



ISSN NO. 2320-5407

Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/12403

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12403>

RESEARCH ARTICLE

CHORIOCARCINOME GESTATIONNEL: A PROPOS DE 2 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Meimouna Mohamed Lemine¹, Beya Mohamed Mahmoud Lemhaba¹, Nessiba Abdelkader¹, Karam Mouhammed Saoud¹, Nessrine Mamouni¹, Senae Errarhay¹, Chahrazad Bouchikhi¹, Abdelaziz Banani¹, S. Tahirou², M. Haloua² and M. Boubou²

1. Service De Gynecologie Obstetrique I Chu Hassan Ii Fes.
2. Service De Radiologie Mere Et Enfant Chu Hassan Ii Fes.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 27 November 2020

Final Accepted: 30 December 2020

Published: January 2021

Key words:-

Tumeurs Trophoblastiques
Gestationnelles, Choriocarcinome, Beta
HCG

Abstract

Le choriocarcinome est une tumeur maligne rare très métastatique et appartient au groupe des maladies trophoblastiques gestationnelles dont le dénominateur commun est une hypersécrétion d'hormone choriogonadotrope, les maladies trophoblastique gestationnelle regroupent la môle hydatiforme (complète et partielle), la môle hydatiforme invasive, le choriocarcinome gestationnel, la tumeur du site d'implantation placentaire. Nous rapportons 02 cas de choriocarcinome qui ont été diagnostiqués et prise en charge dans notre formation, à travers ce deux cas nous essayons de faire une mise au point sur cette pathologie.

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

Introduction:-

Le choriocarcinome gestationnel est une tumeur maligne rare à fort potentiel métastatique. Dérivée du trophoblaste de la femme en âge de procréer. 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 anatomo-cliniques distinctes : la môle hydatiforme (complète et partielle), la môle hydatiforme invasive, le choriocarcinome gestationnel, la tumeur du site d'implantation placentaire [1,2].

Observations:-

Cas 1 :

Patiente âgée de 29 ans, sans antécédents pathologiques notable, troisième geste troisième pare. Ayant accouché un MFIU dans un centre de santé, sans contexte particulière, admise à jour 18 du postpartum pour des métrorragies à répétition de moyenne abondance, à l'admission elle était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, et dont l'échographie pelvienne a objectivé un utérus augmenté de volume, siège d'une image endocavitaire de 40/30mm fundique envahissant le myomètre en antérieur richement vascularisée au doppler couleur. Un scanner cérébro-thoraco-abdomino-pelvien a été fait revenant en faveur d'une tumeur trophoblastique gestationnelle dépassant la séreuse en corporeo-fundique latéral droit (figure 1), avec nodule parenchymateux pulmonairelobaire moyen suspect. La beta HCG initiale est de 309870 Mui/ml, l'hystérocopie diagnostic a objectivé la présence d'un tissu rappelant le placenta ; occupant toute la cavité utérine ; une biopsie dirigé a été faite ; histologie en faveur d'un choriocarcinome, patiente ayant bénéficié d'une embolisation sélective de deux artères utérine vue la répétitions des métrorragies et vue aussi que la tumeur dépasse la séreuse, puis elle a été staffée en RCP gynéco-mammaire de notre CHU, décision une poly chimiothérapie. Avec une nette amélioration clinique et échographie ainsi que biologique, dernière échographie faite 3 mois après l'arrêt de traitement et était sans particularité. La beta HCG revient négative.

Corresponding Author:- Meimouna Mohamed Lemine

Address:- Service De Gynecologie Obstetrique I Chu Hassan Ii Fes.

