



**Université Batna 2**  
**Faculté de médecine**  
**Département de médecine**



# **MALADIES TROPHOBLASTIQUES**

**Pr Abdessemed Asma**

Maitre de conférences B en gyneco-obstetrique

EHS mère et enfant Meriem Bouatoura Batna

[Drabdessemedgynecogmail.com](mailto:Drabdessemedgynecogmail.com)

# Objectifs pédagogiques

1. Diagnostiquer la maladie trophoblastique.
2. Etablir le diagnostic sur la base des critères cliniques et biologiques de la maladie trophoblastique.
3. Prendre en charge et surveiller.

# Plan

- I. INTRODUCTION
- II. EPIDEMIOLOGIE
- III. FACTEURS DE RISQUES
- IV. ANA PATH
- V. MÔLE HYDATIFORME
- VI. TUMEURS TROPHOBLASTIQUES  
GESTATIONNELLES
- VII. CONCLUSION

# 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'âge .
- 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

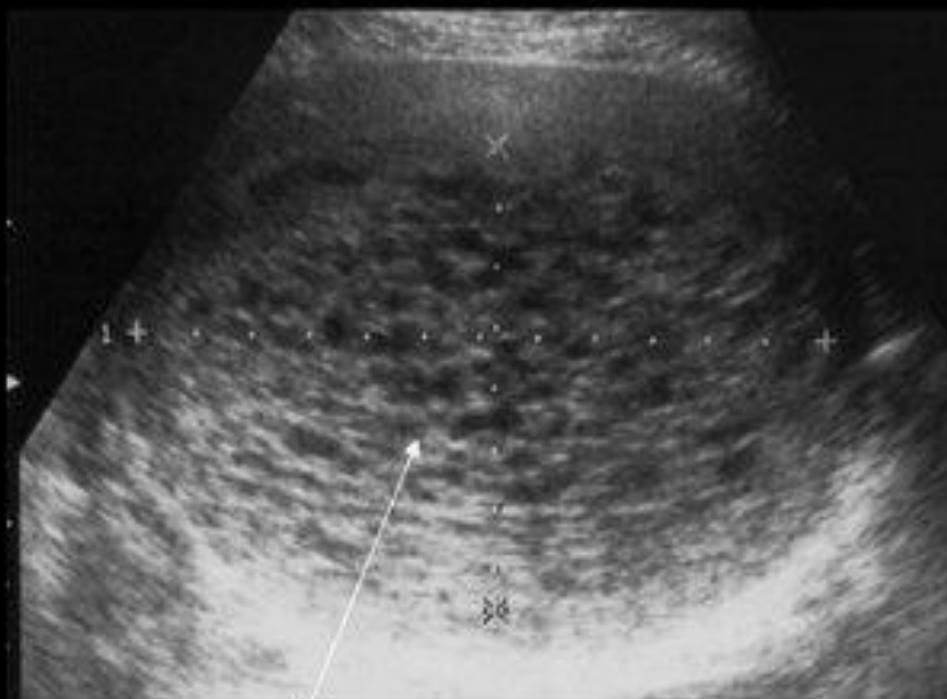
hyperemesis gravidarum

pré éclampsie précoce, < 24 SA

kystes ovariens



# MOLE HYDATIFORME COMPLETE



Masse  
intracavitaire  
contenant de  
multiples microkystes

Aspect typique en  
échographie  
de môle hydatiforme  
complète



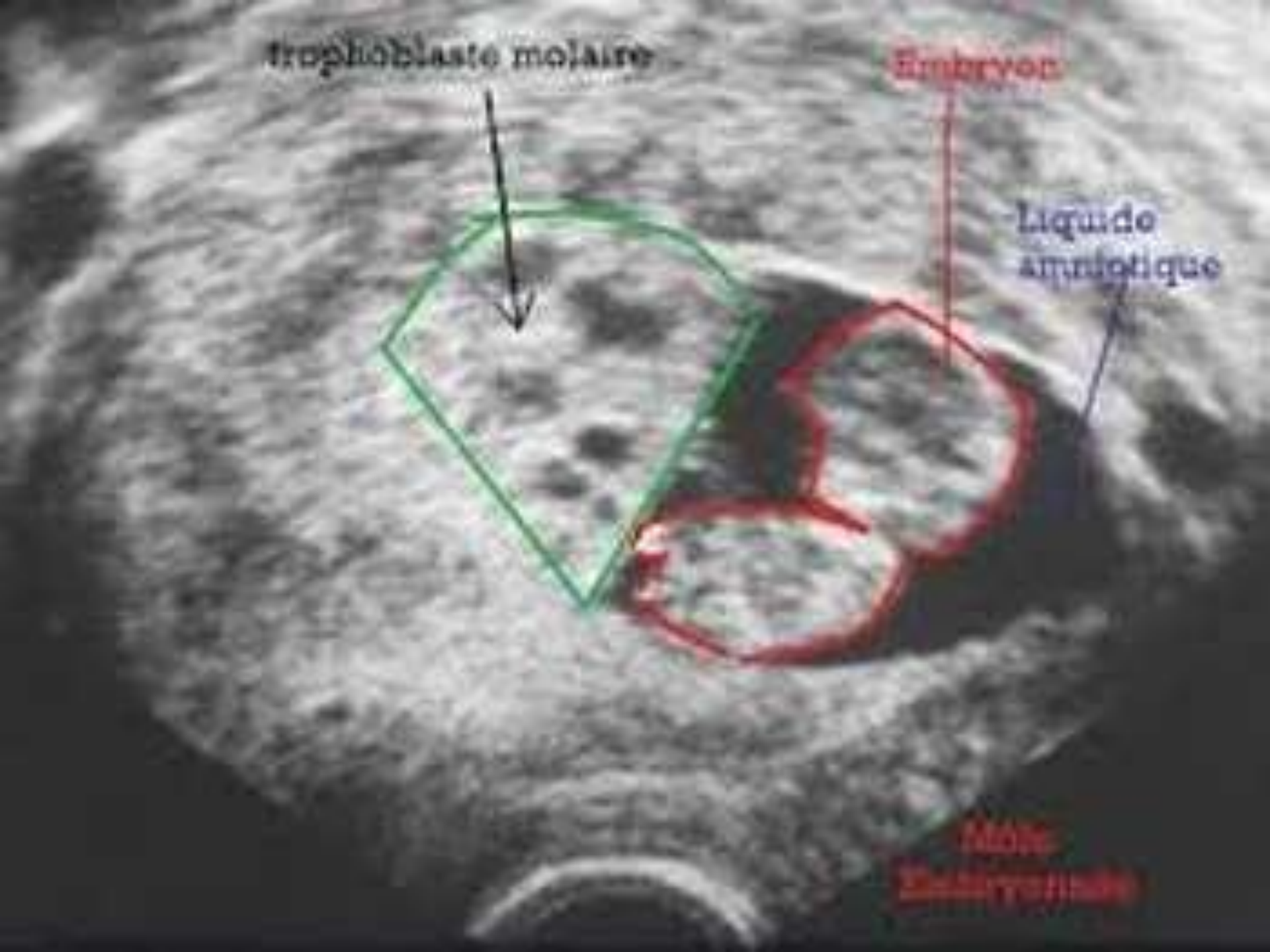
Multiples « kystes »  
ovariens de petite taille  
+/- échogènes  
(saignement)

