

Choriocarcinome gestationnel sur un utérus perforé lors d'un curetage à la suite d'un avortement probablement molaire

Cas observé aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi.

Nshombo N¹. ; Kubiolo M¹ ; Ruboneka M¹ ; Kimbesha K¹; Ngosa K¹ ; Musasa M¹ ; Kasonga K¹ ; Kakinga T¹ ; Mushemuka B¹ ; Munkana N¹ ; Kinenkinda K.X.¹ ; Kalenga M.K.¹

¹Département de Gynécologie – Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Auteur correspondant : Nshombo Ntumwa Adon.

Résumé

La présente étude porte sur l'observation aux cliniques Universitaires de Lubumbashi (RDC) d'un cas de choriocarcinome gestationnel révélé chez une patiente de 27 ans par une masse surplombant l'utérus mise en évidence après une laparotomie exploratrice. Le tableau clinique et paraclinique notamment le dosage plasmatique d'hCG et l'examen anatomopathologique de la masse ont milité pour la présence de choriocarcinome gestationnel développé à la suite d'un avortement probablement molaire, ayant nécessité un curetage qui s'est soldé par une perforation d'un utérus fragile. Une chimiothérapie au méthotrexate a été instaurée après la laparotomie et une surveillance biologique a été assurée par un dosage régulier de hCG jusqu'à la normalisation de celui-ci.

Mots clés : Choriocarcinome gestationnel, Utérus perforé, Avortement molaire, curetage, Lubumbashi.

Date of Submission: 05-05-2021

Date of Acceptance: 18-05-2021

I. Introduction

Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) sont des cancers rares, définies comme les néoplasies dérivant du trophoblaste et regroupant trois types de tumeurs: le choriocarcinome gestationnel, la tumeur trophoblastique du site placentaire et la tumeur trophoblastique épithélioïde^[1,2]. Ensemble avec les môles hydatiformes, constituent les maladies trophoblastiques. Leurs fréquences sont variables d'un continent à un autre.

L'incidence des tumeurs trophoblastiques gestationnelles en France est estimée à 180 cas^[1], le choriocarcinome concerne une grossesse sur 1000 à 2000 en Europe^[3] et aux Etats-Unis^[4]. En Indonésie, cette fréquence est de 1 cas pour 85 grossesses^[5], au Sénégal 1 cas pour 400 grossesses et en Côte d'Ivoire 1 cas pour 324^[4]. Au Mali, une grossesse molaire sur 5000 grossesses au cours de l'exploration des hémorragies du premier trimestre et 16 cas pour 234 accouchements^[6]. En République Démocratique du Congo, une étude réalisée à Lubumbashi en 2011 dans deux structures médicales (Cliniques Universitaires de Lubumbashi et HGR Jason Sendwe) a retrouvé une môle sur 420 grossesses^[7]. Le choriocarcinome, quant à lui, surviendrait une fois sur 160000 grossesses^[8,10] et serait responsable d'un avortement sur 15000. Il est fréquent en Asie, en Afrique et en Amérique latine (1/500 à 1/1000), mais rare en Europe et en Australie^[8].

L'âge d'apparition du choriocarcinome gestationnel se situe entre 17 et 56 ans, en moyenne à 27 ans^[11]. La prise en charge thérapeutique de ces tumeurs repose sur la chimiothérapie associée soit à un curetage ou une chirurgie (hystérectomie). Il s'agit de tumeurs de très bon pronostic même aux stades métastatiques lorsque la prise en charge est réalisée par des équipes expérimentées. Le taux de survie dans ces conditions est estimé entre 95 et 97%^[9].

Nous rapportons une observation de choriocarcinome gestationnel révélé par une masse abdominale faisant corps d'un utérus dont le diagnostic a été porté après une laparotomie exploratrice. A partir de cette observation, la clinique, le diagnostic et le traitement des choriocarcinomes gestationnels sont discutés.

II. Observation

La patiente T.A que nous avons examinée est une femme de 27 ans, de statut socio-économique modeste, parité 4, geste 5, avortement 1, mariée et mère de 4 enfants, pesant 50 kg et mesurant 146 cm à l'admission dans le département de gynécologie-Obstétrique des Cliniques Universitaires de Lubumbashi.

