220185)

Une femme de 39 ans (gestité 4, parité 3) à 14 semaines de gestation s'est présentée au service des urgences avec des douleurs pelviennes aiguës et des saignements vaginaux importants. Sa tension artérielle était de 80/40 mm Hg et sa fréquence cardiaque était de 114 battements/min. Elle était afebrile. L'examen clinique a révélé une sensibilité sus-pubienne modérée accompagnée d'une distension. Une échographie réalisée en contexte clinique a montré que son utérus contenait des structures échogènes ayant l'aspect d'une « tempête de neige ». Aucune structure embryonnaire ou fœtale n'était visible. Lors de l'examen au spéculum, le vagin de la patiente était rempli de caillots sanguins accompagnés de vésicules ressemblant à des raisins (figure 1). Nous avons réanimé la patiente à l'aide de fluides administrés par voie intraveineuse et nous lui avons transfusé 4 unités de culots globulaires. Nous avons effectué une dilatation cervicale opératoire d'urgence et une aspiration échoguidée du contenu utérin. On lui a administré 20 UI d'ocytocine sous forme intraveineuse et les saignements vaginaux se sont résorbés. L'examen pathologique a confirmé le diagnostic clinique d'une grossesse molaire, révélant une môle hydatiforme complète non effractive. Une analyse chromosomique a révélé un caryotype diploïde 46 XX. L'évaluation métastatique de la patiente (constituée d'une radiographie thoracique et d'une échographie abdominopelvienne) était négative. Lors de l'examen de suivi 8 semaines plus tard, son taux sérique de bêta-gonadotrophine chorionique humaine ( $\beta$  hCG) était indétectable.

Une môle hydatiforme est un trouble gestationnel dans lequel un trophoblaste prolifère de manière incontrôlée, formant des vésicules hydropiques<sup>1</sup>. Une môle hydatiforme complète est diploïde et le résultat d'un ovule anucléé comprenant uniquement de l'ADN paternel en raison de la duplication d'un spermatozoïde ou, plus rarement, de la présence de 2 spermatozoïdes. Une môle partielle est triploïde et le résultat de la fertilisation d'un ovule normal par un spermatozoïde dupliqué ou 2 spermatozoïdes. Aucune de ces grossesses n'est viable<sup>2,3</sup>. La fréquence des grossesses môlares varie de moins de 1 : 1000 dans les pays à revenu élevé à plus de 1 : 400 dans les pays à plus faible revenu<sup>3,4</sup>.

Ces grossesses posent 2 menaces sérieuses à la morbidité et la mortalité maternelles : les hémorragies et la maladie néoplasique. Le risque d'hémorragie diminue avec un diagnostic précoce,



**Figure 1** : Photographie d'une patiente en position gynécologique présentant des saignements abondants d'origine vulvaire, montrant les jambes de la patiente (flèche blanche); l'aspect caractéristique d'une môle hydatiforme (flèche rouge), accompagnée de vésicules de différentes tailles (de quelques millimètres jusqu'à 1,5–2 cm de diamètre) aux parois transparentes; des caillots de sang et des fragments de caduque endométriale ainsi que des champs opératoires (flèche bleue).

avant 12 semaines de grossesse. On diagnostique la néoplasie trophoblastique gestationnelle à l'aide de contrôles périodiques des taux de hCG et d'examen d'imagerie. La présence de données montrant une élévation persistante des taux sériques de hCG ou de métastases situées hors de l'utérus, au bassin, aux poumons ou ailleurs, souligne la nécessité de poursuivre avec des traitements de chimiothérapie<sup>3</sup>.

## Références

1. Lurain JR. Gestational throphoblastic disease: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational throphoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:531-9.
2. Sebire N, Fisher R, Foscett M, et al. Risk of recurrent hydatiform mole and subsequent pregnancy outcome following complete or partial hydatiform molar pregnancy. *BJOG* 2003;110:22-6.
3. Eiriksson L, Dean E, Sebastianelli A, et al. Guideline No. 408: management of gestational trophoblastic diseases. *J Obstet Gynaecol Can* 2021;43:91-105.e1.
4. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018; 143:79-85.

**Intérêts concurrents :** Aucun intérêt concurrent déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

**Affiliations :** Service de gynécologie-obstétrique et endoscopie (Slaoui, Baydada), Maternité Souissi, Centre hospitalier universitaire IBN SINA; Service de gynécologie-obstétrique et endocrinologie (Slaoui, Kharbach), Maternité Souissi, Centre hospitalier universitaire IBN SINA, Mohammed V, Université de Rabat, Maroc.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Correspondance :** Aziz Slaoui, azizslaoui27@gmail.com

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.