

— Mômes hydatiformes et chorio-épithéliomes à Madagascar

Statistiques cliniques, anatomo-pathologiques et biologiques des années 1957 à 1962.

— A. Dadin, I. Randrianarivo et E. Brygoo

Les êtres humains de toutes races, quel que soit le climat sous lequel ils vivent, peuvent être frappés de néoplasie. Mais il est des régions où certaines tumeurs sont plus fréquentes que d'autres. C'est semble-t-il le cas du chorio-épithéliome. En 1955, S. ASCHEIM et J. VARANGOT (3), souhaitaient voir la création en Europe d'une organisation chargée de centraliser tous les cas observés, organisation analogue au "Chorion-epithelioma Registry" américain qui permettrait de redresser bien des erreurs d'interprétation histologique et de juger plus scientifiquement cas et statistiques publiés dans la littérature médicale. C'est pour répondre à ce désir de centralisation que nous apportons les statistiques cliniques, anatomopathologiques et biologiques recueillies à Madagascar de 1957 à 1962.

La présence de chorio-épithéliome n'est pas mentionnée explicitement dans les statistiques de G. MOUSTARDIER (15) et de P. RADAODY RALAROSY (20). Ce dernier, à propos de 952 diagnostics de tumeurs, signalait 32,66 p. 100 de tumeurs des organes génitaux féminins.

Depuis 1936 les Archives de l'Institut Pasteur de Madagascar publient chaque année le résultat de l'activité du laboratoire d'Anatomie pathologique. Une môle hydatiforme y est signalée en 1953.

En 1955, l'un de nous (5) rapportait avoir, au cours de l'année, diagnostiqué par dosage de prolans, 5 fois une môle hydatiforme chez 2 Européennes, 2 Malgaches, 1 Chinoise et 2 fois un chorio-épithéliome. Ces deux tumeurs furent opérées et le diagnostic confirmé par l'histologie.

Une étude clinique de 3 cas de chorio-épithéliomes chez des femmes malgaches a été donnée en 1962 par A. GUICHARDIERE (8).

Les statistiques cliniques utilisées ici sont celles de la maternité de Befelatanana. Elles portent essentiellement sur des femmes de race merina pour laquelle on s'accorde à reconnaître une origine indomélanésienne.

Les statistiques anatomo-pathologiques proviennent du laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut Pasteur de Madagascar qui drainait les prélèvements de toute l'île durant la période considérée. Les données biologiques furent également recueillies à l'Institut Pasteur à Tananarive, seul laboratoire pratiquant les dosages de prolans à Madagascar.

Nous emprunterons à H. et M. HINGLAIS (11) la classification générale des trophoblastomes bénins ou malins, post-môlares ou primitifs.

- Homotrophoblastome teratoïde - dans les deux sexes.
- Homoheterotrophoblastome post-gravidique.
- villeux
 - non vésiculaire, hyperplacentose simple
 - vésiculaire hydatiforme : Môle hydatiforme (M. H.)
 - hyperplacentose anarchique de type molaire: chorio-

adénome destruens (C. A. D.)
 - avilleux, ancien chorio-épithéliome pour les histologistes
 (C. E.)

Statistiques cliniques.

Nous avons relevé les cas de M. H. diagnostiqués cliniquement (et pour la plupart confirmés biologiquement), de 1957 à 1962 inclus.

Le tableau I donne la répartition par mois du nombre des M. H. par rapport au nombre de grossesses suivies à la maternité de Tananarive.

Le tableau II présente les différents pourcentages et rapports calculables d'après ces données.

Le pourcentage des M. H. par rapport aux grossesses varie de 0,18 à 0,37 avec un chiffre global de 0,28 ce qui correspond à des rapports de 1/534 à 1/264 avec un chiffre moyen de 1/355.

Le pourcentage des C. E. par rapport aux grossesses varie de 0,019 à 0,40 avec un chiffre moyen de 0,027, soit 1 C. E. pour 3.692 grossesses.

Le nombre des C. E. par rapport au nombre des M. H. qui correspond en fait à la fréquence du diagnostic de dégénérescence chorioépithéliomateuse, varie de 1/14,5 à 1/6, avec des chiffres moyens de 1/11,15.