L'histoire de la maladie remontait à 10 mois par un saignement génital qui l'avait poussée à consulter un centre médical de la place où un diagnostic d'avortement incomplet sur une grossesse estimée à quatre mois était posé et un curetage réalisé. Dès lors il s'en était suivi de douleurs abdominales pendant sept mois au bout desquels, elle avait consulté un autre centre où un diagnostic de péritonite secondaire à une perforation utérine était posé ; une laparotomie et une réparation de la brèche utérine auraient été réalisées. La persistance d'un saignement génital, l'apparition d'une masse hypogastrique douloureuse ainsi qu'une fatigue intense trois mois plus tard ont motivé sa consultation aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi pour une prise en charge appropriée.

Au complément d'anamnèse, elle signale une hémorragie génitale de moyenne abondance, une asthénie intense et un amaigrissement important.

A l'examen physique, la patiente était lucide et son état général était marqué par l'asthénie physique et un amaigrissement important. Sa tension artérielle était de 94/52 mmHg, son pouls de 121 bat/min, sa fréquence respiratoire de 26 cycles/min et sa température de 37,9°C. En plus de la tachycardie, de la polypnée et de l'hyperthermie, une pâleur cutanéomuqueuse était notée. Sur l'abdomen, il y avait une cicatrice médiane sous ombilicale de 12 cm et une voussure hypogastrique qui à la palpation était sensible, de consistance molle et de surface régulière.

La vulve était hypotrophique, recouverte de sécrétion sanguine noirâtre et nauséabonde. A l'examen au speculum, il y avait du sang noirâtre dans le vagin et après tamponnement, on avait observé un col de multipare rosâtre sans lésion traumatique laissant sourdre un filet sanguin noirâtre ex-utero et les parois vaginales étaient saines. Le toucher vaginal avait révélé un col axial, court, ferme admettant un doigt. Les culs de sac latéraux étaient sensibles mais l'utérus difficilement apprécié suite à la masse hypogastrique sensible. Au retrait, le doigtier était recouvert de sang noirâtre et d'odeur nauséabonde.

Le diagnostic d'une pelvipéritonite cloisonnée compliquée d'une anémie mal tolérée était retenu à la suite dudit examen physique et une laparotomie était indiquée. Un bilan d'imagerie et de laboratoire était demandé et réalisé. La patiente est du groupe sanguin A Rhésus positif. Le taux d'hémoglobine était à 6,5 g%, l'hématocrite à 18%, la glycémie à 104 mg/dl, l'Urée à 26 mg/dl, la Créatinine à 0,70 mg/dl et la sérologie VIH était négative. Une échographie abdomino-pelvienne avait révélé la présence d'une collection hyperéchogène ovalaire mesurant 89x51 mm de diamètre prenant tout le pelvis sensible au passage de la sonde échographique, utérus non visualisé probablement rétracté par la collection ; ovaire gauche est le siège d'une masse kystique cloisonnée mesurant 50x33mm, ovaire droit non vu.

La malade avait bénéficié d'une transfusion de deux unités (900 ml) du sang iso-groupe iso-rhésus et par la suite, elle était soumise à un traitement fait de Métronidazole 3X500mg/j en infusion ; Tazobactam 2X1.126 mg/j (ceftriaxone et tazobactam) en IVD et supplément en fer 2X10 ml/j.

Deux semaines après avoir remonté son état général, soit en date du 18/03/2019, une laparotomie avait été réalisée au cours de laquelle était notée dans la cavité abdominale la présence de plusieurs débris nécrotiques, l'exploration de l'annexe droite avait mis en évidence un abcès tubo-ovarien ayant cédé accidentellement, les adhérences pariéto-épilo-utérines étaient notées rendant l'exploration pelvienne laborieuse ; un parage chirurgical et une toilette onéreuse de la cavité abdominale était réalisée. Deux semaines après la chirurgie, l'hémorragie génitale persistée, à l'examen physique les signes vitaux étaient dans les normes, elle était colorée et anictérique, l'abdomen légèrement ballonné avec un pansement souillé des sécrétions sanguinolentes à l'ablation duquel on avait noté une cicatrice médiane avec un pertuis d'environ 2cm laissant sourdre du sang de moyenne abondance, au speculum la présence d'une masse vaginale latéro-supérieure droite, au toucher vaginal un col axial, court, ferme admettant un doigt, présence d'une masse vaginale latéro-supérieure droite, d'environ 3cm de grand axe et 2cm de petit axe, de consistance ferme et la muqueuse vaginale souple. Au retrait, le doigtier était recouvert de sécrétion sanglante d'odeur fade, cela avait motivé la demande du dosage de la β -hCG et qui, à sa réalisation, avait montré des valeurs supérieures à 300 000 mUI/ml en date du 27/03/2019 (semaine 1 = S1).

