



# ◦ *La Môle Hydatiforme*

MOLE HYDATIFORME



*Dr; Chouali leila*

*Maitre Assistante Hospitalo-Universitaire*

*Gynecologie Obstetrique*

- *La maladie trophoblastique gestationnelles ( MGT ) est un accidenent imprevisible dans l'evolution et le devloppement de la grossesse dès l'implantation de l'œuf fecondé*
- *Elle regroupe plusieurs entites histologiques totalement distinctes ayant comme denominateur commun une hypersecretion d'HCG par des trophoblastes hyperplasiques*
- *Des entités bénignes, môles complètes (MHC) et partielles (MHP)*
- *Des entités cliniquement malignes appelées TTG qui incluent:*
  - Môles invasives*
  - Choriocarcinomes*
  - Tumeurs trophoblastiques du site d'implantation*

- *La définition de la Môle Hydatiforme est complexe, et fait intervenir plusieurs disciplines ;*
- *Pour le clinicien, elle se présente comme une masse de vésicules translucides de taille variable, dont le danger immédiat est le risque hémorragique et à distance le potentiel évolutif.*
- *Pour les biologistes : c'est une tumeur productrice de gonadotrophines chorioniques en plus ou moins grande quantité dont la recherche et le titrage éventuel représentent d'ailleurs la "pierre angulaire" du diagnostic.*
- *Avec l'anatomopathologiste, il est classique de définir la môle hydratiforme comme une dégénérescence kystique des villosités choriales*

- ▶ *La mole hydatiforme ou la grossesse molaire est un œuf pathologique correspondant à une dégénérescence kystique des villosités chorionales et hyperplasie de l'épithélium responsable d'une sécrétion excessive d'HCG*

# Interet de la question

- *Le dgc doit etre pose precocement avant l'avortement*
- *Le dgc est suspecté devant ; des metrorragie du 1<sup>er</sup> trimestre ,utérus plus gros que l'age gestationnel ,signe sympathique exagerés ,signe de nephrotoxicite*
- *Confirmé à l'echographie et le taux de BHCG très élevées*
- *Diagnostic de certitude anatomopathologique*
- *La gravite possible de l'evolution vers les tumeurs trophoblastique persistant d'où l'interet d'une surveillance rigoureuse par une courbe de BHCG*
- *Le pronostic depend de la precocite et la qualite de prise en charge*

# *Etiopathogenie ;*

*Frequence ; Pathologie assez frequente en gynecologie ; 1.5% à 2.6% des grssesses*  
*Rare en Algerie 1/700 , Plus frequente en Asie , Indonicie ;1/85*



# Facteur de risque

- *Age maternel ; risque élevés aux âges extrêmes de la vie génitales ; pic 18ans et 45ans*
- *Nutrition ; carence en vit A , protéines animales et en carotène*
- *Antécédant familiaux et personnels ; taux de récurrence de 25% après 2 moles*
- *Groupe sanguin ; fréquence môle O x O  
fréquence choriocarcinome A x O  
chimiorésistance AB*
- *Parités extrêmes: Risque x 2 nullipares  
Risque x 4 multipares*
- *Facteur immunologique ; système HLA*
- *Facteurs environnementaux ; utilisation des bombes atomiques (japon)*