L'étude de la répartition mensuelle de la fréquence des M. H. est intéressante à considérer, Pour l'ensemble des 6 années nous avons un pourcentage de fréquence de 0,28 (135 M. H. pour 48.000 grossesses.), mais le calcul des pourcentages mois par mois donne d'assez grandes variations. Le pourcentage le moins élevé est obtenu en septembre avec 0,11, le plus important en avril avec 0,56. L'écart type de la répartition des pourcentages par rapport à la moyenne est de 0,11. Si donc il n'y a qu'entre 68 et 95 chances sur 100 pour que le minimum calculé en septembre soit significatif (différence comprise entre 1 et 2 fois la valeur de l'écart type), par contre la probabilité pour que la maximum observé au mois d'avril soit significatif est élevée, plus de 95 p. 100 de chances, puisque l'écart dépasse ici largement deux fois l'écart type. On peut donc admettre une plus grande fréquence de l'apparition des M. H., dans la collectivité considérée, au mois d'avril.

Nos chiffres sont relativement élevés lorsqu'on les compare aux données publiées. La clinique Foch, en France signale 1 M. H. pour 1.300 accouchements en 1954 (6 mâles pour 8.000 accouchements) in RICHIR (21). NOVAK (17) donne une M. H. pour 2.500 accouchements aux Etats Unis et HERTIG et SHELDON (9) une M. H. pour 2.000 accouchements. Par contre nos chiffres sont inférieurs à ceux de ACOSTA SISON (1), qui, aux Philippines, signale une fréquence de une M. H. pour 126 grossesses et un C. E. pour 5 M. H.

La fréquence de 1 C. E. pour 3.692 grossesses semble assez élevée bien que nous ne disposions pas de statistiques réellement comparables. HIGGINSON et OETTLE (10) ont diagnostiqué 5 cas de C. E. de 1953 à 1955 chez des Bantous Sud-Africains, ce qui, rapporté au nombre d'enfants vivants déclarés pour la collectivité étudiée, donnerait 1 cas de C. E. pour 7.440 naissances. Mais les auteurs précisent que le chiffre des naissances réelles est certainement beaucoup plus important et qu'il pourrait même être facilement

10 fois plus élevé. Il est difficile dans ces conditions d'utiliser le chiffre sud-africain. Mais nous retiendrons qu'en pratique européenne et nord (Américaine, la fréquence serait d'environ 1 C.E. pour 40.000 grossesses. (A. T. HERTIG, 1960 cité par HIGGINSON et OETTLE). Si les chiffres sont comparables nous aurions à Tananarive une fréquence de C.E. dix fois plus grande tout en restant cependant loin du chiffre des Philippines : 1 C.E. pour 630 grossesses.

Le diagnostic du chorio-épithéliome :

Si un diagnostic de môle est facile à porter pour le clinicien et le biologiste, celui de dégénérescence chorio-épithéliomateuse l'est beaucoup moins. Dans sa thèse P. RADAODY-RALAROSY (17) considère le placenta normal comme une barrière, Il est très souvent difficile de localiser cette barrière, surtout en cas de M.H., car les villosités proliférantes pénètrent parfois très profondément dans l'épaisseur de l'épithélium chorial des premiers mois de grossesses. Il n'est donc pas possible de distinguer ces cellules malignes de celles du trophoblaste normal. Seul un aspect général de tumeur envahissant profondément le muscle utérin, en le digérant avec production au contact, de vastes plages hémorragiques, permet de porter le diagnostic histologique. On a voulu faire de la présence de bourgeons cellulaires dans les vaisseaux un signe de dégénérescence, mais la preuve du pouvoir métastatique lointain du chorion ovulaire normal a été fournie depuis longtemps par SCHMORL (22) et confirmée par BADAWIL et TOY (4). Plus récemment DOUGLAS et coll. (7) constatent l'existence constante, pendant toute gestation normale, à partir de la 18^{ème} semaine et jusqu'à la fin de la grossesse, d'un essaimage du trophoblaste normal. HINGLAIS (12) dit de la femme enceinte qu'elle "est un organisme adapté à se défendre contre ce cancer bénin qu'est chaque grossesse commençante."

