

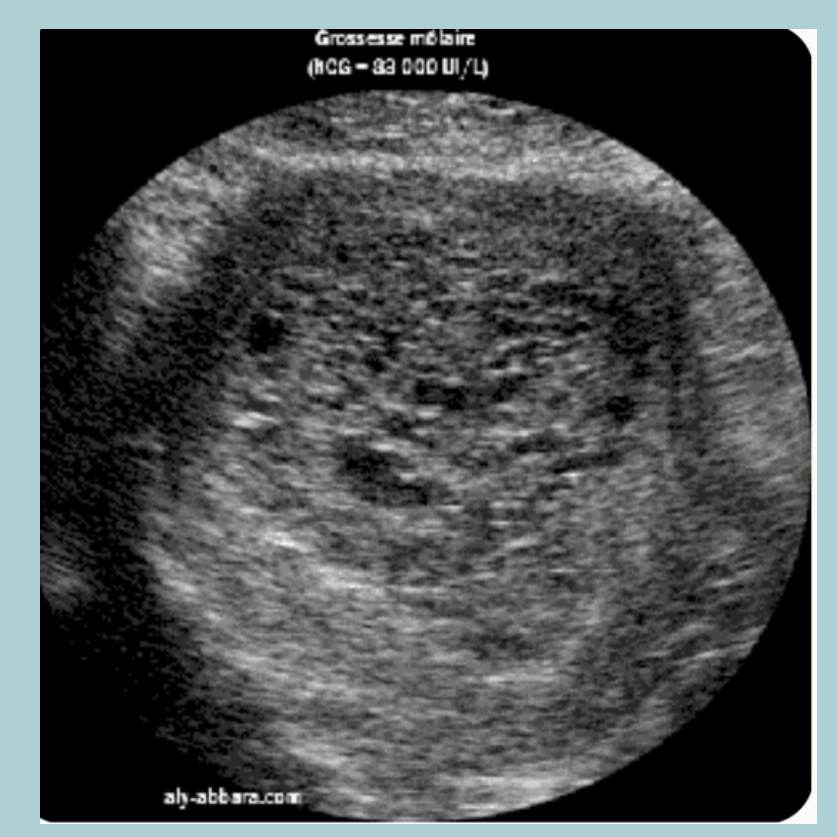
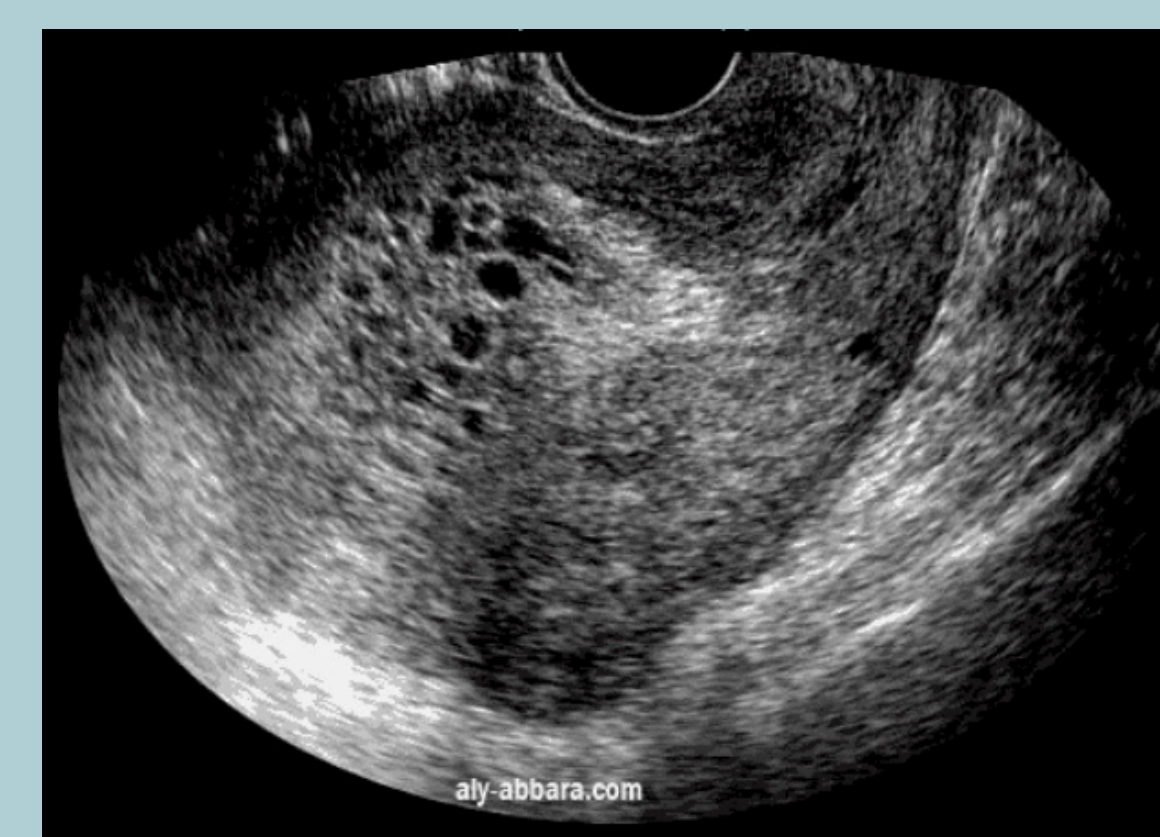
Maladie trophoblastique gestationnelle : Donnés épidémiologiques et implications cliniques Drs AID RIZOU HADFANI TOUNSI- Pr MADACI Service de gynéco-obstétrique, clinique Gharafa, CHU BEO.

