

## **Aspects Epidémiologique, Diagnostique, Thérapeutique et Pronostique de la Môle Hydatiforme au CHUD/B Parakou**

***Achille Awadé Afoukou Obossou,***

UER en gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine,  
Université de Parakou, Bénin

***Luc Brun,***

UER d'Anatomie pathologique, Faculté de médecine, Université de Parakou

***Mahublo Vinadou Vodouhe,***

***Kabibou Salifou,***

***Fanny Maryline Nouessèwa Hounkponou Ahouingnan,***

***Rachidi Imorou Sidi,***

***Marielle Flore Azangue Zapdji,***

UER en gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine,  
Université de Parakou, Bénin

***Perrin René Xavier,***

UER en Gynécologie Obstétrique, Faculté des sciences de la Santé,  
Université d'Abomey Calavi, Bénin

Doi: 10.19044/esj.2019.v15n12p67

[URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n12p67](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n12p67)

---

### **Résumé**

**Objectif :** Etudier les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostique de la môle hydatiforme (MH) au CHUD/B. **Matériel et Méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective de type descriptif s'étendant sur une période de 10 ans allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2007 au 31 Décembre 2016. Elle a eu pour cadre, le service de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire du Borgou/ Alibori. **Résultats :** Quatre-vingt-onze cas de MH remplissant les critères d'inclusion ont été colligés. La fréquence de la MH était de 1<sup>e</sup> môle pour 246 grossesses. La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus concernée (46,2%). Les patientes étaient en majorité non scolarisées (50,5%) et étaient à prédominance des femmes au foyer (52,7%). Les métrorragies représentaient la circonstance de découverte la plus fréquente (81,3%). La hauteur utérine excessive avait été retrouvée dans 79,1% des cas. L'échographie pelvienne avait révélé des images typiques en grappe de raisin dans 96,4% des cas. Le dosage des  $\beta$ -hCG avait été réalisé chez 13 patientes sur 91 (14,3%). L'examen anatomopathologique avait

permis de confirmer le diagnostic de MH dans 2 cas sur 9. Le traitement était une évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine dans 76,9% des cas. Au bout de 12 mois, presque toutes nos patientes étaient perdues de vue, le taux de guérison étant de 9,9%. **Conclusion** : La MH est relativement fréquente à la maternité du CHUD/B et sa prise en charge souffre d'une insuffisance de surveillance qui doit être revue afin d'améliorer le pronostic.

---

**Mots-clés** : Môle hydatiforme, diagnostic, pronostic, Parakou, CHUD/B

---

## **Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Prognostic Aspects of Hydatiform Mole at the CHUD/B Parakou**

*Achille Awadé Afoukou Obossou,*

UER en gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine,  
Université de Parakou, Bénin

*Luc Brun,*

UER d'Anatomie pathologique, Faculté de médecine, Université de Parakou

*Mahublo Vinadou Vodouhe,*

*Kabibou Salifou,*

*Fanny Maryline Nouessèwa Hounkponou Ahouingnan,*

*Rachidi Imorou Sidi,*

*Marielle Flore Azangue Zapdji,*

UER en gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine,  
Université de Parakou, Bénin

*Perrin René Xavier,*

UER en Gynécologie Obstétrique, Faculté des sciences de la Santé,  
Université d'Abomey Calavi, Bénin

---

### **Abstract**

**Objective:** To study epidemiologic, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of hydatidiform mole (HM) at CHUD/B. **Material and methods:** It was about a retrospective descriptive study which covered a 10-year period from 1<sup>st</sup> January 2007 to 31<sup>st</sup> December 2016. It was performed in the gynecological department of the University Teaching Hospital of Borgou/ Alibori. **Results:** Ninety-one cases of HM meeting inclusion criteria were collected. The incidence of HM was 1 mole in 246 pregnancies. The 20-

29 age group was the most affected (46.2%). Most of the patients were not attending school (50.5%) and they were housewives predominantly (52.7%). Metrorrhagia represented the most frequent circumstance of discovery (81.3%). It was noticed excessive fundal height in 79.1% of cases.  $\beta$ -HCG proportioning was carried out in 13 patients out of 91 (14.3%). The anatomopathological examination confirmed the diagnosis of HM in 2 of 9 cases. The treatment was a uterine evacuation by intrauterine manual vacuum aspiration (MVA) in 76.9% of cases. After 12 months, almost all of our patients were lost to follow-up, the cure rate was 9.9%. **Conclusion:** HM is relatively frequent at the maternity hospital of CHUD/B and its management is hampered by a lack of monitoring which must be reviewed in order to improve prognosis.

