

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET SUGGESTIONS

I. DISCUSSION

I.1. EPIDEMIOLOGIE

I.1.1. Incidence

Pendant l'année 2011, nous avons pris en charge 46 cas de môles hydatiformes. Pendant la même période, 9929 grossesses non môlaires ont été prises en charge dans le centre. Ce qui nous donne un taux à 4,61/1000 grossesses. Nous tenons à signaler que cette incidence ne peut pas être représentative de notre pays car ce sont les cas référés qui représentent une grande partie de nos patientes et que les cas simples sans difficultés sont pris en charge dans les maternités environnantes ou dans les provinces. En plus il est évident que notre recrutement est biaisé car les môles hydatiformes trouvés après examen anatomopathologique des produits d'expulsion ou d'aspiration des fausses couches spontanées n'étaient pas inclus dans notre étude.

Cette pathologie est rare en Europe. Elle l'est encore beaucoup plus en Amérique du nord. Les MTG sont plus fréquentes dans les pays du sud (Amérique latine et Afrique) mais surtout dans les pays de l'Est où certains pays affichaient un taux élevé. Martin et al (24) ont rapporté un taux à 40,2‰ lors d'une ancienne étude menée au Corée du sud en 1975.

Nous rapportons dans le « Tableau IV » les incidences de la MHC dans différents pays (nombre de MHC/ 1000 grossesses).

I.1.2. Age

Dans cette série, les 80,43% de notre population avaient entre 20 et 40 ans (Fig. 1). Il a été décrit dans la littérature que c'est surtout les âges extrêmes de la vie reproductive féminine qui sont à risque de ces maladies trophoblastiques gestationnelles (21). Une étude faite en Tunisie (25) a trouvé une moyenne d'âge à 31ans avec un pic de fréquence dans la tranche d'âge 25 à 35ans, elle était de 25,5 ans dans notre série avec des extrêmes à 16 et 48ans. Une autre étude Marocaine (26) a trouvé une moyenne d'âge à 27 ans. Les extrêmes sont de 15 et 52 ans avec un pic de fréquence entre 20 et 30 ans.

Tableau III : Incidences de la MHC dans différents pays (nombre de MHC sur 1000grossesses)

Pays	Incidences	Dates	Références
France	1	2007	Golfier et al.,2007 (27)
Espagne	2,4	2004	Drake et al., 2009 (28)
Danemark	1,1	1999	Olsen et al., 1999 (29)
Finlande	1	2001	Loukovaara et al., 2005 (30)
Amérique du nord	0,67	2004	Soper et al., 2004 (31)
Etats Unis	0,67	2003	Steigrad et al., 2003 (32)
Brésil	4,65	1992	Sun et al., 1992 (33)
Maroc	4,3	2009	Boufettal et al., 2011(22)
Sénégal	2,5	2002	Cissé et al., 2002 (5)
Afrique du sud	1,2	2005	Moodley et al., 2005 (34)
Madagascar	4,63	2011	Notre étude
Japon	0,49	2000	Matsui et al., 2003 (35)
Indonésie	12,9	1984	Aziz et al., 1984 (36)
Corée du sud	40,2	1975	Martin et al., 1998 (24)

I.1.3. Parité

Si on compare notre résultat à celui trouvé dans d'autres études, la parité moyenne qui était de 1 (Fig. 2) est différente de celle trouvée par D Chelli et al (25) car ils rapportent une parité moyenne à 2. Il est important de signaler que les nullipares représentaient 32,6% de nos patientes. Sachant que ces patientes ont un risque beaucoup plus important de récurrence (0,6 à 4,3%) (37) par rapport à la population générale (1 à 3‰) (38), on peut supposer que l'incidence de cette pathologie peut augmenter dans les années à venir. C'est cette conception qui est vérifiée par la littérature stipulant que la fréquence de la grossesse molaire augmente parallèlement avec l'augmentation de la parité (39)(40)(41).

