

An Acute Surgical Abdomen Revealing An Invasive Mole a Case Study

Dr Hind Ennasser, Pr Hafsa Taheri, Pr Hanane Saadi ,Pr Ahmed Mimouni

Service de Gynécologie Obstétrique

Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Oujda ,Maroc

Auteur correspondant : Hind Ennasser Email : hindennasser1991@gmail.com

Abstract: *Invasive mole is a gestational trophoblastic tumor characterized by myometrial invasion by molar vesicles which can lead to perforation of the uterine serosa. It is a serious but curable disease with very good chemosensitivity hence the need for an early diagnosis because it could be fatal in the absence of appropriate management. We report a case of a 37-year-old woman with a history of spontaneous abortion at home dating back one month. She presented to the emergency department with generalized abdominal pain, pallor and hemodynamic instability. The diagnosis of gestational trophoblastic tumor was suspected on the intrauterine tissue process on ultrasound with the elevated level of b-HCG which was 452,000 mIU / ml. The patient was conducted to the operating room for exploratory laparotomy, finding a uterine rupture requiring a hemostatic hysterectomy. This clinical case illustrates the possible and non-exceptional hemorrhagic expression of invasive mole.*

Keywords: gestational trophoblastic tumor, hysterectomy, invasive mole

Un abdomen aigu chirurgical révélant une môle invasive à propos d'un cas

Dr Hind Ennasser, Pr Hafsa Taheri, Pr Hanane Saadi ,Pr Ahmed Mimouni

Service de Gynécologie Obstétrique

Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Oujda ,Maroc

Auteur correspondant : Hind Ennasser Email : hindennasser1991@gmail.com

Résumé

La môle invasive est une tumeur trophoblastique gestationnelle caractérisé par l'envahissement myométriale par des vésicules molaires pouvant aller jusqu'à la perforation de la séreuse utérine. C'est une maladie grave mais curable avec une très bonne chimio-sensibilité d'où la nécessité d'un diagnostic précoce du fait qu'elle pourrait être mortelle en l'absence de prise en charge adapté.

Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 37 ans mère d'un enfant vivant avec antécédent d'avortement spontané à domicile remontant à un mois qui s'est présenté au service des urgences pour douleurs abdominal diffuses avec pâleur cutanéomuqueuse et instabilité hémodynamique. Le diagnostic de tumeur trophoblastique gestationnel était suspecté devant le processus tissulaire intra-utérin à l'échographie avec le taux élevé de b-HCG qui était à 452000 mUI/ml. La patiente était acheminée au bloc pour laparotomie exploratrice retrouvant une rupture utérine nécessitant une hystérectomie d'hémostase.

Ce cas clinique permet d'illustrer la possible et non exceptionnelle expression hémorragique de la môle invasive.

Mots clefs : tumeur trophoblastique gestationnelle, hystérectomie, mole invasive

1. INTRODUCTION

La môle invasive est une tumeur maligne rare, dérivée du trophoblaste de la femme en âge de procréer. Elle se définit par la pénétration des vésicules molaires dans le myomètre et/ou les vaisseaux intra-myométriaux [1]. Dans de rares cas elle peut rompre l'utérus, entraînant ainsi un hémopéritoine de grande abondance [2]. Généralement elle fait suite à n'importe quel type de grossesse qu'il s'agisse d'une grossesse molaire, une fausse-couche spontanée ou d'un accouchement [3]. Les métastases à distance sont rares [1].

Nous rapportons une observation d'une mole invasive révélée par un abdomen aigu chirurgical suite à perforation utérine avec hémopéritoine.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente âgée de 37 ans mère d'un enfant vivant de 3 an avec antécédent d'avortement spontané à domicile avec aspiration au bloc opératoire pour image de rétention remontant à un mois (sans preuve histologique) avec suites favorable mise sous supplémentation ferrique . La patiente a présenté une semaine avant sa présentation aux urgences une asthénie avec douleurs pelviennes de faible

intensité la patiente a opté par une automédication par des antispasmodiques et des antalgiques palier 1 .Vue l'aggravation de la douleur ainsi que l'installation de palpitations, fatigabilité intense la patiente a consulté au service des urgences.