---

**Keywords:** Hydatiform mole, treatment, prognosis, Parakou, CHUD/B

### **Introduction**

La môle hydatiforme (MH) ou grossesse molaire appartient à une entité nosologique appelée maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) (Singh et al., 2016), qui comprennent un large spectre de pathologies du placenta, allant des lésions bénignes (les môles hydatiformes complètes ou partielles), aux tumeurs trophoblastiques gestationnelles (principalement les môles invasives, choriocarcinomes et tumeurs du site d'implantation placentaire) (Golfier et al., 2003). La MH est la forme la plus commune des MTG (Golfier et al., 2003). 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 à 1 pour 1000 grossesses (Boufettal et al., 2011). Au Bénin, une étude faite sur 5ans (2004-2008) dans les trois (3) maternités universitaires, notait que la fréquence des MTG était de 1,2 pour 1000 accouchements à Cotonou au sud du Bénin et de 4,1 pour 1000 accouchements à Parakou au nord du Bénin (Denapko et al., 2011).

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 (Candelier et al., 2015). 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% (Lisa et al., 2015) 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) (Boufettal et al., 2011).

Diagnostiquée et traitée tôt, l'évolution de la grossesse molaire est favorable ; elle se fait vers la guérison dans la très grande majorité des cas, après évacuation utérine (Merger et al., 2001). 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 ; dans les pays en voie de développement par contre, la PEC est parfois difficile (Tsuala et al., 2011). C'est le cas en particulier au Bénin, où la PEC de la MH pose quelques problèmes. C'est dans cette optique que nous nous sommes fixés pour objectifs d'étudier les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostique de la môle hydatiforme au CHUD/B.

### **Cadre et Methodes d'études**

Il s'est agi d'une étude rétrospective de type descriptif s'étendant sur une période de 10 ans allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2007 au 31 Décembre 2016. Elle a eu pour cadre, le service de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire du Borgou/ Alibori.

La population d'étude était constituée de l'ensemble des patientes admises dans le service pendant la période d'étude pour une aménorrhée gravidique et chez qui le diagnostic de môle hydatiforme avait été porté sur la base d'au moins un des éléments suivants :

- Un examen clinique (expulsion de vésicules molaire ou aspect macroscopique de vésicules molaire lors l'évacuation utérine) et/ou à la biologie (taux élevé des  $\beta$ -hCG par rapport à l'âge gestationnel
- Une échographie (image en grappe de raisin, ou en flocon de neige, ou en nid d'abeille)
- Des résultats d'un examen anatomo-pathologique

Nous avons effectué un recrutement exhaustif de tous les cas de môle hydatiforme vus dans le service de gynécologie obstétrique, et dans le laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHUD/B au cours de la période d'étude.

Les variables étaient en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, les caractéristiques cliniques, les aspects paracliniques, les éléments du traitement et les paramètres de la surveillance post-molaire.

Les données recueillies ont été saisies avec le logiciel Epi data 3.1 (version française) et traitées avec le logiciel Epi info (version 7.1.1). Les tableaux et les figures ont été réalisés avec le logiciel Microsoft Office Excel version 2013. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec leur écart type et les variables qualitatives en proportion.

## Resultats

### Fréquence

Durant la période d'étude, la maternité du CHUD/B à Parakou a admis 22448 gestantes, dont 19904 femmes pour accouchements et 2544 pour avortements. Pendant cette même période, nous avons recensé 91 cas de môle hydatiforme, soit 1<sup>e</sup> môle pour 246 grossesses (0,41%) ; 1<sup>e</sup> môle pour 219 accouchements (4,57 pour 1000 accouchements) et 1<sup>e</sup> môle pour 28 avortements cliniquement reconnus (3,57%).

### Caractéristiques sociodémographiques

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus concernée (46,2%). La moyenne d'âge était  $28,8 \pm 6,7$  ans avec des extrêmes de 17 à 53 ans.

Les patientes étaient en majorité non scolarisées (50,5%) et étaient à prédominance des femmes au foyer (52,7%). Ces informations sont représentées dans le tableau I (voir tableau I).

**Tableau I:** Répartition des patientes porteuses de grossesse molaire de 2007 à 2016 au CHUD/B à Parakou selon les caractéristiques socio démographiques (n = 91).