I.1.4. Niveau socio-économique

Le niveau socio-économique de notre population a été évalué selon leurs professions par lesquelles nous pouvons déduire leur revenu annuel. Les 39,13% d'entre elles vivent avec un faible revenu (moins de 2\$ par jour) et 15,21% un revenu moyen (entre 2 et 25\$ par jour)(Fig. 3). Nous signalons que cette population représente approximativement le niveau socio-économique de la population malagasy. Presque la moitié de notre population (45,65%) était des femmes au foyer (Fig. 3). Cela sous entend également un niveau faible de revenu familial. Même si les auteurs (26) rapportent que les mauvaises conditions socio-économiques et la malnutrition n'influent pas sur la survenue de la môle hydatiforme, nos résultats montrent que cette pathologie touche plutôt les femmes pauvres. Khabouze S et al au Maroc (26) ont trouvé un taux important de condition sociale économique défavorable (80%) dans sa population.

I.1.5. Grossesse antérieure

L'information concernant les grossesses antérieures est très importante à connaître en cas de suspicion de grossesse molaire pour évaluer le risque. Une fois la grossesse molaire confirmée, notamment en cas d'évolution défavorable, ce renseignement figure parmi les paramètres à rechercher pour évaluer le pronostic de la

maladie. En effet, après une grossesse molaire le risque de récurrence varie de 0,6 à 4,3% selon les auteurs (37)(3). Boufettal H (22) a trouvé un taux de récurrence à 9,8% dans sa série. Après deux grossesses molaires la récurrence peut survenir jusqu'à 23% des cas (37)(42). Le risque de survenue d'une grossesse molaire après un avortement spontané est de 1 à 3 fois, et de 23 fois après deux avortements successifs (8)(43)(44). D'un autre point de vue, la survenue d'une récurrence de mole hydatiforme doit attirer l'attention du médecin prenant en charge cette pathologie. Il faut demander les antécédents obstétricaux de la patiente et savoir s'il existe d'autres cas de mole hydatiforme ou d'avortement à répétition dans la famille (45)(46). Devant un tableau de mole répétée ou associée à des avortements non molaires, il est vraisemblable que l'on quitte le cadre de la mole sporadique et celui de l'androgénèse pour aborder celui de la génétique et de la mole biparentale. Il serait alors recommandé de procéder à la recherche d'une éventuelle mutation maternelle en NLRP7 car l'espoir d'une procréation normale et le conseil génétique seront tout différents (22). Devault et al, en 2009 (47) ont montré que les môles à caractère génétique ou familiale étaient associées à diverses mutations du gène en NLRP7 chez la patiente. Les mutations de ce gène n'entraînent pas forcément que les môles complètes et pour un même couple il peut y avoir succession de divers types de môles, d'avortement non molaire et parfois quelques grossesses normales (22). Dans notre étude, 4,34% des patientes avaient eu un antécédent de grossesse molaire et 6,52% un antécédent d'avortement lors de sa grossesse antérieure (Fig. 4). Les tunisiens (25) n'ont eu qu'une patiente qui avait un antécédent de grossesse molaire sur ses 56 cas de mole hydatiforme.

I.1.6. Groupage

Le groupage ABO-Rhésus était précisé chez toutes nos patientes. Les groupes O+ et A+ étaient les plus fréquents avec une proportion respective de 43,47% et de 36,95% (Fig. 5). Au Maroc (22) les auteurs ont trouvé également ces deux groupes sanguins avec un pourcentage de 55,5% pour le groupe O et de 31,9% pour le groupe A. Cette même étude marocaine n'a pas trouvé de différence significative en matière de risque de grossesse molaire pour ces deux groupes sanguins par rapport à la population générale mais pour les tumeurs trophoblastiques, ils ont trouvé une différence

significative car toutes les patientes ayant évolué vers une TT étaient toutes de groupe O (61,5%) et de groupe A (37,5%) alors que les pourcentages sont respectivement de 50 et de 26% à la population générale. Une autre étude marocaine (26) a trouvé que dans leurs 105 cas de MTG, 53% des patientes ayant eu un chorioncarcinome est du groupe A+, 40% du groupe O+ et 7% sont du groupe AB+. Les deux patientes présentant une TT trouvés dans notre série étaient de groupe A+ et B+.

I.2. DIAGNOSTIC

I.2.1. Circonstance de découverte

Il est important de parler de circonstance de découverte de cette pathologie pour ne pas passer à côté du diagnostic. Dans notre série, la métrorragie représente le signe le plus fréquemment rencontré et constitue le plus souvent le motif de consultation. Elle était retrouvée dans 65,21% de cas (Fig. 6).