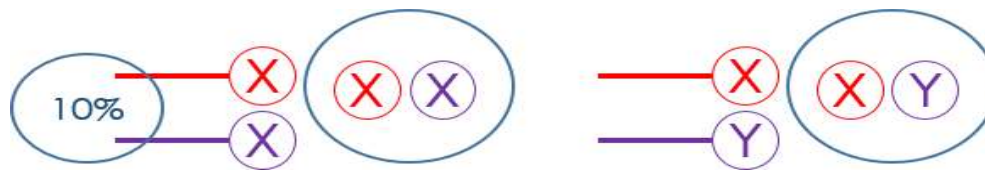
# *Facteur génétique*

*l'étude de caryotype à montré ;*

*Mole complete ; diploide dont l'origine est paternelle (46 XX )*

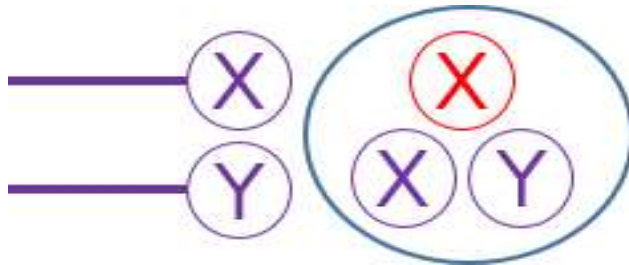
*Mole incomplete ; 90% triploidie (69 XXX ,69 XXY )*





Fécondation d'un ovocyte vide par deux spermatozoïdes

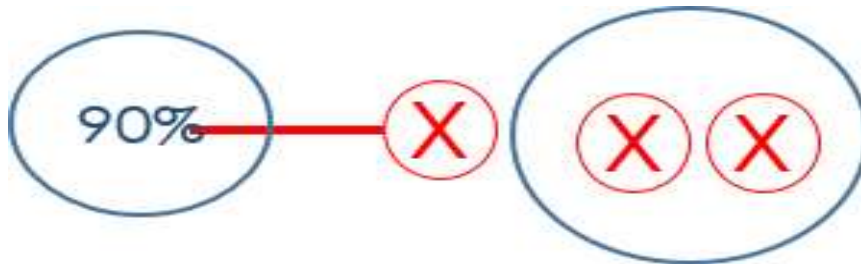
**Môle hydatiforme incomplète**



*Fécondation d'un ovocyte normal par deux spermatozoïdes haploïdes X ou Y*

**Môle hydatiforme complète**

*Duplication du gène spermatique haploïde avec absence ou inactivation du génome féminin*

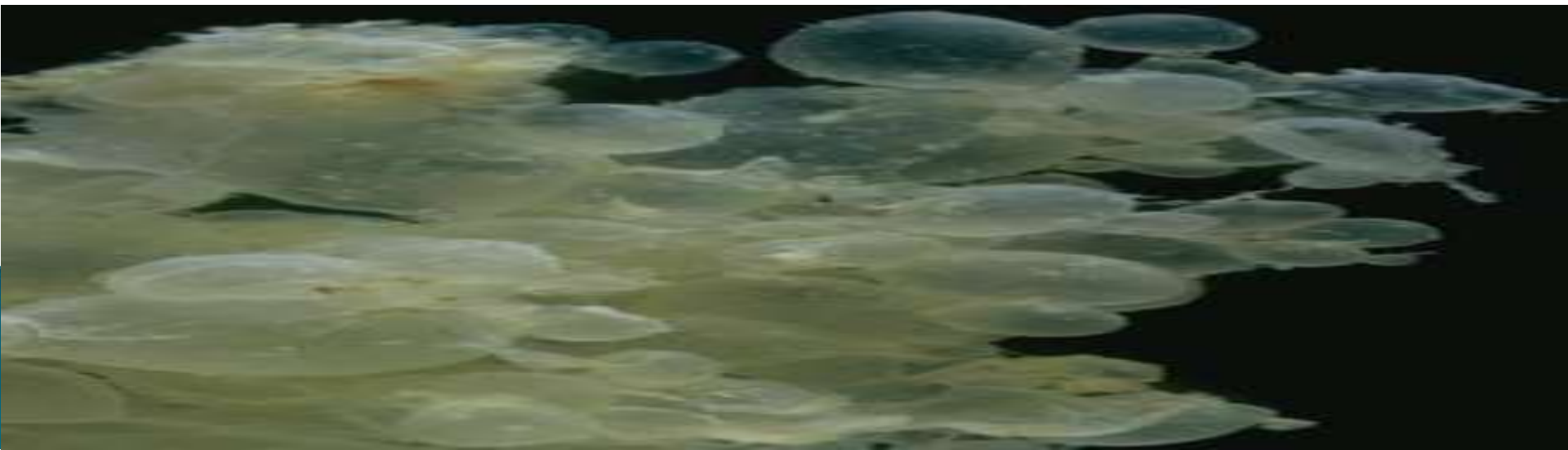


*Anapathhe*

This image part with relationship ID rId14 was not found in the file.