Introduction:

La néoplasie trophoblastique gestationnelle (NTG) est un groupe de tumeurs rares dérivées du tissu trophoblastique, apparaissant après une grossesse. Elle comprend plusieurs entités, allant de la mole hydatiforme invasive au choriocarcinome, en passant par les tumeurs trophoblastiques intermédiaires (tumeur du site d'implantation placentaire et tumeur trophoblastique épithélioïde), il s'agit de tumeurs agressives avec un potentiel métastatique, impliquant une morbidité et mortalité en l'absence de traitement adapté. Un diagnostic précoce des tumeurs trophoblastiques gestationnelles est donc indispensable pour une prise en charge optimale et curative en centres spécialisés

Résultats :

Sur 19 cas de maladies trophoblastiques gestationnelles recensés en 5 ans, la majorité étaient des môles hydatiformes partielles. Les patientes étaient jeunes (âge moyen 36 ans), et présentaient souvent des métrorragies. Le taux initial de hCG était très élevé. La majorité a été traitée par aspiration, et un dixième a nécessité une chimiothérapie. L'évolution a été favorable dans 95 % des cas.



Matériel et méthodes :

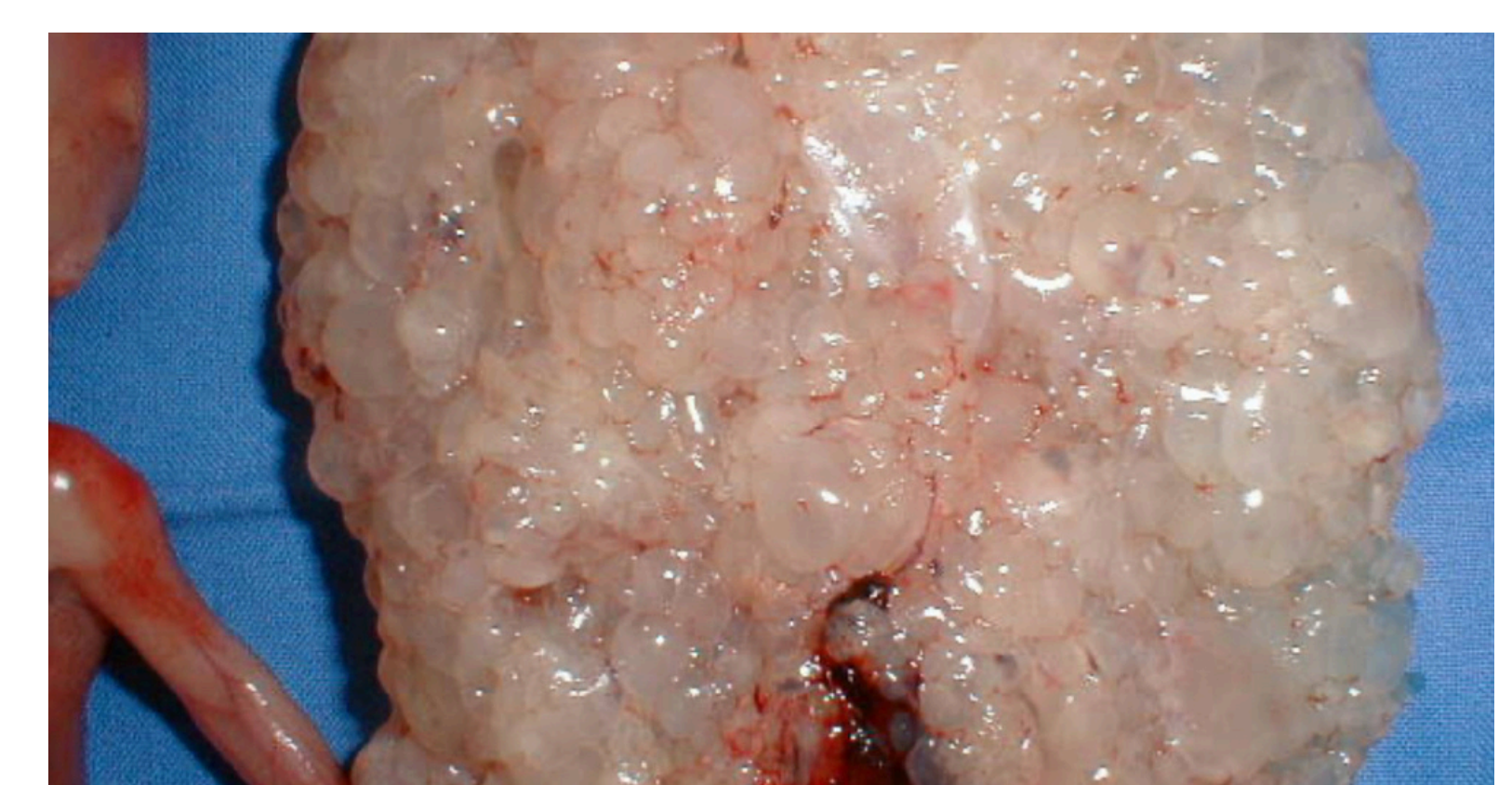
Etude de 19 cas de patientes prises en charge pour maladies trophoblastiques sur une période de 5ans

Discussion:

