

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 17 (2011)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Grossesse et accouchement chez l'adolescente: a propos de 1240 cas colligés au CHU de Cocody

Nguessan KLP, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S62 - 65

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra utérine dans la ville de Ouagadougou. A propos de 141 cas.

Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72

Le pronostic maternel de l'hypertension artérielle de la parturition à la maternité du CHU de Cocody (Abidjan- Côte d'Ivoire)

Nguessan K, Mian B, Koime H, Gondo D, Koffi A, Angoi V, Effoh N, Konan J, Kouame A, Abauleth R, Boni S.....73 - 75

La plastie tubaire a la maternité de référence de Niamey: étude rétrospective. A propos de 314 cas

Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79

Traumatismes fœtaux au cours de la parturition: expérience de la maternité du CHU de Cocody (abidjan-cote d'ivoire) a propos de 27 cas.

Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86

Tumeur trophoblastique du site d'implantation : à propos d'un cas et revue de la littérature

Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91

Issue de la grossesse dans un utérus cicatriciel a la clinique universitaire de gynécologie obstétrique de Cotonou

Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97

Mortalité maternelle : aspects épidémiologiques et étiologiques a la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry.

Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.98 - 102

Issue de l'accouchement dans un utérus cicatriciel a Cotonou

Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguemon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 109

Anémie et grossesse au service de gynécologie obstétrique du CHU Pointe à Pitre Abymes (CHUPPA)

Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpode JC, Gaunefet C, Janky E.....110 - 114

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

Migration transutérine d'un dispositif intra-utérin au niveau du ligament large.

F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....115 - 118

Migration intra-appendiculaire d'un dispositif intra-uterin a propos d'un cas

Toure A, Sy T, Soumaoro LT, Leno DWA, Soumah AFM, Camara ND.....119 - 121

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Adolescent pregnancy and labor: about 1240 cases collected at chu of cocody***
Nguessan Klp, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A,
Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S62 - 65
- Epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou***
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72
- Sociodemographics characteristics knowledges and attitudes of women under contraception and a clinic model of the guinean assosiation for the well-being of family (AGBEF), Conakry***
Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73
- Tubal plasty at reference maternity of Niamey: retrospective study. About 314 cases***
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79
- Neonatal traumas in parturition. Experience of the maternity of the university hospital of cocody (abidjan, ivory coast).***
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86
- Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature.***
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91
- Outcome of pregnancy in a cicatricial uterus at the Clinique universitaire de gynecologie obstetrique of cotonou***
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97
- Maternal mortality: epidemiological and etiologial aspects at the ignace Deen clinic of gynecology and obstetrics, Conakry university hospital.***
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T, Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.....98 - 102
- Exit of the childbirth in a cicatricial uterus at Cotonou***
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 109
- Anemie and pregnancy at obstetric and gynecology department of CHU Pointe a Pitre Abymes (CHUPPA)***
Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpode JC, Gaunefet C, Janky E.....110 - 114

CASE REPORT

- Migration of intrauterine devices into the broad ligament.***
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan,
B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....115 - 118
- Intra-appendiceal migration of an intra uterine device: a case report***
Toure A, Sy T, Soumaoro LT, Leno DWA, Soumah AFM, Camara ND.....119 - 121

TUMEUR TROPHOBLASTIQUE DU SITE D'IMPLANTATION : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

PLACENTAL SITE TROPHOBLASTIC TUMOR: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.

LENO D.WA¹, SY T², CAMARA M.K¹, KABA T¹, DIALLO FD¹, KEITA N¹.

¹ Service de Gynécologie et Obstétrique de Donka. CHU de Conakry.

² Service de Gynécologie et Obstétrique d'Ignace Deen. CHU de Conakry.

Correspondances : Docteur LENO Daniel William Athanase. Chef de Clinique Assistant. Service de gynécologie et Obstétrique de Donka. CHU de Conakry. Tel : (224) 60 27 12 40

Email : danielleno2000@yahoo.fr

RESUME.

Les auteurs rapportent un cas de tumeur trophoblastique du site d'implantation survenue chez une patiente âgée de 31 ans, avec antécédent de grossesse molaire, traitée par hystérectomie totale. La stagnation du taux des bêta HCG et l'existence d'une image nodulaire infiltrant le myomètre à l'échographie endo vaginale ont permis d'évoquer le diagnostic, confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire. L'évolution a été favorable avec un recul de 1 an.

