

Perimenopausal uterine choriocarcinoma with pulmonary metastasis in one case

Choriocarcinome utérin en péri-ménopause avec atteinte pulmonaire à propos d'un cas

E.Lemrabott¹, M.Mohamed Lemine¹, B.Mohamed Mahmoud¹, K.Mohammed Saoud¹, N.Mamouni¹, S.Errarhay¹; C.Bouchikhi¹; A.Banani¹

Ch.Hajjar²

.1.Service de gynécologie obstétrique «I» CHU Hassan II, Fès. Maroc

2 .Service de radiologie CHU HASSAN II, Fès. Maroc`

UNIVERSITE SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH, faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Résumé

Introduction

Le Choriocarcinome est une tumeur rare due à la prolifération anarchique d'une cellule germinale gonadique ou extra-gonadique.

Observation

Une femme de 47 ans, en péri ménopause, présente d'une méno-métrorragies, dans un contexte d'observation d'état général. Le diagnostic de Choriocarcinome affirmé après résultat Anapath de pièce d'hystérectomie et dans bilans d'extension découverte des métastases pulmonaire. Une poly-chimiothérapie a permis, d'obtenir une rémission de bonne qualité.

Mots-clés :

Choriocarcinome • Tumeur trophoblastique • Môle hydatiforme • Hormone gonadotrope humaine

Summary

Introduction

Choriocarcinome is a rare tumor which results from the anarchic proliferation of a gonadic or extra gonadic germinal cell.

Observation

A 47-year-old woman, in peri-menopause, presented with menometrorrhagia, in a context of observation of general condition. The diagnosis of Choriocarcinoma affirmed after Anapath result of part of hysterectomy and in extension studies discovered of pulmonary metastase. Despite the poor prognosis chemotherapy resulted in control of the disease and a good remission.

Key-words:

Choriocarcinome • Trophoblastic neoplasm • hydatidiform mole • Chorionic gonadotropin.

Date of Submission: 29-04-2021

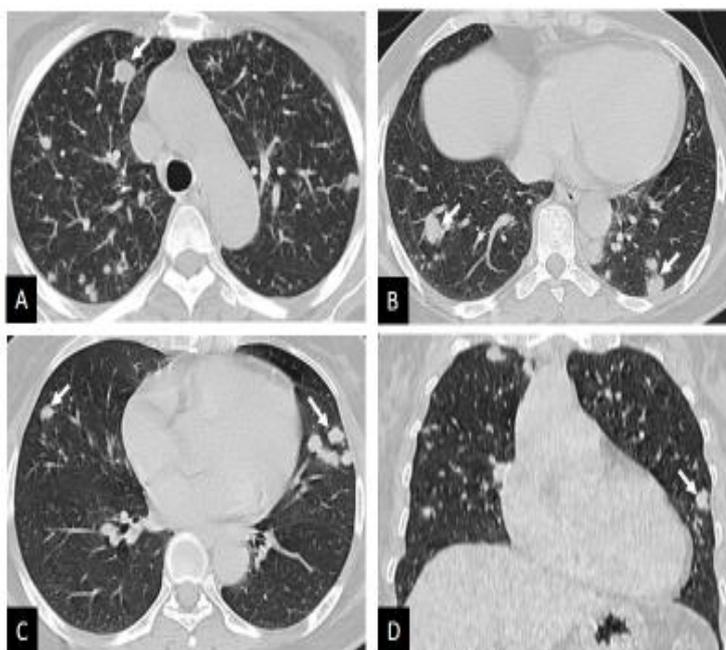
Date of Acceptance: 13-05-2021

I. Introduction

Le Choriocarcinome est une prolifération maligne de l'épithélium trophoblastique, ne contient pas de villosité chorale mais un envahissement vasculaire permanent, et dans 75 % des cas elle fait suite à une môle hydatiforme, dans 22 % des cas à un avortement spontané ou provoqué, et d'une façon exceptionnelle elle fait suite à une GEU ou à une grossesse normale [**Golfier F,2000**]. Il a également été décrit des cas de choriocarcinomes survenant en dehors de toute grossesse et encore des rares cas de lésions primitives extra-gonadiques (notamment pulmonaires) [**Benedet JL,2000 et Regis C, 2006**]. La fréquence du Choriocarcinome est augmentée en Asie, Afrique, ainsi que à l'Amérique latine, et rare en Amérique du Nord, Europe et Australie. Son incidence est estimée entre 1/20 000 et 1/30 000 grossesses [**Soper JT,2004**]. Nous rapportons ici un cas survenu en péri-ménopause qui a été prise en charge dans notre service.

