



Mole hydatiforme partielle avec un fœtus vivant chez une mère VIH : à propos d'un cas

[Partial hydatidiform mole with a live foetus in an HIV-positive mother: case report]

Mbatu Kwi Vincent^{1,2,3,4*}, Kapour Katsang Germain^{3,5}, Mboloko Mata Junior⁶, Mpwate Katya Serge^{1,4}, Azako tasema david^{1,7}, Mukendi Lwambua Teddy¹, Bokambandja Lolangwa Fabrice^{1,4} & Lebwaze Massamba Bienvenu^{1,4}

¹Université de Kinshasa, Faculté de médecine, Département d'anatomie pathologique, Kinshasa, RD Congo

²Université de Kikwit, Faculté de médecine, Kikwit, RD Congo

³Université de Kinshasa, Institut One Health pour l'Afrique (INOHA), Kinshasa, RD Congo

⁴Ministère de la santé publique, hygiène et prévoyance sociale, Centre national de lutte contre le cancer, RD Congo

⁵Université de Kinshasa, Faculté de médecine, Département de médecine tropicale, Kinshasa, RD Congo

⁶Université de Kinshasa, Faculté de médecine, Département de gynéco-obstétrique, Kinshasa, RD Congo

⁷Université de l'Uélé, province du Haut-Uélé, RD Congo

Résumé

Décrire un cas de môle hydatiforme partielle avec un fœtus vivant chez une mère VIH.

Il s'agit d'une patiente primipare âgée de 30 ans, vivant avec le VIH sous antirétroviraux, ayant connu 4 avortements spontanés avant cette grossesse. Aucun symptôme suspect de la maladie trophoblastique n'avait été signalé. Avec une charge virale initiale indétectable et un taux de CD4 de 283 cellules/ μ L, aucun dosage de bêta gonadotrophine chorionique humaine n'avait été réalisé. Pas d'échographie obstétricale réalisée durant l'évolution de sa grossesse. Notons qu'elle a développé une anémie à 9,7g/dl après l'accouchement. Elle avait accouché à 36 semaines de gestation par voie basse d'un bébé vivant de sexe masculin pesant 2100g, de morphologie normale avec APGAR 6/10/10. Le bébé était mis dès la naissance sous névirapine en prophylaxie. Le compte-rendu anatomopathologique du placenta était compatible avec une môle hydatiforme partielle.

Il s'agit d'une découverte fortuite après un examen anatomopathologique du placenta. Ce cas de mole hydatiforme partielle avec un fœtus vivant que nous décrivons avait échappé à toutes les investigations cliniques et paracliniques.

Il ressort une nécessité d'examiner les placentas de toutes les femmes ayant des antécédents des avortements spontanés et ou VIH positifs.

Mots clés : mole hydatiforme, fœtus, mère VIH, grossesse, obstétrique.

Abstract

The aim of that study is to describe a case of partial hydatidiform mole with a live fetus in an HIV mother.


It about a patient, 30-year-old primiparous, living with HIV on antiretrovirals, who had experienced four spontaneous abortions prior to this pregnancy. No symptoms suggestive of trophoblastic disease had been reported. With an initial undetectable viral load and a CD4 count of 283 cells/ μ L, no human chorionic gonadotropin assay had been performed. No obstetrical ultrasound was performed during the course of her pregnancy. She developed anemia at 9.7g/dl after delivery. She had given birth at 36 weeks' gestation by vaginal delivery to a live male baby weighing 2100g, of normal morphology with APGAR 6/10/10. The baby was put on nevirapine prophylaxis from birth. Anatomopathological report of the placenta was compatible with partial hydatidiform mole.

This was an incidental finding after pathological examination of the placenta. This case of partial hydatidiform mole with a live fetus had escaped all clinical and paraclinical investigations.

There is a need to examine the placentas of all women with a history of spontaneous abortion and/or HIV-positive pregnancies.

Key words: hydatidiform mole, foetus, HIV mother, pregnancy, obstetrics.