Dans cette série de 19cas de maladie trophoblastique gestationnelle, les résultats mettent en évidence plusieurs caractéristiques cliniques et thérapeutiques typiques de cette pathologie rare mais potentiellement grave. L'âge moyen des patientes était de 36 ans, avec une prédominance des cas dans la tranche 20-35 ans, ce qui correspond aux données de la littérature [1]. Aucun cas n'a été observé chez des femmes post-ménopausées, confirmant la rareté de cette maladie au-delà de la période reproductive. La forme la plus fréquente observée était la mole hydatiforme partielle suivie de la mole complète. Contrairement à la répartition retrouvée dans d'autres études africaines et asiatiques, où la mole complète représente souvent plus de 60 % des MTG [2]. Tous les cas ont été diagnostiqués à un stade précoce grâce à l'association des signes cliniques (métrorragies, utérus volumineux, hyperémèse) et des taux très élevés de β -hCG. Le diagnostic échographique, avec son aspect en "grappe de raisin" ou "tempête de neige", a permis une orientation diagnostique rapide dans la majorité des cas. L'histologie a confirmé le diagnostic dans 100 % des cas, soulignant l'importance d'un examen anatomopathologique systématique après évacuation. Concernant le traitement, la cure d'aspiration utérine a été réalisée chez toutes les patientes atteintes de mole