II. Observation

Patiente âgée de 47 ans, G5P5(avec 5 enfants vivant accouchés par voie basse), dernière accouchement remonte à 5 ans, sans antécédents pathologique notable , Qui présente depuis 2 mois avant son admission des méno-métrorragies précédées d'une aménorrhée de 10 mois sans autres signes gynécologique ou extra gynécologiques associés évoluant dans un contexte de conservation de l'état général, motivant la patiente à consulter , l'examen clinique trouve une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, tension artériel normal avec tachycardie de 100 battement par minute, conjonctive légèrement décoloré . L'examen gynécologique retrouve des saignements modérés, un utérus mobile, indolore, augmenté de volume à 2 travers de doigt sous l'ombilic. Le col est sain macroscopiquement , avec la réalisation d'une échographie pelvienne objectivant d'un utérus augmenté de taille avec une image échogène hétérogène de 5 cm de grande axe considérée comme un myome utérin type I justifiant la réalisation d'une hystérectomie dont l'étude histologique revenant en faveur d'un Choriocarcinome utérin étendu à la corne utérine droite sans envahissement des 2 ovaires ni des paramètres . La limite de résection chirurgicale se situe à 5 mm de la prolifération. Un dosage sérique a été réalisé à posteriori revenant à supérieurs à 500000 UI/ml, Puis une TDMCTAP a été réalisé objectivant la présence des localisations pulmonaires secondaires sous forme de multi nodules des deux champs pulmonaire et qui mesurent entre 0,5 et 2,5 cm de grande axe(figure 1) . Patiente a été adressé en oncologie pour une poly chimiothérapie après une décision de réunion de concertation multi disciplinaire.



TDM thoracique non injectée en coupes axiales(A-B-C) et coronales (D) en fenêtre parenchymateuse , objectivant de multiples nodules et micronodules pulmonaires et sous pleuraux, de nombre >10 , de taille et de siège différents intéressant les différents lobes pulmonaires, de distribution aléatoire, réalisant un aspect de lâcher de ballons , en faveur de métastases pulmonaires.

III. Discussion

Les choriocarcinomes utérins sont des tumeurs rares, d'origine le plus souvent gestationnelle. Les formes primitives sont difficiles à distinguer car certains choriocarcinomes gestationnels peuvent survenir plusieurs années après une grossesse. Dans 20 % des cas, la grossesse précédente n'est pas celle en cause [Golfier F,2000]. La Choriocarcinome est une tumeur rare possédant un haut potentiel métastatique par diffusion hémotogène. Les sites métastatiques les plus fréquents sont le poumon (80 %), le vagin (30 %), le cerveau (10 %), le foie (10 %) et le rein (1,4 %) [Regis C, 2006].

En réalité, il est difficile d'individualiser des facteurs de risque, Cependant, certains facteurs sont décrits dans la littérature [Berkowitz RS, 1996]

L'âge : Il semble jouer un rôle essentiel, puisque le risque relatif est multiplié par 8 après 40 ans et par 2,5 chez les patientes de moins de 20 ans.

Les antécédents obstétricaux : Le Choriocarcinome fait suite, dans la moitié des cas, à une mole hydatiforme ou à une maladie trophoblastique gestationnelle persistante, mais aussi à un avortement spontané dans 25 % de cas, ou à une grossesse normale dans 25 % de cas,

Le niveau socio-économique bas et la malnutrition : Ils semblent augmenter la fréquence des maladies trophoblastiques.

Les métrorragies représentent le signe d'appel le plus fréquent selon la plupart des auteurs [**Buckley JM 1984- Goldstein DP, 2012**]. En revanche, certains choriocarcinomes ayant déjà envahi le myomètre peuvent être asymptomatiques [**Buckley JM 1984**].

Il existe aussi des cas ou les métastases, notamment vaginales, pulmonaires et cérébrales, inaugurant le tableau clinique [**Oranratanaphan S,2011**]

Sur le plan diagnostique il convient de bien séparer les choriocarcinomes gestationnels des non gestationnels. Le diagnostic est difficile à évoquer lorsqu'il n'existe pas d'histoire récente de gestation à l'interrogatoire. Celle-ci peut être passée inaperçue, avoir eu lieu plusieurs années auparavant ou la grossesse précédant, comme c'était le cas de notre patiente. Le Choriocarcinome peut aussi ne pas être la grossesse causale. Certains cas, ont été décrits chez des femmes ménopausées, Dans la littérature, une trentaine de cas de choriocarcinomes primitifs pulmonaires sont décrits. Il est en fait le plus souvent difficile de confirmer la nature primitive pulmonaire de ces lésions [**Aparicio J,1996**].