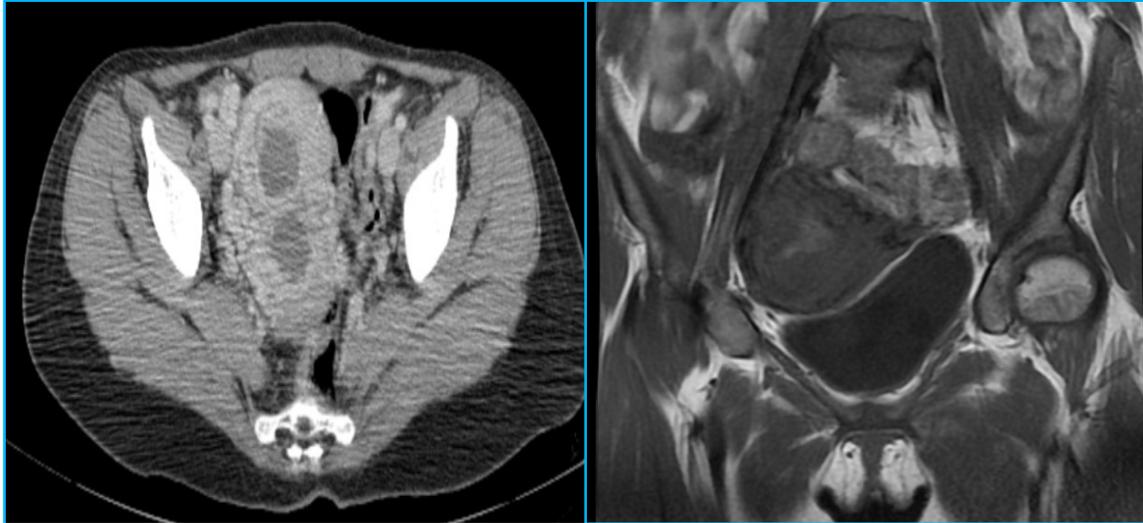


Figure 1 :- Coupe axiale après injection de produit de contraste iodé **Figure 2** : Séquence T1 coronale

Cas 2 :

Patiente âgée de 29 ans, sans antécédents pathologiques notable, quatrième gestedeuxième pare, avec deux fosses couchées spontanées Pecos, suivie depuis 2016 pour une tumeur trophoblastique gestationnelle dont elle a reçue 2 cures de Méthotrexate avec l'installation d'une toxidermie type Stevens Janson et une neutropénie fébrile, puis mise sous Actinomycine D, sous contrôle de Beta HCG s'étalant du 11/10/2016 au 03/11/2017, après deux négativation du beta HCG. La patiente a présenté un réascension du taux de beta HCG à 68,8 mUI/ml ; pour laquelle elle a été mise sous le protocole TP/TE. Le contrôle du beta HCG après depuis le mois 5/2018 a objectivé deux ascensions des taux de beta HCG à 27 versus 16 versus 8 versus 13 mUI/ml, l'échographie pelvienne a objectivé une image intra cavitaire anéchogène avec contours hyper échogène (figure1), une IRM a révélé la présence d'une image fundique de 16 mm (figure 2). La décision RCP avec concertation avec la malade était de réalisé d'une hystérectomie inter annexielle ; dont l'anapath a objectivé la présence de foyer des choriocarcinome.

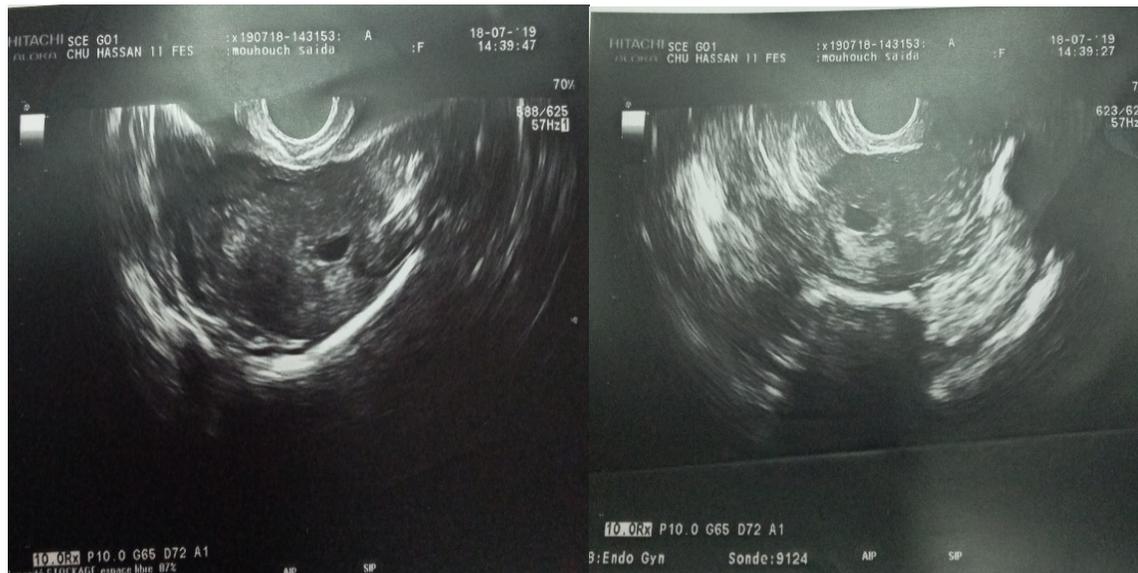


Figure 1 :- l'échographie endovaginale avec coupe transversale et sagittal qui montre la présence d'une image anéchogène avec des contours hyper échogène.

