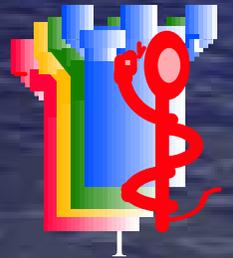


La maladie trophoblastique

J. Lansac
CHU TOURS



Maladie trophoblastique gestationnelle



- Môle partielle ou triploïdie
- Môle complète invasive ou non
- Carcinome trophoblastique gestationnel
- Carcinome trophoblastique du site placentaire



Mole partielle ou triploïdie (10 à 20% des avortements)

- D'origine paternelle :
 - Fécondation par deux spermatozoïdes
 - Un spermatozoïde diploïde
- D'origine maternelle:
 - Fécondation d'un ovocyte diploïde
- Aspect clinique :
 - 1er trimestre =oeuf clair
 - 2 éme trimestre =Embryon polymalformé (Môle embryonnée)

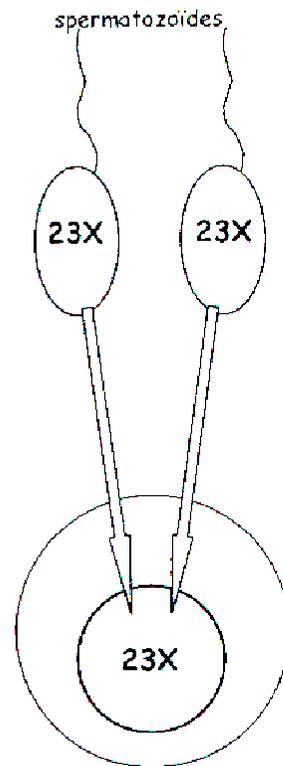


Evolution de la triploïdie

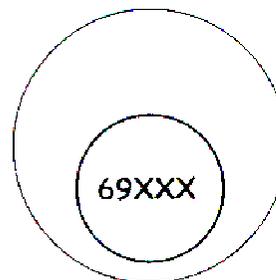
- Favorable
- Aucune surveillance
- Si hyperplasie trophoblastique à l'anapath(3%)
Surveillance des β HCG comme les mûles



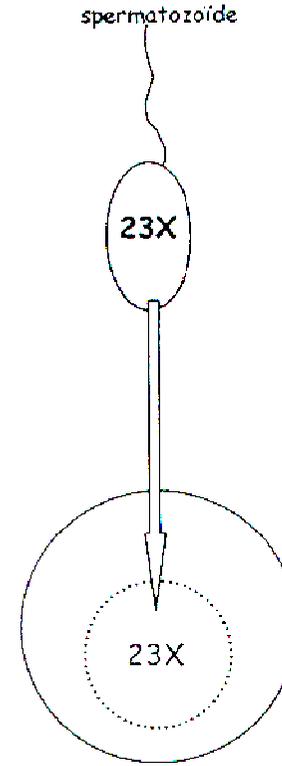
La môle
hydatiforme
complète
80% sont
Homozygotes :
46 XX



Ovocyte

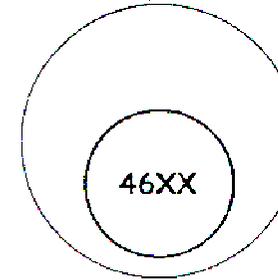


MH* partielle:
triploïdie 69 XXX ou 69 XXY,
par dispermie le plus souvent

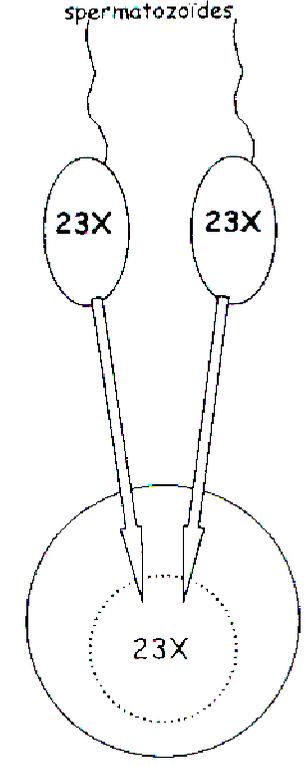


Ovocyte sans noyau actif

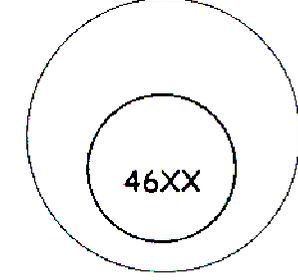
Duplication du spermatozoïde haploïde



MH* complète:
46 XX
par monospermie,
dans 80 % des cas



Ovocyte sans noyau actif



MH* complète:
46 XX ou 46 XY
par dispermie,
dans 20 % des cas

Clinique

- Grossesse pathologique :
 - Grossesse + Métrorragies
 - Vomissements
 - Syndrome vasculo rénal
 - Utérus gros +++
 - Kystes ovariens bilatéraux
- FCS banale = découverte anapath