Mots clés : Tumeur trophoblastique du site d'implantation, maladies trophoblastiques, échographie endo vaginale, histologie.

SUMMARY. The authors report a case of trophoblastic implant site occurred in one patient aged 31 years, with a history of molar pregnancy, treated by total hysterectomy. The stagnation of beta HCG and Image nodular infiltrate the myometrium with vaginal endosonography were touched on the diagnosis, confirmed by the reading of the histological specimen. The outcome was favorable with a decrease of 1 year.

Key words : placental site trophoblastic tumor, trophoblastic disease, vaginal endosonography, histology.

INTRODUCTION

La tumeur trophoblastique du site d'implantation (TTSI) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une néoplasie constituée de trophoblastes intermédiaires et de cyto trophoblastes, sans contingent significatif de syncytiotrophoblastes. Il s'agit d'une tumeur rare du placenta qui envahi le myomètre et les vaisseaux sanguins, et composée principalement de cellules intermédiaires.

La TTSI a été décrite pour la première fois par While Marchand en 1895 [1] sous le terme de choriocarcinome. La terminologie actuelle de cette pathologie vient de Kurman, en 1976 [2].

La TTSI fait partie des tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) réparties en 4 groupes par L'OMS: le groupe 1 qui comprend la môle hydatiforme divisée en deux sous groupes : la môle complète et la môle partielle ; le groupe 2 qui comprend la môle invasive ; le groupe 3 représenté par le choriocarcinome ; et le groupe 4 représenté par la TTSI.

Sa fréquence sur l'ensemble des maladies gestationnelles trophoblastiques est de 2 à 3,1/1000 [3, 4]. Il s'agit de lésions rares observées dans plus de 3/4 des cas au décours d'une grossesse normale et 5% seulement après grossesse molaire.

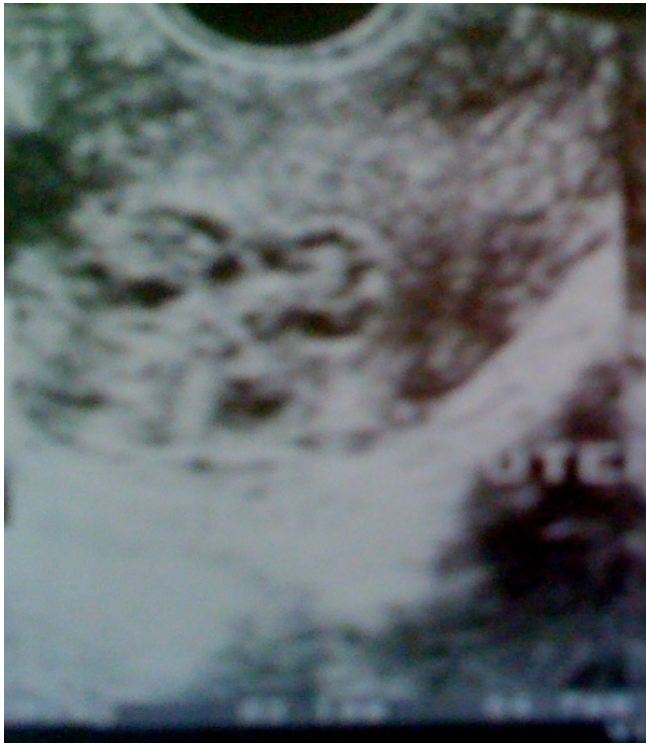
L'épidémiologie, l'étiologie et les facteurs de risque de la TTSI demeurent inconnues.

Le caractère exceptionnel de cette maladie ont conduits les auteurs à présenter, puis à discuter un cas de TTSI chez une jeune femme, traitée par hystérectomie totale.

OBSERVATION

Mademoiselle AC., âgée de 32 ans, primigeste nullipare, sans antécédent particulier, consulte dans notre service le 08 juin 2009 pour une échographie pelvienne dans un contexte d'aménorrhée secondaire de 3 mois. L'échographie pelvienne met en évidence un utérus augmenté de taille, avec un aspect multi vésiculaire occupant la totalité de la cavité utérine sans sac ovulaire visualisé ; associé à deux gros kystes ovariens fonctionnels bilatéraux et multiloculaires. Le dosage sérique des bêta HCG se révèle positif à 134.000 m UI/ml. Le diagnostic de môle complète est alors évoqué, et une aspiration réalisée. L'examen anatomopathologique du produit d'aspiration confirme le diagnostic de môle complète. Le 10 juillet 2010 la patiente est reçue aux urgences pour saignement vaginal et douleurs abdomino-pelviennes aiguës. L'examen clinique révèle un état général satisfaisant, une tension artérielle à 13/7 cm Hg, un pouls à 86

