



Un fœtus normal et une môle complète ? L'expérience du Centre Français des Maladies Trophoblastiques

J. Massardier

*Centre Français des Maladies Trophoblastiques,
Centre Hospitalier Lyon-Sud*

Unité de Diagnostic Anténatal et Médecine Foétale, Hôpital Femme Mère Enfant





Epidémiologie

- Mômes Complètes : 1 grossesse / 1000
- G gémellaire avec MC (GGMC) :

1/22000-1/100000 grossesses

Matsui 2000, Sebire 2002, Nieman 2007

- Risques des MC :
 - Présentations « historiques » rares : métrorragies, utérus trop gros, prééclampsie, hyperthyroïdie
 - Tumeur trophoblastique gestationnelle (TTG) : 14%
- Golfier 2007*
- Prise en charge et risques des GGMC différents ?



Physiopathologie

- GGMC beaucoup plus fréquentes que GGMP.
- Caractère dizygote souvent avancé
 - Explication « simple »
 - Sur représentation des grossesses PMA

Petignat 2002

- Caractère monozygote sans doute « fréquent »
 - Impose génotypage comparatif
 - 30% des GGMC ???

Nieman 2008



Physiopathologie

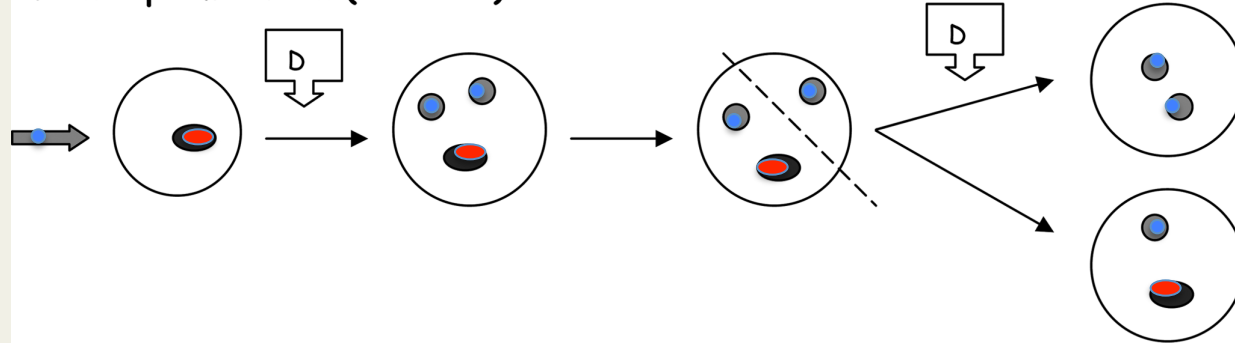
Twin pregnancies with diploid hydatidiform mole and co-existing normal fetus may originate from one oocyte

Human Reproduction Vol.23, No.9 pp. 2031–2035, 2008

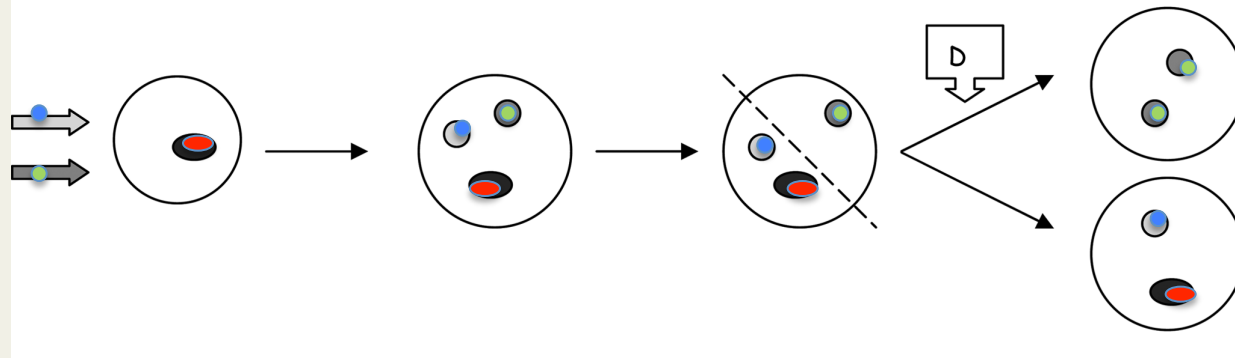
Isa Niemann^{1,3}, Lars Bolund² and Lone Sunde¹