# *Mole complete ; mole non embryonnée*

- ▶ *Macroscopie* ; aspect vésiculaire des villosités en grappe de raisin si grosse ou en frais de grenouille si petite , Pas d'embryon ni sac amniotique
- ▶ *Microscopie* ; hyperplasie cyto et syncytiotrophoblastique diffuse , dysfonctionnement Avasculaire des villosités choriales , dystrophie du tissu conjonctif et oedème du stroma



# Mole incomplete (partielle ou embryoné )

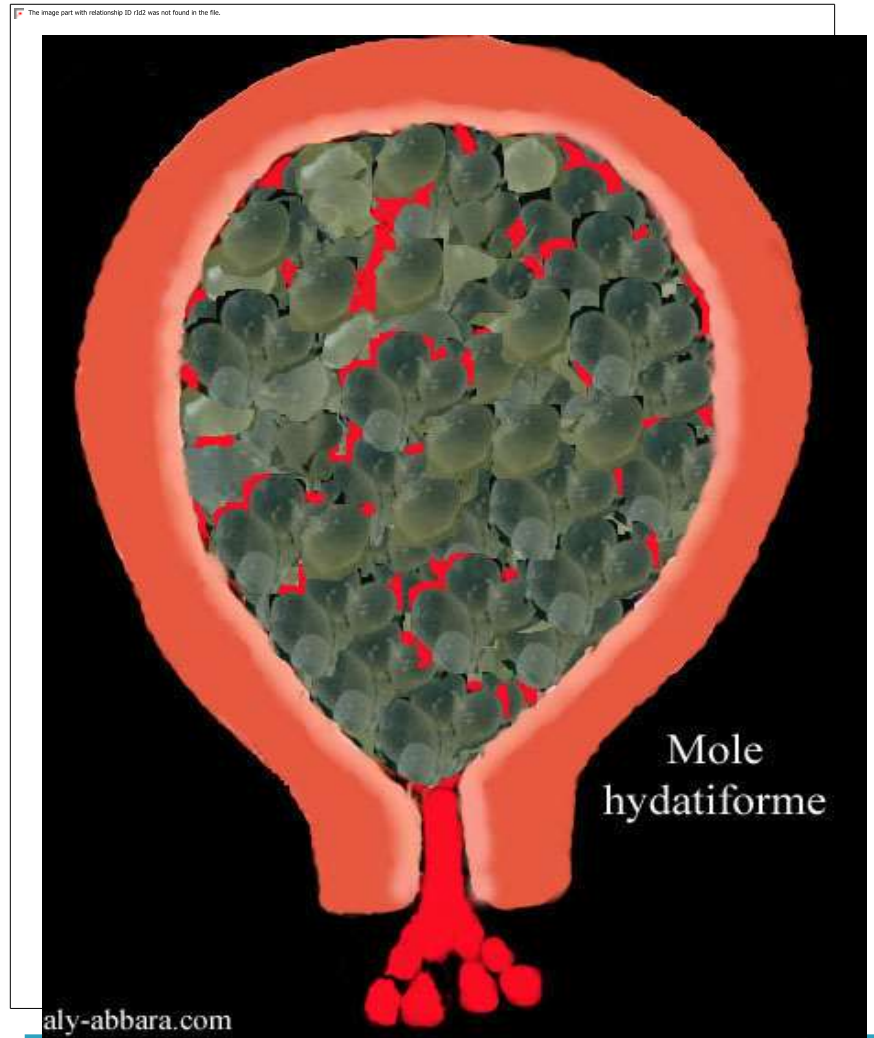
- ▶ Macroscopie ; peut s'accompagner de paramètre placentaire amniotique et structure fœtale
- ▶ Microscopie ; hyperplasie cyto et syncytiotrophoblastique focal , gonflement hydropique du chorion villositaire , villosite à contours festonnés et formation pseudokystique des trophoblastes .

