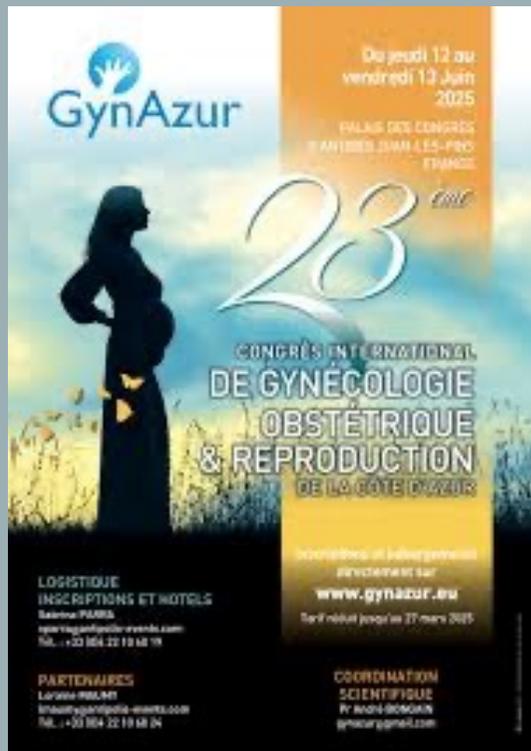


CONDUITE À TENIR DEVANT LA SUSPICION D'UNE GROSSESSE MOLAIRE



Marianne Saidi



MALADIES TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES

RAPPEL

Les maladies trophoblastiques gestationnelles constituent un large spectre de pathologies du tissu placentaire, allant de lésions **précancéreuses** appelées « grossesses molaire » aux **lésions malignes vraies** regroupées sous le terme de tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG).

MALADIES TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES

Môle
complète



Môle
partielle

Choriocarcinome
Môle invasive
Tumeur du site d'implantation placentaire
Tumeur trophoblastique épithélioïde



UNE MÔLE HYDATIFORME N'EST
PAS
UNE TUMEUR TROPHOBLASTIQUE
GESTATIONNELLE

Môle hydatiforme grossesse **liée à une anomalie de la fécondation:**

(du grec *môle* : masse et *hydatide* : sac hydrique)

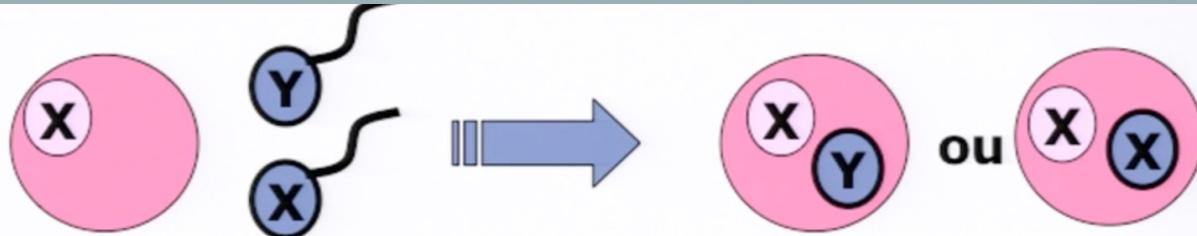
Môle complète= diploïdie paternelle (androgénique)

Môle partielle= triploïdie paternelle

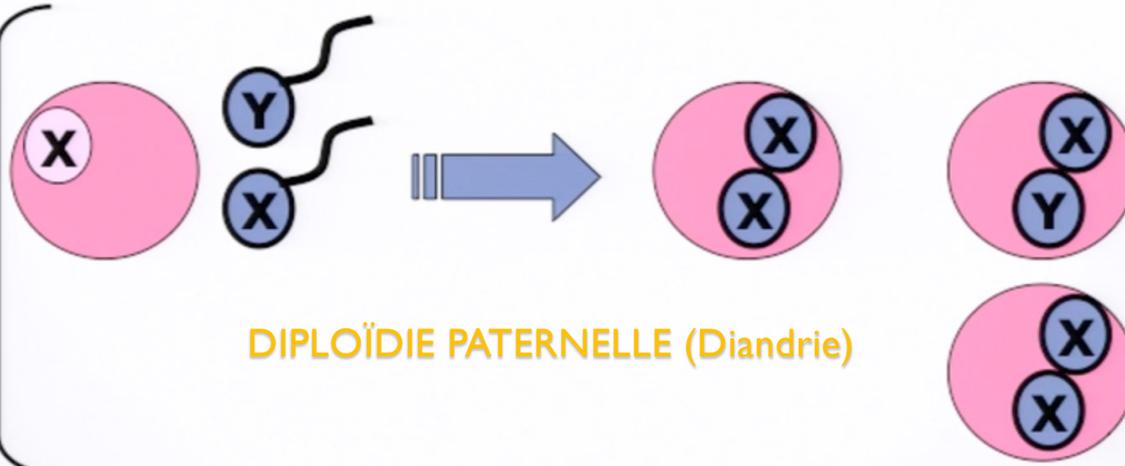
Fréquence variable: moins de 1/1 000 grossesses dans les pays développés, à plus de 1/400 dans un certain nombre de pays en voie de développement

Depuis les dernières décennies, ces fréquences ont tendance à baisser.

