Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/12339
DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12339

ISSN NO. 2320-5407

RESEARCH ARTICLE

CHORIOANGIOME PLACENTAIRE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUES DE LA LITTERATURE

Mehdi Laaouze, Sarah SeghrouchniIdrissi, Mohammed Karamsaoud, Mamouni Nisrine, Errarhaysanae, Bouchikhi Shehrazad and Abd Aziz Bananni
Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Service de Gynécologie-Obstétrique 1, CHU Hassan II de Fès, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History
Received: 20 November 2020
Final Accepted: 24 December 2020
Published: January 2021

Abstract

Le chorioangiome placentaire est une tumeur vasculaire bénigne non trophoblastique retrouvée dans environ1 % des examens histologiques placentaires systématiques. La majorité? de ces tumeurs sont de petite taille et sans aucun retentissement f□tomaternel. Ses complications maternelles et f□tales peuvent être sévères dans les cas de chorioangiomes géants symptomatiques (> 4 cm) dont la fréquence est estimée à 1/8000 à 1/50 000 grossesses [1] ,peuvent être soit des complications f□tales (anémie, thrombocytopénie, hydramnios, anasarque, insuffisance cardiaque, retard de croissance intra-utérin, prématurité et mort in utero) ou maternelles (pré-éclampsie, hématome rétroplacentaire et coagulation intravasculaire disséminée). Le choriangiome placentaire est rarement associé à l□hémangiomatose néonatale diffuse (HND) . Nous rapportant le cas d□un chorioangiome placentaire associé à un hémangiome néonatal cutané

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

Introduction:-

Le chorioangiome placentaire est une tumeur vasculaire bénigne non trophoblastique retrouvée dans environ 1 % des examens histologiques placentaires systématiques . La majorité de ces tumeurs sont de petite taille et sans aucun retentissement fœtomaternel.

Ses complications maternelles et fœtales peuvent êtresévères dans les cas de chorioangiomesgéants symptomatiques (> 4 cm) dont la fréquence est estimée à 1/8000 à 1/50 000 grossesses [1] ,peuvent être soit des complications fœtales (anémie, thrombocytopénie, hydramnios, anasarque, insuffisance cardiaque , retard de croissance intra-utérin, prématurité et mort in utero) ou maternelles (pré-éclampsie, hématomerétroplacentaire et coagulation intravasculaire disséminée). Le choriangiome placentaire est rarement associé à l'hémangiomatosenéonatale diffuse (HND) .

Nous rapportant le cas d'un chorioangiome placentaire associé à un hémangiome néonatal cutané

Observation:-

Une patiente de 25ans, nullipare deuxième geste , est référée dans notre formation pour accouchement d'une grossesse de 38SA+3J. Ses antécédents et le suivi de sa grossesse sont sans particularité . L'examen échographique met en évidence un volumineux choriangiome de 61 mm de diamètre ainsi qu'un épaississement diffus du placenta (Fig. 1). Il s'y associé une cardiomégalie et l'examen doppler du canal d'Arantiusprésente un spectre normal.

Corresponding Author:- Mehdi Laaouze
Address:- Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Service de Gynécologie-Obstétrique 1, CHU Hassan II de Fès, Maroc.

L'accélération des flux systoliques au niveau de l'artèrecérébrale moyenne, mesuré par effet doppler , laisse suspecter une anémie fœtale.

