



បន្ទីរមជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
National Maternal and Child Health Center

ទិវាសល្យសាស្ត្រ សម្ព័ន្ធ និងរោគស្រ្តី លើកទី៣

ប្រធានបទ៖ «ព្រងីប និងបង្កើនសេវាព្យាបាល ថែទាំ សង្គ្រោះ ប្រកបដោយគុណភាព»

L'INTÉRÊT DE L'ÉCHOGRAPHIE DE LA GROSSESSE MÔLAIRE

Service d'imagerie médicale du Centre National de Protection Maternelle et Infantile, Phnom
Penh, Cambodge

(Dr. SAR Wathana, Dr. KHOV Mong, Dr. IM Sopheakna, Dr. KOS Sina, Dr. SAN Mony)



Présenté par: DR. IM Sopheakna, Radiologue

ថ្ងៃទី៤-៥ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០២៥
សណ្ឋាគារភ្នំពេញ

objectifs

- Préciser la place de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse molaire
- Illustrer et décrire les différents aspects échographiques de cette maladie
- Cas clinique
- Recommandation.

INTRODUCTION:

- La grossesse molaire ou môle hydatiforme est une maladie la plus fréquente des maladies trophoblastiques gestationnelles .
- La môle hydatiforme (MH) est définie comme une dégénérescence hydropique partielle ou totale des villosités choriales avec une prolifération plus au moins marquée des cellules trophoblastiques.
- Elle se caractérise par une sécrétion excessive de l'hormone chorionique gonadotrophique.

- Deux principales complications sont possibles:
 - Hémorragie grave post avortement molaire.
 - La tumeur trophoblastique gestationnelle (la môle invasive surtout le choriocarcinome qui est responsable de décès maternel).
- Diagnostiquée et traitée tôt, la grossesse molaire évolue favorablement.
- Deux examens complémentaires assurent son diagnostic et la suivie de son évolution sont l'imagerie médicale (surtout échographie) et le dosage bêta HCG plasmatique .

SYMPTÔME D'UNE GROSSESSE MÔLAIRE:

- Métrorragies
- Exagération des signes sympathiques de la grossesse
- Douleur abdomino-pelvienne.

- Devant des signes cliniques anormales de la grossesse avec le taux de bêta HCG plasmatique très élevé :
 - Réaliser une échographie pelvienne +++

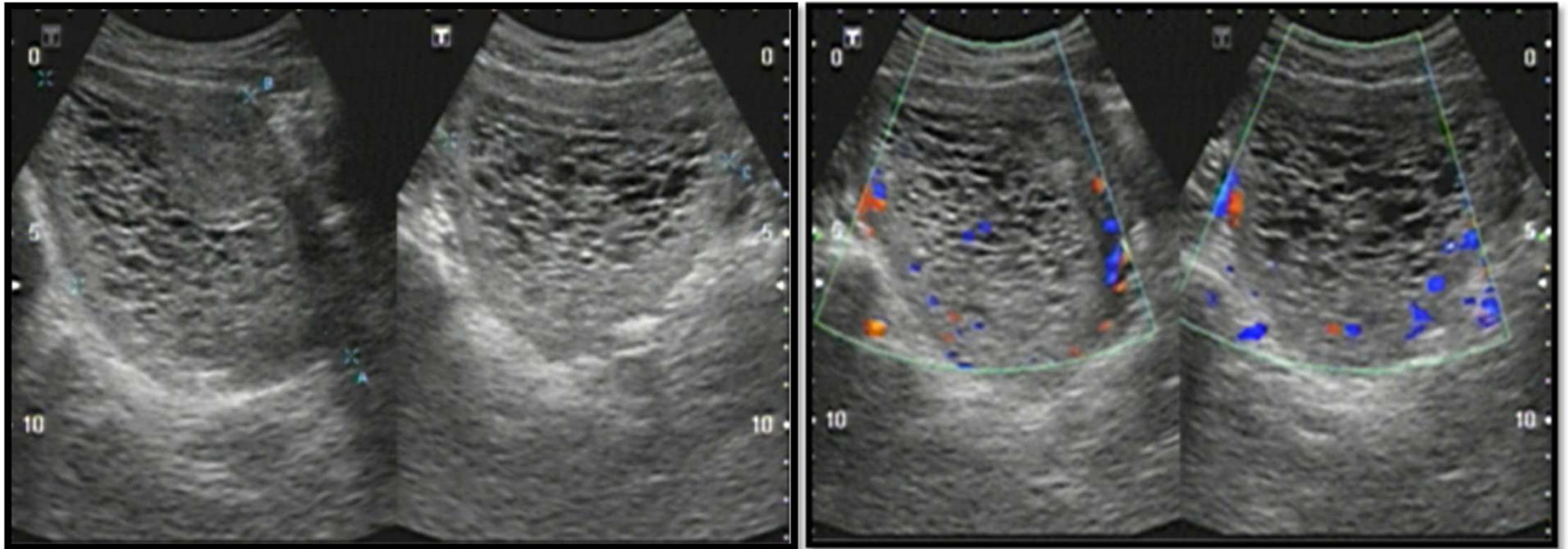
- Echographie joue le rôle dans le diagnostic et le suivi des patientes présentant une grossesse molaire.

Aspect échographique de la grossesse molaire

a. Môle complète (MC)

- Multiple images vésiculaires intra-cavitaires utérines réalisant l'aspect en nid d'abeille
- Absence de cavité amniotique ou d'embryon décelables
- Au doppler couleur: absence de vascularisation au sein du tissu trophoblastique anormal
- Associé avec des kystes ovariens lutéiniques (des kystes d'hyperstimulation secondaire à la sécrétion excessive de bêta HCG).

