

## GROSSESSE MOLAIRE EMBRYONNEE SELON UN CAS

A.CHENAF\*, S.BEKHEDIDJA \*\*, N.SELLAM\*\*\*, S.KHEROUA\*, A.TAIBI\*, B.GHEBRIOUT \*

Service d'anatomie générale, faculté de médecine d'Oran, Algérie. \*\*laboratoire d'anatomie générale, faculté de médecine de Blida, Algérie..

\*\*\* Service d'anatomie générale ,EHU Oran, Algérie

### INTRODUCTION

*La mole embryonnée fait partie des maladies trophoblastiques gestationnelles. Il s'agit d'un mélange de vésicules molaïres et de villosités placentaires normales avec tissu embryonnaire reconnaissable.*

### OBSERVATION

- Patiente M/Z, âgée de 30 ans , G3P1A1,sans antécédent particulier
- Admise à notre service pour la prise en charge d'un saignement sur une grossesse de 27 SA + 04 J associé à une incompatibilité rhésus.

### EXAMEN CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

#### ➤EXAMEN OBSTETRICAL:

- Hauteur utérine:32 cm.
- Périmètre ombilical: 88 cm.
- Pas de contractions utérines.
- Toucher vaginal: col médian court épais dilaté à 01 doigt.

#### ➤Bilan biologique:

- Beta hCG : 756 800 mUL/ml
- Hémoglobine: 7,8 g/dl
- Protéinurie des 24 heures: 373,5 mg/24h

### EXPLORATION MORPHOLOGIQUE

#### ECHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE:

- Une grossesse mono-fœtale évolutive.
- Présentation de siège.
- Bip =62,7mm , DAT 63,9 mm, LF:47mm.
- Un placenta bas inséré en grappe de raisin.
- Liquide amniotique en quantité suffisante.



### THERAPEUTIQUE

- Une césarienne a été indiquée en urgence pour un saignement de moyenne abondance sur grossesse molaire embryonnée de 27 SA.
- La césarienne a permis l'extraction d'un nouveau née vivant de sexe féminin pesant 900 g et une délivrance d'un placenta recouvert de vésicules molaïres.
- Le placenta a été envoyé pour étude cytopathologique.



#### •EVOLUTION POST-OPERATOIRE:

- taux de Beta HCG ont régressés
- L'étude anatomo-pathologique : Aspect d'un placenta pseudo-molaire rentrant dans un syndrome de Wiedman-Beckwith

### DISCUSSION

- La mole partielle est Presque toujours triploïdes soit :
  - D'origine paternelle ;diandrie dans 85% des cas.
  - D'origine maternelle ; digynie dans 15% des cas
- Elle représente 10% à 20% des produits d'avortements spontanés.
- Un arrêt du développement à différentes phases de la grossesse, allant des premières semaines jusqu'à la 24 SA et même au-delà.
- L'existence d'un embryon ou fœtus est accompagné par *un retard de croissance intra-utérin et des malformations congénitales.*
- Les Métrorragies sont leurs symptôme principal.
- l'échographie retrouve : un œuf clair au premier trimestre OU un embryon malformé au deuxième trimestre.
- Taux des beta HCG est dans la limite de la normale.
- l'examen macroscopique et surtout histologique du matériel expulsé, aspiré ou cureté confirme le diagnostique.
- Evolution est bénigne dans 95% et vers une hyperplasie trophoblastique dans 3% des cas.

### CONCLUSION

*En dépit de leur rareté les maladies trophoblastiques gestationnelles restent redoutables par les complications hémorragiques, infectieuses, invasives, néoplasiques et métastatiques qu'elles entraînent. Le diagnostique histologique de ses différentes entités n'est pas facile d'où l'intérêt majeur de la surveillance.*

### Références bibliographiques

- 1.H- De Tourris,G- Magnin, F-Pierre, Gynécologie et Obstétrique 7<sup>ème</sup> édition Masson 2000.
- 2.E-Phillipe, M-Dreyffus , maladies trophoblastiques gestationnelles ,encyclopédie médico-chirurgicale –obstétrique [5-070-c-10].