

Les Dépôts Fibrinoïdes Massifs Périvillositaires

Causes-Conséquences-Bilans

SoFFoet
21 juin 2019



DÉPÔTS FIBRINOÏDES MASSIFS PÉRIVILLOSITAIRES

Ex NIDF

± 0,5% des placentas examinés



Lardacé



DÉPÔTS FIBRINOÏDES MASSIFS PÉRIVILLOSITAIRES

Ex NIDF



Chair à saucisse



Localisation CENTRALE

fréquence ~ 0,5%

Localisation SUPRA BASALE

fréquence de 0,09 à 0,48%



Chair à saucisses

Lardacé

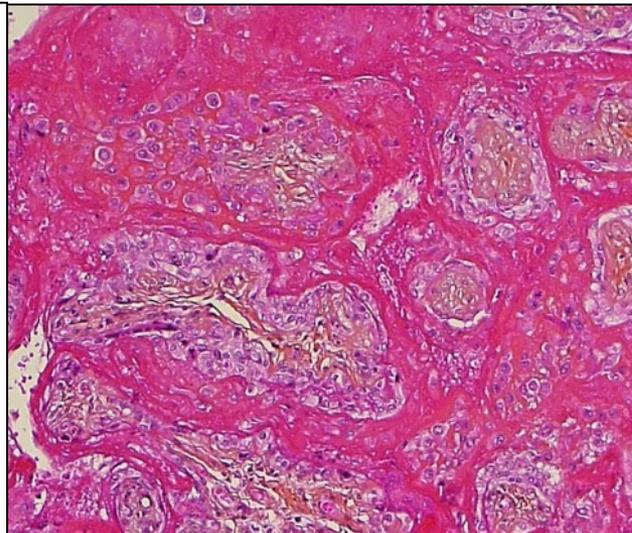
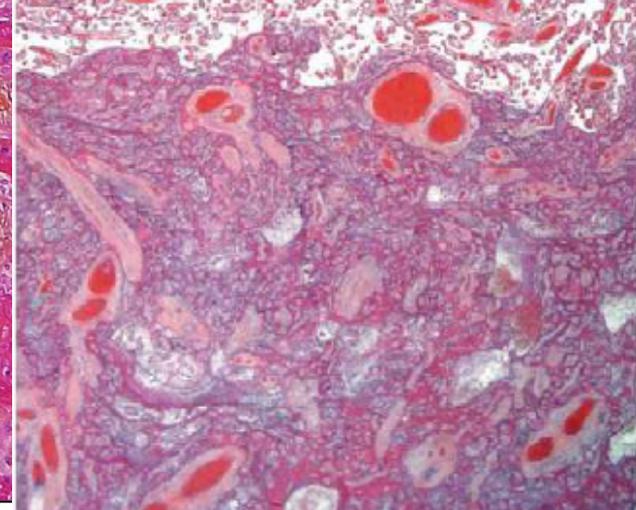
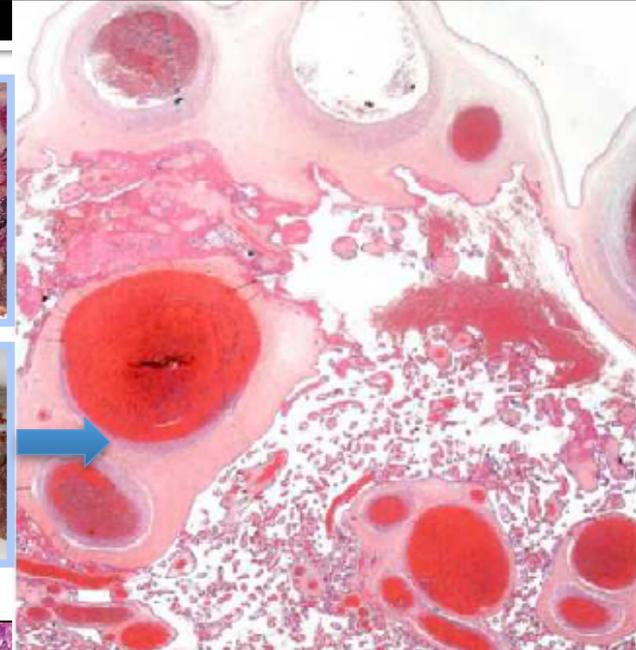
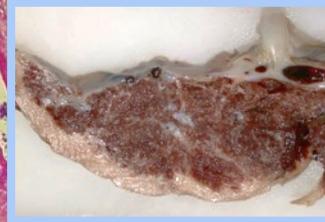
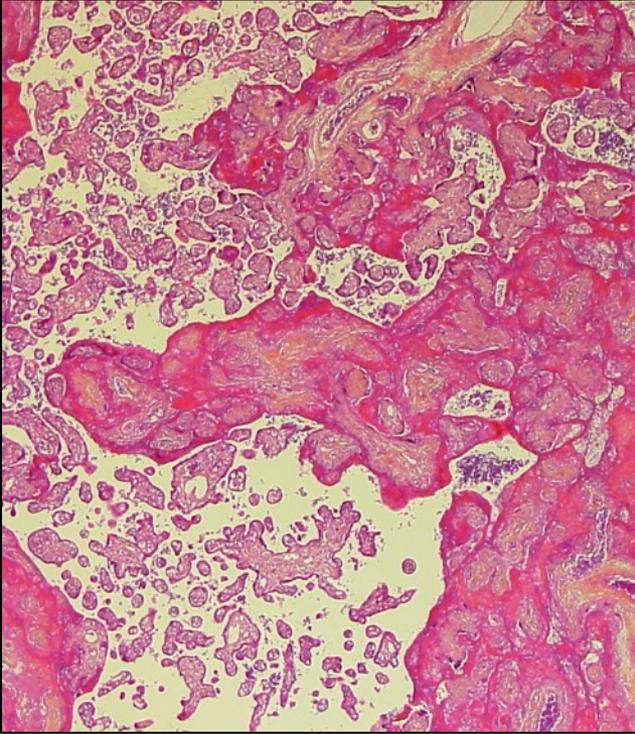