Coupe sagittale et transversale de l'utérus avec doppler couleur

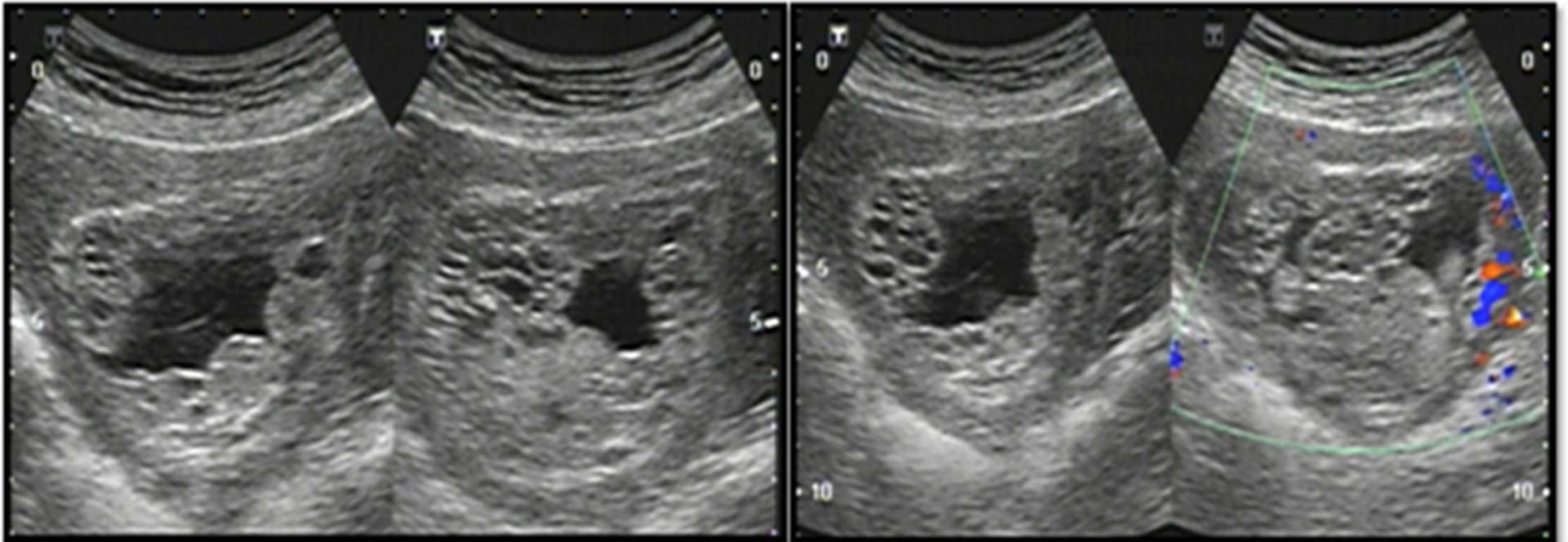


Multiple images vésiculaires avasculaires intra-cavitaires utérines sans cavité amniotique ni embryon individualisé (Môle complète)

b. Môle partielle ou mÔle embryonnée (MP)

- Multiple images vésiculaires intra-cavitaires utérines s'accompagnent d'une structure embryonnaire (Mort+++), des membranes amniotiques
- Au doppler couleur: absence de vascularisation au sein du tissu trophoblastique anormal
- Les kystes ovariens d'hyperstimulation sont plus rares que dans la MC.

Coupe sagittale et transversale de l'utérus avec doppler couleur

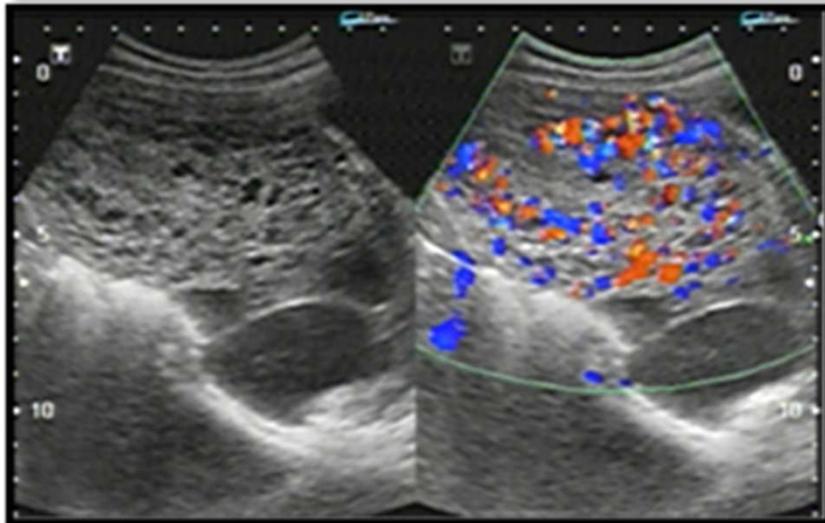
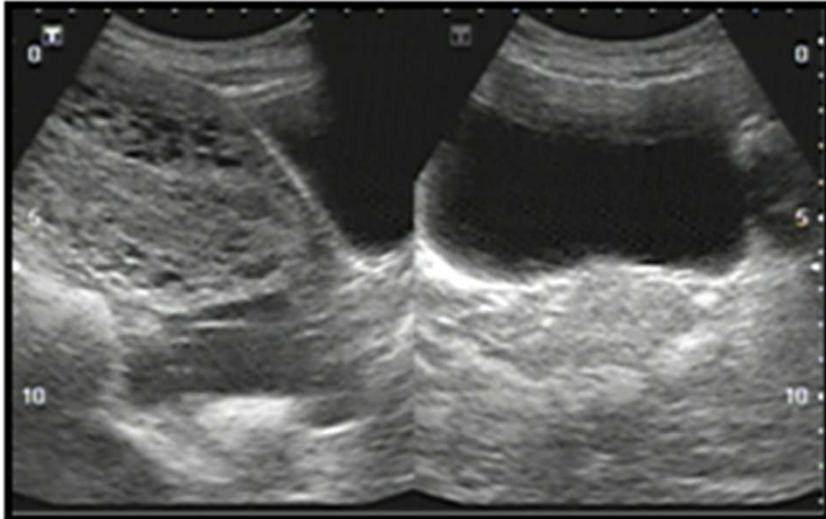


Multiple images vésiculaires avasculaires intra-cavitaires utérines avec cavité amniotique et pas d'embryon visible (Môle partielle avec grossesse arrêtée)

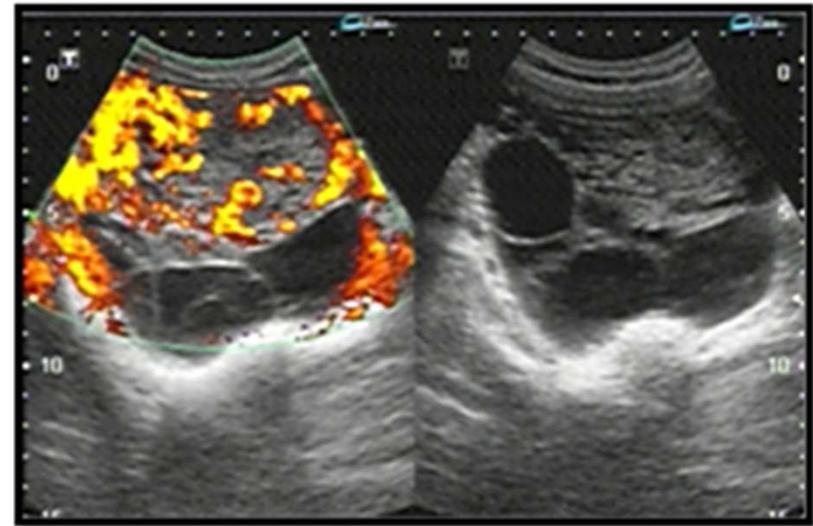
c. Môle invasive (MI)

- Utérus augmenté de taille
- Aspect hétérogène du myomètre utérin
- Caractère hypervascularisé au doppler couleur du myomètre utérin
- Signes d'agressivité locale: atteinte de plusieurs tuniques utérines sans respect de leur architecture
- Kystes d'hyperstimulation ovarienne +.

