

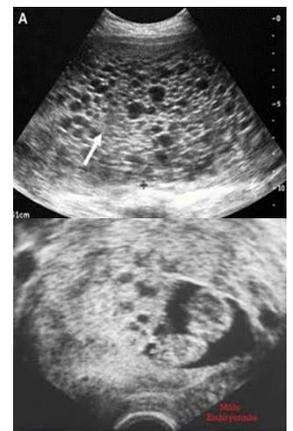
# Maladies Gestationnelles Trophoblastiques

## Introduction

- **Entités bénignes** : môles hydatiformes (complète ou partielle)
- **Entités malignes** : très métastatiques et mortelles en absence de traitement
  - Môles invasives
  - Choriocarcinome
  - Tumeur trophoblastique du site d'implantation

## Môle hydatiforme

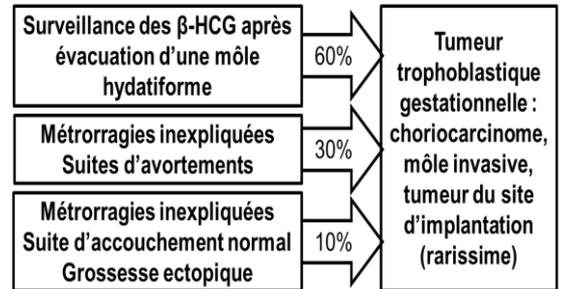
- **Définition** : est faite des villosités choriales enflées et remplies de liquide, dégénérescence kystique des villosités placentaires
- **Fréquence** : variable
  - 1/1000-1/2000 grossesses aux Etats Unis et Europe
  - 1/85 grossesses dans certaines régions asiatiques
- **Facteurs de risque** : en rapport avec la nutrition (pauvreté en graisse animale et carotène) et l'âge (augmente avec l'âge)
- **Types** : il existe 2 types :
  - **Complète** : ce type de tumeur se développe quand un ovule anormal qui ne contient pas d'ADN est fécondé par un ou 2 spermatozoïdes
  - **Partielle** : se développe quand un ovule normal est fécondé par 2 spermatozoïdes, c'est un mélange de tissu fœtal et de tissu trophoblastiques. S'il y a un fœtus, il est anormal et il ne peut pas survivre. Cette tumeur risque moins d'évoluer en cancer que la môle complète
- **Môle invasive** : est une môle hydatiforme qui se développe dans la paroi musculaire de l'utérus (myomètre), 15-20% des môles hydatiformes peuvent se transformer en mole invasive.
- **Choriocarcinome** : est une forme maligne de maladies gestationnelles trophoblastiques
- **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
- **Examens complémentaires** :
  - **Echographie +++** : flocons de neige, nids d'abeille
  - **Dosage de  $\beta$ -HCG** : très élevé (> 400.000 UI/24h)
  - **Radiographie pulmonaire**
- **Evolution** : expulsion spontanée vers 16 SA
- **Traitement** :
  - **Evacuation par aspiration** : sous contrôle échographique, évacuation la plus complète, pour prévenir perforation, sous perfusion ocytotique et antibiotiques
  - **Immunoglobulines anti-D** : si Rh négatif
  - **Hystérectomie** : discutable si âgée ou haut risque
- **Suivi** :
  - **Clinique** : involution utérine et des saignement, régression des kystes ovariens
  - **Echographie endo-vaginale** : après 15 jours et/ou si saignement ou évolution anormale
  - **Ré-aspiration** : si rétention molaire (> 17 mm), jamais de 3<sup>e</sup> aspiration
  - **Biologie** :  $\beta$ -HCG hebdomadaire jusqu'à négativation (3 dosages successifs), dosage mensuel pendant 6-12 mois
  - **Contraception** : pendant une année



- **Evolution pathologique :**
  - Ascension par 2 dosages successifs
  - Plateau (3 dosages successifs identiques)
  - Persistance de  $\beta$ -HCG après 3 mois
  - Evolution vers les formes malignes dans 10-20%

## Tumeurs Trophoblastiques Gestationnelles (TTG)

- **Circonstances de découvertes :**
  - Suites anormales d'une grossesse molaire (60%)
  - Métrorragies persistantes inexplicables après un avortement (30%)
  - Métrorragies inexplicables des mois après un accouchement ou une grossesse ectopique (10%)
  - Exceptionnellement, devant métastase pulmonaires
- **Critères diagnostiques d'une TTG post-molaire (FIGO 2002) :** 1 critère suffit
  - Existence d'un plateau des valeurs d' $\beta$ -HCG sur au moins 4 dosages hebdomadaires successifs pendant 3 semaines (J1-7-14-21)
  - Existence d'une augmentation des valeurs d' $\beta$ -HCG sur au moins 3 dosages hebdomadaires successifs pendant 2 semaines (J1-7-14)
  - Persistance d' $\beta$ -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 inexplicables 6 semaines après grossesse
  - Métastase sans cancer primitif connu
  - Taux élevé de  $\beta$ -HCG
  - Diagnostic histologique de choriocarcinome
- **Bilan d'extension :**
  - **Extension locale :** échographie pelvienne endo-vaginale +/- doppler couleur si possible
  - **Extension locorégionale :** IRM
  - **Extension à distance :**
    - **Métastase pulmonaire :** par scanner thoracique et radiographie pulmonaire pour dénombrer et pour les mensurations
    - **Métastase hépatique :** par scanner abdominal
    - **Métastase cérébrale :** par IRM



## Fertilité et grossesse après maladie gestationnelle trophoblastique

Grossesse envisageable après dosages négatifs de  $\beta$ -HCG sérique

- 6 mois en cas de môle hydatiforme partielle
- 12 mois en cas de môle hydatiforme complète
- 18 mois si TTG à haut risque

## Conclusion

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