



Profil histopathologique des néoplasies trophoblastiques gestationnelles chez la femme congolaise à Kinshasa

histopathological profile of gestational trophoblastic neoplasias in Congolese women in Kinshasa

Fortune Matuemina Engua¹, Aline Lwendo Kasoro¹, Jean-Claude Katumbayi Kajimina¹, Mars Bisonga Kalala¹, Guy Nyuki Kingebeni^{1,3}, Rameau Matondo Palata¹, Pierre-Joseph Amasa Ingala², Bienvenu Massamba Lebwaize¹, Jean-Marie Mpolesha Kabongo¹

Auteur correspondant

Fortune Engua, MD

Courriel : fortune9@gmail.com

Département d'Anatomie Pathologique,
Faculté de Médecine, Université de Kinshasa
République démocratique du Congo.

Résumé

Contexte et objectifs. Les néoplasies trophoblastiques gestationnelles sont un groupe des lésions dérivant du parenchyme placentaire allant des lésions précancéreuses jusqu'aux tumeurs trophoblastiques gestationnelles. L'objectif était de décrire le profil histopathologique ainsi que la fréquence de ces pathologies chez la femme de Kinshasa. *Méthodes.* Nous avons réalisé une analyse rétrospective et descriptive dans cinq laboratoires d'Anatomie Pathologique entre 2012 et 2022. Les variables d'étude retenues étaient l'âge et le type histologique. Ont été inclus, tout bloc de paraffine portant le diagnostic de néoplasie trophoblastique gestationnelle. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne selon que la distribution est symétrique ou non. Les différentes variables qualitatives ont été effectuées par le test Khi-carré. *Résultats.* Sur 1129 cas des biopsies des débris ovulaires, 152 cas ont été retenus pour le diagnostic de néoplasies trophoblastiques gestationnelles. Seuls 115 cas ont répondu au critère d'inclusion, soit une fréquence globale de 13,5% de toutes les 152 biopsies. Les types histologiques trouvés étaient, 106 cas des môles hydatiformes et 9 cas de tumeurs trophoblastiques gestationnelles, La tranche d'âge la plus touchée était entre 31-40 ans, l'âge moyen était de 34 ans et les extrêmes d'âge étaient de 16 et 60 ans. *Conclusion.* La fréquence des NTG dans la présente étude reste relativement élevée. Une évaluation histopathologique des produits de conception est nécessaire pour une détection précoce des NTG, notamment le choriocarcinome.

Mots-clés : histopathologie, néoplasies trophoblastiques gestationnelles, Kinshasa

Reçu le 28 juin 2025

Accepté le 27 novembre 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.9>

Summary

Context and objectives. Gestational trophoblastic neoplasms are a group of lesions derived from the placental parenchyma, ranging from precancerous lesions to gestational trophoblastic tumors. The objective was to describe the histopathological profile and frequency of these pathologies in women in Kinshasa. *Methods.* A retrospective and descriptive study was conducted in five pathological anatomy laboratories between 2012 and 2022. The study variables selected were age and histological type. All paraffin blocks with a diagnosis of gestational trophoblastic neoplasia were included. Quantitative variables were described in terms of mean values, depending on whether the distribution was symmetrical or not. The various qualitative variables were analyzed using the chi-square test. *Results.* Out of 1,129 cases of ovular debris biopsies, 152 cases were selected for the diagnosis of gestational trophoblastic neoplasia. Only 115 cases met the inclusion criteria, representing 13.5% of all 152 biopsies. The histological types found were 106 cases of hydatidiform moles and 9 cases of gestational trophoblastic tumors. The most affected age group was between 31 and 40 years old, with a mean age of 34 years and extremes of age ranging from 16 to 60 years. *Conclusion.* The frequency of gestational trophoblastic neoplasms remains relatively high. A pathological evaluation of products of conception is crucial for an early detection of gestational trophoblastic tumors such as choriocarcinoma.