Au vu de ces éléments, le diagnostic retenu était celui du choriocarcinome gestationnel avec métastase vaginale, choriocarcinome apparu à la suite d'un avortement probablement molaire (grossesse molaire passée inaperçue : pas de vésicules molaires signalées lors du curetage). Une exploration étendue à la recherche des complications avaient donné des résultats ci-après : la radiographie du thorax face était normale, l'urée à 26 mg/dl, la créatinine à 0,70 mg/dl, les TGO à 28 U/L, les TGP à 27 U/L, les plaquettes à 290000/mm³, le nombre d'érythrocytes à 2430000/mm³, l'hématocrite à 19%, l'hémoglobine à 10,8g/dl, le nombre de globules blancs à 4600/mm³, le VGM à 87,3 um³, la TCMHb à 26g%, la CCMHb à 33,1%, et à la FL : GRA à 66%, L à 32%, M à 2%.

Durant la semaine S1 à partir du 29/03/2019, un traitement au méthotrexate a été instauré à une dose de 50 mg (M50). La surveillance biologique a été assurée par un dosage régulier d'hCG partant du 27/03/2019 (S1) jusqu'au 08/05/2020 (S57), comme le montre la figure 1. Etant donné qu'à la huitième semaine (S8) soit le 21/05/2019, le taux d'hCG restait élevé (60145 mIU/ml), cela nous a poussé à augmenter la dose du

méthotrexate de 50 à 100 mg/ jour (M10) durant 3 jours de suite (soit 300 mg par semaine) avec l'administration de l'acide folinique 20 mg toutes les six heures et cela du 21/05 (S8) au 07/06/2019 (S11). Malheureusement plusieurs effets secondaires étaient notés : des troubles digestifs (TD) notamment la dysphagie, la gingivorragie et la diarrhée ont motivé l'arrêt (AR) de la chimiothérapie à la onzième semaine (S11). Au 10/07/2019 (S16) le taux d'hCG avait davantage augmenté pendant cette période de fenêtre thérapeutique, passant de 2174,5 mUI/ml à 151200 mUI/ml. La persistance d'un ballonnement abdominal et un pertuis au niveau de la cicatrice abdominale laissant sourdre des sécrétions sanglantes ont motivé de faire une échographie abdomino-pelvienne contrôlée qui avait révélé la récurrence d'une masse hétérogène surplombant l'utérus. Ainsi une deuxième laparotomie indiquée et réalisée avait conduit à une hystérectomie totale radicale et les pièces avaient été envoyées pour analyse au service d'anatomo-pathologie. Le diagnostic de choriocarcinome était retenu au décours de cette analyse.

Trois semaines après l'hystérectomie (S19) une chute considérable du taux d'hCG avait été observée (soit de 151200 mUI/ml à 2927 mUI/ml). Du 26/07(S19) au 23/08/2019 (S23), la chimiothérapie n'a pas été faite car elle était convalescente. A la 23^e Semaine, le dosage d'hCG avait montré un taux élevé à 9059 mUI/ml, le méthotrexate à la dose de 150mg (M150) tous les deux jours était administré soit 450 mg/semaine qui avait fait baisser le hCG à 88,4 mUI/ml mais avec réapparition des effets secondaires remarquables : hormis les troubles digestifs (TD), nous avons noté les altérations hématologiques (anémie, leucopénie, thrombopénie) signifiant une hypoplasie médullaire (HM) en date du 05/09/2019 (S25) nous obligeant encore une fois d'arrêter le méthotrexate et de remonter son état général. Quatre semaines (S29) plus tard son état était amélioré, le hCG était dosé et avait montré une ascension de celle-ci à 24530 mUI/ml, imposant la réinstauration de méthotrexate à la dose de 150 mg tous les deux jours avec alternation de l'acide folinique jusqu'au 08/11/2019 (S33) ; le taux d'hCG était passé de 24530 mUI/ml à 471,18 mUI/ml nous autorisant l'arrêt du méthotrexate et la sortie de la patiente de l'hôpital après avoir remonté son état général (disparition des effets secondaires : dysphagie, diarrhée, anémie, leucopénie et thrombopénie initialement induite par le méthotrexate à 150 mg).