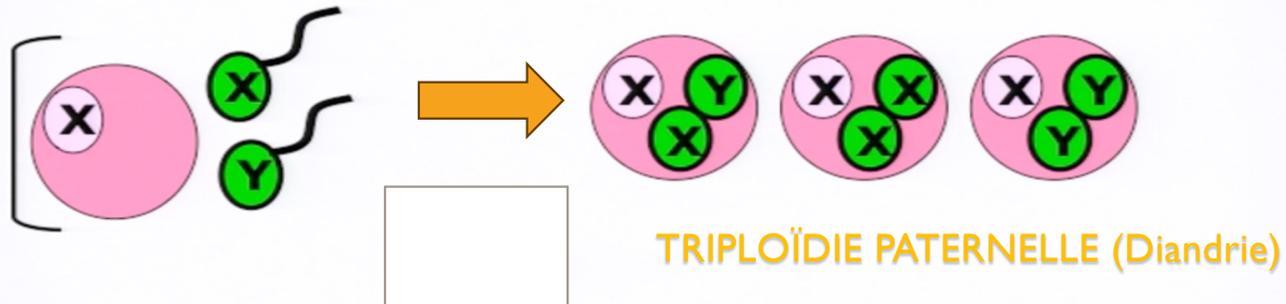
Fécondation normale



Môle complète

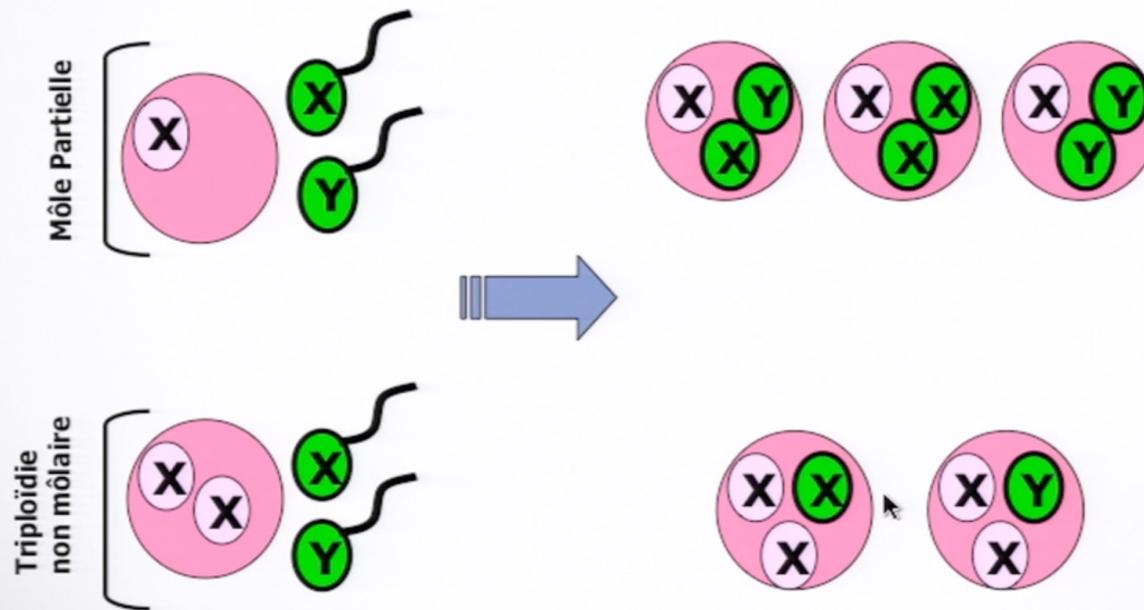


Môle Partielle



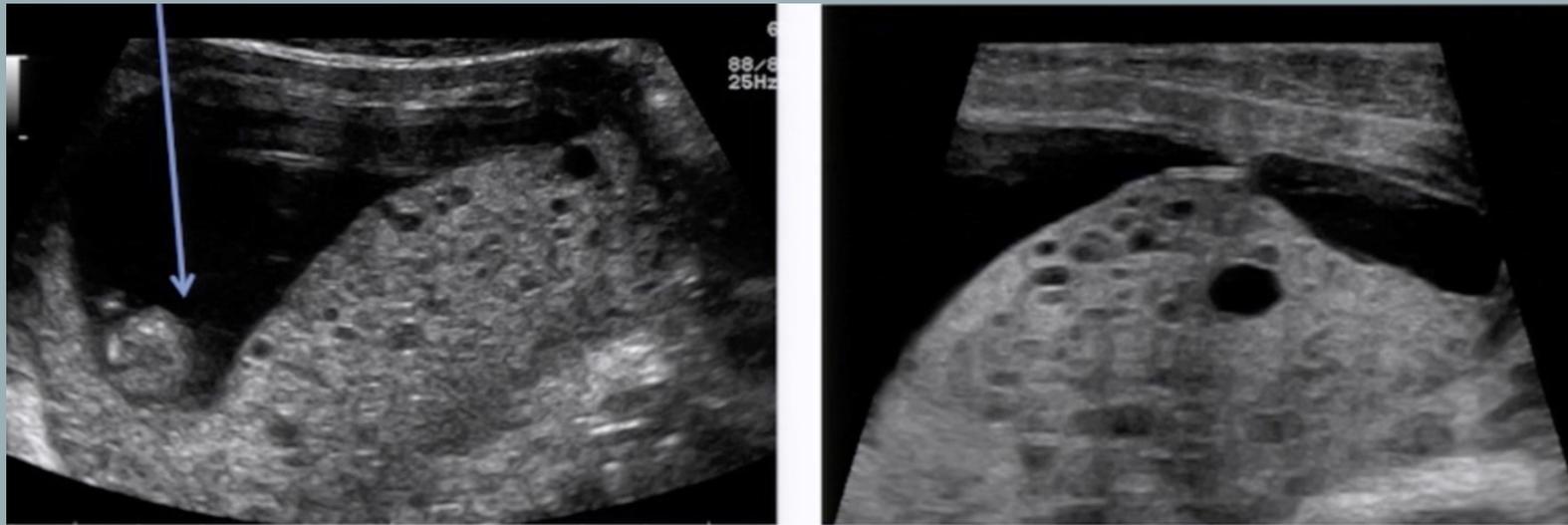
RAPPEL

Môle hydatiforme partielle
≠
Triploïdie non molaire



TRIPLOÏDIE MATERNELLE

Môle partielle (triploïdie par diandrie 69 CH)



Placenta hétérogène en « nid d'abeille »

Microkystes + hyperéchogénicité villositaire

Présence constante d'un embryon malformé et en RCIU

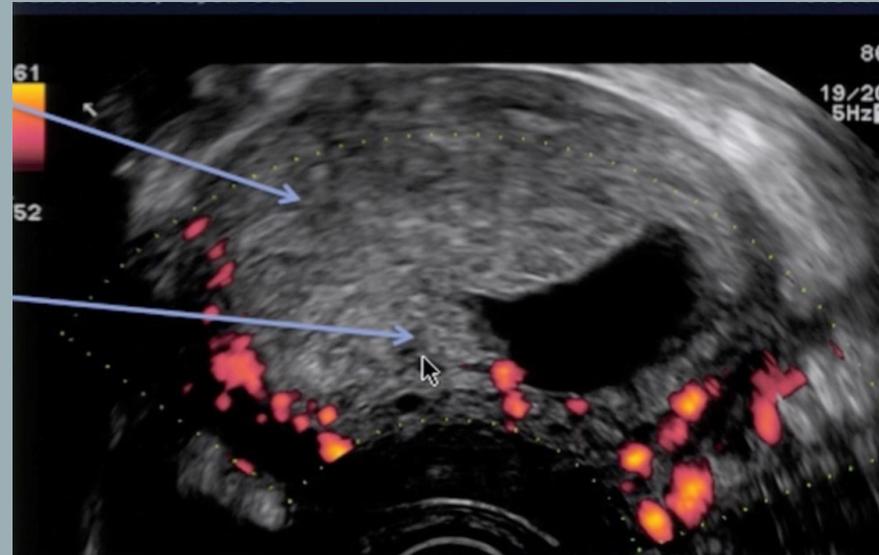
LA peu abondant

Métrorragies/ BHCG augmentés pour le terme < 100 000

Môle partielle (triploïdie par diandrie 69 CH)

Pas d'invasion myométriale

Pas de flux Doppler intralésionnel







Embryon RCIU précoce
Malformation fosse postérieure
cardiopathie

A DISTINGUER DE LA TRIPLOÏDIE PAR DIGYNIE

RCIU précoce PA << BIP, embryon « en boule »

Malformations (faciales, cardiaques, syndactylies)

Petit placenta non kystique



Dr Marianne SAIDI - GRASSE
GA=11s3d SAIDI Marianne

TIs 0.2 24.06.2024
Tlb 0.2 15:11:26
MI 1.0 RIC5-9-D
46Hz/0.8
B80°/V75°/ 6.0cm
Surface/OB
Qual mid2
Mix 20/80
CRI 3/V-SRI 3
3D



3D



Dr Marianne SAIDI - GRASSE
GA=11s3d SAIDI Marianne

TIs 0.2 24.06.2024
Tlb 0.2 15:02:38
MI 0.8 C2-9-D
24Hz/10.0cm
70°/1.6
1 Trim./OB
HI H PI 10.20 - 2.90
Gn 5
C6.5/M7
FF3/E3
Radiant min
SRI II 3/CRI 3





Dr Marianne SAIDI - GRASSE
GA=11s3d SAIDI Marianne

TIs 0.2 24.06.2024
Tlb 0.2 15:11:14
MI 1.1 RIC5-9-D

21Hz/ 6.0cm
95°/1.4

Routine Res./OB
HI H PI 13.20 - 6.40
Gn -2
C6.5/M7
FF3/E3
Radiant min
SRI II 3/CRI 3