Le diagnostic du Choriocarcinome est biologique et fait appel au dosage hormonal des β -hCG plasmatiques [**Oranratanaphan S,2011**]. L'échographie pelvienne montre souvent une image irrégulière, hétérogène, avec des zones hypoéchogènes avec une atteinte de plusieurs tuniques sans respect de leur architecture. C'est une tumeur richement vascularisée ; le doppler pulse ou couleur met en évidence une hyper vascularisation de la lésion [**Chelli D et al,2008**]. La tomodensitométrie(TDM) est indispensable au bilan d'extension, il recherche les métastases à distance. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne n'est pas un examen de première intention ; elle garde sa place dans l'étude de la pénétration tumorale dans le myomètre et de l'atteinte des structures pelviennes de voisinage. Le diagnostic différentiel se pose avec la rétention trophoblastique ou le cancer de l'endomètre à développement endocavitaire, le myome de type nodulaire, la mole hydatiforme complète, le cancer de l'ovaire ou le sarcome utérin de type « marécageux » [**Chelli D et al,2008**]. La confirmation du Choriocarcinome peut être histologique. Elle peut être obtenue par un curetage aspiratif, par biopsie écho- guidée ou encore par hystérocopie, voire sur pièce d'hystérectomie. La confirmation histologique n'est pas obligatoire pour démarrer le traitement [**Boufettal H et al,2011**], le Choriocarcinome est une tumeur à définition biologique. Histologiquement, il est composé de cellules dimorphes, cyto- et syncytiotrophoblastiques, envahissant les tissus et les vaisseaux [**Cisse CT et al,2000**]. Les cellules tumorales peuvent être difficiles à trouver dans l'hématome toujours très étendu. L'existence d'un trophoblaste mature est un facteur de bon pronostic.

Le Choriocarcinome gestationnel fait partie des tumeurs trophoblastiques gestationnelles. Le score FIGO-OMS 2000, élaboré au Congrès de la FIGO à Washington [**FIGO Oncology Committee,2002**], permet de regrouper aussi bien le stade anatomique que le score pronostic. Il permet de classer les patientes en deux groupes : à faible et à haut risque métastatique. Pour nous cas est classée à haut risque. **Tableau I.**

La chimiothérapie a remplacé la chirurgie et est devenue le traitement de choix des tumeurs trophoblastiques gestationnelles, à l'exception de la tumeur du site d'implantation placentaire qui est chimiorésistante et où la chirurgie garde sa place [**Turan T et al,2006**]. La mono chimiothérapie est indiquée chez les patientes avec faible risque et la poly chimiothérapie pour les cas de haut risque. Si le diagnostic est porté sur la pièce d'hystérectomie, la chimiothérapie sera fonction de l'évolution des β HCG, et du bilan d'extension. La radiothérapie est indiquée dans Le traitement du Choriocarcinome ou de ses métastases ; elle est proposée comme Adjuvant à la chimiothérapie [**Lurain JR et al,2012**] Il n'existe pas de consensus établi sur la surveillance. Elle repose sur le suivi des β HCG, hebdomadaire au départ, puis tous les 15 jours jusqu'à négativation. Ensuite, pendant un an, le contrôle peut être mensuel, puis trimestriel. Les examens radiologiques sont demandés en fonction de la clinique et devant une élévation des β HCG. Durant la surveillance, une contraception efficace doit être prescrite pendant au moins un an [**Boufettal H et al,2011**]. Toute grossesse ultérieure doit être considérée comme à risque de développer une tumeur trophoblastique gestationnelle et nécessite donc une échographie le plus tôt possible. Après l'accouchement, le placenta doit être envoyé à L'anatomopathologiste et les β -hCG doivent être dosées à six semaines du Post-partum [**Ngan HYS et al,2003**]. Pour notre patiente le diagnostic était porté sur la pièce d'hystérectomie, avec des localisations secondaires pulmonaires, bénéficiant ainsi d'une poly chimiothérapie, avec une évolution favorable sur le plan biologique mais aussi sur le plan radiologique des métastases pulmonaires qui se disparaîtraient après les cures de la chimiothérapie.

La guérison est définie par une normalisation des taux de β -hCG pendant trois semaines consécutives. L'existence de récives tardives justifie une surveillance prolongée.

