

MALADIES GESTATIONNELLES TROPHOBLASTIQUES

GENERALITES:

Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles sont des proliférations du trophoblaste péri-villositaire.

Il existe plusieurs entités anatomo-cliniques :

Entités bénignes: - môles hydatiformes complète ou partielle

Entités malignes:- môles invasives

- choriocarcinome
- tumeur trophoblastique du site d'implantation
- tumeur trophoblastique epitheloïde

MOLE HYDATIFORME

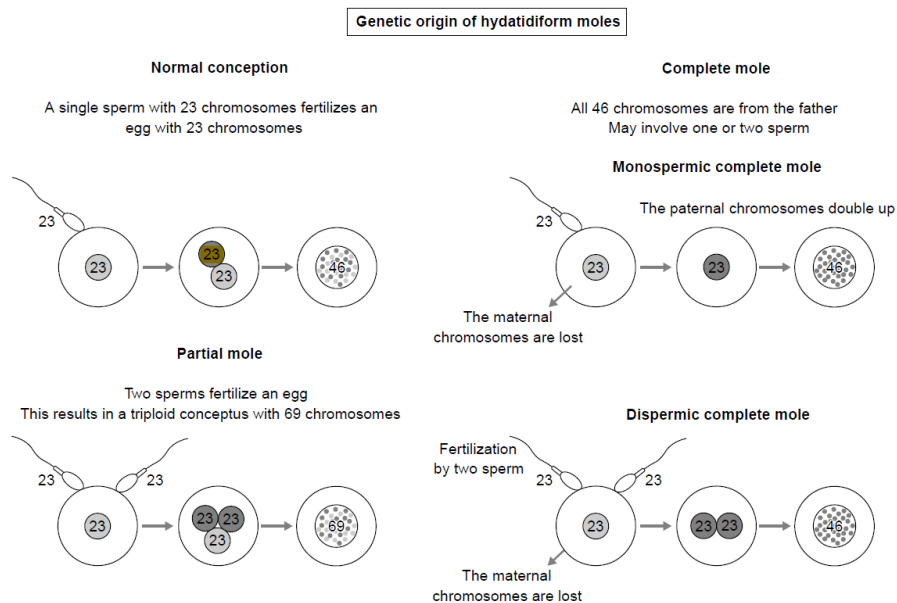
Définition: dégénérescence kystique des villosités chorales, anomalies des villosités chorales

Fréquences variables: -1/2500 grossesses Etats unis et Europe

-1/200-500 grossesses certaines régions asiatiques

-Algérie: 1/1000 gsse

Étiopathogénie:



Facteurs de risque:

Âge extrême de la grossesse

Antécédents de môle hydatiforme

Antécédents d'avortements spontanés

-Ethnie extrême orient+++

-nutrition(pauvreté en graisse animale et carotène)

Clinique: - métrorragies capricieuses

- utérus non en rapport avec l'âge de la grossesse, plus gros, variable

- hyperemesis gravidarum

- pré éclampsie précoce, < 24 SA

- kystes ovariens gravidiques

Examens complémentaires:

- Echographie: +++ flocons de neige, nids d'abeille

- Dosage de β HCG: souvent très élevée/âge gestationnel

- Radiographie pulmonaire (TTX ou TDM): recherche de métastase

Evolution: Expulsion spontanée vers 16 SA

Traitement: - Evacuation par aspiration sous contrôle échographique,

- évacuation la plus complète, pour prévenir perforation

- sous perfusion ocytocyque, antibiotique
- Immunoglobulines antiD si Rh négatif

Hystérectomie: exceptionnelle

Suivi: - Clinique, involution utérine, saignement, régression kystes ovariens

Echographie endovaginale après 15j et/ou si saignement ou évolution anormale,

Reaspiration si rétention molaire (> 17mm)

jamais de 3e aspiration

- **Biologie:** - hCG hebdomadaire jusqu'à négativation (3 dosages successifs)
dosage mensuel pendant 6 – 12 mois

-Contraception pendant 1 année

Evolution pathologique:

- ascension par 2 dosages successifs
- plateau (3 dosages successifs identiques)
- persistance de hCG après 3 mois

Evolution: formes malignes dans 10 – 20 %

TUMEURS TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES (TTG)

Circonstances de découvertes:

- suites anormales d'une grossesse molaire(60%)
- métrorragies persistantes inexplicées après un avortement(30%)
- métrorragies inexplicées des mois après un accouchement ou une grossesse ectopique(10%)
- Exceptionnellement devant métastase pulmonaires

Critères diagnostiques d'une TTG post molaire: (FIGO 2002) 1critère suffit:

- Existence d'un plateau des valeurs d'hCG sur au moins 4 dosages hebdomadaires successifs pendant 3 semaines (J1-7-14-21)
- Existence d'une augmentation des valeurs d'hCG sur au moins 3 dosages hebdomadaires successifs pendant 2 semaines (J1-7-14)
- Persistance d'hCG détectable 6 mois après évacuation
- Diagnostic histologique de choriocarcinome

Diagnostic d'une TTG dans les suites d'une grossesse non molaire difficile, à évoquer devant:

- Métrorragie persistante inexplicées 6 semaines après grossesse
- Métastase sans cancer primitif connu
- Taux élevée de hCG
- Diagnostic histologique de choriocarcinome

Bilan d'extension:

-Extension locale: échographie pelvienne endovaginale +/- doppler couleur si possible

-Extension locorégionale: IRM

-Extension à distance: - métastase pulmonaire par scanner thoracique et radiographie pulmonaire pour dénombrer et mensuration - métastase hépatique par scanner abdominal et métastase cérébral par IRM

Score	1	2	3	4
Age(ans)	<40	>=40		
Grossesse précédente	Môle hydatiforme	Avortement	Grossesse à terme	
Intervalle grossesse précédente – début chimiothérapie(mois)	<4	4 – 6	7 – 12	≥13
hCG total sérique(UI/L)	<10 ³	10 ³ - < 10 ⁴	10 ⁴ - 10 ⁵	≥10 ⁵
Taille tumorale la plus grande incluant l'uterus		3 – <5 cm	≥ 5cm	
Sites de métastases	Poumons	Rate, rein	Tube digestif	Cerveau ,foie
Nombre de métastases identifiées	0	1 – 4	5 – 8	>8
Chimiothérapie antérieure	Non		Echec de monochimio	Echec de polychimio

-TTG à bas risque: score ≤ 6

- TTG à haut risque: score ≥ 7

Les tumeurs du site d'implantation sont exclues de ce score

Traitement des TTG bas risque:

- Monochimiothérapie, faible toxicité
taux de guérison proche de 100 %
- 1ere ligne: Methotrexate
+ Acide folinique
- Si intolérance ou contre-indication: Actinomycine D
- Si échec de MTX: hCG < 500 UI/L → Actinomycine D
hCG > 500 UI/L → Polychimiothérapie

Place de la chirurgie

Non recommandée en 1ere intention si bas risque

Discutable si TTG non métastatique chez multipare avant chimiothérapie

Si complications hémorragiques: Hystérectomie d'hémostase ou embolisation

Traitement des TTG à haut risque

Polychimiothérapie taux de guérison proche de 80%:

- Protocole à base de Methotrexate (EMA-CO: etoposide, MTX, actinomycine D, cyclophosphamide, vincristine)

- Protocole à base de Cisplatine en cas de contre indication au MTX

Traitement des TTG à haut risque

Si métastase cérébral d'emblée,

EMA-CO forte + MTX intra thécale
irradiation non recommandée

Chirurgie es métastases d'indication exceptionnelle

Suivi:

Dosage hebdomadaire de hCG pendant 8 semaines

tous les 15 jours pendant 8 semaines

tous les mois pendant 12 – 18 mois

Fertilité et grossesse:

Grossesse envisageable après dosages négatifs de hCG sérique

- 6 mois en cas de MHP
- 12 mois en cas de MHC
- 12 mois si TTG bas risque
- 18 mois si TTG haut risque

Tumeur Trophoblastique du Site d'Implantation placentaire

Traitement de référence: hystérectomie totale

traitement conservateur discutable si désir de maternité, en cas d'évolution favorable clinique biologique, et radiologique

Chimiothérapie non standardisée

CONCLUSION:

de diagnostic et de prise en charge facile , la maladie trophoblastique gestationnelle peut être mortelle si retard diagnostique ou une prise en charge malmenée.

Références:

- Dewhurst's textbook of obstetrics and gynecology , K.EDMOND 2007
- Maladies gestationnelles trophoblastiques: diagnostic et prise en charge CNGOF 2010
- Maladies trophoblastiques gestationnelles, G. RANDAOHARISON 2012