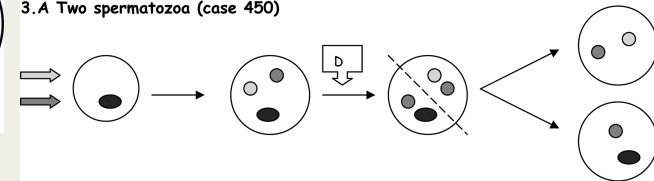
1. One spermatozoon (case 301)



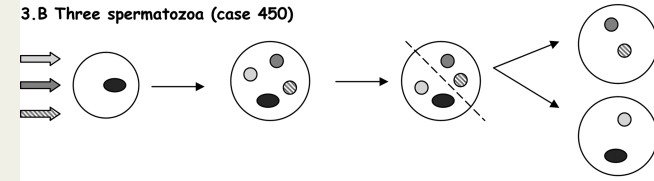
2. Two spermatozoa (cases 234, 333, 536, 537, 594)



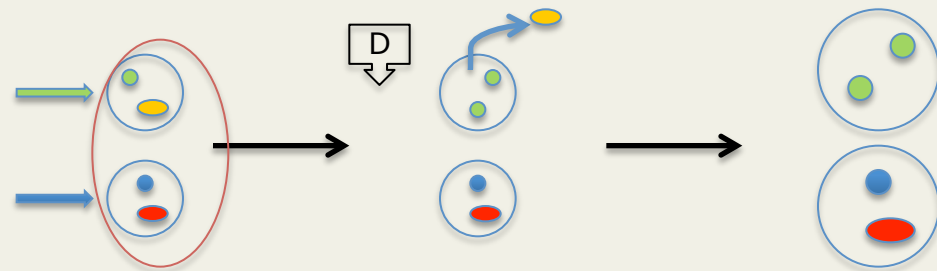
3.A Two spermatozoa (case 450)



3.B Three spermatozoa (case 450)



D: Duplication of paternal chromosomes





Centre Français des Maladies Trophoblastiques

- Créé en 1999
- Déclaration volontaire des cas
- Soutien au diagnostic, à la prise en charge et à la surveillance des patientes
- Organisation systématique de relectures anapath par un réseau de pathologistes référents
- Centres collaborateurs mis en place
- 5123 dossiers enregistrés au 31/3/2015
- **GGMC : 76 patientes enregistrées (1,5%)**



Anatomopathologie :

Contribution of referent pathologists to the quality of trophoblastic diseases diagnosis

human reproduction

ORIGINAL ARTICLE *Gynaecology*

Francois Golfier^{1,2,*}, Jessica Clerc^{1,2}, Touria Hajri²,
Jerome Massardier^{2,3}, Lucien Frappart^{2,4}, Pierre Duvillard^{2,5},
Michele Rabreau², Sophie Patrier⁶, Louise Devisme⁷,
Dominique Carles⁸, Fanny Pelluard⁸, Bernard Gasser⁹,
Colette Tarranger-Charpin¹⁰, Anne-Marie Schott²,
and Daniel Raudrant^{1,2}

- *Concordance Initial / Référent*
 - MHC : 96%
 - MHP : 64%
- *Grossesse molaire infirmée dans*
7%
- *Requalification en MHC dans*
28%

Diagnostic difficile,
même avec les
techniques

« modernes » (p57, FISH,
génotypage, cytométrie...)

Variabilités inter et intra
opérateurs importantes.

**Rôle capital de
pathologistes
entraînés**



Methodes

- Base de données du CMT depuis 1999
 - Recueil prospectif déclaratif
 - Formulaire spécifique « gémellaire » avec données cliniques et biologiques
 - Suivi des hCG pendant 1 an
- Exclusion :
 - 6 cas associés à une MP
 - 6 cas déclarées au stade de TTG
 - 1 cas pour données incomplètes
- 63 cas analysables



85 cas supposés (DM exclues)

63 cas confirmés

25 IMG

38 poursuites de grossesse

Pronostic : 11

Pathologie : 13
4 Pré éclampsies
5 Métrorragies
1 vomissements
1 hyperthyroïdie
1 T18
1 RPM

Fausses couches : 16

Naissances vivantes : 22
6 décès post nataux
Terme 31 SA (24-39)