Examens complémentaires

- Echo:
 - Pas d'embryon
 - Images hyperechogènes en "grappe"
 - Kystes ovariens
 - Oeuf clair
- β HCG= Très élevé



Môle : conduite à tenir

- Evacuer par aspiration sous echo
- Ocytocine 10UI/250CC serum physio
- 2 Radios pulmonaires a 4 semaines d'intervalle
- Prophylaxie Rh(Natead 100µg IV
- Surveillance involution utérine
- **HCG hebdomadaires:**
 - Chute en 48H
 - Nul en 10Semaines
 - Rémission = 3 dosages hebdo < 10mU/ml
 - Surveillance mensuelle 1 an après normalisation
- Contraception = OP



Môle invasive

- Môle évacuée + HCG reste élevé ou remonte
- Villosités greffées :
 - Vagin : visible spéculum
 - Paroi myomètre : Echo doppler couleur
 - Péritoine
 - Poumons : Rx ou scanner
- Traitement obligatoire métastase visible ou non



Traitement môle invasive

- **Sans métastase : monochimiothérapie**
 - Méthotrexate : 1 mg /kg IM /5 J
 - Actinomycine D (12µg/kg pendant 5 jours)
 - Cure de consolidation après négativation des HCG
- Surveillance :
- **βhCG / semaine ----> NI**
Mensuel ----> 12 mois après NI
- Hystérectomie conservant les ovaires >40 ans



Traitement môle invasive

- Avec métastase : Polychimiothérapie

- Méthotrexate : 1mg Kg IM J 1-3-5-7

- +Actinomycine (12µg/kg pendant 5 j)

- +Cyclophosphamide

Après normalisation HCG 3 cycles de chimio si bon pronostic

5 à 8 cycles si mauvais pronostic

Surveillance HCG mensuel -----> Un an

Trimestriel 2 ème année

Contraception = OP

Grossesses possible après mais histo placenta et β HCG



Carcinome trophoblastique gestationnel

- Tumeur maligne du trophoblaste
- Diploïde origine parentale
- Fréquence:
 - 1/160 000 Gr NI
 - 1/15 000 FCS
 - 1/5000 GEU
 - 1/40 Grossesses molaires



Carcinome trophoblastique gestationnel: Diagnostic

- Age 17 à 56 ans
- Après mole ou non
- Hémorragies
- Métastases: vaginales , pulmonaires ,cérébrale
- β HCG +++
- Anapath



Carcinome trophoblastique gestationnel: Bilan

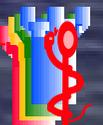
- Radio poumons
- Echo hépatique
- Echo doppler utérus
- Ou Scanner corps entier
- Stadification FIGO:
 - Stade I: Tumeur localisée utérus
 - Stade II: Tumeur extra utérine vagin ou annexes
 - Stade III: localisation pulmonaire avec ou sans loc génitale
 - Stade IV : Métastases a d'autres organes



Carcinome trophoblastique gestationnel: Traitement



- Stade I : Monochimiothérapie
 - Méthotrexate ou actinomycine D
 - ± Hystérectomie conservant les ovaires
- Stade II à III: Polychimiothérapie
 - Methotrexate ,actinomycine D Cyclophosphamide (MAC)
 - Etoposide Méthotrexate Actinomycine (EMA)
 - Etoposide mathoActino, cyclo, vincristine (EMACO)
 - Discuter HT ou chirurgie méta pulmonaire
- Stade IV ou echec :Vinblastine , bleomycine ,cysplatine
- Surveillance β HCG
- Contraception OP grossesses possibles après 2 ans



Carcinome trophoblastique du site placentaire

- Origine dans le site d'implantation et non dans le site péri-villositaire
- Clinique : hémorragies utérines + β HCG faible
- Echo = polype intra cavitaire
- Bilan : radio poumon ,Echo hépatique ,
- Scanner cérébral
- Traitement : Hysterectomie
- Surveillance β HCG
- Pronostic 90% à 10 ans .

