



Journal Homepage: -[www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/16260  
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16260>



### RESEARCH ARTICLE

#### LA MOLE HYDATIFORME INVASIVE: À PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

F. Ouakka<sup>1</sup>, Z. Benaboud<sup>1</sup>, K. Saoud<sup>1</sup>, N. Mamouni<sup>1</sup>, S. Errarhay<sup>1</sup>, C. Bouchikhi<sup>1</sup>, A. Banani<sup>1</sup> and G. El Mounssefe<sup>2</sup>

1. Service de Gynécologieobstétrique I du CHU HASSAN II, Faculté de Médecine, de Pharmacie Et de Médecine Dentaire de l'université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Maroc.
2. Service de Radiologie, du CHU HASSAN II, Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire de l'université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 15 December 2022

Final Accepted: 19 January 2023

Published: February 2023

##### Key words:-

Abnormal Uterine Bleeding, HCG, Doppler, Invasive Mole, Hysterectomy, Methotrexate, Follow Up

#### Abstract

**Background:** Invasive mole is a subtype of gestational trophoblastic disease (GTD) that usually develops from malignant transformation of trophoblastic tissue after evacuation of the mole. Invasive mole occurs mainly in women of childbearing age, whereas it is extremely rare in postmenopausal women.

**Observation:** This is a 42-year-old cholecystectomized G3P2 patient who was referred for suspected GTD and whose pelvic echo and abdominal-pelvic CT scan revealed a hypervascularized image filling the uterine cavity, invading the myometrium to the serosa without invasion. The patient underwent total interannexal hysterectomy and chemotherapy with satisfactory clinical and biological follow up.

**Conclusion:** Our case highlights the difficulties of diagnosing invasive moles in the absence of a significant history of gestational trophoblastic disease. This study reviews the diagnostic methods, histological features and therapeutic recommendations.

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

#### Introduction:-

La môle invasive désigne une manifestation courante des tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) qui compliquent les moles hydatiformes. Les môles invasives peuvent envahir le myomètre et provoquer des hémorragies massives qui mettent en jeu le pronostic vital. Des études antérieures ont montré que le principal site métastatique à distance des moles invasives est représenté par les poumons, et dans 5 % des cas dans le vagin, le bassin, le foie et le cerveau [1-3]. Bien qu'une môle invasive soit sensible à la chimiothérapie et hautement curable [4], une prise en charge tardive est associée à des complications lourdes, telles qu'une perforation utérine et un hémopéritoine. Nous rapportons dans cet article le cas d'une patiente qui présente une môle invasive ayant bénéficié d'une prise en charge médico-chirurgicale optimale.

#### Observation:-

Patiente âgée de 42 ans, cholecystectomisée, G3P2: 2 enfants accouchés par voie basse, elle rapporte la notion d'une fausse couche spontanée 2 mois auparavant ayant consulté pour persistance de saignement qui était en rapport avec une image de rétention oviduculaire qui a bénéficié d'une aspiration sans lésion anatomopathologique.

**Corresponding Author:- F. Ouakka**

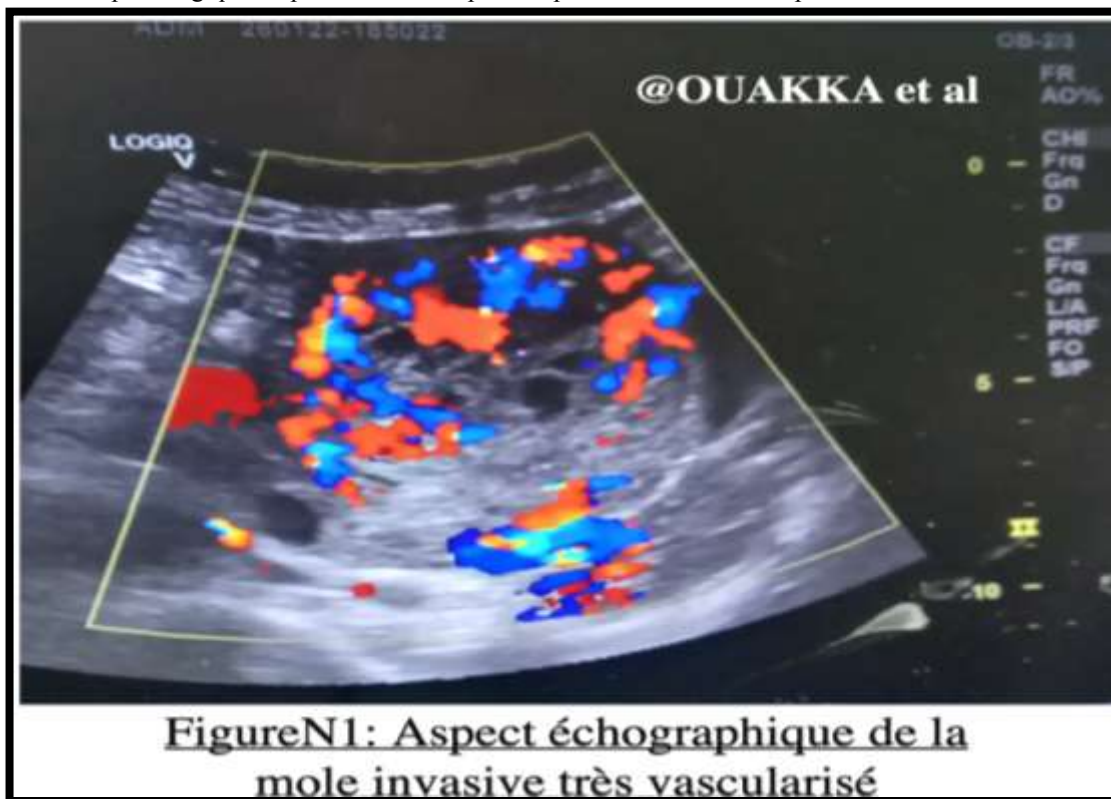
Address:- Service de Gynécologieobstétrique I du CHU HASSAN II, Faculté de Médecine, de Pharmacie Et de Médecine Dentaire de l'université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Maroc.