	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Age (ans)</b>		
≤19	7	7,7
20 à 29	42	46,2
30 à 39	35	38,5
40 à 49	6	6,6
≥50	1	1,1
Total	91	100,0
<b>Profession</b>		
Femme au foyer	48	52,7
Commerçante/revendeuse	11	12,1
Elève/étudiante	14	15,4
Fonctionnaire	13	14,3
Artisane	5	5,5
Total	91	100,0
<b>Niveau d'instruction</b>		
Primaire	17	18,7
Secondaire	8	8,8
Supérieur	9	9,9
Non scolarisé	46	50,5
Non précisé	11	12,1
Total	91	100,0

### Antécédents gynéco-obstétricaux

Les nullipares (32,9%) et les primipares (26,4%) représentaient les cohortes les plus importantes. Les paucipares, les multipares et les grandes multipares représentaient respectivement 20,9%, 14,3% et 5,5%.

L'antécédent de môle hydatiforme n'avait été retrouvé chez aucune de nos patientes.

## Diagnostic

- **Caractéristiques cliniques**

Les métrorragies étaient la circonstance de découverte la plus fréquente (81,3%). La prééclampsie était retrouvée chez 6,6% des patientes (tableau II).

**Tableau II:** Répartition des patientes porteuses de grossesse molaire de 2007 à 2016 au CHUD/B à Parakou selon les circonstances de découverte (n = 91).

	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Métrorragies	74	81,3
Algie pelvienne	24	26,4
Découverte échographique	45	49,4
Exagération des signes sympathiques	2	2,2
Expulsion des vésicules molaire	7	7,7
Pré-éclampsie	6	6,6
Syndrome thyrotoxicosique	0	0,0
Découverte fortuite	0	0,0

L'examen physique retrouvait un gros utérus dépassant l'âge théorique de la grossesse chez 72 patientes soit 79,1% des cas. L'utérus était de consistance molle chez toutes les patientes. Les kystes ovariens bilatéraux étaient cliniquement palpables chez 23 patientes (25,3%).

- **Caractéristiques paracliniques**

L'échographie pelvienne avait été réalisée chez 84 patientes. Celles qui étaient admises pendant l'avortement molaire (7) n'avaient pas bénéficié de cet examen. Elle avait révélé des images typiques en grappe de raisin chez quatre-vingt-une (81) patientes sur 84, soit 96,4%. Des fausses images de grossesse arrêtée et d'œuf clair étaient retrouvées respectivement dans 2,4% et dans 1,2% des cas. Le diagnostic avait été retenu sur la base de l'aspect macroscopique du produit d'aspiration qui avait noté la présence de vésicules. Le dosage des bêta hCG plasmatiques avait pu être réalisé chez 13 patientes sur 91, soient 14,3% des cas. Le taux des betas hCG était très élevé allant de 50000 mUI/ml à plus de 300000 mUI/ml pour 10 patientes sur 13 (tableau III).

**Tableau III:** Répartition des patientes porteuses de grossesse molaire de 2007 à 2016 au CHUD/B à Parakou selon la valeur initiale des  $\beta$ -hCG plasmatiques (n = 13).

	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<1500	2	15,4
1500-50000	1	7,7
50000-100000	3	23,1
100000-300000	3	23,1
>300000	4	30,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

A l'admission, l'anémie était sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl) chez 6 patientes soit 6,6% des cas. Les patientes de groupe sanguin O étaient les plus fréquentes (40,7%), suivies des patientes de groupe A (30,7%). Le facteur rhésus positif était retrouvé dans 96,7% des cas (tableau IV).

**Tableau IV:** Répartition des patientes porteuses de grossesse molaire de 2007 à 2016 au CHUD/B à Parakou selon le groupe sanguin rhésus (n = 91).

	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
A+	27	29,6
A-	1	1,1
O+	37	40,7
O-	0	0,0
AB+	5	5,5
AB-	0	0,0
B+	19	20,9
B-	2	2,2
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>

La radiographie pulmonaire avait été réalisée chez 3 patientes sur 91. Elle n'avait révélé aucune anomalie chez toutes ces patientes. A l'examen macroscopique du produit d'aspiration l'aspect vésiculaire était retrouvé dans 71,4% des cas tandis que dans 26 cas (28,6%), on a évoqué des débris trophoblastiques. L'examen anatomopathologique avait été prescrit à toutes les patientes mais n'avait été réalisé que dans 9 cas (9,9 %). Le diagnostic histologique de la môle hydatiforme avait été confirmé dans 2 cas (2,2%)

### **Prise en charge**

- **Evacuation utérine**

Toutes les patientes ayant présenté une môle hydatiforme avaient bénéficié d'une évacuation utérine. Nous avons réalisé 7 cas de curetage après une expulsion spontanée incomplète, soit 7,7%. Il s'agissait d'aspiration manuelle intra-utérine chez 76,9% des patientes, d'aspiration électrique dans 11,0% des cas, et d'aspiration manuelle intra-utérine suivie de curetage dans 4,4% des cas.