Avant la réaction d'ASCHHEIM et ZONDECK (2) parfaitement codifiée et interprétée par H. et M. HINGLAIS (11), le diagnostic de dégénérescence chorio-épithéliomateuse était particulièrement difficile, sinon impossible à poser assez tôt pour permettre une thérapeutique curative. Il s'agit du seul cancer dont il est possible de suivre l'évolution par l'étude d'un de ses produits de métabolisme. On comprend mieux ainsi l'intérêt de cette néoplasie maligne si proche des processus physiologiques normaux et qui devrait être parmi les premiers cancers vaincus.

Statistiques anatomopathologiques

Les chiffres des années 1957 à 1962 permettent d'étudier le nombre des chorio-épithéliomes par rapport à l'ensemble des prélèvements du laboratoire et par rapport aux tumeurs de la sphère génitale féminine.

Nous avons un C.E. pour 38 tumeurs malignes de l'appareil génital féminin, soit un pourcentage de 2,5 p. 100. NGUYEN-VAN-AY (16), à Saïgon donne, pour 1957 avec un nombre plus élevé de tumeurs malignes de l'appareil génital féminin, un C.E. pour 550 tumeurs ou 4,3 p. 100. DESTOMBES (6) avait pour sa part trouvé en 1953, à Saïgon également, 6,8 p. 100.

Sur un total de 475 cancers diagnostiqués chez des Bantous d'Afrique du Sud, HIGGINSON et OETTLE (10) trouvèrent 225 tumeurs génitales féminines dont 5 C.E.

Si l'on rapporte le nombre de C.E. au nombre des tumeurs du col utérin, les chiffres sont voisins : 5,20 p. 100 à Madagascar, 5,90 p. 100 à Dakar (CAMAIN cité par RICHIR (21) et 6,2 p. 100 à Saïgon.

Année	M O I S												Total			Chorio- épi <th>g</th> - liomea	g											
	janvier		février		mars		avril		mai		juin		juillet		août		septembre		octobre		novembre		décembre		G	M		
	G	M	G	M	G	M	G	M	G	M	G	M	G	M	G		M	G	M	G	M	G	M	G			M	
1957	G	282		312		320		288		315		360		370		406		428		433		427		489		4,430		0
	M			4		1		1		2		1		-		2		1		1		1		2		16		
1958	G	495		471		508		492		455		514		564		610		569		578		583		575		6,414		2
	M			1		1		3		2		-		-		3		1		-		-		1		12		
1959	G	613		539		605		622		611		651		689		656		668		663		665		687		7,669		2
	M			-		3		4		2		5		-		1		-		-		3		3		29		
1960	G	681		700		707		681		768		763		763		806		867		770		846		823		9,175		3
	M			2		4		2		-		3		4		-		2		3		1		3		29		
1961	G	821		734		798		825		853		795		878		867		868		808		850		882		9,979		4
	M			5		3		2		3		1		4		2		-		-		2		3		29		
1962	G	812		805		925		837		884		892		839		886		833		961		859		780		10,333		2
	M			-		3		8		1		-		-		1		1		2		2		-		20		
TOTAL	G	3,704		3,561		3,863		3,745		3,886		3,975		4,123		4,231		4,233		4,213		4,230		4,236		48,000		13
	M			10		15		21		8		10		8		9		5		11		10		14		135		