X variantes d'un même pathologie ou
X pathologies différentes ?



DÉPÔTS FIBRINOÏDES MASSIFS PÉRIVILLOSITAIRES

Dépôts qui , en obstruant la chambre IV, vont altérer la circulation et les échanges materno-fœtaux → Insuffisance Placentaire chronique

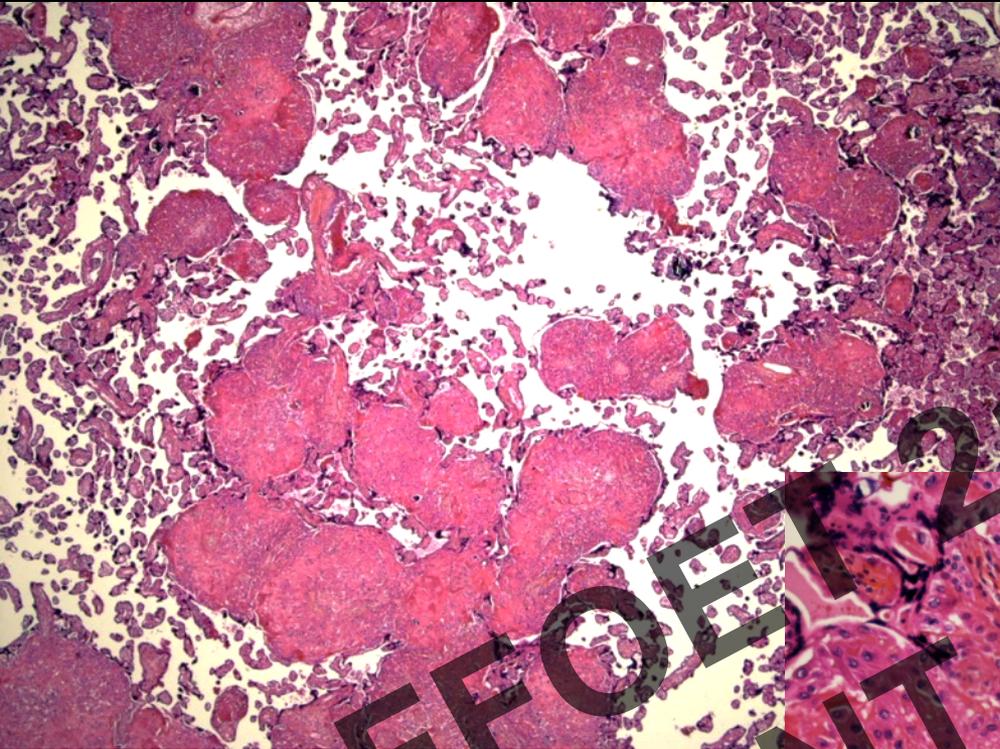


Fibrinoïde de 2 types :

-de type fibrine, provenant du sang maternel. Rouge orangé sur le trichrome de Gomori.

-de type matrice, produite par le trophoblaste extravilleux et renfermant encore des cellules X. Discrètement verdâtre sur le trichrome de Gomori.