L'évolution a été marquée par une aménorrhée de deux mois avant la réapparition des saignements motivants sa consultation dont elle a bénéficié d'une cinétique biologique de l'hormone chorionique gonadotrope humaine (BHCG) à 10 jours d'intervalle revenus respectivement à 64000 puis 65000 d'où a été faite une référence dans notre centre pour suspicion de TTG.

L'examen à l'admission trouve une patiente consciente, conjonctives normocolorées stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, aapyrétique. L'examen abdominal : abdomen souple respire normalement, pas de sensibilité à la palpation, l'examen gynécologique retrouve un col d'aspect macroscopiquement normal, saignement noirâtre provenant de l'endocol avec un utérus mou, augmenté de taille.

On a réalisé un dosage de BHCG revenant à 72573, l'échographie pelvienne a révélé une image échogène hétérogène hypervascularisée comblant toute la cavité utérine de l'isthme jusqu'au fond utérin, envahissant le myomètre jusqu'à la séreuse avec doute sur une effraction de la séreuse par endroit, les 2 ovaires vus sans anomalies, pas d'épanchement.

Devant le tableau clinique, biologique et échographique nous avons suspecté une mole invasive quoiqu'on avait pas d'étude anatomopathologique du produit de conception expulsé ou issu lors de l'aspiration.



**Figure N1: Aspect échographique de la mole invasive très vascularisée**

La patiente a bénéficié d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui a objectivé un utérus augmenté de volume, globuleux, mesurant 12,5 x 6 cm de diamètres, siège d'un matériel intra-cavitaire hétérogène, hyper vasculaire mesurant 40 x 64 mm, ce dernier envahit le myomètre au niveau fundique, corporelle antérieure et latérale droite avec un envahissement focal de la séreuse au niveau corporelle latérale droite. Les deux ovaires sont de tailles normales, siège à droite d'une lésion kystique mesurant 3 cm de grand axe, varices péri-utérines, perméables.

La patiente a bénéficié d'une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale, l'étude anatomopathologique revenant en faveur des villosités chorionales de taille variable, à axe hydropique, bordées par un trophoblaste proliférant. Les cellules cytotrophoblastiques sont dotées d'un cytoplasme éosinophile abondant et d'un noyau atypique à chromatine hétérogène. Présence de mitoses. Ces cellules s'accompagnent de cellules multinucléées de type syncytiotrophoblastique présentant des atypies minimes. Présence de larges foyers de nécrose.

Ces villosités infiltrèrent les 2/3 du myomètre, Aspect histologique d'une môle invasive. Par ailleurs, le col utérin, les colerettes vaginales antérieure et postérieure, les trompes droite et gauche, les paramètres et les paracervix sont sains.

Le bilan d'extension n'a heureusement pas révélé de métastases à distance. La patiente a reçu après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, en adjuvant une monochimiothérapie à base de méthotrexate à raison de 1mg/kg, avec surveillance rigoureuse clinique et biologique jusqu'à négativation puis maintien de la surveillance aussi bien clinique que biologique. L'évolution a été marquée par la négativation rapide du taux de BHCG grâce à l'hystérectomie, elle a présenté quelques manifestations clinico-biologiques bénignes liées à la chimiothérapie résolues, mais l'évolution est satisfaisante avec un recul de 12 mois.