*Auteur correspondant : Mbatu Kwi Vincent, (vincentmbatu-76@gmail.com). Tél. : (+243) 818 831 450

 <https://orcid.org/0009-0006-4369-8295>; Reçu le 11/11/2024; Révisé le 18/12/2024 ; Accepté le 27/01/2025

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i1.125>

Copyright: ©2025 Mbatu et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

La mole hydatiforme partielle (MPH) est habituellement triploïde, résultant soit de la fécondation d'un ovule haploïde par deux spermatozoïdes, soit lors de la duplication d'un spermatozoïde haploïde au moment de la fécondation d'un ovule haploïde (Bruce & Sorosky, 2024). La MPH coexistant avec un fœtus vivant est une situation rare. Son incidence varie entre 0,005 -0,01% de toutes les grossesses. Le saignement vaginal au début de la grossesse est un symptôme important d'une grossesse molaire (De Franciscis et al., 2019). D'autres symptômes comme nausées sévères, hyperémèse, hyperthyroïdie, hypertension, protéinurie et anémie maternelle peuvent être notées. Mais l'absence des signes est presque totale, rendant le diagnostic difficile dans certains cas de mole hydatiforme partielle (De Franciscis et al., 2019). L'âge maternel, l'origine ethnique, les antécédents de mole hydatiforme sont des facteurs de risque connus. Il est important de souligner que les antécédents d'avortement spontané attribuent un risque deux à trois fois plus élevé de mole que chez les femmes n'ayant pas d'antécédents d'avortement spontané (Bruce & Sorosky, 2024). Les femmes ayant des antécédents de grossesse molaire présentent un risque de récurrence de 10 à 20 % supérieur, et environ 20% d'entre elles développeront un cancer après évacuation de la mole (Ning et al., 2019). Les résultats d'une étude montrent qu'une mole hydatiforme partielle peut se transformer en choriocarcinome (Seckl et al., 2000). Les patientes atteintes d'une mole hydatiforme quel que soit la sous-classification histologique doivent être suivies de près, car un certain nombre évolue vers la maladie métastatique (Cheung et al., 2004). Les femmes vivant avec le VIH sous antirétroviraux présentent un risque élevé de néoplasie trophoblastique gestationnelle (Tayib et al., 2011). Le diagnostic histologique met en évidence des villosités placentaires présentant un œdème focal (Ning et al., 2019). L'analyse immunohistochimique de l'expression de p57, un gène à empreinte paternelle exprimé par la mère sur le chromosome 11p15.5, et le génotypage moléculaire sont utiles pour améliorer le diagnostic (Murphy et al., 2012).

Nous rapportons un cas de mole hydatiforme partielle coexistant avec un fœtus vivant chez une mère VIH à Kinshasa en République Démocratique du Congo.

2. Présentation du cas

Pour l'histoire, c'est une patiente, primipare de 30 ans qui s'était rendue au centre de santé LIBONDI dans la zone de santé de Bumbu à Kinshasa en

République Démocratique du Congo pour une consultation prénatale (CPN). Les avortements spontanés à répétitions constituaient le seul antécédent gynécologique. L'examen clinique avait révélé une grossesse de 12 semaines d'aménorrhée. Aucun symptôme suspect de maladie trophoblastique n'avait été signalé. Elle a été diagnostiquée séropositive au VIH au cours de cette CPN. Sa charge virale initiale était indétectable et son taux de CD4 était de 283 cellules/ μ L. Elle était mise sous les antirétroviraux (ARV), fait de fumarate de ténofovir disoproxyl/lamivudine/dolutégravir (TDF/3TC/DTG) en octobre 2022. Elle n'avait réalisé aucun dosage de bêta gonadotrophine chorionique (β hCG) ni d'échographie obstétricale. La grossesse a été ensuite suivie, l'évolution a été marquée par des infections urinaires, soignées par des antibiotiques usuels. Elle avait accouché par voie basse le 28 mars 2023 à 36 semaines de gestation d'un bébé de sexe masculin pesant 2100g, de morphologie normale avec APGAR 6/10/10. Elle a développé une anémie à 9,7 g/dl après l'accouchement. Le bébé était mis dès la naissance sous névirapine en prophylaxie contre la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant.