Voluson
Expert 22







Dr Marianne SAIDI - GRASSE
SAIDI Marianne

TIs 0.2
Tlb 0.2
MI 1.1



syndactylie



Dr Marianne SAIDI - GRASSE
SAIDI Marianne

TIs 0.2 24.06.2024
Tlb 0.2 15:12:08
MI 1.1 RIC5-9-D

21Hz/ 6.0cm
95°/1.6
Routine Res./OB
HI H PI 13.20 - 6.40
Gn 1
C6.5/M7
FF3/E3
Radiant min
SRI II 3/CRI 3



Double fente faciale

Fœtus triploïde (digynique)
Hypotrophie. PC relativement normal
Syndactylie
Petit placenta



Môle complète

Diploïdie par diandrie

Cliniquement: métrorragies, HU exagérée pour le terme., vomissements,
Hyperthyroïdie biologique (7% des cas), pré-éclampsie précoce
BHCG très élevés.

Echographie:

Placenta vésiculaire peu différent de l'aspect
échographique de la môle partielle (nid d'abeille)

Placenta occupant toute la cavité utérine

Quasi absence de LA

Absence d'embryon

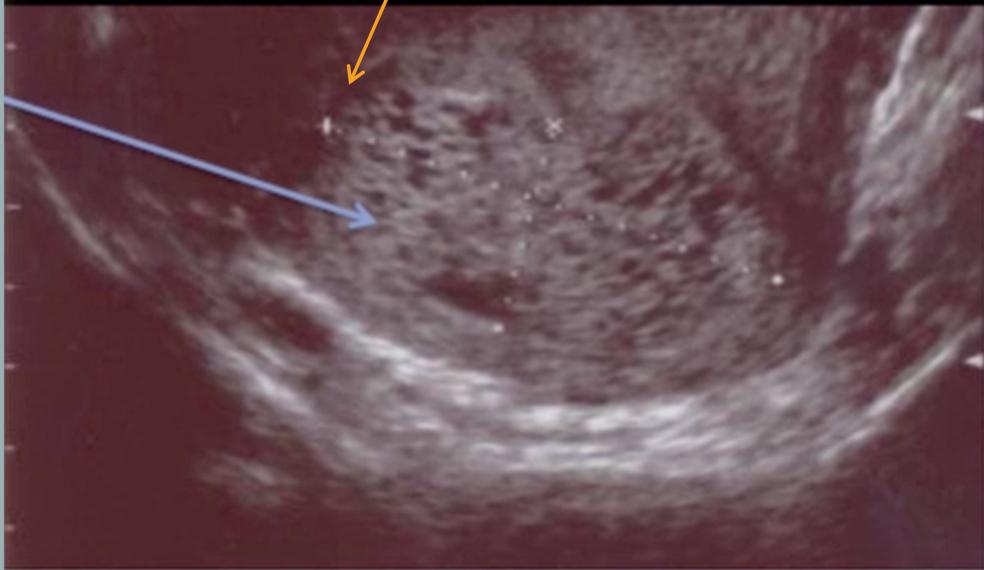
Ovaires multikystiques fonctionnelles



Absence d'invasion myometriale

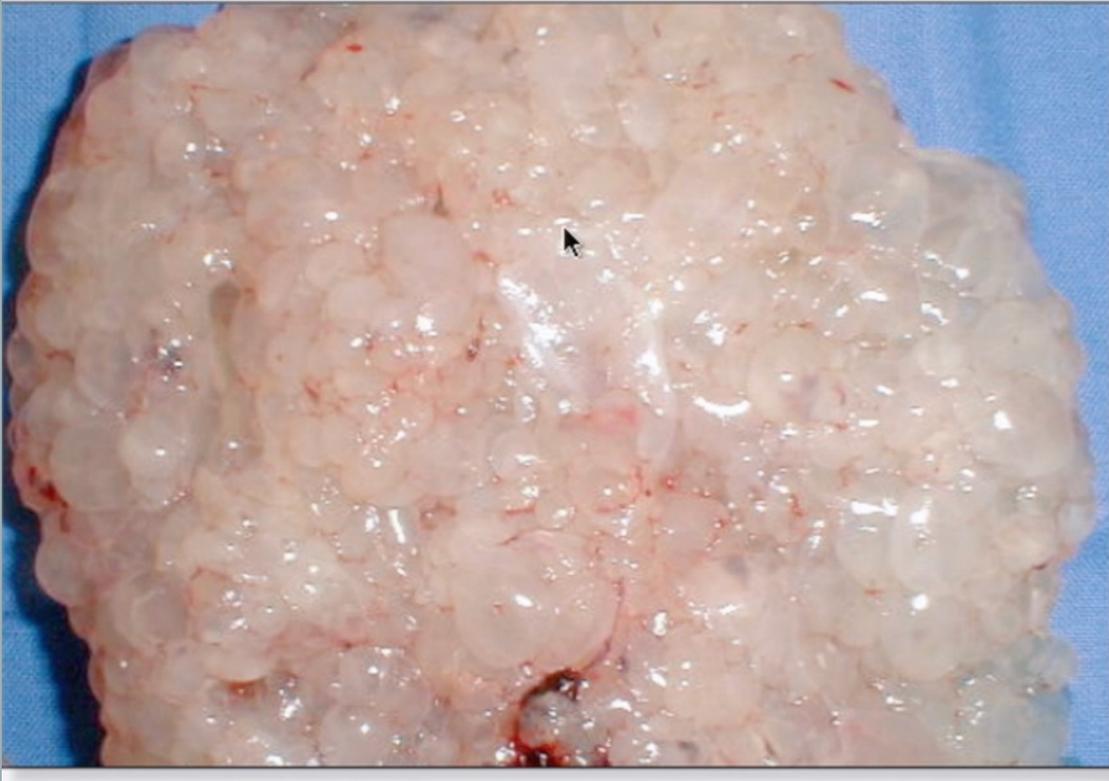


10 SA hCG = 165 000 UI/L



Môle complète

Diploïdie par diandrie



Aspect macroscopique
Vésicules hydropiques

Distinction clinique MHP / MHC ?

TABLE 1. Comparison of demographic and clinical features among patients with complete and partial pregnancies (1994–2013)