### Discussion:-

La môle hydatiforme est une tumeur bénigne avec un potentiel malin. La progression maligne se produit dans 15% des môles complètes, et dans 1,5% des môles partielles [5]. Le risque de progression vers l'invasion est plus grand chez les patientes multipares que chez celles ayant comme antécédent des avortements spontanés ou une mole précédente [6].

Les néoplasies trophoblastiques gestationnelles (NTG) apparaissent lorsque les mécanismes de la régulation du contrôle de la prolifération et de l'invasion trophoblastiques sont perdus. Provenant du tissu placentaire, elles sont caractérisées par un marqueur tumoral distinct (la beta-HCG), et ont des tendances variables vers l'invasion locale et métastatique à distance [7].

Une môle hydatiforme invasive est une forme de NTG qui résulte d'une prolifération anormale du trophoblaste placentaire. Elle survient le plus souvent après une évacuation molaire, et se caractérise par la présence d'un œdème des villosités chorionales avec une prolifération trophoblastique qui envahit le myomètre ou les structures adjacentes comme le vagin, la vulve, le ligament large et peut envahir également les vaisseaux utérins. Il est important de distinguer entre choriocarcinomes et môles invasives, car ces dernières ont un pronostic plus favorable [8]. La mole invasive survient généralement chez les femmes en âge de procréer et est extrêmement rare chez les femmes périménopausées. Seuls 5 cas de môle hydatiforme chez des femmes ménopausées ont été rapportés dans la littérature depuis 2004 [11].

La présentation clinique classique du NGT a diminué en raison du diagnostic précoce dans le cadre du dépistage au premier trimestre. Cependant, le risque de développer une NTG postmolaire reste inchangé [9]. La présentation spontanée d'une mole invasive est extrêmement rare. Elle est précédée d'une mole hydatiforme dans environ 95% des cas avec un intervalle de moins de 6 mois entre la présentation du cas et le diagnostic de mole invasive.

Dans notre cas, l'évolution vers la môle invasive s'est faite dans les 3 mois suivant l'évacuation. Le suivi de ces patients est essentiel pour la détection précoce des tumeurs trophoblastiques malignes et pour réduire le taux de mortalité [10]. La manifestation clinique habituelle d'une môle invasive comprend des saignements vaginaux, un élargissement de l'utérus et un taux sérique de bêta-HCG élevé.

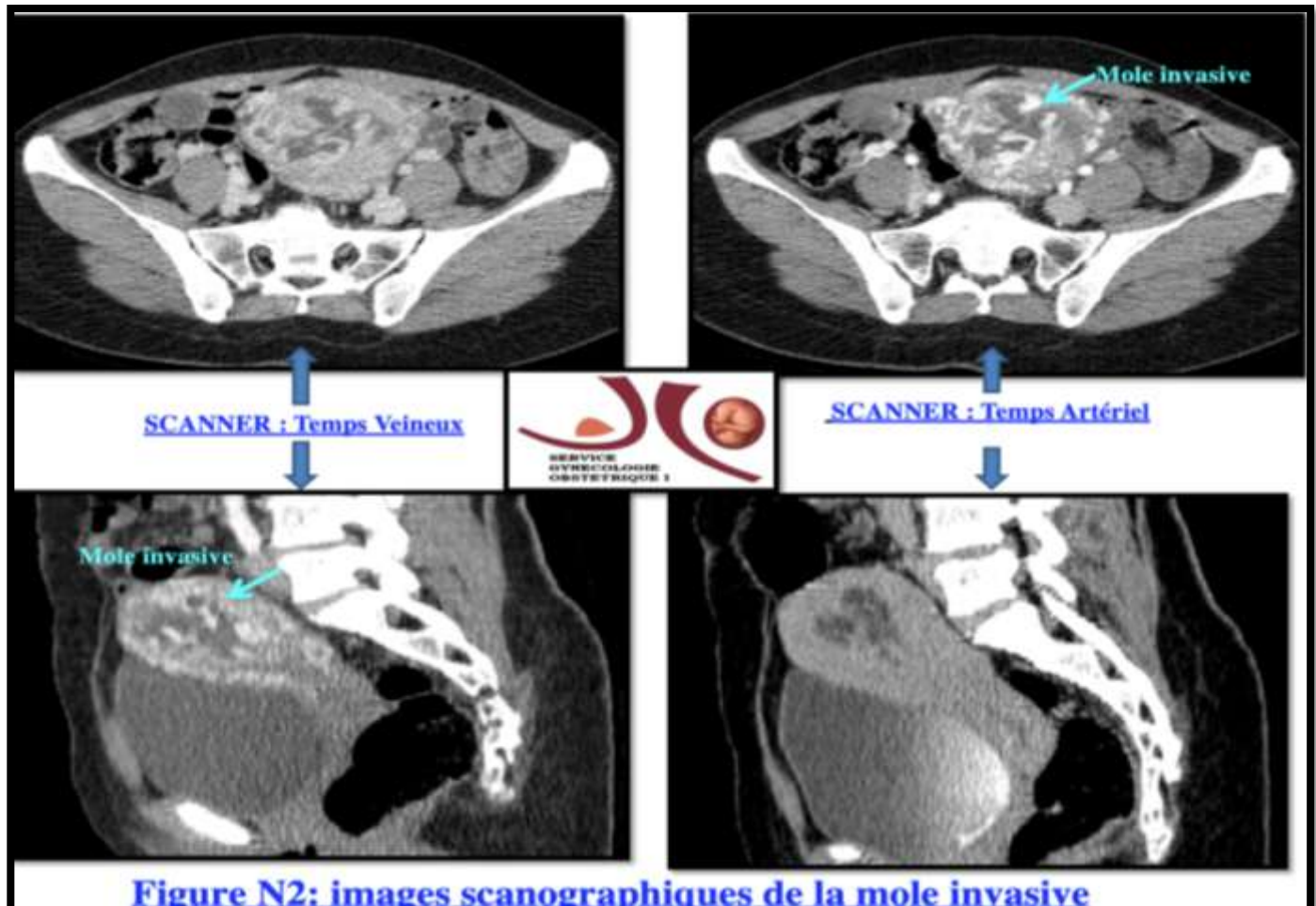
Les localisations les plus courantes des métastases des môles invasives sont le vagin, les poumons et le cerveau, en raison de l'invasion du tissu molaire dans le système veineux. D'autres sites de métastases, notamment l'espace épidural et la vessie, ont été rarement signalés [12].