STATISTIQUE DES GROSSESSES ET DES MOLES HYDATIFORMES
ANNEES 1957 - 1962

G : Nombre total de grossesses

M : Nombre total de mûles hydatiformes

Certains auteurs comparent les fréquences des M.H. et des C.E. NGUYEN-VAN-AY (16) rapporte 18 M.H. et 11 C.A.D. pour 24 C.E. chez la femme viet-namienne, DESTOMBES (6) 12 C.E. succédant tous à des M.H. et sur 26 M.H., 4 étaient des C.A.D. Lalla IVERSON (13) pour le Sud-Est asiatique, donne pour 104 C.E., 58 C.A.D., 52 M.H. On relève en particulier dans cette étude, en Thaïlande, 37 C.E. sans mention de M.H.; en Indonésie: 17 C.E. pour 31 C.A.D. sans M.H.. KING (14) à Hong-Kong de 1948 à 1953 rapporte 15 C.E. pour 64 M.H. Dans 15 cas de C.E., 8 avaient des antécédents de M.H., 5 succédaient à une grossesse normale et 2 à un avortement non molaire. Mais M.H. et C.E. ne sont pas envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique dans les mêmes proportions, le diagnostic clinique suffisant habituellement pour la M.H., il est donc difficile de comparer les chiffres des C.E. et des M.H. Nous avons préféré nous en abstenir du moins pour notre statistique anatomo-pathologique.

Années	Nombre de			Pourcentages		Rapports	
	A	M	CE	M/ 100A	CE/ 100A	M /A	CE /M
1957	4.430	16	0	0,36	-	1/276	-
1958	6.414	12	2	0,18	0,031	1/534	1/6
1959	7.669	29	2	0,37	0,026	1/264	1/14,5
1960	9.175	29	3	0,31	0,032	1/316	1/9,6
1961	9.979	29	4	0,29	0,040	1/344	1/7,5
1962	10.333	20	2	0,19	0,019	1/516	1/10
TOTAUX	48.000	135	13	0,28	0,027	1/355	1/11,15

TABLEAU II

A : Accouchements
M : Mômes
CE : Chorionépithéliomes

Age des malades

Si nous relevons l'âge des femmes pour lesquelles nous connaissons l'existence d'une M.H. ou d'un C.E. nous obtenons les résultats suivants:

Entre 20 et 29 ans 11 M.H. et 2 C.E.
- 30 et 39 ans 10 M.H. et 6 C.E.
- 40 et 50 ans 8 M.H. et 12 C.E.

Ces différents cas de C.E. utérins peuvent être sans grand risque d'erreur tous considérés comme "post-molaire" car pour presque tous la M.H. a été contrôlée cliniquement. Ce qui permet d'en déduire : -

- sur 20 M.H. chez des femmes de plus de 40 ans, 12 ont dégénéré;
- sur 16 M.H. chez des femmes âgées de 30 à 35 ans, 5 ont dégénéré;
- sur 13 M.H. chez des femmes âgées de 20 à 29 ans, 2 seulement ont dégénéré.

L'âge moyen des malades ayant présenté une M.H. est de 32 ans

(extrêmes 19-49), celui des malades chez lesquelles fut diagnostiqué un C. E. est de 37 ans (extrêmes 20-49).

L'âge des malades atteintes de C. E. rapporté par DESTOMBES (6) est nettement plus jeune (6 malades de moins de 30 ans, 4 de moins de 40 ans, 2 de moins de 50 ans). Ceci est peut-être en rapport avec la durée de la vie génitale relativement prolongée chez la femme malgache. Les chiffres de Lal la IVERSON (13) pour le Sud-Est asiatique sont plus élevés : âge moyen de la M. H. : 29 ans, âge moyen du C. E. : 32 ans et par conséquent plus proches des nôtres.

Délais d'apparition du C. E. après une M. H.

Dans 17 cas, en y comptant les observations de 1954, nous avons des données précises sur le temps écoulé entre la M. H. et la manifestation clinique du C. E.

Neuf dégénérescences se sont manifestées dans les suites immédiates de l'avortement molaire.

Pour les sept autres les délais furent 1 mois dans 2 cas, 2 mois dans 4 cas, 18 mois pour 1 cas.

Enfin, dans un cas, une période de 10 ans s'est écoulée entre l'avortement molaire et la manifestation du C. E., avec, dans l'intervalle, deux avortements non molaire. Ici les liens entre M. H. et C. E. ne sont pas manifestes.

DESTOMBES (6) trouve des délais à peu près identiques entre avortement molaire et dégénérescence (7 cas sur 12 avec de 3 semaines à 6 mois, 2 après 3 ans, 1 après 4 ans).

Incidence raciale éventuelle.

