

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO**

**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

THESE N°.....

# THESE

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET ANATOMO-CLINIQUE DES  
MALADIES TROPHOBLASTIQUES AU CSREF DE LA  
COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 27-07-2022 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Par Mme Zara SACKO**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

## Jury

**Président : Pr Cheick Bougadari TRAORE**

**Membres : Dr Bourama COULIBALY  
Dr Amaguiré SAYE**

**Co-directeur : Dr Hamady SISSOKO**

**Directeur : Pr Bakarou KAMATE**

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

***Au nom d'Allah Le Tout Miséricordieux Le Très Miséricordieux.***

*Je rends grâce à Allah (swt) Maître de la rétribution. C'est toi que nous adorons et c'est toi seul dont nous implorons le secours. Guide-nous sur le droit chemin, le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non le chemin de ceux qui ont encouru ta colère, non le chemin des égarés.*

*O seigneur ! prie sur Mohammed et sur la famille de Mohammed comme tu as prié sur Ibrahim et sur la famille d'Ibrahim. O seigneur ! bénis Mohammed et la famille de Mohammed comme tu as bénis Ibrahim et la famille d'Ibrahim. Tu es certes digne de louange et de glorification.*

***Je dédie ce travail .....***

***À mon père Souleymane SACKO***

*En bon père, tu t'es toujours battu pour notre avenir, pour que nous puissions aller à l'école afin d'étudier. Tu as toujours su inculquer en nous les règles de bonne conduite, de dignité, du respect de l'être humain et de sagesse. Tu as toujours été présent pour nous en ne ménageant aucun effort, aucun sacrifice pour que nous puissions bénéficier de la meilleure éducation. Tu es pour nous un exemple de courage, de persévérance et de justice dans l'accomplissement du travail bien fait. Puisse Allah te bénir, t'accorder une bonne santé, beaucoup de bonheur et te donner une longue vie. Ce travail est le fruit de tous tes sacrifices. Tu as contribué à la construction de la femme que je suis. Encore merci.*

***À ma mère Awa CISSE***

*Voici l'un des moments tant attendus pour moi de te remercier pour l'affection et l'amour dont j'ai bénéficié auprès de toi. Ta générosité et ton affection maternelle envers toute personne font de toi une mère admirable et appréciée par tous. Tes bénédictions ont beaucoup contribué à la réalisation de ce travail. Merci maman pour ton soutien constant, l'amour inconditionnel que tu m'as donné depuis que je respire. Qu'Allah te garde encore longtemps et te comble de bonheur.*

*Ce travail, je vous le dédie chers parents, vous avez toujours une place importante dans mon cœur et dans ma vie. J'espère que vous êtes fières de moi.*

***À mon époux Issouf SANOGO :***

*S'agissant de toi, les mots me manquent pour exprimer tout le fond de ma pensée. Compagne fidèle de bons et mauvais jours, tu m'as soutenue jusqu'à la fin. Merci pour tes conseils, ta compréhension et ton amour. Ce travail est le tien. Qu'Allah nous bénisse et donne longue vie à notre union.*

## Remerciements

*À mes frères et sœurs : Ali SACKO, Fatime SACKO, Issiaka SACKO, Zouleyka CISSE, Mahmoud SACKO, Hillary et Daouda SACKO.*

*Pour leur compréhension et leur soutien à tout instant. Que le bon Dieu fasse en sorte que nous restons unis.*

*À mes oncles : Mamadou SOUARE, Moctar COULIBALY, Abdoulaye DICKO, Mahamat WATTARA, Abdoulaye DRAME, Mahmoud DRAME, Ibrahim DRAME...*

*Voici l'un des moments tant attendus pour moi de vous remercier pour l'éducation que j'ai bénéficiée auprès de vous. Vous avez tant souffert pour nous vos enfants, vos sacrifices en notre faveur sont inestimables.*

*Merci pour les plaisirs, la tendresse, la compréhension, les sourires et l'amour que vous m'avez toujours donnés. Vous avez su m'aimer lire sur mon visage, mes préoccupations tout en proposant des solutions. Vos conseils, vos encouragements et vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Puisse ce travail vous reconforter pour les efforts énormes fournis. Puisse ALLAH vous accorder une meilleure santé et vous garder longtemps près de nous.*

*À mes tantes : Zeynaba CISSE, Tata DIABY, Fanta DRAME, Niatou SYLLA...*

*On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille. Aujourd'hui j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire ce choix, je n'aurai pu mieux faire. Je vous admire énormément, je suis fière de vous avoir comme tantes.*

*À ma grande mère Zouleyka TRAORE*

*Tu nous as sans cesse manifesté ton soutien. Aujourd'hui je te dis merci le cœur plein d'émotions et de reconnaissance. Que tes bénédictions m'accompagnent et que le bon Dieu te garde encore longtemps.*

*À mes cousins et cousines Aboubacar Sidick CISSE, Bakoré TANDIA, Djénéba DRAME, Mohamed DRAME, Idriss DJONOUMA, Fatoumata TANDIA, Mahamadou DOUCOURE, Tita DRAME...*

*Vous avez toujours manifesté un intérêt particulier à la réussite de mes études. Veuillez trouver ici toute ma gratitude et mon affection.*

*À ma très chère sœur Nagnouma SQUARE*

*Merci pour ton soutien inconditionnel à tout moment et pour tous tes encouragements et ton soutien moral. C'est aujourd'hui le moment pour moi de te témoigner toute ma reconnaissance. Je t'admire énormément. Ne doutes pas ce travail est bien le tien. Qu'Allah te donne une longue vie, te récompense et que sa grâce t'accompagne.*

*À mes frères que la vie ne m'a pas donné : Dr Mohamed Lamine KOUMA, Dr Ibrahim HASSANE.*

*Merci pour le temps consacré. Vos conseils et aides inconditionnels ont été très utiles pour l'élaboration de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

*À mes chers amis : Fati, Kadi, Aminata, Fadi, kiya, Fatou, Mimi, Djegui, Takariba, Fanta, Djénéba, Salim, Oumar, kouma, Abdallah, Kaou, Djénéba COULIBALY.*

*Vous êtes et vous resterez mes fidèles compagnons. Vous m'avez prouvé que je pouvais compter sur vous à tout moment et en toute circonstances. Que le tout puissant puisse raffermir nos liens. Merci pour tout.*

*À tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à l'accomplissement de ce travail.*

*À Moussa SACKO*

*Pour les instants inoubliables passés ensemble. Merci pour ta collaboration et contribution dans la réalisation de ce travail. Très sincère reconnaissance.*

***À mes chers aînés : Dr Ibrahim HASSANE, Dr Cheick Ahmed TRAORE, Dr Modibo DIARRA, Dr Youssouf DRAME alias YU-GI, Dr Samira CHABI-OROU...***

*Pour les enseignements et conseils fournis pour la réalisation de ce travail.*

***À tout le personnel de service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques***

*Merci pour l'accueil, et l'enseignement.*

***À mes collègues de service***

*Votre pleine collaboration et votre disponibilité m'ont beaucoup marqué. Ces moments de travail passés seront inoubliables.*

***À tout le personnel du service de gynécologie obstétrique CS Réf CIII***

*Merci pour l'accueil.*

***À mes chers maîtres du CS Réf CIII***

*Merci pour l'enseignement et l'accompagnement.*

***A Dr Mamadou L KEITA***

*Merci cher maître pour l'enseignement et votre aide inconditionnelle. Votre abord facile et votre disponibilité ont permis l'élaboration de ce travail. Considérez ce travail comme le vôtre.*

***À tous les internes du CS Réf CIII***

*Merci pour votre franche collaboration, mais aussi pour cette ambiance familiale, solidaire et fraternelle.*

*Merci pour les conseils, le soutien et l'accompagnement.*

***À toute la 11<sup>ème</sup> promotion du numérus dont je fais partie : courage et persévérance.***

**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY :**

**Pr Cheick Bougadari TRAORE**

- ✧ **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la F.M.O.S.**
- ✧ **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du Point G**
- ✧ **Chef de département d'enseignement de recherche (DER) des Sciences fondamentales à la F.M.O.S**
- ✧ **Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- ✧ **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali**
- ✧ **Président de la Société Malienne et Pathologie**

**Cher Maître,**

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que Vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre rigueur, votre amour pour la ponctualité et pour le travail bien fait ont forcé notre admiration. C'est un grand honneur pour nous d'être compté parmi vos élèves. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Bourama COULIBALY**

- ✧ **Maitre-assistant en Anatomie et Cytologie Pathologique à la FMOS**
- ✧ **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- ✧ **Collaborateur du registre national des cancers du Mali**
- ✧ **Secrétaire général adjoint de la société malienne de pathologie**

Cher maitre,

Votre discipline, votre franchise, votre bonté et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple.

Recevez ici, cher maitre, l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE :**

**Docteur Amaguiré SAYE**

- ✧ **Gynécologue obstétricien**
- ✧ **Chef de service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako**
- ✧ **Membre de la SOMAGO**

Cher maître,

Nous vous sommes infiniment reconnaissantes d'avoir accepté aimablement de juger ce travail. Vos connaissances scientifiques et votre approche facile nous ont beaucoup impressionnés. Que ce travail soit une occasion de vous exprimer, cher Maître, notre respect et notre admiration les plus sincères.

**A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :**

**Docteur Hamady SISSOKO**

- ✧ **Gynécologue obstétricien**
- ✧ **Chef de service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako**
- ✧ **Attaché de recherche**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité constante et assiduité exceptionnelle nous ont permis de nous sentir très à l'aise à vos côtés et d'améliorer nos connaissances scientifiques. Nous vous remercions pour votre dévouement inébranlable à notre formation et nous vous assurons cher maître, que vos conseils et recommandations ne seront pas vains.

**A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Pr Bakarou KAMATE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (F.M.O.S) de l’Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B) ;**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali ;**
- **Secrétaire Général de la Division d’Afrique Francophone de l’Académie Internationale de Pathologie (D.A.F/A.I. P) ; du réseau des médecins Ouest africain ; Et de la Société Malienne et Pathologie (S.M.P).**

Cher Maitre,

Nous sommes très sensibles de l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Ce travail est surtout le vôtre. Nous gardons de vous l'image d'un grand maitre dévoué et serviable. Qu'il nous soit permis de vous adresser nos sincères remerciements.

## Liste des abréviations et SIGLES

<b>D.AC</b>	: actinomycine D.
<b>AMIU</b>	: aspiration manuelle intra utérine
<b>CSRéf CIII</b>	: centre de santé de référence de la commune III.
<b>CHU- Point G</b>	: centre hospitalier universitaire Point G.
<b>C.I.R.C</b>	: centre international de recherche sur le cancer.
<b>CPN</b>	: consultation prénatale.
<b>DIU</b>	: dispositif intra-utérin.
<b>FIGO</b>	: fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique.
<b>HU</b>	: hauteur utérine.
<b>HTA</b>	: hypertension artérielle.
<b>Km<sup>2</sup></b>	: kilomètre carré.
<b>MTX</b>	: métotrexate.
<b>m<sup>2</sup></b>	: mètre carré.
<b>µg</b>	: microgramme.
<b>mg</b>	: milligramme.
<b>mUI/ml</b>	: milliunité internationl par millilitre
<b>MH</b>	: môle hydatiforme.
<b>MHC</b>	: môle hydatiforme complète.
<b>MHP</b>	: môle hydatiforme partielle.
<b>OERTC</b>	: organisation Européenne de recherches sur le traitement du cancer.
<b>PF</b>	: planning familial.
<b>PTME</b>	: prévention de la transmission mère enfant.
<b>PEC</b>	: prise en charge.
<b>PEV</b>	: programme élargi de vaccination.
<b>SA</b>	: semaine d'aménorrhée.
<b>SAA</b>	: soins après avortement.
<b>βHCG</b>	: sous- unité bêta de l'hormone gonadotrophique chorionique humaine.
<b>TTG</b>	: tumeur trophoblastique gestationnelle.
<b>USAC</b>	: unité de soins d'accompagnement et de conseils.
<b>UI/l</b>	: unité internationale par litre.

## **TABLES DES ILLUSTRATIONS**

### **Liste des tableaux**

<b>Tableau I</b> : Môle hydatiforme transformation histologique.....	10
<b>Tableau II</b> : Répartition des choriocarcinomes selon FIGO.....	19
<b>Tableau III</b> : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	41
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patientes selon la profession.....	41
<b>Tableau V</b> : Répartition des patientes selon le niveau d'étude.....	41
<b>Tableau VI</b> : Répartition des patientes selon la profession du conjoint.....	42
<b>Tableau VII</b> : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	42
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des patientes selon le motif de consultation.....	43
<b>Tableau IX</b> : Répartition des patientes selon la circonstance de découverte.....	43
<b>Tableau X</b> : Répartition des patientes selon la période de consultation.....	43
<b>Tableau XI</b> : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....	44
<b>Tableau XII</b> : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	44
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des patientes selon la gestité.....	44
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des patientes selon la parité.....	45
<b>Tableau XV</b> : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement.....	45
<b>Tableau XVI</b> : Répartition des patientes selon la prise de contraceptif.....	45
<b>Tableau XVII</b> : Répartition des patientes selon le mode de début.....	46
<b>Tableau XVIII</b> : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse.....	46
<b>Tableau XIX</b> : Répartition des patientes selon la notion d'hémorragie.....	46
<b>Tableau XX</b> : Répartition des patientes selon le caractère de l'hémorragie.....	47
<b>Tableau XXI</b> : Répartition des patientes selon l'état général.....	47
<b>Tableau XXII</b> : Répartition des patientes selon la présence de l'anémie.....	47
<b>Tableau XXIII</b> : Répartition des patientes selon l'hypertension artérielle.....	48
<b>Tableau XXIV</b> : Répartition des patientes selon la présence d'œdème des membres inférieurs.....	48
<b>Tableau XXV</b> : Répartition des patientes selon la hauteur utérine.....	48
<b>Tableau XXVI</b> : Répartition des patientes selon les kystes ovariens bilatéraux.....	49
<b>Tableau XXVII</b> : Répartition des patientes selon la protéinurie.....	49
<b>Tableau XXVIII</b> : Répartition des patientes selon l'image échographique.....	49
<b>Tableau XXIX</b> : Répartition des patientes selon la prise en charge.....	50
<b>Tableau XXX</b> : Répartition des patientes selon l'aspect macroscopique du produit d'aspiration.....	50
<b>Tableau XXXI</b> : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen anatomopathologique.....	51
<b>Tableau XXXII</b> : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge et le type histologique.....	51
<b>Tableau XXXIII</b> : Répartition des patientes en fonction de la notion de la prise de contraceptif et le type histologique.....	52
<b>Tableau XXXIV</b> : Répartition des patientes en fonction de la notion d'hémorragie et le type histologique.....	52
<b>Tableau XXXV</b> : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent d'avortement et le type histologique.....	53