A l'admission la patiente était consciente apyrétique avec une pâleur cutané muqueuse diffuse .La tension artérielle systolique était à 90 mmHg , la diastolique était à 60mmHg , la fréquence cardiaque était à 110 battements par minute avec une fréquence respiratoire à 20 cycles/min . L'examen abdomino-pelvien a révélé une sensibilité abdominal diffuses avec un cri de Douglas au touché vaginale sans métrorragies au retrait du doigtier

Après mise en condition, une échographie pelvienne réalisée objectivant un épanchement intra péritonéal de grande abondance avec un processus tissulaire endo-utérin envahissant le myomètre et arrivant jusqu'à la séreuse, très vascularisé au Doppler couleur .le bilan biologique a révélé une hémoglobine à 7g/dl avec un taux sérique d'hormone chorionique gonadotrope (HCG) à 452000mUI/ml

La patiente était acheminée en urgence au bloc opératoire pour laparotomie exploratrice. Un hémopéritoine de 1.5 litres contenant des vésicules a été aspiré. L'exploration de la cavité abdomino-pelvienne retrouve une rupture utérine fundique postérieur de 3 cm (figure 1 et 2) qui était à l'origine d'un saignement actif avec présences de quelques vésicules au niveau de la lésion. La décision était de réaliser une hystérectomie d'hémostase avec lavage abondant au sérum salé .la patiente était transfusé en per opératoire de 3 culots globulaires. Pendant sa période postopératoire, la patiente s'est bien rétablie. L'évaluation histologique a révélé une mole invasive.



Figure 1 : illustration d'une perforation utérine par une mole invasive



Figure 2: Pièce opératoire d'hystérectomie montrant le site de perforation

La patiente a bénéficié d'une TDM thoraco-abdomino-pelvienne dans le cadre du bilan d'extension qui n'a pas révélé de lésions secondaire la patiente était classifié selon le score FIGO 2000 à bas risque. La décision du staff en réunion de concertation pluridisciplinaire était d'opter pour une surveillance clinique et biologique de b-HCG par un dosage hebdomadaire pendant 8 semaines puis tous les 15 jours les 8 semaines suivantes ensuite tous les mois, pendant 12 mois .On a pu obtenir une négativation de b-HCG dans un mois (figure 3) .

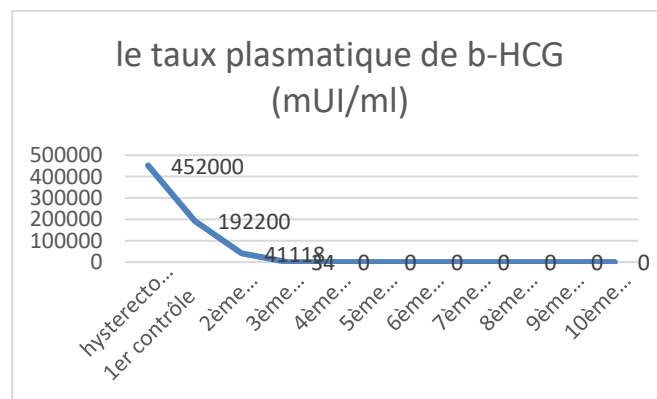


Figure 3 : la surveillance biologique de b-HCG plasmatique

DISCUSSION

La mole invasive est une forme maligne des maladies trophoblastiques gestationnelles dont le dénominateur

commun est une hypersécrétion d'hormone chorionique gonadotrope (HCG)[1]. Elle est caractérisée par un néoplasme non métastatique localement invasif de bon pronostic [4] représentant moins de 1% de toutes les tumeurs gynécologiques [5]

La présentation spontanée d'une môle invasive est extrêmement rare, et elle est précédée d'une môle hydatiforme dans environ 95% des cas, avec un intervalle habituel de moins de 6 mois entre la présentation du cas et le diagnostic d'invasion molaire. Dans notre cas le fait qu'on n'a pas une idée sur la nature anatomopathologique du produit aspiré nous laisse douter sur la probabilité d'un diagnostic raté de môle, d'où l'intérêt d'avoir une preuve histologique sur tout produit aspiré.

Les signes cliniques en faveur sont persistance des métrorragies, l'augmentation de la taille utérine et la persistance de taux élevé de BHCG généralement après l'évacuation d'une grossesse molaire [6]. Cependant il y a des formes rares où la tumeur va pénétrer dans le myomètre utérin provoquant une rupture utérine et hémopéritoine [2], c'est le cas de notre patiente.