hydatiforme. Deux patientes ont nécessité une chimiothérapie. Le protocole EMA-CO a été utilisé avec succès chez les patientes à haut risque selon le score de FIGO, sans toxicité majeure rapportée. Le suivi post-thérapeutique a permis de documenter une normalisation des β -hCG dans un délai moyen de 12 semaines. une complication métastatique pulmonaire a été observée pendant la période de surveillance. Ces résultats confirment que, malgré son potentiel malin, la MTG a un excellent pronostic si elle est détectée tôt et prise en charge correctement. Enfin, cette série souligne la nécessité d'un suivi rigoureux, incluant le dosage hebdomadaire de β -hCG jusqu'à sa négativation, puis mensuel pendant au moins 6 mois. L'importance de l'abstinence contraceptive pendant cette période a été systématiquement expliquée aux patientes.

Conclusion:

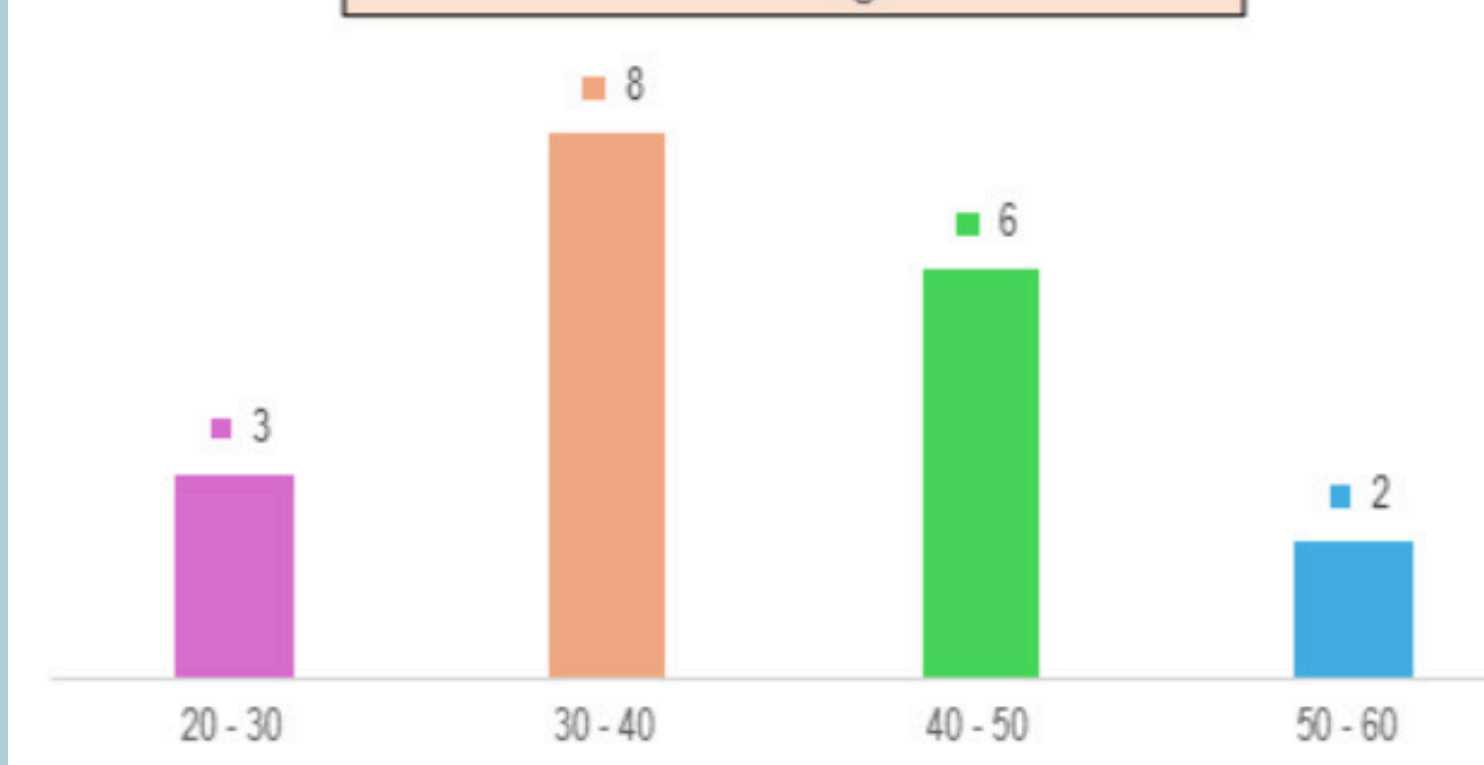
Les mahladies trophoblastiques gestationnelles sont des affections rares mais potentiellement graves, survenant exclusivement en lien avec une grossesse. Leur pronostic est excellent grâce à un diagnostic précoce, un suivi rigoureux du taux de β -hCG, et une prise en charge adaptée. La sensibilisation des cliniciens à cette pathologie, ainsi que l'accès à un suivi spécialisé, sont essentiels pour prévenir les complications et garantir une guérison complète.



