



Tumeurs trophoblastiques gestationnelles : démarche diagnostique et thérapeutique à propos de trois observations

M.Aitoufki, Z.Kabba, A.Hassine, A.Filali, MH. Alami
Maternité Universitaire des Orangers, CHU Ibn-Sina
Université Mohamed V- Souissi-Rabat

Introduction

Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) représentent les formes malignes des maladies trophoblastiques gestationnelles. Elles font toujours suite à une grossesse, le plus souvent molaire (môle hydatiforme). Elles désignent des affections ayant en commun une sécrétion anormalement élevée et prolongée d'hormone chorionique gonadotrophique (HCG). Elles peuvent être divisées en deux groupes : un groupe à bas risque, traité par monochimiothérapie et un groupe à haut risque traité par polychimiothérapie. Nous rapportons trois observations cliniques de TTG en décrivant leurs présentations cliniques, biologique, radiologique et la prise en charge de ces affections.

Observations

Observation 1: patiente âgée de 35 ans, sans antécédents pathologiques notables G2P1 elle a 1 enfant vivant accouché par césarienne, G2: grossesse molaire partielle aspirée et chez qui on a objectivé une ré-ascension de taux sérique de Bhcg sur trois valeurs hebdomadaires successives 2 mois après l'aspiration. La patiente était classé à bas risque selon le score de FIGO 2000 donc elle a reçu une mono-chimiothérapie au méthotrexate. La négativation du taux HCG sérique a été obtenue après trois cures de chimiothérapie

Observation 2 : primipare âgée de 21 ans, sans antécédents pathologiques notables, G1P0 : grossesse molaire aspirée hors notre formation sur un taux sérique de BHCG à 871000 mIU/ml, l'examen anatomopathologique du produit aspiré n'a pas été réalisé ni le suivi après l'aspiration. Deux mois après, La patiente a consulté dans notre formation pour prise en charge d'un saignement utérin anormal, l'examen clinique n'a pas objectivé d'anomalie, l'échographie pelvienne a montré des images anéchogènes confluentes, intra-myométriales, hypervascularisées au doppler sans image suspecte de grossesse ou d'invasion. BHCG sérique à 11300 mIU/ml. Devant la discordance clinico-biologique on a réalisé une IRM pelvienne qui n'a pas objectivé d'anomalie ni de grossesse, la radiographie pulmonaire a objectivé des nodules pulmonaires. Donc on a conclu à une TTG stade III à haut risque selon le score FIGO 2000 d'où la décision d'administration d'une polychimiothérapie qui est en cours

Observation 3: patiente âgée de 44 ans, G3P2 2enfants vivants accouchés par voie basse G3 : mole complète aspirée à deux reprises à un mois d'intervalle puis elle a été adressée à notre formation pour prise en charge de stagnation de taux plasmatique de BHCG sur 2 valeurs hebdomadaire successives après la 2ème aspiration. l'examen clinique était sans anomalie, Une échographie pelvienne réalisée objectivant une image intra-cavitaire avec des signes d'invasion local arrivant à la séreuse. Le bilan d'extension n'a pas objectivé de métastase à distance. La patiente était classé à bas risque selon la classification FIGO 2000 et stade I . Elle a bénéficié d'une hystérectomie totale (examen anatomopathologique de la pièce montrant une mole invasive) compléter par mono-chimiothérapie au méthotrexate chez qui au cours du traitement, elle a présenté une stomatite ulcéreuse, le méthotrexate est changé par actinomycine D avec bonne évolution

Références

- 1-S. Noal et al, Management of gestational trophoblastic disease Gynécologie Obstétrique & Fertilité 38 (2010) 193–198
- 2-lua Eriksun et al. Prise en charge des maladies gestationnelles trophoblastiques DIRECTIVE CLINIQUE CONJOINTE DE LA SOGC ET DE LA GOC voume 43 issu 1 P106-123.E1, JANUARY 01, 2021
- 3-Crawford RA, Newlands E, Rustin GJ, et al. Gestational trophoblastic disease with liver metastases: the Charing Cross experience. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:105–9.
- 4-Ngan HY, Bender H, Benedet JL et al. Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification. Int J Gynaecol Obstet. 2003; 83(Suppl 1): S175-S177

Discussion

les maladies trophoblastiques gestationnelles regroupent une maladie bénigne : la mole hydatiforme et des maladies malignes : les tumeurs trophoblastiques gestationnelles, comprenant la mole invasive, le choriocarcinome et la maladie du site d'insertion placentaire.