- **Transfusion sanguine**

Une transfusion sanguine avait été indiquée pour les patientes admises dans un tableau d'anémie sévère et pour les patientes dont l'évacuation molaire très hémorragique s'était compliquée d'anémie. La transfusion avait été réalisée chez 38,5% des patientes.

- **Contraception orale post-aspiration**

Après l'évacuation molaire toutes les patientes avaient été mises sous contraception orale. Il s'agissait d'une contraception hormonale œstroprogestative dans 100% des cas.

- **Durée d'hospitalisation**

La durée d'hospitalisation variait de 1 à 10 jours avec une durée moyenne de 3,1 jours. En majorité dans 70,3, elle a été de 1 à 3 jours. Vingt deux (22) patientes soit 24,2% ont effectué entre 4 et 7 jours et 5,2% ont séjourné au-delà de 7 jours.

- **Surveillance clinique**

Toutes les patientes avaient été soumises à une surveillance clinique. Elle avait permis de déceler une persistance de métrorragie chez 14 patientes (15,4%) et une mauvaise involution utérine chez 5 patientes soient 5,5% des cas tandis que l'évolution avait été d'emblée satisfaisante chez 79,1%.

- **Surveillance échographique**

Une échographie pelvienne de contrôle est réalisée une (1) semaine après l'évacuation utérine pour éliminer une éventuelle rétention de débris molaire. Dans notre échantillon, elle avait été réalisée uniquement chez 22 patientes car les 69 restantes étaient perdues de vue. Parmi les 22 patientes chez qui elle avait été réalisée, 8 avaient une rétention de débris molaire soient 36,7% des cas et une seconde évacuation utérine a été réalisée.

- **Surveillance biologique**

Seulement 9 de nos patientes ont effectué la surveillance hebdomadaire jusqu'à négativation complète (9,9%). Les 82 restantes étaient perdues de vue avant l'obtention de cette négativation (90,1%). Une seule patiente (1) avait poursuivi la surveillance biologique par le dosage des  $\beta$ -hCG, durant 4 mois après négativation de ces derniers.

## **Morbidité et mortalité**

Des complications de la môle hydatiforme avaient été retrouvées chez 45 patientes sur 91 soient 49,4% des cas. Il s'agissait de 39 cas d'anémie (42,86%) dont 6 cas d'anémie grave (6,59%) et 6 cas de pré-éclampsie (6,59%). La thyrotoxicose, l'apparition de tumeur trophoblastique gestationnelle, la perforation utérine, la torsion et/ou rupture de kystes lutéiniques n'avaient pas été retrouvés. Sur le plan pronostique, 9 patientes avaient été déclarées guéries de la môle (9,9%), 82 patientes étaient perdues de vue (90,1%). Aucun cas de décès n'a été enregistré.



## **Discussion**

### **Fréquence de la môle hydatiforme**

La fréquence de la grossesse molaire à la maternité du CHUD/B durant notre période d'étude était de 1<sup>e</sup> môle pour 246 grossesses (0,41%) ; 1<sup>e</sup> môle pour 219 accouchements (4,57 pour 1000 accouchements) et 1<sup>e</sup> môle pour 28 avortements cliniquement reconnus (3,57%). Cette fréquence est similaire à celle trouvée par Dénakpo et *al.* (2011) qui était de 4,1 pour 1000 accouchements à Parakou, dans leur étude faite sur 5ans (2004-2008) dans les trois (3) maternités universitaires du Bénin. Par contre, nos résultats sont inférieurs à ceux de Mahaman (2016) au Maroc (5,8 pour 1000 accouchements) et de Sacko (2010) au Mali (0,70% des grossesses). Dans le Sud-est asiatique, la fréquence de la môle hydatiforme varie entre 3,2 à 9,9 pour 1000 grossesses ; tandis que cette fréquence en Amérique Latine et au Moyen Orient varie entre 1 à 2 pour 1000 grossesses. En Amérique Central, en Europe et en Amérique du Nord ; elle est de 0,5 à 1 pour 1000 grossesses (Boufettal et al., 2011). Ces taux relevés dans les régions européennes et américaines, sont donc inférieurs à ceux retrouvés dans les régions africaines et asiatiques. Néanmoins, il existe une prédominance de la môle dans les pays en voie développement liée pour la plupart des auteurs aux facteurs nutritionnels et aux mauvaises conditions socioéconomiques (Boufettal et al., 2011 ; Candelier, 2015 ; Ngan et al., 2015 ; Loh et al., 2004). Pour certains de ces auteurs, les facteurs nutritionnels expliquant la survenue d'une grossesse molaire sont liés au déficit en vitamine A (qui joue un rôle important dans le bon déroulement de la méiose), et/ou en folates (vitamine B9) qui sont nécessaires à la synthèse des protéines et de l'ADN. Ces facteurs délétères interviendraient au moment de la conception.