Seckl et al, rapportent qu'une NTG localement invasive se développe chez 15% des patientes et une forme métastatique chez 4% des patientes après une évacuation d'une môle complète, et rarement après une môle partielle [13]. Dans notre cas la preuve histologique de la première évacuation n'était pas disponible, et on n'a retenu le diagnostic de mole invasive que sur la pièce d'hystérectomie.

L'échographie est le gold-standard pour le diagnostic de l'invasion molaire. En échographie, les môles hydatiformes invasives, les tumeurs du site d'implantation et les choriocarcinomes se présentent généralement comme une masse solide hétérogène, hyperéchogène avec des espaces vasculaires kystiques, situés dans le myomètre. Le Doppler couleur aide à évaluer l'angiogenèse et la néovascularisation caractéristiques de ces tumeurs, représentée par des flux sanguins importants multidirectionnels évocateurs de flux artériels et de veineux [14]. Le comité FIGO d'oncologie gynécologique a fait des recommandations pour dépister les formes métastatiques des NTG, qui comprennent une radiographie pulmonaire, un scanner abdominal ou un scanner

Body-scan en cas de localisation pulmonaire, et une IRM cérébrale (ou TDM) en cas de suspicion de métastases cérébrale.

Le diagnostic anatomopathologique d'une môle invasive est rarement fait, car la plupart des cas sont traités de manière conservatrice, sans avoir besoin d'hystérectomie. De plus, la biopsie des métastases n'est pas recommandée en raison du risque d'hémorragie.



Après l'introduction de la chimiothérapie, les taux de guérison des môles invasives ont augmenté significativement. En raison de leur remarquable chimio-sensibilité, les taux de guérison sont de près de 100% dans le groupe à faible risque et de près de 80% dans le groupe à haut risque avec les protocoles de polychimiothérapie actuels. Le traitement médical est la meilleure option et même la preuve histologique n'est pas obligatoire pour l'initiation de la chimiothérapie car le diagnostic est confirmé par l'imagerie diagnostique et le dosage sérique du BHCg.