La grossesse molaire a été suspectée fortuitement par l'échographie systématique du premier trimestre chez 23,91% des patientes. L'avortement molaire et l'exagération des signes sympathiques de la grossesse étaient moins fréquemment rencontrés avec un taux respectif de 8,69 et de 2,17% (Fig. 6).

La littérature rapporte également que c'est la métrorragie qui constitue la circonstance de découverte la plus fréquente de cette pathologie (20). Il était retrouvé dans 95,5% dans la série de Khabouze S. et al (26) et dans 67,7% dans celle de Chelli D. et al (25). L'association avec une douleur pelvienne est rencontrée dans 30% des cas (26), révélant une dégénérescence maligne ou due à des kystes lutéiniques, ou en relation avec la douleur expulsive. Ils n'ont pas trouvé l'exagération des signes sympathiques de la grossesse que dans 12% des cas. Boufettal et al (22) ont trouvé ce signe dans 18,5% des cas, Vuong PN (9) dans 13,17% et Womack C et al (48) dans 12,5%. Les autres signes sont : l'augmentation rapide du volume utérin, les vomissements incoercibles, l'hypertension artérielle gravidique (49) et parfois des signes d'hyperthyroïdie qui ont été trouvés par l'équipe de Boufettal H (22) dans 5,5%

des cas. L'échographie pelvienne peut trouver l'image typique de la môle hydatiforme surtout si la patiente est vue beaucoup plus tardivement (2^{ème} trimestre).

I.2.2. Terme du diagnostic

Dans notre étude le terme moyen de diagnostic était de 15,3 SA (Semaines d'Aménorrhée), avec des extrêmes à 8 et à 23 SA (Tableau III). Le terme du diagnostic de la môle hydatiforme est actuellement devenu très précoce grâce à la généralisation de l'échographie systématique du premier trimestre. Rappelons que dans notre série, 23,9% du diagnostic était suspecté lors d'une échographie systématique. L'âge gestationnel moyen du diagnostic est actuellement de 8,7 SA, de 9,25 SA et de 10 SA dans les centres référents aux Etats-Unis, en France, et en Angleterre (27)(38)(51)(52). Dans la môle complète, l'apparence caractéristique de vésicules môleires peut souvent être identifiée au premier trimestre avec les métrorragies vaginales ou le passage de vésicule macroscopique (50). Le diagnostic précoce de la MHP est beaucoup plus complexe est moins probable.

I.2.3. Type d'image échographique

L'image typique en nid d'abeille de la MHC a été retrouvée dans 65,21% des cas dans notre étude. Une image hyperéchogène hétérogène intra-utérine évoquant une image de rétention placentaire a été vue chez 30,46% des patientes (Fig. 7), elles correspondent vraisemblablement soit à des images après avortement môleire soit à des grossesses môleires vu précocement.

Les images évoquant la môle hydatiforme partielle n'ont pas été retrouvées que chez deux patientes. Une image multivésiculaire à coté d'un sac gestationnel chez une patiente et une image d'embryon avec un placenta multivésiculaire chez une autre ont été documentées (Fig. 7). En effet, devant une image de multiples kystes au sein du placenta associé à une augmentation de taille du placenta, et une augmentation du diamètre transversale du sac gestationnel, le diagnostic prédictif de la MHP est estimé à 90% (53).

Pour MHC, pendant le premier trimestre, l'échographie pelvienne permettra de retrouver une masse relativement échogène, parfois entourée d'un sac gestationnel. L'échographie endovaginale permet de mieux préciser l'échostructure multivésiculaire de la masse (51)(52)(54). Cette image, bien que non spécifique permet d'évoquer le diagnostic devant un contexte clinique et des anomalies biologiques caractéristiques. Les images sont beaucoup plus évidentes et spécifiques à partir du deuxième trimestre de la grossesse. L'échographie confirme l'absence de la cavité amniotique et d'embryon et montre une cavité utérine dilatée par des images hypoéchogènes, hétérogènes, multivésiculaires permettant d'évoquer le diagnostic à fortiori si des kystes ovariens multiples sont associés (51)(52)(9). Selon une étude menée par Fowler et al, la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative de l'échographie en matière de diagnostic de môle hydatiforme est respectivement de 44, 74, 88 et de 23% (55). La sensibilité de l'échographie est excellente pour les MHC. Elle peut aller jusqu'à 96,15% (26)(51)(52). Elle varie entre 17% (56) et 29% (55) pour les MHP. Cette sensibilité augmente avec l'âge gestationnel. Kirk et al trouvent une sensibilité de 44% entre 13 et 14 SA contre 13% entre 7 et 12 SA et 6 jours (52).

