



Dr;Chouali leila
Maitre Assistante Hospitalo-Universitaire
Gynecologie Obstetrique

Choriocarcinome



*Tumeur purement epitheliale maligne
provenant du trophoblaste à tout
stade peut se revelé jusqu'à 10 ans
après le derniers événement
gravidique , très chimiosensible*

Etiopathogenie

Frequence ; *Seulement 2 à 3 % des môles évoluent vers le choriocarcinome*

25 % après un avortement ou une GEU

25 % après une grossesse normale

50 % après une môle

Facteurs de risque

en commun avec la mole hydatiforme en plus ;

- ▶ *B HCG supérieur a 100000UI/L avant l'évacuation.*
- ▶ *Kystes lutéiniques >6 cm.*
- ▶ *Age >40 ans.*
- ▶ *ATCDS de grossesse molaire.*
- ▶ *Problèmes médicaux associés*

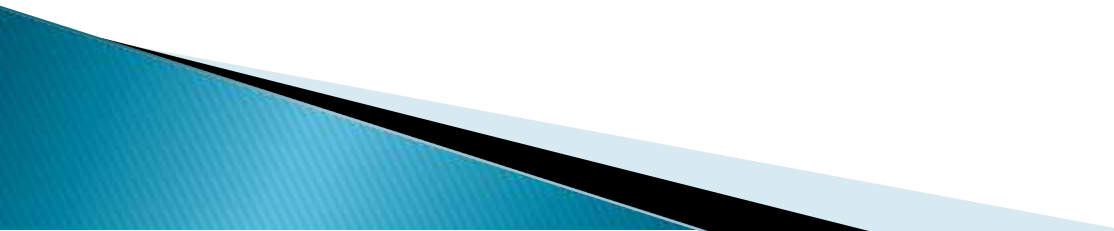
Anapathe

- ▶ Macroscopie ; lesion nodulaire unique ou plurifocale de 0.5 à 5 cm de diametres tres hemorragique s'etend profondement dans le myometre
- ▶ Microscopie ; composé de cellules dimorphe syncitio et cytotrophoblastique envahissant les tissus et les vaisseaux sans chorion villositaire ce qui permet de la distinguer de la mole invasive
- ▶ Caryotype ; aneuploidie

Circonstances de découverte

- *Suites anormales d'une grossesse molaire (60%)*
- *Métrorragies persistantes inexplicées après un avortement (30%)*
- *Métrorragies inexplicées des mois après un accouchement ou une grossesse ectopique (10%).*
- *devant toute patiente en âge de procréer présentant des métastases (pulmonaires, hépatiques, cérébrales, vaginales ou rénales) sans cancer primitif connu*
- *Cas particulier : TT survenant après un accouchement il faut savoir évoquer ce dgc en post partum en cas de MTR abondantes persistantes + signes d'hyperthyroïdie ou détresse respiratoire avec des métastases pulmonaires inexplicées : dosage d'HCG permet le dgc*

Signe Clinique

- ▶ *Métrorragies: spontanées ou provoquées, plus ou moins abondantes, répétées, sang rouge*
 - ▶ *Douleurs pelviennes mal systématisées*
 - ▶ *Asthénie, pâleur, amaigrissement*
- 

Examen physique

- ▶ *Palpation: utérus gros, mou, indolore*
- ▶ *Spéculum:*
 - *hémorragie d'origine endo-utérine*
 - *présence d'une masse charnue vaginale ou vulvaire plus ou moins nécrotique et hémorragique*
- ▶ *TV: utérus mou et gros ovaires*
- ▶ *Examen des appareils: poumons, cerveau
+++ secondaire*