5 TTG

3 TTG

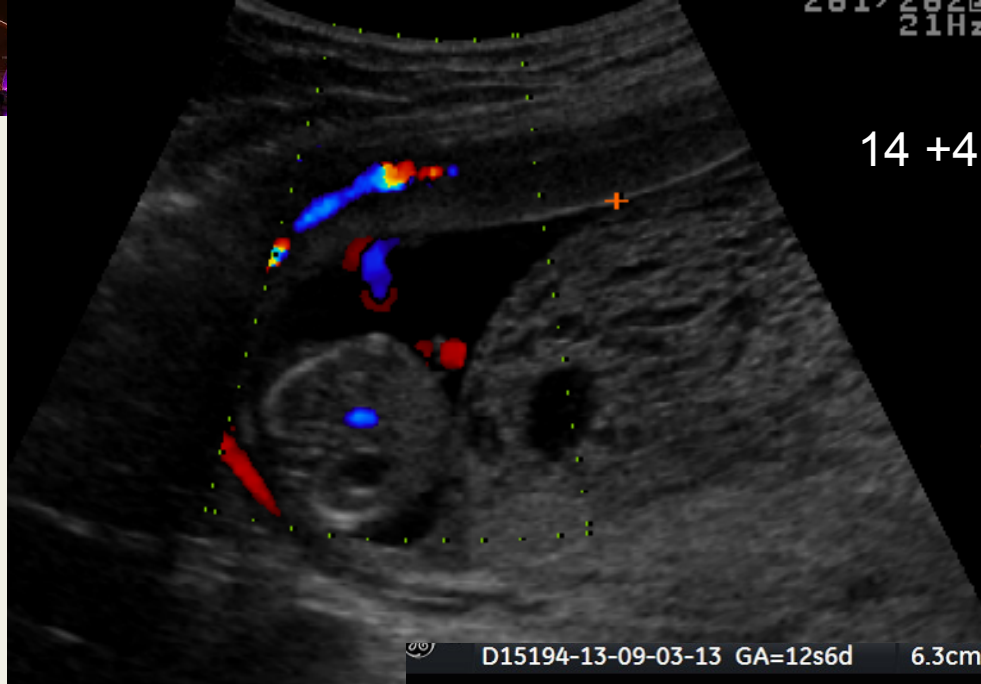
4 TTG

3 TTG



Suspicion Diagnostic

- **Dès le 1^{er} trimestre dans 80%**
 - Trophoblaste normal associé de façon distinct à un trophoblaste d' aspect molaire
 - Embryon visible sans malformation apparente
 - hCG élevés : médiane 14 MoM (1,4-150)
 - HT 21 < 1/250 dans 56% (> 1/1000 13%)
- **Diagnostic différentiel**
 - Môle partielle : caryotype triploïde
 - Dysplasie mésoenchymateuse
 - Hématome sous chorial réorganisé
 - Mosaïque placentaire (T16)