I.2.4. Taux d'HCG plasmatique

Le dosage d'HCG plasmatique était l'examen d'orientation vers la mole hydatiforme après une suspicion clinique avant l'utilisation de l'échographie. Actuellement, il affirme la suspicion clinique et échographique de la maladie en montrant habituellement un taux plus élevé pour le terme de la grossesse. Cette examen a été demandé chez seulement 54,34% de nos patientes pour plusieurs raisons notamment: le cout élevé et la non disponibilité de cet examen aux urgences dans notre centre. Dans notre étude le taux au moment du diagnostic variait entre 33UI/l et 2 661 730UI/l avec une moyenne à 267 231UI/l (Tableau III). Chelli D et al (25) avait trouvé un taux moyen d'HCG à 587 458 U/l dans son groupe de patientes présentant une môle hydatiforme. Il faut dire qu'un taux normal de ce marqueur n'exclut nullement une môle hydatiforme (57)(58).

I.3. PRISE EN CHARGE

I.3.1. Technique d'évacuation

Le curetage à la curette mousse sous anesthésie générale a été utilisé dans notre centre dans 97,82% des cas. L'aspiration manuelle à la seringue de Karman a été réalisée pour 3 patientes (5,52%), complété par un curetage pour une autre (2,17%). Une autre patiente avait bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase dans le cadre d'une hémorragie abondante dans la suite d'une grossesse molaire (Fig. 8). Selon la recommandation faite par la CNGOF en 2010 (14), l'évacuation utérine devra être faite par aspiration sous contrôle échographique afin d'assurer une évacuation utérine la plus complète possible et de diminuer le risque de perforation. L'évacuation utérine par curette mousse (technique disponible dans notre centre) n'est pas recommandée (14). Dans les cas de MHP, si la taille du fœtus interdit le curetage par aspiration, on peut recourir à une interruption médicale de grossesse (20) mais elle n'est pas recommandée en raison d'un important taux d'évacuation incomplète et parce qu'elle semble augmenter le risque d'évolution secondaire anormale (59). L'hystérectomie est une option qui peut être évoquée avec les patientes présentant une môle avérée dès lors que la patiente considère comme accompli son projet parental. Elle évite certainement le risque de rétention molaire et diminue mais ne supprime pas complètement le risque de TT. Elle ne dispense pas de la surveillance ultérieure du taux d'HCG total sérique (2)(14).

Des complications secondaires à l'évacuation utérine ont été décrites à savoir l'hémorragie, l'infection, la perforation utérine et des complications d'ordre pulmonaire à type de détresse respiratoire faisant suite à un syndrome d'embolisation trophoblastique, à une prééclampsie, à une anémie, ou à une hyperthyroïdie (9)(54). Boufettal H et al n'ont pas trouvé de complications dans leur série (22). Khabouze S et al ont montré en 2002 que plus la hauteur utérine dépasse 16 SA, plus il y a de risques de développer des complications durant l'aspiration ou immédiatement après (26). Selon toujours la CNGOF (14), dans l'éventualité d'un utérus volumineux (atteignant l'ombilic), il est recommandé de prévoir : une voie d'abord veineuse de bon calibre, des concentrés érythrocytaires, une laparotomie ou une coelioscopie.

I.3.2. Examen anatomopathologique

L'examen histologique des produits de curetage ou d'aspiration ainsi que de la pièce d'hystérectomie a été fait chez toutes nos patientes. La confirmation anatomopathologique constitue le critère d'inclusion lors de notre étude. En effet, l'examen histologique reste le gold standard pour la confirmation de la mole hydatiforme (25). Il a aussi un intérêt pronostic car il permet de différencier une MHC d'une MHP dont les pronostics sont différents. Les auteurs reconnaissent la difficulté et l'importance de l'examen anatomo-pathologique au cours de la MTG. Presque tous les centres de référence notamment français (14) et canadien (20) ainsi que britannique (1) recommandent la relecture systématique des lames par des pathologistes référents. Dans notre série, les pathologistes n'ont pas différencié les MHC des MHP probablement par manque de plateaux techniques.

