

# MALADIE TROPHOBLASTIQUE GESTATIONNELLE

PROTOCOLE réalisé par SCGO group 2019

Présenter le 22 Novembre 2019

18<sup>ème</sup> SCGO Symposium : “maternal and new born health”

Venue: Hotel Phnom Penh

Prof KRUY LEANG SIM

# DEFINITION

## Môle hydatiforme

La Môle Hydatiforme est un produit de conception sans foetus en voie de lyse avec des **villosités choriales œdémateuses**, pseudo-kystiques où manquent les vaisseaux sanguins.

## Môle invasive

La Môle invasive est une lésion caractérisée par **l'invasion du myomètre** et/ ou du ligament large par des structures villositaires avec hyperplasie des éléments cytotrophoblastiques et syncytiaux.

# CLASSIFICATIONS

## 1- Classification en stades anatomiques (FIGO 2000)

- Stade I : Maladie limitée à l'utérus
- Stade II : tumeur trophoblastique gestationnelle évoluée en dehors de l'utérus, mais limitée à l'appareil génital (annexes, vagin, ligament larges)
- Stade III : Tumeur trophoblastique gestationnelle étendue aux poumons, avec ou sans atteinte connue du tractus génital.
- Stade IV : Tout autre site métastatique.

## 2- Classification pronostique (FIGO 2000)

# DIAGNOSTIC

- **Aspect échographique** : utérus anormalement gros pour l'âge de la grossesse et contenant des **images floues, diffuses, floconneuses** donnant l'aspect en **tempête de neige**, qui occupe l'ensemble de la cavité utérine. Absence de structures embryonnaires et foetales (sauf dans la môle partielle). Kystes ovariens fonctionnels très fréquents.

## CONDUITE À TENIR DEVANT UNE MOLE HYDATIFORME (EN PROVINCE)

- Admission la patiente (pdt 5 jours)
  - NFS
  - Dosage  $\beta$ -hCG
  - Radiographie pulmonaire
- 1<sup>er</sup> jour, Evacuation Aspiration Manuelle (MVA) avec /sous contrôle échographique
- Diagnostic clinique par vision (macro kystes villositaires > à 2 cm de môle)
- 4<sup>e</sup> jour, échographie pelvienne, si rétention, une 2<sup>eme</sup> MVA s'est réalisée. Jamais 3<sup>eme</sup>.

## CONDUITE À TENIR DEVANT UNE MOLE HYDATIFORME EN PROVINCE(SUITE)

- 5<sup>e</sup> jour, -> échographie :
  - a)- Si anormal -> transfert à un hôpital niveau tertiaire.
  - b)- Si normal -> sortie. Mais, dans deux semaines échographie de contrôle, si rétention, transfert vers un niveau tertiaire.

## LA SURVEILLANCE SUITE MÔLAIRE EN PROVINCE

- Faire venir la patiente toutes deux semaines, jusqu'à **12 semaines** (3 mois).
- A chaque fois il faut pratiquer : examen clinique, échographique et biologique (test de grossesse remplace le dosage hCG).
- Si le test reste positif à 12<sup>e</sup> semaine, → transfert à un hôpital niveau tertiaire.

## LA SURVEILLANCE SUITE MÔLAIRE EN PROVINCE (SUITE)

- Si le résultat de test est négatif deux fois consécutifs, → le prochain visit est à 6 mois.
- Examen à 6 mois, test de grossesse :
  - Si test (-) → la surveillance est finie et possibilité d'une nouvelle gestation.
  - Si test (+) → transfert à un hôpital niv. tertiaire de PPenh.
- ✓ Quand la patiente ayant l'hémorragie anormale, → transfert vers un hôpital niveau tertiaire.
- ✓ Pendant toute la durée de surveillance, un contraceptif oral bien efficace.





## Traitement et surveillance hôpital de PP (suite)

- Quand  $\beta$  hCG est stable ou augmenté en 3 tests consécutifs avant  $< 5\text{UI/L}$ ,
  - Echographie et radiographie pulmonaire
  - la patiente est cliniquement diagnostiquée comme môle invasive
- Après  $\beta\text{-hCG} < 5\text{UI/L}$ , la valeur de  $\beta\text{-hCG}$  doit être vérifiée tous les mois jusqu'à 6 mois.
- A 6 mois : si le  $\beta\text{-hCG} < 5\text{UI/L}$  → possibilité d'une nouvelle grossesse
- Après 6 mois, la valeur de  $\beta\text{-hCG}$  doit évaluer tous les 2 mois jusqu'à 12 mois.

# TRAITEMENT DES MÔLES INVASIVES AU NIVEAU DES HOPITAUX NATIONAUX

## Critères diagnostic d'une môle invasive

- Quand la valeur  $\beta$ -hCG augmente ou stable (non descendante) 3 fois de test, après évacuation de môle hydatiforme, la patiente est diagnostiquée cliniquement comme "môle invasive"
- Echographie trans-abdominale ou vaginale pour détecter la lésion utérine et Radiographie pulmonaire pour détecter métastase pulmonaire.
- Après hystérectomie. La pièce doit passer à l'examen anatomopathologique, qui détermine le diagnostic d'une môle invasive.

# Le traitement d'une môle invasive.

- Le Métoprexate et acide folinique (MTX – FA) (OPD/hospitalisées)
- Hystérectomie pour des utérus avec tumeur et la femme ne veut plus des enfants.
- Dosage de  $\beta$ -hCG avant débiter chaque cure de traitement. Quand le  $\beta$ -hCG est stable ou augmenté dans deux cures de traitements consécutifs, envoyer la patiente au Centre d'Oncologie.
- La Chimiothérapie doit être donner jusqu'à le  $\beta$ -hCG est  $< 5$ UI/L et deux cures encore de même molécule est nécessaire.
- Après la fin de chimiothérapie, le  $\beta$ -hCG doit être évaluer **mensuellement** jusqu'à 12 mois. Contraception oral bien efficace. Permission de nouvelle gestation à **12 mois après l'arrêt** de la chimiothérapie.

## Regimen for invasive mole

### MTX-Folinic acid

Day 1, 3, 5, 7	MTX	1.0 mg/kg	i.m.	Every 2 weeks
Day 2, 4, 6, 8	FA	0.1 mg/kg	i.m.	

# TAKE HOME MESSAGE

- Mole
- Hospitalisation pdt 5 jours, MVA, 4e j US, si retention 2e MVA.
- $\beta$ -hCG avant MVA
- Surveillance toutes 2 semaines jusqu'à 3 mois. Si  $\beta$ -hCG (-) ->
- Retour à 6 mois, si  $\beta$ -hCG (-) -> nouvelle gr.
- Môle invasive, MTX-FA.
- Dosage  $\beta$ -hCG avant chaque cure de traitement,
- Si  $\beta$ -hCG est (-) Surveillance mensuellement j'à 12 mois après la négativation, -> permission une nouvelle gr.

THE END  
THANKS FOR YOUR ATTENTION