

# Métastase vaginale révélatrice de choriocarcinome

Z. TAZI, Y. BELHAJ, S. JAYI, F-Z FDILI, H. CHAARA, M.Y. MELHOUF

Service de Gynécologie et Obstétrique II- CHU HASSAN II- FES - MAROC

**Abstract :** *Le choriocarcinome gestationnel (CG) est une tumeur maligne rare, dérivée du trophoblaste de la femme en âge de procréer. Sa fréquence en Europe et en Amérique du Nord est estimée à 0,2–0,7/1000 grossesses. Il appartient au groupe des maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) dont le dénominateur commun est une hypersécrétion d'hormone choriogonadotrope (HCG). Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 43 ans, multipare, qui consulte 8 mois après son accouchement par voie basse pour saignement utérin anormal chez qui l'examen gynécologique avait objectivé col tuméfié et une lésion bleuâtre au niveau de la paroi vaginale gauche avec un utérus augmenté de taille faisant 16SA. La patiente a bénéficié d'un dosage de BHCG et d'une échographie pelvienne suspectant fortement un choriocarcinome ainsi que d'une IRM pelvienne. Une biopsie de la lésion vaginale a été réalisée. La symptomatologie de la patiente s'est aggravé compliqué d'une embolie pulmonaire puis du décès.*

## Introduction

Le choriocarcinome gestationnel (CG) est une tumeur maligne rare, dérivé du trophoblaste de la femme en âge de procréer, s'intégrant dans les maladies trophoblastiques gestationnelles. Possédant un fort potentiel métastatique, non diagnostiqué précocement et sans traitement, le pronostic est fatal.

L'objectif de ce travail est de rapporter un cas de choriocarcinome métastatique de diagnostic difficile et de discuter de la prise en charge dans un service d'urgence où les ressources sont insuffisantes.

## Observation

Il s'agit d'une femme de 43 ans, avec antécédant de mastectomie en 2018 pour tumeur phyllode, multipare G3P3, qui consulte 8 mois après son accouchement par voie basse pour métrorragies de grande abondance associées à une dyspnée. A son admission aux urgences, elle était stable normotendue, tachycarde à 108bpm, eupnéique, asthénique et fébrile à 39,8. La saturation d'oxygène à l'air ambiant était à 89%. Elle présentait une anémie à 8g/dl. Sur le plan infectieux, les leucocytes étaient à 48000 avec une CRP à 325.

L'auscultation pulmonaire a retrouvé des râles crépitants diffus au niveau des deux champs pulmonaires. L'examen cardiovasculaire était normal. Quant à l'examen gynécologique, on découvrait un utérus augmenté de volume, à mi-distance entre le pubis et l'ombilic, globuleux, indolore, peu mobilisable et un saignement de moyenne abondance d'origine endo-utérin. Le col était tuméfié et on retrouvait une lésion bleuâtre au niveau de la paroi vaginale gauche.

La patiente a bénéficié d'un dosage de BHCG revenu négatif. L'échographie pelvienne trouvait un utérus augmenté de taille mesurant 13cm siège d'une image hétérogène anéchogène par endroits avec des images hyperéchogènes s'étendant jusqu'au col sans épanchement.

Une IRM a été réalisé montrant une volumineuse masse myométriale fundique postérieure, infiltrant le myomètre faisant évoquer en 1<sup>er</sup> un léiomyosarcome.

Le bilan d'extension fait d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien était en faveur de localisations secondaire pulmonaires

La biopsie de la lésion au niveau de la paroi vaginale a conclu à un processus tumoral correspondant à un choriocarcinome.

Les BHCG ont été refait 15 jours après son admission, les retrouvant positifs à 94369.

La patiente a été mise sous antibiothérapie et adressée en oncologie pour chimiothérapie. L'évolution a été marquée par une aggravation sur le plan pulmonaire avec une désaturation à 34% avec un réalisation d'un angioscanner revenant en faveur d'une embolie pulmonaire puis a présenté un arrêt cardiaque non récupéré.

## Discussion :

La môle hydatiforme concerne une à trois pour mille grossesses. Le risque de tumeur trophoblastique est de 10 à 20 % après une môle hydatiforme complète et de l'ordre de 0,5 % après une môle hydatiforme partielle. Bien que rare cette pathologie peut mettre en jeu la vie de la femme lorsqu'elle est vue tardivement. Le choriocarcinome peut être révélé par une métastase et par

ordre décroissant les localisations pulmonaires sont majoritaires soit 80%, le vagin (30 %), le pelvis (20 %), le cerveau (20 %) et le foie (10 %).

