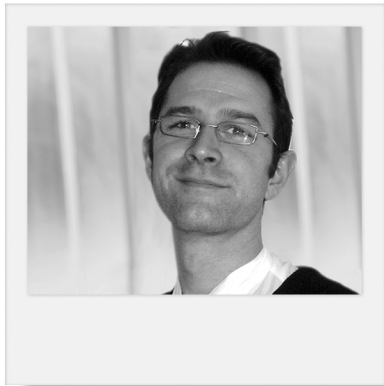


REPÈRES PRATIQUES

Obstétrique

Prise en charge d'une grossesse molaire



→ **J. MASSARDIER,**
T. HAJRI, B. YOU,
V. TRILLET-LENOIR,
J.P. GUASTALLA,
D. RAUDRANT,
F. GOLFIER
Centre français
de référence
des maladies
trophoblastiques,
hospices civils de Lyon,
centre hospitalier
Lyon-Sud,
PIERRE-BÉNITE.

Les grossesses molaire représentent en Europe occidentale 1 grossesse sur 1 000. Les facteurs de risque reconnus sont peu nombreux et seuls l'âge maternel, avec des incidences augmentées aux deux extrêmes de la vie reproductive, et l'antécédent de grossesse molaire font consensus.

L'Organisation mondiale de la Santé a proposé une classification histologique qui ne rend pas complètement compte de toutes les entités cliniques, en particulier tumorales. Elle différencie deux types de grossesse molaire.

Les grossesses molaire partielles (fig. 1)

Elles sont plus fréquentes que les formes complètes. Elles résultent d'une anomalie conceptionnelle, responsable d'une tri-

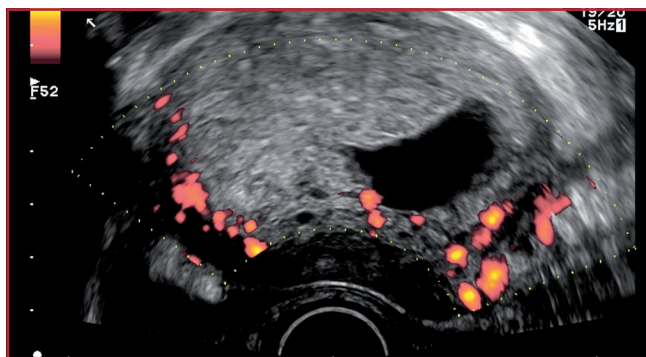


FIG. 1: Grossesse molaire partielle. Aspect échographique à 10 SA (hCG 118 000 UI/L).

pléidie androgénétique. Ce caractère triploïde ne peut pas être affirmé par un examen histologique standard. La présentation clinique habituelle est celle d'une fausse couche, avec un aspect échographique variable. Il existe des éléments embryonnaires possiblement visibles, en échographie comme en histologie. Le trophoblaste peut avoir un aspect trop volumineux et vacuaire, mais la performance de l'échographie dans le diagnostic des mûles partielles n'est que de 30 % dans la majorité des séries. Le taux d'hCG (gonadotrophine chorionique humaine) n'est augmenté que dans 10 % des cas.

Les grossesses molaire complètes

Elles sont habituellement diploïdes génétiquement, par diandrie (la totalité du matériel génétique nucléaire est d'origine paternelle). La présentation clinique classique est celle d'une masse trophoblastique vésiculaire volumineuse. Il n'y a pas d'éléments embryonnaires visibles, ni en échographie ni en histologie. La performance diagnostique de l'échographie est bonne autour de 90 %. Le taux d'hCG n'est supérieur à 100 000 UI/L que dans 46 % des cas (**fig. 1**). Le tableau "historique" associant prééclampsie, hyperthyroïdie, vomissements incoercibles ou détresse respiratoire est devenu exceptionnel. Les signes les plus fréquents sont actuellement de simples métrorragies du 1^{er} trimestre associées à un utérus trop volumineux pour le terme.

Traitement et surveillance

En cas de suspicion diagnostique (**fig. 2**), le traitement de 1^{re} intention est l'aspiration curetage sous contrôle échographique. Dans notre expérience, le geste est habituellement simple, et les formes hémorragiques le sont surtout pour les cas au-delà de 16 semaines d'aménorrhée. La préparation du col par du misoprostol est possible dans notre centre, afin de faciliter la dilatation et espérer réduire le risque de perforation. L'évacuation médicamenteuse des formes initiales, comme des rétentions, est déconseillée car potentiellement responsable d'augmentation du risque d'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle. Un examen histologique par un pathologiste référent est indispensable et améliore la performance diagnostique. L'utilisation de techniques histologiques complémentaires peut parfois être utile pour différencier une simple fausse couche hydropique d'une mûle partielle, ou une mûle partielle d'une mûle complète.

REPÈRES PRATIQUES

Obstétrique

POINTS FORTS

- ➔ Le traitement de 1^{re} intention des grossesses molaïres est l'aspiration curetage sous contrôle échographique.
- ➔ Une échographie de vacuité utérine est nécessaire dix jours après l'aspiration.
- ➔ Un examen anatomo-pathologique par un pathologiste référent permet la confirmation du type de grossesse molaire.
- ➔ Une surveillance des hCG est nécessaire après l'aspiration, toutes les semaines jusqu'à normalisation, puis pendant six mois pour les grossesses molaïres complètes.

