



CrossMark

Morts maternelles par maladies trophoblastiques gestationnelles. Résultats de l'enquête confidentielle française sur la mortalité maternelle, 2010–2012^{☆,☆☆}

M. Dreyfus

Disponible sur internet le :
12 janvier 2018

, Gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, université Caen, CHU de Caen, UFR Médecine Caen avenue de la Côte-de-Nacre, 14003 Caen, France

dreyfus-m@chu-caen.fr

Mots clés

Grossesse
Maladie trophoblastique gestationnelle
Môle
Chimiothérapie
Hémorragie du post-partum
Mort maternelle

Keywords

Pregnancy
Gestational trophoblastic disease
Chemotherapy
Molar pregnancy

Résumé

Les maladies trophoblastiques gestationnelles regroupent plusieurs entités totalement distinctes qui ont comme dénominateur commun l'hypersecretion d'hCG par un trophoblaste hyperplasique mais leur origine, leurs caractères morphologiques et leurs traitements diffèrent. Pour la période 2010–2012, 4 décès maternels ont été attribués à une maladie trophoblastique gestationnelle (choriocarcinome), soit un RMM de 0,16 décès pour 100 000 naissances vivantes sans variation significative par rapport à la période 2007–2009. Ils représentent 1,6 % de l'ensemble des décès maternels et 3,3 % de la mortalité par causes directes. Les 4 décès sont survenus dans le post-partum et le diagnostic a été fait entre 60 et 180 jours de l'accouchement. Deux dossiers ont été jugés « peut-être évitables ». L'inadéquation des soins concernaient la prise en charge obstétricale à la fois par un retard diagnostique et par un retard au traitement. De l'analyse de ces dossiers ont été tirés des messages forts permettant d'optimiser la prise en charge. Ainsi, une patiente présentant des saignements persistant au-delà de six semaines après l'accouchement doit avoir des explorations complémentaires hiérarchisées comportant notamment un dosage d'hCG et une histologie pour éliminer cette pathologie rare dont la prise en charge précoce aboutit habituellement à la guérison.

Abstract

Maternal deaths due to gestational trophoblastic diseases, results from the French confidential enquiry into maternal deaths, 2010–2012

Gestational trophoblastic diseases (GTD) correspond to several entities which all have a common pattern: hypersecretion of human chorionic gonadotrophin by trophoblastic hyperplasia. Between

DOI de l'article original :

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.10.015>

[☆] Nous reproduisons ce texte initialement paru dans la revue *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* pour en assurer la plus large diffusion auprès des anesthésistes-réanimateurs. Toute référence à ce texte devra renvoyer à la référence princeps, comme suit : *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(12 Suppl.):S58–S60.

^{☆☆} 5^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (2010–2012).

Postpartum hemorrhage
Maternal death

2010 and 2012, there were 4 maternal deaths due to GTD (choriocarcinoma). The ratio of maternal death caused by GTD was 0,16/100,000 living births which was similar to the rate from the 2007-2009 period. These deaths represented 1.6% from the whole maternal mortality and 3.3% of the direct maternal mortality. These four deaths occurred after delivery and the diagnosis of GTD was made between 60 and 180 days in the postpartum period. Two cases seemed to be potentially avoidable. The main causes of suboptimal management were linked to delay either in diagnosis of GTD or in initiating the appropriate treatment. The analysis of these maternal deaths gave the opportunity to stress some major lessons to optimize medical management of GTD. Therefore, a patient presenting with persistent bleedings more than six weeks after delivery needs some specific exams such as plasma human chorionic gonadotrophin measurement and histopathologic examination to affirm GTD and start early specific treatments generally leading to complete recovery.

1. Introduction/contexte

Les maladies trophoblastiques gestationnelles regroupent plusieurs entités totalement distinctes comme la môle partielle ou syndrome triploïde, la môle complète invasive ou non et le carcinome trophoblastique gestationnel. Ces entités ont un dénominateur commun, l'hypersécrétion d'hCG par un trophoblaste hyperplasique mais leur origine, leurs caractères morphologiques et leurs traitements diffèrent.

Les môles complètes, diploïdes, ont comme risque potentiel majeur l'évolution vers l'invasion, évolution totalement imprévisible. Seul un suivi rigoureux du taux d'hCG pendant les six mois suivant la normalisation, permet d'éliminer ce risque. Le diagnostic de môle invasive repose sur la persistance d'une sécrétion anormale d'hCG et/ou sur la découverte de localisations villositaires anormales (intramyométriales, pulmonaires, cérébrales, hépatiques). La prise en charge est relativement codifiée avec des protocoles de chimiothérapie allant d'une monochimiothérapie par méthotrexate à des polychimiothérapies dans les stades sévères. Le taux de guérison est excellent lorsque le diagnostic est fait précocement, y compris dans les formes invasives [1,2].

Le diagnostic est souvent aisé au premier trimestre de la grossesse (métrorragies imposant une échographie endovaginale qui évoque le diagnostic). Une aspiration permettant un contrôle histologique, sous contrôle échographique, associée à un dosage d'hCG confirme ce diagnostic. Le suivi ultérieur nécessite la surveillance du taux d'hCG de façon hebdomadaire jusqu'à négativation puis une surveillance pendant plusieurs mois.

Le diagnostic est beaucoup plus complexe après un accouchement. La persistance de saignements au-delà d'un mois après un accouchement, doit inciter à la plus grande prudence ; un dosage d'hCG doit être effectué en parallèle à une échographie pelvienne endovaginale. La plupart de ces tumeurs sont des choriocarcinomes. Il n'existe pas de courbe standardisée de décroissance de l'hCG après un accouchement mais on estime que les taux d'hCG se négativent quatre à huit semaines après l'accouchement.

Quelques rares séries de maladies trophoblastiques gestationnelles survenues dans le post-partum ont été rapportées. La plupart de ces maladies sont des choriocarcinomes. Le diagnostic est souvent tardif, en moyenne sept semaines après l'accouchement (incidence de 1/50 000 naissances vivantes) avec dans la majorité des cas un taux d'hCG supérieur à 10 000 UI/L [3]. Une fois le diagnostic évoqué, il faut prendre les mesures diagnostiques (bilan d'extension comportant une échographie doppler de l'utérus, un scanner thoracique et abdomino-pelvien voire une échographie hépatique) et thérapeutiques adaptées, coordonnées par un centre d'oncologie référent [1].

2. Épidémiologie

Pour la période 2010-2012, 4 décès maternels ont été attribués à une maladie trophoblastique gestationnelle, tous par survenue d'un choriocarcinome, soit un RMM de 0,16 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) (IC 95 % : 0,04-0,4). Ils représentent 1,6 % de l'ensemble des décès maternels, et 3,3 % des décès directement en lien avec la grossesse (causes directes). Il s'agit d'une étiologie minoritaire de mortalité maternelle ; la variation par rapport à la période 2007-2009 – RMM de 0,08 pour 100 000 NV – n'est pas statistiquement significative, compte tenu des petits effectifs.

Les 4 décès par choriocarcinome sont survenus après un accouchement, tous au-delà de 42 jours de l'accouchement. Le diagnostic a été posé entre 60 et 180 jours post-partum.

ENCADRÉ 1

Centre français de référence des maladies trophoblastiques
Centre hospitalier Lyon Sud, Bât 3B – 2^e étage
165, chemin du Grand-Revoynet
69495 Pierre-Bénite
Tél. : 04 78 86 66 78
Fax : 04 78 86 65 54

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8610456>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8610456>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)