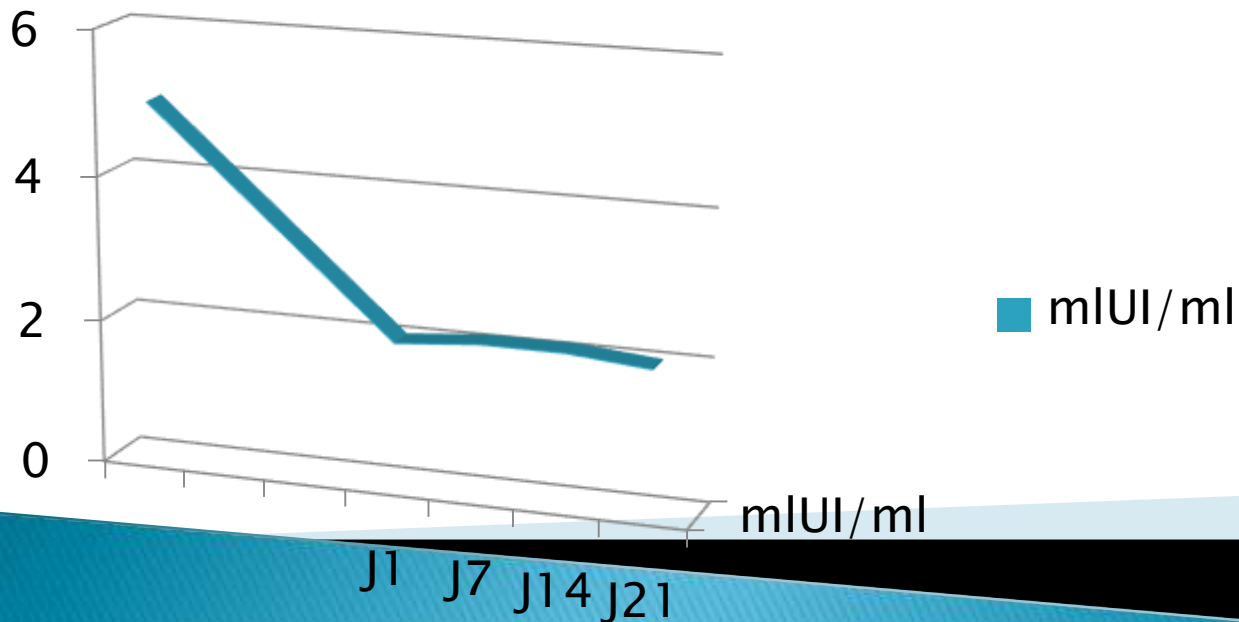
Echographie

- ▶ *Utérus: masse échogène, hétérogène, hypervascularisée (Doppler couleur) à développement intracavitaire, envahissant le myomètre «atteinte multicouches»*
- ▶ *Ovaires: kystiques lutéiniques inconstants*

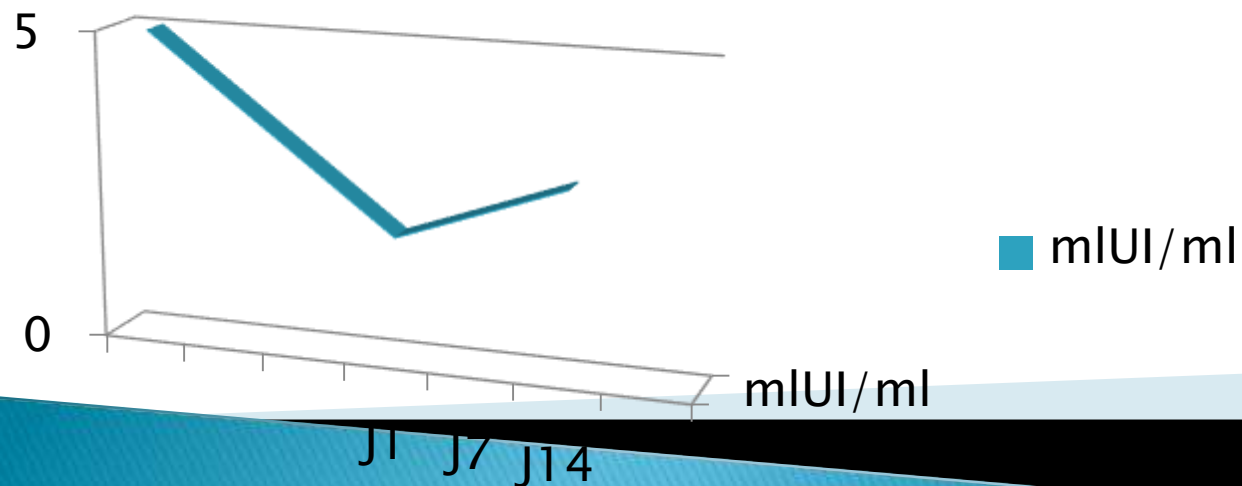
Biologie

*Les 4 critères diagnostiques de TTG
post molaires (FIGO 2002)*

1 - Existence d'un plateau (variation inférieure à 10%) des valeurs d'hCG sur au moins quatre dosages hebdomadaires successifs durant une période de 3 semaines (J1, J7, J14 et J21)



