

# ULTRASCHALLSERIE

Placentomégalie

## Le placenta : Une annexe foetale à ne pas oublier !

### Présentation du cas

Patiente de 26 ans, 1G0P, adressée dans un centre d'échographie foetale à 18 SA en raison d'un dosage élevé de l'AFP à **41.45 MoM** et d'un placenta épaissi avec suspicion de malformation foetale.

Grossesse harmonieuse jusqu'à cet examen, patiente sans aucune comorbidité. Dépistage du 1<sup>er</sup> trimestre à 1/130 pour la trisomie 21 : clarté nucale à 1.7 mm, **BHCG à 4.9 MoM** et Papp-A à 0.9 MoM. DPNI normal.

La patiente signale une prise pondérale de 5 kg en 4 jours avec d'importants œdèmes des membres inférieurs et une dyspnée.

A l'échographie, mise en évidence d'un placenta très épaissi, vacuolé, avec des lacunes anéchogènes ne prenant pas le doppler (figures 1–3). Ces vésicules sont bien mises en évidence en échographie 3D (figure 4). Le fœtus présente une microcéphalie avec un signe du citron et de la banane; l'examen du rachis montre un défaut osseux en région lombaire sur 3 vertèbres. Présence d'une communication interauriculaire et d'un estomac de petite taille.

Les ovaires sont très agrandis, 8 et 9 cm de long axe, et présentent une hyperstimulation avec un aspect multifolliculaire. Au status, la TA est à 150/100, la saturation à 94% à l'air ambiant. L'utérus arrive



**Dr Cécile Guenot**  
Lausanne



**Pr Yvan Vial**  
Lausanne

à 2 doigts au-dessus de l'ombilic. La scintigraphie pulmonaire exclut une embolie pulmonaire et la radiographie de thorax ne montre pas de surcharge hydrique.

Le bilan met en évidence une protéinurie à 0.3 g/l, des urates à 380 mmol/l, une albumine abaissée à 29 g/L, des tests hépatiques (ASAT, ALAT) et un fibrinogène dans la norme, faisant poser le diagnostic de prééclampsie dans le contexte d'une môle partielle.

En raison du risque élevé de péjoration de la prééclampsie, une ITG est décidée en accord avec le couple (figure 5).

TAB. 1	Comparatif entre la dysplasie mésoenchymateuse du placenta (DMP), la môle partielle (MP) et la grossesse gémellaire comprenant une môle complète et un fœtus sain (GGMC).		
	DMP	MP	GGMC
<b>Echographie 2D</b>	Placentomégalie Lacunes intraplacentaires anéchogènes Dilatation des vaisseaux de la plaque choriale Fœtus visible	Placentomégalie Lacunes intraplacentaires anéchogènes. Fœtus visible	Placentomégalie Lacunes intraplacentaires anéchogènes. Fœtus visible
<b>Echographie 3D</b>	Multiples kystes de taille et de forme variables	Multiples kystes de taille et de forme similaires	Placenta kystique séparé du fœtus
<b>BHCG, AFP</b>	BHCG généralement normaux AFP élevée	BHCG augmentés	BHCG augmentés
<b>Caryotype</b>	Fœtus diploïde	Fœtus triploïde	Fœtus diploïde
<b>Immunohistochimie</b>	p57 positif	p57 positif	p57 négatif
<b>Macroscopie placentaire</b>	Placenta agrandi avec des kystes dispersés et une dilatation des vaisseaux de la plaque choriale	Placenta avec des vésicules en grappe au milieu du placenta normal	Placenta kystique
<b>Histologie placentaire</b>	Parois vasculaires épaissies avec possibles thromboses; œdème des villosités	Œdème des villosités	Œdème des villosités
<b>Devenir de la grossesse (fœtus)</b>	Nouveau-né sain dans 10% cas Risque augmenté de RCIU, Beckwith-Wiedemann, prématurité	MIU ou ITG	Nouveau-né sain dans 35–40% cas Risque augmenté de RCIU, accouchement prématuré, ITG
<b>Devenir maternel</b>	HTA gravidique, prééclampsie, HELLP	<5% de risque de maladie trophoblastique persistante	20% de risque de maladie trophoblastique persistante

**FIG. 1** Placenta agrandi, contenant de multiples lacunes anéchogènes.



**FIG. 2** Placenta très agrandi, en comparaison de la taille de la tête fœtale (à droite de l'image, entre les calipers).



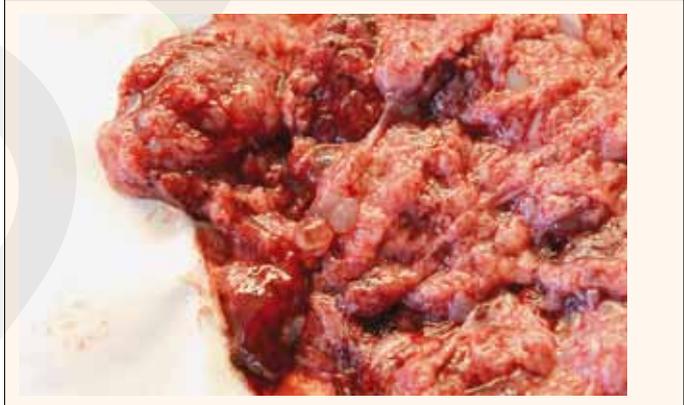
**FIG. 3** Multiples lacunes anéchogènes intraplacentaires ne prenant pas le doppler.