### **Caractéristiques sociodémographiques**

Dans notre série, la tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus concernée (46,2%). Ces résultats concordent avec ceux d'Azzimani au Maroc (2012) et de Sacko au Mali (2010) qui avaient trouvé respectivement 44,9% et 41,8% dans la même tranche d'âge. Il s'agit donc d'une population jeune se situant dans la tranche d'âge d'activité génitale maximale. Par contre, nos résultats sont différents de ceux trouvés par certains auteurs, qui révèlent plutôt une prédominance de la grossesse molaire chez les femmes un peu plus jeunes. C'est le cas de l'étude faite par Dénakpo et *al.* (2011) qui avaient rapporté une prédominance des patientes appartenant à la tranche d'âge de 16 à 20 ans avec une fréquence de 38,5%. Selon l'OMS, le risque de môle hydatiforme est très faible pour une grossesse apparaissant dans le groupe d'âge de 20 à 35 ans ; il est légèrement plus élevé entre 15 et 20 ans et beaucoup plus élevé d'environ 20 fois, pour une grossesse chez des jeunes filles de moins de 15 ans. Il y a une augmentation progressive du risque au-dessus de 40 ans ; et

pour les femmes de plus de 50 ans, le risque de môle hydatiforme est d'environ 200 fois supérieur à celui des femmes de 20 à 35 ans (WHO, 1983). Cela semblerait suggérer que l'immaturation maternelle et le vieillissement des ovocytes soient un des facteurs favorisant la survenue d'une grossesse androgénique (Boufettal et al., 2011).

Dans notre série, les patientes étaient majoritairement non scolarisées (50,5%) ou avaient un bas niveau d'instruction (études primaires) dans 18,7% des cas. Dans une étude faite dans les maternités universitaires du Bénin, Dénakpo et al. (2011) avaient rapporté des résultats similaires correspondant à 47% de patientes analphabètes et 22,9% qui avaient un bas niveau d'instruction. De même, nos résultats sont proches de ceux rapportés par Sacko au Mali (2010) qui révèle que 79% des patientes étaient non scolarisées.

Plus de la moitié des patientes de notre série étaient des femmes au foyer, soient 52,7% des cas. Ce même constat avait été fortement observé par Sacko au Mali (2010) et Mahaman au Maroc (2016) qui avaient trouvé une prédominance des ménagères respectivement dans 86,6% et dans 97% des cas.

L'antécédent de môle hydatiforme n'avait été retrouvé chez aucune de nos patientes. Ce résultat est identique à celui de Çakmak et al (2014) qui n'avaient retrouvé également dans aucun cas, aucun antécédent de môle hydatiforme par contre Rhoulal (2013) et Azzimani (2012) quant-à-eux avaient retrouvé respectivement dans 2,94% et 4,2% des cas, un antécédent de môle hydatiforme.

Notons que, après une môle hydatiforme le risque de 2ème grossesse molaire est de l'ordre de 0,6 à 4,3% et après deux grossesses molaire, le risque de nouvelle récurrence lors de la grossesse suivante a été estimé à 23% (Réseau de cancérologie, 2011).

## **Diagnostic**

Des 91 cas de grossesse molaire, 74 patientes avaient présenté une métrorragie soit 81,3% des cas. Sacko au Mali (2010), Azzimani (2012) et Rhoulali (2013) au Maroc, avaient retrouvé des taux avoisinants cette proportion : respectivement 82,1%, 84,4% et 93%. En effet, les métrorragies constituent le signe clinique le plus fréquent et le plus constant en cas de môle hydatiforme avec une fréquence allant de 90 à 95% des cas (Boufettal et al., 2011).

Dans notre série, sur 91 cas de grossesse molaire, 24 patientes soit 26,4% avaient signalé des douleurs pelviennes. Ce taux est supérieur à celui retrouvé par Mahaman au Maroc (2016) qui était de 13%. Une fréquence plus élevée avait été rapportée par Rhoulali (2013) (50%).

L'exagération des signes sympathiques de la grossesse avait été retrouvée dans une proportion de 2,2% des cas. Notre proportion est proche de celle de Sacko au Mali (2010), qui était de 4,6%, et inférieure à celle de Rhoulali au Maroc (2013) qui était de 20%.

