Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/11207
DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/11207

RESEARCH ARTICLE

TUMEURS TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES ET EVOLUTION FAVORABLE D'HCG: A PROPOS D'UN CAS

Hayat Aalalou[1,2], Mohammed Amine Laraichi Bedoui[1,2], Amal Akammar[1,2], Nisrine Mamouni[1,2], Sanaa Errarhay[1,2], Chahrazad Bouchikhi[1,2] and Banani Abdelaziz[1,2]

1. Service Gynécologie Obstétrique I. Service Radiologie. CHU Hassan II.
2. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

Manuscript Info

Manuscript History
Received: 15 April 2020
Final Accepted: 18 May 2020
Published: June 2020

Key words:-
Tumeurs Trophoblastiques Gestationnelles, Criteres Diagnostiques, Hormone Chorionique Gonadotrophine, Imagerie

Abstract

L'évolution maligne des maladies trophoblastiques gestationnelles est représentée par les tumeurs trophoblastiques gestationnelles, dont la forme la plus fréquente est la mole invasive, suivie par le coriocarcinome. Parmi les critères diagnostiques de ces tumeurs l'évolution perturbée de la concentration de l'HCG plasmatique. L'imagerie à également un rôle primordiale dans la caractérisation des lésions et dans le bilan d'extension locorégional et à distance, ainsi que dans le suivie et le traitement des complications. Nous rapportons une observation clinique de tumeur trophoblastique gestationnelle diagnostiquée en se basant sur l'histoire clinique et les données de l'imagerie, avec particulièrement une évolution dégressive du taux d'HCG.

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

Introduction:-

Les maladies trophoblastiques gestationnelles regroupent l'ensemble de pathologies du tissu trophoblastique qui peuvent être bénignes représentées par la mole hydatiforme complète ou partielle. Comme elle peuvent être malignes et appelées tumeurs trophoblastiques gestationnelles. Cliniquement elles surviennent suite à une grossesse, biologiquement elles ont en commun une élévation plasmatique du taux de l'hormone chorionique gonadotrophine (HCG). Le diagnostic des tumeurs trophoblastiques gestationnelles prend en compte après l'histologie l'évolution perturbé du taux de cette hormone (HCG). Ces maladies rares peuvent des fois poser des problèmes diagnostiques histologiques, d'où l'intérêt de l'imagerie.

Observation Clinique:-

Madame A. E. âgée de 18 ans, sans antécédents pathologiques notable, primigeste (une fausse couche de 2 mois non curetée) qui a consulté initialement pour des métrorragies sur une aménorrhée de 2 mois. Suite à l'examen clinique (métrorragies de moyenne abondance provenant de l'endocol utérin, utérus augmenté de taille à mi-chemin de l'ombilic), le taux d'HCG à 600000 UI/L et l'échographie pelvienne qui a objectivé une image intra-utérine échogène hétérogène en grappe de raisin faisant 7cm /10cm, les 2 ovaires de taille normale ; le diagnostic d'une grossesse molaire a été suspecté. On a réalisé un curetage aspiratif échoguidé jusqu'à obtention d'une bonne ligne d'interface. L'examen anatomopathologique du produit est revenu en faveur d'une mole hydatiforme complète. 10 jours après, le taux d'HCG a bien dégraissé revenant à 200000 UI/L avec à l'échographie de contrôle une image de rétention intra utérine de 3cm, les 2 ovaires toujours de tailles normale. Une deuxième aspiration échoguidée a été

Corresponding Author:- Hayat Aalalou
Address:- Service Gynécologie Obstétrique I. Service Radiologie. CHU Hassan II.