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Aspect macroscopique de la môle complète (W. Sandritter, C. Thomas) .....	6
<b>Figure 2</b> : Villosités de taille variable avec hyperplasie trophoblastique et hématies nucléées au faible grossissement évoquant une MHC.....	7
<b>Figure 3</b> : Villosités de taille variable avec hyperplasie trophoblastique et hématies nucléées au fort grossissement évoquant une MHC.....	8
<b>Figure 4</b> : Répartition des patientes selon l'année de diagnostic.....	40
<b>Figure 5</b> : Répartition des patientes selon l'âge.....	40

## Sommaire

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
2.1	Objectif général .....	3
2.2	Objectifs spécifiques.....	3
<b>3</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
<b>3.1</b>	<b>Grossesse molaire .....</b>	<b>5</b>
3.1.1	Syndromes de la mole hydatiforme .....	5
3.1.1.1	Définition.....	5
3.1.1.2	Etats molaires proprement dits .....	5
3.1.2	Pathogénie.....	11
3.1.3	Diagnostic de la mole hydatiforme .....	11
<b>3.2</b>	<b>Diagnostic différentiel .....</b>	<b>15</b>
3.2.1	Sur le plan clinique : on discute surtout.....	15
3.2.2	Sur le plan biologique : il existe des causes d’erreurs .....	15
<b>3.3</b>	<b>Évolution.....</b>	<b>15</b>
<b>3.4</b>	<b>Traitement et surveillance post molaire .....</b>	<b>17</b>
<b>3.5</b>	<b>Complication de la grossesse molaire .....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>32</b>
4.1	Cadre d’étude et Lieu d’étude .....	32
4.2	Type d’étude .....	36
4.3	Période d’étude .....	36
4.4	Population d’étude .....	36
4.5	Échantillonnage .....	37
4.6	Les variables étudiées .....	37
4.7	Gestion des données .....	38
<b>5</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>40</b>
5.1	Fréquence .....	40
5.2	Données sociodémographiques .....	40
5.3	Données cliniques .....	42
5.4	Données anatomo-pathologiques.....	50

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET ANATOMO-CLINIQUE DES MALADIES TROPHOBLASTIQUES**  
**AU CSREF DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**

---

5.5	Analyses bivariées .....	51
<b>6</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>55</b>
6.1	Approche méthodologique .....	55
6.2	Données épidémiologiques .....	55
6.3	Données anatomo-cliniques .....	56
<b>7</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>61</b>
<b>9</b>	<b>REFERENCES .....</b>	<b>64</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>71</b>
	Fiche d'enquete.....	71
	Fiche signalétique .....	73
	Serment d'Hippocrate.....	75

# INTRODUCTION

## 1 INTRODUCTION

La môle hydatiforme (MH) ou grossesse molaire appartient à une entité nosologique appelée les maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) [1]. Ces maladies comprennent un large spectre de pathologies du placenta, allant des lésions bénignes : les môles hydatiformes complètes (MHC) ou partielles (MHP), aux tumeurs trophoblastiques gestationnelles (principalement les môles invasives, le choriocarcinome et les tumeurs du site d'implantation placentaire) [2]. La MH est la forme la plus commune des MTG [2]. Son incidence varie selon les régions du monde. En effet, la grossesse molaire est plus fréquente dans le Sud-Est Asiatique, avec des taux d'incidence variant de 3,2 à 9,9 pour 1000 grossesses ; par rapport à l'Europe et l'Amérique du Nord où l'incidence se situe entre 0,5 et 1 pour 1000 grossesses [3]. Au Bénin, la fréquence des MTG est de 1,2 pour 1000 grossesses à Cotonou au sud et de 4,1 pour 1000 grossesses à Parakou au nord [4]. La MH représente une pathologie potentiellement grave. En effet, le risque de développer une môle invasive ou un choriocarcinome est bien plus important après la survenue d'une môle complète [5]. Ainsi, en cas de MHC, le risque de développer un choriocarcinome est de 15% alors qu'en cas de MHP ce risque est de 0,5% [6]. Au Mali une étude effectuée dans le service de Gynécologie et d'obstétrique du CHU- Point G a rapporté une fréquence de 0,50 % [7]. Une surveillance clinique, échographique et biologique s'impose donc après évacuation d'une grossesse molaire afin de détecter précocement toute évolution vers la tumeur trophoblastique gestationnelle (TTG) [3].

Un diagnostic et un traitement précoce assurent une évolution favorable vers la guérison dans la majorité des cas après évacuation utérine [8]. D'une manière générale, notons que dans les pays développés, le succès à 100% de la prise en charge (PEC) de la môle hydatiforme est en passe de devenir la règle. Par contre dans les pays en développement, la PEC est parfois difficile [9]. Au Mali, selon une étude du service d'Anatomie et cytologie pathologiques en 2013, sur 204 cas

de maladies trophoblastiques, la grossesse molaire représentait 200 cas soit 98% [10]. Dans le but de faire l'état actuel des connaissances sur les môles, en commune III que ce travail a été initié avec des objectifs suivants :

## **2 OBJECTIFS :**

### **2.1 Objectif général**

Étudier la grossesse molaire au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

### **2.2 Objectifs spécifiques**

- ✧ Déterminer la fréquence de la grossesse molaire.
- ✧ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- ✧ Décrire les aspects cliniques et échographiques.
- ✧ Décrire les aspects morphologiques (macroscopique et histologique) des grossesses môlaires.
- ✧ Faire la corrélation entre la clinique et l'histopathologie.

# GENERALITES

### 3 GENERALITES

#### 3.1 Grossesse molaire

##### 3.1.1 Syndromes de la mole hydatiforme

###### 3.1.1.1 Définition

La môle hydatiforme est un œuf pathologique caractérisé, outre son aspect macroscopique de villosités kystiques, par un processus à la fois hyperplasique et dystrophique et par un dysfonctionnement vasculaire frappant les villosités chorales. L'hyperplasie intéresse l'épithélium, la dystrophie intéresse le tissu conjonctif [11].

###### 3.1.1.2 Etats molaires proprement dits :

Deux grands types de môle ont été récemment définis, selon des critères morphologiques et cytogénétiques [11] ; la môle totale, classique et la môle partielle ou embryonnée.

###### Mole classique

Cette forme se traduit par un avortement au terme de 3 à 5 mois, spontané et le plus souvent incomplet et très hémorragique. Le début de la grossesse est souvent anormal avec des métrorragies spontanées, capricieuses, des signes "toxiques" (vomissements très importants, signes rénaux avec œdème, protéinurie, parfois hypertension artérielle). À l'examen, dans les quatre premiers mois l'utérus est trop gros pour le terme, trop mou, les culs de sac peuvent être occupés par des kystes ovariens bilatéraux.

###### Anatomie macroscopique :

L'aspect macroscopique est habituellement typique, en frai de grenouille ou en grappe de raisins. Les vésicules môlaires atteignent plusieurs millimètres à quelques centimètres de diamètre. Elles sont tendues, arrondies ou fusiformes, translucides ou blanchâtres. Après dissection minutieuse, les vésicules

apparaissent alignées sur l'axe villositaire et séparées des segments villositaires sub-normonaux.



**Figure 1** : Aspect macroscopique de la môle complète (W. Sandritter, C. Thomas) [12]

#### ↳ **Cytogénétique :**

Dans la môle hydatiforme classique, la formule chromosomique est toujours normale, diploïde (46 chromosomes). Le fait qu'une majorité des môles soit féminine (génotype XX) est expliqué par endoréduplication du deuxième corpuscule polaire. Pour certains auteurs aujourd'hui, le génotype XX proviendrait d'une endoréduplication d'un gamète haploïde, d'origine paternelle, porteur d'un chromosome X : cette hypothèse rejetant toute participation maternelle [13].

#### ↳ **Histologie :**

La villosité molaire est caractérisée par la prolifération trophoblastique, la rareté ou l'absence de vaisseaux, la dégénérescence hydropique du stroma.

L'axe conjonctif, d'abord faiblement œdématié, est peu à peu distendu par un liquide clair, devenant ainsi une vésicule. Ce qui reste du stroma est refoulé vers

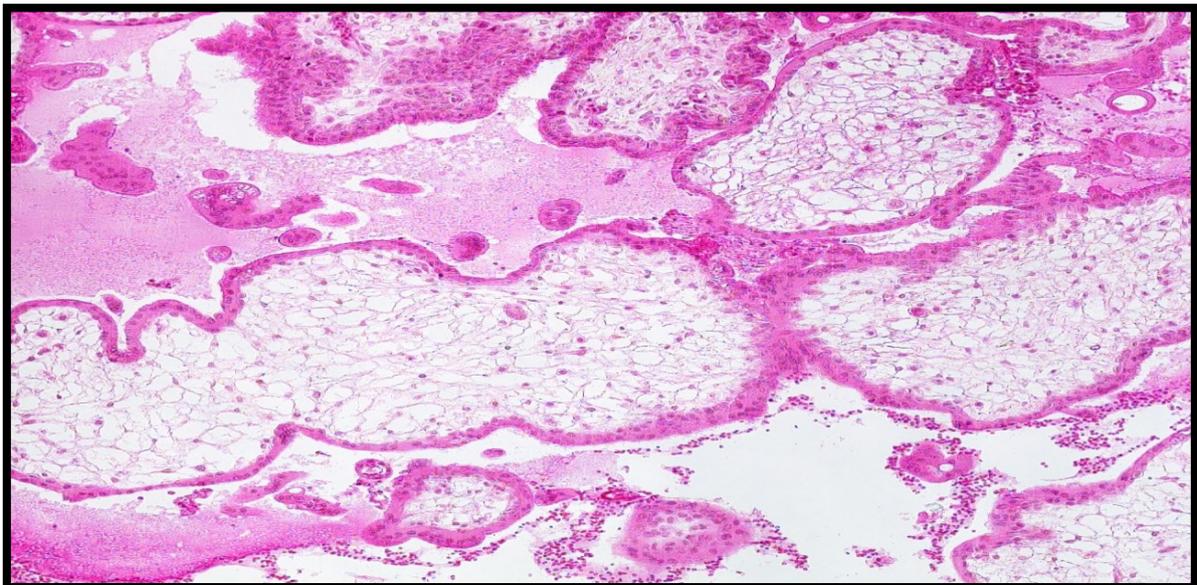
la paroi ; il a peu, ou pas de vaisseaux. La prolifération trophoblastique, plus ou moins marquée, intéresse à des degrés variables les cellules de Langhans et le syncytium, celui-ci formé de cellules volumineuses, multinucléées, parfois apparemment isolées.

La limite entre le stroma et les éléments épithéliaux est toujours nette. Les tissus ne sont pas détruits, mais les vaisseaux sanguins maternels peuvent être érodés.

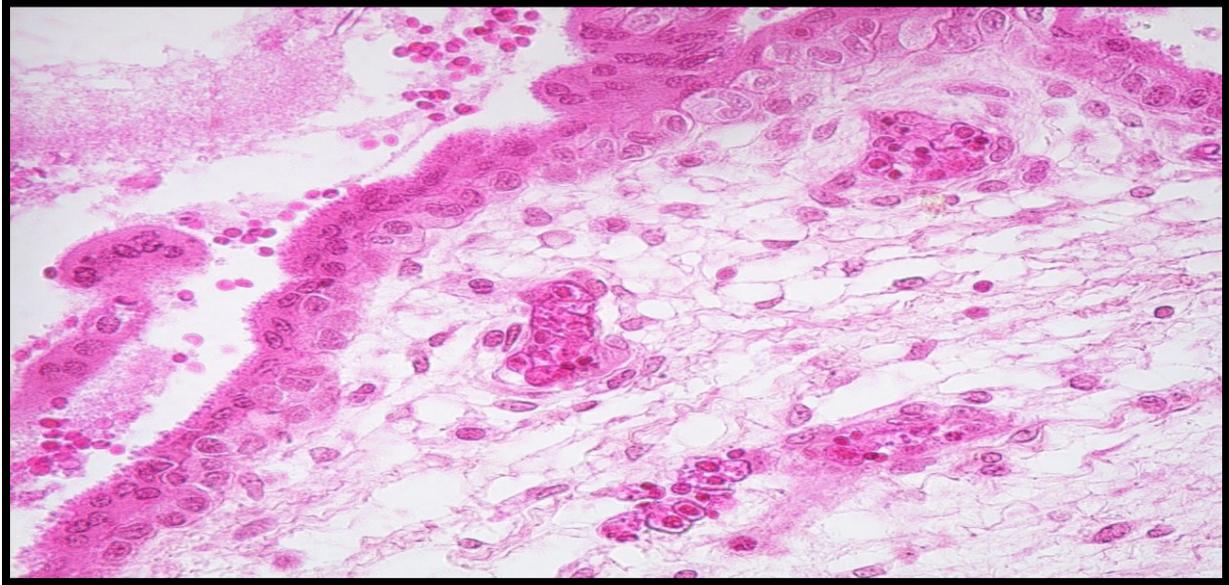
#### ↳ **Conséquences fonctionnelles : kystes lutéiniques ovariens.**

Conséquence de l'abondante sécrétion de gonadotrophine chorionique, la prolifération lutéinique dans les ovaires est inconstante et de degrés variables, parfois purement histologique. D'autre fois des kystes se développent, atteignent d'importantes dimensions ; ils sont alors bilatéraux, multiloculaires, à surface lobulée. La paroi est mince, lisse, sa couleur jaune est due à une couche de cellules à lutéine.

Les kystes lutéiniques, étant fonctionnels, régressent spontanément après l'élimination de la môle.



**Figure 2** : Villosités de taille variable avec hyperplasie trophoblastique et hématies nucléées au faible grossissement évoquant une MHC.



**Figure 3** : Villosités de taille variable avec hyperplasie trophoblastique et hématies nucléées au fort grossissement évoquant une MHC.

#### ✚ Mole partielle ou môle embryonnée :

Ici le produit de conception comporte un fœtus (mort ou vivant). Le caryotype est triploïde : 69 chromosomes. Il existe une transformation vésiculaire partielle ou totale du placenta. Le trophoblaste est immature avec une hyperplasie localisée et discrète : c'est en fonction de cette terminologie que ce groupe bien particulier d'hydrops villositaires secondaires a été classé comme môle, bien que les avis soient partagés quant à un éventuel potentiel malin évolutif.

La symptomatologie des môles embryonnées est identique au syndrome molaire classique ; mais elles sont marquées de manifestations dysgravidiqes précoces et intenses.

Le terme de môle partielle est utilisé car la transformation vésiculaire des villosités semble plus localisée et plus lente que dans les môles complètes, au même âge gestationnel mais les différentes étapes de la transformation molaire semblent être identiques dans les deux types de môle.