L'examen macroscopique du placenta fixé au formol tamponné à 10%, a montré un placenta discoïde de 17 x 16 x 2 cm d'un poids de 389g. Après les tranches de section du placenta, nous avons réalisé des prélèvements ; inclus dans les cassettes, traités par la technique d'histologie standard puis colorés par l'hématoxyline et éosine pour l'analyse au microscope optique.

A l'examen microscopique, on a noté dans une des lames, la présence des villosités choriales de grande taille et œdémateuses occupant 15% de la surface totale examinée. Les 85 % restants du placenta étaient constitués de petites villosités choriales fibreuses et vascularisées, dans la [figure 1](#).

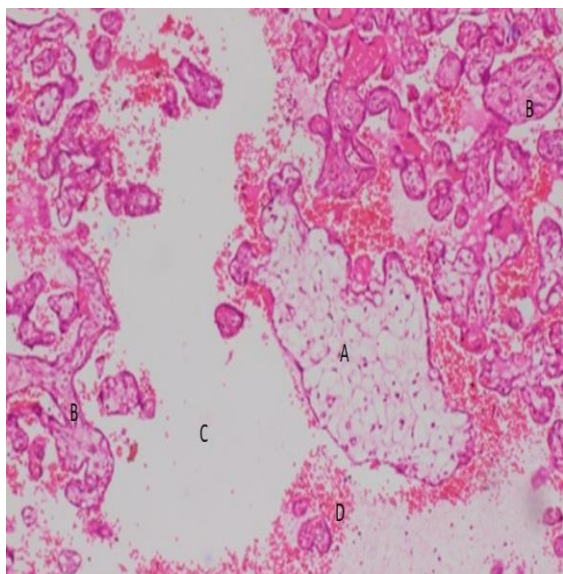


Figure 1. Image microscopique des sections placentaires colorée à l'hématoxyline et éosine, au grossissement x100 montrant deux populations de villosités : la grande villosité hydropique œdémateuse presque au centre en bas entourées par de petites villosités fibreuses.

Légende : A = villosité hydropique œdémateuse, B= Villosités fibreuses vasculaires, C= Espace intervillosaire, D= présence des globules rouges dans l'espace intervillosaire

3. Discussion

L'examen anatomopathologique d'un placenta d'une femme vivant avec VIH ayant accouché d'un bébé vivant, avait révélé une mole hydatiforme partielle. Cette situation est rarement observable car la maladie trophoblastique gestationnelle incluant une mole hydatiforme partielle, avec la présence d'un fœtus vivant en bonne santé à la naissance est observée dans 0,005 à 0,01% du total des grossesses (Mireles et al., 2021).

Selon une étude, plus de la moitié des femmes vivant avec le VIH sous traitement courent le risque de mole hydatiforme et même de choriocarcinome (Tayib et al., 2011).

A partir de l'introduction de la thérapie antirétrovirale chez les personnes porteuses du VIH, leur espérance de vie a augmenté et on a noté une hausse des cas de cancers non liés au Sida (Black et al., 2023). Dans une étude menée sur une période de 10ans, le taux de survie à 5ans des patientes VIH positives atteintes de néoplasie trophoblastique gestationnelle était de 64,3%, contre plus de 85%

pour les femmes séronégatives ou dont le statut sérologique était inconnu (Tayib et al., 2011).

La hausse de cas de cancer non lié au VIH chez les femmes vivant avec le VIH démontre la nécessité d'examiner les placentas de ces dernières dans le cadre de la prévention contre ce cancer et l'amélioration de leurs espérances de vie.

4. Conclusion

L'examen anatomopathologique du placenta après l'accouchement demeure utile dans le contexte des avortements répétés et des maladies chroniques en particulier du VIH.