Coupe sagittale et transversale de l'utérus avec doppler couleur



Môle invasive avec ovaire polykystique bilatérale

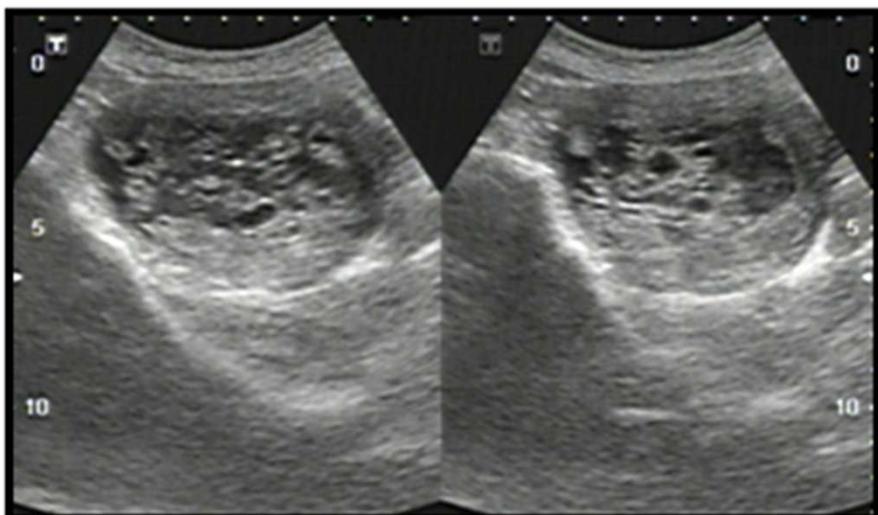


Aspect hétérogène du myomètre avec hypervascularisation au doppler couleur

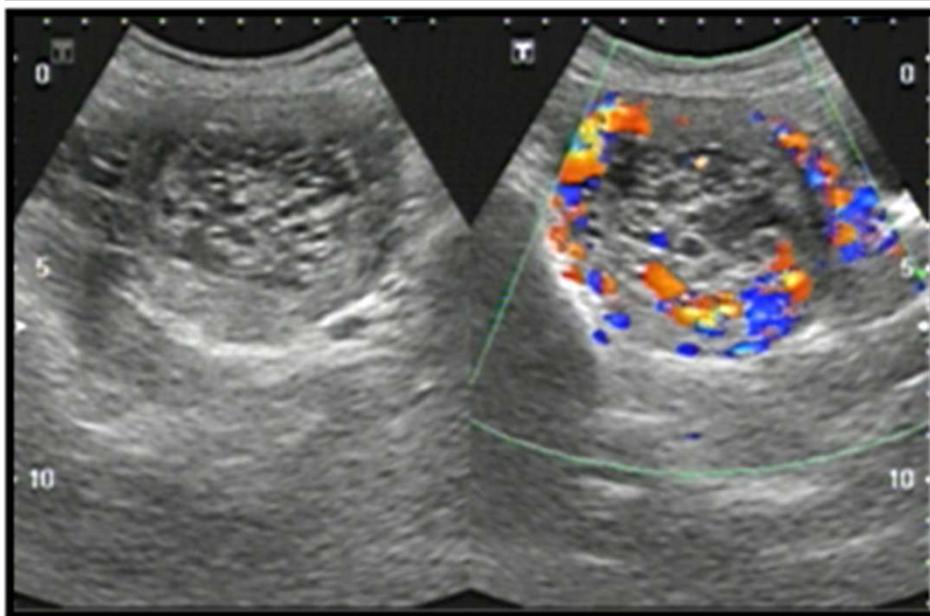
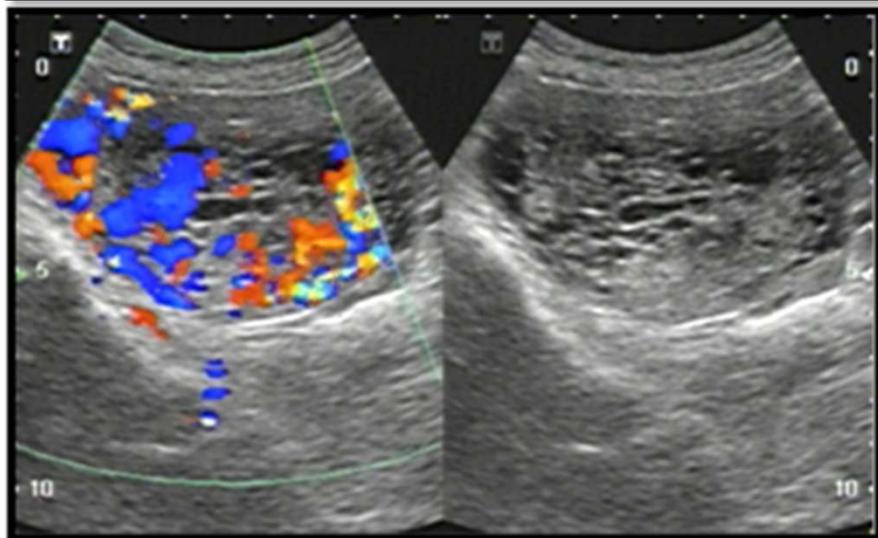
d. Choriocarcinome gestationnel

- Aspects nodulaires hétérogènes avec hypervascularisation au Doppler couleur, à développement intra cavitaire et/ou intra mural
- Le centre de ces lésions est le plus souvent nécrotique.

Coupe sagittale et transversale de l'utérus avec doppler couleur



**Masse hétérogène multikystique
intracavitaire hypervascularisée
au doppler couleur envahissant le
myomètre
avec β HCG+++**



CAS CLINIQUE N° 1

Madame Y.T, âgée de 29 ans, provenant de la province de Kampot, a été hospitalisée au Centre National de Protection Maternelle et Infantile, Phnom Penh, Cambodge, le 22/05/2020 pour la douleur pelvienne avec asthénie et aménorrhée 2 mois (Test de la grossesse +).

ATCD :

- Gynéco-obstétriques : G3P2
- Médicaux : Rien à signaler
- Chirurgicaux : Rien à signaler

Examen clinique :

- T =37 °c, Pouls =80/min, TA = 118/75 mm de Hg
- EG : peu altéré
- Douleur pelvienne avec asthénie
- DDR : 25/03/2020

Examen paraclinique :

