



# CENTRE DE REFERENCE DES MALADIES TROPHOBLASTIQUES LYON

## Centre Hospitalier Lyon Sud

Bâtiment 3B – 2ème étage

165 Chemin du Grand Revoyet – 69495 Pierre Bénite

Attachée Scientifique : Tél.: 04.78.86.66.78 – Fax. : 04.78.86.65.54

E-Mail : [daniel.raudrant@chu-lyon.fr](mailto:daniel.raudrant@chu-lyon.fr)

[francois.golfier@chu-lyon.fr](mailto:francois.golfier@chu-lyon.fr)

### Gynécologues –Obstétriciens

Professeur Daniel RAUDRANT  
Professeur François GOLFIER  
Docteur Jérôme MASSARDIER

### Oncologues Médicaux

Professeur Jean-Pierre DROZ  
Docteur Jean-Paul GUASTALLA  
Professeur Véronique TRILLET-LENOIR

### Généticien

Professeur Gilbert LENOIR

### Epidémiologistes

Docteur Anne-Marie SCHOTT  
Docteur René ECOCHARD

### Anatomopathologiste

Docteur Lucien FRAPPART

### Biologistes

Docteur Bruno MATHIAN  
Docteur Marie Christine CARLIER

### Attachée Scientifique

Mme Touria HAJRI

Lyon, le .....

Chère Madame,

Votre médecin le Dr ....., nous a informés que vous étiez d'accord pour que votre dossier soit transmis au Centre de Référence des Maladies Trophoblastiques de Lyon.

L'affection dont vous avez souffert récemment, appelée môle hydatiforme, est une maladie rare. C'est pourquoi nous avons créé un Centre de Référence qui regroupe des experts de cette maladie dans différents domaines : gynécologie-obstétrique, oncologie, génétique, épidémiologie, anatomopathologie et biologie. Ce Centre a pour objectif de mieux connaître l'origine et l'évolution de la môle hydatiforme afin de mieux la prendre en charge. Plus le nombre de patientes suivies par le Centre sera grand et plus l'efficacité du suivi de la prise en charge de la môle pourra être évaluée.

Le Centre propose à votre gynécologue une aide pour le suivi de vos hCG, car ceux-ci représentent un marqueur spécifique de l'évolution de la môle et leur surveillance est indispensable. La courbe d'évolution de vos hCG sera envoyée régulièrement à votre gynécologue.

**Une relecture de vos prélèvements par un de nos anatomopathologistes référents va être demandée.**

**Si le diagnostic de môle partielle est retenu par le référent**, la surveillance des hCG devra se poursuivre toutes les semaines jusqu'à normalisation puis pendant encore 2 à 3 semaines afin de la confirmer. La surveillance des hCG pourra ensuite être stoppée.

**Si le diagnostic de môle complète est retenu par le référent**, la surveillance des hCG devra se poursuivre de façon hebdomadaire jusqu'à normalisation puis pendant 6 mois de façon mensuelle.

Vous devrez donc effectuer ce suivi dans votre laboratoire habituel. Dans certains cas, vos prises de sang devront être transmises au laboratoire du Centre de Référence (**Bruno Mathian – Centre de Biologie Sud - 69495 Pierre-Bénite**).

Néanmoins, vous n'aurez pas à vous déplacer, les prises de sang seront faites dans votre laboratoire habituel qui transmettra les échantillons sanguins au Laboratoire du Centre. La prise de sang sera facturée par votre laboratoire et la facture du dosage vous sera envoyée directement par le laboratoire du Centre. Vous vous ferez rembourser par votre caisse d'assurance.

Nous vous enverrons un fascicule d'information concernant les mûles hydatiformes. Vous voudrez bien en prendre connaissance.

Les spécialistes du Centre représentent une source d'information fiable et sont à votre disposition et à celle de votre gynécologue pour tout renseignement. L'attachée scientifique du Centre peut être amenée à vous contacter par téléphone ou par courrier, pour vous informer ou pour vous demander des renseignements. Nous vous assurons que toutes les données vous concernant resteront strictement confidentielles.

**N'hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez des informations complémentaires au  
04.78.86.66.78**

Si vous devez changer d'adresse, nous vous prions de nous le faire savoir, il nous faudra notamment contacter votre nouveau laboratoire d'analyse médicale pour l'informer de votre surveillance particulière.

En vous souhaitant bonne réception de ce courrier, veuillez agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Pr Daniel Raudrant

Pr François Golfier



# CENTRE DE REFERENCE DES MALADIES TROPHOBLASTIQUES LYON

## Centre Hospitalier Lyon Sud

Bâtiment 3B – 2ème étage

165 Chemin du Grand Revoyet – 69495 Pierre Bénite

Attachée Scientifique : Tél.: 04.78.86.66.78 – Fax. : 04.78.86.65.54

E-Mail : [daniel.raudrant@chu-lyon.fr](mailto:daniel.raudrant@chu-lyon.fr)

[francois.golfier@chu-lyon.fr](mailto:francois.golfier@chu-lyon.fr)

### Gynécologues – Obstétriciens

Professeur Daniel RAUDRANT  
Professeur François GOLFIER  
Docteur Jérôme MASSARDIER

### Oncologues Médicaux

Professeur Jean-Pierre DROZ  
Docteur Jean-Paul GUASTALLA  
Professeur Véronique TRILLET-LENOIR

### Généticien

Professeur Gilbert LENOIR

### Epidémiologistes

Docteur Anne-Marie SCHOTT  
Docteur René ECOCHARD

### Anatomopathologiste

Docteur Lucien FRAPPART

### Biologistes

Docteur Bruno MATHIAN  
Docteur Marie Christine CARLIER

### Attachée Scientifique

Mme Touria HAJRI

## CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Je, soussignée .....(Nom et prénom) accepte d'être enregistrée au Centre de Référence des Maladies Trophoblastiques de Lyon. J'ai lu et compris la lettre d'information qui m'a été remise et j'ai la possibilité de poser toutes les questions complémentaires que je souhaiterais au Centre. J'ai été informée que je recevrai un fascicule d'information complémentaire sur les maladies trophoblastiques.

Je sais que je peux retirer mon consentement à tout moment, cela ne remettra pas en cause la qualité des soins dont je bénéficierai.

J'accepte que les données enregistrées au Centre de Référence puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi "Informatique et libertés" s'exerce à tout moment auprès du Professeur Raudrant et que je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de celui-ci.

J'accepte que tout médecin ou scientifique impliqué dans ce centre, que les représentants des Autorités de Santé aient accès à l'information du dossier dans le respect le plus strict de la confidentialité.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et signature du patient

Nom et signature du médecin