Car il nous a permis de diagnostiquer une mole partielle avec fœtus vivant chez une femme vivant avec le VIH, ayant échappé à toutes les investigations cliniques et paracliniques. Ceci dans le cadre de la prévention du cancer et de l'amélioration de la prise en charge.

Conflit d'intérêt

Tous les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Dr MBATU KWI Vincent : conception, collecte des données, analyse et interprétation des données, rédaction du manuscrit

Dr KAPOUR Germain: amendements

Dr MBOLOKO MATA Junior: amendements

Dr MPWATE KATYA Serge : collectes des données, analyse et interprétation des données

Dr AZAKO TASEMA David : analyse et interprétation des données

Dr MUKENDI LWAMBUA Teddy: amendements

Dr BOKAMBANDJA LOLANGWA Fabrice : analyse et interprétation des données

Pr Dr LEBWAZE MASSAMBA Bienvenu : Conception, analyse et interprétation des données, amendements finals de la version finale à publier. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Références bibliographiques

- Black, L., Bowes, A., Seckl, M., Maher, G., Kaur, B., Arumainayagam, J., Sashi Acharya et al. (2023). Epithelioid trophoblastic tumor with antecedent molar pregnancy in an HIV-positive patient. *Clin Case Rep*, 11(3), e7114. doi: 10.1002/ccr3.7114.

- Bruce, S., & Sorosky, J. (2024). Gestational Trophoblastic Disease. In *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470267/>
- Cheung, A. N. Y., Khoo, U. S., Lai, C. Y. L., Chan, K. Y. K., Xue, W. C., Cheng, Danny K. L., Chiu Pui-Man, Tsao Sai-Wah, Ngan Hextan Y.S. (2004). Metastatic trophoblastic disease after an initial diagnosis of partial hydatidiform mole: genotyping and chromosome in situ hybridization analysis. *Cancer*, 100(7), 1411-7. doi: 10.1002/cncr.20107.
- De Franciscis, P., Schiattarella, A., Labriola, D., Tammaro, C., Messalli, E. M., La Mantia, E., Montella Marco, Torella Marco (2019). A partial molar pregnancy associated with a fetus with intrauterine growth restriction delivered at 31 weeks: a case report. *J Med Case Reports*, 13(1), 204. doi: 10.1186/s13256-019-2150-4.
- Mireles, J. C. M., Alvarez, C. E. A., Lopez, A. L., Aguilar, A. G. B., Villalobos, P. P. G. F., & Gonzalez, D. P. de L. (2021). Hydatidiform Mole Coexisting with Healthy and Alive Fetus at Birth: Case Report in Mexico. *Asian J Med Health*, 19 (4), 30-7. doi: 10.1210/jendso/bvab129.
- Murphy, K. M., Descipio, C., Wagenfuehr, J., Tandy, S., Mabray, J., Beierl, K., Micetich Kara, Libby Arlene L., Ronnett Brigitte M. (2012). Tetraploid partial hydatidiform mole: a case report and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol*, 31(1), 73-9. doi: 10.1097/PGP.0b013e31822555b3.
- Ning, F., Hou, H., Morse, A. N., & Lash, G. E. (2019). Understanding and management of gestational trophoblastic disease. *F1000 Research*, 8, F1000 Faculty Rev-428. doi: 10.12688/f1000research.14953.1.
- Seckl, M. J., Fisher, R. A., Salerno, G., Rees, H., Paradinas, F. J., Foskett, M., Newlands E.S. (2000). Choriocarcinoma and partial hydatidiform moles. *The Lancet*, 356 (9223), 36-9. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02432-6.
- Tayib, S., Wijk, L. van, & Denny, L. (2011). Gestational Trophoblastic Neoplasia and Human Immunodeficiency Virus Infection: A 10-Year Review. *Int J Gynecol Cancer [Internet]*. 1 nov 2011 [cité 24 juin 2024]; 21 (9). Disponible sur: <https://ijgc.bmj.com/content/21/9/1684>.