

Métastases Vaginales Révélatrices D'un Choriocarcinome Gestationnel A Propos D'un Cas

W. Bouchkara. K. Kriouile. S.Jayi Fz. Fdili Alaoui. H. Chaara M.A. Melhouf
Service Gynécologie obstétrique II-CHU Hassan II-Fès

Date of Submission: 12-03-2020

Date of Acceptance: 27-03-2020

I. Introduction:

Le choriocarcinome gestationnel (CG) est une tumeur maligne rare, dérivée du trophoblaste de la femme en âge de procréer. Sa fréquence en Europe et en Amérique du Nord est estimée à 0,2–0,7/1000 grossesses. Il appartient au groupe des maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) dont le dénominateur commun est une hypersécrétion d'hormone choriogonadotrope (HCG). La terminologie générale de MTG rassemble quatre entités anatomocliniques distinctes : la môle hydatiforme (complète et partielle), la môle hydatiforme invasive, le choriocarcinome gestationnel, la tumeur du site d'implantation placentaire. Le CG peut compliquer tout état gravidique. Sa fréquence dépend du type de grossesse préalable : 50 % des choriocarcinomes apparaissent après une môle hydatiforme, 25 % après un avortement et 22 % surviennent après une grossesse normale. Il est caractérisé d'une part par sa forte potentialité métastatique et d'autre part par sa chimiosensibilité. Son diagnostic fait appel dans une très large mesure au dosage de la β HCG.(1,2,3)

II. Observation :

Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 47 ans qui présente des métrorragies de moyenne abondance sur aménorrhée de deux mois aggravées par un saignement foudroyant ,admise chez nous en état de choc hémorragique chez qui l'examen gynécologique avait objectivé la présence de métrorragies de grande abondance et de plusieurs formations bleuâtres friables irrégulières au niveau des parois vaginales, col irrégulier bleuâtre nodulaire friable , utérus faisant 8SA

Le dosage quantitatif des BHCG a objectivé un taux très élevé > 276400

Notre patiente a bénéficié d'une échographie pelvienne objectivant un utérus augmenté de taille avec présence de deux images hétérogènes vascularisées au doppler l'une au niveau isthmique faisant 49x31mm et l'autre au niveau antérolatéral fundique gauche envahissant le col et le myomètre

La patiente a bénéficié d'une hystérectomie totale interannexielle d'hémostase , le diagnostic de choriocarcinome gestationnel a été fait par l'analyse anatomopathologique de la pièce d'hystérectomie. Elle a bénéficié dans le cadre du bilan d'extension d'une TDM CTAP qui a révélé des métastases pulmonaires. Dans notre cas la patiente a bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase vu l'état de choc hémorragique

Le score de FIGO de notre patiente est calculé à 8 donc une polychimiothérapie a été indiquée au cours de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie gynéco mammaire CHU Hassan II-Fès.

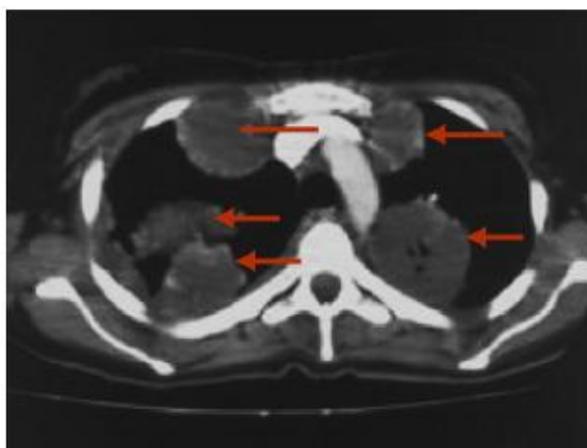


Figure 1 : coupe scanographique montrant des métastases pulmonaire



figure 2 : aspect macroscopique de la pièce d'hystérectomie

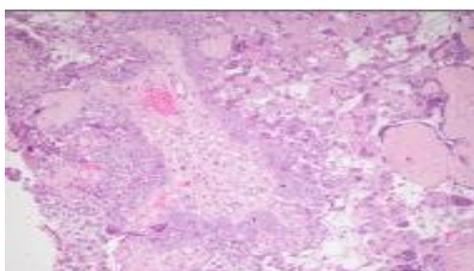


Figure 3 : aspect histologique du CC gestationnel

III. Discussion

La symptomatologie du CG est polymorphe. Les métrorragies en sont le signe d'appel le plus fréquent, associées à un dosage élevé de la β HCG sans grossesse.