2 - Existence d'une augmentation (accroissement d'au moins 10%) des valeurs d'hCG sur au moins trois dosages hebdomadaires successifs durant une période de 2 semaines (J1, J7, J14)

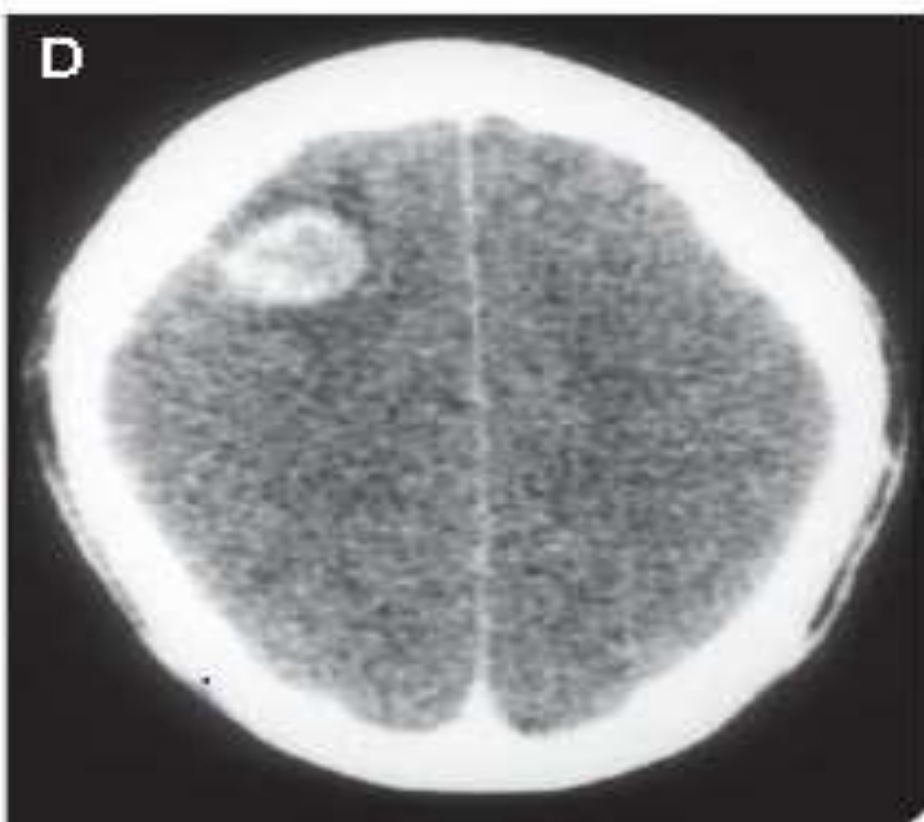
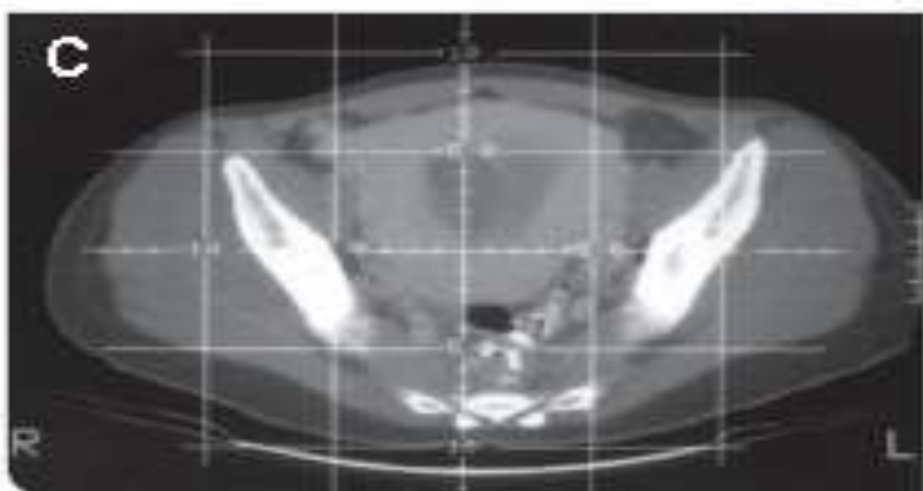
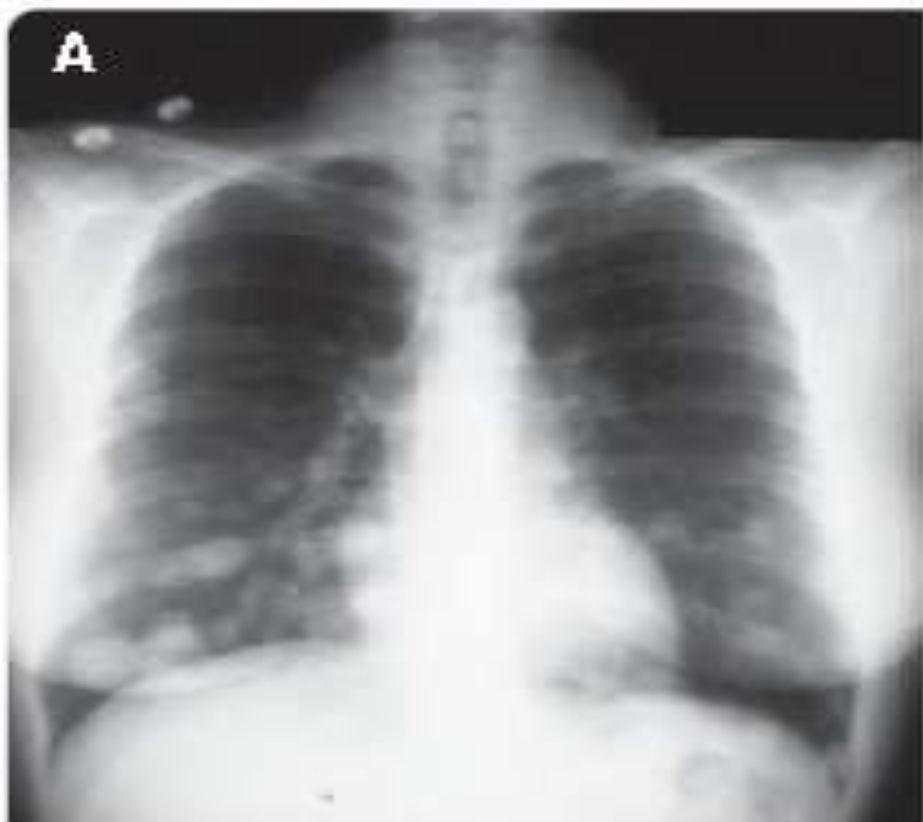