trophoblaste molaire

Embryon

Liquide  
amniotique

Moteur  
Embryonnaire



### 3. Examens complémentaires:

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

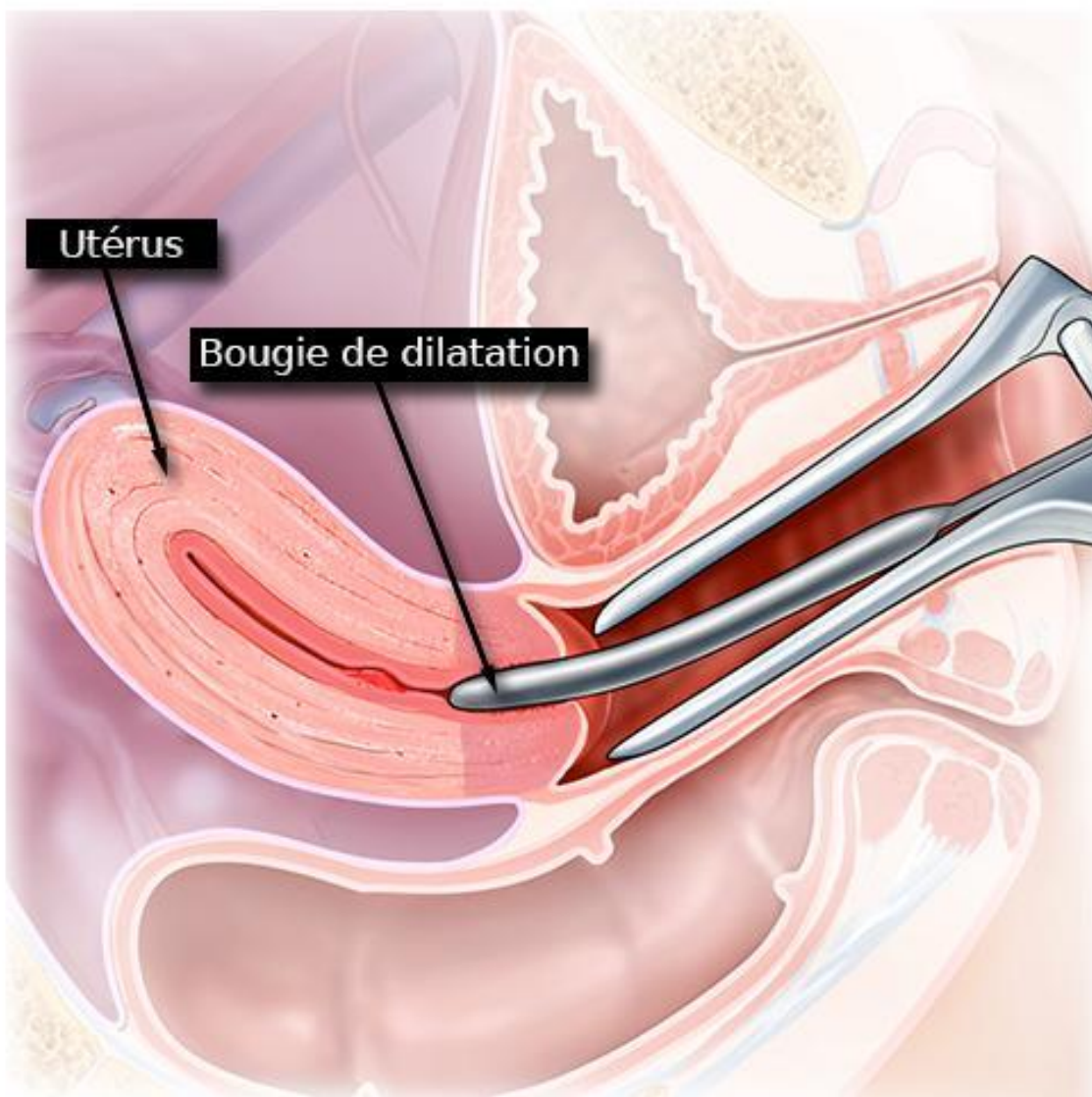
Dosage de  $\beta$ HCG: très élevée > 400000 UI/24h

### 4. Traitement

- Evacuation par aspiration
- sous contrôle échographique si age gestationnel inf a 16 SA.
- éviter la curette mousse
- sous perfusion ocytocique, antibiotique
- Immunoglobulines antiD si Rh négatif Hystérectomie discutable si âgée, ou haut risque



## Dilatation Du Col



## 5. Suivi:

### Clinique:

- involution utérine, saignement, régression kystes ovariens.
- Reaspiration si rétention molaire ( $> 17\text{mm}$ )
- On ne fait jamais de 3e aspiration.

### Biologie:

- BHCG hebdomadaire jusqu'à négativation (sur 3 dosages successifs)
- dosage mensuel pendant 6 – 12 mois
- Contraception+++ ; pendant 1 années

## 6. Evolution pathologique:

- ☐ Ascension sur au moins 3 dosages successifs hebdomadaire.
- ☐ Plateau (4 dosages successifs identiques) variation inférieure a 10%.
- ☐ Persistance de hCG après 6 mois de l'évacuation utérine.
- ☐ L'évolution vers les formes malignes se voit dans 10 – 20 %

# VI. TUMEURS TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES

# 1. Circonstances de découvertes

- suites anormales d'une grossesse molaire (60%)
- métrorragies persistantes inexpliquées après un avortement (30%)
- métrorragies inexpliquées 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

## SCORE DE BAGSHAWE

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 <sup>3</sup>	10 <sup>3</sup> - < 10 <sup>4</sup>	10 <sup>4</sup> - 10 <sup>5</sup>	≥10 <sup>5</sup>
Taille tumorale la plus grande incluant l'utérus		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

## Score des TTG:

TTG à bas risque: score  $\leq 6$

TTG à haut risque: score  $\geq 7$

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