

## MALADIE TROPHOBLASTIQUE

**Fréquence** : 1/1000 grossesse

**Définition** : La maladie trophoblastique gestationnelle correspond à un ensemble de lésions placentaires caractérisées par une prolifération et une maturation anormale du trophoblaste et aux cancers dérivés du trophoblaste.

### Classification des maladies trophoblastiques

#### ▪ Môle hydatiforme

- **Môle complète** : jamais d'embryon identifiable ou de fœtus. Le placenta forme des kystes multiples et prend l'aspect en « grappes de raisins ».

- **Môle partielle** : un embryon peut se développer sans pouvoir survivre

#### ▪ Môle invasive

#### ▪ Choriocarcinome

#### ▪ Tumeur trophoblastique du site d'implantation

#### ▪ Tumeurs trophoblastiques diverses

- Site d'implantation hyperplasique

- Nodule du site d'implantation

### Anatomopathologie

#### ▪ Môle hydatiforme complète :

Macroscopie : matériel abondant, hémorragique composé de vésicules de 10 à 15 mm de diamètre environ, aspect en grains de cassis en grappe. Aucun fœtus observé.

Microscopie : villosité avec kystisation, hyperplasie du trophoblaste.

Caryotype : diploïde : 75 à 85% : 46XX, ou 46 XY : il s'agit de 2 chromosomes d'origine paternelle.

#### ▪ Môle hydatiforme partielle :

Macroscopie : matériel moins abondant, fréquemment une cavité amniotique, parfois un fœtus en voie de lyse avec un hygroma cervical.

Microscopie : hyperplasie, kyste, cavité amniotique.

Caryotype : souvent triploïde : 69XXX, 69XXY, 69XYY : souvent 2 lots d'origine paternelle et un lot d'origine maternelle

▪ **Môle invasive** : observée dans les suites d'une môle hydatiforme.

Villosités dans le myomètre et ligament large

▪ **Choriocarcinome** : tumeur agressive : allogreffe tumorale chez la mère de cette tumeur dérivée de cellules fœtales.

▪ **Tumeur du site d'implantation** : tumeur rare du placenta qui envahi le myomètre et les vaisseaux utérins. (La plupart des patientes sont traitées par hystérectomie simple)

La précocité du diagnostic et du traitement d'une môle hydatiforme n'influe pas sur la fréquence des évolutions anormales.

Elle influe par contre sur la présentation clinique.

**Diagnostic** : Suspecté en échographie  
Confirmé par l'anatomopathologie

#### **Prise en charge des môles hydatiformes complète ou partielle**

- Aspiration-curetage sous contrôle échographique : pas nécessairement de curetage agressif exposant au risque de synéchie et risque de perforation sur ces utérus fragiles+++
- Syntocinon par voie intra-veineuse
- Information de la patiente sur le risque de seconde aspiration
- Echographie de contrôle 10 jours après
- 2<sup>ème</sup> aspiration-curetage si rétention (*image intracavitaire antéropostérieure > 17 mm*)

#### **Surveillance des HCG :**

- Toutes les semaines jusqu'à négativation
- Puis tous les mois pendant :
  - 6 mois en cas de môle partielle ou de môle complète qui se négative en moins de 8 semaines (délai entre 1<sup>ère</sup> évacuation et négativation des HCG)
  - 12 mois en cas de môle complète qui se négative en plus de 8 semaines
- 3 mois après chaque nouvelle grossesse (qu'elle soit menée à terme ou non) car petit risque de voir réapparaître la maladie à ce moment

**Contraception** : oestroprogestatif immédiatement ou stérilet 6 semaines après l'évacuation.

**Risque de 2<sup>ème</sup> grossesse molaire** : 1%.

#### **Déclaration au centre de référence :**

Lyon : contact : [touria.hajri@chu-lyon.fr](mailto:touria.hajri@chu-lyon.fr) 04 72 41 32 41 Fax : 04 72 41 39 01

Centre régional : de Paris : Hôpital tenon : contact : Pr Lotz : 01 56 01 60 58 Fax : 01 56 01 68 75

- Le centre de référence récupère les HCG et vous envoie régulièrement la courbe d'évolution.
  - Le centre organise la relecture des lames anatomopathologiques.
- La patiente reçoit un fascicule d'information sur les môles hydatiformes.  
En cas d'évolution anormale des HCG, un médecin du centre vous contacte pour organiser le bilan d'extension, calculer le score FIGO 2000 et décider ensemble du traitement à mettre en place.

**Diagnostic de tumeur trophoblastique (risque : 10% en cas de môle complète/1% en cas de môle partielle)**

Il est posé devant :

- Une réascension des HCG sur 3 dosages consécutifs à une semaine d'intervalle (J1, J7, J14)
- Une stagnation des HCG sur au moins 4 dosages consécutifs à une semaine d'intervalle (J1, J7, J14, J21)
- Une persistance d'HCG positifs 24 semaines après l'évacuation de la môle
- Un diagnostic anatomopathologique de choriocarcinome (taux de guérison  $\approx$  100%)

**⇒ En cas de diagnostic de tumeur trophoblastique, programmer le bilan d'extension et adresser la patiente en oncologie**

**Bilan d'extension après diagnostic de tumeur trophoblastique**

- Scanner thoraco-abdominal (radio pulmonaire si scanner thoracique positif)
- Echographie endovaginale avec doppler couleur et/ou IRM pelvienne
- Scanner ou IRM cérébrale

**SCORE FIGO :**

Score	0	1	2	4
Age	<40	>40		
Grossesse précédente	Môle hydatiforme	Avortement	Grossesse à terme	
Intervalle : grossesse précédente-chimio (mois)	<4	4-6	7-12	$\geq$ 13
HCG	$<10^3$	$10^3$ à $10^4$	$10^4$ à $10^5$	$>10^5$
Taille tumorale la + grande incluant l'utérus		3-<5cm	$\geq$ 5cm	
Sites de métastases	poumon	Rate, rein	tube digestif	Cerveau, foie
Nb de métastases identifiées	0	1-4	5-8	>8
Echec de chimio antérieure			monochimio	polychimio

**Un score  $\leq$ 6 avec présence ou non de métastases = tumeur à bas risque : protocole Méthotrexate. Si CI au Méthotrexate : Actinomycine**

**Un score  $\geq 7$  avec présence ou non de métastases = tumeur à haut risque : Protocole  
EMA-CO : Actinomycine, Etoposide, Méthotrexate-Vincristine, Cyclophosphamide**