Dans la môle partielle le processus dégénératif reste limité, n'occupant que le tiers ou les deux tiers du placenta. L'embryon mort se momifie, parfois, il est vivant,

mais présente des anomalies morphologiques, essentiellement du système nerveux central. Des aspects môleires, purement microscopiques sont fréquents à l'examen du placenta des avortements spontanés.

### **Résumé : (Tableau I)**

Il a été établi de façon formelle que la môle classique peut évoluer vers un choriocarcinome.

Par contre les connaissances actuelles sont insuffisantes pour affirmer avec certitude une potentialité maligne de la môle partielle.

De nombreux travaux [14,15] portant sur une surveillance scrupuleuse des « suites de môles » n'ont retenu qu'un seul cas de maladie résiduelle trophoblastique après une môle partielle, mais le nombre de môles embryonnées diagnostiqué est encore trop faible pour permettre de conclure de façon définitive [15,16]. Si on considère [17-19] que l'hyperplasie trophoblastique est indispensable au diagnostic de môle il faut y inclure la môle partielle avec son trophoblaste immature et hyperplasique, même si l'hyperplasie est localisée et discrète : la question éminente qui se pose est son éventuelle association à une maladie résiduelle trophoblastique [14,16,19]. Le doute sur le pronostic des môles partielles est suggéré par le fait que, tout comme la môle classique, des taux élevés de **βhcg** ont été mis en évidence dans des extraits placentaires post-abortum [20] et dans les dosages plasmatiques, au moment de l'évacuation.

De toute façon une surveillance post-môleire de routine s'impose dans les deux formes afin d'établir une relation éventuelle avec le choriocarcinome.

**Tableau I : Môle hydatiforme transformation histologique.**

	Embryon (fœtus)	Mésenchyme	Transformation molaire	Vascularisation des villosités	Trophoblaste
MOLE TOTALE 46 XX	Absent	Retard de la maturation Rareté des cellules de HOFBAUER Caryorexie mal systématisée pendant la formation de la cavité liquidienne centrale	Très importante Toutes les villosités sont intéressées et très tôt	Capillaires au sein du mésenchyme vide de sang disparaissent lorsque la formation liquidienne centrale apparaît	Hyperplasie importante non systématisée sans relation avec les modifications du mésenchyme
MOLE PARTIELLE (triploïde)	Présent	Retard moins important de la maturation Pas de caryorexie	Moins important et plus lente. Un nombre variable de villosités demeurent immatures ne sont pas atteintes par la transformation espaces "labyrinthes "	Capillaires fonctionnels qui persistent longtemps et qui disparaissent très tard Souvent érythroblastose excessive. Fibrose des petites villosités et absence de vascularisation après la mort fœtale	Immaturité et discrète hyperplasie focale le plus souvent syncytiale  Inclusions trophoblastiques dans le stroma de la villosité

### Un troisième type de mole

Il a été mis en évidence par SZULMAN à propos d'un seul cas qui présentait des caractères morphologiques communs aux deux types décrits plus haut. Le caryotype était 46 XX. Il existait un fœtus avec circulation fonctionnelle.

La transformation molaire des villosités choriales était identique à celle de la môle classique, le mésenchyme était actif et des capillaires ont été mis en évidence : nombre d'entre eux ne contenaient pas de sang et n'étaient pas en liaison avec la circulation générale, certains contenaient des érythrocytes. Il n'y avait pas « d'inclusions trophoblastiques ». L'hyperplasie du trophoblaste était celle observée dans la môle totale.

Les transformations vésiculaire et trophoblastique étaient visibles non seulement dans les villosités mais aussi sur toute la longueur du chorion.

### 3.1.2 Pathogénie

La pathogénie de la môle hydatiforme est inconnue. On ne peut dégager aucune étiologie valable concernant l'âge, les antécédents. Selon PARK [21] l'anomalie trophoblastique est primitive et peut être considérée soit comme une hyperplasie, une dysplasie ou une néoplasie. Cette thèse semble étayée par un degré croissant d'aberrations chromosomiques rencontrées de la môle au choriocarcinome.

### 3.1.3 Diagnostic de la mole hydatiforme

#### 3.1.3.1 Diagnostic positif

##### ➤ Dans sa forme typique

##### ✚ Examen clinique :

Il s'agit le plus souvent d'une grossesse évidente au début. Mais cette grossesse, après un laps de temps de 1 à 3 mois où tout semble se dérouler normalement, devient anormale.

Le symptôme majeur est représenté par les métrorragies. Elles sont pratiquement constantes et constituent dans 80% des cas le symptôme initial. Ces métrorragies apparaissent le plus souvent précocement. Elles sont habituellement indolores ; tout au plus, il y a le signe d'ANDERAUDIAS : la femme peut avoir mal lorsque le sang est en rétention dans la cavité utérine. Ces métrorragies indolores sont faites de sang rouge, d'abondance variable ; elles sont capricieuses, répétées, entraînant par leur persistance un état d'anémie et d'asthénie très prononcée.

Les signes dits sympathiques sont exagérés :

- Troubles digestifs : nausée, sialorrhée, vomissement, subictère ;
- Troubles nerveux : insomnie, crampes, troubles psychiques ;
- Troubles rénaux : protéinurie, dont l'apparition précoce éveille l'idée de môle.

Parfois apparaissent des signes d'hyperthyroïdie : thermophobie, tachycardie, tremblement, agitation.

À côté de ce saignement qui signe le caractère anormal de cette grossesse, l'examen physique retrouve des anomalies des caractères de l'utérus : le volume utérin est généralement plus important que le vuille l'âge de la grossesse. Sa taille peut augmenter ou régresser d'un examen à l'autre (utérus-accordéon de JEANNIN).

Serait-on prêt à douter de la date des dernières règles que l'on serait frappé de ne retrouver aucun ballottement fœtal à la palpation de cet utérus mou, de n'ausculter aucun bruit du cœur fœtal.

Il arrivera aussi que l'on perçoive, dans les culs-de-sac vaginaux, l'existence de kystes de l'ovaire. Leur fréquence est variable mais leur valeur diagnostique est grande. Leur régression après évacuation de la môle est de règle.

Classiquement, on décrivait l'expulsion de vésicules môleaires comme symptôme de môle ; en fait, il semble que si cette expulsion se produit, elle ne fait que précéder de très peu l'avortement môleaire lui-même.

Au total, il est possible d'évoquer le diagnostic de môle quand une femme enceinte présente, au cours du premier trimestre de sa grossesse, des métrorragies, des anomalies des caractères de l'utérus, à fortiori quand elle présente des kystes ovariens.

Mais la seule clinique ne peut affirmer le diagnostic ; il appartient aux examens complémentaires de confirmer le diagnostic.

### Examens complémentaires :

#### **Examen échographique :**

L'échographie est l'examen fondamental qui montre des images caractéristiques, sous l'aspect de « flocons de neige » remplissant la totalité de la cavité utérine.

Aucune échographie fœtale ne peut être mise en évidence. Les kystes ovariens sont bien visualisés et l'échographie permet d'en suivre l'évolution.

Parfois même l'échographie découvre des images de môle avant toute manifestation clinique. Cependant, les grossesses molaïres rapidement interrompues d'où l'aspect échographique est celui d'un avortement banal.

Malgré la performance des ultrasons dans la découverte des grossesses molaïres quelques cas de môles sont méconnus. La réalisation précoce du couple échographie- $\beta$ hcg devant une métrorragie sur une notion d'aménorrhée, semble être l'association qui permet de mieux circonscrire le diagnostic de la môle hydatiforme [22].

### **Examen biologique :**

Le dosage des hormones gonadotrophines chorioniques ( $\beta$ hcg) représente l'examen capital pour différencier la môle hydatiforme d'une grossesse normale. Le dosage quantitatif des  $\beta$ hcg urinaires atteint un taux très élevé, spécial à la môle, supérieur à 500000 UI/l. Cependant, un quart des môles ont des taux inférieurs à cette limite et par ailleurs, certaines grossesses gémellaires peuvent la dépasser. L'épreuve biologique réside dans les titrages urinaires et plasmatiques des  $\beta$ hcg. Le dosage plasmatique donne des taux anormalement élevés pour l'âge gestationnel.

Le dosage quantitatif des  $\beta$ hcg sur les urines ou le sérum doit être comparé aux taux obtenus au cours de la grossesse normale de même âge gestationnel par le même laboratoire et la même méthode.

## Examen anatomopathologique :

Il doit toujours être pratiqué pour compléter l'examen clinique.

### ✚ Formes cliniques :

La grossesse molaire emprunte des masques variés pouvant dérouter le clinicien, la plus fréquente est :

- ✧ Forme hémorragique : quand une femme enceinte de trois mois environ perd du sang, la môle est un diagnostic qui doit venir à l'esprit.

Il en est des circonstances où dominant les signes toxiques : le trépied classique (œdème-hypertension artérielle-albuminurie) peut être complet ou dissocié. Il peut être associé ou non à des vomissements.

Les accidents paroxystiques à type d'éclampsie ou d'hématome rétro-placentaire peuvent être observés [23, 24].

La toxémie et ses accidents paroxystiques sont l'apanage des môles géantes ou avancées dans leur âge.

### ✧ Formes hypertrophiques :

Elles peuvent, par la taille de l'utérus et l'augmentation rapide de son volume, en imposer pour un hydramnios aigu.

- ✧ Formes à type de rétention d'œuf mort [24]

- ✧ Formes avec hypertrophie [25-28]

- ✧ Formes microscopiques : d'où l'intérêt de l'examen histologique systématique de tout produit d'avortement spontané ou non.

- ✧ La grossesse molaire ectopique : elle est rare, de découverte histologique [24].

## 3.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

### 3.2.1 Sur le plan clinique : on discute surtout

✚ Les métrorragies du premier trimestre de la grossesse :

- Menace d'avortement
- Grossesse extra-utérine
- Lésions du col (polype, cervicite ...)

✚ Hauteur utérine excessive :

- Une grossesse gémellaire
- Un hydramnios
- Une association fibrome et grossesse

### 3.2.2 Sur le plan biologique : il existe des causes d'erreurs

✚ Lors de la grossesse normale : à l'acmé de la sécrétion (8<sup>ème</sup> –10<sup>ème</sup> semaines), le titrage urinaire peut atteindre 40000 UI (comme dans la môle).

✚ Dans certains états gravidiques : (vomissements importants, grossesses gémellaires), le titrage peut être anormalement élevé, sans atteindre toute fois les valeurs ci-dessus.

✚ Dans certaines môles en évolution : le taux peut être bas, voire inférieur à celui d'une grossesse normale (cas de la môle morte).

## 3.3 Évolution

L'évolution spontanée de la môle est, vers le quatrième mois, sa terminaison par l'avortement, annoncé par l'apparition ou le redoublement des hémorragies.

L'avortement molaire a des caractères particuliers. Il est hémorragique, au point d'altérer plus ou moins l'état général.

Il est parcellaire ; la môle sort par fragments et il n'est guère possible de savoir si l'expulsion a été complète. Cette élimination en plusieurs temps explique l'abondance des hémorragies et la fréquence des rétentions ovulaires.

Une exception doit être faite pour la môle morte, souvent expulsée d'un bloc, entourée d'une épaisse caduque.

Malgré toutes les incertitudes de l'évolution, malgré les complications, la môle traitée guérit dans la très grande majorité des cas. La guérison est parfois rapide, accompagnée de la disparition des kystes ovariens quand ils existent. Le retour de couches vient à la date habituelle. Mais souvent la guérison est lente ; les suites de môle sont alors marquées par la persistance d'un suintement séro-sanglant, la subinvolution utérine, la durée prolongée des kystes ovariens. Ces suites indécises, parfois en rapport avec la rétention de résidus môlaires sont la source de difficultés de diagnostic.

Les récurrences sont assez rares. Les grossesses ultérieures évoluent normalement. En règle générale, l'avenir des femmes, après la guérison, est donc exempt de danger. Mais des complications peuvent survenir :

- Les hémorragies répétées au cours de l'évolution de la môle peuvent aboutir à un état d'anémie grave. Des hémorragies profuses se produisent surtout au moment de l'avortement ; elles peuvent s'accompagner de choc ;
- Les signes toxiques, sur lesquels on n'insiste pas assez : vomissements, amaigrissement parfois massif avec anémie, subictère, déshydratation, aboutissent à des troubles métaboliques graves. Le syndrome vasculo-rénal peut évoluer de façon particulièrement sévère et aller jusqu'à l'anurie ;
- La torsion d'un kyste lutéinique
- Les métastases môlaires, en particulier pulmonaires, bien qu'exceptionnelles, doivent toujours être recherchées par une radiographie pulmonaire ;

- Le choriocarcinome est la complication majeure.

### **3.4 Traitement et surveillance post molaire**

- Lorsque la môle est diagnostiquée l'évacuation est décidée. L'évacuation molaire se fait par les voies naturelles par aspiration sous perfusion d'ocytocine avec du sang à portée de main en cas d'hémorragie complétée au besoin par un curetage léger.
- Avortement molaire : sauf lorsque la môle est expulsée d'un bloc, la révision utérine est nécessaire. Elle doit être exécutée avec une particulière prudence. Le curetage digital, en général possible, ou le curetage à la grosse curette mousse doucement maniée, clivant sans agression sont les méthodes de choix.
- Suites de môle : c'est une période de surveillance clinique, échographique et biologique. Au bout de quatre à six semaines, tous les signes cliniques doivent être redevenus normaux (disparition des métrorragies, involution utérine, résorption des kystes lutéiniques).

Une radiographie thoracique est pratiquée tous les mois pendant un an et tous les trois mois pendant la deuxième année, en vue de dépister d'éventuelles métastases pulmonaires.

La surveillance biologique est assurée par le dosage radio-immunologique hebdomadaire de la  $\beta$ hcg plasmatique. L'évolution normale est une décroissance exponentielle des taux de  $\beta$ hcg qui apparaît comme une droite sur un papier semi-logarithmique, ceux-ci devenant négatifs en moins de 12 semaines. La guérison est acquise lorsque 3 dosages hebdomadaires successifs sont  $<10\text{ng/ml}$ . Il est cependant conseillé de poursuivre les dosages mensuels pendant 1 à 2 ans. Mais parfois, la négativation est retardée, ne devenant totale qu'au bout de quelques mois. Toute autre évolution doit être considérée comme défavorable et fait suspecter une persistance de la prolifération trophoblastique :

- En plateau, avec 3 dosages successifs au même taux ;
- Avec remontée, confirmée par 2 dosages successifs.

Compte tenu de ces différentes éventualités, une contraception par oestroprogestatifs s'impose pendant 1 an.