Un mois plus tard soit le 14/12/2019 (S38) elle était revenue pour un contrôle et le taux d'hCG était remonté à 24372 mUI/ml. Au contrôle sept semaines après (S45), le taux d'hCG était tombé à 379,4 mUI/ml sans aucun traitement antimitotique.

Arrivés à ce taux d'hCG, nous avons décidé d'arrêter définitivement la chimiothérapie, estimant que cette tumeur trophoblastique était en voie d'extinction, étant donné les doses importantes de méthotrexate administrées pendant 19 semaines. Un contrôle, trois mois après (S57) était effectué et le taux d'hCG était normal soit 2,0 mUI/ml.

En somme, nous pensons que le choriocarcinome gestationnel observé chez notre patiente s'est développé à la suite de l'expulsion d'une grossesse probablement molaire ignorée (absence d'examen minutieux des débris placentaires à la recherche des vésicules) et l'expulsion a été complétée par un curetage qui s'est soldé par une perforation d'un utérus fragile, état généralement associé à la grossesse molaire.

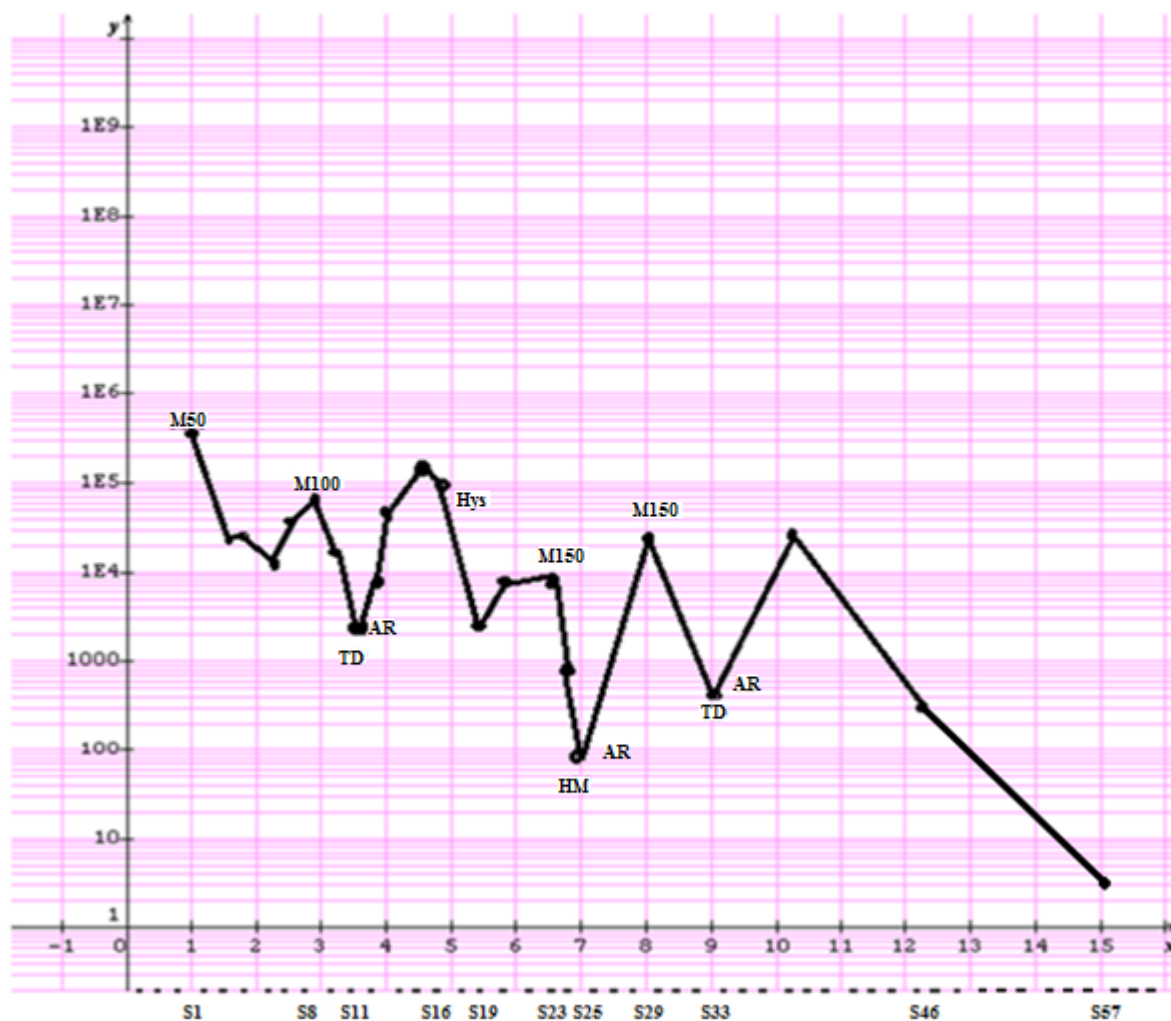


Figure 1 : Profil de β -hCG chez la patiente atteinte de choriocarcinome sous méthotrexate.

Légende

$1^E4 = 10000$; $1^E5 = 100000$; $1^E6 = 1000000$; $1^E7 = 10000000$; $1^E8 = 100000000$; S = Semaine ; M50 = Méthotrexate 50mg ; M100 = Méthotrexate 100mg ; M150 = Méthotrexate 150mg ; TD = Effets secondaires du Tube Digestif ; HM = Hypoplasie Médullaire ; AR = Arrêt de méthotrexate ; Hys = Hystérectomie

III. Discussion

Le choriocarcinome gestationnel est une tumeur hautement maligne du trophoblaste villositaire, dépourvue de villosités placentaires et de vésicules molaires, caractérisé histologiquement par une prolifération biphasique, cyto- et syncytiale du trophoblaste évoquant la coquille trophoblastique de l'œuf jeune^[10,12-14]. Il fait suite, dans 50 % de cas à une môle hydatiforme, dans 25 % après un avortement, dans 22,5 % après une grossesse normale et dans 2,5 % après une grossesse ectopique^[10,16,21]. Chez