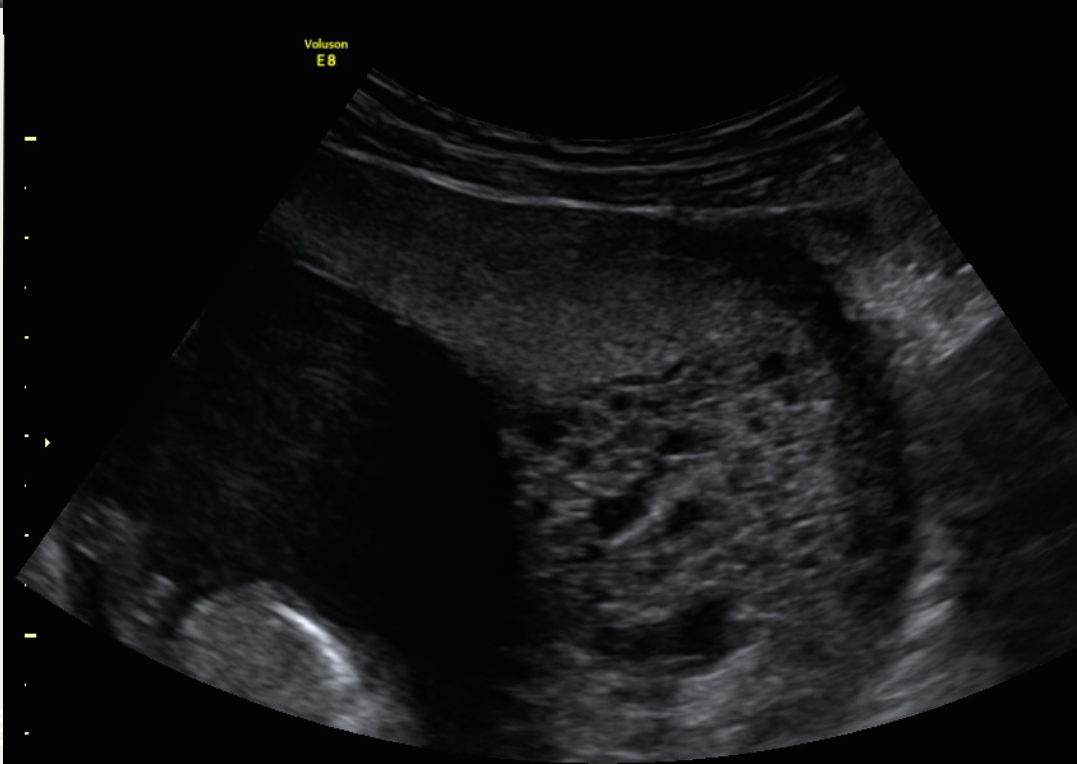


14 +4 SA



D15194-13-09-03-13 GA=12s6d 6.3cm / 1.1 / 25Hz TIs 