**FIG. 4** Aspect multivésiculaire du placenta, avec des vésicules d'aspect uniforme en 3D.



**FIG. 5** Aspect placentaire à la macroscopie : identification de plusieurs vésicules.



## Discussion

La découverte échographique d'un placenta agrandi fait évoquer trois diagnostics: la môle partielle (MP), la grossesse gémellaire avec une môle complète coexistant avec un fœtus sain (GGMC) et la dysplasie mésoenchymateuse du placenta (DMP) (1). Le diagnostic entre ces 3 entités est important car les pronostics ne sont pas les mêmes (tableau 1).

La dysplasie mésoenchymateuse du placenta est une entité encore mal connue, qui associe une placentomégalie, des vésicules intraplacentaires, une dilatation des vaisseaux de la plaque chorionale et peut aboutir à la naissance d'un enfant sain. Les anomalies chromosomiques n'y sont que très rarement associées. Le diagnostic final se fait sur l'examen anatomopathologique du placenta (2).

Les grossesses molaires peuvent être soit des môles complètes, soit des môles partielles. L'aspect échographique du placenta en tempête

de neige est assez caractéristique pour une môle complète, il peut être plus difficile à voir lors de môle partielle. Ces grossesses n'aboutissent pas à une grossesse viable et sont à risque d'évoluer vers une maladie trophoblastique persistante. La môle partielle est associée à un caryotype triploïde, la môle complète à un caryotype diploïde. L'échographie, grâce au 3D en mode inversé, permet de faire la distinction entre ces 3 entités (3). La DMP présente de multiples kystes de taille et de forme variable éparpillés dans le placenta. La MP est faite de kystes placentaires uniformes. Et dans la GGMC le placenta molaire est clairement séparé du sac gestationnel du jumeau sain. Les dosages biologiques du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> trimestre sont généralement perturbés dans ces 3 entités. Les BHCG sont toujours très élevés dans les grossesses molaires, ils peuvent être normaux ou légèrement supérieurs à la norme dans la dysplasie. L'AFP peut être augmentée dans la dysplasie et dans les môles.

Ces 3 pathologies placentaires peuvent avoir comme manifestation clinique associée une prééclampsie précoce (<20 SA), une hyperthyroïdie et une hyperstimulation ovarienne (4–6).

Une amniocentèse ou une biopsie de trophoblaste devraient être proposées aux patientes une fois l'anomalie placentaire mise en évidence, pour distinguer entre une grossesse molaire et une dysplasie mésenchymateuse car le pronostic fœtal n'est pas le même. Le placenta doit toujours être envoyé en examen anatomopathologique car le diagnostic définitif de dysplasie mésenchymateuse ne peut se faire que de cette façon.

**Dr Cécile Guenot**

**Pr Yvan Vial**

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois  
Département Femme Mère Enfant  
Av. Pierre Decker 2, 1011 Lausanne  
cecile.guenot@chuv.ch

**Références :**

1. Adams HP et al. Cystic placentomegaly on a second-trimester ultrasound. JAAPA 2018;31:36-40
2. Nayeri UA et al. Systematic review of sonographic findings of placental mesenchymal dysplasia and subsequent pregnancy outcome. Ultrasound Obstet Gynecol 2013;41:366-374
3. Minekawa-Mehandjiev R et al. Placental mesenchymal dysplasia differentially diagnosed from molar pregnancy by 3-D inversion mode rendering : A case report. J Obstet Gynecol Res 2014;40:284-287

### Messages à retenir

- ◆ Lors de placenta agrandi ou d'aspect vacuolé, penser au diagnostic différentiel de môle partielle, grossesse gémellaire avec une môle complète coexistant avec un fœtus sain et de dysplasie mésenchymateuse du placenta
- ◆ Lors de dosages du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> trimestre élevés (BHCG ou AFP), penser à bien regarder l'aspect placentaire
- ◆ Au vu des risques maternels associés, une prééclampsie, une hyperthyroïdie et une hyperstimulation ovarienne doivent être recherchés lors de mise en évidence de placenta agrandi et kystique
- ◆ Un caryotype doit être réalisé pour différencier une dysplasie mésenchymateuse du placenta (diploïde) et une môle partielle (triploïde) car la 1<sup>e</sup> pathologie peut aboutir à un fœtus sain

4. Davoudian P. Placental mesenchymal dysplasia associated with spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome. BMJ Case Rep 2015
5. Alhalabi K et al. Ovarian hyperstimulation syndrome as a complication of molar pregnancy. Cleve Clin J Med 2016;83:504-506
6. Suzuki H et al. Ovary hyperstimulation syndrome accompanying molar pregnancy: case report and review of the literature. Arch Gynecol Obstet 2014;290:803-806