### **3.5 Complication de la grossesse molaire**

#### **3.5.1 Prolifération trophoblastique persistante choriocarcinome**

##### **3.5.1.1 Définition :**

Le choriocarcinome est une tumeur maligne du placenta, développée aux dépens de l'épithélium du chorion ovulaire et envahissant l'organisme maternel

##### **3.5.1.2 Etiopathogénie :**

La découverte dans le choriocarcinome des marqueurs antigéniques non présents dans les môles hydatiformes explique peut-être sous quelle influence l'épithélium chorial se met à proliférer à la façon d'une tumeur maligne. Le mécanisme par lequel une greffe allogénique (la seule de son espèce) n'est pas rejetée, relève de la consultation d'une immunodépression associée. Ceci pourrait expliquer pourquoi souvent aucun résidu trophoblastique intra-utérin n'est mis en évidence chez des patientes porteuses de métastases.

##### **3.5.1.3 Anatomo-pathologie :**

Les critères histologiques des trophoblastomes malins n'ont pu être définis avec précision et à ce sujet il persiste de nombreuses controverses.

**NOVAK-SEALS [29] ; BREWER-GERBIE [30]** décrivent une entité anatomo-pathologique « choriocarcinome vilieux », qui présente des structures vilieuses dans sa masse tissulaire faite de syncytiotrophoblastes et de cytotrophoblastes.

**Hertig et Sheldon [30], Bagshawe KD [20]** affirment que le choriocarcinome représente une perte de la différenciation du tissu trophoblastique : il existe un degré d'anaplasie tel que **l'apparition de villosités choriales est impossible.**

**Park WW et Lees [21]** considèrent eux aussi que l'existence d'un trophoblaste mature est un facteur de bon pronostic.

Le diagnostic formel de trophoblastome malin n'est pas souvent fait, du moins en ce qui concerne l'examen anatomo-pathologique ; il serait cependant d'un grand secours dans les cas « à hauts risques » où la chimiothérapie devrait débuter le plus tôt possible.

### 3.5.1.4 CLASSIFICATION :

De façon classique, les trophoblastomes gestationnels sont divisés en môle hydatiforme, môle invasive et choriocarcinome. Une telle classification ne semble pas être, à l'heure actuelle, d'une grande utilité puisque le diagnostic histologique de môle invasive et de choriocarcinome est fait rarement et qu'une chimiothérapie est souvent instaurée sans tenir compte des résultats de l'examen anatomo-pathologique.

La classification du **FIGO** est la plus simple :

**Tableau II** : Répartition des choriocarcinomes selon FIGO.

Stades de la FIGO	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
	Tumeur limitée à l'utérus	Métastases pelviennes ou vaginales	Métastases pulmonaires	Autres métastases à distances

### 3.5.1.5 ETUDE CLINIQUE :

En règle générale le choriocarcinome est conséquent à une môle hydatiforme.

#### **Choriocarcinome post molaire** (forme habituelle) :

Le choriocarcinome est le plus souvent reconnu lors de la surveillance biologique des suites d'une môle en l'absence de tout signe clinique. Les signes cliniques lorsqu'ils existent caractérisent généralement un stade évolué.

L'hémorragie est le premier en date et le plus important des symptômes. Ou bien elle ne fait que prolonger les pertes consécutives à l'avortement molaire, ou bien

elle réapparaît après une période de latence de quelques jours, quelques semaines ou quelques mois. Indolore, irrégulière et surtout répétée, elle prend toute son importance du fait même de l'antécédent molaire.

Les signes généraux sont tardifs : anémie, amaigrissement, dyspnée.

Au toucher, l'utérus est un peu augmenté de volume, de consistance trop molle, à col parfois ouvert. Les kystes ovariens, analogues à ceux qui accompagnent la môle, sont perçus de façon inconstante à côté de l'utérus. Leur date d'apparition est variable. Contemporains de la môle ou consécutifs à l'avortement, ils sont susceptibles de diminuer ou d'augmenter rapidement, sans qu'on puisse tirer de leurs variations un argument pronostic.

**- Formes cliniques :**

- ✚ Choricacinome succédant à un accouchement ou à un avortement d'apparence banal.

Le diagnostic clinique est très difficile, et tardivement soupçonné. L'hémorragie continue celle des suites de couches ou du post abortum, ou bien n'apparaît que des mois plus tard, séparée de la grossesse causale par une période de règles normales, d'oligoménorrhée ou d'aménorrhée.

Le choriocarcinome peut n'évoluer que longtemps après la grossesse primitive, de quelques mois à quelques années, soit dans sa localisation utérine habituelle, soit sous une forme métastatique.

Il existe des formes dominées par une localisation métastatique (pseudo tuberculeuse, pseudo tumorale, cérébrale), des formes de siège ectopique, (choriocarcinome de la trompe, consécutif à une implantation extra-utérine de l'œuf).

✚ Choriocarcinomes primitivement développés en dehors de l'utérus.

Ces tumeurs étranges à localisations vulvo-vaginales, cérébrale, intestinale, mais surtout pulmonaire, évoluent comme une métastase, cependant que l'utérus paraît indemne.

### 3.5.1.6 DIAGNOSTIC :

- En l'absence d'antécédent molaire connu, le diagnostic est difficile. Les hémorragies du post-partum ou du post-abortum relèvent beaucoup plus souvent de la rétention d'un cotylédon, d'un dysfonctionnement hormonal. C'est en général assez tardivement que le diagnostic est orienté par l'examen histologique des produits du curetage ou le titrage biologique. Dans de telles circonstances, l'examen biologique est habituellement tardif et peut montrer un titre hormonal élevé.
- Choriocarcinome post molaire : Tant en matière de diagnostic positif que différentiel, les signes cliniques (hémorragies, kystes ovariens persistants) n'ont qu'une valeur indicative. L'histologie n'est d'aucun secours. La surveillance hormonologique apporte la plus grande précision au diagnostic. Toutefois, son interprétation peut être difficile. La courbe débute comme celle d'une guérison retardée. Puis, au bout d'un certain temps, se dessine une remontée nette sans qu'elle atteigne des chiffres tout de suite élevés. D'autre fois, sans remontée franche, c'est la prolongation d'un plateau qui, de façon déjà moins probante, entraîne le diagnostic.

À noter qu'on peut s'aider de l'échographie pelvienne, de l'écho doppler, du scanner, de l'hystérogaphie et à titre tout à fait exceptionnel de l'artériographie pelvienne.

En résumé, dans le dépistage et le pronostic du choriocarcinome, l'examen biologique apporte le critère le plus précis. Toutefois, son interprétation peut être difficile. Entre la môle et le choriocarcinome tel qu'il a été décrit, les frontières ne sont pas toujours tranchées. Certaines formes sont difficiles à classer et

répondent mieux à la dénomination de « prolifération trophoblastique persistante ». Elle regroupe deux variétés évolutives : les non-métastatiques et les métastatiques décrites sous le nom de môle maligne.

### **3.5.1.7 Métastases**

En dehors des hémorragies, des infections utérines ou pelviennes, de la torsion d'un kyste lutéinique, de la destruction locale du myomètre allant jusqu'à la perforation utérine et à l'hémorragie intra péritonéale, toutes très rares, les métastases sont les complications habituelles du choriocarcinome.

Elles sont dues à la déportation d'éléments néoplasiques par voie sanguine. Contrairement aux métastases des autres épithéliomas, elles n'empruntent jamais la voie lymphatique. Elles sont souvent précoces, même révélatrices ; elles peuvent au contraire n'apparaître qu'après l'intervention.

Les métastases pulmonaires sont les plus fréquentes. De sémiologie souvent fruste au début, parfois absolument latentes, elles se traduisent par des signes pleuropulmonaires variables (hémoptysies, foyers diffus ou localisés). Les radiographies répétées et le scanner pulmonaire sont nécessaires pour les déceler, les localiser, en suivre l'évolution.

Les métastases vaginales et vulvaires siègent avec prédilection au voisinage du méat. Le noyau est souvent unique, gros comme un pois ou une noisette, violacé, élastique, indolore, mobile au début, puis adhérent et à la longue ulcéré.

Les autres sièges sont plus rares, mais tous les organes, tous les tissus peuvent être intéressés : cerveau, foie, rein, col utérin, intestin, moelle, fémur, gencives, tissu sous cutané, etc. Ces localisations peuvent conduire à des examens complémentaires : échographie, hystéroscopie, scanner, artériographie pelvienne.

En l'absence de traitement, les métastases évoluent inexorablement vers l'extension et la mort. Elles sont même particulièrement térébrantes et de haute malignité.

### 3.5.1.8 PRONOSTIC :

Il est fonction :

- Du traitement mis en œuvre. La chimiothérapie trouve sur le choriocarcinome son terrain d'élection, ses succès les plus éclatants ;
- De la date de mise en œuvre de ce traitement : le pronostic est d'autant meilleur que celle-ci est plus précoce ;
- Du taux initial, avant traitement, des gonadotrophines ;
- Des localisations métastatiques.

Les formes de bon pronostic sont celles dont le traitement a été appliqué tôt, dans lesquelles le taux initial de gonadotrophines est au-dessous de 10000 UI sur les urines de 24 heures, ou de 40000mUI/ml dans le plasma ; celles où les métastases, quand elles existent, sont pelviennes ou pulmonaires.

Les formes de mauvais pronostic se caractérisent par un traitement trop tardif, après plus de 4 mois d'évolution, par des taux de gonadotrophines supérieurs aux valeurs ci-dessus, par des métastases cérébrales ou hépatiques.

### 3.5.1.9 Conduite à tenir

Pendant la période de surveillance clinique et biologique, tout traitement actif sera évité. Des mesures contraceptives seront prescrites à l'exclusion des dispositifs intra-utérins. En 6 à 8 semaines le taux des gonadotrophines chorioniques, doit tomber au-dessous de 50 UI dans les urines ou de 30 mUI/ml dans le plasma, celui des  $\beta$ hcg au-dessous de 10 ng/ml. Si au bout de ce temps le taux stagne au-dessus de ces valeurs, lors de 3 dosages successifs à une semaine d'intervalle, à plus forte raison s'il remonte, le traitement doit être entrepris.

Le curetage itératif doit être abandonné. D'une part l'histologie n'est pas une méthode fiable de diagnostic, d'autre part il fait courir un risque de synéchie qui compromettrait l'avenir obstétrical et peut être un risque de métastase. Pour

conclure, c'est donc sur les seules données hormonologiques que seront fondées les décisions thérapeutiques.

### 3.5.1.10 Traitement

#### ➤ Le traitement médical chimiothérapique :

Il occupe la première place du traitement des choriocarcinomes en raison des résultats particulièrement bons obtenus dans ces variétés de tumeurs malignes. Le traitement ne peut être que curatif. Le traitement préventif n'a pas fait la preuve de son efficacité, mais ses inconvénients et dangers, sont certains.

Deux médicaments sont utilisés : en première ligne le *méthotrexate* puis *l'actinomycine D*.

De nombreux autres cyclostatiques ont été proposés qui viennent loin derrière les deux précédents : *oncovin* (vincristine) *velbé* (vincoblastine), *chloraminophène* (chlorambucil), etc.

#### Indications et modalités du traitement :

Si les modalités de surveillance des suites de môle font l'unanimité, les critères d'indication de la chimiothérapie sont très variables d'un auteur à l'autre.

#### • Principes généraux :

Une fois établies les modalités de surveillance des patientes ayant expulsé une môle, il convient de définir les critères qui permettront de sélectionner les patientes à traiter. S'il fallait traiter par chimiothérapie tous les cas de grossesses molaire où des taux élevés de gonadotrophines témoignent de la persistance de tissu trophoblastique actif peu après le curetage, la plupart des patientes seraient traitées. En effet, contrairement à ce qui se passe après un accouchement ou un avortement, une production des **βhcg**, persiste souvent plusieurs semaines, voire plusieurs mois après évacuation d'une môle sans signer nécessairement une évolution maligne. Pour fixer les critères de traitement, trois facteurs doivent être

pris en considération : les taux de  $\beta$ hcg, en valeur absolue, la durée de persistance des taux élevés de  $\beta$ hcg et les signes cliniques associés.

### **Rôle des $\beta$ hcg dans les indications thérapeutiques.**

- **Les taux :** Goldstein [34] et Bagshawe [20] ont décrit plusieurs types d'évolution des taux des  $\beta$ HCG. Après évacuation d'une môle hydatiforme de la cavité utérine : on peut observer un retour, rapide : (type I) ou lent (type II) à des valeurs normales ; une décroissance lente avec persistance de taux anormalement élevés (type III) ; une décroissance lente avec reprise du processus tumoral, (type IV) et la persistance du taux des  $\beta$ HCG (Type V) signant une absence de régression du tissu trophoblastique. Il est admis qu'à 25 000 mUI/ml et plus, un mois après l'évacuation de la môle, l'extension du processus tumoral doit faire craindre à une perforation utérine. Il est par ailleurs établi que plus les taux de  $\beta$ hcg sont élevés, plus le taux de mortalité augmente [33].

**Les auteurs partisans de la chimiothérapie sélective sont d'accord pour considérer que les types III, IV, V doivent être traités.**

- **La durée :** de la persistance des taux élevés de  $\beta$ hcg, il subsiste un désaccord quant à la distinction entre les types II et III : celui-ci porte uniquement sur la durée de la persistance de taux élevés de  $\beta$ hcg ; après combien de temps une telle persistance constitue-t-elle un risque d'évolution maligne ?

Certains auteurs [31,34,35] fixent cette limite à 6-8 semaines : ils traitent ainsi par chimiothérapie 15 à 20% des môles [36].

**Bagshawe et coll** ont calculé sur une série de 280 cas, le temps écoulé entre l'évacuation et le retour des gonadotrophines dans les limites de la normale. Après 3 semaines 49% des patientes avaient encore des valeurs anormalement élevées. Après 28 semaines, soit 6 mois après le curetage évacuateur, plus de 95% des

patientes avaient retrouvé des taux élevés de  $\beta$ hcg. A 6 mois après le curetage évacuateur, ces auteurs ne traitent que 5% des cas, c'est à dire un pourcentage similaire au risque réel de transformation maligne. Si des taux élevés de  $\beta$ hcg pendant 6 mois, peuvent être raisonnablement acceptés, cette limite ne doit en aucun cas être dépassée. Au-delà le risque d'évolution maligne devient très important [37,38]. En outre, après six mois de persistance de tissu trophoblastique, une résistance au traitement chimiothérapique peut s'installer [33]. Enfin pour Bagshawe, lorsqu'un traitement chimiothérapique est instauré dans tous les cas ou une production de  $\beta$ hcg, persiste 6 mois après le curetage évacuateur, la guérison est obtenue chaque fois [33].