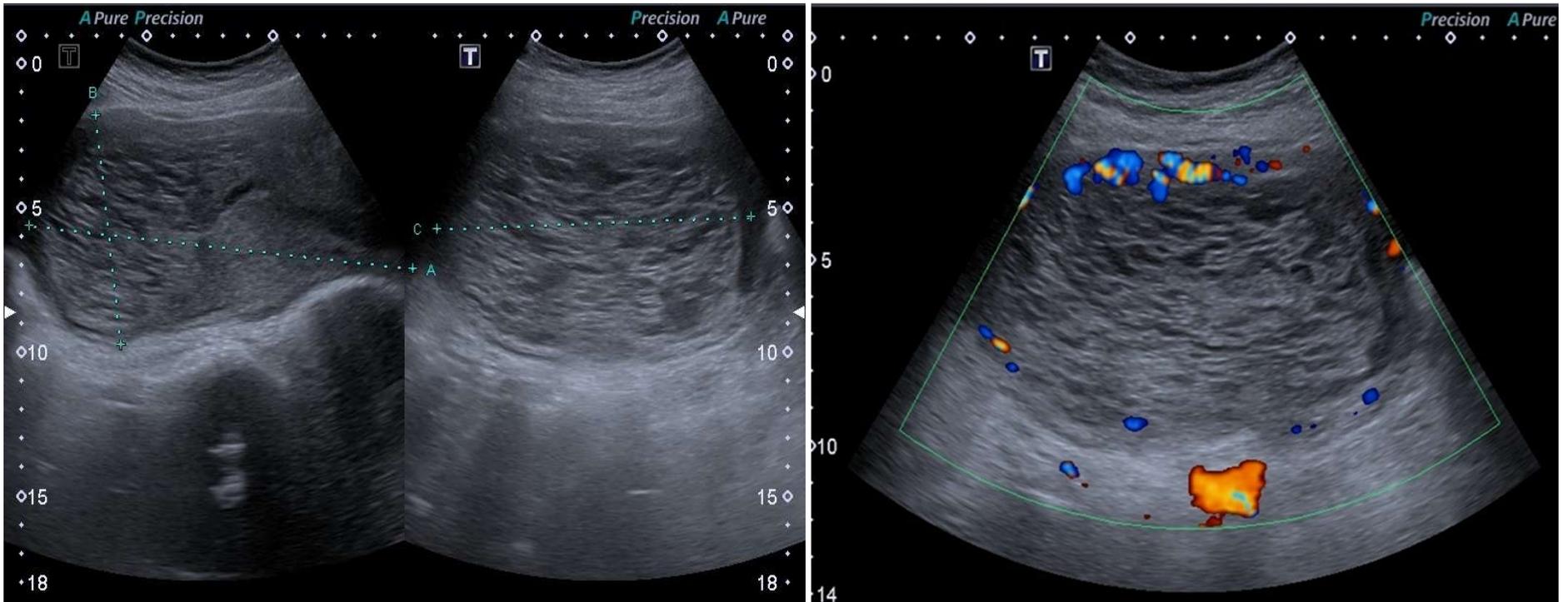
Biologie : (Fait le 22/05/2020)

- GB : 8,3 giga/l, GR : 4,6 giga/l, HB : 13,3 g/dl, Ht : 41%, Plaquette : 276 giga/l,
- Groupage sanguin : 0, Rh (D) : Positive
- Urée : 17 mg/dl, Créatinine : 0,8 mg/dl
 - Bêta HCG plasmatique : 125 408 UI/l

Echographie pelvienne : (Fait le 22/05/2020)

Môle hydatiforme complète

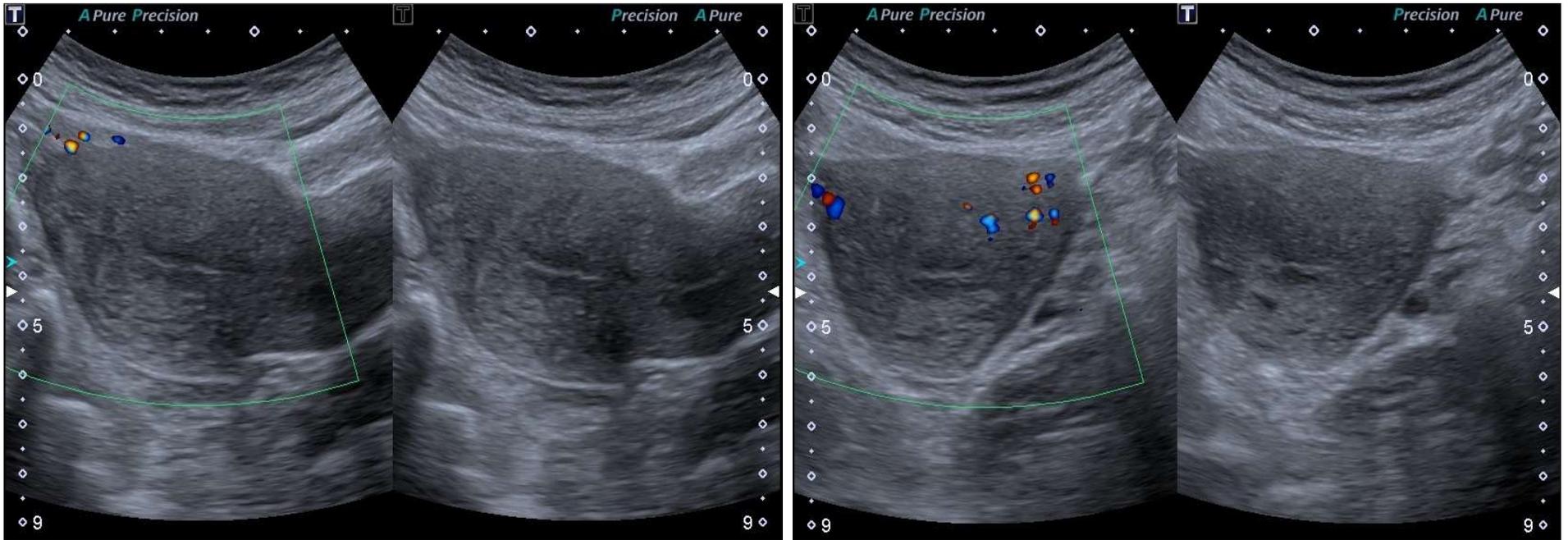
(Utérus : taille augmentée, DAP = 80mm, Largeur = 124mm, Longueur = 152mm, contenant de multiples images vésiculaires intra-utérines)



Traitement : Curetage aspiratif au 23/05/2020.

Echographie pelvienne après curetage aspiratif : (Fait le 27/05/2020)

Utérus est normal

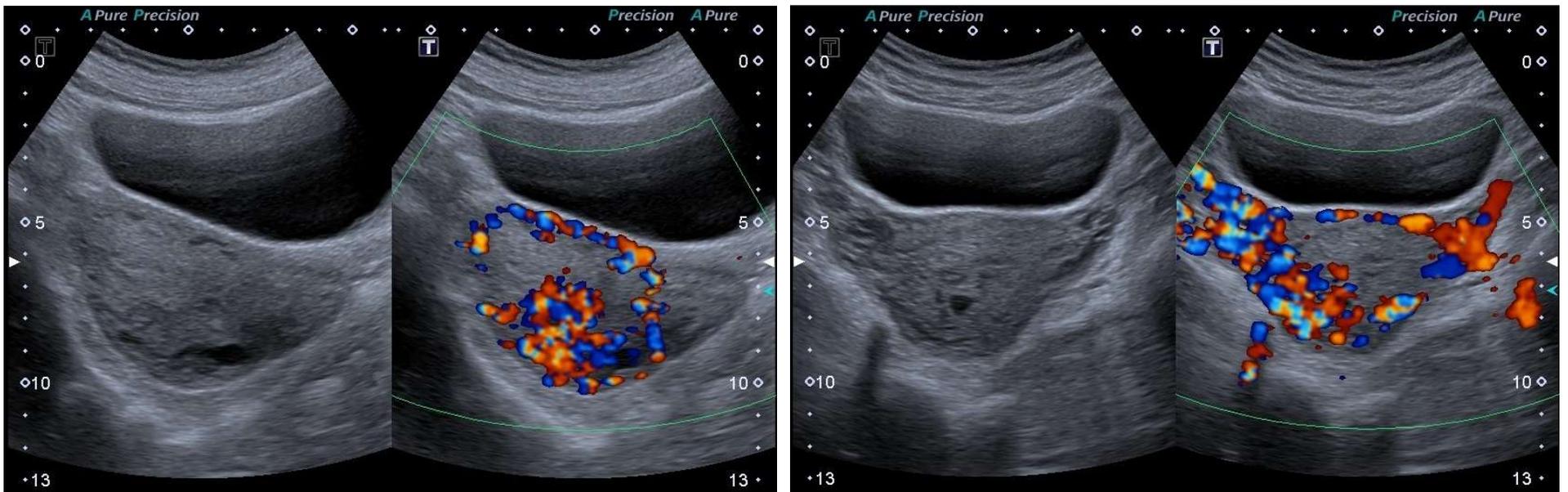


Sortie : le 29/05/2020.