L'examen physique retrouvait un gros utérus dépassant l'âge théorique de la grossesse chez 72 de nos patientes, soit 79,1% des cas. Ce résultat rejoint celui rapporté par Dénakpo et *al.* (2011) (72,3%). Par contre, notre résultat est supérieur à celui retrouvé par Rhoulali (2013) (64,7%).

En effet, la hauteur utérine supérieure à l'âge théorique de la grossesse est retrouvée chez plus de 50% des patientes, précisément en cas de môle hydatiforme complète (Loh et al., 2004).

Dans notre série, l'échographie pelvienne et/ou endovaginale avait été réalisée chez 84 patientes. Celles qui étaient admises pendant l'avortement molaire (7) n'avaient pas bénéficié de cet examen. Dans 96,4% des cas, l'échographie avait permis d'évoquer le diagnostic de môle hydatiforme en objectivant des images typiques en grappes de raisin. Pour Mahaman (2016), Rhoulali (2013); l'échographie avait permis d'évoquer le diagnostic de môle hydatiforme respectivement dans 95%, et 92,9% des cas; ce qui concorde avec notre résultat. Notre résultat est supérieur à celui de Sacko (2010) qui avait retrouvé des images typiques en grappes de raisin dans 87% des cas.

Le dosage des bêtas hCG plasmatiques n'avait été réalisé que chez 14,3% de nos patientes. Cette situation est identique à celui de Dénakpo et *al.* au Bénin (2011) qui avaient rapporté un taux de réalisation du dosage des  $\beta$ -hCG plasmatiques de 15,7%. Le faible taux de réalisation de cet examen serait dû au niveau socioéconomique bas de nos patientes et à la non-disponibilité de ce dosage dans notre structure hospitalière.

Dans notre série, les patientes du groupe sanguin O étaient les plus fréquentes (40,7%), suivies des patientes de groupe A (30,7%). Le facteur rhésus positif était retrouvé dans 96,7% des cas. Dénakpo et *al.* (2011) au Bénin, avaient fait le même constat et rapportaient une prédominance des patientes de groupe sanguin O (62%) et de facteur rhésus positif (80,7%).

Selon la littérature, les femmes ayant un groupe sanguin « A » semblent avoir un risque plus élevé de développer une môle hydatiforme et d'évoluer vers une TTG (Boufettal et al., 2011). Pour certains auteurs, le risque de môle hydatiforme est très élevé chez une femme du groupe sanguin « A » avec un conjoint du groupe « O » ou « A », comparativement aux autres combinaisons possibles (Loh et al., 2004). Toutefois, dans la population générale, c'est le groupe sanguin « O » qui prédomine, ce qui pourrait expliquer notre résultat.

L'examen anatomopathologique avait été prescrit à toutes les patientes mais n'avait été réalisé que dans 9 cas (9,9%). Le diagnostic histologique de la môle hydatiforme avait été confirmé dans 2 cas soit 2,2%

des cas ; il s'agissait essentiellement de MHP. Le faible taux de réalisation de cet examen, serait dû au niveau socioéconomique bas de nos patientes. Cependant, la présence de seulement 2 cas confirmé sur les 9 cas recensés, pourrait s'expliquer par le fait que le diagnostic anatomopathologique des maladies trophoblastiques gestationnelles est difficile à cause de la rareté de ces pathologies (Rabreau et al., 2010 ; Rougemont et al., 2011). D'autre part, lorsqu'une môle partielle est affirmée, le diagnostic n'est confirmé que dans 50% des cas après relecture des lames (Rabreau et al., 2010 ; Golfier et al., 2011). Par ailleurs, cette situation pourrait s'expliquer également par un problème de diagnostic différentiel entre môle hydatiforme et avortement hydropique, qui ne se fait que sur le plan anatomopathologique. En effet, le diagnostic positif définitif de la môle hydatiforme repose uniquement sur l'histologie. Cependant, la reproductibilité intra-observateur du diagnostic histologique des MHC et des MHP est faible, d'où la nécessité de pouvoir faire appel à un pathologiste référent entraîné et de disposer de techniques complémentaires, afin d'aboutir à un diagnostic précis dont dépendra le pronostic et la surveillance (Allias et al., 2014).

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

Dans notre étude, toutes les patientes ayant présenté une môle hydatiforme avaient bénéficié d'une évacuation utérine ; dont 7 cas soit 7,7% après une expulsion spontanée incomplète. La méthode d'évacuation utérine la plus utilisée était l'aspiration manuelle intra-utérine. Elle avait concerné 76,9% des patientes. Nos résultats rejoignent ceux de Sacko (2010) qui avait rapporté comme méthode d'évacuation utérine prédominante, l'aspiration manuelle intra-utérine respectivement dans 76,2% des cas.