notre patiente, il a été difficile de déterminer les circonstances de survenue du choriocarcinome, le protocole sur l'avortement incomplet suivi du curetage n'étant pas à ce sujet explicite (pas de vésicules signalées). La perforation de l'utérus (généralement fragile dans les grossesses molaires) et la présence d'une masse de tissu friable surplombant l'utérus et des taux élevés d'hCG chez notre patiente pourraient faire penser à un avortement probablement molaire ayant fait suite au choriocarcinome.

L'âge de notre patiente était de 27 ans, ce qui est en accord avec les données de la littérature qui montre que L'âge d'apparition du choriocarcinome se situe entre 17 et 56 ans, en moyenne à 27 ans.^[11]

La circonstance de découverte d'un choriocarcinome est l'existence du phénomène principal : la fécondation et la métrorragie associée à la persistance ou à la progression d'un taux augmenté de β -hCG [1,18]. Les choriocarcinomes peuvent être asymptomatiques lorsque le myomètre est déjà envahi [19,20]. La maladie peut aussi être révélée par une localisation métastatique qui peut être vaginales, pulmonaires, hépatique ou cérébrales, [1,18,19]. Dans notre étude, la patiente a présenté des métrorragies et une métastase vaginale ainsi qu'une persistance de taux élevé de β -hCG

Le dosage de la β -hCG est l'élément essentiel du diagnostic [1,12]. Le choriocarcinome est en effet l'un des rares cas de tumeurs pour lesquels l'histologie n'est pas nécessaire, car l'association d'une métastase pelvienne ou pulmonaire, avec un taux élevé de l'hCG et un antécédent obstétrical suffit à poser le diagnostic [17]. L'échographie pelvienne montre souvent une image irrégulière, hétérogène, avec des zones hyperdenses et une atteinte de plusieurs tuniques sans respect de leur architecture [19]. Le choriocarcinome est une tumeur richement vascularisée ; le doppler pulsé ou couleur met en évidence une hypervascularisation de la lésion [16].