## MOLE HYDATIFORME





*Mole incomplete*



*Mole complete*



# *Mole invasive*

*ne se complique pas de choriocarcinome ;*

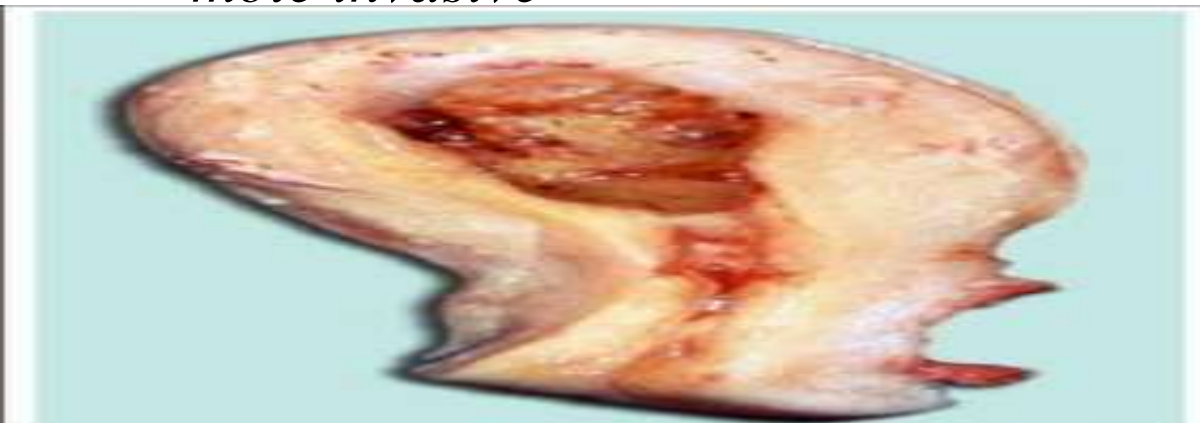
*caractérise par hyperplasie trophoblasique perivillositaire avec pénétration dans le myometre*

- ▶ *Macroscopie ; invasion sous forme d'un ou plusieurs hématomas ou fentes vasculaires contenant des vésicules molaires*
- ▶ *Microscopie ; aspect en cocarde centré par chorion villositaire entouré des trophoblastes intermédiaires*

# *Choriocarcinome*

*tumeur purement epitheliale maligne provenant du trophoblaste à tout stade*

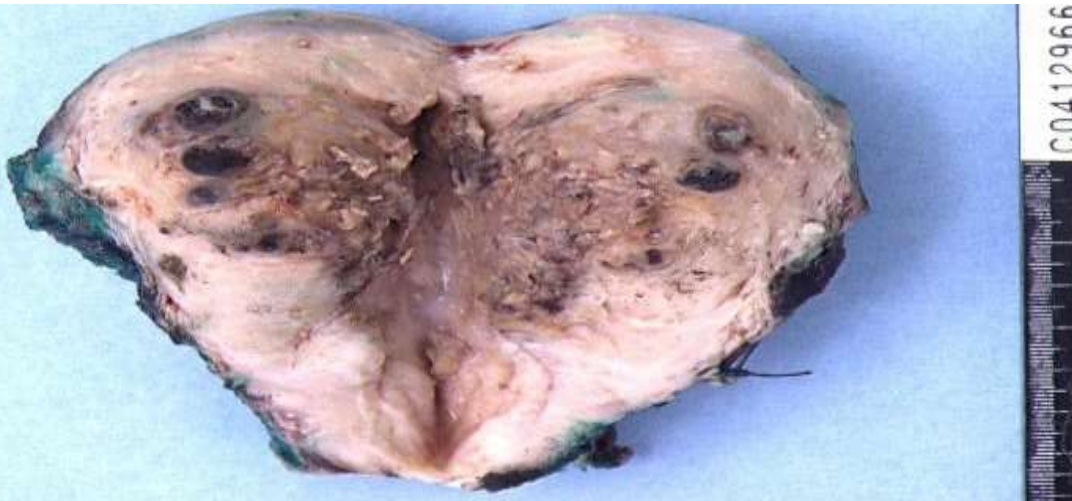
- ▶ *Macroscopie ; lesion nodulaire unique ou plurifocale de 0.5 à 5 cm de diametres tres hemorragique s'etend profondement dans le myometre*
- ▶ *Microscopie ; composé de cellules dimorphe syncytio et cytotrophoblastique envahissant les tissus et les vaisseaux sans chorion villositaire ce qui permet de la distinguer de la mole invasive*