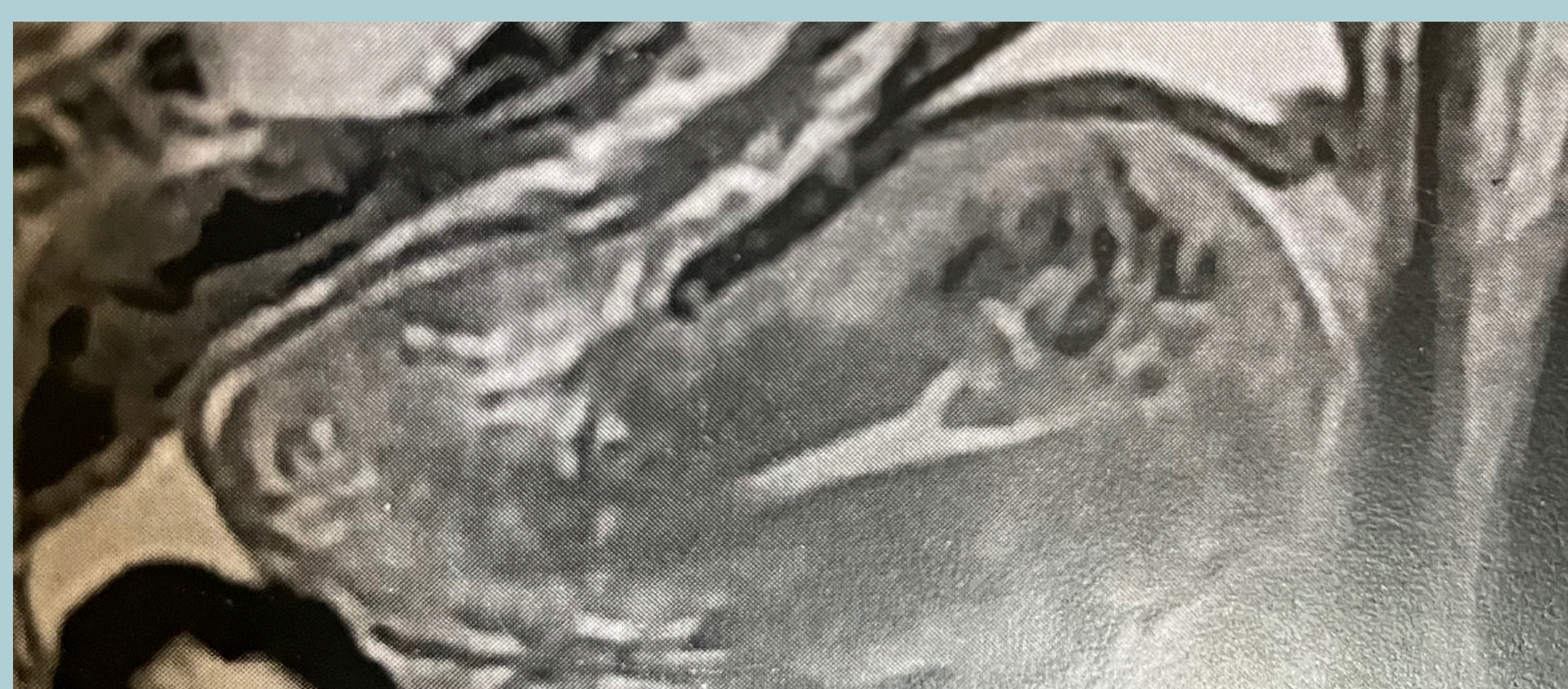