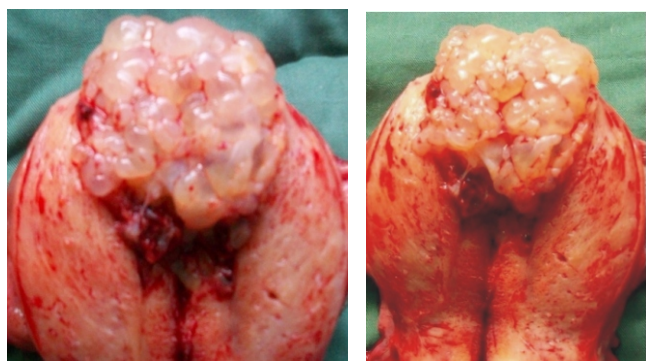
pulsations/minute, une température de 37° 7. L'abdomen est augmenté de volume avec un ombilic déplié, sensible avec palpation de deux masses liquidiennes mobiles dans les fosses iliaques. L'examen au spéculum met en évidence une hémorragie minime noirâtre d'origine endo utérine, avec un col et des parois vaginales macroscopiquement sains. Au toucher vaginal, l'utérus est augmenté de taille, sensible à la mobilisation, avec perception de deux masses liquidiennes dans les fosses iliaques. Le dosage sérique des bêta hCG est à 15.000 mUI /ml. L'échographie pelvienne objective une rétention de débris molaires avec présence des gros kystes lutéiniques multi focaux. Le reste du bilan para clinique est normal. Le diagnostic de complication post molaire est évoqué devant ce tableau et la patiente hospitalisée. Un traitement médical et une aspiration sont réalisés. Après amélioration clinique, la patiente est libérée sur avis médical. Le dosage sérique des bêta HCG du 08 septembre 2009 révèle un taux à 4.798 mUI/ml. Du fait de la stagnation du taux sérique des bêta HCG, deux séances de chimiothérapie, à base de Méthotrexate et d'acide folique, sont réalisées. Le contrôle biologique du 06 octobre 2009 montre une ré ascension du taux sérique des bêta HCG à 11.341 mUI/ml. L'échographie endovaginale réalisée à cet effet, met en évidence une image nodulaire localisée au niveau de la paroi postéro fundique de l'utérus, infiltrant le myomètre dans ses 2/3, mesurant environ 35 mm x 30 mm, d'échostructure hétérogène avec des zones anéchogènes kystiques, hypervascularisée au doppler couleur, avec diminution du flux diastolique au doppler pulsé. Le diagnostic de Tumeur trophoblastique du site d'implantation est dès lors suspecté. Le dossier est discuté en staff, et la décision du traitement chirurgical par hystérectomie totale est prise. Après counseling et accord de la patiente, une hystérectomie totale par laparotomie est réalisée le 23 octobre 2009, et la pièce opératoire envoyée pour examen anatomopathologique. Les suites opératoires ont été simples et la sortie autorisée à J8. La négativation du taux des bêta HCG a été obtenu à l'issue de nombreux contrôles hebdomadaires. L'évolution clinique et biologique est tout à fait normale après un recul de près d'un an. L'examen histologique a confirmé le diagnostic et décrit une tumeur dont les villosités possèdent un revêtement trophoblastique exubérant et destructeur. Les cellules trophoblastiques intermédiaires et cytotrophoblastiques infiltrant le myomètre et le détruisant plus ou moins en profondeur.



Echographie endo vaginale : image nodulaire fundique



Echographie sus pubienne : kystes multiloculaires



DISCUSSION

La TTSI est une forme rare des maladies trophoblastiques gestationnelles, d'évolution clinique variable et à potentiel malin imprévisible [5]. La maladie est habituellement observée chez les femmes en âge de procréer, avec un âge moyen au diagnostic de 31 ans [3]. Cependant, des cas de

TTSI chez des femmes ménopausées ont été rapportés par certains auteurs [6]. La TTSI peut survenir après une grossesse normale, une fausse couche spontanée, un avortement provoqué, une grossesse ectopique ou une grossesse molaire. En réalité, elle peut apparaître après n'importe quel type de grossesse [3, 7, 8]. Un antécédent de grossesse normale à terme est retrouvé dans 53 % des cas [4, 7], ou une grossesse molaire dans 21 % des cas [4,9]. L'intervalle moyen entre la dernière grossesse et le diagnostic de TTSI peut varier de quelques semaines à plusieurs années [10]. Notre observation est conforme aux données de la littérature, puisque notre patiente âgée de 32 ans, présentait un antécédent de grossesse molaire. Le temps de latence entre la dernière grossesse et le diagnostic de TTSI était de trois mois.