Macroscopiquement, cette tumeur est constituée de lésions nodulaires hémorragiques, à développement intra-cavitaire et/ou intra-mural, le centre de ces lésions est le plus souvent nécrotique. Les lésions sont mal limitées, aucune villosité n'est observée [17-16,22]. Histologiquement, la lésion de base est constituée par des lacs sanguins bordés de syncytiotrophoblaste et, de cytotrophoblaste associé à des cellules intermédiaires. leur proportion est variable. Les anomalies cytonucléaires, les figures mitotiques typiques et atypiques sont fréquentes [15,22]. Les cellules tumorales peuvent être difficiles à trouver dans l'hématome souvent très étendu. L'existence d'un trophoblaste mature est un facteur de bon pronostic [10,14,15]. Chez notre patiente l'endomètre montrait une large zone de nécrose tissulaire ; il a été observé par endroit des zones viables avec des cellules accusant des anomalies cytonucléaires visibles et même la présence des cellules géantes. Il n'existait pas de villosités placentaires dans ce tissu. Le myomètre montrait un tissu musculaire d'aspect banal.

Le diagnostic différentiel se pose avec la rétention trophoblastique ou le cancer de l'endomètre à développement endocavitaire, le myome de type nodulaire, la môle hydatiforme complète, le cancer de l'ovaire ou le sarcome utérin de type « marécageux » [14]. Le caractère richement vascularisé au doppler pulsé ou couleur permet d'orienter le diagnostic du choriocarcinome [16,20].

La preuve histologique passe au second plan par rapport à la biologie [17]. Elle peut être obtenue par curetage aspiratif, par biopsie écho-guidée ou par hystérocopie, voire sur pièce d'hystérectomie [15]. Le choriocarcinome est l'un des rares cas de tumeurs pour lesquels l'histologie n'est pas nécessaire, car l'association d'une métastase pelvienne ou pulmonaire, avec un taux élevé de l'hCG et un antécédent obstétrical, suffit à poser le diagnostic [17] ainsi la confirmation histologique n'est pas obligatoire pour démarrer le traitement [12].

Un bilan d'extension avant la chimiothérapie (hépatique, rénal et hématologique) est systématiquement réalisé. En cas de métastase avérée, le dosage des bêta-hCG du liquide céphalorachidien permet de déceler précocement des métastases cérébrales et l'examen des selles recherche éventuellement des hémorragies témoins d'une localisation gastro-intestinale [10,12,15,18], puis radiologique à la recherche de métastases pulmonaires qui sont les plus fréquentes (80 %). Les localisations cérébrales et hépatiques sont les plus graves [14].

Le choriocarcinome étant une tumeur trophoblastique gestationnelle, le score FIGO-OMS2000, élaboré au Congrès de la FIGO à Washington [22], permet d'en définir deux groupes : patientes à bas risque et patientes à haut risque métastatique.

Tableau N° I : Score FIGO 2000

Variables pronostiques	0	1	2	4
Age	< 40 ans	≥ 40 ans		
Grossesse précédente	Môle	Avortement	Grossesse à terme	
Nombre de mois depuis la grossesse précédente	< 4	4 – <7	7 – <13	≥ 13
hCG plasmatique avant traitement en UI/ml	< 10 ³	10 ³ – <10 ⁴	10 ⁴ – <10 ⁵	≥ 10 ⁵
Plus grande taille tumorale (dont l'utérus)		3 – 5 cm	> 5 cm	
Sites métastatiques	Poumon	Rate/ Rein	Gastro-intestinal	Cerveau/ Foie
Nombre de métastases	0	1 – 4	5 – 8	> 8
Echec d'une chimiothérapie préalable			Monochimiothérapie	polychimiothérapie

Le score FIGO égal ou inférieur à 6 place les patientes atteintes du choriocarcinome dans le groupe à bas risque et fait appel à une monochimiothérapie à base de méthotrexate tandis qu'un score égal ou supérieur à 7 place les patientes dans le groupe à haut risque et fait appel à une polychimiothérapie.

La chimiothérapie a supplanté 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 [13,1,22]. La monochimiothérapie est indiquée chez les patientes à

faible risque et repose soit sur le méthotrexate, soit sur l'actinomycine D, au moins 90 % des patientes de ce groupe sont guéries par une monochimiothérapie, habituellement par le méthotrexate^[1] et la polychimiothérapie sur base de protocole EMACO (Etoposide, méthotrexate, actinomycine D, cyclophosphamide et vincristine) reste le traitement de choix en cas de haut risque selon la classification FIGO-OMS 2000^[22], avec une guérison complète dans 78 % des cas^[10,22]. Le choriocarcinome observé chez notre patiente a selon la classification FIGO-OMS2000 un score de 3 et a bénéficié d'une monochimiothérapie à base de méthotrexate étant donné qu'il était classé dans le groupe à bas risque.