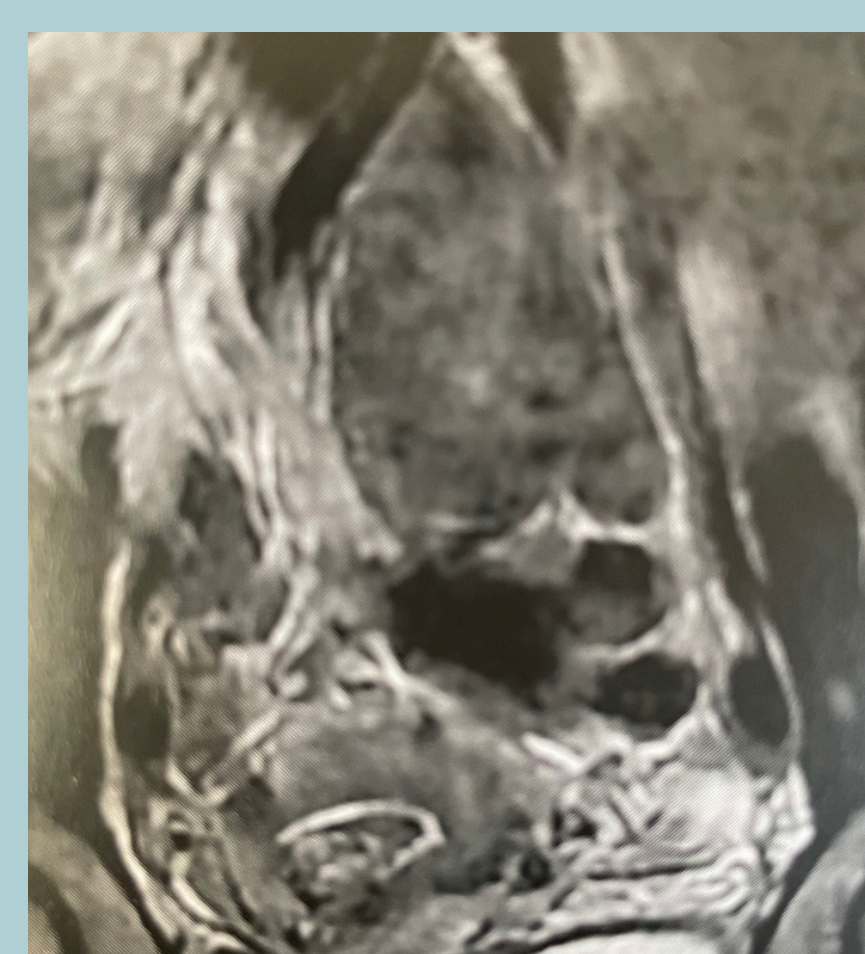