3 - Persistance d'hCG détectable plus de 6 mois après évacuation.

4 - Diagnostic histologique de choriocarcinome

Bilan d'extension de la maladie

- *la localisation tumorale la plus fréquente est la paroi utérine.*
- *Les sites métastatiques: poumon (80%),vagin(30%),pelvis(20%),cerveau (20%), foie (10%).*
- *Le bilan d'extension comporte:*
- **Extension locale** **une métastase vaginale sera dépistée par l'examen au Spéculum et l'écho endovaginale avec doppler couleur et/ou IRM pelvien. examen clinique (TV,TR), cystoscopie, UIV*
- **Extension locorégionale** *IRM pelvienne*
- **Extension à distance** **TDM thoracique et abdominal.
TDM ou IRM cérébral.
- **Général**: *Examen clinique, Bilan rénal, hépatique, hématologique,*



- ▶ *Ce bilan d'extension permet le calcul du score FIGO qui guide les modalités thérapeutiques.*
- ▶ *un score composé de ;*

Le Score FIGO 2002 pronostic

- ▶ *Il est souvent établi à partir des paramètres décrits dans le tableau ci-dessus.*
- ▶ *La tumeur est à bas risque si le score est égal ou inférieur à 6, avec présence ou non de métastases.*
- ▶ *La tumeur est considérée à haut risque si le score est égal ou supérieur à 7, avec présence ou non de métastases*