Keywords: histopathology, gestational trophoblastic neoplasia, Kinshasa

Received: June 28, 2025

Accepted: November 27, 2025



Introduction

Le trophoblaste humain est constitué d'un ensemble des cellules distinctes qui peuvent engendrer une gamme des pathologies appelées néoplasies trophoblastiques gestationnelles (NTG) (1). La mise au point de celles-ci n'est pas toujours aisée d'autant plus qu'elles sont rares (1). Ces dernières constituent un groupe hétérogène des pathologies allant des lésions précancéreuses (LPC) : les môles hydatiformes (partielles ou complètes) jusqu'aux tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) : la môle invasive, le choriocarcinome gestationnel (CG), la tumeur trophoblastique du site placentaire (TTSI) et la tumeur trophoblastique type épithélioïde (TTE) ainsi que deux entités non trophoblastiques et non néoplasiques qui sont rarissimes : la réaction exagérée du site placentaire et le nodule du site placentaire (1). La prolifération anarchique ou anormale des cellules constitutives du trophoblaste (cytotrophoblaste, syncytiotrophoblaste (ST) et le trophoblaste intermédiaire (TI)) associée à une sécrétion anormalement élevée et prolongée de l'hormone chorionique gonadotrope constituent deux éléments inéluctables pour parler d'une maladie trophoblastique gestationnelle (2). La lésion précancéreuse la plus fréquente est la môle hydatiforme partielle et la tumeur trophoblastique gestationnelle la plus fréquente est le choriocarcinome gestationnel (2). Autrefois, les modalités diagnostiques et de la prise en charge de ces pathologies étaient basées sur l'histoire clinique, des données biologiques et d'imageries (radiographie du thorax, Scanner ou IRM), actuellement, on ne peut plus se passer de la

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.9>

1. Département d'Anatomie Pathologique, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo
2. Service d'Oncologie gynécologique, Département de Gynéco-Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo
3. Service d'Histologie, Département des Sciences de Base, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

morphologie pathologique pour poser un diagnostic de certitude (2).

Dans les pays industrialisés, les produits de conception issus d'une évacuation ou aspiration utérine sont systématiquement soumis au laboratoire d'Anatomie et cytologie Pathologiques pour une évaluation histopathologique afin d'en établir la cause (3). Cependant, la justification du diagnostic histopathologique systématique des produits de conception est encore en discussion (4).

Les grossesses molaïres ont généralement un taux de guérison de 100%, mais 2 à 3% de celles-ci peuvent dégénérer en choriocarcinome ou en d'autres tumeurs trophoblastiques gestationnelles (5). L'incidence de ces pathologies varie selon les régions dans le monde, de façon générale, pour les môles, elle est de 1 grossesse/1000 (6). Dans les pays développés, comme aux Etats-Unis, elle varie entre 1/1000 et 1/2000 grossesses (7) et dans des pays européens, elle varie entre 0,6 et 1,1/ 1000 grossesses (8) ; En Asie du Sud-Est, elle varie entre 1/500 et 1/1000 grossesses ; En Afrique, elle varie entre 1/500 et 1/1000 grossesses. Le choriocarcinome gestationnel est une tumeur rare et agressive dont l'incidence varie selon les pays. En Europe et en Amérique du Nord, environ 1 femme enceinte sur 40 000 et 1 patient sur 40 présentant des môles hydatiformes développeront un choriocarcinome. En Asie du Sud-Est et au Japon, 9,2 femmes enceintes sur 40 000 et 3,3 patients sur 40 présentant des môles hydatiformes développeront ultérieurement un choriocarcinome gestationnel (9-12). En République démocratique du Congo (RDC), la situation reste préoccupante, les données épidémiologiques sont rares, aucun



registre national n'existe, et le diagnostic repose encore souvent sur les signes cliniques ou échographiques depuis l'avènement de l'échographie en 1970 surtout dans ses aspects histopathologiques, d'où l'intérêt de la présente étude car certaines tumeurs trophoblastiques gestationnelles inaugurent le tableau clinique par des embolies tumorales pulmonaires puisqu'elles ont un fort potentiel métastatique et mortelles en l'absence du traitement (13).

Méthodes

Nature, période et cadre de l'étude

La présente étude était une série descriptive et rétrospective des pièces biopsiques archivées. Elle a couvert une période de 11 ans soit du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2022 dans 5 laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de Kinshasa : Les laboratoires des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), MONKOLE, NGANDA, INRB et LEBOMA.