Les signes cliniques associés : Des signes cliniques ou des images radiologiques témoignant de la présence de tissu trophoblastique ectopique (poumon, foie, cerveau, abdomen, vagin) associés à la persistance de taux élevés de  $\beta$ hcg sont justiciables d'un traitement chimiothérapique avant six mois (ou 6 – 8 semaines selon les auteurs).

- Les critères du traitement :

Delvoy et Robyn dans un article de 1974 (en accord avec les protocoles de Bagshawe et de l'O. E. R. T. C.) ne traitent, dans les suites de môles que les cas où :

- Les taux de  $\beta$ hcg sont supérieurs à 25000 mUI/ml 4 semaines après l'évacuation de la môle.
- Des taux de  $\beta$ hcg élevés sont associés à des métrorragies ou à des signes de métastases cérébrales, pulmonaires, gastro-intestinales, vaginales.
- Une production anormale des  **$\beta$ hcg** persiste 6 mois après l'évacuation d'une môle (50UI/l) : ces critères sont illustrés par la **figure 1**.
- **la monochimiothérapie** est la forme la plus courante des procédés s'appliquant aux cas dits « de bon pronostique ».

Le méthotrexate peut s'employer selon un protocole simple et efficace : le médicament est administré à la dose de 10 à 30 mg (en moyenne 25) en injections intramusculaires 2 fois par semaine, jusqu'à la négativation de l'excrétion hormonale, qui doit être obtenue en un délai de 6 semaines.

L'actinomycine D est utilisée en cures de 5 jours avec un intervalle minimal de 7 jours entre les cures et à la dose de 10 à 13 µg par kg par jour, par voie intraveineuse.

- **la poly chimiothérapie** s'applique aux formes ayant résisté à la mono chimiothérapie et d'emblée aux formes « de pronostic graves ». De même, la poly chimiothérapie s'applique aux formes tumorales, confirmées par hystérographie.

Les modalités de ces poly chimiothérapies, qui ne sauraient être entreprises et menées que par des spécialistes, sont variables. Certains associent méthotrexate, actinomycine et chloraminophène. D'autres pratiquent une chimiothérapie séquentielle à raison d'une cure de 4 jours par semaine, puis toutes les deux semaines. Chaque cure comporte pour le « 1 » : vincristine par 1 m<sup>2</sup> de surface corporelle ; pour les jours « 2,3 et 4 », méthotrexate, 20 mg par m<sup>2</sup> et par jour, ou actinomycine D, 300 µg par m<sup>2</sup> et par jour.

Surveillance du traitement :

Qu'il s'agisse de mono chimiothérapie ou de poly chimiothérapie, la surveillance du traitement a un double objectif : s'assurer de ses effets curatifs et dépister les éventuelles complications.

Les effets curatifs sont estimés par les taux d'excrétion hormonale. Pour les traitements monochimiothérapiques, on doit obtenir la négativation en un délai qui ne doit pas dépasser 6 semaines. D'une manière générale, on peut conclure à la rémission, quand le taux normal de β HCG se maintient pendant 3 semaines consécutives. Ce résultat acquis, le traitement se poursuivra pendant 6 semaines encore.

Il en résulte la nécessité de dosages hormonaux hebdomadaires pendant toute la durée du traitement. À plus longue échéance, le contrôle hormonal aura lieu chaque mois pendant 6 mois, ensuite tous les 2 mois pendant 6 mois.

Le dépistage d'éventuelles complications (stomatite, diarrhée, douleurs abdominales, ulcérations anales, accidents infectieux et surtout leucopénies ou thrombopénies et parfois alopecie, aplasie médullaire) oblige :

- A une surveillance hématologique ;
- Au contrôle de la fonction rénale, au minimum celui de la diurèse et la recherche de la protéinurie ;
- Au contrôle de la fonction hépatique par l'étude hebdomadaire des transaminases.

L'apparition de complications, en particulier hématologiques, doit faire interrompre le traitement, au moins provisoirement.

Le dépistage de tout foyer infectieux est un préalable indispensable à tout traitement.

➤ **La chirurgie :**

- L'hystérectomie d'emblée voit son domaine se restreindre de jour en jour. L'hystérectomie est indiquée en cas d'hémorragie utérine très importante mettant la vie de la femme en danger, de tumeur utérine non éradiquée par chimiothérapie. Certains considèrent enfin que l'hystérectomie reste indiquée comme traitement de départ, en période pré ménopausique, mais à la condition qu'il n'existe aucune métastase. La chimiothérapie devrait intervenir si le taux de prolactine ne s'annulait pas à l'exérèse.
- L'exérèse d'une métastase pulmonaire mérite d'être envisagée quand une image pulmonaire unique persiste après une longue chimiothérapie et que l'excrétion hormonale ne revient pas à la normale. Il peut en résulter la guérison.

### 3.5.1.11 RESULTATS :

Les résultats du traitement sont à considérer sur le plan vital et fonctionnel.

#### - Vital :

On peut considérer que la rémission, quand elle est obtenue, est en général définitive et s'identifie à la guérison. Les rémissions de plus d'un an ne sont pas suivies de rechutes. Celles-ci surviennent au bout de quelques mois.

#### - Fonctionnel :

Le maintien de la fonction de reproduction, rendue possible par la chimiothérapie, est une raison de plus pour éviter les traitements mutilateurs chez ces femmes habituellement jeunes. Les observations de grossesses chez des femmes ayant été traitées se multiplient, avec une évolution normale et sans dommage pour l'enfant.

### 3.5.1.12 QUELLE METHODE CONTRACEPTIVE ADOPTER APRES EVACUATION D'UNE MOLE ?

Le dispositif intra-utérin (DIU), pouvant constituer un facteur d'irritation locale dans une cavité utérine qui vient d'être le siège d'une maladie potentiellement maligne, ne paraît pas être indiqué. En outre en cas de récurrence d'une perforation, l'injection intramusculaire retardée, pouvant provoquer des pertes de sang anormales, pose le problème du diagnostic différentiel avec les métrorragies dues à la persistance du tissu trophoblastique dans l'utérus.

La prise de **contraceptifs oraux combinés ou séquentiels** est permise par certains auteurs [29,39], recommandée par d'autres [40].

S'il n'existe pas d'étude clinique quant à l'innocuité de ces substances dans les suites de môles par contre les arguments expérimentaux permettent d'en douter. En effet, au cours d'études in vitro et in vivo chez l'animal il est apparu que les œstrogènes ou les associations œsto-progestatives favorisent le développement du tissu trophoblastique ou sa transformation vers une forme invasive [41-43]. Par ailleurs en créant des cycles artificiels, on ne peut plus déterminer à quel moment

des cycles ovulatoires réapparaissent. Le rétablissement de la fonction de reproduction témoigne en effet d'une évolution favorable de la maladie.

Les moyens contraceptifs mécaniques masculins ou féminins n'offrent pas les avantages des précédentes méthodes, aussi sont-ils recommandés en dernier lieu. Si, pour des raisons d'acceptabilité, ce type de méthode n'offrait pas les garanties nécessaires quant à leur efficacité, nous suggérons alors la prise d'anti-ovulatoires oraux [44].

### **3.5.1.13 AVENIR OBSTETRICAL APRES GROSSESSE MOLAIRE :**

#### **➤ Délai d'autorisation d'une nouvelle grossesse :**

Il faut 1 an après négativation de l'excrétion des **βhcg** avant d'envisager une nouvelle grossesse. Certains avancent même 6 mois après négativation de l'excrétion des **βhcg** [45]

#### **➤ Si une grossesse survient avant expiration du délai :**

Il se pose la question du diagnostic entre grossesse normale et choriocarcinome.

#### **➤ Fertilité après môle :**

Les synéchies peuvent entraîner une infertilité. Par ailleurs, ni le **MTX**, la **DAC** n'influencent l'ovogenèse.

#### **➤ Évolution et surveillance des grossesses ultérieures :**

Toute grossesse ultérieure doit être considérée comme à haut risque de développement d'un néoplasie trophoblastique, d'où l'échographie au premier trimestre de toute grossesse ultérieure, l'examen anatomo-pathologique du placenta, le dosage des **βhcg**, 6 semaines après le terme de toute grossesse ultérieure [25].

# MATERIEL ET METHODES

## 4 MATERIEL ET METHODES

### 4.1 Cadre d'étude et Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans deux (2) structures de santé : service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G et service de gynécologie et d'obstétrique du CSRéf de la commune III du district de Bamako.

#### ➤ **CHU Point G**

Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom Point G. Son emplacement est à 8 km du centre-ville de Bamako, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares et comporte 20 services dont le service d'anatomie et cytologie pathologique.

#### ➤ **Le service d'Anatomie et Cytologie pathologiques**

Précédemment à l'INRSP, il a été transféré au CHU du point G en juillet 2010 et est devenu fonctionnel en Août de la même année. Il est situé au Nord-Est de l'hôpital entre le nouveau bâtiment de la Néphrologie, l'ancien bâtiment de la Médecine Interne et le service d'Hématologie Oncologie Médicale.

#### ➤ **Le personnel** du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques se compose comme suit :

- Deux Professeurs titulaires,
- Un maître-assistant,
- Deux médecins pathologistes, patriciens hospitaliers,
- Des médecins en spécialisation (DES)
- Deux techniciens supérieurs de laboratoire,
- Deux secrétaires,
- Deux manœuvres,
- Des étudiants en année de thèse.

#### ➤ **Les locaux** du service d'anatomie et cytologie pathologiques comportent :

- Une salle d'accueil,
- Une salle de prélèvement pour la cytologie,

- Une salle de macroscopie,
- Une salle pour registre des cancers,
- Deux salles de techniques,
- Une salle de travaux pratiques,
- Une salle d'archivage,
- Cinq bureaux,
- Deux toilettes.

➤ **Le fonctionnement** du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques se déroule de cette manière :

C'est le principal service public dans son genre au Mali, où est adressé la grande majorité des frottis, les liquides pour cytologie, les biopsies et les pièces opératoires provenant de tout le pays.

Les comptes rendus anatomo-pathologiques sont archivés et les résultats des cas de cancers sont enregistrés dans le registre des cancers.

En plus de ses activités de diagnostic, le service est aussi actif dans le domaine de la recherche. Il collabore notamment avec le **C.I.R.C.** (Centre International de Recherche sur le Cancer).

➤ **Le centre de référence de Santé de la Commune III (CSréf CIII) :**

➤ **Présentation de la commune III :**

La commune III a une superficie de 23 km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako (267 km<sup>2</sup>) et est peuplée de 167545 habitants répartis en 19 quartiers.

➤ **Présentation du centre de santé de référence de la CIII :**

Le centre de santé a été créé avec un plateau minimum pour assurer les activités courantes. Pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé, il a été érigé en Centre de Santé de Référence (CSREF) en 2013.

Actuellement, il a une très forte affluence et comprend plusieurs services dont celui de Gynécologie-obstétrique.

➤ **Composition du centre**

Le centre de santé de référence se trouve à Bamako coura. Il comporte plusieurs services :

- L'administration,
- La pharmacie,
- Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL),
- Le service d'ophtalmologie,
- Le service d'odontostomatologie,
- Le service de médecine générale,
- Le service de Gastrologie,
- Le service d'urologie,
- Le service de traumatologie,
- Le service de cardiologie,
- Le service de Dermatologie,
- Le service de Diabétologie,
- Le service social,
- Le service de pédiatrie,
- Le service de rhumatologie,
- Le service de chirurgie générale,
- L'unité d'imagerie générale,
- Le laboratoire d'analyse médicale,
- deux blocs opératoires,
- La brigade d'hygiène,
- L'USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils),
- Le service d'anesthésie réanimation du bloc opératoire,
- La morgue,
- Le service de gynéco-obstétrique,

➤ **Description du service Gynéco-Obstétrique :**

Le service de gynécologie obstétrique se trouve à l'est du centre.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec quatre (4) tables d'accouchement,
- Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec cinq lits,
- Une salle des infirmières et des aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse,
- Une unité de consultation prénatale (CPN),
- Une unité de planning familial (PF) et post-natale,
- Une unité PTME (Prévention de la transmission mère enfant),
- Une unité de suivi de grossesse pathologique et de consultation gynécologique,
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus,
- Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV),
- Une unité de soins après avortement (SAA),
- Quatre (4) salles d'hospitalisation avec treize (13) lits,
- Une toilette externe pour le personnel,
- Une toilette interne pour les patientes.

**Le personnel comprend :**

- Trois (3) Spécialistes en Gynécologie obstétrique ;
- Deux (2) médecins DES ;
- Trente-cinq (35) sages-femmes dont une sage-femme maîtresse ;
- Quinze (14) infirmières Obstétriciennes ;
- Quatre (4) assistants médicaux ;
- Sept (7) aides-soignantes ;
- Douze (12) étudiants faisant fonction d'interne ;
- Huit (8) techniciens de surface ;

➤ **Fonctionnement du service :**

Le service dispose d'une salle d'accouchement avec quatre (4) blocs qui fonctionnent 24 heures sur 24. Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens, trois (3) jours par semaine.

Les autres jours, elles sont assurées par les médecins DES de gynécologie.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sage-femmes avec l'appui des infirmières et aides-soignantes.

Un staff se tient tous les matins pour discuter de la prise en charge des patientes et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc.).

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des étudiants faisant fonction d'internes, d'une sage-femme, une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de deux (2) techniciens de surface ; d'un médecin et d'un gynécologue. La visite des patientes hospitalisées est quotidienne.

**4.2 Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à caractère rétrospectif.

**4.3 Période d'étude :**

Notre étude s'est étendue du 1<sup>er</sup> Janvier 2014 au 31 Décembre 2019 soit une période de 6 ans.

**4.4 Population d'étude :**

Elle est constituée de toutes les femmes admises pour une consultation obstétricale pendant la période d'étude.

#### 4.5 Échantillonnage

- **Critères d'inclusion :**

Ont été incluses toutes les patientes ayant consulté ou qui ont été référées au CSREF CIII :

- Chez qui le diagnostic de môle a été porté sur les résultats d'un examen échographique confirmé par l'histologie pendant la période d'étude.
- Chez qui le diagnostic de mole a été confirmé à l'histologie sur la pièce d'AMIU.

- **Critères de non-inclusion :**

Les femmes ayant une grossesse normale.

Les femmes ayant une pièce d'AMIU dont l'histologie revient sans causes.

#### 4.6 Les variables étudiées :

Les données sociodémographiques, cliniques et histologiques.

#### Déroulement :

##### Technique de l'examen anatomo-pathologique :

Après évacuation du contenu utérin, les débris de conception sont examinés, inspectés, mis dans un récipient fermé, fixés au formol 10% puis acheminés au laboratoire d'anatomopathologie.