L'efficacité thérapeutique est généralement jugée sur l'évolution du taux des β -hCG plasmatique, chutant de moitié après chaque cure,^[13]. Chez notre patiente le taux de β -hCG diminuait lentement et progressivement en évoluant en dents de scie avec de petites montées correspondant à l'arrêt de la chimiothérapie suite aux effets secondaires du méthotrexate notamment les altérations hématologiques (anémie, leucopénie, thrombopénie) signant une hypoplasie médullaire (HM) et des troubles digestifs (TD) comme la dysphagie, la gingivorragie et la diarrhée.

La chirurgie peut garder une place dans le traitement des tumeurs trophoblastiques, en cas de résistance au traitement non expliquée, de péritonite et d'hémorragie incoercible, elle diminue par contre le nombre de cures nécessaires pour négativer complètement les hCG^[15,20-22]. Notre patiente avait subi une hystérectomie suite à la persistance de la métrorragie, la présence de la masse surplombant l'utérus mise en évidence à l'échographie pelvienne et aux fluctuations des taux d'hCG.

La surveillance post-thérapeutique doit être à la fois clinique et paraclinique reposant essentiellement sur le dosage hebdomadaire des β -hCG^[1,12,13,17,21]. L'examen gynécologique reste obligatoire ; il permettra de suivre l'évolution des localisations vaginales et d'évaluer dans certains cas la régression du volume utérin^[17]. Durant la surveillance, une contraception orale efficace doit être prescrite pendant au moins un an^[12,13]. Chez notre patiente, la surveillance clinique était quotidienne, le dosage de β -hCG était hebdomadaire et la contraception orale n'était pas justifiée durant son hospitalisation et face à la gravité de son état de santé ayant finalement imposé une hystérectomie. Au dernier examen clinique de contrôle, il a été noté chez notre patiente un état de santé fortement amélioré et la disparition totale de la masse vaginale latéro-supérieure droite.

La survie globale post-chimiothérapie s'approche de 90 % des cas. Les décès sont dus principalement à des hémorragies ou à des insuffisances pulmonaires. L'hémorragie fatale résulte surtout des localisations intracrâniennes, puis intra-pulmonaires, hépatiques ou gastro-intestinales, ou après biopsie d'une tumeur vaginale. L'insuffisance pulmonaire peut résulter de métastases volumineuses ou disséminées dans le lit vasculaire, ou de la chimiothérapie^[10]. La guérison est définie par une normalisation des taux de β -hCG pendant trois semaines consécutives. L'existence de récurrences tardives justifie une surveillance prolongée^[9,10]. Le taux de hCG chez notre patiente était redevenu normal soit 2,76 mUI/ml et à ce taux elle a été déclarée guérie.

IV. Conclusion

Au vu du tableau clinique et paraclinique qu'a présenté notre patiente, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un choriocarcinome gestationnel qui s'est développé à la suite de l'expulsion d'une grossesse probablement molaire, complétée par un curetage qui s'est soldé par une perforation d'un utérus fragile, état généralement associé à la grossesse molaire. La leçon à tirer de cette observation est de recommander que le personnel médical soit mieux formé afin examiner minutieusement les débris placentaires lors d'un avortement à la recherche des vésicules et de savoir demander un dosage d'hCG plasmatique qui devra être suivi de très près pour diagnostiquer une môle hydatiforme et surveiller ses suites et de son éventuelle dégénérescence en choriocarcinome.

