

MALADIE TROPHOBLASTIQUE GESTATIONNELLE

MODULE DE GYNECO-OBSTETRIQUE
COURS DESTINE AUX ETUDIANTS DE 5 EME ANNEE
PRESENTE PAR DR A. ABES

I. INTRODUCTION- DEFINITION :

La maladie trophoblastique gestationnelle regroupe :

- La mole hydatiforme partielle ou complète ;
- Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles : la mole invasive, le choriocarcinome et la tumeur du site d'implantation ; ces tumeurs peuvent donner des métastases et être mortelles en absence de prise en charge efficace.

II. EPIDEMIOLOGIE- FACTEURS DE RISQUE :

La fréquence des grossesses molaires varie entre 1/3000 grossesses dans les pays développés et 1/200 grossesses dans les pays en voie de développement.

Les facteurs de risques sont représentés essentiellement par :

- ✓ Le niveau socio-économique bas et déficits nutritionnels
- ✓ Les facteurs génétiques ou raciaux
- ✓ Les facteurs environnementaux
- ✓ Le groupe sanguin AB

III. ANATOMO-PATHOLOGIE :

On note une anomalie de l'oeuf caractérisée par une dégénérescence polykystique et hydropique d'une partie ou de la totalité de la villosité chorale ainsi qu'une prolifération trophoblastique excessive.

Sur le plan macroscopique on décrit un état vésiculaire des villosités placentaires : aspect en «grappes de raisin» ; avec absence d'embryon

IV. DIAGNOSTIC D'UNE MOLE HYDATIFORME :

A. SIGNES CLINIQUES :

1. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE.

- ✓ Lors d'une aménorrhée suivie de métrorragies ;
- ✓ Découverte fortuite lors d'un examen échographique ou après un avortement ;
- ✓ En cas d'exagération des signes sympathiques de la grossesse.

2. SIGNES FONCTIONNELS :

- Les métrorragies : spontannées, faites de sang rouge, généralement récidivantes et d'abondance croissante ;
- Douleur abdomino-pelvienne à type de pesanteur ou de colique expulsive ;

3. SIGNES GENERAUX :

- ✓ Paleur cutanéomuqueuse ;
- ✓ Asthénie ;

4. SIGNES PHYSIQUES :

- A l'inspection : uterus plus volumineux que ne le voudrait l'âge de la grossesse ;
- A la palpation : uterus gros, mou : hauteur utérine augmentée ;
- A l'auscultation : absence des bruits cardiaques fœtaux ;
- A l'examen sous spéculum : confirme l'origine endo-utérine du saignement avec parfois présence de vésicules molaires.
- Au toucher vaginal : le col est mou avec un utérus gros et des masses latéro-utérines souvent bilatérales en rapport avec des kystes lutéiniques ;

B. SIGNES PARACLIQUES :

- ✓ Le dosage des β HCG sériques où on retrouve des taux très élevés en cas de grossesse molaire, généralement >100.000 UI/l.
- ✓ NFS : objectivant une anémie
- ✓ L'échographie : examen clé montrant un processus échogène lacunaire «frais de grenouille» ou «nid d'abeille» avec absence d'embryon ; les ovaires sont porteurs de kystes lutéiniques

V. EVOLUTION :

- Avortement le plus souvent vers le 4^{ème} mois de grossesse généralement très hémorragique et parcellaire ;
- Guérison le plus souvent si traitement adapté ;
- Complications en cas d'absence de traitement ou de prise en charge inadéquate, parfois les complications surviennent malgré un traitement bien conduit ;

VI. COMPLICATIONS :

- ✓ Hémorragie génitale s'accompagnant d'anémie voire même un état de choc ;
- ✓ Les infections locales ;
- ✓ Torsion ou rupture de kystes lutéiniques ;
- ✓ La perforation utérine spontanée ou iatrogène ;
- ✓ La dégénérescence choriocarcinomeuse .

VII. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Devant les métrorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse :
 - la menace d'avortement spontané ;
 - la grossesse extra-utérine ;
 - l'hématome décidual ;
 - Les lésions cervico-vaginales ;
- Devant l'augmentation de la taille de l'utérus :
 - la grossesse gemellaire ;
 - l'hydramnios ;
 - fibrome ou tumeur ovarienne ;

VIII. LE TRAITEMENT :

A. BUT :

- Evacuer l'utérus ;
- Eviter et/ ou traiter les complications : surtout prévenir le choriocarcinome ;
- Préserver si possible le potentiel de fertilité ;

B. MOYENS ET METHODES :

- ✓ Curetage aspiratif sous perfusion de syntocinon® ou de methergin® avec prélèvements pour étude histologique ;
- ✓ Le traitement antimitotiques en cas de maladie trophoblastique persistante : méthotrexate ou actinomycine D ;
- ✓ Hystérectomie totale avec ou sans annexectomie .

IX. SURVEILLANCE :

La grossesse molaire nécessite un suivi d'au moins 6 mois, une échographie pelvienne doit être pratiquée dans les 15 jours suivant le curetage aspiratif à la recherche de rétention ; une surveillance biologique hebdomadaire par dosage sérique d'HCG est recommandée jusqu'à négativation confirmée sur 3 dosages successifs ;

Après négativation : un dosage mensuel d'HCG est envisagé pendant 6 mois en cas de mole hydatiforme partielle, 12 mois en cas de mole complète .

Une contraception efficace doit être instaurée.

X. PRISE EN CHARGE DES TUMEURS TROPHOBLATIQUES GESTATIONNELLES :

A. CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE :

- ✓ Absence de normalisation ou réascension des taux d'HCG après évacuation complète d'une mole partielle ou totale ;
- ✓ Des métrorragies persistantes inexplicables après un avortement spontané ou provoqué ,
- ✓ Occasionnellement le diagnostic est porté devant des métrorragies inexplicables dans les semaines ou les mois suivant un accouchement normal ou grossesse éctopique ;

B. LE BILAN D'EXTENSION :

Une fois le diagnostic de TTG posé, il est recommandé d'en évaluer l'extension par une échographie pelvienne, la radiologie pulmonaire, scanner abdominal et IRM cérébrale.

C. TRAITEMENT DES TTG :

Monochimiothérapie en cas de TTG de bas grade ou polychimiothérapie si tumeur de haut grade.