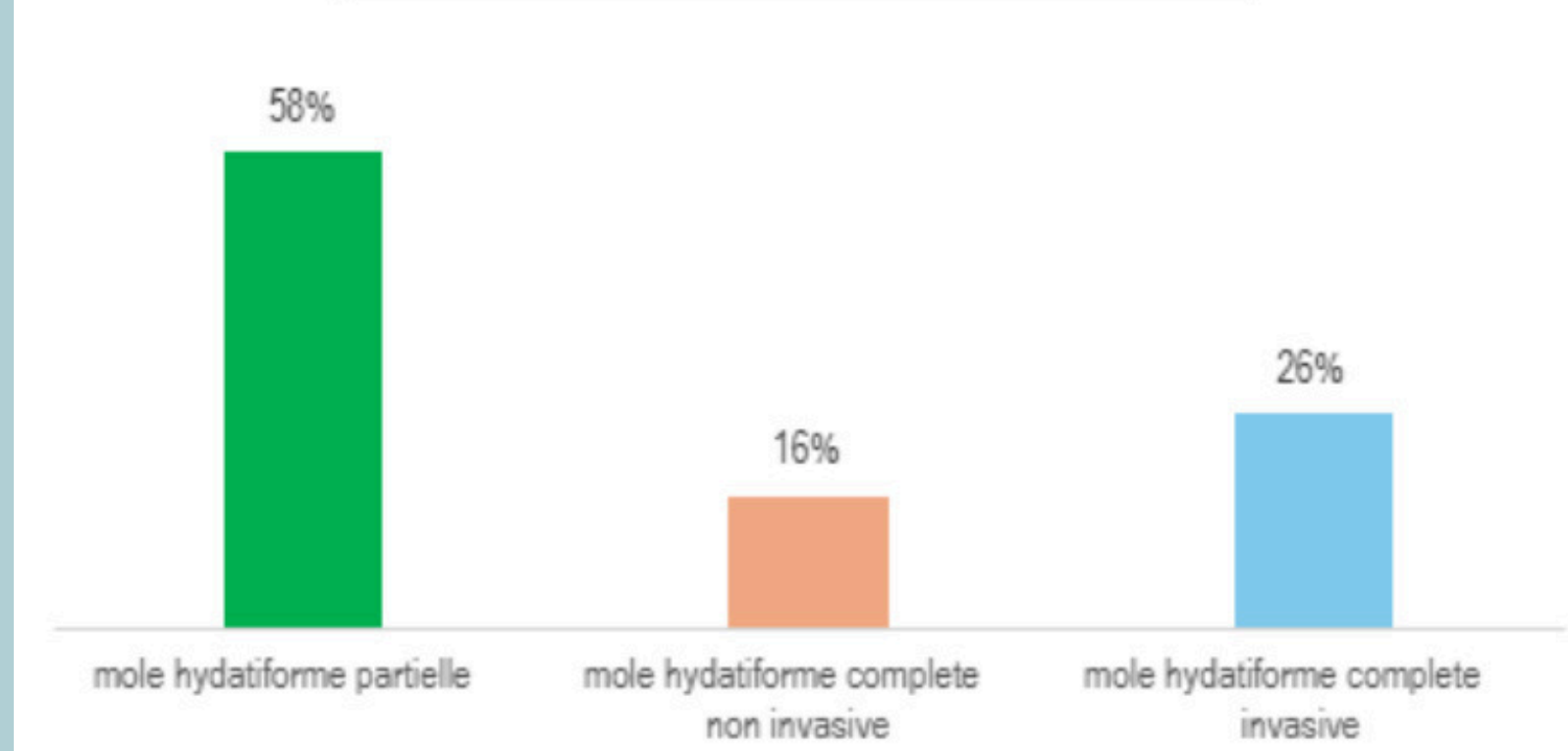
Bibliographie :

1. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet*. 2010;376(9742):717-29.
2. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(6):531-9.
3. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(1):11-8.
4. Ngan HY, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Goffier F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;143 Suppl 2:79-85.
5. Fotopoulou C, Powles Y, Guo K, McGrath S, Fisher RA, Short D, et al. Gestational trophoblastic disease: ESGO/ISSTO/FIGO guidelines for management. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(10):1348-60.
6. FIGO Oncology Committee. Revised FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131 Suppl 2:S123-6.
7. Berkowitz RS, Goldstein DP. Clinical practice. Molar pregnancy. *N Engl J Med*. 2009;360(16):1639-45.

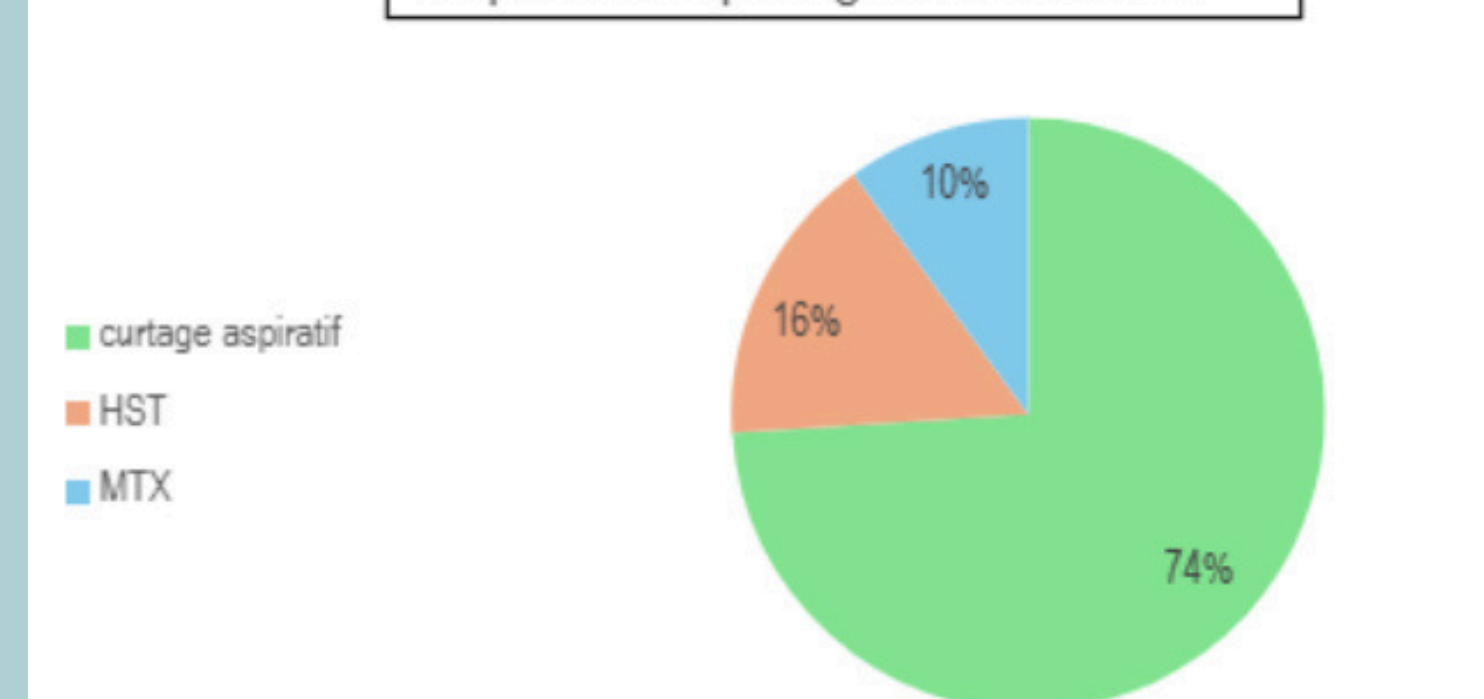
neoplasie trophoblastique molaire selon l'age



neoplasie trophoblastique molaire selon type histologique



PEC thérapeutique des néoplasies trophoblastiques gestationnelles



l'evolution des néoplasies trophoblastiques gestationnelles