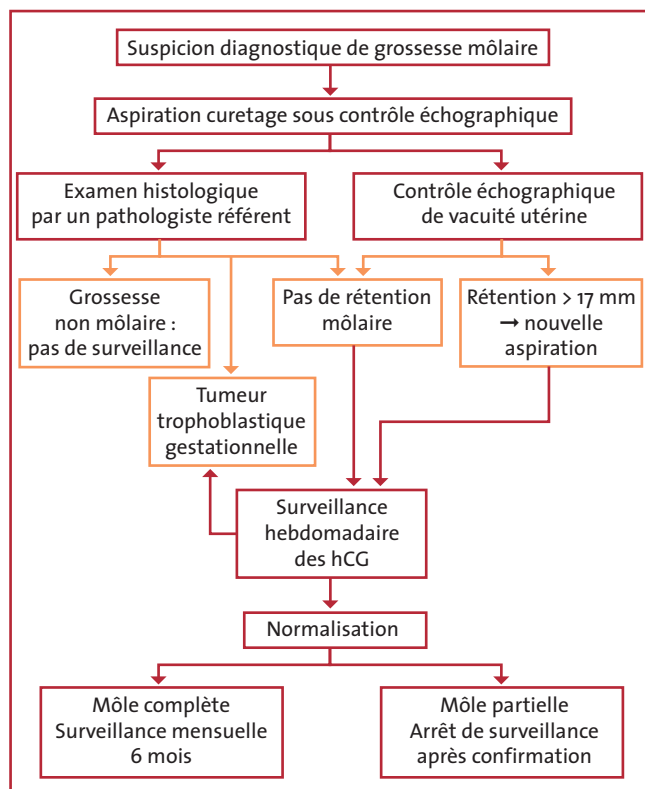


FIG. 2 : Prise en charge d'une grossesse molaire d'évolution favorable.

Le risque de rétention après une première aspiration est de 20 %, même entre des mains entraînées. Une échographie de contrôle de vacuité est nécessaire 10 jours après. En cas de rétention mesurée à plus de 17 mm en antéro-postérieur sur une coupe sagittale de l'utérus, une 2^e aspiration se justifie. Il n'y a pas de place pour une 3^e aspiration, sauf à visée hémostatique en urgence.

La surveillance de la décroissance des hCG est impérative dans les suites de l'aspiration lorsqu'une grossesse molaire est suspectée. Les dosages doivent être hebdomadaires jusqu'à normalisation. Cette normalisation est ensuite confirmée par 2 ou 3 dosages supplémentaires. Les recommandations des modalités de surveillance ont été modifiées par notre centre début novembre 2011 et seront intégrées dans la mise à jour des recommandations pour la pratique clinique publiées sous l'égide de l'INCa et de la HAS. Dans les suites d'une môle partielle, la surveillance peut être stoppée une fois la normalisation obtenue et confirmée, et une nouvelle grossesse est autorisée. Dans les suites d'une môle complète, la surveillance des hCG doit se poursuivre encore pendant six mois après normalisation, avec des dosages mensuels. À l'issue des grossesses suivantes, il est recommandé de contrôler la normalisation des hCG, trois mois plus tard. Le risque de récurrence d'une grossesse molaire lors d'une nouvelle grossesse est estimé à 1 %.

La justification de la surveillance des hCG dans les suites d'une grossesse molaire est le risque de survenue d'une tumeur trophoblastique dans 15 % après une môle complète et dans moins de 2 % après une môle partielle. Le diagnostic est posé en cas de stagnation des hCG sur quatre dosages successifs, en cas d'augmentation des hCG sur trois dosages ou en cas de persistance d'hCG positifs, six mois après l'évacuation utérine. Ces éléments diagnostiques et la prise en charge adaptée seront développés dans un autre numéro de la revue.

Le Centre de référence des maladies trophoblastiques de Lyon assure depuis plus de dix ans une aide diagnostique et thérapeutique des patientes atteintes de grossesse molaire, ainsi qu'un suivi épidémiologique. Un réseau de pathologistes référents s'est mis en place et permet une relecture histologique systématique pour toutes les patientes enregistrées, aide diagnostique fondamentale qui, seule, permet une prise en charge adaptée.

Le texte des recommandations pour la pratique clinique publié en 2010 est disponible sur le site du centre (www.mole-chorio.com) ou sur le site de l'INCa.

Bibliographie

- Recommandations pour la pratique clinique sur les maladies trophoblastiques disponible sur www.e-cancer.fr, rubrique "cancers rares".
- GOLPIER F, MASSARDIER J, GUASTALLA JP *et al*. Prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010; 39: F25-32.
- GOLPIER F, CLERC J, HAJRI T *et al*. Contribution of referent pathologists to the quality of trophoblastic diseases diagnosis. *Hum Reprod*, 2011; 26: 2651-2657.
- BERKOWITZ RS, GOLDSTEIN DP. Clinical practice. Molar pregnancy. *N Engl J Med*, 2009; 360: 1639-1645.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.