

Grossesse molaire

Conduisant à une interruption de grossesse, le diagnostic de grossesse molaire est heureusement rare car il s'agit d'une sorte de tumeur du placenta durant la grossesse qu'il faut traiter rapidement. Elle est plus fréquente lors des grossesses tardives

Définition

La grossesse molaire ou môle hydatiforme est une maladie qui appartient au cadre des maladies trophoblaste lors de la grossesse (c'est le terme employé pour désigner le placenta au premier trimestre de la grossesse).

Il s'agit d'une dégénérescence, sous formes de petits kystes, du tissu du placenta. La fréquence de cette maladie est estimée aux USA à 1/2000 grossesses. Il semblerait que ce taux soit plus élevé chez les asiatiques et que des facteurs nutritionnels soient mis en cause. L'âge maternel est le facteur de risque principal avec un risque relatif égal à 2,6 après 40 ans, 25 après 45 ans et 80 après 50 ans.

La môle peut-être complète, c'est-à-dire que l'ensemble du contenu de l'utérus est constitué du tissu pathologique ; la môle peut également être partielle, c'est-à-dire que le tissu anormal développé à partir du trophoblaste s'accompagne d'une structure fœtale ou amniotique reconnaissable. Les anomalies du fœtus sont alors le plus souvent majeures (anomalies chromosomiques et anomalies morphologiques).

Symptômes

Les saignements, les douleurs, les vomissements, l'augmentation de la taille de l'utérus plus que ne le voudrait l'âge de la grossesse sont des signes habituels. L'échographie pelvienne associée au dosage des beta HCG plasmatiques sont les deux examens principaux qui aident à poser le diagnostic.

L'aspect typique à l'échographie est la présence d'échos caractéristiques en flocon de neige. Les beta HCG montrent un taux habituellement supérieur à 400 000 unités. De temps en temps les signes cliniques, biologiques et échographiques peuvent prendre un aspect moins typique et être de diagnostic difficile.

Traitements

Le traitement est réalisé par l'aspiration sous perfusion d'Ocytocine de la môle. La surveillance après l'évacuation est importante ; elle est basée essentiellement sur la surveillance du dosage des beta HCG plasmatiques qui doit décroître de façon régulière et exponentielle.

Toute décroissance insuffisante, tout plateau, toute ré-ascension du taux des beta HCG permet de définir l'existence d'une prolifération persistante des cellules du placenta. La persistance de ces cellules est retrouvée dans près de 10 % des cas. Un bilan complet en milieu très spécialisé est alors nécessaire et un traitement à base de chimiothérapie est alors proposé.