faite jusqu'à obtention de la vacuité utérine. La patiente a été vue en consultation de contrôle 10 jours après la deuxième aspiration: le taux d'HCG continue sa dégraission revenant à 120000 UI/L, l'échographie de contrôle a montré la réapparition d'une image de rétention de 2cm, avec la visualisation de gros ovaires mesurant 10cm chacun macropolykystiques, et absence d'épanchement dans le cul de sac de Douglas. Notre conduite était de continuer la surveillance hebdomadaire du taux d'HCG et de refaire une échographie de contrôle dans une semaine. La patiente à reconsulté dans 10 jours avec notion d'apparition de douleur pelvienne diffuse intense, et de réapparition de métrorragies. L'examen clinique à objectivé un saignement fait de sans rouge de faible abondance provenant de l'endocol. Le taux d'HCG continue sa bonne évolution revenant à 15000 UI/L (figure 1). L'échographie pelvienne a montré une image de rétention qui a augmenté de volume par rapport à l'examen précédent faisant 4cm/6cm (figure 2), avec une petite image de la paroi utérine fyndique de 1.5cm/2cm hypo échogène hétérogène prenant le doppler couleur faisant suspecter un envahissement du myomètre (figure 3). La décision était de compléter par une IRM pelvienne dont le rendez-vous a été pris dans 2 jours. Durant son hospitalisation la patiente a présenté des métrorragies de grande abondance d'installation brutale d'où l'indication était de faire en urgence une embolisation des artères utérines. Qui a permis d'arrêter l'hémorragie. L'IRM pelvienne a montré un utérus augmenté de taille mesurant 170mm/65mm de hauteur et 65mm de diamètre antéro-postérieur, siège d'une masse fundique au dépend de la paroi latérale gauche, intramyometriale, décrite en iso signal T1 et T2, majoritairement liquéfiée et mesurant 30mm/17mm de diamètre, il s'y associe la présence d'une importante hématométrie gênant l'étude du rehaussement (figure 4). Les 2 ovaires sont augmentés de taille polymacrokystiques. Le diagnostic de tumeur trophoblastique gestationnelle a été retenu en se basant sur les données cliniques et les données de l'imagerie (échographie et IRM) même si l'évolution de l'hormone HCG était favorable. Le bilan d'extension fait de scanner cérébro-thoraco-abdomino-pelvien a rapporté une localisation secondaire pulmonaire et adénopathie hilaire droite suspecte (figure 5). Une radiographie standard du thorax a montré un nodule parenchymateux pulmonaire lobaire inferieur droit. La tumeur a téte scoré à 4 à bas risque. On a commencé une monochimiothérapie à base de méthotrexate 1mg/kg par voie intra musculaire 1 jour sur 2. Notre patiente a reçu sa première cure avec bonne évolution sur le plan clinique.

Discussion:-

Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles surviennent généralement chez les femmes en période d'activité génitale après une grossesse molaire ou une grossesse normale. Les signes cliniques évocateurs sont souvent des métrorragies persistantes suite à une grossesse molaire traitée ou à une grossesse normale ou à un avortement. Parfois une simple aménorrhée ou masse pelvienne palpable peuvent être évocatrices. Étant donné que ces tumeurs ont un haut pouvoir métastatique elles peuvent aussi être suspectées par des signes fonctionnels et cliniques liés à leur foyer métastatique [1]. Leur délai d'apparition après une grossesse peut allez de quelques semaines à des années.

Sur le plan biologique, le diagnostic de tumeurs trophoblastiques gestationnelles peut aussi être évoqué devant l'évolution anormale de la courbe de surveillance du dosage de l'hormone HCG suite à une grossesse molaire selon les critères FIGO 2000[2]:

1. Stagnation de la concentration plasmatique d'HCG sur quatre dosages consécutifs sur 3 semaines
2. Augmentation d'au moins 10% de la concentration plasmatique d'HCG pour trois dosages sur 2 semaines.
3. Persistance d'une élévation de la concentration plasmatique d'HCG 6 mois après l'aspiration d'une grossesse molaire.

Sur le plan anatomopathologique, quatre tumeurs trophoblastiques gestationnelles sont décrites : Mole invasive, choriocarcinome, tumeur du site d'implantation placentaire, la tumeur trophoblastique épithéloide[3].

Actuellement l'imagerie est inclue en grande partie dans le diagnostic et la prise en charge des tumeurs trophoblastiques gestationnelles. Elle permet de guider le diagnostic et une bonne caractérisation des lésions, surtout si la clinique est peu spécifique et l'évolution biologique du taux de la l'HCG n'est pas très évocatrice; comme le cas de notre patiente ou l'évolution de l'HCG était en nette dégraission sur une durée d'un mois, c'est l'échographie complétée par l'IRM qui nous a permis de poser le diagnostic. L'imagerie intervient aussi dans le calcul du score de FIGO 2000 pour la précision de la taille des lésions et pour le bilan d'extension locorégional et à distance[4].

L'échographie pelvienne accompagnée d'un doppler couleur est l'examen de première intention devant toute évolution anormale des BHCG, elle permet de mesurer la taille de la lésion et de rechercher les signes d'invasion

myométriale ou d'une extension pelvienne. L'IRM est réalisée pour une meilleure caractérisation des lésions et pour le bilan d'extension locorégionale [4].

Le bilan d'extension à distance comprend la scanner cérebro thoraco abdomino pelvien associé à la radiographie des poumons devant la fréquence des métastases pulmonaires [5].

Conclusion:-

Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles représentent la forme maligne des maladies trophoblastiques gestationnelles. Leur diagnostic repose après l'histologie sur l'histoire clinique confrontée aux données de l'imagerie.