0.3 03.09.2013

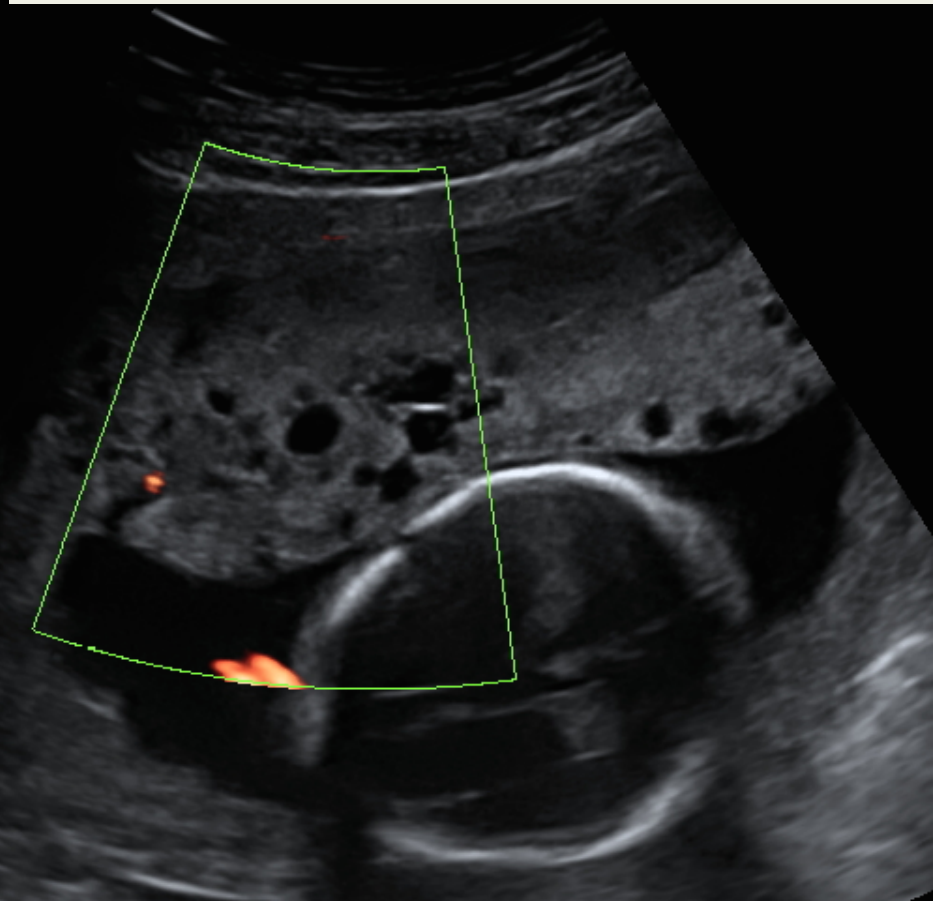
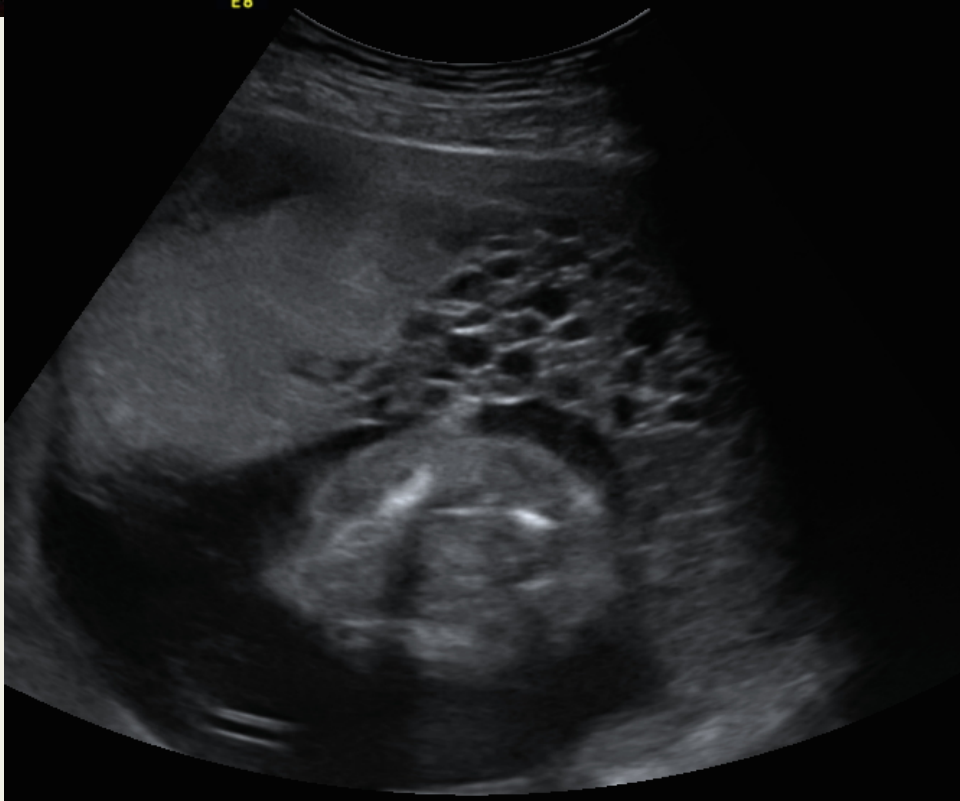
21SA