L'examen macroscopique est fait de la façon suivante :

- Les produits de conception sont examinés à l'œil nu pour une description macroscopique.
- Nous procédons ensuite à la mise en cassette des différents fragments puis à la déshydratation pour obtenir un bloc en paraffine.
- Après la coupe, nous procédons à la coloration avec l'hématoxyline-éosine et au montage.
- Enfin l'interprétation est faite au microscope optique pour identifier les éléments diagnostiques.

#### 4.7 Gestion des données

- **Collecte**

Une fiche d'enquête a été établie sur laquelle les informations ont été collectées.

- **Saisie et analyse**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 21.0.

La confection des textes, des tableaux et des graphiques a été réalisée à l'aide des logiciels Microsoft Word et Excel 2016. Comme test statistique, nous avons utilisé le  $\chi^2$  de **Fischer** avec comme seuil de signification  $p < 0,05$ .

- **Considération éthique :**

Toutes les informations collectées seront confidentielles sans aucune falsification et publiées au besoin.

# RESULTATS

## 5 RESULTATS :

### 5.1 Fréquence :

Du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2019 nous avons enregistré **18 894** admissions en obstétrique dont **41** cas de grossesse molaire soit une fréquence de **0,21%**.

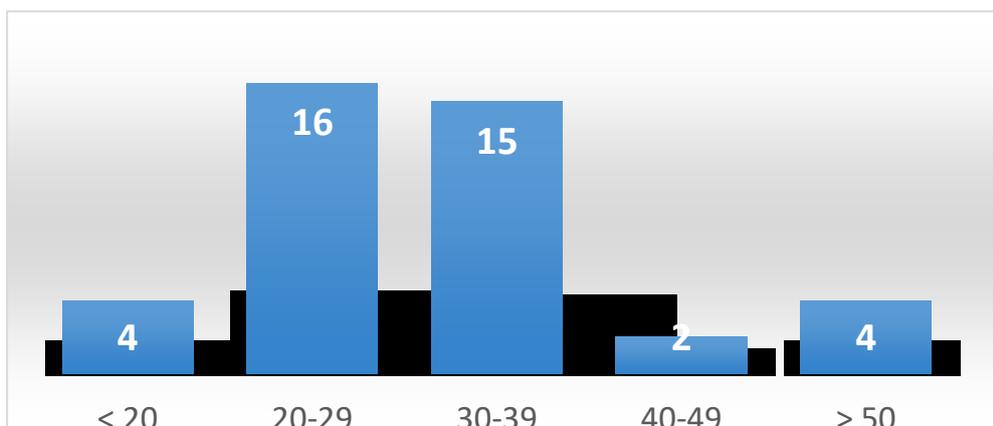


**Figure 4** : Répartition des patientes selon l'année de diagnostic.

Le plus grand nombre de cas de grossesse molaire a été observé en **2018** avec un effectif de 9 patientes soit (**22%**).

### 5.2 Données sociodémographiques :

#### Age :



**Figure 5** : Répartition des patientes selon l'âge.

La tranche d'âge 20-29 ans avait représenté un effectif de 16 patientes soit 39 % des cas. L'âge moyen était de 29,59 +/-ans avec des extrêmes de 15 ans et 53 ans.

**Statut matrimonial**

**Tableau III:** Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	40	97,6
Célibataire	1	2,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les femmes mariées avaient représenté un taux de 97,6%.

**Profession des patientes :**

**Tableau IV:** Répartition des patientes selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	23	56,1
Étudiante	4	7,3
Commerçante	2	4,9
Élève	2	4,9
Fonctionnaire	1	2,4
Autres	9	22,0
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

La grande majorité des femmes était des ménagères avec un taux de 56,1%.

**Niveau d’instruction**

**Tableau V:** Répartition des patientes selon le niveau d’étude

Niveau d’étude	Fréquence	Pourcentage
Primaire	9	22,0
Secondaire	6	14,6
Supérieur	6	14,6
<b>Non scolarisé</b>	<b>20</b>	<b>48,8</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les non scolarisées représentaient (48,8 %) des cas.

### Profession du conjoint

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Fréquence	Pourcentage
<b>Commerçant</b>	<b>21</b>	<b>51,2</b>
Chauffeur	4	9,8
Fonctionnaire	3	7,3
Ouvrier	3	7,3
Cultivateur	2	4,9
Autres	8	19,5
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les conjoints étaient des commerçants dans 51,2 % des cas.

### 5.3 Données cliniques :

#### Mode d'admission :

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
<b>Référée</b>	<b>23</b>	<b>56,1</b>
Venue d'elle-même	16	39,0
Évacuée	2	4,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les patientes référées étaient majoritaires avec un effectif de 23 soit 56,1%.

**✚ Motif de consultation :**

**Tableau VIII :** Répartition des patientes selon le motif de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Métrorragie</b>	<b>16</b>	<b>39,0</b>
Douleur pelvienne	9	22,0
Grossesse molaire a l'écho	7	17,1
Avortement spontané	5	12,2
Nausée vomissement anorexie asthénie	3	7,3
Notion d'aménorrhée	1	2,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

La métrorragie avait été le motif de référence majoritaire avec un taux de 39 %.

**✚ Circonstance de découverte**

**Tableau IX :** Répartition des patientes selon la circonstance de découverte

<b>Circonstance de découverte</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Métrorragie du 1er trimestre</b>	<b>23</b>	<b>56,0</b>
Découverte à l'échographie	7	17,1
Signes sympathiques exagérés	4	9,8
Autres	7	17,1
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les métrorragies ont été le signe de découverte le plus fréquent avec (56 %).

**✚ Période de consultation :**

**Tableau X :** Répartition des patientes selon la période de consultation

<b>Période de consultation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Avant avortement molaire</b>	<b>30</b>	<b>73,2</b>
Avortement molaire en cours	10	24,4
Après avortement molaire	1	2,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Nos patientes avaient été reçues avant l'avortement molaire dans 73,2 % des cas.

**Antécédents**

➤ **Médicaux**

**Tableau XI : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux**

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
HTA	6	14,6
Asthme	2	4,9
<b>Néant</b>	<b>33</b>	<b>80,5</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Dans 33 cas soit 80,5% il n'y a pas d'antécédent médical.

➤ **Chirurgicaux**

**Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux**

Antécédents chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Oui	12	29,3
<b>Non</b>	<b>29</b>	<b>70,7</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les patientes n'avaient pas d'antécédent chirurgical dans 70,7 % des cas. Par contre 29,3 % des patientes avaient des antécédents de chirurgie (césarienne, appendicectomie, myomectomie, hernie)

➤ **Gynéco-obstétricaux :**

- **Gestité**

**Tableau XIII : Répartition des patientes selon la gestité**

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	1	2,4
Paucigeste	12	29,3
<b>Multigeste</b>	<b>17</b>	<b>41,5</b>
Grande multigeste	11	26,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les multigestes avaient représenté 41,5%.

- **Parité**

**Tableau XIV:** Répartition des patientes selon la parité

<b>Partité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Primipare	9	22,0
Paucipare	11	26,7
<b>Multipare</b>	<b>12</b>	<b>29,3</b>
Grande multipare	9	22,0
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les multipares étaient majoritaires avec un taux de 29,3%.

- **Notion d'avortement**

**Tableau XV:** Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement

<b>Notion d'avortement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>24</b>	<b>58,5</b>
Non	17	41,5
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les femmes ayant un antécédent d'avortement avaient représentés 58,5 % des cas.

 **Notion de prise de contraceptif**

**Tableau XVI:** Répartition des patientes selon la prise de contraceptif

<b>Prise de contraceptif</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>7</b>	<b>17,1</b>
Non	34	82,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

La notion de prise de contraceptif a été retrouvée chez 17,1 % des patientes.

**Mode de début :**

**Tableau XVII:** Répartition des patientes selon le mode de début

Mode de début	Fréquence	Pourcentage
<b>Progressif</b>	<b>23</b>	<b>56,1</b>
Brutal	18	43,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Le début a été progressif dans 23 cas soit 56,1%.

**Semaine d'aménorrhée :**

**Tableau XVIII:** Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse en SA	Fréquence	Pourcentage
< 7	11	26,4
<b>7 - 10</b>	<b>16</b>	<b>38,8</b>
11 - 16	7	17,4
Indéterminé	7	17,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

L'âge de la grossesse entre 7 et 10 SA était majoritaire avec un effectif de 16 soit 38,8%.

**Notion d'hémorragie :**

**Tableau XIX:** Répartition des patientes selon la notion d'hémorragie

Notion d'hémorragie	Fréquence	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>27</b>	<b>64,5</b>
Non	13	33,1
Indéterminé	1	2,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

La notion d'hémorragie a été retrouvée chez 27 patientes soit 64,5 %.

**✚ Caractère de l'hémorragie :**

**Tableau XX :** Répartition des patientes selon le caractère de l'hémorragie

Caractère de l'hémorragie	Fréquence (n = 27)	Pourcentage
Minime	12	41,6
Moyenne	10	35,2
Abondante	5	23,2
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Le caractère minime de l'hémorragie a été retrouvé chez 12 patientes soit 41,6%.

**✚ État général :**

**Tableau XXI:** Répartition des patientes selon l'état général

État général	Fréquence	Pourcentage
Bon	24	60,7
Passable	9	20,3
Altéré	6	14,2
Indéterminé	2	4,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

L'état général était bon chez 24 patientes soit 60,7% des cas.

**✚ Anémie :**

**Tableau XXII:** Répartition des patientes selon la présence de l'anémie

Anémie	Fréquence	Pourcentage
Oui	10	26,0
Non	29	69,2
Indéterminé	2	4,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

L'anémie avait représenté 26 % des cas.

**✚ Présence d’hypertension artérielle :**

**Tableau XXIII :** Répartition des patientes selon l'hypertension artérielle

<b>Hypertension artérielle</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>4</b>	<b>9,8</b>
Non	35	85,4
Indéterminé	2	4,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

La tension artérielle était élevée chez 4 patientes soit 9,8 % des cas.

**✚ Présence d’œdème des membres inférieurs :**

**Tableau XXIV:** Répartition des patientes selon la présence d'œdème des membres inférieurs

<b>Œdème des membres inférieurs</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>4</b>	<b>9,8</b>
Non	35	85,4
Indéterminé	2	4,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

L’œdème des membres inférieurs était présent dans 9,8 % des cas.

**✚ Hauteur utérine :**

**Tableau XXV:** Répartition des patientes selon la hauteur utérine

<b>Hauteur utérine(cm)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt; 15 cm</b>	<b>9</b>	<b>22,6</b>
> 15cm	4	9,8
Indéterminé	28	67,6
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

La hauteur utérine était inférieure à 15 cm dans 9 cas ; soit 22,6 %.

**✚ Kystes ovariens bilatéraux :**

**Tableau XXVI:** Répartition des patientes selon les kystes ovariens bilatéraux

<b>Kystes ovariens</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>33</b>	<b>78,2</b>
Non	6	17
Indéterminé	2	4,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les kystes ovariens bilatéraux ont été trouvés dans 78,2 % des cas.

**✚ Protéinurie :**

**Tableau XXVII :** Répartition des patientes selon la protéinurie

<b>Protéinurie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt; 1</b>	<b>4</b>	<b>9,8</b>
> 1	35	85,4
Indéterminé	2	4,8
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

La protéinurie était élevée chez 4 patientes soit 9,8% des cas.

**✚ Examens complémentaires :**

➤ **Échographie :**

**Tableau XXVIII :** Répartition des patientes selon l'image échographique

<b>Image typique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>39</b>	<b>95,1</b>
Non	2	4,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

L'image échographique typique d'une grossesse molaire était présente chez 39 de nos patientes soit 95,1 %.

 **Prise en charge**

**Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la prise en charge**

Prise en charge		Fréquence	Pourcentage
AMIU	Oui	40	97,6
	Non	1	2,4
Curetage	Oui	2	4,8
	Non	28	67,2
	Indéterminé	11	28
AMIU + Curetage	Oui	2	4,8
	Non	28	67,2
	Indéterminé	11	28
AMIU itérative	Oui	3	9,2
	Non	26	62,4
	Indéterminé	12	28,4

L'AMIU a été la prise en charge la plus retrouvée avec 97,6% des cas

#### 5.4 Données anatomo-pathologiques

➤ **Aspect macroscopique du produit d'aspiration :**

**Tableau XXX : Répartition des patientes selon l'aspect macroscopique du produit d'aspiration**

Aspect du produit	Fréquence	Pourcentage
<b>Aspect vésiculaire en grappe de raisin</b>	<b>29</b>	<b>71,6</b>
Débris trophoblastiques	12	28,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, le produit d'aspiration d'aspect vésiculaire en grappe de raisin a été retrouvé chez 29 de nos patientes soit 71,6 % des cas.

➤ **Aspect histologique du produit d'aspiration**

**Tableau XXXI :** Répartition des patientes selon le résultat de l'examen anatomopathologique

Examen anatomo-pathologique	Fréquence	Pourcentage
<b>Mole complète</b>	<b>26</b>	<b>63,4</b>
Mole partielle	14	34,2
Choriocarcinome	1	2,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

L'aspect histologique d'une mole complète a été retrouvé chez 26 de nos patientes soit 63,4 % des cas.

**5.5 Analyses bivariées**

✚ **Type histologique et tranche d'âge**

**Tableau XXXII:** Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge et le type histologique

Tranche d'âge	Type histologique			Total
	Mole complète	Mole partielle	Chorocarcinome	
< 20	1	3	0	<b>4</b>
[20 – 29]	12	7	0	<b>19</b>
[30 – 39]	8	4	1	<b>13</b>
[40 – 49]	4	0	0	<b>4</b>
> 49	1	0	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>41</b>

Khi 2 = 7,892 ; ddl = 8 ; p = 0,424

Il n'y a pas de lien entre l'âge et le type histologique.

**✚ Notion de prise de contraceptif**

**Tableau XXXIII :** Répartition des patientes en fonction de la notion de la prise de contraceptif et le type histologique

Type histologique	Prise de contraceptif		Total
	Oui	Non	
Mole complète	4	20	<b>24</b>
Mole partielle	3	13	<b>16</b>
Choriocarcinome	0	1	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>34</b>	<b>41</b>

$Khi^2 = 0,239$  ; ddl = 2 ; **p = 0,821**

Il n'existe pas de corrélation entre la prise de contraception et le type histologique.

**✚ Notion d'hémorragie**

**Tableau XXXIV :** Répartition des patientes en fonction de la notion d'hémorragie et le type histologique

Type histologique	Notion d'hémorragie		Total
	Oui	Non	
Mole complète	20	5	<b>25</b>
Mole partielle	8	7	<b>15</b>
Choriocarcinome	1	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>12</b>	<b>41</b>

$Khi^2 = 3,645$  ; ddl = 2 ; **p = 0,183**

Il n'existe pas de lien entre la notion d'hémorragie et le type histologique.