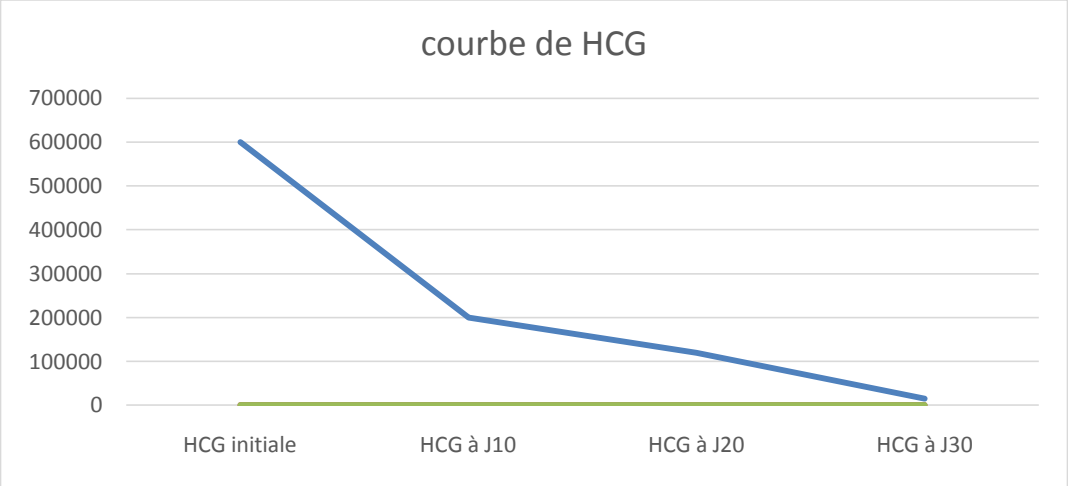

Figure 1:- Courbe d'évolution favorable de la concentration plasmatique de HCG.

Figure 2:- Image échogène hétérogène intra utérine de 4.x6cm.

Figure 3:- image de la paroi utérine postérieur hypo échogène hétérogène prenant le doppler couleur faisant suspecter un envahissement du myomètre.

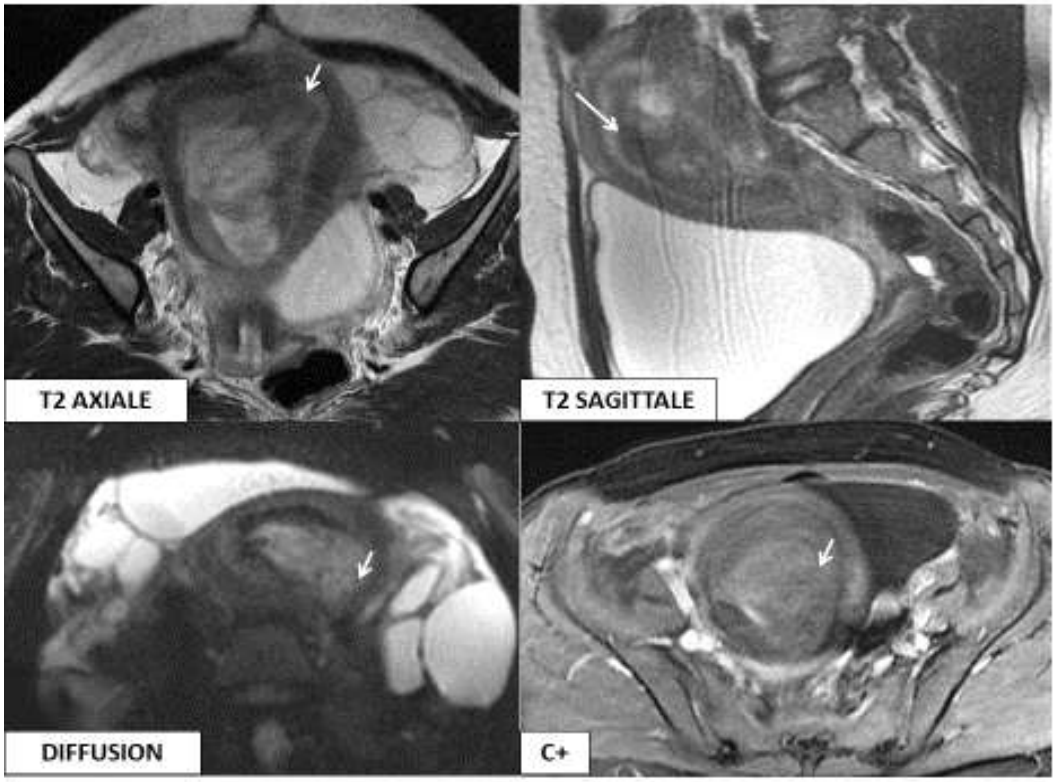

Figure 4:- IRM pelvienne montrant un utérus augmenté de taille, siège d'une masse fundique au dépend de la paroi latérale gauche, intra myométriale, décrite en isosignal T1 et T2. Il s'y associe la présence d'une importante hématomètrie gênant l'étude du rehaussement.