En général, la symptomatologie de la TTSI est dominée par un saignement vaginal (79 % des cas) associé à une involution utérine. On peut parfois retrouver une aménorrhée secondaire, une galactorrhée, un syndrome néphrotique [4, 6, 7]. Du fait de sa variabilité clinique, le diagnostic de la TTSI est parfois tardif au stade métastatique dans près de 10 % des cas [6].

Le taux sérique de bêta HCG est le plus souvent normal ou faiblement élevé dans les TTSI [8]. Pour certains auteurs [4,7], la concentration sérique de bêta HCG est inférieure à 1000 mIU/ml dans 79 % des cas, et dans 58 % des cas elle est inférieure à 500 mIU/ml.

Les examens d'imagerie (Echographie, IRM ...) permettent de suspecter le diagnostic de TTSI, de préciser le type de vascularisation, de rechercher des métastases, et parfois d'apporter des informations utiles dans la stratégie de prise en charge et d'approche chirurgicale [8, 13, 14]. L'échographie endovaginale demeure l'examen d'imagerie de première intention. L'image échographique le plus souvent décrite est un nodule échogène situé dans le myomètre, qui peut être solide et échogène, ou hypoéchogène, ou complexe et multikystique. Il semble exister selon les données récentes de la littérature [9, 12] deux types selon la vascularisation : un type hypervascularisé avec présence d'une masse multikystique et de nombreux espaces vasculaires, et un type hypovascularisé.

Dans notre observation, le diagnostic de TTSI a été évoqué chez une jeune dame avec antécédent de grossesse molaire, présentant des métrorragies associées à une involution utérine; Le dosage sérique de bêta HCG était positif à 11.341 m UI/ml); et l'échographie endovaginale montrait une image nodulaire, infiltrant le myomètre dans ses 2/3,

mesurant environ 35 mm x 30 mm, d'échostructure hétérogène avec des zones anéchogènes kystiques, hyper vascularisée, et diminution du flux diastolique.

L'examen histologique a permis de confirmer le diagnostic en mettant en évidence des cellules intermédiaires le plus souvent mononuclées, de forme polyédrique, isolées ou en groupes au cytoplasme faiblement éosinophile. Généralement, ces cellules infiltrent le myomètre et les vaisseaux utérins. Des dépôts de substances fibrinoïdes et une invasion de la paroi vasculaire, de la lumière vers la périphérie des vaisseaux, sont observés (15). Les formes malignes possèdent des critères cytologiques de malignité associés à de la nécrose, et à une activité mitotique importante.

L'évolution de la TTSI en l'absence de traitement, peut se faire vers l'apparition de métastases responsables de décès. Les sites métastatiques les plus fréquents sont les paramètres et le vagin, le foie, les poumons et le cerveau [13, 16].

L'hystérectomie totale constitue la base du traitement lorsque la maladie est locale. Bien que la plupart des TTSI ne réagissent pas positivement à la chimiothérapie comme le choriocarcinome, celle-ci peut être utilisée comme traitement adjuvant et recommandée en cas d'extension métastatique [11, 15, 17]. Dans notre cas, une hystérectomie totale avait été réalisée et la confirmation diagnostique faite après examen histo pathologique de la pièce opératoire.

En ce qui concerne le pronostic de la maladie, la littérature est sujette à controverse. Contrairement au choriocarcinome, le taux sérique de bêta HCG dans la TTSI n'a pas de corrélation avec la masse tumorale, ni avec le potentiel malin de la tumeur. Ainsi, les bêta HCG ne semblent avoir aucune valeur pronostique en cas de TTSI. Les taux sériques de bêta HCG chez une patiente porteuse de TTSI ne constituent donc pas un facteur prédictif, même s'ils sont utiles pour le suivi de cette maladie [4, 5, 11]. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il est difficile de définir un marqueur clinique ou paraclinique fiable pour prédire de l'évolution de ces tumeurs vers la malignité.