Paramètres d'intérêt et analyse histopathologique

Les variables d'étude étaient l'âge et le type histologique. La première lecture a été effectuée par l'investigateur principal et la relecture pour confirmation du diagnostic par deux pathologistes indépendants. Les données ont été collectées à l'aide des registres, des bons d'analyse et des comptes-rendus ; des blocs de paraffine ainsi que des lames d'archives.

Critères de sélection

Ont été inclus, toute lame ou bloc de paraffine qui, à la lecture, portait le diagnostic d'une néoplasie trophoblastique gestationnelle. Ont été non inclus, toute lame ou bloc de paraffine dont le matériel sur lame était insuffisant.

Tableau 1. Distribution des cas selon les tranches d'âge selon la catégorie histopathologique

Tranches d'âge (an)	LPC N= 106	TTG N=9	Toutes tumeurs N=115	Moyenne d'âge (ans)	P
≤ 20	5	1	6	19	.015
21 à 30	30	1	31	27	
31 à 40	53	4	57	34	
> 40	18	3	21	44	

LPC : lésions précancéreuses, TTG= tumeurs trophoblastiques gestationnelles

Le tableau 2 résume la distribution des cas selon les types histologiques les plus fréquents.

Analyse statistique

Toutes les données ont été saisies dans le logiciel Microsoft Excel version 2019 et exportées vers le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 26 pour analyses. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux. Les variables qualitatives ont été exprimées sous-forme de fréquence absolue (n) et fréquence relative (%). Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyennes selon que la distribution est symétrique ou non. La comparaison des proportions a été effectuée à l'aide du test de Khi-carré de Pearson ou le test Exact de Fisher, le cas échéant. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

Résultats

Fréquence hospitalière de la néoplasie trophoblastique gestationnelle

Sur 1129 cas de biopsies des débris ovulaires collectés pendant la période d'étude, 152 cas portaient le diagnostic de néoplasie trophoblastique gestationnelle mais seuls 115 cas ont répondu au critère d'inclusion, soit une fréquence globale de 13,5%. Le tableau 1 montre la distribution des cas selon les tranches d'âge. Dans la présente étude, la répartition des sujets selon les tranches d'âge reprises dans le tableau ci-dessous met en évidence que la majorité des sujets étaient entre 31 et 40 ans, soit 49,6%. L'âge moyen était de 34 ans. Les moins âgées avaient 16 ans et les plus âgées avaient 60 ans sans signification statistique. La tranche d'âge est associée significativement à la catégorie histopathologique ($p < 0,05$).

Pour les lésions précancéreuses, la môle hydatiforme partielle était la plus fréquente avec 98 cas, soit 85% alors que la tumeur trophoblastique gestationnelle la plus rencontrée était le choriocarcinome avec 5 cas soit 4,3%.



Tableau 2. Distribution des cas selon les types histologiques les plus fréquents dans les laboratoires sélectionnés

Type histologique	N=115	%
Môle partielle	98	85,2
Môle complète	8	7,0
Môle invasive	4	3,5
Choriocarcinome	5	4,3
TTSI	0	0
TTE	0	0

La figure 1 illustre les types de néoplasies trophoblastiques gestationnelles les plus courantes.