# *Carcinome trophoblastique du site d'implantation*

- ▶ *Macroscopie ; la lesion variable , nodulaire ,infiltrante ,ou polypoide intracavitaire*
- ▶ *Microscopie ; trophoblaste monomorphe infiltrant*
- ▶ *ces cellules possèdent peu de recepteur à BHCG et sont donc moins sensible à la chimiotherapie avec une evolution locale*



**Etude Clinique ;**  
**Mole Hydatiforme**  
**classique**

✘ The image part with relationship ID rId14 was not found in the file.

# Signes Fonctionnels

- **Metrorragies** ; constantes, spontanées, capricieuse faite du sang noirâtre d'abondance variable croissante jusqu'à l'expulsion des vésicules molaires
- **Douleur pelvienne** ; inconstante type colique expulsive
- Signes sympathiques exagérés ; nausées, vomissement, rebelles aux traitements, hypersialorrhée,
- **signes d'hyperthyroïdie** ; BHCG est un TSH-like ; tachycardie, tremblement, thermophobie
- **Signes généraux** ; anémie, subictère, dénutrition, amaigrissement, asthénie, signe de toxémie ; HTA, œdème, protéinurie, tachycardie, insomnie, agitation

# Signes physiques

- *Uterus de volume excessif que le voudrait l'age gestationnel variable d'un jour à l'autre (uterus en accordion de Jeanin ) sous l'effet de la constitution et l'évacuation des collections sanguines dans l'uterus*
- *Utérus exagérément mou avec par endroit des plaques de blindage: “ signe d'Andérodias “ et aucun ballotement fœtale n'est retrouvé*
- *Col d'aspect gravide*
- *Saignement endo-uterin ,vesiculaire*
- *Perception dans les cul de sac des tumefecation ovariennes ; kyste luteiniques*