En effet il faut d'autres techniques supplémentaires à l'histologie standard pour poser le diagnostic des cas difficiles. L'immuno-histochimie est nécessaire pour différencier une MHC de fausses couches banales (11) qui exprime sur les noyaux des cellules cytotrophoblastiques et mésenchymateuses des villosités, la protéine P57. Il n'y a pas d'expression de cette protéine en cas de MHC.

Dans la MHP l'expression de la protéine P57 est identique à celle des fausses couches banales car le matériel nucléaire maternel est présent. L'étude de la ploïdie sur matériel paraffiné par cytométrie de flux ou par FISH confirme le caractère diploïde de la MHC et permet de faire un diagnostic dans les cas difficiles avec une MHP qui est toujours triploïde avec deux jeux de chromosomes paternels et un jeu de chromosome maternel (11). La MHC et les fausses couches banales sont diploïdes (4)(2)(60). Les avortements banales peuvent également être génétiquement triploïde mais avec deux jeux de chromosomes maternelles et un jeu de chromosomes paternelles (61). Ces techniques ne sont malheureusement pas accessibles à tous, ce qui est le cas à Madagascar.

A côté de ses cas difficiles, il y a les aspects histologiques typiques qui sont bien connus par les pathologistes.

Pour la MHC, il est beaucoup plus aisé pendant le deuxième trimestre avec des villosités de grande taille, creusés d'une citerne, des hyperplasies trophoblastiques circonférentiels, des atypies du syncytio et du cytotrophoblaste et l'absence des vaisseaux villositaires. Au cours du premier trimestre, les aspects sont différents, les critères sont bien définis dans la littérature anglo-saxonne (62)(63) et permet de faire le diagnostic dans la plupart des cas. Les contours villositaires sont particuliers, « bourgeonnants » réalisant des images « d'orteils » ou de « chou-fleur ». L'hyperplasie du trophoblaste villositaire est modéré voir discrète circonférentielle ou focale. Les atypies cytonucléaires du trophoblaste villositaire sont parfois marquées mais peuvent être modérées, elles sont prononcées dans les trophoblastes extravillositaires. Le stroma villositaire a un aspect inhabituel, normalement dense et cellulaire, rappelant pour certains la tumeur phyllode du sein. On peut observer des images de caryorrhexie qui contraste avec une villosité bien vivante non évoluée. Des vaisseaux sont visibles dans l'axe mésenchymateux villositaires. Des hyperplasies et atypies cytonucléaires du trophoblaste extravillositaire dans le site d'implantation sont souvent observées et sont un bon argument indirect pour le diagnostic. Les signes classiques de la MHC peuvent être présents.

Sophie Patrier a publié un cas de MHC vue précocement avec ces aspects particuliers des villosités « bourgeonnant » dessinant par endroit des formes « d'orteils » (4).

Pour la MHP, quatre signes majeurs sont décrits (64)(65) : le mélange de deux populations de villosités, l'une faite de villosités de taille normale, normalement immatures, parfois fibreuses, l'autre constituée de villosités volumineuses, irrégulières, hydropiques; les villosités de grande taille, mesurant jusqu'à 3-4mm, peuvent comporter une cavitation centrale (citerne); les villosités sont de contours irréguliers, en « fjord norvégien », avec des pseudo kystes d'inclusion trophoblastique (qui résultent en fait d'un effet de coupe des invaginations des contours); l'hyperplasie trophoblastique est focale et modérée, réalisant de petits amas disposés au hasard sur la surface villositaire ou bien des agrégats périvillositaires avec une dysplasie bulleuse. Des signes en rapport avec le développement d'un fœtus sont souvent observés: hématies fœtales nucléées dans les vaisseaux villositaires, tissus embryonnaires ou fœtaux, cordon ombilical,

plaque choriale, amnios. Plus récemment, des anomalies des vaisseaux villositaires ont été décrites: aspect angiomatoïde, avec des vaisseaux abondants et ramifiés. Les modifications histologiques sont plus discrètes dans les formes vues précocement et rendent le diagnostic plus difficile (1)(66).

Sophie Patrier a également publié en 2010 un cas de MHP avec cet aspect particulier en « Fjords Norvégiens » des villosités (67).