Par ailleurs, l'hystérectomie peut être nécessaire en cas de saignement vaginal ou intra-abdominal incontrôlé (une autre option est l'embolisation des vaisseaux utérins mais elle n'est envisagée que si la patiente est stable sur le plan hémodynamique), de résistance à la chimiothérapie ou de maladies gestationnelles néoplasiques. Le traitement chirurgical pourrait être un traitement de première ligne valable principalement chez les femmes qui ne souhaitent pas conserver leur fertilité, mais elle ne prévient pas l'apparition de métastases. En revanche l'hystérectomie pourrait réduire considérablement la charge tumorale trophoblastique et le nombre de cycles de chimiothérapie, réduisant ainsi leur toxicité [12], comme c'était le cas de notre patiente qui a bénéficié d'un traitement chirurgical vu le risque hémorragique sans présence de métastases à distance avec un recul de un an. Récemment, l'embolisation artérielle sélective (EAS) a prouvé être une procédure alternative ou pré-chirurgicale, sûre et très efficace pour gérer les hémorragies massives. Cette technique offre plusieurs avantages, y

compris l'éviction d'interventions chirurgicales majeures, d'anesthésie générale lourde, une préservation de la fertilité, et un confort chirurgical lorsqu'une hystérectomie est indiquée [15].

### Conclusion:-

Nous souhaitons à la lumière de ce travail enrichir la littérature concernant le diagnostic précoce des mûles invasives et de leurs complications, à rapporter des présentations cliniques inhabituelles de mûles invasives, et à exposer les options thérapeutiques disponibles. Bien que la première ligne de traitement soit la chimiothérapie, nous devons considérer l'option d'embolisation artérielle sélective, et l'option chirurgicale chez les patientes qui présentent une hémorragie incontrôlable.

### Conflits d'intérêts:

Aucun.

### Bibliographie:-

1. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet*. (2010) 376:717–29. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60280-2
2. Brown J, Naumann RW, Seckl MJ, Schink J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease Scoring, standardization, and salvage. *Gynecol Oncol*. (2017) 144:200–207. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.08.330
3. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, Golfier F, Massuger L, Sessa C, Group EGW. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. (2013) 24:vi39–50. doi: 10.1093/annonc/mdt345
4. Allen SD, Lim AK, Seckl MJ, Blunt DM, Mitchell AW. Radiology of gestational trophoblastic neoplasia. *Clin Radiol*. (2006) 61:301–13. doi: 10.1016/j.crad.2005.12.003
5. Hurteau JA. Gestational trophoblastic disease: management of hydatidiform mole. *Clin Obstet Gynecol*. sept 2003;46(3):557-69.
6. Sebire NJ, Fisher RA, Foscett M, Rees H, Seckl MJ, Newlands ES. Risk of recurrent hydatidiform mole and subsequent pregnancy outcome following complete or partial hydatidiform molar pregnancy. *BJOG*. janv 2003;110(1):22-6.
7. Moodley M, Tunkyi K, Moodley J. Gestational trophoblastic syndrome: an audit of 112 patients. A South African experience. *Int J Gynecol Cancer*. avr 2003;13(2):234-9.
8. Soper JT, Mutch DG, Schink JC, American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No. 53. *Gynecol Oncol*. juin 2004;93(3):575-85.
9. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol*. 2009;112(3):654-662.
10. Jagtap SV, Aher V, Gadhiya S, Jagtap SS. Gestational trophoblastic disease - clinicopathological study at tertiary care hospital. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(8):EC27-EC30.
11. Garcia M, Romaguera RL, Gomez-Fernández C. A hydatidiform mole in a postmenopausal woman. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2004;128(9):1039-1042.
12. Invasive mole in a perimenopausal woman with lung and vaginal metastases : A case report Cristina Martínez Leocadio<sup>1</sup> | José García Villayzán<sup>1</sup> | Jesús García-Foncillas López<sup>2</sup> Franklin Idrovo<sup>3</sup> | Javier Plaza Arranz<sup>1</sup> | Manuel Albi González<sup>1</sup>
13. Seckl MJ, Fisher RA, Salerno G, Rees H, Paradinas FJ, Foscett M, et al. Choriocarcinoma and partial hydatidiform moles. *Lancet*. 1 juill 2000;356(9223):36-9.
14. les moles invasives : présentations cliniques et prise en charge thérapeutique. (à propos de 2 cas et revue de la littérature) m. Rahaoui<sup>1</sup>, H. Zizi<sup>1</sup>, N. Mamouni<sup>1</sup>, S. Errarhay<sup>1</sup>, C. Bouchikhi<sup>1</sup>, A. Banani<sup>1</sup>, M. Haloua<sup>2</sup>, M. Boubbou<sup>2</sup> and M. Maaroufi<sup>2</sup>
15. Inoue S, Masuyama H, Hiramatsu Y, Multi-Institutional Study Group of Transarterial Embolization for Massive Obstetric Haemorrhage in Chugoku & Shikoku Area Society of Obstetrics and Gynecology. Efficacy of transarterial embolisation in the management of post-partum haemorrhage and its impact on subsequent pregnancies. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. déc 2014;54(6):541-5.