 **Antécédent d'avortement**

**Tableau XXXV** : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent d'avortement et le type histologique

Type histologique	Antécédent d'avortement		Total
	Oui	Non	
Mole complète	16	10	<b>26</b>
Mole partielle	7	7	<b>14</b>
Choriocarcinome	1	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>37</b>

$\text{Khi}^2 = 1,226$  ; ddl = 2 ;  $p = 0,52$

Il n'existe pas de lien entre l'antécédent d'avortement et le type histologique.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## 6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 6.1 Approche méthodologique :

Il s'agissait d'une étude rétrospective. Compte tenu de cet aspect, la réalisation de la base de données a été confrontée à certaines difficultés à savoir :

- L'absence de certaines informations notamment sur les renseignements cliniques.
- La non disponibilité de certains dossiers. Ceci-ci peut expliquer la variation de la taille de l'échantillon dans les résultats.

### 6.2 Données épidémiologiques :

Au cours de notre travail, nous avons enregistré dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSrél CIII ; **18894** admissions en obstétrique dont **41** cas de grossesse molaire soit une fréquence de **0,21%**. Cette fréquence est inférieure à celui de Sacko K [54] (**0,70%**) et supérieure à ceux MB Keita [44] (**0,004**) au CSref CV, Ghennou et al [47] en Algérie (**0,08%**), Boufettal [3] au Maroc (**0,04%**) et de Faye O [46] (**0,25%**) au Sénégal. Notre fréquence plus élevée s'explique par le fait que l'incidence de la grossesse varie d'une région à une autre et d'une époque à une autre. Les conditions de vie sont des facteurs souvent cités comme étant à risque dans la littérature médicale, ce qui explique la différence de fréquence de la grossesse molaire dans les pays développés et les pays en développement [45].

L'âge moyen était de 29, 59 + /- ans avec des extrêmes de 15 et 53 ans. Ce résultat est supérieur à celui de Obossou et al [48] au Bénin qui ont retrouvé un âge moyen de 28,8 ans avec des extrêmes de 17 et 53 ans.

La tranche d'âge de 20-29 ans était la plus représentée (39%), ce résultat est inférieur à celui de Ghennou et al [46] avec une tranche de 31-35 ans qui était de 52%, mais proche de celui trouvé par Keita RS [49] avec une tranche d'âge de 26-35 ans qui était de 42,8%.

### 6.3 Données anatomo-cliniques :

Nos patientes avaient été référées dans 56,1% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le CSréf CIII est un centre de référence et reçoit non seulement les patientes venant des communes du district de Bamako mais aussi celles venant de l'intérieur du pays.

Nos patientes ont consulté avant l'évacuation molaire dans 97,6%. Parmi les circonstances de découverte, la métrorragie du premier trimestre était le signe le plus fréquent (56%). Les autres circonstances de découverte étaient : la douleur pelvienne (22%), la découverte échographique (17,1%), la grossesse arrêtée (12,2%) et l'exagération des troubles sympathiques (9,8%). Certaines de nos patientes avaient effectué un traitement antérieur (curetage ou aspiration) avant l'admission (4,9%). Ceci pourrait s'expliquer par une mauvaise prise en charge de la grossesse molaire.

Dans notre étude les patientes étaient essentiellement des multigestes (41,5%) et multipares (29,3%). Les antécédents d'avortement étaient présents dans 58,5% des cas. Certains antécédents pourraient être des facteurs de risque de la môle hydatiforme selon certains auteurs [47]. Notamment les antécédents de môle hydatiforme et les antécédents de fausses couches. Le risque d'avoir une môle complète est augmenté de deux à trois fois après un avortement spontané, et de 32 fois après deux avortements consécutifs [50]. Il est aussi accru en cas de rythme menstruels irréguliers et de contraception orale depuis plus de 4 ans.

La symptomatologie clinique a été dominée par les **métrorragies** dans 39% des cas et l'exagération des **troubles sympathiques de grossesse** dans 9,8% des cas. La **hauteur utérine** était supérieure à l'âge présumé de la grossesse dans 56% avec présence de **kyste lutéinique bilatéraux** dans 17,1% des cas l'**hypertension artérielle** était présente dans 9,8% des cas et l'**œdème des membres inférieurs** a été noté dans 12,3 % des cas. Dans notre étude, le diagnostic a été fait entre **7-10 SA** dans 50,6% avec une gestité moyenne de **8,9 SA**. Nos résultats sont inférieurs

à celui de **Sacko K [54]** au Mali qui a trouvé une durée moyenne de **12,5 SA** et sont légèrement supérieurs à celui de **Kéita MB [47]** qui a trouvé une durée moyenne de **11,9 SA**.

Dans notre étude l'échographie pelvienne a été pratiquée chez les patientes qui ont consulté avant l'avortement molaire et qui a montré une **image typique** de môle (95,1%) avec présence dans la cavité utérine des zones anéchogènes mêlées aux zones hyperéchogènes formant l'image classique en « **nid d'abeille** » ou en « **flocons de neige** ».

L'échographie est l'examen d'orientation du diagnostic de la grossesse molaire, elle joue également un rôle important dans la surveillance post-molaire. Ainsi pour améliorer la sensibilité de l'échographie dans le diagnostic de la môle hydatiforme il faut associer le dosage des  $\beta$ HCG dès l'apparition des signes d'appel.

La méthode d'évacuation utérine la plus utilisée a été l'aspiration manuelle intra-utérine ou à défaut l'aspiration électrique intra-utérine qui est la méthode d'évacuation la moins traumatique sans aucune complication. Elle a été faite sous anesthésie générale et sous perfusion d'ocytocine, et a concerné 97,6% des patientes. Ce résultat est comparable à celui de **Kuscu et al [51]** qui ont utilisé l'aspiration utérine chez 310 patientes avec 20% de reprise une semaine après. Selon la littérature l'aspiration endo utérine complétée par un curetage est le mode d'évacuation le plus pratiqué. Ceci a été démontré par **Cissoko T [53]** au Mali qui a trouvé 82,5% des cas, **Cissé et al [52]** au Sénégal qui ont effectué les mêmes opérations chez 85 patientes sans perforation ni reprise.

Au cours de notre étude l'examen macroscopique des môles a révélé la présence de vésicules dans 71,6% des cas et des débris trophoblastiques dans 28,4% des cas.

Ce résultat est inférieur à celui de **Sacko K [54]** au Mali qui a trouvé dans 76,1% des cas la présence de vésicule. Alors que **Ghennou et al [45]** en Algérie notaient dans 77% des cas la présence de vésicules.

Cet examen a permis de préciser la nature histologique de chaque entité anatomopathologique de la maladie trophoblastique. Dans notre étude l'examen histologique a été réalisé dans 41 des cas. Ainsi nous avons noté 26 cas de MHC (soit 63,4 %), 14 cas de MHP (soit 34,2 %), 1 cas de choriocarcinome (soit 2,4%).

Nos résultats sont inférieurs à celui de **Sacko K [54]** (63,5%) et ceux de **Ghennou et al [46]** en Algérie et de **Keita MB [47]** au Mali avec respectivement 35 cas de MHC, 11 cas de MHP et 6 cas de choriocarcinome et 53 cas de MHC, 17 cas de MHP et 10 cas de choriocarcinome.

# CONCLUSION

## 7 CONCLUSION :

La mole hydatiforme est une affection relativement fréquente dans notre service. L'entité la plus fréquente est la MHC.

L'échographie pelvienne demeure le principal examen para clinique. Mais c'est le dosage des  $\beta$ HCG qui est spécifique. La prise en charge de cette grossesse molaire consiste en une évacuation utérine sous perfusion d'ocytocine avec du sang à porter de main en cas d'hémorragie. Dans la surveillance des suites de môle qui constitue finalement la clé des indications thérapeutiques du post-abortum, les signes cliniques et échographiques jouent bien sûr un rôle important, mais c'est l'évolution biologique qui est déterminante. La maladie molaire est une pathologie non rare, qui impose une surveillance particulière et un traitement adéquat afin de détecter à temps toute reprise de l'activité trophoblastique anormale, nécessitant une conduite à tenir bien codifiée et spécifique à base de chimiothérapie associée ou non à l'hystérectomie. Le traitement chirurgical représente un adjuvant éventuel à la chimiothérapie de la maladie molaire. Le coût élevé du dosage régulier des  $\beta$ hcg, de la chimiothérapie, et du traitement chirurgical représente un facteur d'abandon par les femmes de la surveillance post-molaire.

## 8 RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous recommandons :

### Aux autorités sanitaires :

- Renforcer les campagnes de sensibilisation pour inciter les femmes à consulter dès l'aménorrhée.
- Équiper des centres de santé de référence et hôpitaux en matériel échographique, pour un diagnostic précoce des maladies trophoblastiques, et en matériel d'aspiration pour une meilleure prise en charge des grossesses molaire.
- Former et recycler le personnel sanitaire pour une conduite à tenir uniforme bien codifiée et spécifique.

### Au personnel sanitaire :

- Avoir à l'esprit de la possibilité de grossesse molaire devant toute femme en aménorrhée se présentant pour douleur pelvienne, hémorragie et hauteur utérine plus élevée que l'âge de la grossesse, en vue d'un diagnostic précoce et d'un traitement adéquat.
- Informer les femmes ayant fait une grossesse molaire permettant d'obtenir leur collaboration active en vue d'une surveillance adéquate.
- Respecter les conditions de l'évacuation molaire (service de gynéco-obstétrique équipé d'un bloc opératoire, opérateur expérimenté) permettant d'assurer les conditions d'une surveillance post-molaire adéquate car le risque de dégénérescence est important.
- Respecter les principes de l'évacuation molaire : évacuation complète sous ocytocine avec du sang à portée de main en cas d'hémorragie.
- Pratiquer l'examen histologique de tous les produits d'avortement avec persistante de métrorragie.

- Sensibiliser toutes les femmes sur l'importance de consulter tôt dès les premiers signes de grossesse.

 **Aux populations :**

- Consulter au moindre saignement sur grossesse.
- Accepter de faire régulièrement surveillance post évacuation molaire.
- Mettre en place une association de lutte contre le choriocarcinome.

# REFERENCES

## 9 REFERENCES

- 1. Singh J, Sharma S, Kour K, & Bashir S.**  
Prevalence of molar pregnancy (a three-year retrospective study) in a tertiary care hospital. *Annals of Applied Bio-Sciences* 2016; 3(1):261-300. Disponible sur <http://www.pacificjournals.com/aabs>.éd. Paris: Masson;
- 2. Golfier F, Clerc J, Hajri T, Massardier J, Frappart L, Duvillard P et al.**  
Contribution of referent pathologists to the quality of trophoblastic diseases Human reproduction 2011; 26(10): 2651-2657.
- 3. Boufettal H, Coullin P, Mahdaoui S, Noun M, Hermas S, & Samouh.**  
Les môles hydatiformes complètes au Maroc : Étude épidémiologique et clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011 ; 40 : 419-429.
- 4. Dénakpo JL, Aguèmon C, Lokossou A, Salifou K, Saré Perrin, RX.**  
La maladie trophoblastique gestationnelle au Bénin : Résultats de la prise en charge de 83 cas. *Burkina Médical* 2011 ; 15(2) : 87- 95.
- 5. Candelier J-J.**  
La môle hydatiforme complète. *Med Sci* 2015 ; 31(10) : 861-868.
- 6. Lisa D, Liangtao Z, Karen S, Donald RL & Alice MG.**  
The Diagnosis of Choriocarcinoma in Molar pregnancies: A revised approach in clinical testing. *J Clin Med Res* 2015; 7(12): 961-966.
- 7. Maiga K.**  
Grossesse molaire dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Point G de 2010-2015, n°259,104p
- 8. Merger R, Levy J & Melchior J.**  
Pathologie des annexes du fœtus. In : *Précis d'obstétrique*. 6eme éd. Paris : Masson ; p261-300.
- 9. Tsuala FJ, Yméle FF, Sando Z, Mboudou ET & Doh AS.**  
Grossesse molaire et difficultés de prise en charge en milieu rural : Illustration d'un Cas Clinique à l'Hôpital de District de Bogo (Extrême-Nord Cameroun). *Clin Mother Child Health* 2011; 8 :1-4.
- 10. Dakouo AP.**  
Aspects épidémiologiques et histopathologiques des maladies trophoblastiques au service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU du point G de 2009 à 2013. Thèse de doctorat de Médecine. USTT-B 14-M-804 ;70.
- 11. Brewer JI, Torok EE, Welster A et Coll.**

Hydatiform môle: a follow up regimen for identification of invasive mole and choriocarcinoma and for selection of patients for treatment.  
Am J Obstet-Gynec 1968;101: 557.

**12. Sacko K.**

Grossesse molaire dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Toure de 2003-2007. These de doctotat en Medecine. USTT-B ;10-M-116 ;99 p.

**13. Kenimer JG, Hershman JM, Higgins HP.**

The thyrotropin in hydatiforme moles in human chorionic gonadotropin  
J Clin Endocrinal Metab 1975;40: 482.

**14. Beisher NA, Bettinger HF, Fortune DW et al.**

Hydatiform mole and its complications in the state of Victoria.  
J Obstet-Gynaec-Brit –Cwlth 1970;77: 263.

**15. Wisdom S, Irvine GA, Gray C, Dry-Burch F et Greer LA.**

Moles and sandwiches. Br J Obstet Gynecol 1994; 101: 455- 456.

**16. Szulma N and Surti U.**

The syndrome es of hydatiform mole. I cytogenetic and morphologic correlations. Am J Obstet Gynecol 1978 Jul 15;131(6): 665-71.

**17. Elston CW et Bagshawe KD.**

The value of histological grading in the management of hydatiform môle.  
J Obstet-Gynec-Brit Cwlth 1972 ; 79 : 717.

**18. Querleu D, Crepin G, Delecour M, Leroy JL et Puech F.**

Môle et choriocarcinome. M AJ Gynecol Obstet 1986 ;10: 217-244.

**19. Teoh ES.**

The Follow-up of hydatiform mole with quantitative immunological gonadotrophin assays. J Obstet Gynaec Brit Cwlth 1967; 74: 886-895.

**20. Bagshawe KD, Wilson H, Dublon P, Smith A, Baldwin M et Kardana A.**

Follow up after hydatiform môle, studies using radioimmuno assay for primary human chorionicGonadotrophin (H.C.G).  
J Obstet Gynec Brit Cwlth 1973; 810 :461.

**21. Park WW.**

Hydatiform môle, in choriocarcinoma: A study of its pathology.  
FA DAVIS-Company VI P. 67 – Philadelphia 1971

**22. Driscoll SG.**

Gestational trophoblastic néoplasms; morphologic considerations.  
Hums-Pathol 1977 Sep,8(5):529-39.