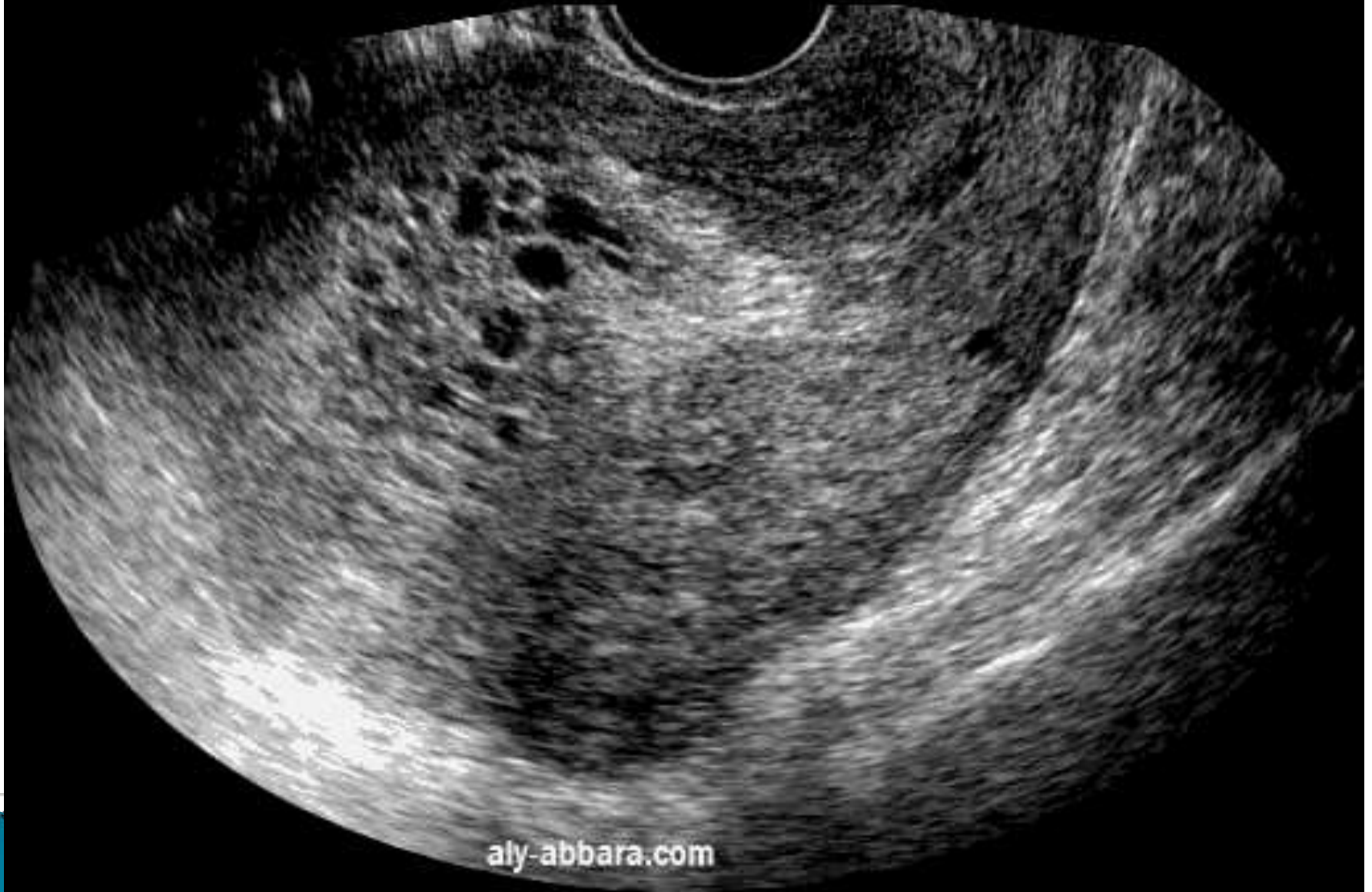
# Examen complementaires

Echographie ; uterus volumineux ,echos diffus en flocon de neige ou en nid d'abeille avec des lacunes liquidiennes remplissant la totalite de la cavite uterine  
kystes ovariens multiloculaires  
absence d'embryon et sac si mole complete

Dosage de BHCG ; interet diagnostic ,surveillance et pronostic

Dgc Anapathe ; de certitude

Grossesse molaire  
(hCG = 83 000 UI/l)



aly-abbara.com



# MOLE HYDATIFORME COMPLÈTE

## ECHOGRAPHIE





# Formes cliniques;

- Formes toxiques ; vomissements graves ,syndrome de thyrotoxicose pré-éclampsie sévère et précoce ,ictérique
- Formes hypertrophiques simulant un hydramnios
- Formes compliquées ; Hémorragies génitales, anémie voire choc, Infections locales ,Torsion ou rupture de kyste lutéinique ,Perforation utérine spontanée ou iatrogène, Dégénérescence
- Forme extra-uterine ; peut se compliquer de chorio-epithelioma
- forme atrophique ; symptomatologie atténué inerte
- Forme metastatique
- Forme terebrante ; dissequante ,invasive, par effraction de la musculouse forme intermediaire entre mole et choriocarcinome

# *Diagnostic Différentiel*

- ▶ *Devant Hémorragie/1er trimestre grossesse ;*

*Menace d'avortement spontané*

*Grossesse extra-utérine*

*Hématome décidual*

*Lésions cervico-vaginales*

- ▶ *Devant Gros utérus*

*Grossesse gémellaire*

*Hydramnios*

*Fibrome et grossesse*


# Evolution

Avortement Molaire ; lente , fragmentaire  
tres hemorragique , et incomplet

Sous traitement ;

- ▶ Svt favorable vers la guerison
- ▶ Rarement defavorable ; Mole invasive ,  
Choriocarcinome

# ***CAT devant une grossesse Molaire ;***

 The image part with relationship ID rId14 was not found in the file.