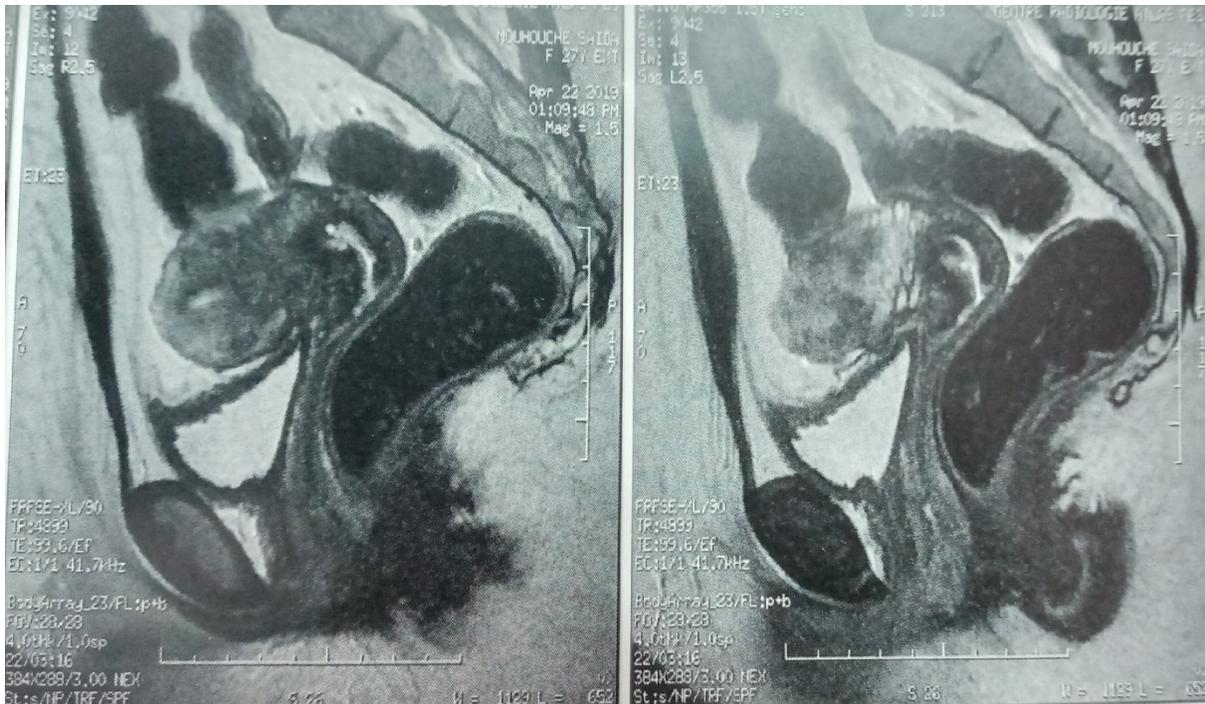


Figure 2:- IRM objectivant une image fundique persistante de 16mm.

Discussion:-

Le choriocarcinome se développe à partir d'une population trophoblastique anormale subissant une hyperplasie et une anaplasie, le plus souvent à la suite d'une grossesse molaire. [3] Il existe 2 formes de choriocarcinome, gestationnel et non gestationnel. Le premier survient à la suite d'une molle hydatiforme, d'une grossesse normale ou, le plus souvent, d'un avortement, tandis que le choriocarcinome non gestationnel provient de cellules germinales pluripotentes. [4] Les choriocarcinomes non gestationnels se forment chez les mâles ou les femelles, dans les gonades ou dans les structures médianes avec des cellules germinales pluripotentes. [4]

Risque accru de développement de choriocarcinome chez les femmes asiatiques, amérindiennes et afro-américaines selon les statistiques faites en Amérique, Chine et Japon. [5]

Les autres facteurs de risque comprennent une molle hydatiforme complète antérieure (un risque 100 fois plus élevé), l'âge avancé, l'utilisation de contraceptifs oraux à long terme et le groupe sanguin A. [3]

La pathogenèse exacte du choriocarcinome n'a pas été entièrement expliquée ou comprise, mais des études ont montré que les cellules cytotrophoblastiques fonctionnent comme des cellules souches et subissent une transformation maligne. [5]

Le professionnel de la santé doit effectuer une anamnèse et des examens physiques approfondis chez toute patiente suspecte de choriocarcinome. Chez ces patientes, les cliniciens doivent porter une attention particulière aux antécédents gynéco-obstétricaux car les avortements spontanés et les grossesses molaires augmentent le risque de choriocarcinome. [5]

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. [6]

Pour nos deux cas cliniques, le diagnostic était suspecté devant des métrorragies persistantes en post partum avec une image endo-cavitaire envahissant la myomètre et des taux élevés de HCG plasmatique pour la première patiente.