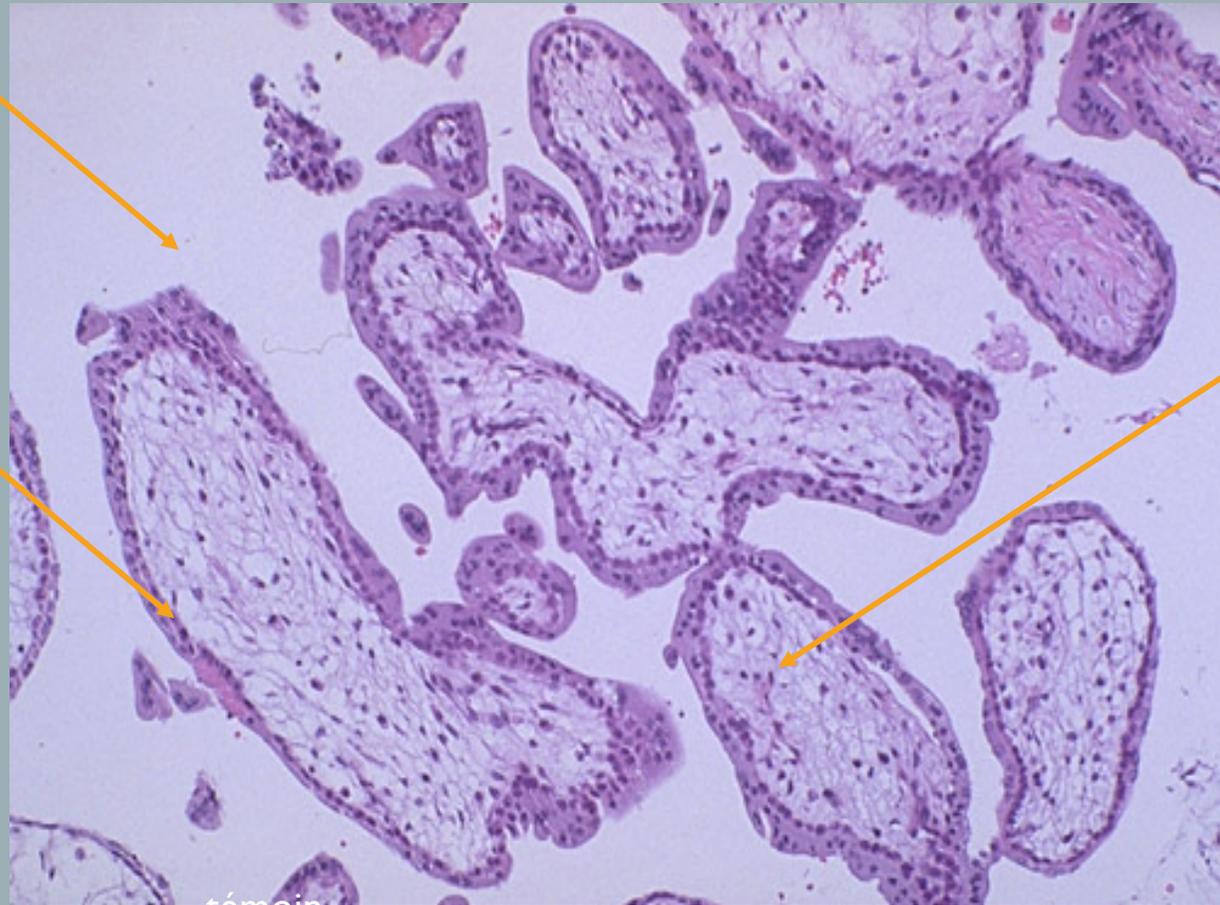
	CM (n = 194)	PM (n = 172)
Median age (IQR), y	30 (22–35)	31 (28–37)
Mean age (SD), y	29.6 (8.9)	31.1 (5.2)
Median gravidity (IQR)	2 (1–3)	2 (1–3)
Median parity (IQR)	1 (0–1)	1 (0–1)
Pre-evacuation diagnosis, n (%)	148 (76.3)	47 (27.3)
Median gestational age at evacuation (IQR),* y	9 (8–11)	12 (10–13)
Median hCG at evacuation (IQR),† mIU/mL	164,579 (84,000–345,760)	71,000 (23,120–175,914)
Vaginal bleeding, n (%)	81 (41.8)	26 (15.1)
Hyperemesis, n (%)	25 (12.9)	7 (4.1)
Biochemical hyperthyroidism, n (%)	31 (16.0)	8 (4.7)
Clinical hyperthyroidism, n (%)	4 (2.1)	4 (2.3)
Preeclampsia, n (%)	2 (1.0)	5 (2.9)
Hemoglobin <11 mg/dL, n (%)	25 (12.9)	5 (2.9)
Theca-lutein cyst, n (%)	10 (5.2)	5 (2.9)
Size greater than dates‡, n (%)	34/144 (23.6)	4/111 (3.6)
Postmolar GTN§	33/186 (17.7)	7/169 (4.1)

2 MOTS D'HISTOLOGIE

Lacunes intervillieuses

Cyto et syncytiotrophoblaste

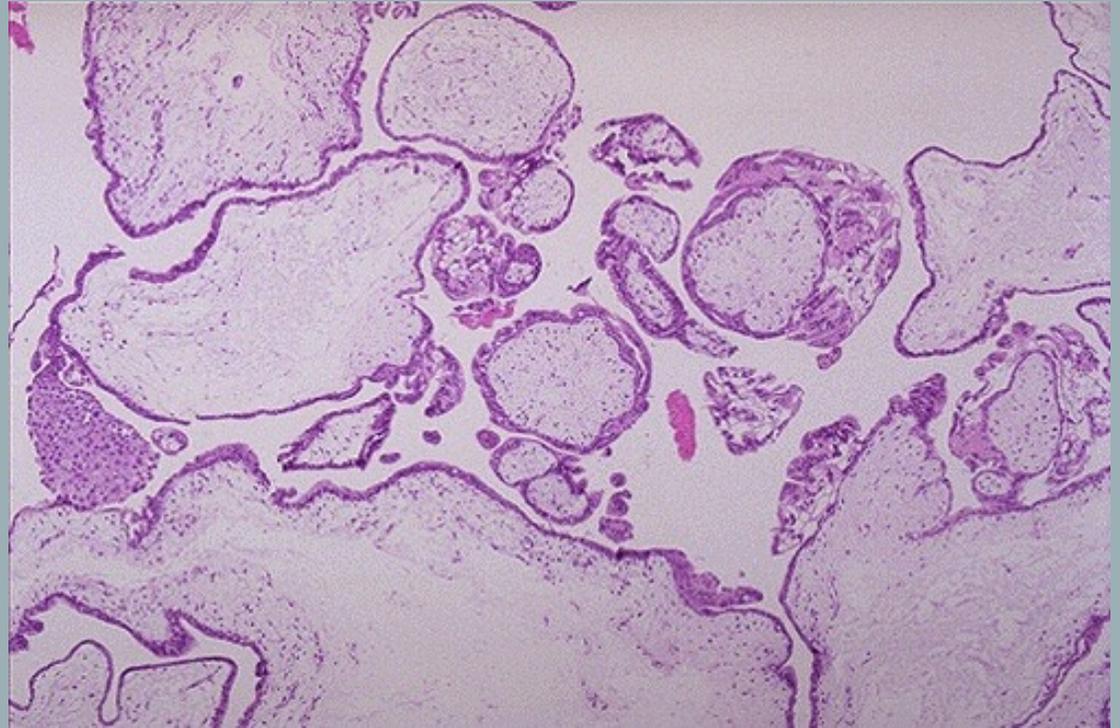
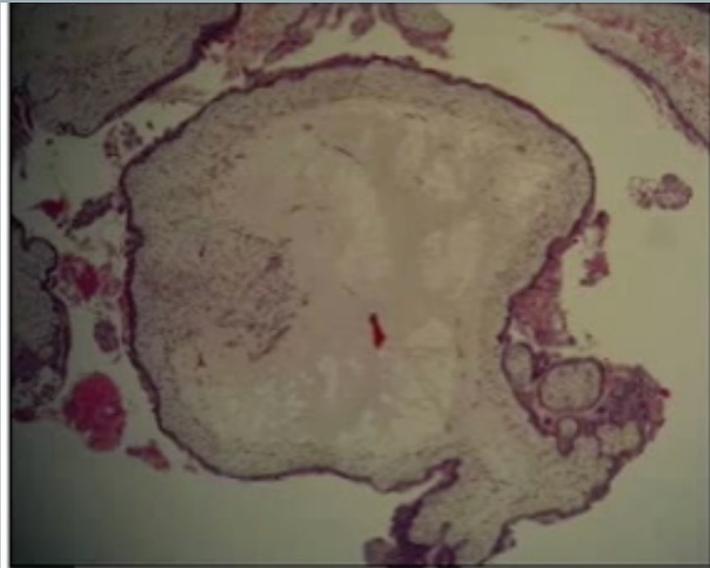
Axe mesenchymateux