I.3.3. Résultat du contrôle échographique après évacuation

Le contrôle échographique a été fait gratuitement avant la sortie de l'hôpital chez toutes nos patientes sauf pour celle qui avait bénéficié d'une hystérectomie. Cette échographie de contrôle est importante pour éliminer le diagnostic de rétention. Elle doit se faire dans les 15 jours après l'évacuation, en cas de rétention avérée à l'échographie (diamètre antéro-postérieur supérieur à 17 mm) il est recommandé de réaliser une seconde évacuation. Une échographie pelvienne endo-vaginale supplémentaire est recommandée en cas de reprise de saignement et/ou en cas d'évolution anormale d'HCG (14). Il n'est pas recommandé de pratiquer une troisième aspiration en raison du risque de synéchie (14). Autrement dit, en cas de confirmation échographique de vacuité utérine après l'évacuation utérine initiale, l'apparition de masse intra-utérine ultérieure ou une évolution anormale d'HCG traduit à fortiori une TTG et doit faire l'objet d'un bilan d'extension à la recherche de métastase et d'une chimiothérapie.

I.4. EVOLUTION ET PRONOSTIC

I.4.1. Evolution du taux d'HCG plasmatique

Une des caractéristiques spécifiques des MTG, est de sécréter l'HCG. De ce fait, la surveillance de ces maladies est basée sur le dosage d'HCG total sérique. Dans notre série, 25 patientes soit 54,34% des patientes ont pu se payer cette surveillance qui est onéreuse. Il est recommandé (14) de faire un dosage hebdomadaire de cet hormone

jusqu'à sa négativation après une mole hydatiforme. Les anglais font ce dosage toutes les deux semaines (1). Pour notre étude, nous avons décidé lors de l'entretien avec nos patientes de le faire toutes les deux semaines pour la plupart d'entre elles et par mois pour certaines, pour veiller à ce que ces patientes n'arrêtent pas la surveillance pour des raisons pécuniaires. Chez nous, le coût de cet examen est de l'ordre de 25 000 Ariary (à peu près 12\$) qui équivaut à une semaine de revenu pour nos patientes. Rappelons que 39,13% de notre population avait un revenu journalier en dessous de 2\$ et que 47,65% étaient des femmes au foyer sans source de revenu (Fig. 3). Après sa négativation, le dosage d'HCG total sérique doit être fait tous les mois pendant 6 mois pour les MHP et les MHC dont le taux se négative avant 2 mois et pendant 12 mois pour les autres cas de MHC. Une seule patiente dans notre série seulement avait négativé son taux d'HCG avant 2 mois, pour un taux initial à 33 UI/l.

Pour minimiser les dépenses des patientes pour la surveillance et surtout pour ne pas perdre de vue les MHC prise comme une MHP, il est important de préciser le caractère «complète» ou «partielle» d'une môle hydatiforme lors de l'examen anatomo-pathologique. Nous n'avons pas eu cette précision dans notre centre et nous avons arrêté la surveillance à la négativation d'HCG plasmatique. En effet, le risque d'évolution vers une TT est complètement différent pour les deux types de môle hydatiforme, il est évalué entre 0,5 et 6% en cas de MHP (2)(3) et de 8 à 20% en cas de MHC (1-4)(19)(68-70). Le délai moyen de survenu d'une TTG est de 6 mois après l'évacuation d'une grossesse molaire (21). Le risque est multiplié par 2500 après une môle hydatiforme par rapport au risque après une grossesse normale (71).

Dans notre série, nous avons eu 2 cas de dégénérescence maligne (Fig. 11). L'une d'entre elle avait présenté une stagnation du taux d'HCG autour de 200UI/l et qui a présenté une hémorragie importante 4 mois après sa grossesse molaire ayant nécessité une hystérectomie d'hémostase. L'examen anatomo-pathologique de pièce opératoire avait confirmé le diagnostic de choriocarcinome.

L'autre patiente a été suivie pour une mole hydatiforme a priori complète et a présenté une augmentation importante du taux d'HCG (30 fois plus élevé en trois semaines) seulement 1,5 mois après l'évacuation de sa grossesse molaire, la vacuité

utérine était contrôlée à sa sortie de l'hôpital et l'utérus était encore vide avant son transfert au service de cancérologie pour sa chimiothérapie.