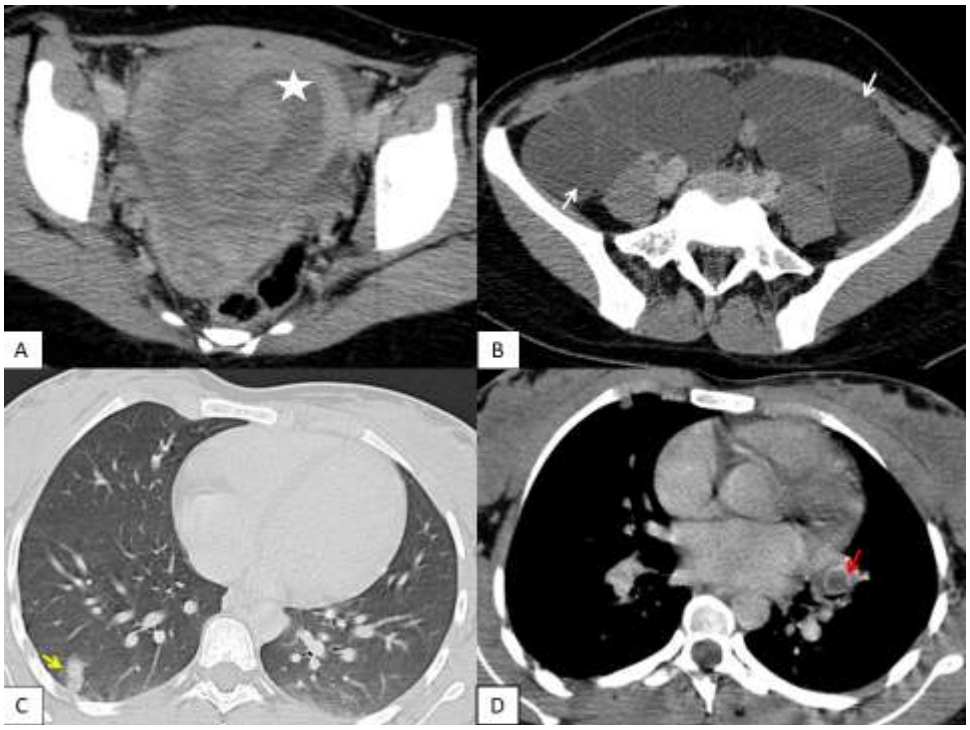

Figure 5:- Scanner thoraco abdomino pelvien objectivant un utérus hétérogène avec masse fundique latérale gauche (étoile) avec hématométrie et des ovaires macro folliculaires (flèches blanches). Localisations secondaires pulmonaires (flèche jaune) et ADP hilaire droite suspecte(flèche rouge).

Conflits d'intérêts:
Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références:-

1. Ngan HY, Seckl MJ, Berkowitz RS, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. Int J Gynaecol Obstet 2015;131(Suppl. 2):S123—6.
2. FIGO Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. FIGO Oncology Committee. Int J Gynaecol Obstet 2002;77(3):285—7.
3. Genest DR, Berkowitz RS, Fisher RA, Newlands ES, Fehr M. In: Tavassoli FA, Devilee P, editors. Gestational trophoblastic disease. Tumours of the breast and female genital organs. WHO classification of tumours. Lyon: IARC press; 2003.
4. Noémie Peyron Faurea, Jérôme Massardier, Pierre-Adrien Bolze, Touria Hajri, Mojgan Devouassouxc, Franc¸ois Golfier, Pascal Rousset. Tumeurs trophoblastiques gestationnelles : éléments clés dans notre pratique radiologique. Imagerie de la femme (2018) 28, 88-103
5. Mangili G, Lorusso D, Brown J, Pfisterer J, Massuger L, Vaughan M, et al. Trophoblastic disease review for diagnosis and management: a joint report from the International Society for the Study of Trophoblastic Disease. European Organisation for the Treatment of Trophoblastic Disease, and the Gynecologic Cancer InterGroup. Int J Gynecol Cancer 2014;24(9 Suppl 3):S109—16.