Par contre, pour Dénakpo et al (2011), le curetage à la curette mouse était la méthode la plus utilisée dans 61,6% des cas. Selon la littérature, le traitement de base de toute môle repose sur l'évacuation utérine par aspiration avec vérification de la vacuité utérine (Golfier et al., 2003 ; Réseau de cancérologie, 2011).

Une surveillance clinique, échographique, et biologique s'impose après évacuation d'une grossesse molaire afin de détecter précocement toute évolution vers la tumeur trophoblastique gestationnelle (Boufettal et al., 2011). Selon Dénakpo et al (2011), la surveillance post-molaire constitue le maillon faible de la prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles au Bénin.

En effet dans notre étude portant sur 91 cas de môle hydatiforme, seulement 9 (9,9%) de nos patientes avaient pu honorer le dosage des  $\beta$ -hCG plasmatiques jusqu'à négativation de ces derniers. Ce même constat avait été fait par Dénakpo et al (2011). au Bénin qui avaient noté que sur 73 patientes présentant une môle hydatiforme, le nombre de patientes ayant honoré la

surveillance biologique par le dosage des betas hCG plasmatiques était décroissant passant de 10 à 1, un an après la môle; tandis que seulement 4 patientes avaient honoré le dosage des  $\beta$ -hCG plasmatiques jusqu'à leur négativation.

D'autre part, sur 91 patientes présentant une môle hydatiforme, l'échographie pelvienne de contrôle avait été réalisé uniquement chez 22 d'entre-elles (24,2%). Cette même situation avait également été observée par Dénakpo et *al.* (2011) qui avaient noté, que l'échographie pelvienne de contrôle avait été réalisée chez 20 patientes sur 73 (27,4%). Or cette échographie doit être systématique au 7<sup>ème</sup> jour post évacuation molaire pour vérifier la vacuité utérine (Boufettal et al., 2011). Ceci dénote d'une insuffisance de prise en charge des grossesses molaire dans les pays en développement.

Selon Dénakpo et *al.*(2011), les coûts élevés de la prise en charge dans un pays qui ne dispose pas d'assurance maladie, le manque d'information des patientes sur la maladie et les pesanteurs socioculturelles sont à l'origine de cette situation.

Par ailleurs, toutes nos patientes avaient été mises sous contraception hormonale œstro-progestative après évacuation utérine. L'objectif étant d'éviter qu'une grossesse ne vienne perturber la surveillance post-molaire par le dosage des  $\beta$ -hCG et interférer ainsi avec le diagnostic de tumeur trophoblastique gestationnelle (Boufettal et al., 2011).

Au bout de 12 mois, 90,1% de nos patientes étaient perdues de vue et 9,9% avaient été déclarées guéries. Ce taux de guérison est similaire à celui de Sacko (2010) qui, dans son étude, avait retrouvé un taux de guérison de 9%. Cette mauvaise surveillance contribue à ne pas dépister les môles qui pourraient évoluer vers une TTG.

## Conclusion

La MH est relativement fréquente à la maternité du CHUD/B et sa prise en charge souffre d'une insuffisance de surveillance qui doit être revue afin d'améliorer le pronostic.

## References:

1. Allias, F., Bolze, P-A., Gaillot-Durand, L., & Devouassoux-Shisheboran, M. (2014). Les maladies trophoblastiques gestationnelles. *Ann Pathol*;34(6):434-47. Doi : 10.1016/j.annpat.2014.09.004
2. Azzimani, S. (2012). Môle hydatiforme et facteurs pronostiques. [Thèse méd]. Rabat: Université Mohammed V, 148p. Disponible sur le lien : [ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/575](http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/575)
3. Boufettal, H., Coullin, P., Mahdaoui, S., Noun, M., Hermas, S., &

