Choriocarcinomes post-grossesse non môlaire : résultats d'une série rétrospective

M. DJERABA, ZEMMOUCHI.M-SAIT.S-KROUK-DRAOI.M-MOKRANI-BENABDERHMANE-BELMADANI-FARAH.Z- CHU FRANTZ FANON DE BLIDA-BLIDA

Introduction : Les maladies trophoblastiques gestationnelles regroupent un large spectre de pathologies du placenta. Parmi elles, les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) constituent la forme maligne de ces affections. Elles surviennent toujours dans le contexte d'une grossesse, le plus souvent après une grossesse môlaire, mais peuvent également apparaître à la suite d'autres types de grossesses : fausse couche, grossesse extra-utérine ou accouchement à terme. C'est ce que nous allons décrire dans cette étude.
La problématique principale de cette entité réside dans sa rareté, un diagnostic souvent tardif au stade métastatique, ainsi que le fait qu'elle touche principalement des jeunes femmes, pour qui la préservation de la fertilité représente un enjeu majeur.

Objectif :

Déterminer la fréquence des tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) survenant après des grossesses non môlaires, ainsi que leur prise en charge au sein du Centre de Référence des Maladies Trophoblastiques Gestationnelles de la plaine de la Mitidja (CDPM), situé à Blida.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au niveau du CDPM sur une période de dix ans, allant de 2015 jusqu'au mois d'avril 2025.

Résultat :nous avons colligé 5 cas au cours de cette période

Cas	Âge / G-P-C	Circonstances de découverte	Diagnostic	Score FIGO	Métastases	Traitement / Évolution	Type de chimiothérapie
Cas 1	33 ans (G3P2C1)	Métrorragies abondantes 2 mois après accouchement par voie basse	Choriocarcinome post-curetage	7 (haut risque)	Pulmonaire	Transfusion 5 CG ; retard de PEC (4 mois)	EMA-CO
Cas 2	38 ans (G1P0C1)	Métrorragies 40 jours après césarienne	Choriocarcinome post-curetage	6 (bas risque)	Absente	PEC rapide, pas de métastase	EMA-CO (BHCG > 100 000)
Cas 3	48 ans (G1P0)	Salpingectomie pour GEU ampullaire	Choriocarcinome (anapath)	Non précisé	Pulmonaire	Découverte fortuite à l'anapath	Métho puis EMA-CO
Cas 4	33 ans (G3P3)	Hémorragie 40 jours après accouchement, HB à 7 g/dl	Choriocarcinome post-curetage	6 (bas risque)	Pulmonaire	4 cures d'EMA-CO ; BHCG négativés	EMA-CO
Cas 5	39 ans (G4P4)	Saignements persistants post-MIU ; BHCG à 109 000 ; anémie à 8 g/dl	Choriocarcinome post-HST	Non précisé	Pulmonaire	Hystérectomie hémostatique ; diagnostic tardif	EMA-CO

références :
1-FIGO.current FIGO staging for cancer of the vagina,fallopian tube,ovary,and gestational trophoblastic neoplasia,Int J Gynécol Obstetric 2009,105(1),3-4

2-Brătilă E1, Ionescu C
A Gestational choriocarcinoma after term pregnancy: a case report. Rom J Morphol Embryol. 2015;56(1):267-71
3- PhanTH,nguyen TN,A clinical trial on diagnostic scoring systteme of choriocarcinoma and invasive mole in vietnam;j obst gynecol 1995?21?257--62
4-F GOLFIER,C LABROUSSE et al ,évaluation de la prise en charge des tumeurs trophoblastiques gestationnelles enregistrées au centre de référence des maladies trophoblastiques de lyon de 1999 à 2005 ,gynécologie obstétrique et fertilité 35 (2007) 205 -215
5-NETDC JUIN 1965 JUIN 1981
Berkowitz RS ,Goldestein DP ,choriocarcinoma following term gestation,gynecol oncol,1984,jan,17(1),52-7

6-Giorgia Mangili MD ,Domenica Lorusso MD Trophoblastic Disease Review For Dignosis And Management ,int j gynecol cancer 2014 ?24 S 109 S 116

7-Newlands ES .The managment of recurrent and drug resistant gestational trophoblastic neoplasia ,best pract res clin obstet gynaecol 2003,17(6):905-923
8-Berkowitz RS ,Goldestein DP ,choriocarcinoma following term gestation,gynecol oncol,1984,jan,17(1),52-7
9-Goldestein DP, Berkowitz RS current management of gestational trophoblastic neoplasia ,hematol oncol clin n am 26(2012) 111-131
11-Berkowitz RS ,Goldestein DP?current management of gestational trophoblastic disease gynecol oncol 2009?112: -62
En cas de score 5 à 6 bas risque avec BHCG sup 100 000 risque accru de résistance : la polychimiothérapie ,c'est le cas de la deuxième patiente .
12-Lurain JR.Pharmacotherapy of gestational trophoblastic disease expert opin pharmacother 2003 ,4:1-13

DISCUSSION

Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) peuvent survenir après tout type de grossesse.

- Elles apparaissent majoritairement après une grossesse môlaire (environ 60 % des cas).
- Elles peuvent également suivre un avortement spontané ou une interruption volontaire de grossesse (30 %).
- Plus rarement, elles se développent après un accouchement à terme ou une grossesse extra-utérine (10 %) [(1)].

Incidence selon le type de grossesse :

- Après accouchement normal : 1 cas pour 160 000 grossesses.
- Après avortement : 1 pour 15 386.
- Après grossesse ectopique : 1 pour 5 333 [(2)(3)].

Dans notre série, nous avons observé **5 cas de TTG sur 222**, soit :

- **4 cas sur 222** après accouchement à terme.
- **1 cas sur 222** après grossesse extra-utérine.

Comparaison avec la littérature :

- 14 cas sur 167 TTG (8,5 %) après accouchement à terme.
- 2 cas sur 167 TTG (1 %) après grossesse extra-utérine.
- Une autre étude rapporte 15 cas sur 366 TTG (soit 4,1 %) [(4)(5)].

Circonstances de découverte :

Les TTG se révèlent souvent par :

- Des métrorragies persistantes et inexpliquées.
- Une détresse respiratoire ou neurologique.
- D'autres symptômes liés à la localisation des métastases [(6)].

Type histologique :

Après une grossesse à terme, le type histologique est systématiquement un **choriocarcinome**, ce que confirme notre série [(7)(8)].
La **majorité des choriocarcinomes surviennent après une grossesse non môlaire** [(9)].

Prise en charge :

Elle repose sur une chimiothérapie adaptée selon le score FIGO [(11)] :

- **Score < 7 (bas risque)** : traitement par monothérapie (méthotrexate + acide folinique).
- **Score ≥ 7 (haut risque)** : polychimiothérapie (EMA-CO).

À noter : pour les scores de 5 à 6 (formellement bas risque) mais avec un taux de BHCG > 100 000 UI/L, le risque de résistance au traitement est élevé. Dans ce cas, une polychimiothérapie est recommandée. C'était le cas de notre **deuxième patiente** [(12)].

CONCLUSION

la fréquence des TTG sur grossesse non molaire est de 5 sur 222 % dans notre étude .
les cinq cas de TTG sont des choriocarcinomes.
nous avons obtenu la guérison(négativation des BHCG) sous polychimiothérapie (EMACO).