



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Grossesse gémellaire avec môle complète et fœtus sain coexistant : atteindre la viabilité fœtale est possible

Twin pregnancy with complete mole and coexisting fetus: Reach fetal viability is possible

E. Arsène^{a,*}, E. Clouqueur^a, M. Stichelbout^b, L. Devisme^b,
P. Vaast^a, D. Subtil^{a,c}

^a Maternité Jeanne-de-Flandre, pôle mère-enfant, CHRU de Lille, avenue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

^b Service d'anatomopathologie, pôle biologie-pathologie, CHRU de Lille, boulevard du Professeur-Leclercq, 59037 Lille cedex, France

^c EA 2694, PRES université Lille–Nord-de-France, 59000 Lille, France

Reçu le 21 octobre 2014 ; avis du comité de lecture le 11 janvier 2015 ; définitivement accepté le 20 janvier 2015

MOTS CLÉS

Grossesse gémellaire ;
Môle complète ;
Hydatiforme ;
Tumeur trophoblastique gestationnelle

KEYWORDS

Twin pregnancy;
Complete mole;
Hydatidiform;
Gestational trophoblastic neoplasia

Résumé Les grossesses gémellaires avec môle complète et fœtus sain coexistant sont rares (incidence 1/20 000 à 1/100 000 grossesses) et de diagnostic délicat. Leurs complications sont nombreuses – métrorragies, prééclampsie, fausses couches tardives – et leur prise en charge est à la fois complexe et controversée. En cas de poursuite de la grossesse, la probabilité d'aboutir à la naissance d'un enfant vivant atteint 40%. Les trois quarts des pertes fœtales surviennent avant 24 semaines d'aménorrhée (SA). Nous décrivons trois nouveaux cas dont un seul a eu une issue favorable.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Twin pregnancies combining complete hydatidiform mole and coexistent fetus are a rare situation (incidence in 1/20,000 in 1/100,000 pregnancies) and a challenge for diagnosis. Their complications can be important – bleeding, preeclampsia, miscarriage – and their management remains complex and controversial. In case of continuing the pregnancy, nearly 40% of women have lives babies. Three quarters of fetal loss occur before 24 weeks gestation. We report here three new cases; only one of these cases had a favorable outcome.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emmanuelle.arsene@hotmail.fr (E. Arsène).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.01.012>

0368-2315/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

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 [1]) coexiste avec un fœtus et son placenta normaux. On la nomme alors môle complète avec fœtus coexistant (« with healthy co-twin » ou « with co-existing normal twin » ou « with coexistent fœtus » dans la littérature anglo-saxonne).

Ces môles complètes avec fœtus coexistant sont rares, avec une incidence située entre 1/20 000 à 1/100 000 selon les études [2]. Leur diagnostic est délicat et leur prise en charge complexe et controversée. Les problèmes obstétricaux rencontrés sont surtout de deux ordres : d'une part, faire le diagnostic différentiel avec une môle partielle – de sombre pronostic fœtal – et, d'autre part, savoir si la viabilité fœtale peut être atteinte. Ces grossesses s'accompagnent en effet des complications sévères et précoces des môles complètes (hémorragies et prééclampsies dès le premier trimestre, risque de tumeur trophoblastique gestationnelle), avec un risque important de fausse couche tardive, ou de prématurité extrême [2,3].

Alors que l'évacuation utérine de la grossesse se justifie de manière évidente en cas de môle complète unique [4] (absence d'embryon, survenue de complications maternelles) et qu'une interruption médicale est recevable en cas de môle partielle (embryon triploïde polymalformé), l'attitude à adopter pour les môles complètes avec fœtus coexistant est plus difficile et controversée. Ces grossesses gémellaires comportent en effet des risques maternels

élevés, mais l'embryon – unique – est dépourvu de toute anomalie chromosomique, ce qui laisse espérer atteindre la viabilité. Environ 200 cas de môles complètes avec fœtus coexistant ont été décrits jusqu'ici, dont seulement une cinquantaine avec enfant vivant. Il nous a paru intéressant de rapporter trois cas supplémentaires observés dans un centre universitaire, avec des issues variées qui illustrent les difficultés de prise en charge de ce type de situation.

Observations

Cas n° 1

Mme L., 20 ans, était adressée pour suspicion de grossesse molaire partielle à 12 SA. La biopsie de trophoblaste (molaire) a cependant révélé un caryotype diploïde (Tableau 1). Le diagnostic a secondairement été rectifié en échographie mettant en évidence une môle complète coexistant avec un fœtus sain et son placenta normal (Fig. 1). Une prééclampsie sévère avec HELLP syndrome est survenue à 15 SA, nécessitant une interruption médicale de grossesse d'indication maternelle (Fig. 2).

Cas n° 2

Mme G., 21 ans, était suivie pour des métrorragies depuis 7 SA. Une masse placentaire hétérogène évoquant une môle complète a été mise en évidence à 12 SA. Les caryotypes ont été réalisés à la fois sur le trophoblaste molaire et sur le trophoblaste normal, tous deux de formule 46XX. La patiente a présenté une fausse couche tardive spontanée à 19 SA et 4 jours.

Tableau 1 Cas cliniques : diagnostic et issues de grossesse.
Cases report: diagnosis and pregnancy outcomes.

Cas	Âge gestationnel au diagnostic	Mode diagnostique	Issue de grossesse	Complications	Négativité HCG	Tumeur trophoblastique gestationnelle
Cas 1	12 SA	Échographie puis caryotype du placenta molaire = diploïde	Interruption médicale de grossesse d'indication maternelle à 15 SA (prééclampsie)	Prééclampsie Hémorragie de la délivrance (700 mL) Thrombose ovarienne droite Rétention trophoblastique	3 mois	Non
Cas 2	12 SA	Échographie puis caryotype des placentas molaire et normal = diploïdes	Expulsion spontanée à 19 SA	Prééclampsie – CIVD Hémorragie de la délivrance (1000 mL)	3 mois	Non
Cas 3	22 SA	Échographie (caryotypes des placentas effectués en post-partum)	Césarienne programmée à 33 SA + 4, après montée sondes embolisation	Hémorragie de la délivrance (2000 mL)	3 mois	Non

CIVD : coagulation intravasculaire disséminée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272172>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272172>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)