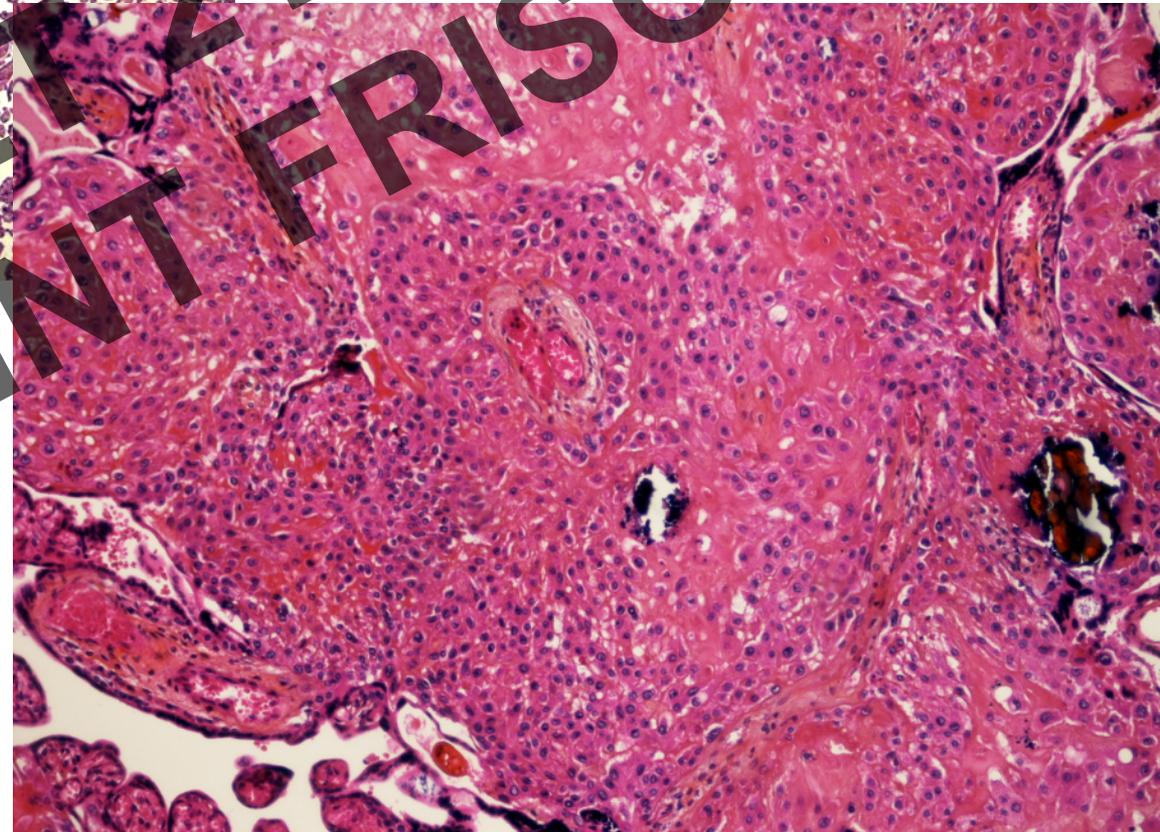
Plutôt EXCÈS d'amas de trophoblastes extravilloux



Fibrinoïde de 2 types :

-de type fibrine, provenant du sang maternel. Rouge orangé sur le trichrome de Gomori.

-de type matrice, produite par le trophoblaste extravilloux et renfermant encore des cellules X. Discrètement verdâtre sur le trichrome de Gomori.



DÉPÔTS FIBRINOÏDES MASSIFS PÉRIVILLOSITAIRES

➤ Gradation :

L'atteinte est **significative** quand on observe:

- **plus de 50%** des villosités englobées par les dépôts sur au moins un prélèvement
- un liseré basal blanc **d'au moins 3 mm** d'épaisseur sur au moins un prélèvement

L'atteinte est **modérée** quand les lésions concernent 25% du volume villositaire global

L'atteinte est **sévère** quand les lésions concernent plus de 50% du volume villositaire global

RCIU constant dès que l'atteinte est **>25%** du volume avec une **sévérité proportionnelle** au volume atteint

MFIU (sur 7 000 placentas examinés, 71 DFPM) : 23% de MFIU dans les formes **sévères**
6% de MFIU dans les formes **modérées**

DÉPÔTS FIBRINOÏDES MASSIFS PÉRIVILLOSITAIRES

➤ Conséquences :

Pertes fœtales (FCP) à répétition : risque de récurrence haut: 40-60% ?

MFIU : risque de récurrence plus bas qd la mort survient au 2 ou 3 trimestre: 17 à 50% ?

RCIU constant dès que l'atteinte est >25% du V

Prééclampsie dans 1/5 des cas pour les formes sévères (Devisme 2017)

DÉPÔTS FIBRINOÏDES MASSIFS PÉRIVILLOSITAIRES

➤ Causes / hypothèses étiologiques :

- **Pb de flux ??** (car physiologiquement DFPM en marginal et sous chorial par diminution du flux et stase dans la chambre ITV) - Causes d'hypercoaguabilité
- **Conflit immunologique M/F** : L'altération du revêtement trophoblastique des villosités semble être une constatation précoce mais à quoi est-elle liée ?
 - Une expression anormale d'un Ag HLA par les cellules trophoblastiques qui entrainerait leur destruction puis les dépôts fibrinoïdes ? - « rejet anti fœtus »
 - Une activation inhabituelle du système du complément du fait de la présence de complexes immuns entraînant la destruction du trophoblaste suivie par la formation de dépôts fibrinoïdes ?
- À part : - les cas de DFPM au cours des **déficits en LCHAD** (pathologie mitochondriale de l'oxydation des acides gras) où l'on évoque une altération directe du syncytiotrophoblaste par des radicaux libres
 - Une atteinte directe du syncytiotrophoblaste par un virus (entérovirus) ?