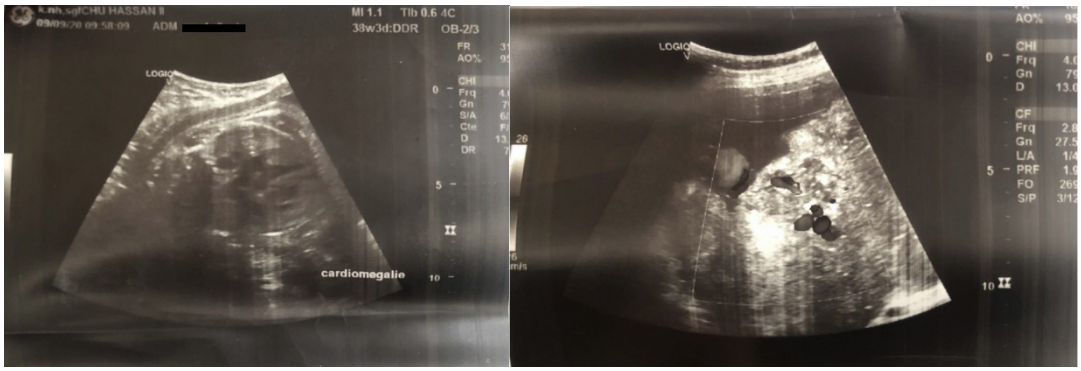

Figure 1:- Images echographiques à 38SA+3J mettant en évidence un volumineux choriangiome de 61 mm de diamètre ainsi qu'un épaississement diffus du placenta associé une cardiomégalie.

l'accouchement par voie basse a été accepté et s'est déroulé sans incident ; Le nouveau-né est de sexe féminin avec un score d'Apgar de 10 à une minute et à cinq minutes , pesant 3kg200présentant un hémangiome de 3cm au niveau de l'épaule droit(figure 2).

Figure 2:- Hémangiome de 3cm au niveau de l'épaule droit.

Le placenta, hypertrophique (figure :3), pèse 1200 g et son examen histologique confirme un chorioangiome.

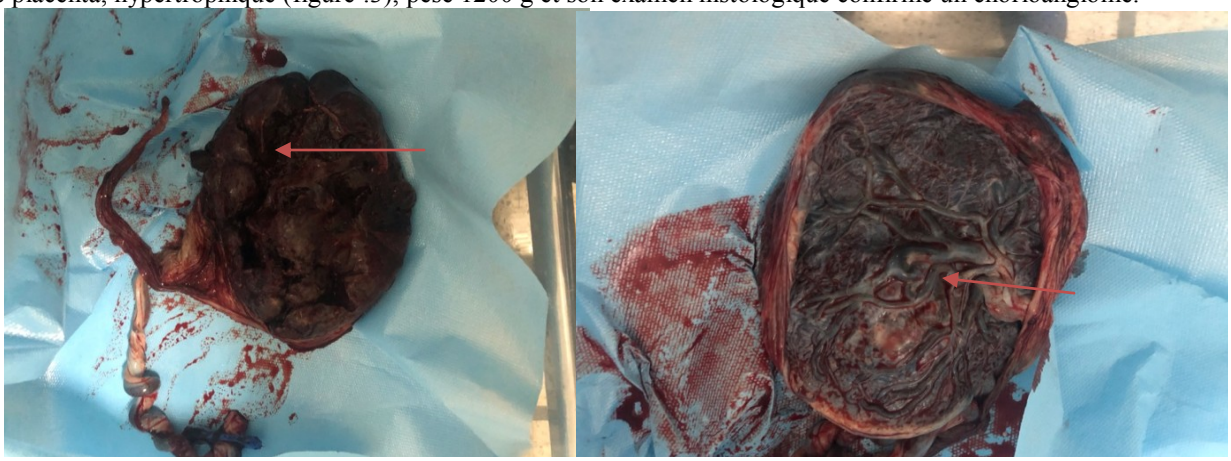

Figure3:- Le placenta, hypertrophique avec un aspect macroscopique d'un choriangiome faisant 7cm.

Discussion:-

Le chorioangiome est la plus fréquente des tumeurs placentaires bénignes . Le diagnostic , confirmé histologiquement, peut êtreétabli in utero par ses caractéristiqueséchographiques.

Il se présente comme une tumeur placentaire bien limitée arrondie ou ovalaire , généralementhypoéchogène , siégeant le plus souvent au contact de la plaque choriale . L'examen doppler permet de mettre en évidence le pédicule vasculaire de la tumeur alors que dans la majorité des cas auc un flux intra tumoral ne peut êtredétecté (Fig. 1). La taille du chorioangiome et la précocité du diagnostic sont des facteurs pronostics péjoratifs .