Devant un abdomen aigu chez une femme en âge de procréer, une grossesse extra utérine ainsi qu'une rupture d'un kyste hémorragique voir une torsion annexielle peuvent être évoqués, en plus des causes extra gynécologiques. Le taux élevé de β -HCG et la présence à l'échographie en intra utérin d'une masse tissulaire irrégulière hétérogène vascularisée au doppler avec perte de continuité de la séreuse ont orienté vers une rupture utérine suite à une tumeur trophoblastique gestationnelle

Dans les situations d'abdomen aiguë suite à une perforation utérine avec un hémopéritoine et vu que le pronostic vital est mis en jeu la prise en charge doit être faite en urgence reposant sur une mise en condition et réalisation d'une laparotomie exploratrice en raison d'un saignement intra-abdominal actif sévère nécessitant généralement une hystérectomie d'hémostase comme geste salvateur.

Le système de notation de la Fédération internationale d'obstétrique et de gynécologie (FIGO) est recommandé pour classer la maladie dans les groupes à faible risque et à haut risque [8]. Cela permet de guider le choix thérapeutique en cas de tumeur trophoblastique gestationnel selon un schéma bien codifié. La chimiothérapie en monothérapie avec méthotrexate injectable est utilisée dans les TTG à faible risque (score ≤ 6) alors que pour les TTG à haut risque (score > 6) une chimiothérapie et une radiothérapie multi-agents sont utilisées [9]. Dans notre cas, vu que la patiente était classée à faible risque et la type histologique invasif qui rarement métastatique [4], l'absence de métastases initiales ainsi que la réalisation d'une hystérectomie on a opté pour une surveillance seule de β -HCG et on a pu obtenir une négativation du taux sérique en un mois.

CONCLUSION

La valeur de cette présentation de cas peut être illustrée dans deux points :

La rupture utérine secondaire à une môle invasive peut être la cause sous-jacente de l'abdomen aigu dû à un hémopéritoine chez les patientes en âge de procréer avec des antécédents récents de grossesse.

Une étude anatomopathologique de tout produit aspiré est indispensable car elle aurait permis de faire le diagnostic plus tôt si c'était une grossesse molaire et peut-être d'éviter une chirurgie mutilante.

REFERENCES

- [1] Tse KY, Chan KK, Tam KF, Ngan HY, An update on gestational trophoblastic disease, *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2012. 22(1), 7-15 .
- [2] Aminimoghaddam S, Maghsoudnia A, Unusual Presentation of Invasive Mole: A Case Report, *J Reprod Infertil* 2017. 18(1), 205-209 .
- [3] Institut National du Cancer – Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonne pratique, Maladies trophoblastiques gestationnelles (môles hydatiformes et tumeurs trophoblastiques gestationnelles) : diagnostic et prise en charge. (2010). https://has-sante.fr/jcms/pprd_2975257/fr/maladies-gestationnelles-trophoblastiques-diagnostic-et-prise-en-charge (accédé le 1er janvier, 2021).
- [4] Bruner DI, Pritchard AM, Clarke J. Rupture utérine due à un néoplasme trophoblastique gestationnel métastatique invasif. *West J Emerg Med*. 2013 Sep; 14 (5): 444-7
- [5] Nair K, Al-Khawari H, Invasive mole of the uterus- a rare case diagnosed by ultrasound: a case report, *Med Ultrason* 2014. 16(2), 175-8.
- [6] Mamouni N, boumhaoued S, Erraghay S, et al. Caractéristiques cliniques et radiologiques des tumeurs trophoblastiques gestationnelles . *Pan Afr Med J* 2017; 28 : 228.
- [7] Berkowitz RS, Goldstein DP, DuBeshter B, et al. Management of complete molar pregnancy. *J Reprod Med*. 1987;32 (3):634-639.
- [8] Kohorn E. Le nouveau système de stadification et de notation des facteurs de risque FIGO 2000 pour la maladie trophoblastique gestationnelle: description et évaluation critique. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11 : 73–77.
- [9] Bolze PA, Attia J, Massardier J, Seckl MJ, Massuger L, van Trommel N, et al. Consensus formalisé de l'Organisation européenne pour le traitement des maladies trophoblastiques sur la gestion des maladies trophoblastiques gestationnelles. *Journal européen du cancer*. 2015; 51 (13): 1725–31.