témoin

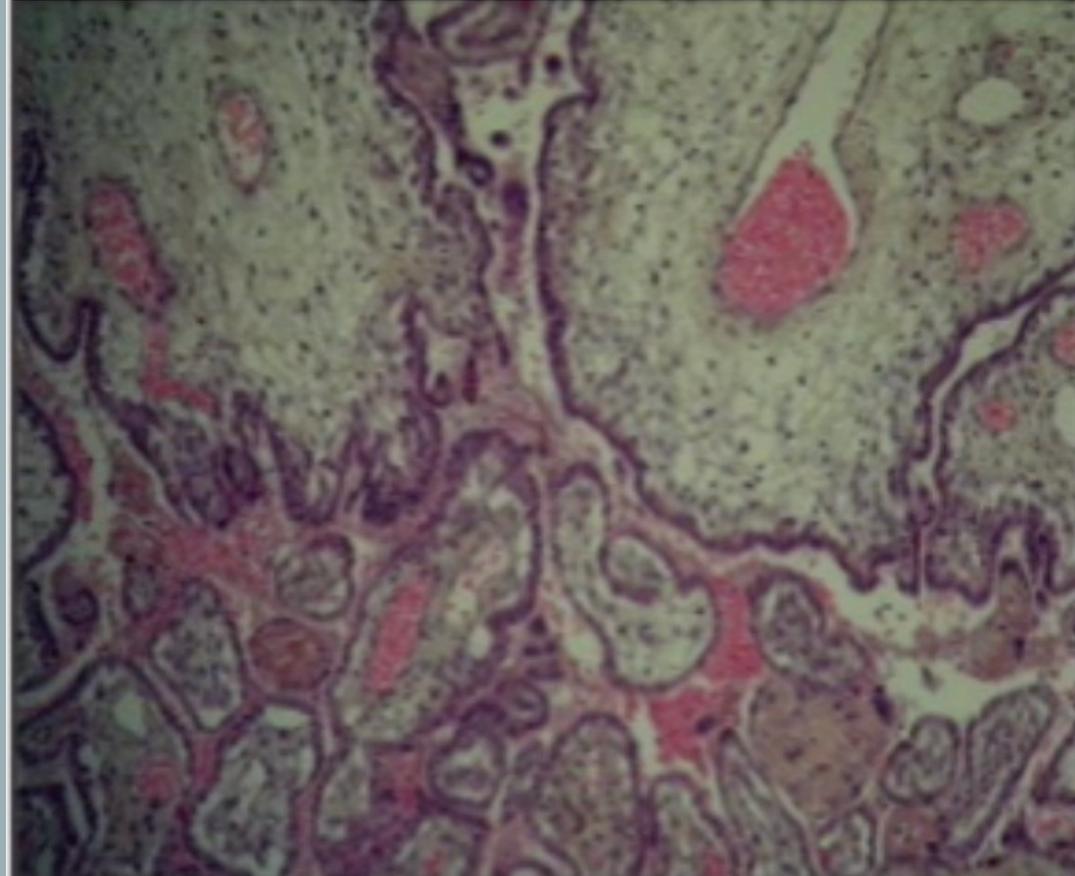
Môle complète

Placenta anormal aux villosités larges oedémateuses et vésiculeuses accompagnées par une prolifération trophoblastique variable



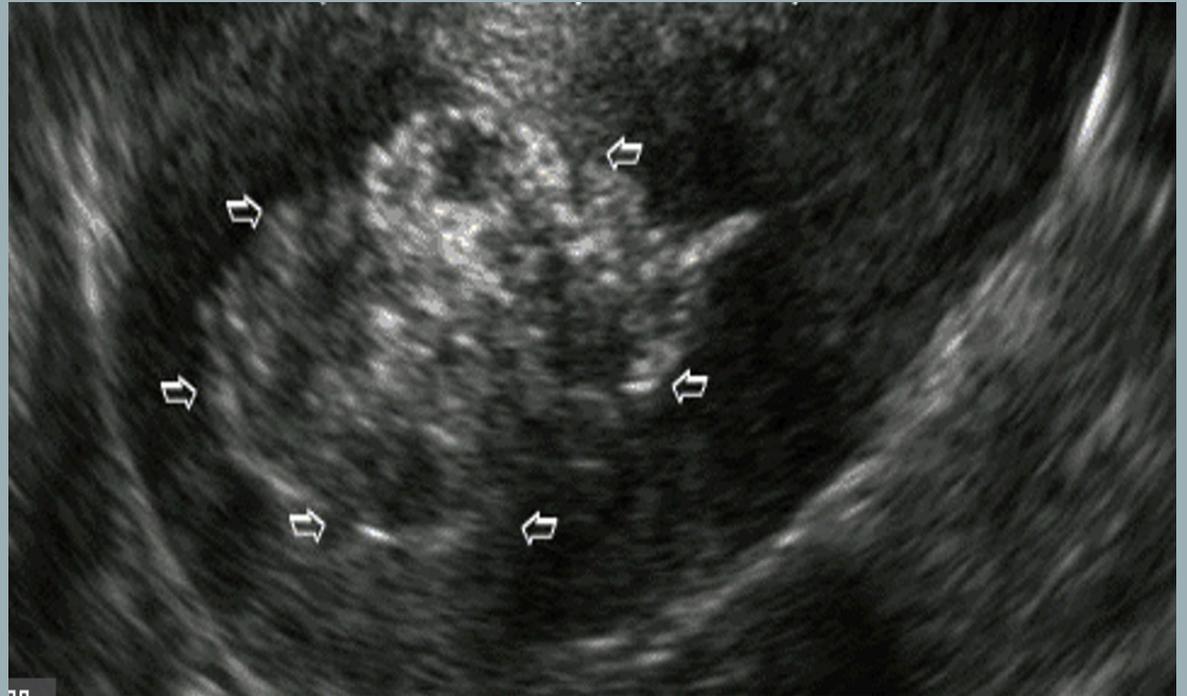
Môle partielle

Coexistence de villosités oedémateuses
et de villosités normales
Structures fœtales (hématies nucléées)



DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS :

Rétention placentaire/ FCS
dégénérescence hydropique





Grossesse **gémellaire** bichoriale coexistence d'une grossesse **normale** et une grossesse **molaire complète** (1/100 000)

Dysplasie mésoenchymateuse placentaire

Rare (0,02% des grossesses) F/M= 4/1

est définie par l'association d'une placentomégalie, de modifications du tissu mésoenchymateux sous forme de pseudokystes au niveau des troncs villositaires et d'anomalies vasculaires touchant de façon variable le cordon ombilical, les vaisseaux de la plaque