Les chorioangiomessupérieursà 4cm sont associes à 30% de mortalité périnatale dont la moitié in utero [1]. Les complications fœtales ont une origine cardiovasculaire . Elles sont liées , d'une part, à l'importance du shunt gauche - droit dû aux anastomos es artério -veineusesintratumorales. D'autre part, une anémie d'origine hémorragique ou hémolytique peut êtreaggravée par une thrombopénieégalement induite par le choriangiome.

Une surveillance clinique et cardiotocographiqe régulière est indispensable. L'échographie permettra de réaliser le diagnostic d'une insuffisance cardiaque ou de mettre en évidence les signes évocateurs d'une anémie fœtale avant l'installation d'un tableau d'anasarque. mais il existe peu d'anémie fœtale vraie dans les chorioangiomes symptomatiques , il s'agit le plus souvent d'une hypovolémie . La transfusion pourrait alors provoquer une décompensation cardiaque fœtale . Nous pensons qu'il faut réserver la transfusion in utero aux cas d'hémorragiefœtomaternelle post -fœtoscopie.

En cas de complications diverses approches thérapeutiques sont possibles : l'amniodrainage en cas d'hydramnios important et mal supporté et la transfusion in utero dans l'attente d'une éventuelle extraction prématurée [2].

D'autres auteurs proposent une déva scularisation de la tumeur soit par embolisation soit par ligature soit encore par thermocoagulation laser du pédiculeaffèrent sous contrôleéchographique ou fœtoscopique [3,4].

Il n'existait pas de contre -indication à la voie basse chez notre patiente ; en effet il n'y pas de consensus concernant la voie d'accouchement en cas d'anasarque fœtal . Concernant le terme d'accouchement , notre patiente étaità 38 SA+3j en travail,donc on a accepté la voie basse conformément aux données de la littérature .

Le pronostic néonatal du chorioangiome placentaire est assez peu discute´ dans la littérature, en dehors du cas péjoratif de l'hémangiomatose néonatale diffuse ou des chorioangiomes compliqués de grande taille, dont le taux de mortalitépérinatale est élevée (30–40 %) [4]. Ainsi, devant une anémie aigue néonatale, et en l'absence de saignement évident, le chorioangiome placentaire est un diagnostic, moins fréquent mais néanmoins grave, àéliminer avec d'autres diagnostics différentiels, voire associés tels que l'hémolyse aigue ou la transfusion fœtoplacentaire. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique du placenta.

En conclusion, lors d'un diagnostic anténatal, il est indispensable de prévenir et de surveiller le risque d'apparition d'une anémie fœtale en organisant le suivi obstétrical et les modalités de la naissance.

Conclusion:-

Les chorioangiomes placentaires doivent êtresystématiquementrecherchés devant un tableau d'hydramnios, d'anasarque, de retard de croissance intra-utérin ou de pré-éclampsie. Le diagnostic de cette tumeur placentaire peut évoquer celui d'hémangiomatosenéonatale diffuse . La réalisation d'une cordocentèse pour la recherche de complications hématologiques est indispensable pour une prise en charge périnatale optimale.

References:-

1. Mubiayi N , Cordonier C , Goueff F , Subtil D , Devisme L , Decoq J , et al. Les chorioangiomes placentaires diagnostiqués au second trimestre de la grossese. J GynecolObstetBiolReprod 2002;31:187—92.
2. Amer HZ, Heller DS. Chorangioma and relatedvascularlesions of the placenta– a review. FetalPediatrPathol 2010;29(4):199–206.
3. Noack F, Sotlar K, Thorns C, Smrcek J, Diedrich K, Feller AC, et al. VEGF, KIT protein and neutralendopeptidase (NEP/CD10)-positive myofibroblasts-Precursors of angiogenesis in chorioangiomas? Placenta 2003;24(7):758–66.
4. Capelle X, Syrios P, Chantraine F, Rigo V, Schaaps JP, Kridelka F, et al. A rare case of placentalchorioangiomaassociatedwithneonataldisseminatedheman- giomatosis. J GynecolObstetBiolReprod 2009;38(3):246–9.