L'existence de grandes différences entre les taux de fréquence observées aussi bien dans l'apparition des M. H. que des C. E. amène à se demander s'il faut y voir une influence climatique, régionale lato sensu ou le rôle d'un éventuel facteur racial. A Madagascar, où l'origine ethnique ancienne des populations des Hauts-Plateaux - d'origine indomélanésienne - s'oppose à celle des populations côtières, - d'origine plus africaine - on peut se demander s'il existe une différence dans la fréquence d'apparition de ces affections. Mais en fait la fréquentation hospitalière n'est nullement comparable dans ces deux milieux et toute conclusion serait trop précoce. Bornons-nous seulement à signaler que sur 32 M. H. dont nous avons eu connaissance (diagnostic histologique ou sérologique) 22 avaient été observées chez des femmes des plateaux, 10 chez des femmes de la côte et que sur 21 C. E. confirmés 17 provenaient des plateaux, 4 de la côte.

A. G. OETTLE (18) analysant les résultats comparés des diagnostics de tumeurs malignes chez les Européens et les non-Européens d'Afrique du Sud, pour la période 1949-1953, avec 76.000 examens histologiques, signale 22 C. E. chez les non-Européens et 9 chez les Européens. "Chorion-épithélioma also seems commoner in the non-European races and it is remarkable that this tumor, regarded as rare in the European (having one-thirtieth of the frequency of carcinoma of the corpus) in this series is actually the commoner tumor in the non-European".

Malheureusement, l'absence de renseignements complémentaires sur

l'origine des prélèvements et leur répartition ne permet pas une meilleure utilisation de ces données.

Groupement de mâles

Il est assez curieux de constater que, toutes conditions étant égales par ailleurs, les chirurgiens nous envoient à des intervalles rapprochés des éléments qui permettent de porter un diagnostic sérologique ou anatomopathologique de M.H. :

- deux M.H. en moins d'un mois (avril-mai 1960) par le chirurgien de Farafangana, mais aucune pendant les deux années suivantes;
- deux M.H. en 2 mois (décembre-janvier 1961) pour Diégo-Suarez puis aucune pour le reste de l'année;
- Quatre M.H. en 3 mois (mars à juin 1959) pour Ambositra dont la femme du médecin accoucheur, aucune pour le reste de l'année;
- trois M.H. en 3 mois pour Majunga (juillet à septembre 1962);
- deux M.H. en 3 mois (mars à mai 1959) à Morondava, dont la femme du médecin.

A ajouter à l'actif de ces groupements de M.H., une femme-médecin accoucheur à Befelatanana, qui présenta un mâle au 4^{ème} mois de sa grossesse coïncidant avec une série de mâle dans son service (décembre 1959).

Faut-il voir seulement dans ces groupements de M.H. la manifestation de la loi des séries ou faut-il chercher, à l' "origine du développement anarchique d'un oeuf anormal" plus qu' "une erreur innée intrinsèque" (HINGLAIS) (12) un facteur transmissible ?

Dosage biologique des prolans

Nous pratiquons le dosage des prolans sur lapine avec des dilutions de sérum et interprétons les courbes selon HINGLAIS (11). Les discordances furent rares et le taux de 60.000 unités lapines par litre de sérum a, dans presque tous les cas, signé l'existence d'une M.H.

Dans les suites d'avortement molaire, un taux de prolans de plus de 500 unités lapines, en augmentation, est une indication opératoire pour le chirurgien. Deux malades dont l'envahissement du myomètre fut confirmé histologiquement présentaient un taux de prolans supérieur à 500 unités. L'hystérectomie amena une disparition totale des prolans sanguins. La guérison se maintient depuis 2 ans.

Nombre de dosages de prolans. Résultats supérieurs à 60.000 UL			
	pratiqués	Malgaches	Européennes
1957	63	1	-
1958	161	8	1
1959	368	11	1
1960	519	6	3
1961	486	5	3
1962	505	7	1

Soit au total 2.102 dosages pratiqués avec 47 résultats supérieurs à 60.000 UL (Un résultat de plus de 60.000 UL pour 44 dosages pratiqués). Neuf résultats supérieurs à 60.000 UL ne s'accompagnèrent d'aucune dégénérescence.