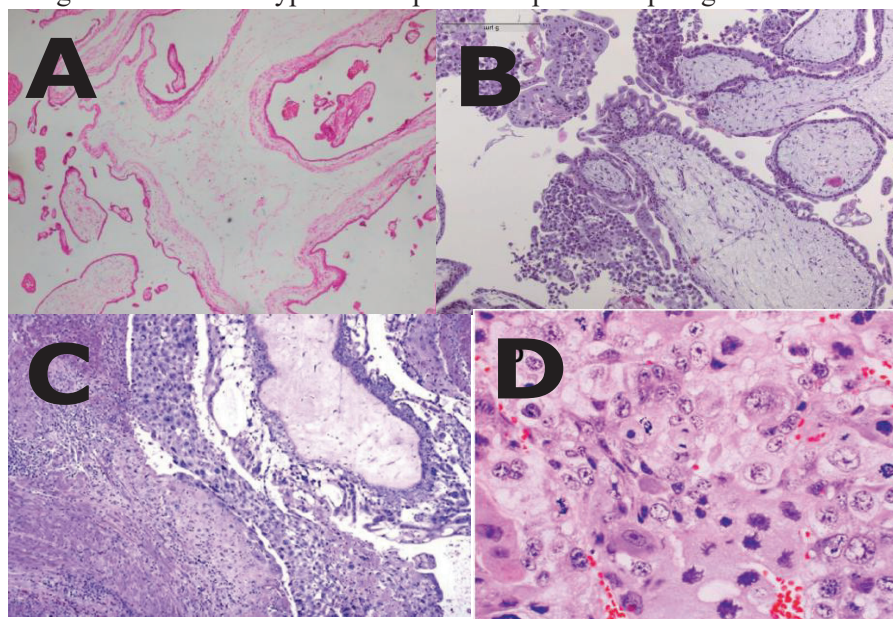


Figure 1. **A. Môle hydatiforme partielle :** image histologique d'une alternance des villosités placentaires normales et hydropiques, colorées à l'hématoxyline-éosine (HE), vue au faible grossissement ; **B. Môle hydatiforme complète :** toutes les villosités hydropiques bordées par un épithélium trophoblastique avec présence des atypies, colorée à l'HE au moyen grossissement ; **C. Môle invasive :** villosités placentaires hydropiques infiltrant le myomètre et les vaisseaux du myomètre ou le ligament large, colorée à l'HE au moyen grossissement; **D. Choriocarcinome gestationnel :** prolifération des syncytiotrophoblastes, des trophoblastes intermédiaires en proportion variable entourant des lacs sanguins; nécrose étendue; destruction des vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que de nombreux embolus tumoraux.

Discussion

La fréquence relative des NTG dans la présente étude était de 13,5% soit 1,35/1000 grossesses, pour un échantillon de 115 cas en 11ans. Cette fréquence se rapproche à celle observée par Edesa WA *et al.* à la Clinique Kasr Alainy en Egypte en 2022 avec 111 cas en 9 ans (14). Ce résultat est supérieur à celui observé par Malovrh

EP *et al.* au Centre médical Universitaire à Maribor en Slovénie en 2023 sur une étude de 34 cas en 14 ans (15). Il est néanmoins largement inférieur à ceux observés par Fehlmann A. *et al.* au Centre Suisse de contrôle des MTG en Suisse en 2021 avec 354 cas en 9 ans (16), également par Hussain SS *et al.* à l'hôpital Lady Reading à Peshawar au Pakistan en 2022 avec 353 cas en 10 ans soit une fréquence hospitalière globale de 3,72/1000 grossesses (17), ainsi que celle de Mdoe MB *et al.* à l'hôpital régional de référence du Centre de Tanzanie en 2023 avec 42 cas en une année (18), aussi, celle de Nguyen Bac Q *et al.* à l'hôpital Tu Du au Sud-Vietnam en 2023 avec 372 cas en 2 ans (19).

Dans le présent travail, la tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 31 et 40 ans soit 49,6% des cas avec des extrêmes d'âge de 16 et 60 ans ; l'âge moyen était de 34 ans. Ce résultat rejoint ceux de Malovrh Eva P *et al.* à Maribor en Slovénie en 2023 (15) où l'âge moyen était de 31 ans avec des extrêmes d'âge de 18 et 53 ans et celui de Diver E. *et al.* aux USA en 2021 (20) avec 1004 cas en 10 ans où la moyenne d'âge était de 30,8 ans avec des extrêmes d'âge de 15 et 59 ans. Cependant, dans une étude effectuée par