# *Buts*

- *Evacuer l'utérus*
- *Eviter et/ou traiter les complications (surtout prévenir le choriocarcinome)*
- *Préserver si possible le potentiel de fertilité*

# Moyens et indications


- **Evacuation uerine** ; dependant de l'age de la gestante, parite, et le type de la mole ( embryonné ou non ), l'age de la grossesse ;  
**Si Age gestationel < 16 SA** ; voie basse par curtage aspiratif Echoguidée sous perfusion de syntocinon  
**Si HU superieur à 16 semaine**; voie haute par hysterotomie (mini-cesarienne)
- ▶ **Hysterectomie** reserve pour les complications hemorragique, perforation ou bien les multipares, femmes agées plus de 40 ans ne desirant plus de grossesse ulterieurs
- ▶ **Une deuxième évacuation utérine** n'est pas recommandée en l'absence de métrorragies et/ou de rétention échographique
- ▶ **Seconde évacuation** si la rétention est avérée en échographie (> 17mm)
- ▶ **Pas de troisième évacuation** : risque de synéchies

# Evolution après évacuation

- **Favorable** dans 90% des cas ;
  - Saignement s'arrêtent en 7 à 10 jours*
  - L'involution utérine s'effectue en 7 à 15 jours*
  - Les kystes lutéiniques disparaissent lentement*
  - Regression des BHCG en 6 à 8 semaines*
- **Defavorable** ; *retention, perforation, métastase vulvovaginale, Signes extragenitaux, Sub-involution utérine, Métrorragie*



# *Surveillance post* *Avortement*

 The image part with relationship ID rId14 was not found in the file.

- **Clinique** ; *etat générale ,anemie ,hemorragie ,involution uterine , absence de metastase ,regression des kystes*
  
- **Radiologique** ;
  - Echographie ; *vacuite uterine ,localisation myometriale ,disparition des kystes*
  - Radio-thorax ; *image en lacher de ballon*
  
- **Biologique** ; *courbe de BHCG chaque semaine*  
*diminution de taux de BHCG progressivement*  
*jusqu'à sa nigtivation au moins de 12 semaine*  
*Remission complete jugé sur 3 dosage*  
*hebdomadaire successif negatif ;*

# *Rythme de surveillance*

*pendant 2 ans ;*

➤ *Pour la 1<sup>ère</sup> année ;*

*1 fois / semaine jusqu'à négativation*

*1 fois / mois pendant 3 mois*

*1 fois / 3 mois pendant 6 mois*

➤ *Pour la 2<sup>ème</sup> année ; 1 fois / 6 mois*

# *Evolution defavorable*

- ▶ *Ré-ascension d'au moins 10% du  $\beta$ HCG sur 3 dosages consécutifs à une semaine d'interval (J1, J7, J14)*
- ▶ *Stagnation du  $\beta$ HCG sur au moins 4 dosages consécutifs à une semaine d'interval (J1, J7, J14, J21)*
- ▶ *Persistance de la positivité du  $\beta$ HCG plus de 12 semaines après évacuation*

# *Devenir obstetrical*

- *La chimiothérapie est peu gonadotoxique et la fertilité paraît conservée*
- *Une nouvelle grossesse est envisageable après:  
6 mois de dosage hCG négatif en cas de MHP  
12 mois de dosage hCG négatif en cas de MHC*
- *La grossesse consécutive à une mole est une GHR ( placenta accreta , rupture utérine );d'où l'examen histologique du placenta et dosage du BHCG 3 semaines après l'accouchement*
- *Contraception ; oestroprogestatif , DIU possible*