Le diagnostic de CG peut être fortuit, révélé par une métastase inaugurale car la particularité de cette tumeur est son fort potentiel métastatique de localisation variable, Les sites métastatiques les plus fréquemment rencontrés sont les poumons (80 %), le vagin (30 %), le cerveau (10 %), le foie (10 %).

L'échographie pelvienne peut montrer des signes évocateurs de malignité : atteinte concomitante de l'endomètre et du myomètre, limites irrégulières, caractère hétérogène, hypervascularisation. Parfois elle ne contribue pas au diagnostic car le polymorphisme échographique non spécifique peut faire discuter d'autres pathologies bénignes ou malignes. Sans orientation clinique le diagnostic différentiel se pose avec une rétention trophoblastique, un cancer de l'endomètre, un myome. Les kystes ovariens lutéiniques ne sont pas spécifiques mais évocateurs car retrouvés dans 50 % des cas. La lésion utérine n'était pas facilement visible en IRM car essentiellement intramyométriale ce qui n'est pas rare dans cette forme histologique et qui explique la difficulté d'obtention d'une preuve histologique préalable.

Les métastases pulmonaires de choriocarcinomes sont classiquement représentées par une dizaine de nodules parenchymateux de 1 à 3 cm, plus rarement par une pleurésie ou une masse parenchymateuse unique.

Afin de pallier ces difficultés diagnostiques, la FIGO a défini en 2000 des critères diagnostiques de MTG. La preuve histologique de CG n'est pas indispensable si le dosage du marqueur β HCG montre un taux élevé (en l'absence de grossesse évolutive) plus de six mois après une grossesse. Il suffit à lui seul à poser le diagnostic et à débiter le traitement. La biopsie d'endomètre ou le curetage utérin ne sont pas nécessaires. En effet, compte tenu du caractère volontiers infiltrant intramyométrial de ces tumeurs, les prélèvements peuvent être négatifs et donc faussement rassurants. De plus le risque hémorragique de ces manœuvres instrumentales n'est pas nul. Mais ils restent bien sûr indiqués en cas de biologie non concluante. Le traitement est précédé d'un bilan d'extension complet qui comprend une exploration pulmonaire (radiographie ou scanner), la recherche de métastases hépatiques (échographie ou scanner) et cérébrales (IRM ou scanner).

Ce bilan complémentaire permet de caractériser le CG selon la nouvelle classification FIGO (Tableau 1). Celle-ci comprend une stadification clinique et un score pronostique déterminé par des facteurs de risque. Les scores pronostiques sont compris entre 4 et 14, et permettent de distinguer deux groupes : les patientes à faible risque (score de 0 à 6) et à risque élevé (supérieur ou égal à 7) de mauvaise réponse au traitement par chimiothérapie. L'intérêt de cette classification est ainsi d'adapter le protocole thérapeutique aux facteurs de risque.

Le traitement de référence du choriocarcinome est la chimiothérapie.

Les trois molécules les plus efficaces sont : le méthotrexate, l'actinomycine-D et l'étoposide . Le principe est d'administrer une monochimiothérapie aux patientes à faible risque, et une polychimiothérapie d'emblée pour les patientes à risque élevé . Les protocoles proposés en monothérapie sont : méthotrexate (ou actinomycine-D en alternative) et en polychimiothérapie : APE ou EMA-CO (étoposide, méthotrexate, actinomycine-D, cyclophosphamide et vincristine).

Cette chimiothérapie sera suivie jusqu'à rémission complète, caractérisée par la négativité de taux successifs de β HCG, et complétée par trois cures de consolidation .

Les indications de résection chirurgicale sont rares. Elles concernent les métastases isolées, extirpables et chimiorésistantes. L'hystérectomie intervient en urgence pour contrôler un site métastatique hémorragique. Elle peut être remplacée par la radiologie interventionnelle et l'embolisation sélective lorsque la situation le permet .

Le CG est une tumeur de bon pronostic puisque tous stades confondus le taux de survie à cinq ans est de 97,2 % [18].

La particularité de notre cas réside dans le fait que la patiente n'avait aucun diagnostic auparavant (ni de mole ni de grossesse normale) ce qui laisse supposer qu'elle avait une fausse couche sur mole non diagnostiquée ayant évolué vers la TTG , ainsi nous attirons l'attention des patientes sur l'intérêt de faire systématiquement l'étude anatomopathologique de tout produit de conception et à travers de notre cas nous insistons sur les critères diagnostique et thérapeutique de cette entité .