Cliche



Voluson
E8



18 SA
hCG 260 000 UI/L





Gestes de DAN

- **Intérêt discuté**

- PLA ou PVC sur grossesse normale
- PVC sur trophoblaste molaire

Pas d'étude sur la morbidité

Pas de différence en terme de risque de TTG

- **Caractère déterminant pour le diagnostic :**

- Si 46,XX vs 46, XY
- Si analyse histologique
- Si Génotypage pour recherche de diandrie.



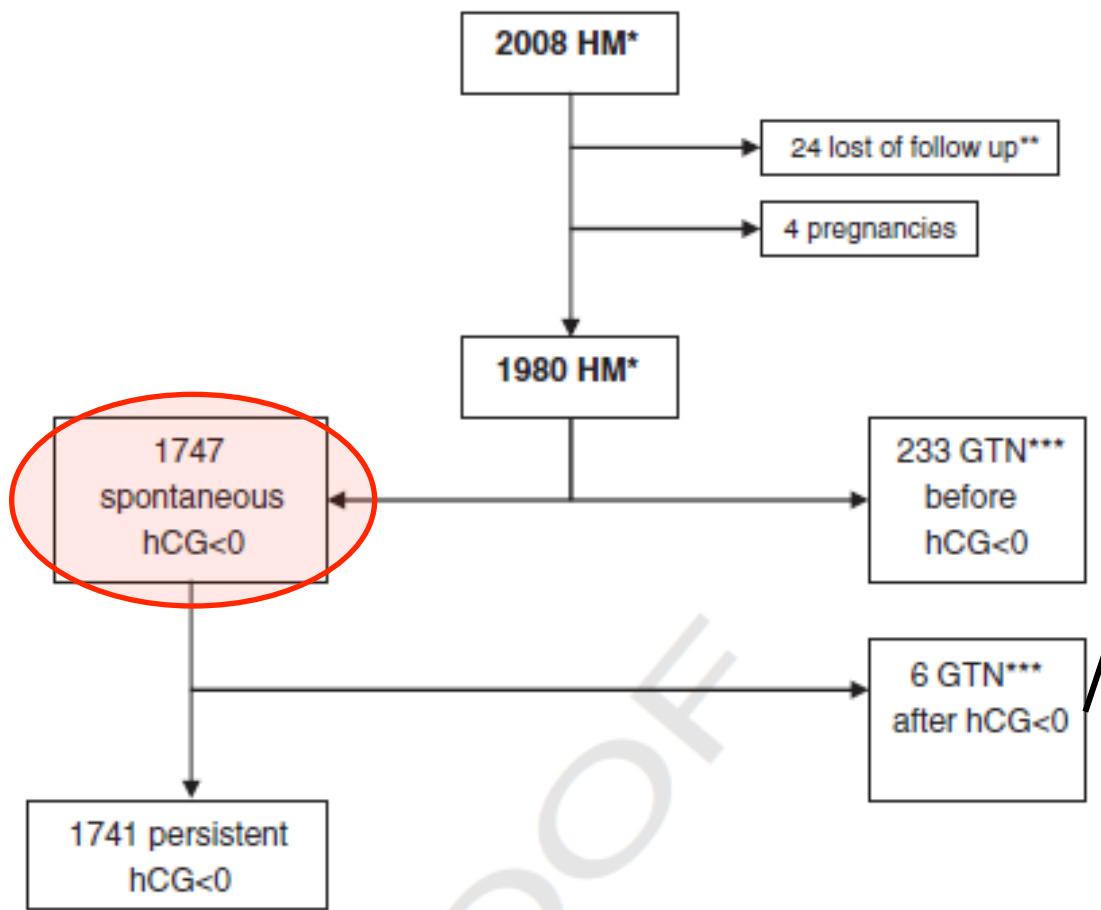
	Steller 1994	Matsui 2000	Sebire 2002	Nieman 2007	Massardier 2009	Charring Cross 2011	Série actuelle
Nbre de cas	22	18	77	8	14	90	63
Complications	-	44%	-	-	67%		
Métrorragies	95%	44%	-	88%	25%		63%
Prééclampsie	27%	17%	6%	0%	25%		20%
MFIU ou FCT si poursuite	-	-	43%	0%	-	43%	42%
Nouveau-nés vivants	23%	17%	26%	12,5%	8,5%	32%	35%
Taux d'IMG	59%		34%	62%		43%	40%
Risque de TTG	55%	50%	19%	25%	50%	26%	25%



Modalités de surveillance post évacuation

Risk of gestational trophoblastic neoplasia after hCG normalisation according to hydatidiform mole type

C. Schmitt ^{a,b}, M. Doret ^c, J. Massardier ^{b,c}, T. Hajri ^{b,d}, A.-M. Schott ^{b,d}, D. Raudrant ^{a,b}, F. Golfier ^{a,b,*}



