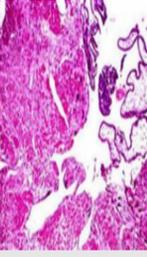


Épidémiologie, facteurs pronostiques, traitements et résultats des tumeurs trophoblastiques gestationnelles défavorables : une série de cas du CHU BENI MESSOUS

Dr GadraS, Dr REGGUEM S, Dr SAHNOUNE Ch, Pr. Mokrani, Pr. Afri

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, CHU BENI MESSOUS



Introduction : Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) forment un groupe rare de pathologies d'origine placentaire incluant la môle invasive et le choriocarcinome. Leur incidence est faible mais leur prise en charge rapide permet un excellent pronostic. Ce travail a pour objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques des TTG prises en charge dans notre service.

Mots-clés : Tumeur trophoblastique gestationnelle ; Choriocarcinome ; β -hCG ; FIGO ; Chimiothérapie .

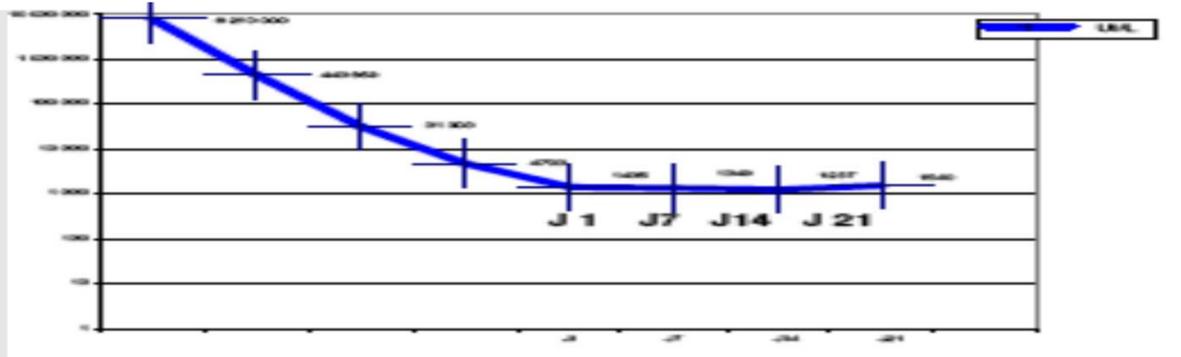
Objectifs : Analyser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patientes suivies pour TTG Évaluer les modalités de traitement et les résultats Identifier les facteurs de bon pronostic.

Méthodologie : Étude rétrospective descriptive sur une période d'un an (2024-2025), incluant 13 patientes prises en charge pour TTG au CHU Beni Messous. Les données étudiées comprenaient l'âge, l'âge gestationnel, le taux initial de β -hCG, le type histologique, le score FIGO, le traitement administré, les métastases, la durée de négativation de la β -hCG et l'évolution

Résultats : Nombre total de cas : 13 Âge moyen : 31,3 ans (extrêmes : 16 à 51 ans) Âge gestationnel moyen : 9 semaines d'aménorrhée Taux moyen de β -hCG : 64 000 UI/L (5000 à 120 000 UI/L) Type histologique : 10 môles invasives 3 choriocarcinomes , Un cas présentait des métastases pulmonaires Score FIGO : 10 cas bas risque 3 cas haut risque Négativation β -hCG : Moyenne de 7 semaines Certaines patientes ont reçu des cures de consolidation Évolution : Rémission complète dans 100 % des cas Aucun décès ni récurrence pendant le suivie

Tableau : Données épidémiologiques et cliniques de 13 cas de TTG

Nombre de cas	: 13	Négativation de la β -hCG :	Délai moyen de 7 semaines Certaines patientes ont reçu une ou plusieurs cures de consolidation
Âge moyen des patientes	: 31,3 ans (extrêmes : 16 – 51 ans)	Score FIGO :	10 patientes avec un score bas risque 3 patientes avec un score haut risque
Âge gestationnel moyen à l'évacuation molaire	: 9 semaines d'aménorrhée	Évolution clinique :	Réponse complète chez toutes les patientes Aucun décès, aucune récurrence pendant la période de suivi
Taux moyen initial de β -hCG	: 64 000 UI/L (extrêmes : 5 000 – 120 000 UI/L)		
Répartition histologique :	10 cas de môle invasive, tous traités par monochimiothérapie 3 cas de choriocarcinome, traités par polychimiothérapie EMA-CO		



Discussion:

Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) représentent un spectre de pathologies rares mais potentiellement graves, dont le pronostic s'est considérablement amélioré grâce au dépistage précoce, à la surveillance sériée de la β -hCG et à l'introduction de protocoles de chimiothérapie adaptés au risque. Dans notre série de 13 cas colligés sur une année au CHU de Beni Messous, nous avons observé une prédominance de môle invasive (77 %) et un âge moyen des patientes de 31,3 ans, ce qui rejoint les données de la littérature situant le pic d'incidence entre 20 et 40 ans. L'âge gestationnel moyen à l'évacuation molaire était de 9 SA, et le taux initial moyen de β -hCG était de 64 000 UI/L, des chiffres compatibles avec les formes évolutives de la maladie. L'utilisation du score FIGO a permis de stratifier correctement les patientes : 10 cas à bas risque ont été traités efficacement par monochimiothérapie, tandis que les 3 patientes à haut risque, dont une avec métastases pulmonaires, ont reçu une polychimiothérapie EMA-CO avec succès. Aucun recours à la chirurgie n'a été nécessaire, illustrant l'efficacité du traitement médical dans notre contexte. Le délai moyen de négativation de la β -hCG était de 7 semaines, ce qui confirme l'intérêt d'une surveillance rigoureuse et prolongée. La consolidation post-négativation, réalisée dans certains cas, a probablement contribué à l'absence de récurrence observée dans notre cohorte. Aucun décès n'a été enregistré, ce qui souligne la prise en charge multidisciplinaire, efficace et rapide. Ces résultats s'alignent sur les standards internationaux, avec des taux de survie atteignant 100 % dans les formes à bas risque et 85–90 % dans les formes métastatiques traitées correctement. Enfin, cette série illustre la réalité épidémiologique et thérapeutique des TTG dans un centre universitaire algérien, et plaide pour la systématisation du suivi des évacuations molaires, la précocité du traitement, et l'optimisation des stratégies de consolidation pour assurer une guérison complète.

Conclusion : Les NTG défavorables peuvent être efficacement prises en charge si le diagnostic est précoce et la stratégie thérapeutique adaptée au score pronostique.

Références : FIGO Oncology Committee. Gestational trophoblastic neoplasia: FIGO staging and classification. Int J Gynaecol Obstet. 2002;77(3):285–287.

DOI: 10.1016/S0020-7292(02)00130-9 Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease Lancet. 2010 Aug 28;376(9742):717–729. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60280-2 Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: Epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, an management of hydatidiform mole.

Am J Obstet Gynecol. 2010 Dec;203(6):531–539. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.06.073 Centre National de Référence des Maladies Trophoblastiques (CNR-MT), Lyon, France. Recommandations françaises pour la prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles. Accès : <https://maladies-trophoblastiques.fr>