En phrase terminale, un C.E. sur grossesse tubaire donna des taux de plus de 320.000 UL.

Conclusions

Aussi bien du point de vue clinique que du point de vue biologique, il est incontestable que la femme malgache et plus spécialement la femme des plateaux peut être assez fréquemment atteinte de M.H. et que ces M.H. sont, dans 1 cas sur 10, suivies de l'apparition d'un C.E. Cette néoplasie constitue une part non négligeable des tumeurs malignes de l'appareil génital féminin à Madagascar. Rapporté au nombre de tumeurs du col, les pourcentages des C.E. sont, à Madagascar, voisins de ceux trouvés à Dakar ou à Saïgon.

La rareté à Madagascar du C.A.D. permet de rapporter à la M.H. simple les cas de dégénérescence.

En ce qui concerne l'âge des malades, les dégénérescence chorio-épi-théliomateuses semblent plus fréquentes lorsque la môle survient chez une femme âgée. Le plus souvent la dégénérescence suit l'avortement molaire dans un délai relativement bref.

Il est assez difficile d'apprécier la fréquence des M.H. en fonction de l'ethnie des sujets car les conditions de prospection sanitaire ne sont pas comparables sur la côte et sur les plateaux.

De même est-il difficile de savoir la signification qu'il convient d'accorder à certains cas de M.H. apparaissant dans un court laps de temps en certains points de l'île.

Ce travail a pour but d'attirer l'attention sur la fréquence de la dégénérescence de la M.H. en C.E. et de souligner la nécessité où se trouve l'accoucheur, ou le chirurgien, de faire suivre par des dosages biologiques toute femme ayant présenté un avortement molaire.

X

X

X

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ACOSTA SISON (H.) - Statistical Study of Chorioepithelioma in the Philippine General Hospital. Amer. J. Obst. Gynec. 1949, 58, 125-132. in RICHIR et coll. 1961.
- (2) ASCHEIM et ZONDECK - Die Schwangerschafts Diagnose aus dem Harn durch Nachweis der Hypophysenvorderlappens Hormons. Klin. Woch 1928, 7, 1406-1411, 1453-1457. in HINGLAIS, 1961.
- (3) ASCHEIM, (S.) et VARANGOT, (J.) - Le diagnostic du chorioepitheliome post-molaire. Sem. Hôp. Paris 1955, 18, 1009-1014.
- (4) BARDAWIL, (A. W.) and TOY, (B. L.) - The natural history of choriocarcinoma. Problems of Immunity and spontaneous Regression. Amer. N. Y. Acad. Sci. 1959, 80, 197-261. in HINGLAIS, 1961.
- (5) BRYGOO (E. R.) - Diagnostic histologique de la grossesse. Recherche et dosage du prolan B. Arch. Inst. Pasteur Madagascar 1955, (1954), 49-50.
- (6) DESTOMBES, (P.) - Le Cancer en Indochine. Statistique anatomo-pathologique 1953-1955. Rev. med. Hyg. O. M., 1956, 28, 90-96.
- (7) DOUGLAS, (G. W.), THOMAS, (L.), CARR, (M.), CULLEN, (N. M.) et (R.) - Trophoblast in the circulating blood during pregnancy. Amer. J. Obst. Gynec. 1959, 78, 968-973. in HINGLAIS, 1961.
- (8) GUICHARDIERE, (A.) - Note sur 3 chorio-epitheliomes. Soc. Sci. Méd. Madagascar, séance du 3 juillet 1962.
- (9) HERTIG, (A. P.) et SHELDON, (W. H.) - Môle hydatiforme, corrélation anatomocliniques sur 200 cas. Amer. J. Obst. Gynec. 1947, 53, 136. in RICHIR et coll. 1961.
- (10) HIGGINSON (J.) et OETTLE, (A. G.) - Cancer incidence in the Bantu and "Cape Colored" Races of South Africa : Report of a Cancer Survey in the Transvaal (1953-1955). J. nat. Cancer Inst. 1962 24, 589-671.
- (11) HINGLAIS, (H.) et HINGLAIS, (M.) - Courbe statistique du prolan B sérique pendant la grossesse (Unité ovaire lapine). C. R. Soc. Biol. 1949, 143, 55-59.
- (12) HINGLAIS, (H.) - Application du dosage des gonadotropines en biologie clinique in "Etudes d'endocrinologie. Actualités scientifiques et industrielles". 1286 Hermann Paris, 1961.
- (13) IVERSON, (Lalla) - Choriocarcinoma and related Conditions in South East Asia Schweiz. Z. Path. Bakt. 1958, 21, 581-586.
- (14) KING, (G.) - Soc. royal Med. Dept. Obst. Gynec. London.
- (15) MOUSTARDIER, (G.) - Contribution à l'étude de Cancer dans la race malgache. Ann. Méd. Pharm. cd.
- (16) NGUYEN-VAN-AY - Le Cancer au Sud Viet-Nam en 1957. Bull. Soc. Path. exot. 1958, 3, 421-438.
- (17) NOVAK, (C.) - Hydatiform Mole and Chorioepitheliome. A. Clin. Path. Study J. A. M. A. T. 1922, 78, 1771-1779. in RICHIR et coll. 1961.
- (18) OETTLE (A. G.) - Racial differences in cancer in South Africa. S. Afric. biol. Soc. Pamphlet No. 17, 1955, 10 p.
- (19) RADAODY-RALAROSY, (P.) - Du placenta, évolution, structure; physiologique et recherches histochimiques sur le comportement à son niveau de quelques médicaments antisypilitiques. Thèse Montpellier 1938.