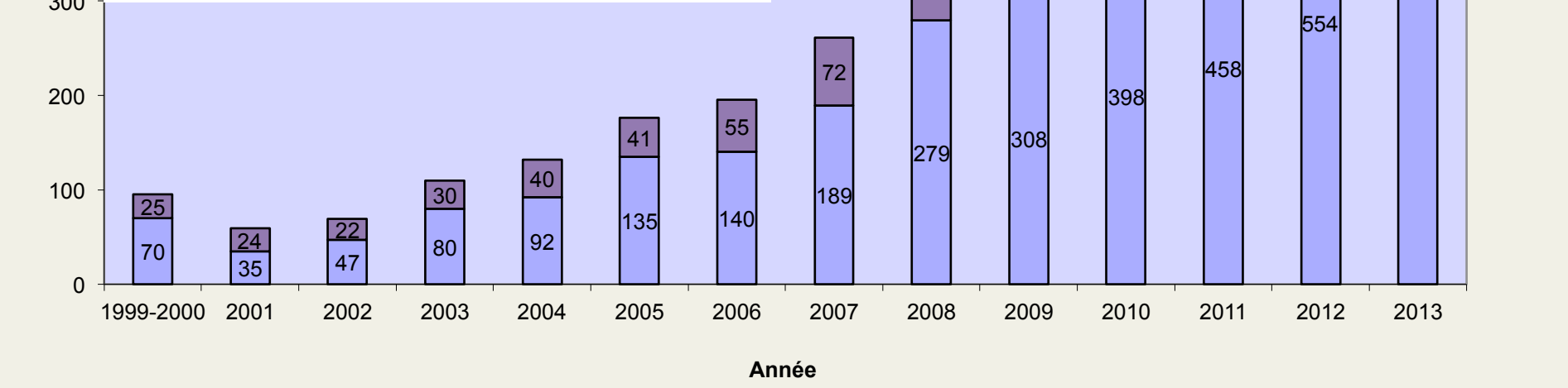
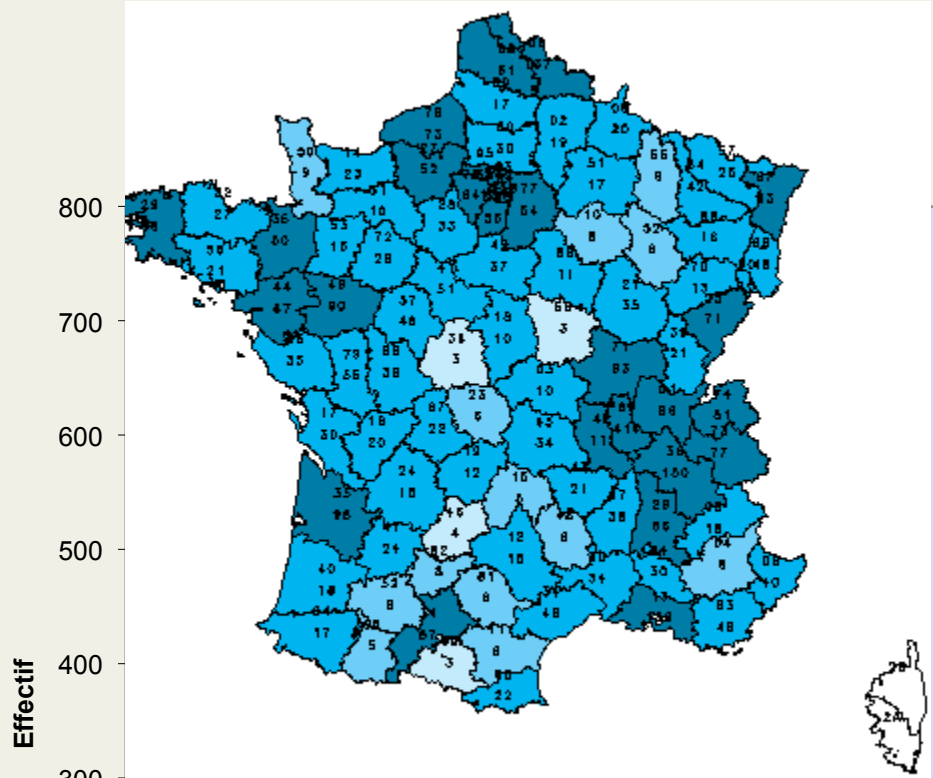
- ✓ 4 Mômes complètes
- ✓ 2 Grossesses gémellaires
- ✓ 0 Mômes partielles

**SURVEILLANCE
12 MOIS**



Conclusion

- **Grossesse à haut risque**
- Problème de diagnostic anténatal initial
- **La poursuite de la grossesse n'augmente le risque de TTG dans aucune série.**
- Mais Risque de TTG augmenté
- **Rôle de l'échographie capital pour le diagnostic et la surveillance**
- Place sans doute limitée des gestes invasifs de diagnostic anténatal
- **Probabilité d'enfant viable : 60%**





CENTRE FRANCAIS DES MALADIES TROPHOBLASTIQUES



Centre coordonateur de Lyon :
Pr Golfier, Dr Massardier, Pr Raudrant
Pr Trillet-Lenoir, Dr You
Pr Schott



**Centre Régional de
Tours**
Pr Marret
Pr Bougnoux

**Centre Régional de
Paris**
Pr Lotz
Pr Daraï
Dr Selleret

**Centre Régional de
Marseille**
Pr Agostini
Dr Carcopino

Réseau National de <u>Pathologistes Référents</u> en Maladie Trophoblastique	
Hospices Civils de Lyon – Hôpital de la Croix Rouse – LYON	Mojgan DEVOUASSOUX
Hôpital C Nicole - ROUEN	Fabienne ALLIAS
Hôpital Hopital E. Muller - MULHOUSE	Sophie PATRIER
Institut Gustave Roussy (IGR) - PARIS	Bernard GASSER
Hôpital Pellegrin - BORDEAUX	Pierre DUVILLARD
Pôle de Pathologie – LILLE	Dominique CARLES
Hopital Nord - MARSEILLE	Fanny PELLUARD
	Louise DEVISME
	Colette TARANGER-CHARPIN