Fœtus normal

+/- RCIU +/- MFIU

+/- Association au Sd De Beckwith-Wiedemann



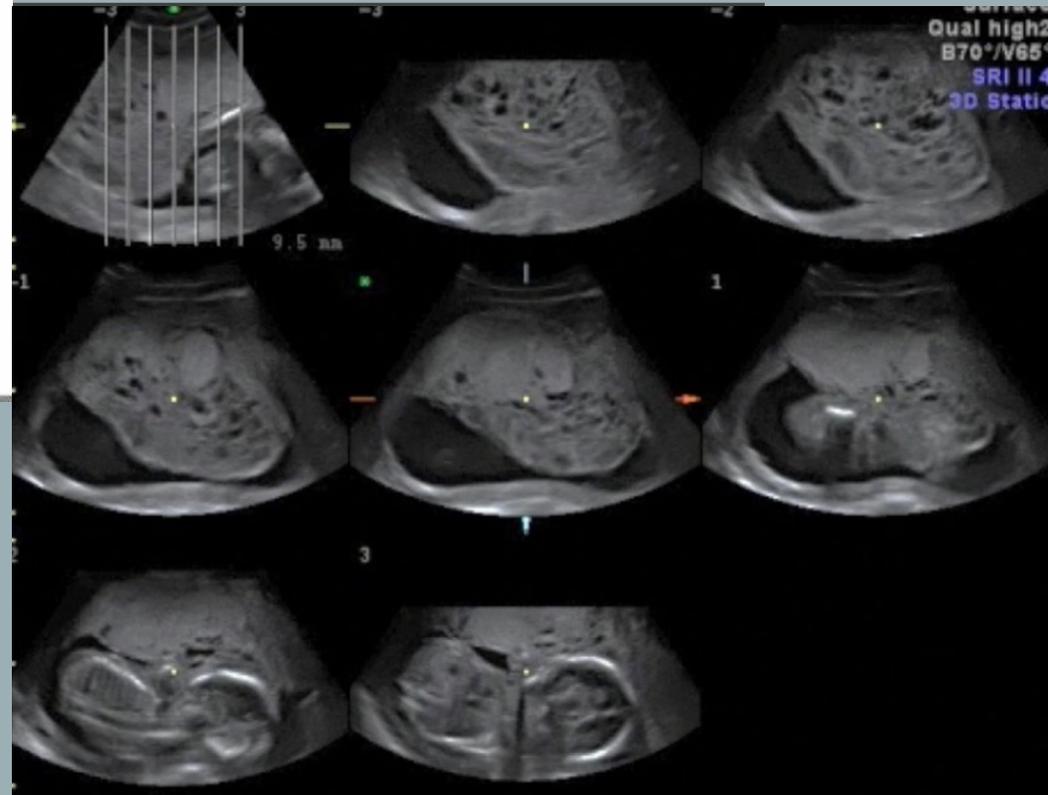
16-17 SA



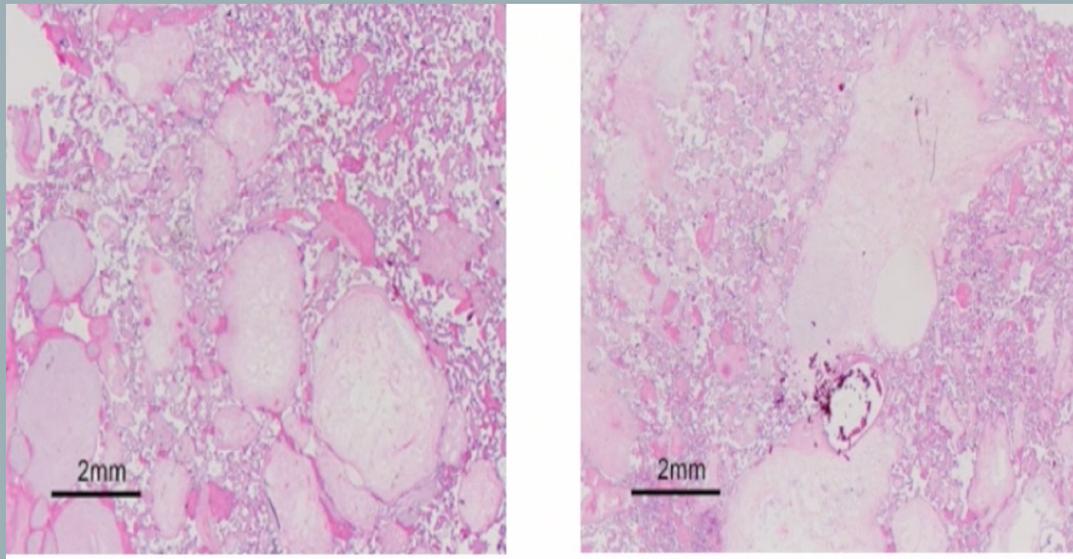
25 SA



36 SA



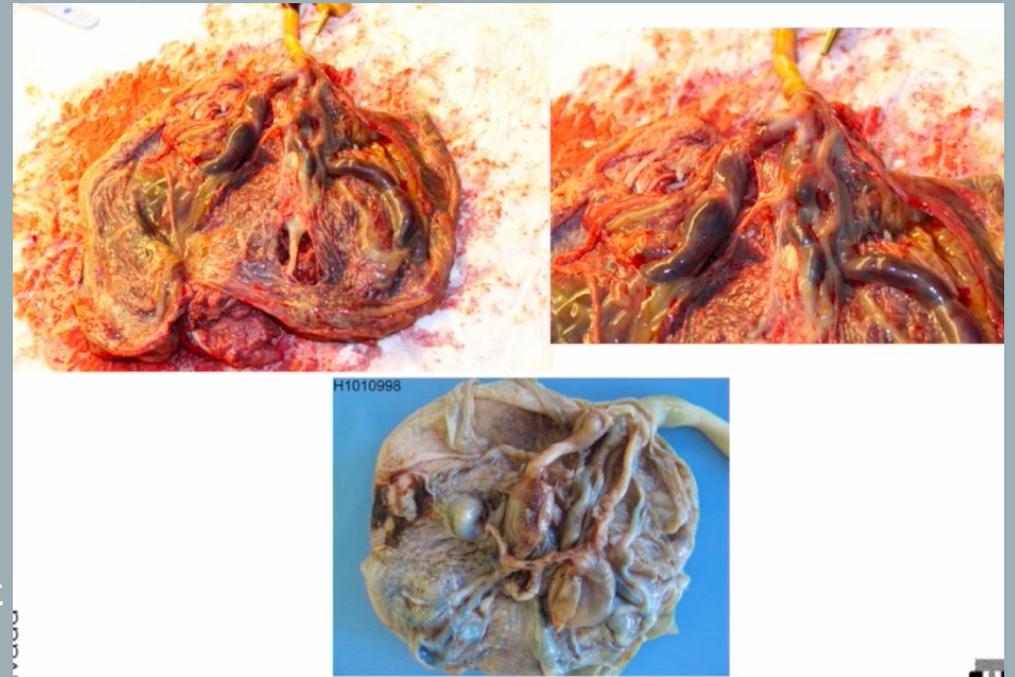
Aspect microscopique



Troncs vilositaires pseudokystiques (absence de revêtement épithélial)

Stroma abondant et oedémateux

Aspect macroscopique



Placentomégalie, anomalie vasculaire de la face fœtale du placenta

TRAITEMENT DES GROSSESSES MOLAIRES

Surveillance BHCG hebdomadaire jusqu'à négativation

Puis :

Arrêt surveillance pour les môles partielles

Mais surveillance mensuelle 6 mois si môles complètes sous
contraception

Schmitt et al. Gynecol Oncol. 2013

TUMEURS TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES (TTG)

Risque de transformation TTG:

15% MC

3% MP

1/6000 FCS

1/40000 Acct

Môles invasives 75%

Choriocarcinome 25%

Tumeur du site d'implantation placentaire 0,01%

Tumeur trophoblastique épithélioïde 0,01%

Signes révélateurs de transformation:

Absence de normalisation ou réascension des BHCG

Suite au suivi biologique d'une môle

Métrorragies persistantes suite à un curetage pour môle
FCS, accouchement, GEU..