Pour la deuxième malade le diagnostic d'une tumeur trophoblastique gestationnelle a été retenue suite à des ascensions des taux HCG puis vue la persistance des taux positifs de HCG, une hystérectomie a été réalisée suite à une décision de la RCP ; et le diagnostic est confirmé par l'histologie, et donc on doit toujours penser à ce diagnostic devant la persistance de HCG positif malgré une poly chimiothérapie.

Le choriocarcinome a tendance à métastaser, et donc on doit noter les symptômes qui proviennent d'autres systèmes organiques, par exemple, l'hémoptyisie ou les saignements gastro-intestinaux (GI). [7]

La tomодensitométrie thoracique, abdominale et pelvienne est recommandée pour la stadification en raison de la nature hautement métastatique du choriocarcinome. Évaluer le cerveau par tomographie par ordinateur ou imagerie par résonance magnétique (IRM). [8]

Les sites métastatiques les plus fréquemment rencontrés sont les poumons (80 %), le vagin (30 %), le cerveau (10 %), le foie (10 %) [1,9].

Le choriocarcinome à faible risque (score cumulé inférieur à 7, voir section ci-dessous) et le choriocarcinome de stade I à III peuvent être traités avec un seul agent, soit le méthotrexate, soit la chimiothérapie à l'actinomycine D. Les maladies à haut risque (un score cumulatif supérieur à 7, voir la section sur la stadification ci-dessous) et de stade II à IV sont traitées par poly chimiothérapie, radiothérapie adjuvant et chirurgie. [5]

L'hystérectomie ou la résection chirurgicale des foyers métastatiques sont utilisées en association avec une chimiothérapie chez environ la moitié des patientes atteintes de choriocarcinome à haut risque. [8] dans notre deuxième cas malgré une poly chimiothérapie le recours à l'hystérectomie était jugé nécessaire vue une persistance de taux positive de HCG et d'un foyer utérine à l'imagerie. Et comme un geste adjuvant notre première patiente ayant bénéficié d'une embolisation sélective des artères utérines en urgence pour des métrorragies persistantes de moyenne à grande abondance.

Le choriocarcinome gestationnel à faible risque a une survie de presque 100% chez les femmes traitées par chimiothérapie, et les patientes atteintes de choriocarcinome gestationnel à haut risque ont une survie de 91% à 93% lorsqu'elles utilisent une poly chimiothérapie avec ou sans radiothérapie et chirurgie. Les facteurs de risque de mauvais pronostic qui rendent le décès plus probable incluent la maladie de stade IV ou un score cumulatif supérieur à 12. [8]

L'évolution était favorable pour les deux malades avec négativation du taux d'HCG.

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	01	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 Pré thérapeutique (UI/L)	< 103	103 < 104	104 < 105 > 105
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

Conclusion:-

Le diagnostic de TTG devrait être évoqué chez toute patiente en âge de procréer présentant un tableau clinique typique ou atypique avec ou sans contexte de post-partum récent. La choriocarcinome s'il est diagnostiqué et pris en charge rapidement, elle est de bon pronostic surtout au stade de maladie confiné à l'utérus.

Les Références:-

1. Ng TY, Wong LC. Diagnosis and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Best Pract Res ClinObstetGynaecol* 2003;17(6):893–903.
2. Benedet JL, et al. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO committee on gynecologic oncology. *Int J GynaecoObstet* 2000;70(2):209–62.
3. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Dec;203(6):531-9. [PubMed]
4. Stockton L, Green E, Kaur B, De Winton E. Non-Gestational Choriocarcinoma with Widespread Metastases Presenting with Type 1 Respiratory Failure in a 39-Year-Old Female: Case Report and Review of the Literature. *Case RepOncol*. 2018 Jan-Apr;11(1):151-158. [PMC free article] [PubMed]
5. Bradie N. Bishop; Peter F. Edemekong. Choriocarcinoma. 2020, StatPearls Publishing LLC. ID: NBK535434 PMID: 30571055. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535434/>
6. C. Regis a, S. Taieb b et Al, Présentation inhabituelle d'un choriocarcinome gestationnel ; 1297-9589/\$ - see front matter © 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés. doi:10.1016/j.gyobfe.2006.05.005
7. Zhang W, Liu B, Wu J, Sun B. Hemoptysis as primary manifestation in three women with choriocarcinoma with pulmonary metastasis: a case series. *J Med Case Rep*. 2017 Apr 16;11(1):110. [PMC free article] [PubMed]
8. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Jan;204(1):11-8. [PubMed]
9. Cohn DE, Herzog TJ. Gestational trophoblastic diseases: new standards for therapy. *Curr Opin Oncol* 2000;12(5):492–6.