Tableau I.
Score FIGO 2000

TUMEURS TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES (TTG)				
Score	1	2	3	4
Age(ans)	<40	>=40		
Grossesse précédente	Môle hydatiforme	Avortement	Grossesse à terme	
Intervalle grossesse précédente – début chimiothérapie(mois)	<4	4 – 6	7 – 12	≥13
hCG total sérique(UI/L)	<10 ³	10 ³ - < 10 ⁴	10 ⁴ - 10 ⁵	≥10 ⁵
Taille tumorale la plus grande incluant l'uterus		3 – <5 cm	≥ 5cm	
Sites de métastases	Poumons	Rate, rein	Tube digestif	Cerveau ,foie
Nombre de métastases identifiées	0	1 – 4	5 – 8	>8
Chimiothérapie antérieure	Non		Echec de monochimio	Echec de polychimio

< 7 : faible risque ; > 7 : haut risque ; * Compter toutes les métastases et non les sites. Si toutes les métastases sont pulmonaires, au moins 2 d'entre elles doivent mesurer plus de 2 cm à la radiographie ou au scanner pour les classer en score 4.

IV. Conclusion

Le Choriocarcinome est une tumeur rare dont il faut savoir évoquer le diagnostic chez des patientes ménopausées ou péri ménopause en raison de sa chimio sensibilité. Celui-ci repose sur un examen simple et peu coûteux : le dosage des béta HCG. Les métastases pulmonaires Sont les plus fréquentes. Le pronostic de ces tumeurs a totalement changé, passant de 19 % à 90 % de survie depuis l'apparition de la chimiothérapie. Dans notre observation.

References

- [1]. Golfier F, Frappart L, Schott AM, Raudrant D : Plaidoyer pour la création de centres de référence des maladies trophoblastiques en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 : 538-47
- [2]. Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd, Ngan HY, Pecorelli S : FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Int J Gynaecol Obstet 2000 ; 70 : 209-62.
- [3]. Regis C, Taieb S, Lesoin A, Baranzelli MC, Blehaut T, Leblanc E : Présentation inhabituelle d'un choriocarcinome gestationnel. Gynecol Obstet Fertil 2006 ; 34 : 716-9.
- [4]. Soper JT, Mutch DG, Schink JC. For the American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin N° 53. Gynecol Oncol 2004;93:575-85.
- [5]. Berkowitz RS, Goldstein DR. Chorionic tumours. N Engl J Med 1996;335:1740-8.
- [6]. Buckley JM. The epidemiology of molar pregnancy and choriocarcinoma. Clinical Obstetrics and Gynecology, 1984, 27:153–159.
- [7]. Goldstein DP, Berkowitz RS. Current management of gestational trophoblastic neoplasia. Hematology/Oncology Clinics of North America, 2012, 26:111–131.
- [8]. Oranratanaphan S, Wongwathanavikrom R, Lertkachonsuk R. Correlation levels of serum placental growth factor and human chorionic gonadotropin in gestational trophoblastic disease patients. Journal of Reproductive Medicine, 2011, 56:333–338.
- [9]. Aparicio J, Oltra A, Martínez-Moragón E, Llorca C, Gómez-Aldaraví L, Pastor M : Extragonadal nongestational choriocarcinoma involving the lung: a report of three cases. Respiration 1996 ; 63 : 251-3.
- [10]. Chelli D et al. Imagerie des maladies trophoblastiques gestationnelles [Imaging of gestational trophoblastic disease]. Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008, 37(6):559–567

- [11]. Boufettal H et al. Les moles hydatiformes completes au Maroc : etude epidemiologique et clinique [Complete hydatiforme mole in Morocco: epidemiological and clinical study]. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2011, 40(5):419–429
- [12]. Cisse CT et al. Choriocarcinome au Senegal : epidemiologie, pronostic et prevention [Choriocarcinoma in Senegal: epidemiology, prognosis and prevention]. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2002, 30(11):862–869
- [13]. FIGO Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 2002, 77:285–287.
- [14]. Turan T et al. Results with EMA/CO (etoposide, methotrexate, actinomycin D, cyclophosphamide, vincristine) chemotherapy in gestational trophoblastic neoplasia. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2006, 16:1432–1438.
- [15]. Lurain JR et al. Actinomycin D for methotrexate-failed low-risk gestational trophoblastic neoplasia. *Journal of Reproductive Medicine*, 2012, 57:283–287.
- [16]. Ngan HYS et al. Gestational Trophoblastic Neoplasia, FIGO 2000 staging and classification. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 2003, 83:175–177.

E.Lemrabott, et. al. “ Perimenopausal uterine choriocarcinoma with pulmonary metastasis in one case.” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(04), 2021, pp. 28-32.