- Samouh, N. (2011). Les môles hydatiformes complètes au Maroc : étude épidémiologique et clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.*; 40 : 419-29. doi:10.1016/j.jgyn.2011.02.00
4. Candelier, J-J. (2015). La môle hydatiforme complète. *Med Sci.* 2015 ; 31(10) : 861-8. doi:10.1051/medsci/20153110012
  5. Çakmak, B., Toprak, M., Nacar, MC., Köseoğlu, RD., & Güneri, N. (2014). Incidence of gestational trophoblastic disease in Tokat province, Turkey. *J Turk Ger Gynecol Assoc.*; 15 : 22-4. doi:10.5152/jtgga.2014.8120.
  6. Dénakpo, JL., Aguèmon, C., Lokossou, A., Salifou, K., Saré Perrin, RX. (2011). La maladie trophoblastique gestationnelle au Bénin : résultats de la prise en charge de 83 cas. *Burkina Médical*; 15(2) : 87-95.
  7. Golfier, F., Raudrant, D., Frappart, L., Guastalla, J-P., Trillet-Lenoir, V., Mathian, B., et al. (2003). Les môles hydatiformes et les tumeurs trophoblastiques : conduite à tenir pratique. In : Blanc B, dir. *Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique-Tome XXVII : vingt-septièmes journées nationales* ; Paris, France : CNGOF ; 2003. p.53-97.
  8. Golfier, F., Clerc, J., Hajri, T., Massardier, J., Frappart, L., Duvillard, P, et al. (2011). Contribution of referent pathologists to the quality of trophoblastic diseases
  9. Diagnosis. *Human Reprod*; 26(10) : 2651-7. doi:10.1093/humrep/der265.
  10. Lisa, D., Liangtao, Z., Karen, S., Donald, RL., & Alice, MG. (2015). The Diagnosis of Choriocarcinoma in Molar Pregnancies : A Revised Approach in Clinical Testing. *J Clin Med Res.* 2015 ; 7(12) : 961-6. doi:10.14740/jocmr2236w
  11. Loh, KY., Sivalingam, N., & Suryani, MY. (2004). Gestational Trophoblastic Disease. *Med J Malaysia.*; 59(5) : 697-703.
  12. Mahaman, MM. (2016). Grossesse molaire: étude épidémiologique, clinique et thérapeutique au service de gynéco-obstétrique 2 du CHU Hassan 2 de Fès. [Thèse méd]. Maroc : Université Sidi Mohammed Ben Abdellah ; 2016. 104p. Disponible sur : <http://www.chu-fes.ma/grossesse-molaire-etude-epidemiologique-clinique-et-therapeutique-au-service-de-gyneco-obstetrique-2-du-chu-hassan-2-de-fes-a-propos-de-95-cas/>
  13. Merger, R., Levy, J., & Melchior, J. (2001). Pathologie des annexes du fœtus. In : *Précis d'obstétrique.* 6e éd. Paris : Masson.; p.261-300.
  14. Ngan, HYS., Seckl, MJ., Berkowitz, RS., Xiang, Y., Golfier, F., Sekharan, PK. et al. (2015). Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet.*; 131 :

123-6.

15. Rabreau, M., Frappart, L., Raudrant, D., & Golfier, F. (2010). Maladies trophoblastiques gestationnelles: anatomopathologie [En ligne]. Lyon : INCa-HAS ; [consulté le 12/09/2017]. Disponible sur: <http://www.mole-chorio.com>
16. Réseau Régional de Cancérologie (2011). Maladie trophoblastique gestationnelle, môle hydatiforme, choriocarcinome, tumeurs placentaires : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Basse - Normandie ; 28p. Disponible sur url : <https://onconormandie.fr/wp-content/uploads/2017/10/Maladie-trophoblastique-gestationnelle-mole-hydatiforme....pdf>
17. Rhouali, K. (2013). La môle hydatiforme. [Thèse méd]. Marrakech : Université Cadi Ayyad ;. 122p. Disponible sur url : <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2013/these41-13.pdf>
18. Rougemont, AL., Pelte, MF., Béna, FS., Paoloni-Giacobino, A., Petignat, P., & Finzi, V. Maladies trophoblastiques : une prise en charge pluridisciplinaire, un premier centre suisse. Rev Med Suisse. 7 : 1496-501.
19. Sacko, K. (2010). Grossesse molaire dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-Gabriel Touré de 2003-2007. [Thèse méd]. Bamako : Université de Bamako; 118p. Disponible sur url : <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M123.pdf>
20. Singh, J., Sharma, S., Kour, K., & Bashir, S. (2016). Prevalence of molar pregnancy (a three year retrospective study) in a tertiary care hospital. Annals of Applied Bio-Sciences; 2016 ; 3(1) . Disponible sur <http://www.pacificjournals.com/aabs>.
21. Tsuala, FJ., Ymélé, FF., Sando, Z., Mboudou, ET., & Doh, AS. (2011). 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.; 8 : 4p. doi:10.4303/cmch/C110804
22. WHO Scientific Group (1983). Gestational trophoblastic diseases : World Health Organization Technical Report Series. Geneva : World Health Organization ; 1983. 86p. Report No. : 692. Disponible sur : [apps.who.int/iris/handle/10665/39169](http://apps.who.int/iris/handle/10665/39169)