23. **Chun D, Braga C, Chow C, et Coll.**  
Clinical observations on some aspects of hydatiform môles.  
J Obstet-Gynaecol Br Commonw.1664 Apr; 71:180 – 1964.
  
24. **Crawford JM.**  
Follow-up of Hydatiform mole by Radioimmunoassay of chorionic gonadophin. Br J  
1972 Dec23;4 (5842);715-9.  
Brit Med J 1972; 4: 715-719.
  
25. **Goldstein DP.**  
Gestational trophoblastic neoplasms in Greenspan E.M.  
Editor clinical cancer chemotherapy. Raven Press New-York (1975),257-284.
  
26. **Koga K et Maeda K.**  
Prophylactic chemotherapy with amenthopterin for prevention of choriocarcinoma  
following removal of hydatiform mole.  
Am J Obstet-Gynec 100; 270 –1968.
  
27. **Morrow MD, Kletzky MD, Townsend MD, Mishell MD et Nakamuna Ph D.**  
Clinical and laboratory correlates of molar pregnancy and trophoblastic disease.  
Am J Obstet.-Gynec. année128: 424 1977.
  
28. **Newcower JR.**  
Ampullary tubal hydatiform môle treseted with linear salpingotomy.  
A case Report. Journal of Reproductive 1998 vol. 43 (10) P 913-915.
  
29. **Fishman DA, Padilla LA, Keh P, Cohen L, Frederiksen M et Lurain JR.**  
Management of twin pregnancies consisting of a complete hydatiform mole and normal  
foetus.  
Obstetrics et Gynecology 1998 ; 91 (4) : 546-550.
  
30. **HLA et grossesses môlaires (triploïdies, môles hydatiformes, choriocarcinome).**  
Etude étiologique et épidémiologique.  
Ann Génét 1987 ; 30 (4) : 187-208.
  
31. **Teoh ES, Dawood MY et Ratnam SS.**  
Observations on choriocarcinoma in Singapore.  
Obstet Gynecol.1972;40(4):519-24.
  
32. **Brewer JI et Gerbie AB.**  
Early développement of choriocarcinoma. Am J Obst et Gynecol1966  
Mai 1 ;94(5) : 692-710.  
In choriocarcinoma (Ed. J. P. HOLLAND et M.M. URESCHYSCHYN) SP.
  
33. **EN Varga SC, Quinto-Poblette A, Scilazar B et al.**  
Hydatiform môle, prophylactic methotrexate and choriocarcinoma.

Seventh World Congress of Obstetrics and Gynaecology, Moscow 1973  
In Experpta Medica N° 278 P.194 RINGER – VERLAG, BERLIN 1967

**34. Goldstein DP.**

Five year's experience with the prevention of trophoblastic tumors by the prophylactic use of chemotherapy impatients with molar preagnancy  
Clin. Obstet-Gynec 13 P. 95 – 1970

**35. Bagshawe KD, Dent J et Webb J.**

Hydatiform môle in England and Wales 1973-1983.  
Lancet, 1986, 673-677.

**36. Abbassi H, H EL, Jersifi, Matar N, Bouhya S.**

Môle hydatiforme à propos de 73 cas  
Maternité Lalla Meryem, CHU, Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.  
Maghreb Médical N° 340 – octobre 1999. aven Press P. 284 New-York 1975

**37. Hertig AT, Sheldon WH.**

Diagnosies and treatment of trophoblastic disease. Good and poor prognosis.  
Am. J. Obstet-Gynec 115 P. 451 - 1973.

**38. Chesley (LC) et al.**

Hydatiform mole with special référence to recurrence and associated eclampsia.  
Amer J Obstet Gyn 1946; 52: 311-320.

**39. Delvoye P, Robyn C.**

Prévention des formes malignes de la maladie trophoblastique après une môle hydatiforme : chimiothérapie systématique ou chimiothérapie sélective ?  
J Gyn Obst Biol Repr 1974; (4): 267-293.

**40. Traore AM.**

Contribution à l'étude des hémorragies du 1er trimestre au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : à propos de 350 cas Thèse Médecine Bamako 2001 ;(14) :95.

**41. Kolstad P, Hognestad J.**

Trophoblastic tumors in Norway.  
Acta Obstet Gynec Scand 1965; 44: 80-88.

**42. Kone KN.**

Grossesse molaire dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré : à propos de 16 cas.  
Thèse Médecine Bamako 2001 ;73 :106.

**43. Kuscu E, Mungant T, Dabakoglu T, Senoz S, Ugur M, Cabanoglu O.**

Hydatiform môle: clinical analysis of 310 patients.

IJ Obstet Genecol 1996,52 (3): 233-236.

44. **Do-Danh-Toan, Tatohy-Tahuy, Nguyen-Huyen-Trinh, Blache G.**

Môle hydatiforme au Vietnam, apport de l'échographie  
Rev. Fr. Gynécol. Obstet. 1995 ; 90, 1 : 48-49.

45. **Faye O.**

Le complexe majeur d'histocompatibilité : application à l'étude du mécanisme génétique de formation des môles hydatiformes sénégalaises.  
Thèse Médecine Dakar 1984 N° 95.

46. **Ghennou A, Brahmi Y, Ouaha S, Rouabhi A.**

Grossesse molaire : étude descriptive rétrospective au service de Gynéco-obstétrique à l'EHS mère et enfant de Tlemcen. À propos de 81 cas.  
Thèse de doctorat en Médecine 2017 :113

47. **Keita MB**

Étude épidémiologique clinique et thérapeutique de la maladie molaire au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako : à propos de 87 cas.

48. **Obossou AA**

Aspect épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostique de la môle hydatiforme au CHUD/B 2007 à 2016.

49. **Keita RS**

Place de l'anatomie pathologie dans la recherche du diagnostic étiologique des hémorragies du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.  
Thèse de doctorat en médecine USTT-B 19 ;62p.

50. **Berkowitz RS, Bernstein MR, Harlow BL, et al.**

Case-control study of risk factors for partial molar pregnancy.  
*J Obstet Gynecol* 1995 ; 173 : 788-794 Médecine Bamako 2003 ; 46 : 71.

51. **Kuscu E, Mungant T, Dbakaglu T, Senoz S, Ugur M, Cabanoglu O.**

Hydatiform mole: clinical analysis of 310 patients.  
*J Obstet Gynecol* 1996; 52(3): 233-236.

52. **Cissé CT, Tahri JH, Sow S, Fall Gaye C, Moreau JC, Mendez V et Diadhiou F.**

Tumeurs trophoblastiques gestationnelles : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. Contraception, fertilité, sexualité 1999 ; 27 (1) : 65-95.

53. **Cissoko T**

Étude des maladies trophoblastiques dans les services de 3<sup>ème</sup> niveau référence de Bamako  
Thèse Médecine Bamako 2005 ; 138 : 95

54. **Sacko K**

Grossesse molaire dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré de 2003 à 2007.

Thèse de doctorat en médecine 2010 ,118p

# ANNEXES

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

#### IDENTIFICATION

Dossier N°:/ \_\_\_\_ /

(Q1) : Nom ...../ Prénom.....

(Q2) : Année:/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

(Q3) : Age (an):/ \_\_\_\_ /

(Q4) : Provenance:/ \_\_\_\_ / 1 : CI, 2 : CII, 3 : CIII, 4 : CIV, 5 : CV, 6 : CVI,

7 : Hors du District, 8 : Autres à préciser / \_\_\_\_\_ /

(Q5) : Ethnie:/ \_\_\_\_ / : 1 : Bambara, 2 : Malinké, 3 : Peulh, 4 : Sarakolé

5 : Bozo, 6 : Sonrhäï, 7 : Maure, 8 : Dogon,

9 : Sénoufo, 10 : Autres/ \_\_\_\_\_ /

(Q6) : Etat matrimonial:/ \_\_\_\_ / : 1 : Mariée, 2 : Célibataire, 3 : Divorcée

(Q7) : Profession:/ \_\_\_\_ / 1 : Ménagère, 2 : Fonctionnaire, 3 : Elève, 4 : Etudiante,

5 : Commerçante, 6 : Autres / \_\_\_\_\_ /

(Q8) : Niveau d'instruction:/ \_\_\_\_ / : 1 : Primaire, 2 : Secondaire, 3 : Supérieur,

4 : Non scolarisé

(Q9) : Mode d'admission:/ \_\_\_\_ / 1 : Venue d'elle-même, 2 : Référée, 3 : Evacuée

(Q10) : Motif de référence:/ \_\_\_\_ / 1 : Métrorragie, 2 : Douleurs pelviennes

3 : Notion d'aménorrhée, 4 : Grossesse molaire échographique, 5 : AEG,

6 : Nausées Vomissements Anorexie et asthénie, 7 : Avortement incomplet,

8 : Autres / \_\_\_\_\_ /

(Q11) : Profession du conjoint:/ \_\_\_\_ / 1 : Fonctionnaire, 2 : Commerçant,

3 : Cultivateur, 4 : Chauffeur, 5 : Ouvrier, 6 : Autres/ \_\_\_\_\_ /

#### ANTECEDENTS :

(Q12) : Médicaux:/ \_\_\_\_ / 1 : HTA, 2 : Asthme, 3 : Diabète,

4 : Autres à préciser:/ \_\_\_\_\_ /

(Q13) : Chirurgicaux:/ \_\_\_\_ / 1 : Oui 2 : Non

(Q14) : Gynéco-obstétrique : Gestité:/ \_\_\_\_ / Parité:/ \_\_\_\_ /

Notion d'avortement :/ \_\_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

Notion de contraception :/ \_\_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

Notion de stérilité :/ \_\_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

(Q15) : Traitement antérieur avant l'admission :/ \_\_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

#### ETUDE CLINIQUE :

(Q16) : Circonstance de découverte:/ \_\_\_\_ /, 1 : Métrorragies du 1er trimestre

2 : Signes sympathiques exagérés, 3 : Découverte échographique,

4 : Autres à préciser:/ \_\_\_\_\_ /

(Q17) : Mode de début : / \_\_\_\_ / 1 : progressif ; 2 : Brutal.

(Q18) : Notion d'aménorrhée : / \_\_\_\_ / : 1 : oui 2 : non

(Q19) : Semaine d'aménorrhée : / \_\_\_\_ /

(Q20) : Notion d'hémorragie : / \_\_\_\_ / : 1 : oui 2 : Non

(Q21) : Caractère de l'hémorragie:/ \_\_\_\_ / : 1 : minime, 2 : moyenne,

3 : abondante.

(Q22) : Etat général: / \_\_\_ / 1 : Bon, 2 : Passable, 3 : Altéré.

(Q23) : Anémie: / \_\_\_ / 1 : oui, 2 : non

(Q24a) : HTA: / \_\_\_ / 1 : oui, 2 : non

(Q24b) : Si HTA: / \_\_\_ / 1 : Légère, 2 : Modérée, 3 : Sévère.

(Q25) : OMI : / \_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

(Q26) : HU > à l'âge de la grossesse / \_\_\_\_\_ /

(Q27) : Kystes ovariens bilatéraux : / \_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

**EXAMEN COMPLEMENTAIRE :**

(Q28) : Image Typique de mole à l'écho : / \_\_\_ / 1 : oui, 2 : non.

(Q29) : Période de consultation: / \_\_\_ / 1 : Avant avortement molaire,

1 : Avortement molaire en cours, 3 : Après avortement molaire.

**CONDUITE A TENIR**

(Q30) : Aspiration manuelle intra-utérine : / \_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

(Q31) : Curetage : / \_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

(Q32) : Aspiration manuelle intra-utérine + curetage: / \_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

(Q33) : Aspiration manuelle intra-utérine itérative : / \_\_\_ / 1 : Oui, 2 : Non

(Q34) : Examen macroscopique de la môle: / \_\_\_ / 1 : Aspect vésiculaire en grappe de raisin, 2 : Débris trophoblastiques, 3 : Présence d'embryon

(Q 35) : Examen microscopique de la mole : / \_\_\_ / 1 : Môle complète, 2 : môle partielle, 3 : Môle invasive, 4 : choriocarcinome,

5 : autres à préciser: / \_\_\_\_\_ /

## FICHE SIGNALETIQUE

**Nom :** SACKO

**Prénom :** Zara

**Titre de thèse :** Étude épidémiologique et anatomo-clinique des grossesses molaires au CSréf de la commune III du district de Bamako.

**Année Universitaire :** 2020-2021.

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine d'Odontostomatologie et de Pharmacie (FMOS - FAPH).

**Secteur d'intérêt :** Anatomie et Cytologie Pathologiques, Gynéco-Obstétrique.

**E-mail :** zarasacko397@gmail.com

### Résumé :

La mole hydatiforme ou grossesse molaire est une dégénérescence kystique des villosités choriales associée à une prolifération tumorale du trophoblaste. Son incidence varie selon les régions du monde. En effet, la grossesse molaire est plus fréquente dans le Sud-Est Asiatique, avec des taux d'incidence variant de 3,2 à 9,9 pour 1000 grossesses ; par rapport à l'Europe et l'Amérique du nord où l'incidence se situe entre 0,5 et 1 pour 1000 grossesses. Au Mali, une étude effectuée dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G a rapporté une fréquence de 0,50%.

L'objectif de notre travail était d'étudier la grossesse molaire. Notre étude a eu lieu sur une période de six (6) ans (du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2019) au service de gynécologie d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako. Il s'agissait d'une étude rétrospective. La fréquence dans notre service était de 0,21%. L'âge des patientes se situait entre 20 et 29 ans était la plus représentée avec 39% des cas. Il s'agissait de femmes ménagères dans 58,5 % des cas, et non scolarisées dans 65,9 % des cas. Les métrorragies ont été le signe inaugural ; l'échographie pelvienne était l'examen complémentaire de choix. La mole hydatiforme complète était l'entité

anatomothologique la plus fréquente. Le curetage utérin a été pratiqué dans 95,1% des cas.

La môle hydatiforme est une affection relativement fréquente dans notre service. L'entité la plus fréquente est la mole hydatiforme complète. Le diagnostic repose sur le trépied : cliniques, biologie ,échographie et est confirmé par l'examen anatomopathologique . La prise en charge de cette grossesse molaire consiste en une évacuation utérine sous perfusion d'ocytocine avec du sang à porter de main en cas d'hémorragie.

**Mots clés** : môle hydatiforme, choriocarcinome, AMIU, histologie.



## SERMENT D'HIPPOCRATE



*En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant  
l'effigie d'Hippocrate.*

*Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de  
l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-  
dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin  
d'honoraires.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma  
langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à  
corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de  
parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances  
médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

***Je le jure !***