Découverte histologique sur une môle

MÔLES INVASIVES

La plus fréquente des TTG(75%)

Potentiel invasif local et métastatique (vagin, paramètres, vulve)

Sémiologie échographique: masse intracavitaire hétérogène à limites irrégulières

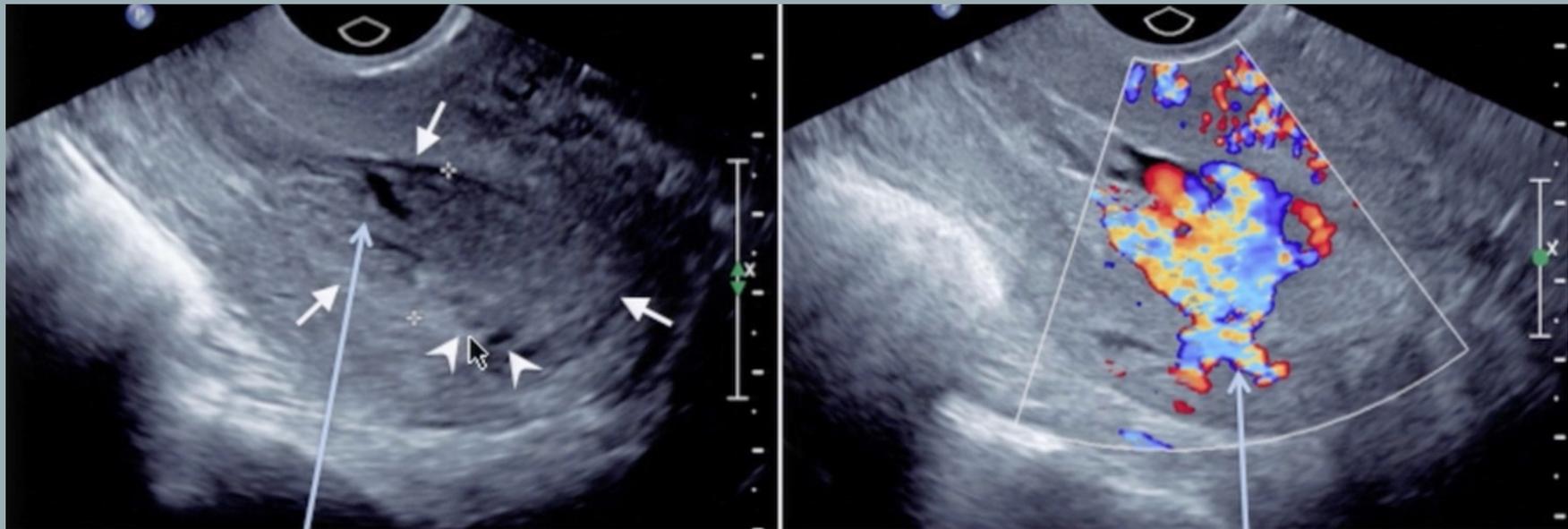
-microkystes

- »nid d'abeille «

--remaniements hémorragiques

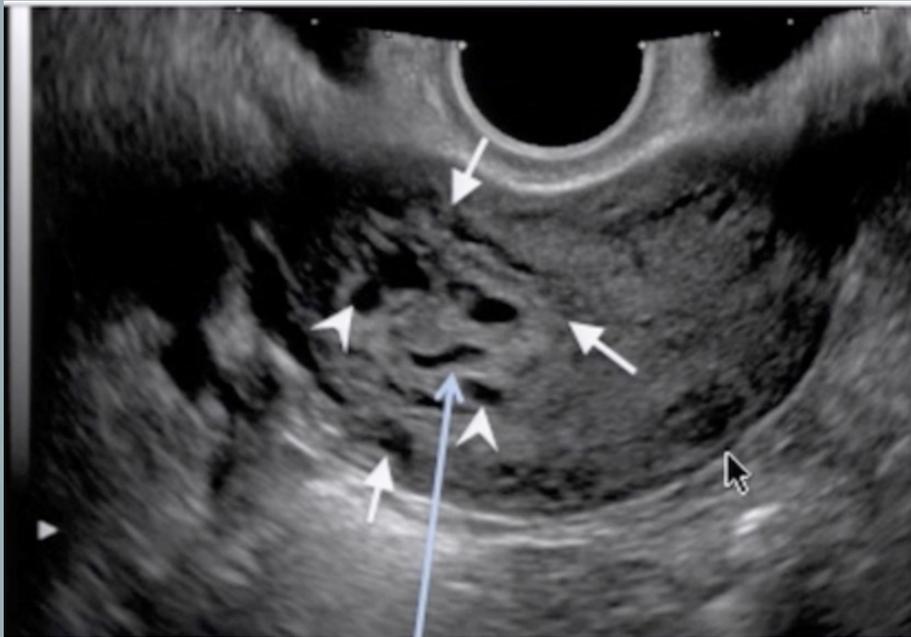
Invasion myométriale hypervascularisée au Doppler couleur. Rupture du liseré de la caduque

Elevation BHCG post curetage MHC



Masse échogène hétérogène
Limites irrégulières
microkystes

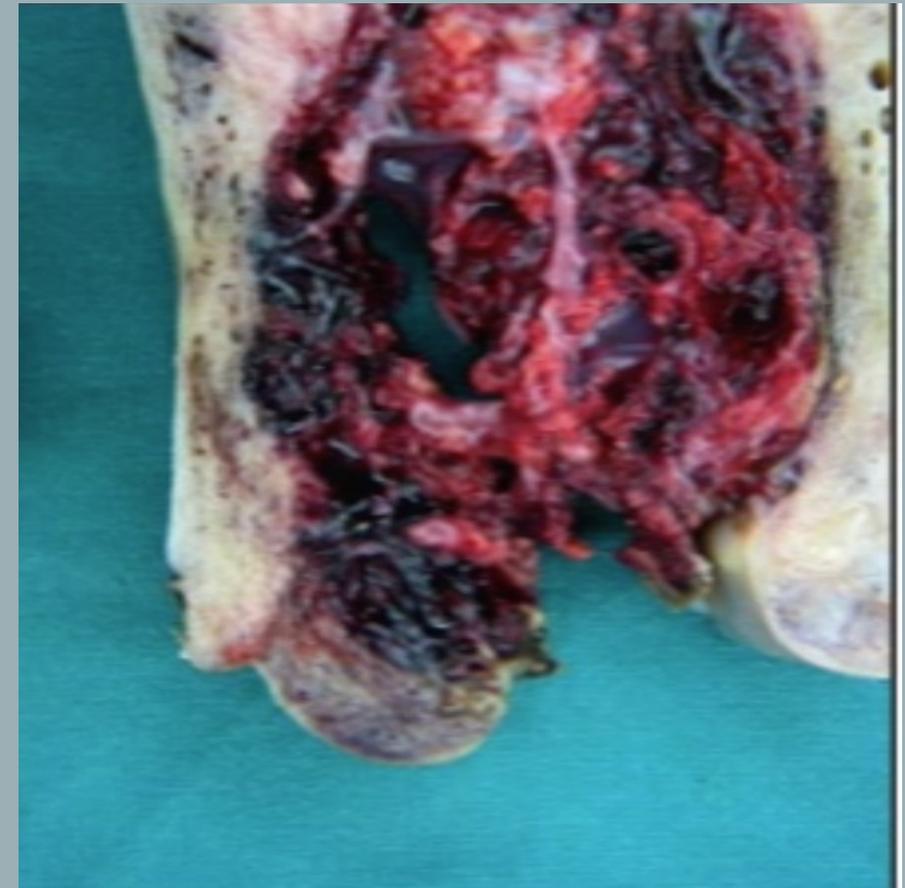
Doppler couleur: : infiltration vasculaire du myomètre



Masse hétérogène kystique.