Tableau 1
FIGO 2000 classification et stadification des tumeurs gestationnelles trophoblastiques

Stade anatomique				
Stade I	Maladie limitée à l'utérus.			
Stade II	TTG étendue en dehors de l'utérus, limitée aux structures génitales (annexes, vagin, ligament large).			
Stade III	TTG étendue aux poumons, avec ou sans atteinte génitale connue.			
Stade IV	Tout autre site métastatique.			
Score pronostic WHO (World Health Organisation) modifié par la FIGO 2000				
Variables pronostiques	0	1	2	4
Âge (années)	< 40	> 40	–	–
Précédente grossesse	Môle	Avortement	Grossesse à terme	–
Intervalle depuis la précédente grossesse (mois)	< 4	4 à 7	7 à 13	> 13
HCG plasmatique	< 10 ³	10 ³ < 10 ⁴	10 ⁴ < 10 ⁵	> 10 ⁵
Préthérapeutique (UI/L)				
Plus grande taille tumorale	–	3 < 5 cm	> 5 cm	–
Sites métastatiques	Poumon	Rate, Reins	Intestins	Cerveau, Foie
Nombre de métastases	–	1 à 4	5 à 8	> 8
Chimiothérapie préalable	–	–	Monochimio	Polychimio

IV. Conclusion

Ce cas clinique permet d'illustrer la possible et non exceptionnelle expression métastatique inaugurale du choriocarcinome. Le diagnostic de MTG métastatique devrait être évoqué chez toute patiente en âge de procréer présentant un tableau clinique atypique dans un contexte de post-partum récent ou dans un contexte d'aménorrhée . En effet, la chimiosensibilité de ces tumeurs est telle qu'elle leur confère un bon pronostic même aux stades métastatiques.

Références

- [1]. Steigrad SJ. Epidemiology of gestational trophoblastic diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;17(6):837–47.
- [2]. Ng TY, Wong LC. Diagnosis and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;17(6):893–903.
- [3]. Benedet JL, et al. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO committee on gynecologic oncology. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;70(2):209–62.
- [4]. Campbell SC, Flanigan RC, Clark JI. Nephrectomy in metastatic renal cell carcinoma. *Curr Treat Options Oncol* 2003;4(5):363–72.
- [5]. Hershman JM. Physiological and pathological aspects of the effect of human chorionic gonadotropin on the thyroid. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2004;18(2):249–65.
- [6]. Bozaci EA, et al. Intracavitary cardiac metastasis and pulmonary tumor emboli of choriocarcinoma: the first case diagnosed and treated without surgical intervention. *Gynecol Oncol* 2005;99(3):753–6.
- [7]. Cohn DE, Herzog TJ. Gestational trophoblastic diseases: new standards for therapy. *Curr Opin Oncol* 2000;12(5):492–6.
- [8]. Soper JT, et al. Renal metastases of gestational trophoblastic disease: a report of eight cases. *Obstet Gynecol* 1988;72(5):796–8.
- [9]. Diouf A, et al. [Sonographic features of gestational choriocarcinoma]. *J Radiol* 2005;86(5 Pt 1):469–73.
- [10]. Khabouze S, et al. [Gestational pseudoaneurysms complicating renal choriocarcinoma metastases: treatment with coil embolization. *Clin Imaging* 2000;24(4):217–20.
- [11]. Yang DM, et al. Intrarenal pseudoaneurysms complicating renal choriocarcinoma metastases: treatment with coil embolization. *Clin Imaging* 2000;24(4):217–20.
- [12]. Andre M, et al. Kidney tumors: clinical and pathological findings and detection. *J Radiol* 2002;83(6 Pt 2):773–83 (discussion 84–5).
- [13]. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. FIGO oncology committee. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77(3):285–7.
- [14]. ACOG Practice Bulletin #53. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 2004;103(6):1365–77.
- [15]. Preidler KW, et al. Magnetic resonance imaging in patients with gestational trophoblastic disease. *Invest Radiol* 1996;31(8):492–6.
- [16]. Soper JT. Role of surgery and radiation therapy in the management of gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;17(6):943–57.
- [17]. Lok CA, et al. Embolization for hemorrhage of liver metastases from choriocarcinoma. *Gynecol Oncol* 2005;98(3):506–9.
- [18]. Ngan HY, et al. Gestational trophoblastic diseases. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83(Suppl 1):167–74.