e6892



Nguyen BQ *et al.* au Sud-Vietnam en 2023 (19), les NTG ont été observées les plus chez des sujets de plus de 46 ans avec un taux de dégénérescence maligne en TTG de 33% soit 123 cas sur 372 cas. Certes, nos résultats diffèrent de ceux de Hussain SS *et al.* à Peshawar en 2022 où la tranche d'âge observée, était comprise entre 21 et 30 ans (17). Concernant le type histologique, nos résultats corroborent avec ceux de Malovrh EP *et al.* à Maribor en Slovénie (15) où le taux de MHP était de 85,3% mais celui de MHC était de 14,7% alors que ceux de Mdoe MB *et al.* en Tanzanie (18). De plus, Felhmann A *et al.* en Suisse (16) ont trouvé un taux presque équivalent des MHP et MHC respectivement, de MHP (42,9%), MHC (40,5%) et CC (16,5%) pour Mdoe (18) et MHP (44%), MHC (46%) pour Felhmann (16). Néanmoins, l'étude effectuée par Hussain SS *et al.* à Peshawar en 2022 est en contradiction avec la nôtre et la revue de la littérature puisque dans leur étude, ils avaient collecté les échantillons n'exprimant aucun cas de MHP ; 65,2% MHC et 20,4% MI. Ceci s'explique par le fait que les sujets sélectionnés dans la présente étude étaient d'âge avancé, presque extrême (≥ 46 ans) (17).

Forces et faiblesses de l'étude

La présente étude a des faiblesses à savoir la nature rétrospective et la relative taille d'échantillon ne confèrent pas assez de puissance statistique. Toutefois, elle a le mérite d'être la première à aborder les NTG dans leur globalité et avec cette fréquence, elle pourra inciter à organiser une sensibilisation ainsi que la création des centres nationaux spécialisés de prise en charge des NTG.

Conclusion

La fréquence des NTG dans la présente étude est relativement élevée. Ceci suggère qu'une évaluation histopathologique des produits de conception est recommandée afin de permettre la détection de NTG, notamment le choriocarcinome, dont le pronostic est généralement sombre. Ainsi, toute gestante présentant un tableau clinique des saignements vaginaux inexpliqués au premier trimestre soit des gestantes ayant une histoire clinique d'avortements spontanés surtout répétés, devrait être examinée systématiquement pour la prévention. L'étude a permis de connaître tant soit peu l'ampleur de ces pathologies chez la femme congolaise de la Ville-Province de Kinshasa, afin de savoir les contrôler dans

l'avenir, comme cela se fait dans des pays industrialisés.

Contribution des auteurs

Fortune Matuemina Engua : conception, collecte des données, analyse des lames pour le diagnostic histopathologique et rédaction de l'article ; Jean-Marie Mpolesha Kabongo : initiation éclairée, validation des diagnostics histopathologiques, révision du manuscrit et approbation de la version à publier ; Bienvenu Massamba Lebwaize : amendements ; Pierre-Joseph Amasa Ingala : amendements ; Aline Lwendo Kasoro, Jean-Claude Katumbayi Kajimina, Mars Bisonga Kalala, Guy Nyuki Kingebezi et Rameau Matondo Palata : Lecture et amendement de l'ensemble de l'article avant la validation de la dernière version.

Conflit d'intérêt

Aucun

Références

1. Bruce S, Sorosky J. Gestational Trophoblastic Disease. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing; February 25, 2024.
2. Gonzalez J, Popp M, Ocejó S, Abreu A, Bahmad HF, Poppiti R. Gestational Trophoblastic Disease: Complete versus Partial Hydatidiform Moles. *Diseases*. 2024;**12** (7):159. doi:10.3390/diseases12070159.
3. Joyce CM, Fitzgerald B, McCarthy TV, Coulter J, O'Donoghue K. Advances in the diagnosis and early management of gestational trophoblastic disease. *BMJ Med*. 2022;**1**(1):e000321. doi:10.1136/bmjmed-2022-000321
4. Munyakarama B, Koushik A, Leduc V, Healy-Profitts J, Auger N. Association of gestational trophoblastic disease with subsequent development of non-trophoblastic cancer. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025;**168** (3):1305-1311. doi:10.1002/ijgo.15976
5. Capobianco G, Tinacci E, Saderi L, Dessole F, Petrillo M, Madonia M, *et al.* High Incidence of Gestational Trophoblastic Disease in a Third-Level University-Hospital, Italy: A Retrospective Cohort Study. *Front Oncol*. 2021;**11**:684-700. doi:10.3389/fonc.2021.684700
6. Kocabey M, Gulhan I, Koc A, Cankaya T, Karatasli V, Ileri A. High Risk of Gestational Trophoblastic Neoplasia