Echographie pelvienne : (Fait le 15/06/2020 pour suivre de l'évolution)

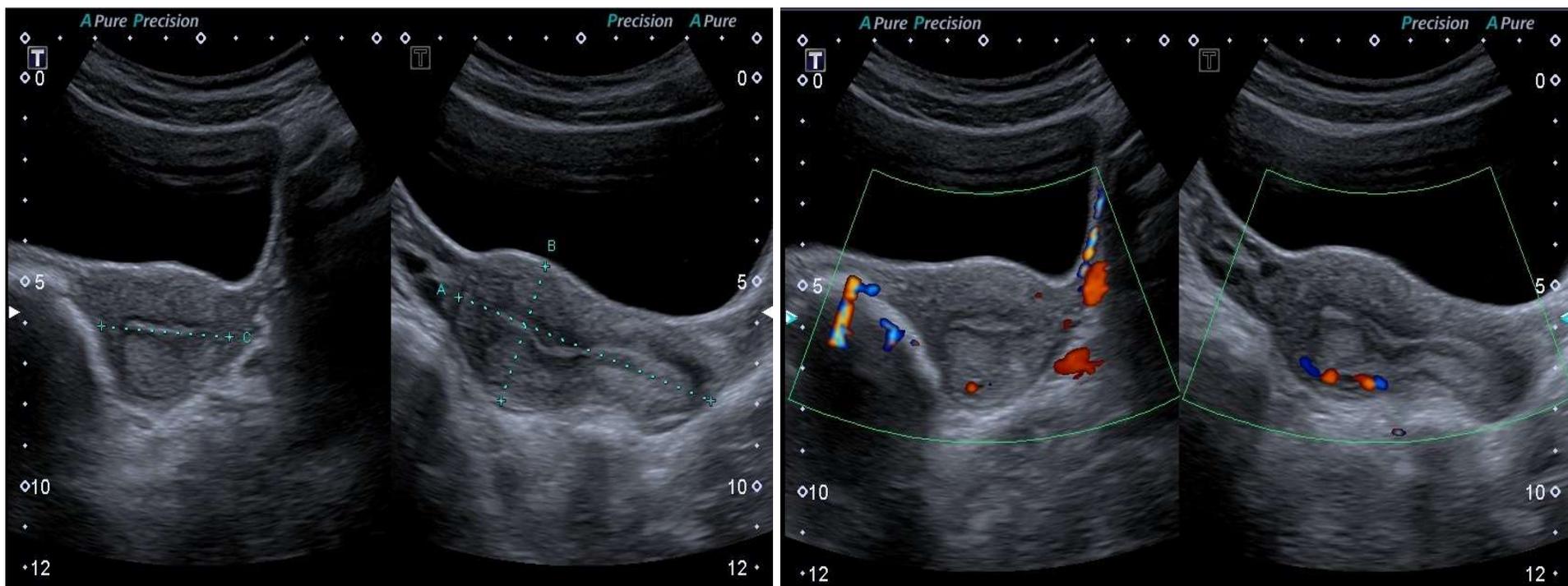
Môle invasive

(Aspect hétérogène du myomètre utérin antéro-postérieur avec hypervascularisation au doppler couleur et bêta HCG plasmatique = 38 542 UI/L)



Echographie pelvienne post traitement methotrexate : (Fait le 17/09/2020 pour suivre de l'évolution)

Utérus est normal et bêta HCG plasmatique = 450 UI/L



CAS CLINIQUE N° 2

Madame S.M, âgée de 34 ans, provenant de la province de Prey Veng, a été hospitalisée au Centre National de Protection Maternelle et Infantile, Phnom Penh, Cambodge, le 15 /03/2022 pour la métrorragie et aménorrhée 3 mois (Test de la grossesse +).

ATCD :

- Gynéco-obstétriques : G4P2
- Médicaux : Rien à signaler
- Chirurgicaux : Rien à signaler

Examen clinique :

- T = 36,8 °c, Pouls = 87/min, TA = 113/71 mm de Hg
- EG : peu altéré
- Métorrhagie
- DDR : 20/12/2021

Examen paraclinique :

Biologie : (Fait le 15/03/2022)

- GB : 7,5 giga/l, GR : 4,1 giga/l, HB : 12 g/dl, Ht : 43%, Plaquette : 285 giga/l,

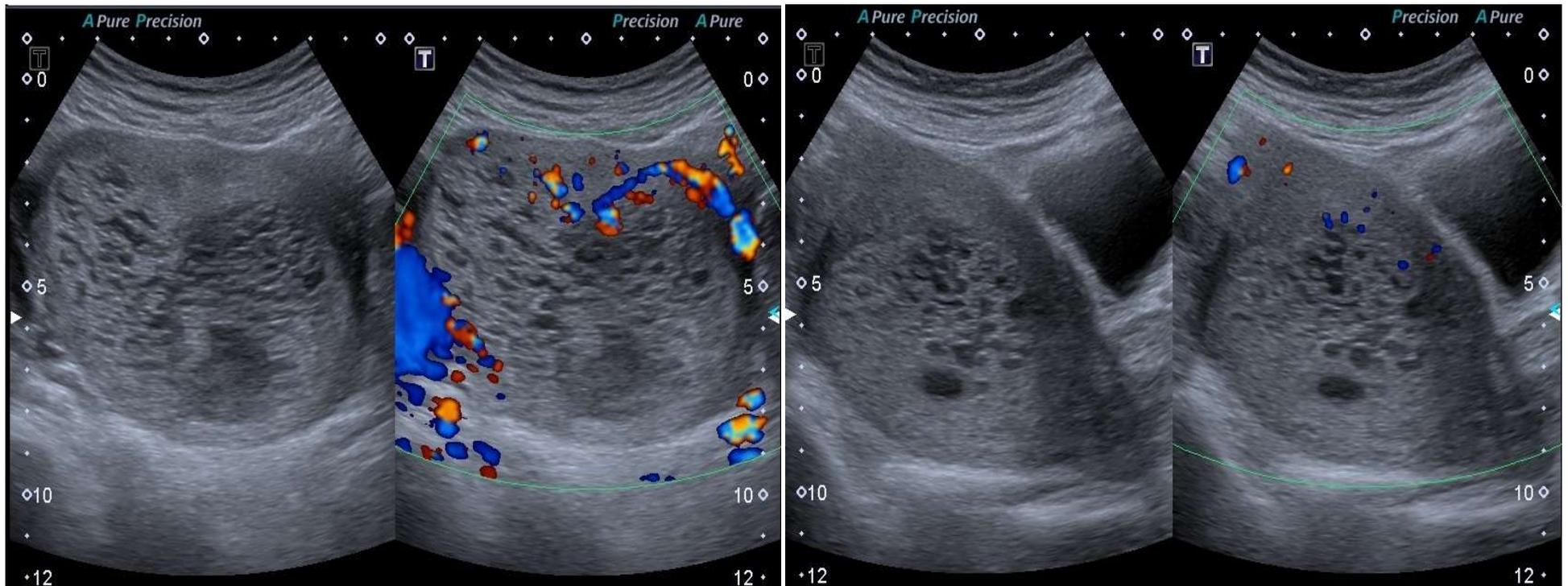
Groupage sanguin : B, Rh (D) : Positive

- Urée : 18 mg/dl, Créatinine : 0,7 mg/dl
- Bêta HCG plasmatique : 113 280 UI/l

Echographie pelvienne : (Fait le 15/03/2022)

