

## LES MALADIES TROPHOBLASTIQUES.

**I. INTRODUCTION :** le placenta accomplit chez le fœtus des fonctions de nutrition, de respiration et d'excrétion et élabore des hormones ; il constitue ainsi l'organe le plus important au cours de la vie fœtale.

Le placenta est constitué d'une caduque déciduale et de villosités choriales.

Les villosités sont centrées par un axe conjonctivo-vasculaire et surmontée en périphérie par des cellules cytotrophoblastiques mononuclées et syncytiotrophoblastique plurinuclées.

Le placenta est relié au fœtus par un cordon ombilical qui mesure environ 5 cm de long et 1 à 3 cm de diamètre. Ce cordon comporte 03 vaisseaux : 02 artères à paroi épaisse et une veine.

**II. LA MÔLE HYDATIFORME :** c'est une hyperplasie du trophoblaste entraînant une sécrétion élevée de gonadotrophines chorioniques et la transformation vésiculaire en grappes de raisins des villosités choriales.

Elle s'observe entre 25 et 35 ans (période de la plus grande fertilité). Les signes cliniques sont : des métrorragies de la 1ère moitié de la grossesse, un utérus plus volumineux que ne le voudrait la durée de l'aménorrhée.

L'échographie permet un diagnostic fidèle dès la 10<sup>ème</sup> semaine de la grossesse : le fœtus est absent et l'utérus élargit contient des images en flocons de neiges ou en grappes de raisin.

**A. Aspect macroscopique :** le placenta est volumineux friable dépourvu de cavité amniotique, de membrane de fœtus.

La môle est classiquement en grappe de raisin ; les vésicules sont de taille variable ; de 1 à 3cm de diamètre, translucides ou opaques, tendues, à contenu séreux, limpide ou jaunâtre.

L'aspect en grappe est souvent masqué par des foyers de nécroses étendues et par des accidents hémorragiques.

**B. Aspect microscopiques :** l'anomalie essentielle consiste en une hyperplasie trophoblastique, qui est parfois masquée par l'étendue de la nécrose.

Dans la majorité des cas, une portion seulement du pourtour villositaire, présente des amas trophoblastiques, qui sont faits de cellules cytotrophoblastiques et syncytiotrophoblastique. Ces dernières comportent des vacuoles intra cytoplasmiques, souvent volumineuses, remplies d'un matériel lipidique et de glycogène.

Ces cellules se détachent parfois des villosités, réalisant des massifs avec un aspect alvéolaire ou micro kystique, qui vont croître indépendamment dans le tissu interstitiel.

A ces anomalies, s'ajoute un hydrops considérable de l'axe villositaire.

La môle est séparée de la caduque par des dépôts de fibrines.

**C. Evolution :** en l'absence de traitement, les complications de la môle hydatiforme sont assez fréquentes : hémorragies parfois très importantes, toxémie, embolie pulmonaire trophoblastiques. L'évolution de la maladie molaire, reste cependant le plus souvent bénigne, l'utérus régresse lentement. De nouvelles grossesses normales peuvent s'observer, bien qu'une tendance à la récurrence n'est pas exceptionnelle.

**III. LA MÔLE HYDATIFORME INVASIVE ET METASTATIQUE :** Affection aux nombreux synonymes : chorio adénomes destruens, môle destructrice, placenta molaire accreta. Elle se caractérise par des villosités molaires, pénétrant dans la paroi myométriale et pouvant perforer l'utérus, envahir les tissus adjacents et migrer dans le vagin ou le poumon. La plupart de ces villosités molaires ectopiques sont susceptible de régresser.

**A. Histologie :** présence de villosités molaires dans le myomètre. L'axe choriale hydropique est parfaitement reconnaissable parfois nécrotique. Les localisations vaginale et pulmonaire sont relativement fréquentes. Elles comportent des villosités hydropiques, nécrosées à trophoblaste hyperplasique.

**B. Evolution :** la môle invasive ou métastatique régresse spontanément dans la majorité des cas. Certaines évoluent cependant vers le choriocarcinome. Le pronostic est donc réservé et justifie le traitement chimiothérapique systématique, même en l'absence de localisation métastatique clinique.

**IV. CARCINOME THROPHOBLASTIQUE GESTATIONNEL.**  
(choriocarcinome).

**A. Introduction :** la tumeur trophoblastique, se révèle cliniquement par l'association d'hémorragie, d'élargissement et de ramollissement de l'utérus dans un contexte de grossesse récente : môle hydatiforme 51% des cas, avortement 25% des cas, grossesse normale à terme 21,5%, grossesse ectopique 2,5%.

**B. Histologie :** se traduit par des massifs trophoblastiques sans villosités choriales, avec des images de mitoses, d'anomalies cellulaire de foyer de nécrose et des infiltrats lymphoïdes. Le diagnostic doit être confirmé par le dosage des HCG du sérum et des urines. Le dosage permet aussi de suivre l'évolution sous traitement.

**C. Evolution :**

- Après chimiothérapie le trophoblaste disparaît habituellement.
- Les localisations vulvo-vaginales de la maladie trophoblastique sont fréquentes (40% des cas).
- Les autres métastases éventuelles se révèlent surtout entre le 6<sup>o</sup> et le 12<sup>o</sup> mois de la maladie trophoblastique, pratiquement toujours avant la 2<sup>o</sup> année.
- Les métastases cérébrales et hépatiques sont de mauvais pronostic.