- Development in Recurrent Hydatidiform Moles with *NLRP7* Pathogenic Variations. *Balkan J Med Genet.* 2023;**25**(2):45-50. doi:10.2478/bjmg-2022-0025
7. Slaoui A, Kharbach A, Baydada A. Môle hydatiforme chez une femme de 39 ans. *CMAJ.* 2023;**195**(2):E99-E100. doi:10.1503/cmaj.220185-f
 8. Ulrikh E, Dikareva E, Govorov I, Komlichenko E, Pervunina T, Li O, *et al.* Gestational Trophoblastic Disease with Coexisting Progressing Pregnancy: Personalised Treatment Modalities. *Int J Clin Pract.* 2023;**202**(3):5502317. doi:10.1155/2023/5502317
 9. Latif MF, Azam F, Hassan Tirmazy SH, Bukhari N. Treatment outcomes of gestational trophoblastic disease, experience from saudi arabia. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2024;**36**(2):289-293. doi:10.55519/JAMC-02-12695
 10. Almohammadi NH. A histopathological profile of gestational trophoblastic disease in the Madinah Region of Saudi Arabia: A single institute experience. *Niger J Clin Pract.* 2022;**25**(8):1256-1261. doi:10.4103/njcp.njcp_2049_21
 11. Joyce CM, Coulter J, Kenneally C, McCarthy TV, O'Donoghue K. Experience of women on the Irish National Gestational Trophoblastic Disease Registry. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2022;**27**(2):206-212. doi:10.1016/j.ejogrb.2022.03.039
 12. Bishop BN, Edemekong PF. Choriocarcinoma (Archived). In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; February 4, 2023.
 13. Mangla M, Rahiman EA, Kaur H, Kanikaram P. Gestational trophoblastic neoplasia with concurrent metastasis to the mother and child: a systematic literature review. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2023;**24**(3):206-219. doi:10.4274/jtggg.galenos.2023.2023-5-2
 14. Edesa WA, Ayad NN, Mounir AM, Haggag MH. Treatment outcome of gestational trophoblastic neoplasia patients in Egypt. *Indian J Cancer.* 2022;**59**(1):46-53. doi:10.4103/ijc.IJC_551_19
 15. Malovrh EP, Lukinovič N, Sobočan M, Knez J. Outcomes of Gestational Trophoblastic Disease Management: A Single Centre Review. *Medicina (Kaunas).* 2023;**59**(9):1632. doi:10.3390/medicina59091632
 16. Fehlmann A, Benkortbi K, Rosseel G, Meyer-Hamme U, Tille JC, Sloan-Bena F, *et al.* Gestational trophoblastic disease in Switzerland: retrospective study of the impact of a regional reference centre. *Swiss Med Wkly.* 2021;**15**(1):w20406. doi:10.4414/smw.2021.20406
 17. Hussain SS, Raees M, Rahim R. Ten-Year Review of Gestational Trophoblastic Disease at Lady Reading Hospital, Peshawar. *Cureus.* 2022;**14**(7):e26620. doi:10.7759/cureus.26620
 18. Mdoe MB, Mwakigonja AR, Mwampagatwa I. Gestational trophoblastic disease and associated factors among women experiencing first trimester pregnancy loss at a regional referral hospital in central Tanzania: a cross-sectional study. *Int Health.* 2023;**15**(3):250-257. doi:10.1093/inthealth/ihac015
 19. Nguyen BQ, Vo TM, Phan VTT, Nguyen C, Vu H, Vo B. Clinical Features of Gestational Trophoblastic Disease in Aged Women in South Vietnam. *Yonsei Med J.* 2023;**64**(4):284-290. doi:10.3349/ymj.2022.0241
 20. Diver E, Richardson M, Liao CI, Amandeep KM, Kathleen MD, Chunqiao T, *et al.* Age and racial differences in the presentation of gestational trophoblastic neoplasia. *Int J Gynecol Cancer.* 2021;**31**(2):194-202. doi:10.1136/ijgc-2020-002105.

Comment citer cet article : Engua FM, Kasoro AL, Kajimina JCK, Kalala MB, Kingebeni GN, Palata RM, *et al.* Profil histopathologique des néoplasies trophoblastiques gestationnelles chez la femme congolaise à Kinshasa. *Ann Afr Med* 2026; **19** (2): e6889-e6894. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.9>