Môle hydatiforme complète

(Aspect en nid d'abeille)

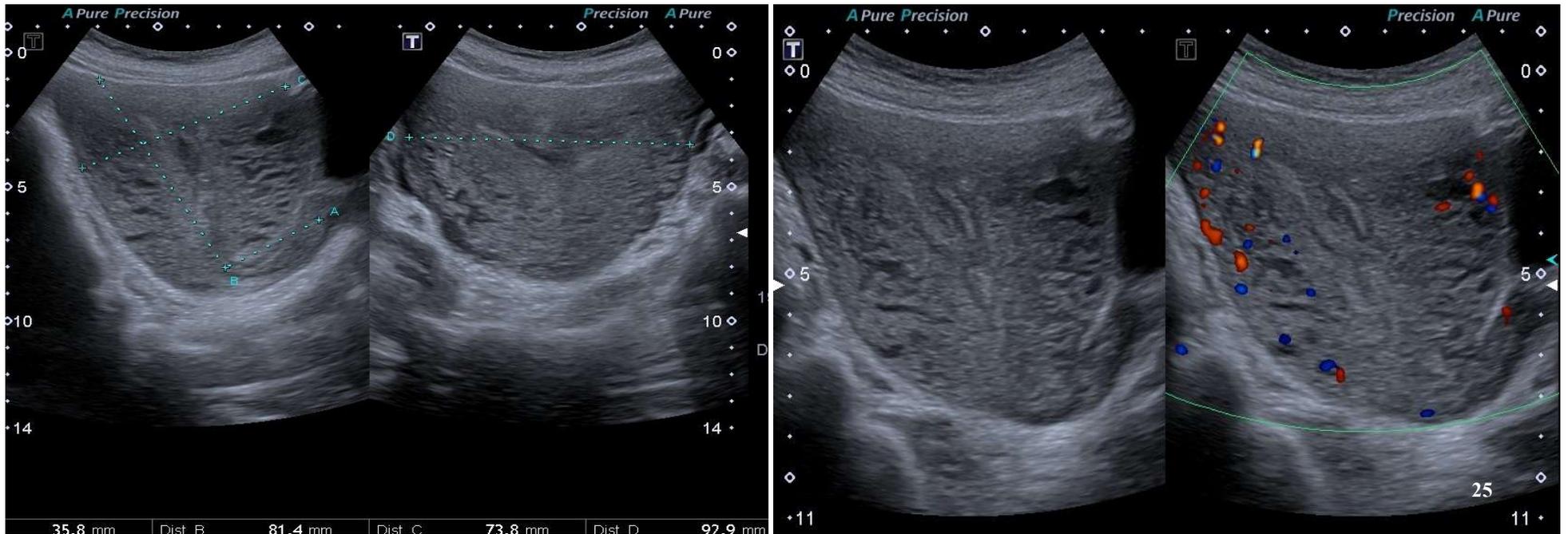


Traitement : Curetage aspiratif au 16/03/2022.

Echographie pelvienne après curetage aspiratif : (Fait le 19/03/2022)

Utérus

(Structure inhomogène du myomètre antéro-postérieur avec rétention de débris molaire)





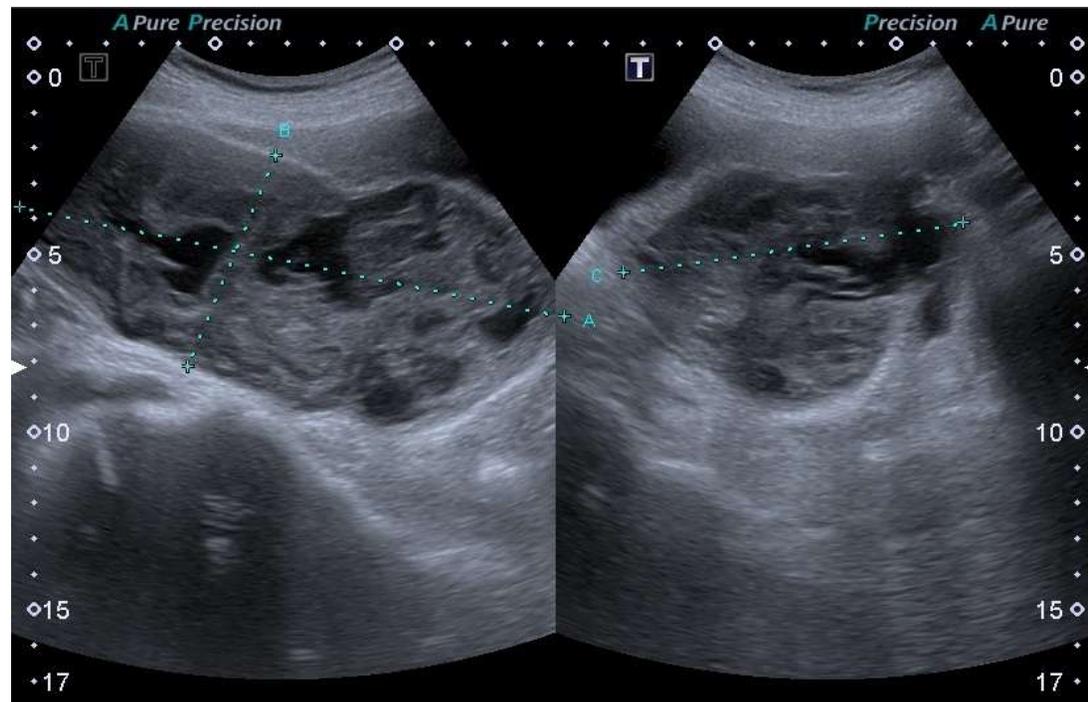
Sortie : le 21/03/2022.

