



Maladie du placenta (maladie trophoblastique ou grossesse molaire)

🕒 paru le 25/08/2020 • adapté au contexte belge francophone

Un guide-patient est un outil réalisé pour vous aider à faire des choix pour votre santé. Il vous propose des informations basées sur la recherche scientifique. Il vous explique ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé ou ce que les professionnels peuvent vous proposer lors d'une consultation. Bonne lecture !

De quoi s'agit-il ?

La maladie trophoblastique ou grossesse molaire est une maladie du placenta. La maladie trophoblastique peut être complète ou partielle. Dans les deux cas, une fécondation a eu lieu.

En cas de grossesse molaire complète, le sperme de l'homme a fécondé un ovule de la femme qui ne contient pas de matériel génétique (ovule vide). Les 46 chromosomes présents après cette fusion proviennent tous du père. Cette anomalie génétique empêche le développement d'un fœtus. L'[échographie](#) montre le placenta rempli de vésicules qui ressemblent à une grappe de raisins.

En cas de grossesse molaire partielle, le matériel génétique provient bien en partie du père et en partie de la mère, mais, suite à une mauvaise fusion du spermatozoïde et de l'ovule, il y a 69 chromosomes au lieu de 46. Un embryon peut se former, mais il présentera de graves malformations et ne sera pas viable.

Il est important de traiter la maladie trophoblastique et de s'assurer que tous les résidus du placenta malade sont retirés de l'utérus. Sans traitement, le placenta malade peut s'implanter dans la muqueuse utérine et évoluer en cancer du placenta. Ce risque est plus élevé dans le cas d'une grossesse molaire complète.

Chez qui et à quelle fréquence surviennent-elles ?

La maladie trophoblastique est beaucoup plus répandue en Asie et en Afrique que dans les pays occidentaux.

Le risque est plus élevé chez les femmes de moins de 20 ans et chez celles qui ont plus de 40 ans.

Le risque est plus élevé si la femme a déjà fait une grossesse molaire.

Comment la reconnaître ?

Cette maladie du placenta se manifeste généralement par des [saignements vaginaux au début de la grossesse](#). Si une femme a des saignements pendant une durée anormalement longue après une grossesse ou une fausse couche, une maladie trophoblastique doit être envisagée.

Comment le diagnostic est-il posé ?

En cas de suspicion de grossesse molaire, une [échographie](#) (vaginale) de l'utérus doit être réalisée, ainsi qu'une mesure du taux sanguin d'HCG (gonadotrophine chorionique), l'hormone produite pendant la grossesse.

En cas de grossesse molaire complète, l'échographie montrera une « tempête de neige » caractéristique de la maladie. En cas de grossesse molaire partielle, l'image est celle d'une fausse couche.

Lors d'une grossesse molaire complète, le taux d'HCG est nettement plus élevé que lors d'une grossesse normale, ce qui peut entraîner des vomissements plus sévères que dans une grossesse normale. Lors d'une grossesse molaire partielle, le taux d'HCG peut être normal. Le taux d'HCG est également augmenté en cas de cancer du placenta.

Que pouvez-vous faire ?

En cas de [saignements vaginaux en début de grossesse](#), contactez un médecin. Une [échographie](#) ou un contrôle du taux d'HCG peuvent éventuellement être programmés.

Que peut faire le médecin ?

Une grossesse molaire doit être interrompue. La méthode utilisée est le plus souvent un curetage par aspiration : cela supprime la couche interne de l'utérus, ainsi que le placenta affecté et éventuellement l'embryon. Après une fausse couche spontanée, on a aussi parfois recours à un curetage par aspiration pour éliminer les restes du placenta malade. Parfois, il est recommandé de retirer l'utérus.

Après le traitement, on suit le taux d'HCG pour s'assurer qu'il diminue comme prévu. Si le taux ne diminue pas suffisamment, cela peut indiquer la présence de tissu résiduel ou de métastases. En cas de métastases, qui se développent principalement dans les poumons, le foie, le cerveau et le vagin, un traitement par [chimiothérapie](#) doit être instauré. L'effet du traitement est vérifié en suivant le taux d'HCG.

Lors d'une prochaine grossesse, une échographie doit être réalisée tôt en raison du risque accru de grossesse molaire. Après l'accouchement, le placenta doit être soigneusement examiné. On suivra le taux d'HCG pour vérifier qu'il diminue bien après la grossesse.

Le pronostic est bon : plus de 85 % des femmes sont toujours en vie après cinq ans.

Source

[Guide de pratique clinique étranger 'Maladie trophoblastique gestationnelle' \(2006\), mis à jour le 15.08.2017 et adapté au contexte belge le 03.01.2018 – ebpracticenet](#)