



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Les maladies trophoblastiques gestationnelles

Gestational trophoblastic disease

Fabienne Allias^{a,*}, Pierre-Adrien Bolze^{b,1},
Lucie Gaillot-Durand^a,
Mojgan Devouassoux-Shisheboran^{a,b},
le réseau des maladies trophoblastiques
gestationnelles^b

^a Service de pathologie Nord, hôpital de la Croix Rousse, hospices civils de Lyon,
103, Grande-Rue-de-la-Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France

^b Centre des maladies trophoblastiques gestationnelles, centre hospitalier Lyon Sud,
bâtiment 3B, 2^e étage, 165, chemin du Grand-Revoynet, 69495 Pierre-Bénite, France

Accepté pour publication le 24 septembre 2014

MOTS CLÉS

Môle hydatiforme ;
Maladies
gestationnelles
trophoblastiques ;
Choriocarcinome

Résumé Les maladies trophoblastiques gestationnelles regroupent des lésions survenant au décours d'une grossesse, dans un délai plus ou moins long. Les môles hydatiformes correspondent à des villosités possédant un excès de matériel génétique paternel et comportant un potentiel malin, plus élevé pour les môles hydatiformes complètes que pour les môles hydatiformes partielles. Les néoplasies trophoblastiques gestationnelles comprennent les môles invasives, le choriocarcinome, la tumeur trophoblastique du site d'implantation placentaire, et la tumeur trophoblastique épithélioïde. Leur diagnostic histologique est parfois difficile sur produit de curetage, et doit alors tenir compte de l'imagerie et du taux sérique d'hCG. Depuis l'avènement de la chimiothérapie, leur pronostic est en général très bon, même en présence de métastases. Le réseau français des maladies trophoblastiques (<http://www.mole-chorio.com>) permet le recensement de ces maladies rares et l'homogénéisation de leur prise en charge au niveau national.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Hydatiform mole;

Summary Gestational trophoblastic disease encompasses a group of interrelated diseases, following a pregnancy after a variable period of time. Hydatiform mole corresponds to pre-malignant disorders composed of villi with excess of paternal genetic material, with a malignant

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : fabienne.allias@chu-lyon.fr (F. Allias), touria.hajri@chu-lyon.fr (P.-A. Bolze).

¹ <http://www.mole-chorio.com>.

Gestational
trophoblastic
disease;
Choriocarcinoma

potential more important for complete mole than partial mole. Gestational trophoblastic neoplasia includes invasive mole, choriocarcinoma, placental site trophoblastic tumor and epithelioid trophoblastic tumor. Their histological diagnosis may be problematic on curettage material and needs to be correlated to serum hCG level and radiological findings. The use of chemotherapy has dramatically improved the prognosis of these lesions. All patients with this rare disease need to be registered in the national service for gestational trophoblastic disease (<http://www.mole-chorio.com>), which coordinates their management at the national level.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les maladies trophoblastiques gestationnelles peuvent être subdivisées en deux grandes catégories; les lésions avec villosités placentaires (môles hydatiformes partielle, complète et invasive) et les lésions sans villosité placentaire qui regroupent plusieurs entités dérivant du trophoblaste intermédiaire; les lésions pseudo-tumorales trophoblastiques (le nodule ou plaque du site d'implantation placentaire et la réaction exagérée du site d'implantation placentaire) et les tumeurs trophoblastiques (choriocarcinome, tumeur trophoblastique du site d'implantation placentaire (PSTT: *placental site trophoblastic tumor*), tumeur trophoblastique épithélioïde [TTE]) [1].