CONCLUSION

La TTSI est une forme rare des maladies gestationnelles trophoblastiques, d'évolution clinique variable et à potentiel malin imprévisible. Notre observation rappelle le caractère exceptionnel de cette maladie et montre l'importance de l'examen histologique des produits de conception. Le diagnostic de TTSI doit être

évoqué devant un antécédent de grossesse chez une femme jeune qui présente une métrorragie associée à un gros utérus. Le dosage sérique des bêta HCG et l'échographie endo vaginale aident au diagnostic. L'examen histologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic. Le traitement, essentiellement chirurgical permet d'améliorer le pronostic des patientes.

REFERENCES

1. Marchand F. Uber die sogenannten deciduellen geschwulste im Anschluss an normale Gebart. Abort, Blasenmole, und Extrauterin Schwangerschaft. Monatsschr Geburtshilfe Gynaekol 1 : 419. 1985.
2. Kurman RJ, Scully RE, Norris HJ. Trophoblastic Pseudotumor of the uterus: An exaggerated form of syncytial endometrium simulating a malignant tumor. Cancer, 1976. 38: 1214-1219.
3. Deng S, Yang XY/ Diagnosis and therapeutics of placental site trophoblastic tumor. Zhonghua Yi Xue Yuan Xue Bao 2002, 24: 418-421.
4. Papadopoulos AJ, Foskett M, Seckl MJ, McNeish I, Paradinas FJ, Rees H, Newlands ES: Twenty five years' clinical experience with PST tumors. J Reprod. Med 2002, 47: 460-464
5. Kim SJ: Placental site trophoblastic tumor best practice and research. Clin Obstet Gynecol. 2003. 17: 969-984.
6. N Agarwal, Parul, AKriplani, M. Vijayaraghavan. Placental site trophoblastic tumor. J. Postgrad. Med. 2002; 48: 211.
7. Mc Lellan R, Buscema J, Currie JL, Woodruff JD: Placental site trophoblastic tumor in a postmenopausal woman. Am J Clin Pathol 1991, 95: 670-675.
8. F Gray Cunningham, Kenneth J, Steven L Bloom, John C. Hauth, Larry C. Gillstrap, Katherine D Wenstorm. Williams Obstetrics, 22nd ed. Mc Graw Hill. 2005: 273-284.
9. M Colleen, Feltmate, R David Genest, Donald P. Goldstein, Rose S. Berkowitz. Advances in the understanding of Placental Site Trophoblastic Tumor. J. Reprod. Med. 2002; 47: 337-341.
10. Swoboda M, Nagi F, Brinninger G, Breitenecker G, Danihel L. Placental site trophoblastic tumor appearing three years after menopause. Geburtsh Frauenheilk 1997. 57: 46-49.
11. Feltmate CM, Genest DR, Wise L, Bernstein MR: Placental site trophoblastic tumor: a 17 years experience at the New England Trophoblastic Disease Center. Gynecol Oncol 2001, 82: 415-419.
12. Margaret A., Frase-Hill, Stephanie R. Wilson. Gestational Trophoblastic Neoplasia. IN: Carol M

- Rumack, Stephanie R Wilson, J Williams Charboneau, eds. Diagnostic Ultrasound. 3rd ed. St Louis: Elsevier Mosby, 2005: 589-602.
13. John A Spenser, Sarah E. Swift. Computer tomography of pelvis. In John R Hagga, Charles F, Lanzieri, Robert C, Gilkeson eds. CT and MR imaging of the whole body, 4th ed. St Louis: Mosby, 2003: 1715 -1749
14. Yukiharu Sumi, Yutaka Ozaki, Noboru Shindoh, and Hitoshi Katayama. Placental Site Trophoblastic Tumor: Imaging Findings. Radiaton Medicine. 1999. Vol. 17 N° 6, 427-430.
15. G. Arato, V. Fulop, P. Degrell, I. Szigetvari. Placental Site Trophoblastic Tumor. Clinical and Pathological Report of Two Cases. Pathology Oncology Research. 2000. Vol. 6 N° 4, 292 294.
16. Arshad A. Wani, MD, Ganesan Murali, MD and Michael L, Lippmann, MD.: Placental site trophoblastic tumor: A case of extensive pulmonary metastasis.
17. R. Malik, VK Pandya, G Agrawal, M Jain. Placental Site Trophoblastic Tumor. A Rare Type of Gestationnel Trophoblastic Neoplasia. Ind. J. Radiol. Imag. 2006. 16:4; 8: 819-821.