Bibliographie

- [1]. Maladies trophoblastiques gestationnelles, collection recommandations et référentiels, ouvrages collectif édité par l'Institut National de Cancer « INCA », Boulogne-Billancourt, Septembre 2010, P01
- [2]. Assitan COULIBALY, prise en charge des tumeurs trophoblastiques au Mali : Expérience du service d'hématologie-Oncologie du CHU du point G, thèse, Mali 2013, P14
- [3]. KENNAB Fouad, les tumeurs trophoblastiques gestationnelles : expérience du centre régional d'oncologie Hassan II d'oujda à propos de 32 cas thèse N° 150, Maroc 2018.
- [4]. DREFUS M, TISSIER I, PHILIPPE E, les maladies trophoblastiques gestationnelles : classification, épidémiologies et bases génétiques. J. Gynéco-Obstétrique et Reproduction, 2006.
- [5]. Cisse CT ; LO N ; MOREAU JC ; DIADHIOU F., Choriocarcinome au Sénégal : épidémiologie, pronostic et prévention. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2002, 826-869
- [6]. BEN ZINEB N, MOURALI M, BOUSSEN H, Rapport national présenté au 5^e congrès Magrébin de Gynécologie Obstétrique. Casablanca, 4 Octobre 2003.
- [7]. ANJAR. A; EL IASSAD. K; SEMGAT. K; SAADI. N; ALAMI. M.H; BEZAD. R; CHRAIBI. C; ALAOUI. MT. Carcinome trophoblastique gestationnel. Juin 2009, Médecine du Maghreb N°167 ; P43.
- [8]. BIMVULU K ; KABULU K ; OTCHUDIONGO TS ; MUTACH K ; KALENGA MK ; Aspect épidémiologique, biologique et échographique de la grossesse molaire aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi et à l'HGR Jason Sendwe, Annales Africaines de médecine, volume 4, N°2 : Mars 2011 P718

- [9]. MARRET H; ROUSSEL E; GOLFIER F., Les tumeurs trophoblastiques avec la mole invasive et le carcinome trophoblastique gestationnel ou choriocarcinome. Référentiels de prise en charge des cancers en région centre ; réunion du 19 juin 2009 ; PO4.
- [10]. AMIEL J.L., Traitement et guérison du choriocarcinome placentaire. Progrès en obstétrique, 1970 ; éd médicales Flammarion ; 488.
- [11]. Le Manuel du résident obstétrique, édition 2017, tsunami, P1308
- [12]. MERGER R; LEVY J; MELCHIOR J., Précis d'obstétrique, 2011; 6^e éd Masson, Paris ; P269.
- [13]. BOUFETTAL H. ; KALKANE L. ; NOUN M. ; HERMAS S. et SAMOUH N., *le choriocarcinome gestationnel à l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca 2004 – 2010*, la Revue de santé de la Méditerranée orientale, Vol. 19, supplément 3, 2013
- [14]. BEHTASH N ; BEHNAMFAR F ; HAMED I ; RAMEZANZADEH F, Term delivery following successful treatment of choriocarcinoma with brain metastases, a case report and review of literature. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 279:579–581.
- [15]. Cisse CT ; LO N ; MOREAU JC ; FALL-GAYE C ; MENDEZ V. ; DIADHIOU F., Choriocarcinome au Sénégal : épidémiologie, pronostic et prévention. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2002, 30(11):862–869.
- [16]. CHELLI D ; DIMASSI K ; BOUAZIZ M ; GHAFARI C ; ZOUAOUI B ; SFAR E ; CHELLI H ; CHEN-NOUFI MB, Imagerie des maladies trophoblastiques gestationnelles [Imaging of gestational trophoblastic disease]. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2008, 37(6):559–567.
- [17]. Mesbahi O. El ; Ghissassi B. El ; Tournigand C.; Errihani H., Choriocarcinome trophoblastique, mise au point, La Lettre du Cancérologue - Vol. XVI - n° 4 - avril 2007
- [18]. GOLDSTEIN DP, BERKOWITZ RS. Current management of gestational trophoblastic neoplasia. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 2012, 26:111–131.
- [19]. ALTIERI A ; FRANCESCHI S ; FERLAY J ; SMITH J ; LAVECCHIA C. Epidemiology and a etiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncology*, 2003, 4:670–678.
- [20]. LURAIN JR ; CHAPMAN-DAVIS E ; HOEKSTRA AV ; SCHINK JC. Actinomycin D for methotrexate-failed low-risk gestational trophoblastic neoplasia. *Journal of Reproductive Medicine*, 2012, 57:283–287.
- [21]. TURAN T ; KARACAY O ; TULUNAY G ; BORAN N ; KOC S ; BOZOK ; KOSE MF. Results with EMA/CO (etoposide, methotrexate, actinomycin D, cyclophosphamide, vincristine) chemotherapy in gestational trophoblastic neoplasia. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2006, 16:1432–1438.
- [22]. CNGOF, Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXVII, vingt-septièmes journées nationales, Paris, 2003

Nshombo N, et. al. "Choriocarcinome gestationnel sur un utérus perforé lors d'un curetage à la suite d'un avortement probablement molaire." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(05), 2021, pp. 10-16.