Une TTG peut être diagnostiquée par l'examen anatomopathologique d'un produit d'aspiration ou de curetage, ou devant une évolution anormale des hCG après évacuation d'une MH (1):

- une ré-ascension anormale supérieure ou égale à 10 % sur trois dosages consécutifs à une semaine d'intervalle (observation 1)
- une stagnation (variation inférieure à 10 %) sur quatre dosages consécutifs à une semaine d'intervalle
- une persistance hCG positifs 24 semaines après évacuation MH.

L'examen anatomopathologique n'est alors pas indispensable au diagnostic et à la mise en œuvre de la chimiothérapie.

Le diagnostic peut également être suspecté sur des critères cliniques : les métrorragies persistantes dans le post-partum ou reprenant de l'abondance après une diminution normale ; l'apparition de signes d'hyperthyroïdie sans cause apparente chez une femme jeune ; les troubles respiratoires en rapport avec des métastases pulmonaires (observation 2), ou troubles neurologiques en rapport avec des métastases cérébrales sans primitif connu chez une femme en période d'activité génitale ; le syndrome hémorragique aigu sur un site métastatique (2-3): hémopéritoine, hémothorax, hématome rétro-péritonéal.

Une fois le diagnostic de TTG posé, il est recommandé d'en évaluer l'extension(2), qui conditionne le pronostic. Pour l'évaluation de l'extension locale, il est recommandé de réaliser une échographie pelvienne endovaginale, si possible accompagnée d'un doppler couleur. Les différents types des TTG peuvent apparaître similaires à l'échographie. La taille initiale de la tumeur utérine mesurée par échographie est un facteur pronostique. Une hyper vascularisation de certaines zones échographiquement hétérogènes du myomètre contribue à la localisation et au diagnostic de mole invasive.

Le scanner est le meilleur moyen d'imagerie pour évaluer les différents sites métastatiques des TTG , excepté pour les métastases cérébrales et vaginales. Une variété de site métastatique a été rapportée, tel le foie, la rate, les reins, tube digestif et cerveau. Les métastases ganglionnaires sont plus fréquentes en cas de tumeur du site d'implantation. Le scanner thoracique permet la recherche de métastases pulmonaires, que si hétérogène, une vascularisation tumorale très développée avec la présence de zones elles sont présentes, ceci conduira à la réalisation d'une radiographie pulmonaire afin de les dénombrer et les mesurer. Le scanner abdominal recherchera des métastases hépatiques et les métastases cérébrales sont recherchées par IRM cérébrale ou à défaut par scanner.

Toute TTG doit être caractérisée par son stade anatomique (Tableau 1) et son score pronostique (Tableau 2). Les recommandations actuelles de prise en charge définissent deux groupes de patientes en fonction de leur score pronostique FIGO 2000: inférieur ou égal à 6 : TTG faible risque d'échec du traitement ; supérieur à 7 : TTG à haut risque d'échec du traitement.(4)

Tableau I
Stade anatomique FIGO 2000

Stade I	Maladie limitée à l'utérus
Stade II	TTG* étendue en dehors de l'utérus, mais limitée aux structures génitales (annexes, vagin, ligament large)
Stade III	TTG étendue aux poumons avec ou sans atteinte connue du tractus génital
Stade IV	Tout autre site métastatique

Tableau II
Score FIGO 2000

Variables pronostiques	0	1	2	4
Âge	< 40 ans	40 ans		
Grossesse précédente	Môle	Avortement	Grossesse à terme	
Nombre de mois depuis la grossesse précédente ¹	< 4	4 – < 7	7 – < 13	13
hCG ² plasmatiques avant traitement (en UI/ml)	< 10 ³	10 ³ – < 10 ⁴	10 ⁴ – < 10 ⁵	10 ⁵
Plus grande taille tumorale (dont utérus)		3 - < 5 cm	5 cm	
Site(s) métastatique(s)	Poumon	Rate Rein	Gastro-intestinal	Cerveau Foie
Nombre de métastases ³	0	1 – 4	5 – 8	> 8
Échec d'une chimiothérapie préalable			Monochimio	Polychimio

Conclusion

Les TTG sont des tumeurs rares d'excellent pronostic qui nécessitent une prise en charge dans un service compétent et expérimenté afin de ne pas compromettre les chances de guérison des patientes.