Score de risque de l'OMS

<i>Score</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>4</i>
<i>Age</i>	<i><39</i>	<i>>39</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Grossesse précédentes</i>	<i>Môle</i>	<i>Avortement</i>	<i>Terme</i>	
<i>Intervalle entre grossesse et évènement (mois)</i>	<i><4</i>	<i>4-6</i>	<i>7-12</i>	<i>>13</i>
<i>hCG totale sérique</i>	<i><10³</i>	<i>10³ – 10⁴</i>	<i>10⁴ – 10⁵</i>	<i>>10⁵</i>
<i>Taille de la tumeur incluant l'utérus</i>	<i><3 cm</i>	<i>3-5 cm</i>	<i>>5 cm</i>	
<i>Site des métastases</i>	<i>poumon</i>	<i>rate, rein</i>	<i>tube digestif</i>	<i>Cerveau, foie</i>
<i>Nombre de métastase identifiées</i>	<i>0</i>	<i>1-4</i>	<i>5-8</i>	<i>>8</i>
<i>Chimiothérapie antérieure</i>	<i>Non</i>		<i>Echec de monochimiothérapie</i>	<i>Echec de polychimiothérapie</i>

Stadification Anatomique

La classification de la FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens) de 2000 ; définit quatre stades la maladie

- ▶ *Stade I* : *Tumeur limitée au corps utérin*
- ▶ *Stade II* : *Tumeur étendue au delà de l'utérus mais limitée aux structures génitales (vagin, ligaments)*
- ▶ *Stade III* : *Métastases pulmonaires avec ou sans atteinte des organes génitaux*
- ▶ *Stade IV* : *Métastases extra-pulmonaires*

Moyens

Therapeutique

Chimiothérapie

Monochimiothérapie

- ▶ *Alternance MTX ; 1 mg/kg à J1, J3 ,J5 ,J7 en IM et Acide folique ; 0.1 mg/kg per os J2, J4, J6, J8*
- ▶ *Plusieurs cures espacées de 14 jours jusqu'à négativation de taux de BHCG*
- ▶ *En cas de contre indication ou intolérance au MTX , l'actinomycine D est recommandé*

Polychimiothérapie: Indiquée s'il y a résistance à la monchimiothérapie, cures espacées de 15 Jours

- ▶ *Methotrexate* : 1 mg/Kg/J à J1, J3, J5, J7.
- ▶ *Ac folinique* : 0,1 mg/Kg/j à J2, J4, J6 et J8.
- ▶ *Actinomycine D*: 12 mg/Kg/J à J1, J2, J3, J4, J5.
- ▶ *Cyclophosphamide* : 30 mg/Kg/J à J1, J2, J3, J4, J5.
- ▶ *Endoxan*: 600mg/m²

Radiothérapie

20 à 30 gray en association à la chimiothérapie en cas de ; métastase cérébrale métastase hépatique

Chirurgie ;

- ▶ *Hystérectomie encadrée: si femme multipare et/ou âgée de plus de 40 ans non desireuse de grossesse , chimioresistance, ou le cas des forme compliquées (perforation, hemorrhagie)*
- ▶ *Chirurgie de necessite ; lobectomie pulmonaire , exereses de metastase cerebrale*

Indication

≤ 6 pts = Monochimiothérapie ; méthotrexate

≥ 7 pts = polychimiothérapie : protocole EMA-CO , protocole EP-EMA

▶ Stade I et II ; Si desir de grossesse ; Monochimiothérapie

Si pas de desir de grossesse Hystérectomie post chimiothérapie: femme multipare et/ou âgée de plus de 40 ans

▶ Stade III et IV ; Polychimio+chirurgie et ou radiothérapie

▶ Après normalisation du taux BHCG ;recommandé 3 cycles de chimiothérapie de consolidation si forme de bon pronostic, et 5 à 8 cycles si mauvais pronostic

Suivi thérapeutique

- ▶ *Surveillance clinique:*

Sphère génitale et urinaire, poumons, foie, système nerveux, squelette

- ▶ *Surveillance paraclinique: Biologie et Imagerie*

- ▶ *Dosage hebdomadaire d'hCG pendant 8 semaines*

Puis tous les 15 jours les 8 semaines suivantes

Puis tous les mois, la première année,

puis tous les 6 mois les 2 années suivantes

- ▶ *Remission complete attestée par 3 dosages hebdomadaire successif*
- ▶ *L'efficacite therapeutique s'objective par diminution significative de plus de 25%*
- ▶ *Les rechutes surviennent souvent dans les 6 mois premieres*
- ▶ *Les recedives tardives peuvent se voir après 2 ans*
- ▶ *Une nouvelle grossesse est envisageable après:*
12 mois de dosage hCG négatif en cas de TTG bas risque
18 mois de dosage hCG négatif en cas de TTG haut risque