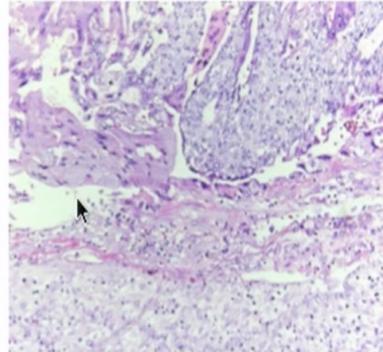
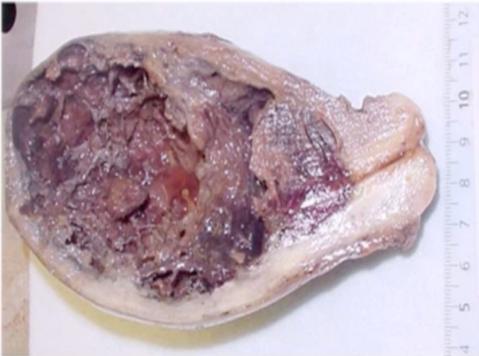


Hypervascularisation myométriale



Villosités môleaires et trophoblaste proliférant infiltration du myomètre, des vaisseaux utérins et des paramètres

CHORIOCARCINOME



Pr Devouassoux

25% TTG

Prolifération syncytiotrophoblaste et cytotrophoblaste

Absence de structures villositaires

Atypies nucléaires

CHORIOCARCINOME

Echographe: masse intramyométriale échogène hétérogène

Hypervascularisée

Envahissant locorégional



TRAITEMENT DES TTG

Texte recommandations 2010 HAS INCa

Bilan d'extension:

IRM pelvienne cérébrale

scanner thoraco-abdominal

Radiographie pulmonaire (FIGO 2000)

Permet de stadifier la maladie selon le score FIGO 2000

Score < 7 bon pronostic

Score ≥ 7 mauvais pronostic

Monochimiothérapie par Méthotrexate ou dactinomycine si bon pronostic

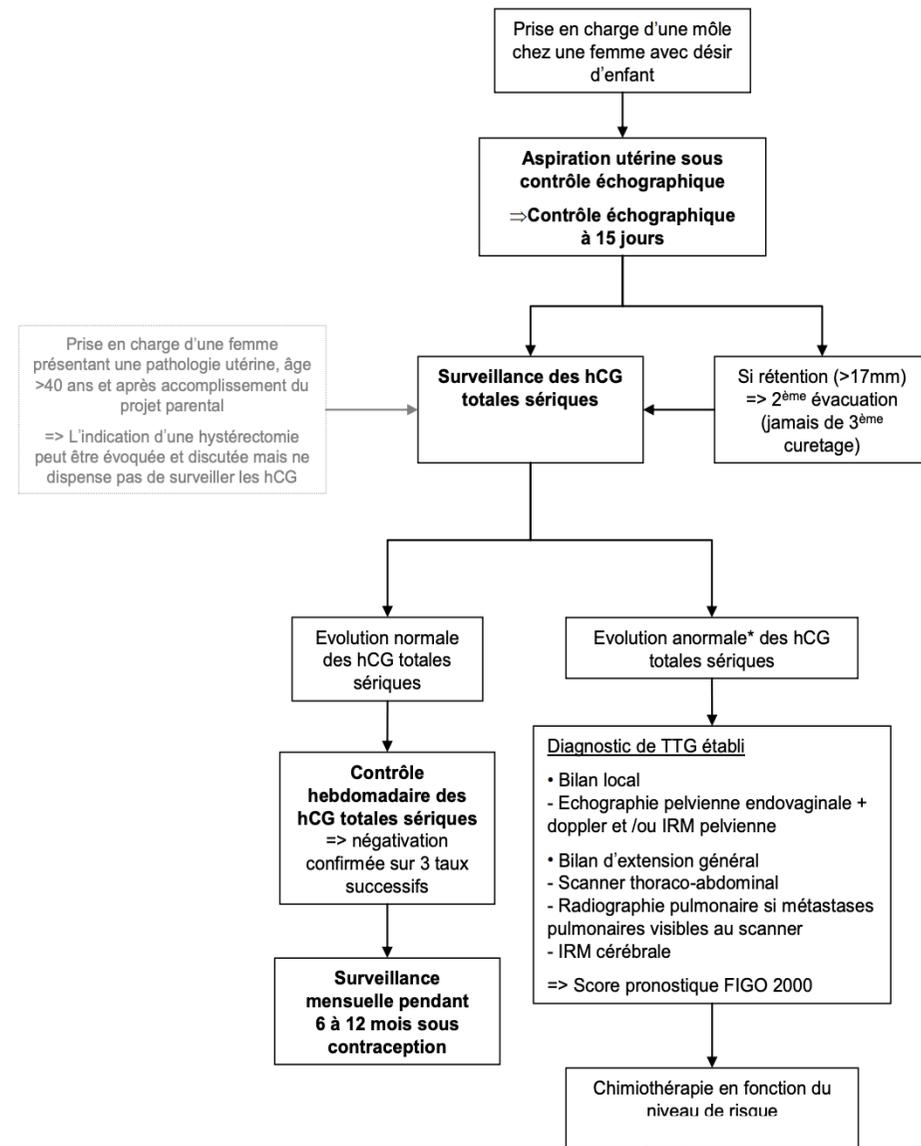
Polychimiothérapie si mauvais pronostic

Taux de guérison 99% si TTG de bon pronostic

Score pronostique FIGO 2000

Variables pronostiques	0	1	2	3
Age	< 40 ans	> 40 ans		
Grossesse précédente	Môle hydatiforme	Avortement	Grossesse à terme	
Nombre de mois depuis la grossesse précédente	< 4	4 - 7	7 - 13	> 13
hCG plasmatique avant traitement	< 10 ³	10 ³ - 10 ⁴	10 ⁴ - 10 ⁵	> 10 ⁵
Plus grande taille tumorale (cm)		3 - 5	> 5	
Sites métastatiques	Poumons	Rate - Rein	Tube digestif	Cerveau - Foie
Nombre de métastases	0	1 - 4	5 - 8	> 8
Echec d'une chimiothérapie préalable			Monochimio	Polychimio

TRAITEMENT DES GROSSESSES MOLAIRES



EN CONCLUSION

La môle n'est pas une tumeur trophoblastique

Les performances de l'imagerie reste modeste pour le diagnostic des môles

Recommandations de bonnes pratiques HAS INCa 2010

Merci au Dr Bolze « Centre français des maladies trophoblastiques Lyon »