Echographie pelvienne : (Fait le 22/04/2022 pour suivre de l'évolution)

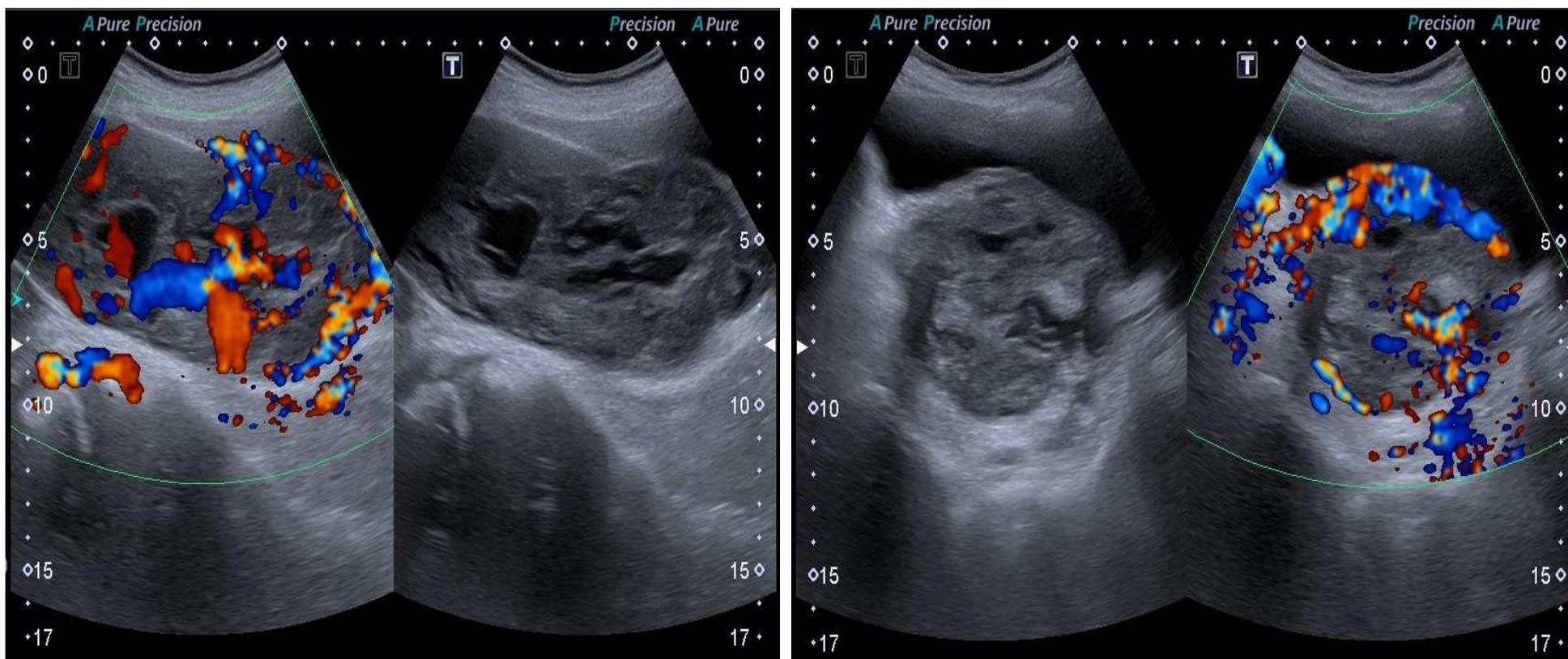
Tumeur trophoblastique gestationnelle

(Soit môle invasive soit choriocarcinome)

(Aspect très hétérogène du myomètre utérin antéro-postérieur et bêta HCG plasmatique = 68 542 UI/L)



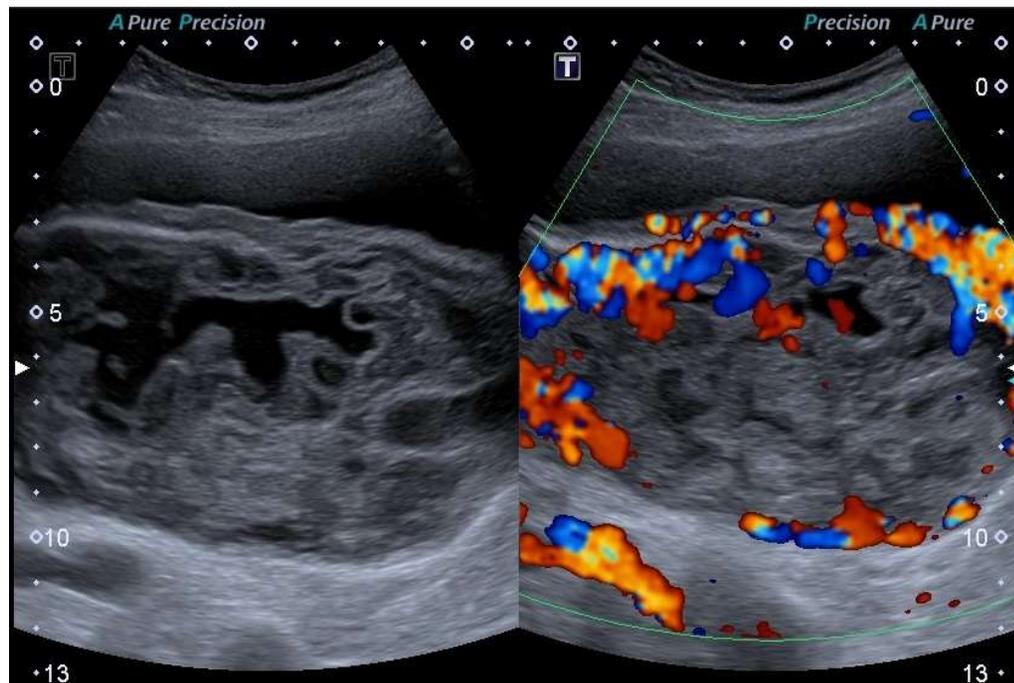
Tumeur trophoblastique gestationnelle
(Hypervascularisation au doppler couleur du myomètre utérin antéro-postérieur)



