

## MALADIES GESTATIONNELLES TROPHOBLASTIQUES

### I. Introduction

- môles hydatiformes complète ou partielle.
- môles invasives.
- choriocarcinome .
- tumeur trophoblastique du site d'implantation.
- tumeur trophoblastique épithélioïde.

Très métastatiques et mortelles en absence de traitement.

### II. Epidémiologie

#### A. Mole hydatiforme:

Fréquences variables ; de 1/1000 à 1/2000 grossesses Etats unis et Europe, 1/85 grossesses dans certaines régions asiatiques.

#### B. Choriocarcinome:

1/20000 à 1/40000 USA et Europe, et plus fréquent en Asie et en Amérique.

### III. FACTEURS DE RISQUES

#### A. MGTP:

- B HCG supérieur a 100000UI/L avant l'évacuation.
- Taille de l'utérus
- Kystes lutéiniques >6 cm.
- Age >40 ans.
- ATCDS de grossesse molaire.
- Problèmes médicaux associés.

#### B. MGT

- Les 2 extrêmes de l'age .
- Consanguinité.
- L'éthnie.
- ATCDS de G molaire ou GG bivitelline.

## IV. ANA PATH

- **Mole partielle:** cavité amniotique +/- embryon.
- **Mole complète :** placenta vésiculaire sans sac ni embryon.
- **Mole invasive et métastatique:** pénétration du myomètre par la mole , extention a distance possible.
- **Choriocarcinome typique:** Tm épithéliale méta Fc.
- **Choriocarcinome atypique:** grandes C intermédiaires entre cyto et syncytiotrophoblaste.

## V. MÔLE HYDATIFORME

### 1. Formes

- **Mole complète:**
  - Troubles au cours de la fécondation:
  - caryotype 85- 94 % ; XX d'origine exclusivement paternelle
- **Mole partielle:** triploïde

### 2. 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

### 3. Examens complémentaires:

- **Echographie:** +++ flocons de neige, nids d'abeille
- **Dosage de  $\beta$ HCG:** très élevée > 400000 UI/24h

### 4. Traitement

- **Evacuation par aspiration**
  - sous contrôle échographique si age gestationel < 16 SA
  - éviter la curette moussée
  - sous perfusion ocytotique, antibiotique
  - Immunoglobulines antiD si Rh négatif
- **Hystérectomie** discutable si âgée, ou haut risque

### 5. Suivi:

- **Clinique:**
  - involution utérine, saignement, régression kystes ovariens.
  - Reaspiration si rétention molaire (> 17mm)
  - On ne fait jamais de 3<sup>e</sup> aspiration.
- **Biologie:**
  - hCG hebdomadaire jusqu'à négativation (sur 3 dosages successifs)
  - dosage mensuel pendant 6 – 12 mois
- **Contraception+++ ;** pendant 2 années

## 6. Evolution pathologique:

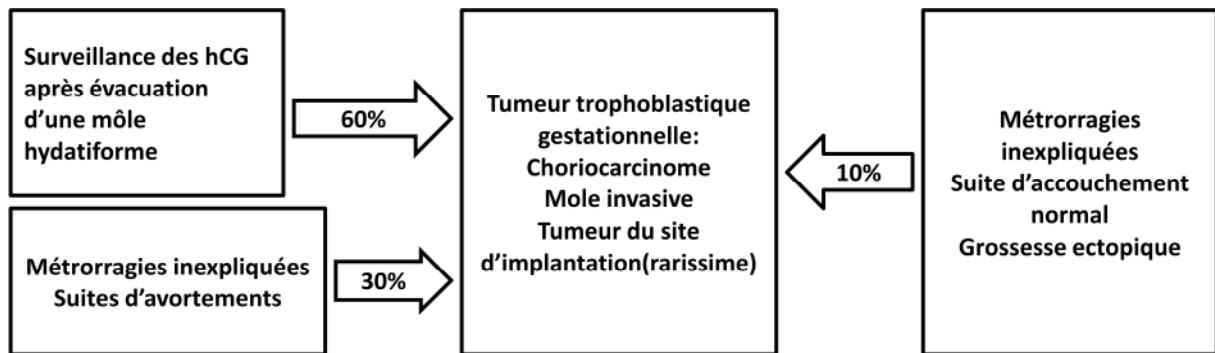
- ascension par 2 dosages successifs
- plateau (3 dosages successifs identiques)
- persistance de hCG après 3 mois
- L'évolution vers les formes malignes se voit dans 10 – 20 %

## VI. TUMEURS TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES

Cas exceptionnel de cancérisation d'un individu à partir d'une greffe

### 1. 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



### 2. Bilan d'extension

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

### 3. SCORE DE BAGSHAWE

Score	0	1	2	4
Age (ans)	<39	≥39		
Grossesse précédente	Môle hydatiforme	Avortement	Grossesse à terme	
Intervalle grossesse précédente – début chimiothérapie (mois)	<4	4 – 6	7 – 12	≥12
hCG total sérique (UI/L)	<10 <sup>3</sup>	10 <sup>3</sup> - < 10 <sup>4</sup>	10 <sup>4</sup> - 10 <sup>5</sup>	≥10 <sup>5</sup>
Groupage sanguin		O ou A	B ou AB	
Taille tumorale la plus grande incluant l'utérus	<3cm	3 – 5 cm	≥ 5cm	
Sites de métastases	Poumons vagin	Rate, rein	Tube digestif foie	Cerveau
Nombre de métastases identifiées	0	1 – 3	4 – 8	>8
Chimiothérapie antérieure	Non		monochimio	polychimio

#### Score des TTG:

- **TTG à bas risque:** score ≤ 6
- **TTG à haut risque:** score ≥ 7

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

### 4. Traitement

#### A. TTG a bas risque:

- Monochimiothérapie, faible toxicité
- Taux de guérison proche de 100 %
- 1ere ligne: **Methotrexate (1 mg/kg J1\_J3\_J5\_J7) + Acide folinique**
- Si intolérance ou contre-indication: **Actinomycine D**

#### B. 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

#### C. Tumeur Trophoblastique du Site d'Implantation placentaire(TTSI)

- Traitement de référence: **hystérectomie totale**
- Traitement conservateur discutable si désir de maternité, en cas d'évolution favorable clinique biologique, et radiologique

### VII. CONCLUSION

- Maladies Gestationnelles Trophoblastiques
- Possibilité de diagnostic précoce
- Bon pronostic en cas de prise en charge correcte ; essentiellement médicale