Le diagnostic de TTG est biologique. Il ne faut pas s'acharner à avoir des preuves anatomopathologiques (72). Ce principe avait été adopté devant nos deux cas de choriocarcinome.

I.4.2. Délai de négativation d'HCG

Vingt trois de nos patientes, soit 50% de notre population avaient pu poursuivre la surveillance d'HCG jusqu'à sa négativation. Les 2 autres patientes ayant présentés une TTG ont été suivies dans le service de cancérologie. Le délai moyen de la négativation d'HCG était de 3,9mois. Toutes les patientes avaient négativé leur taux d'HCG en moins de 6 mois (Fig. 12).

I.4.3. Apparition de métrorragie

L'apparition de métrorragie est un signe à rechercher lors de la surveillance post molaire. Elle constitue parfois le signe annonciateur d'évolution défavorable de la maladie. En cas de métrorragie, une échographie doit être faite (14) et bien évidemment le profil évolutif d'HCG plasmatique doit être déterminé. Le cas de choriocarcinome rapporté dans notre série a été retrouvé suite à une hémorragie génitale.

I.5. FERTILITE APRES UNE MOLE HYDATIFORME

Des moyens contraceptifs ont été proposés systématiquement à toutes nos patientes à la sortie de l'hôpital. Les 34,77% d'entre elles seulement ont accepté la proposition (Fig. 14). Il est capital que ces patientes prennent une contraception efficace car une grossesse retarderait le diagnostic d'une éventuel TTG en obscurant le monitoring d'HCG (58)(73)(74). Une nouvelle grossesse sera envisageable après 6 mois de dosage négatif d'HCG total sérique après une MHP et en cas de MHC si la négativation se fait en 8 semaines ou moins, et après 12 mois de dosage négatif pour les autres cas de MHC. Horn LC et al (8) ont rapporté un risque plus élevé d'avortement essentiellement si la grossesse a eu lieu dans les 6 mois après l'évacuation molaire. Par

contre, selon une étude faite par Garner E et al (74) il n'y a pas d'augmentation de fréquence d'avortement spontané, ni de prématurité, ni malformation congénitale par rapport à la population générale. Selon Curry SL et al (75) la contraception oestroprogestative est efficace. Ils recommandent d'utiliser un oestroprogestatif fortement dosé en œstrogène et c'est la méthode contraceptive prescrite dans notre centre pour ces patientes. Le CNGOF a avancé qu'il n'y a pas de contre indication à un Dispositif Intra-Utérin dès que l'involution utérine est terminée et après vérification de la vacuité utérine (14).

II. SUGGESTIONS

Pour améliorer la prise en charge des môles hydatiformes dans notre pays, à la lumière de cette étude, nous suggérons :

II.1. Pour la communauté et les femmes en activité reproductive

- Des informations :
 - sur les signes qui font penser à une grossesse normale en vue d'une consultation précoce chez un agent de santé qualifié
 - concernant la grossesse molaire, son profil évolutif (risque de dégénérescence), et les principes de la prise en charge
 - sur le caractère « curable » de cette pathologie
- Communications pour le changement du comportement :
 - sur la nécessité de se référer à un centre spécialisé pour la prise en charge d'une grossesse molaire.
 - Sur l'importance d'une compliance à des surveillances biologiques
 - Sur l'intérêt des moyens contraceptif pendant la durée de la surveillance

II.2. Pour le personnel de santé

- Recyclage et formation continue concernant la prise en charge de la grossesse molaire
- Rédaction d'un protocole de prise en charge adapté à notre pays
- Application à la lettre du protocole de prise en charge
- Test de grossesse systématique six mois après l'évacuation molaire initiale pour les patientes qui n'ont pas de moyens pour la surveillance biologique.
- Organisation d'un Staff multidisciplinaire pour les cas de tumeur trophoblastique incluant les Gynécologues, les Anatomopathologistes, et les Cancérologues.
- Formation des cyto-pathologistes référents en matière de môle hydatiforme

II.3. Au niveau des autorités compétentes

- Investissement sur la prise en charge financière de la surveillance biologique et de la chimiothérapie en cas de tumeur trophoblastique
- Organisation des séances d'informations médiatisées d'envergure nationale en matière de môle hydatiforme