ONLY LYON 

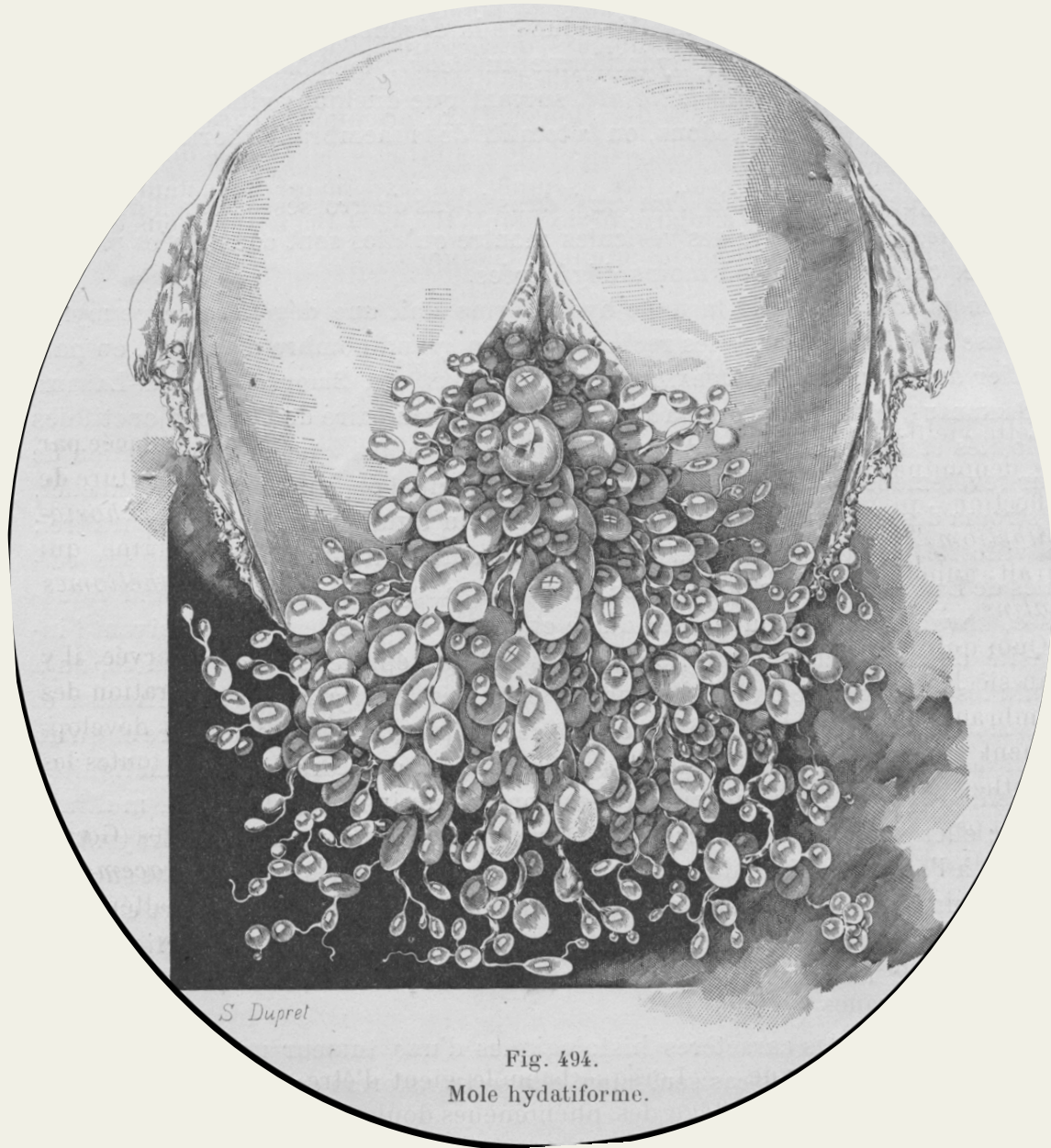


Fig. 494.
Mole hydatiforme.