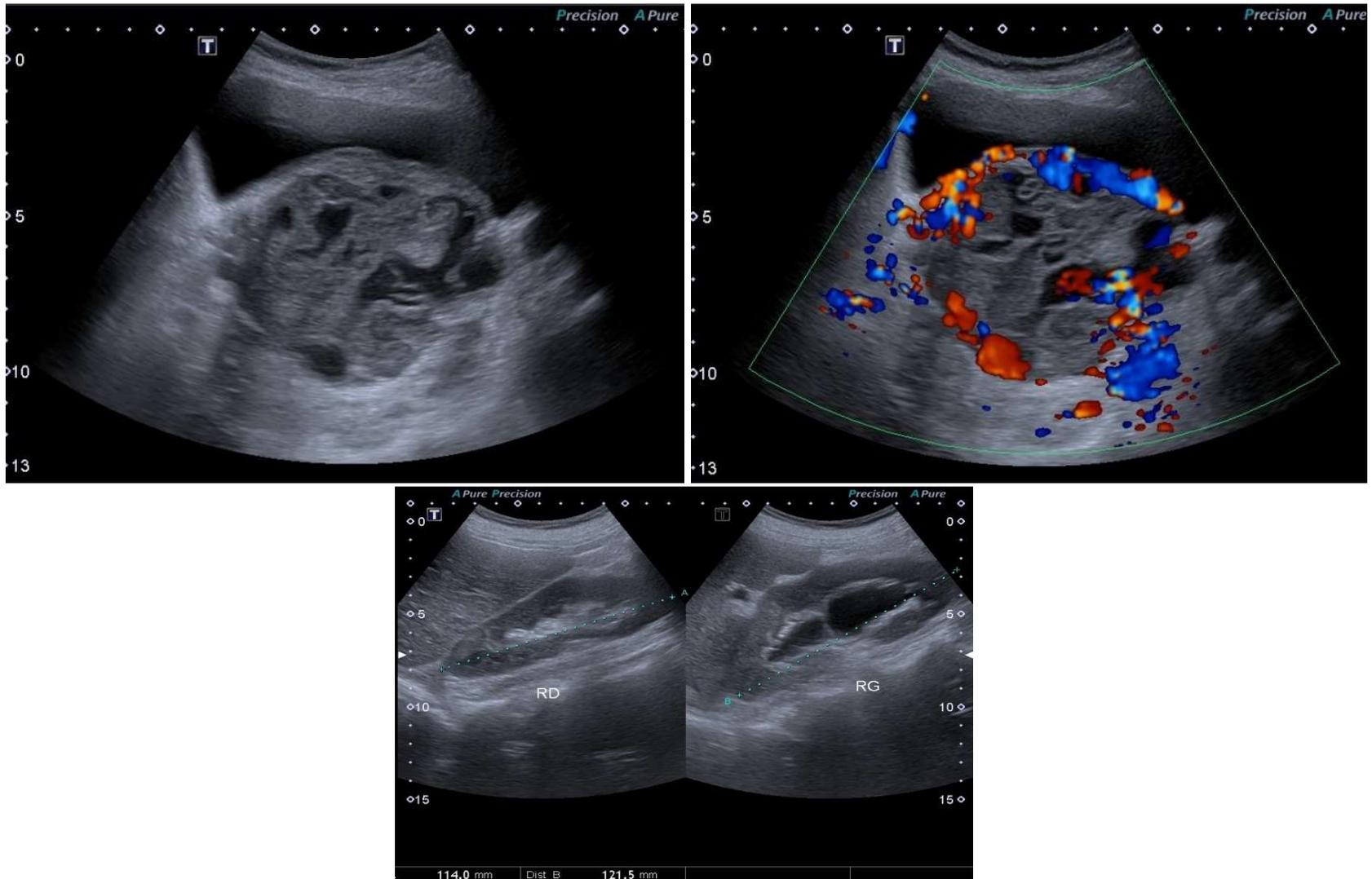
Echographie pelvienne post traitement méthotrexate : (Fait le 30/05/2022 pour suivre de l'évolution)

Utérus

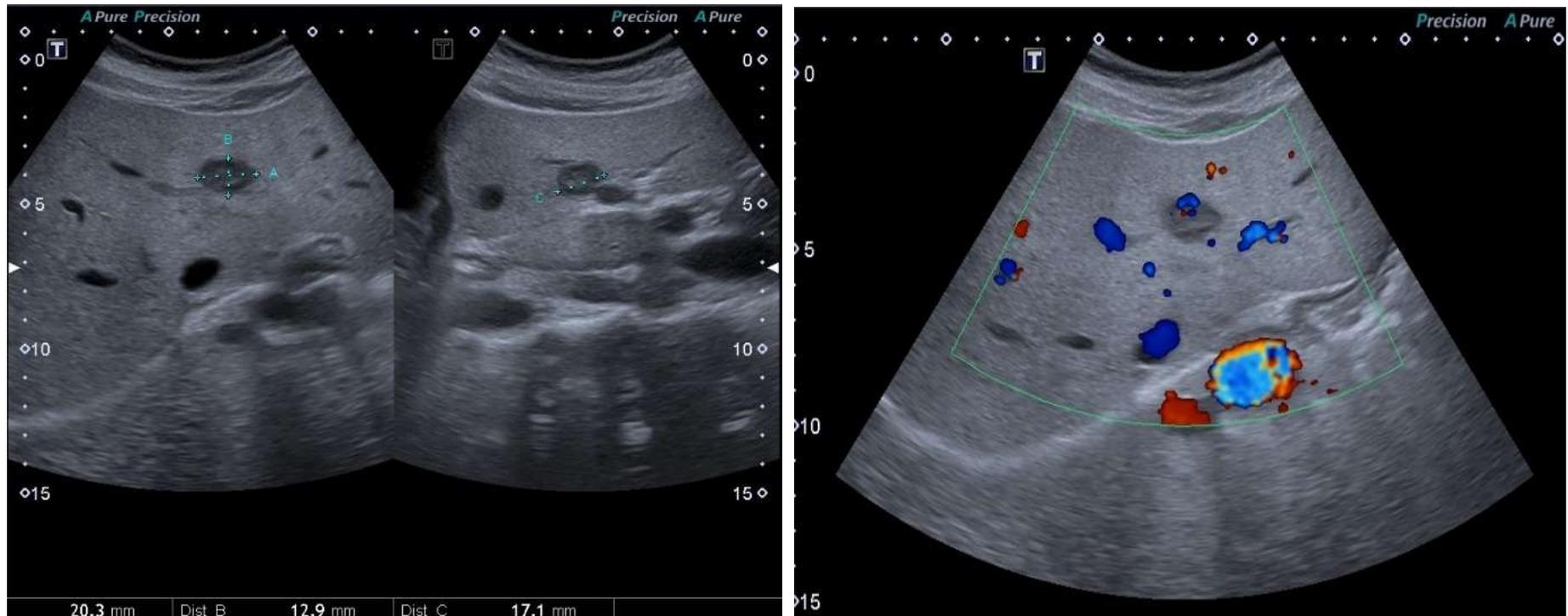
(Aspect très hétérogène du myomètre utérin avec hypervascularisation au doppler couleur et envahissement de la paroi vésicale postérieure et bêta HCG plasmatique = 54 716 UI/L)



Envahissement de la paroi vésicale postérieure avec stase urinaire gauche modérée



Foie: Présence d'un nodule hypoéchogène avec hypervascularisation au doppler couleur d'allure secondaire



➔ Tumeur trophoblastique gestationnelle (Choriocarcinome gestationnel confirmé par examen anatopath) avec métastase hépatique.

RECOMMANDATION

- Toutes les femmes en aménorrhées avec teste de la grossesse positive doivent faire une consultation prénatale avec examen échographique pour confirmer le diagnostic précoce de la grossesse.
- L'échographie abdomino-pelvienne avec Doppler couleur et le dosage des bêta HCG plasmatique sont des examens paracliniques fondamentaux pour diagnostiquer précisément et suivre son évolution au cours du traitement.

RÉFÉRENCES

1. Galiou MR. Grossesse molaire : Prise en charge au niveau de la maternité des orangers (Docteur en Médecine- Université Mohamed V de Rabat) 2019.
2. Koné KN. Grossesse molaire dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : A propos de 16 cas (Docteur en Médecine-Université de Bamako) 2001.
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Maladies trophoblastiques gestationnelles : diagnostic et prise en charge.2010.
4. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Gestational trophoblastic tumor.
5. Zhou Q et al: Sonographic and Doppler imaging in the diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: a 12-year experience. J Ultrasound Med.24(1):15-24, 2005.
6. Benson CB et al: Sonographic appearance of first trimester complete hydatidiform moles. Ultrasound Obstet Gynecol. 16(2):188-91, 2000.

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

Thank you