Il s'agit de pathologies rares, avec une fréquence de 1/1000 à 2000 grossesses par an. La maladie la plus fréquente est la môle complète. Compte tenu de leur rareté, ces maladies peuvent poser des problèmes de diagnostic histopathologique et de prise en charge thérapeutique. C'est dans ce contexte que le Centre français des maladies trophoblastiques a été créé à Lyon en 1999 par les Prs D. Raudrant et F. Golfier, gynécologues aux hospices civils de Lyon, afin d'optimiser la prise en charge des patientes atteintes de môle hydatiforme ou de tumeur trophoblastique gestationnelle. Lorsqu'un diagnostic de môle hydatiforme est porté par un pathologiste, le gynécologue déclare la patiente en contactant le centre qui organise la relecture des lames en indiquant le nom de l'un des anatomopathologistes référents du réseau français (Dr F. Allias et Pr M. Devouassoux à Lyon, Pr C. Charpin à Marseille, Dr L. Devisme à Lille, Dr P. Duvillard à Paris, Dr B. Gasser à Mulhouse, Dr S. Patrier à Rouen, Dr F. Pelluard et Dr D. Carles à Bordeaux). Les lames peuvent aussi être directement adressées pour avis par le pathologiste au centre de référence des maladies trophoblastiques, qui réoriente les prélèvements vers l'un des référents du réseau. Un suivi centralisé hebdomadaire du taux plasmatique d'hCG est proposé par le centre qui adresse au médecin en charge de la patiente la courbe d'évolution de l'hCG. Après négativation de l'hCG confirmée sur 3 dosages hebdomadaires, la durée de surveillance dépend du type de môle: arrêt de toute surveillance pour une môle hydatiforme partielle et surveillance mensuelle de 6 mois en cas de môle hydatiforme complète. En cas d'évolution anormale de l'hCG, un expert gynécologue du centre établit le diagnostic de néoplasie gestationnelle trophoblastique (GTN: *gestational trophoblastic neoplasia* comprenant la môle invasive et les tumeurs trophoblastiques) et contacte le médecin de la patiente pour programmer le bilan d'extension. Un score FIGO [2] (Tableaux 1 et 2) inférieur ou égal à 6 place la patiente dans le groupe à bas risque et est une indication

Tableau 1 Classification TNM et FIGO des tumeurs trophoblastiques.

TNM and FIGO classification of gestational trophoblastic neoplasia.

TNM	FIGO	
T0		Pas d'évidence de tumeur primitive
T1	I	Tumeur limitée à l'utérus
T2	II	Tumeur s'étendant aux autres organes du tractus génital par métastase ou extension directe (vagin, ovaire, trompe, ligament rond)
M1a	III	Métastases pulmonaires
M1b	IV	Métastases à d'autres organes
Les stades I à IV sont subdivisés en A et B en fonction du score pronostique.		

de monochimiothérapie (méthotrexate). Si la patiente est à haut risque (FIGO > 6), une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) urgente est organisée entre un gynécologue et un oncologue experts du centre. L'association poly-chimiothérapique EMA-CO est préconisée (étoposide, méthotrexate, actinomycine D, cyclophosphamide, vincristine) et cette dernière est généralement administrée dans un hôpital proche du domicile de la patiente. Le centre surveille l'évolution hebdomadaire de l'hCG sous traitement. Une nouvelle RCP pourra être sollicitée en cas de résistance au traitement, de récurrence ou de toute autre complication. Le centre reste en contact avec le médecin et la patiente pour une période de 12 à 18 mois après négativation de l'hCG dans la surveillance post-chimiothérapie et s'assure de la négativité du dosage d'hCG 3 mois après toute grossesse ultérieure.

Maladies trophoblastiques gestationnelles avec villosités placentaires

Trois types de lésions sont individualisés dans ce sous-groupe de maladies gestationnelles trophoblastiques: la môle hydatiforme complète (MHC), la môle hydatiforme partielle (MHP) et la môle invasive (Tableau 3). La MHP correspond à un produit de conception triploïde avec un lot chromosomique supplémentaire d'origine paternelle secondaire le plus souvent à une fécondation d'un ovocyte par deux spermatozoïdes (dispermie). La MHC correspond à un produit de conception diploïde, mais dont les deux lots chromosomiques sont d'origine paternelle suite à la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4127966>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4127966>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)