- (20) RADAODY-RALAROSY, (P.) - Sur 952 tumeurs examinées à l'Institut Pasteur de Tananarive de 1938 à 1948. Arch. Inst. Pasteur Madagascar 1948, 41-44.
- (21) RICHIR, (Cl.), QUENUM, (C.) et CORREA, (P.) - Reflexions à propos de 6 observations recueillies en milieu africain. Bull. Mém. Fac. nat. Med. Pharm. Dakar 1961, 9, 189-197.
- (22) SCHMORL, (G.) - Patologisch Untersuchungen über Puerperal Eklampsie. Vogel Leipzig 1893 in HINGLAIS, 1961.

Nous ne pouvons mentionner que les 50 cas de môle hydatiforme avec 7 choriocarcinomes rapportés par Bret, Legros, Coiffard, Brodi, cités par R. Bory et P. Caplier in Gazette Médicale de France 1962, 69, 3621-3627, dont nous n'avons pas jusqu'à présent nous procurer le travail.

RESUME

L'étude des statistiques de la Maternité de Befelatanana à Tananarive, comme pour les années 1957 à 1962 : 48.000 grossesses suivies de 135 avortements molaire et de 13 chorio-épipithéliomes, soit 1 môle pour 355 grossesses et 1 chorio-épipithéliome pour 3 692 grossesses ou pour 11 môles hydatiformes. La plus grande fréquence s'observe en Avril. Les chiffres sont particulièrement élevés bien qu'inférieurs à ceux des statistiques du Sud-Est asiatique.

Le chorio-épipithéliome représente 2,5% des tumeurs malignes de l'appareil génital féminin. L'âge moyen des malades ayant présenté une môle hydatiforme est de 32 ans, celui des malades avec chorio-épipithéliome de 37 ans. Les délais entre l'avortement molaire et le diagnostic du chorio-épipithéliome furent en général bref : 9 cas sur 17 dans les suites immédiates de l'avortement.

La surveillance du taux des prolans après avortement molaire est une nécessité absolue.

INTERPELLATION

M. le Doyen MORIN

Quelqu'un demande-t-il la parole ?

Je félicite les auteurs de cette communication qui est véritablement le record d'exposé en 10 minutes pour un travail portant sur 5 ans et sur de nombreuses statistiques hautement valables. Pour quelqu'un qui n'est pas initié à la pathologie obstétricale de Tananarive, je suis véritablement surpris, ces statistiques sont très bien et vous avez été très clair et très instructif dans un minimum de temps.