Les symptômes constatés aux urgences étaient trompeurs ainsi que la traduction radiologique qui n'évoquait pas une maladie trophoblastique gestationnelle. En effet, l'aspect clinique et radiologique peut simuler une pneumonie semblablement au cas décrit par Mirambo et al. où le diagnostic de choriocarcinome n'a pu être détecté que très tardivement huit mois après les premiers symptômes respiratoires. Olezac et al. ont décrit une forme clinique plus discrète de métastase pulmonaire d'un choriocarcinome dont le signe d'appel était une toux persistante. Sierra Bergua et al. ont noté la survenue de symptômes respiratoires à type d'hémoptysie associée à une fièvre, huit mois après l'accouchement et pour El Fekih et al. ils apparaissent deux mois après un accouchement d'un bébé mort-né. L'invasion pulmonaire du choriocarcinome se fait diffusion hématogène d'un micro embole métastatique se manifestant par un œdème pulmonaire, un Syndrome de détresse respiratoire (SDRA) ou une hypertension artérielle pulmonaire. Il a été évoqué que ce sont surtout les métastases à localisations cérébrale et hépatique du choriocarcinome qui mettent en jeu le pronostic vital du patient du fait des hémorragies massives intracrâniennes et de la résistance au traitement.

Il est connu que cette pathologie est potentiellement curable lorsque une polychimiothérapie est démarrée de façon adéquate. En cas de métastase, elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire que ce soit sur le plan pulmonaire ou cardiovasculaire.

#### **Conclusion :**

L'expression métastatique inaugurale du choriocarcinome n'est pas exceptionnelle. Le succès du traitement du choriocarcinome gestationnel a été bien documenté, pourtant vu au stade de métastases la prise en charge se complique surtout devant des cas atypiques où le diagnostic est retardé.

Il doit toujours être évoqué chez une femme en âge de procréer et en post partum.

#### **Bibliographie :**

1. Golfier F, Massardier J, Guastalla JP, Trillet-Lenoir V, Frappart I, Mathian B, Hajri T, Schott AM, Raudrant D. Prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*.2010;39S :F25-F35.
2. Rajaonarison JJC, Rakotondrisoa JM, Andrianampy HA, Randriambelomanana JA, Andrianampanalinarivo HR. Prise en charge des môles hydatiformes à l'Hôpital Universitaire Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo. *Rev méd Madag*. 2015;5(1):510-5.
3. Mirambo M, Mazigo D, Jaka M, Kabangila R, Kombo H, Mshana SE, Faustine L, SENI J, Zinga MM. Case report: unsuspected uterine choriocarcinoma with lung metastasis. *J Rural Trop Public Health* 2010; 9:12-3.
4. Olezac AS, Papanicolaou I, Bengrine Lefevre L, Chouaid C. Choriocarcinome avec atteinte pulmonaire: stratégie diagnostique et thérapeutique. *Rev Mal Respir* 2009;26:769-72.
5. Sierra-Bergua B, Sánchez-Martel M, Cabrerizo-García JL, Sanjoaquin-Conde I. Choriocarcinoma with pulmonary and cerebral metastases. *Singapore Med J* 2008;49(10):286-8
6. Leila El Fekih, Hela Hassene, Soraya Fenniche, Hajer Ben Abdelghaffar, Dalenda Belhabib, Mohamed Lamine Megdiche. Métastases pulmonaires révélatrices d'un choriocarcinome. *La Tunisie Médicale* 2010; 88(1):49-51.
7. Sandeep Mehrishi, Aamir Awan, Anshu Mehrishi, Alan fein. Pulmonary tumor microembolism. *Hospital Physician*. 2004: 23-30
8. Yuanqian Chen, Linan Liu, Wei Zheng, Xin Zhang. Case Report Successful treatment of choriocarcinoma with multiple organ metastases after term delivery: a case report. *Int J Clin Exp Med* 2017;10(3):5468-5474
9. Cuvelier A, Muir JF. Détresse respiratoire hypoxémique : la ventilation non invasive protège les patients fragiles. *Rev Mal Respir* 2003 ;20 :33-6
10. Sculier JP, Berghmans T, Lemaitre F, Vallot F. La ventilation artificielle chez les patients atteints de cancer. *Rev Mal Respir* 2001 ;18 :137-54.
11. Fouogue Tsuala J, Fouélifack Ymélé F, Sando Z, Mboudou ET, Doh AS. Grossesse Molaire et Difficultés de Prise en Charge en Milieu Rural : Illustration d'un Cas Clinique à l'Hôpital de District de Bogo. *Clinics in Mother and Child Health*. 2011(8):1-4