



Cas clinique

Localisation tubaire d'une tumeur trophoblastique gestationnelle : à propos d'un cas à Madagascar

Gestationnal trophoblastic neoplasia of the Fallopian tube: a care report in Madagascar

HF Rabarikoto¹, NRE Hasiniatsy², JG Raelison³, DMA Randriambololona⁴, F Rafaramino⁵

Résumé

La localisation tubaire des tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) est extrêmement rare. Elle est de diagnostic difficile et est très agressive mais elle reste curable. Nous rapportons un cas diagnostiqué après une prise en charge médicale de grossesse ectopique non rompue chez une patiente malgache de 37 ans. Le diagnostic était retenu devant un faisceau d'arguments biologiques et échographiques. En effet la patiente avait présenté un accroissement du taux de bêta-HCG plasmatique un mois après la prise en charge d'une grossesse tubaire sur trois prélèvements successifs à une semaine d'intervalle ainsi qu'une masse latéro-utérine gauche persistante. Classé à bas risque selon la classification pronostic FIGO/OMS, la patiente avait été prise en charge par du méthotrexate en monochimiothérapie qui avait permis une négativation du taux de bêta-hCG plasmatique au bout de 3 cycles.

Nous rappelons ici que la survenue d'une TTG reste possible après une grossesse ectopique malgré que ce soit extrêmement rare.

Mots clés : Tumeurs trophoblastiques gestationnelles, localisation tubaire, HCG plasmatique, Madagascar.

Abstract

Gestationnal trophoblastic neoplasia (GTN) of the Fallopian tube is a very rare genital malignancy tumor. The diagnosis is difficult. It is highly aggressive, but still curable. We report a case diagnosed after medical management of unruptured ectopic pregnancy in a 37 years-old Malagasy patient. The diagnosis was held in front of a bundle of biological and ultrasound arguments. In fact, the patient had an increase in plasmatic beta-HCG one month after the management of a tubal pregnancy in three successive samples at

one week intervals as well as a persistent left lateral uterine mass. The patient was defined at low risk with prognosis scoring FIGO/WHO and methotrexate monotherapy was administered. Plasmatic β -hCG levels of the patient became negative after 3 cycle of chemotherapy. With this case report we aimed to implicate that the tubal GTN remains possible after an ectopic pregnancy despite this is extremely rare.

Keywords: Gestationnal trophoblastic neoplasia, fallopian tube, plasmatic hCG, Madagascar.

Introduction

Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) constituent moins de 1% des tumeurs gynécologiques [1]. Il en existe quatre sous-groupes histologiques : la choriocarcinome, la mole invasive, la tumeur du site d'implantation et la tumeur trophoblastique épithélioïde. Dans la majorité des cas, elles font suite à une grossesse molaire et sont localisées au niveau de l'utérus [2]. La localisation tubaire est extrêmement rare [3]. Nous en rapportons un cas dont le diagnostic a été retenu pendant la surveillance d'une grossesse ectopique traitée par méthotrexate. Notre objectif est de rapporter ce cas pour mettre en exergue la possibilité de survenue d'une TTG après une grossesse extra-utérine malgré que ce soit une situation très rare.

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente malgache de 37 ans, cinquième geste, ayant un cycle menstruel régulier de 30 jours, 2 enfants vivants dont le dernier a 9 ans, et dans ses antécédents 2 avortements dont le dernier remonte à 4 ans. Elle était venue en consultation pour une exagération des signes sympathiques de la grossesse associée à une asthénie à 7 semaines d'aménorrhée et 4 jours. L'échographie par voie endovaginale avait mis en évidence un sac extra-utérin tubaire droit de 22mm sans embryon visible mais avec une vésicule

vitelline de 3,7 mm de diamètre, ceci en l'absence de signe échographique d'hématosalpinx et d'épanchement dans la cavité pelvienne. Le diagnostic de grossesse extra-utérine a été posé. La patiente était cliniquement stable, ne présentait pas de douleur pelvienne spontanée mais uniquement à la palpation profonde. La β -hCG plasmatique était de 973 000 mUI/ml. La patiente avait refusé une intervention chirurgicale. Le score de Fernandez était évalué à 10 dont une aménorrhée >49 jours (1 point), un taux de β -hCG plasmatique > 5000 mUI/ml (3 points), un taux de progestérone inconnu (3 points), une douleur provoquée (2 points), absence d'hématosalpinx (1 point), absence d'épanchement (0 point). La patiente a été alors mise sous méthotrexate 1mg/kg en intramusculaire (IM) après explication des risques et avec un consentement éclairé. Elle était gardée en hospitalisation pour une surveillance clinique et échographique régulière pendant 48h.

Le contrôle de la β -hCG plasmatique au quatrième jour (J4) post-injection était de 743 570 mUI/ml. Malgré la baisse de 23,57%, ce taux était toujours très élevé. Une deuxième dose de méthotrexate à la même posologie a été administrée à la patiente. Le contrôle à J11 était de 178 970 mUI/ml. Des surveillances biologiques et échographiques hebdomadaires étaient réalisés. Le taux avait continué de baisser. Mais un mois après le début de sa prise en charge, une augmentation de la β -hCG plasmatique a été observée en l'absence de signe clinique associé. Le diagnostic de TTG était alors fortement suspecté. Trois prélèvements successifs à une semaine d'intervalle ont été réalisés. Pendant cet intervalle la surveillance clinique et échographique n'avait révélé ni saignement intra-abdominal ni saignement vaginal. Le diagnostic de TTG a été retenu devant l'accroissement de la β -hCG (Figure 1) ainsi que par la présence d'un kyste ovarien d'allure lutéinique de 98mm. La localisation tubaire a été retenue sur la persistance d'une masse latéro-utérine gauche, à distance de l'ovaire homolatérale, hyperéchogène inhomogène de 24,2mm (Figure 2).

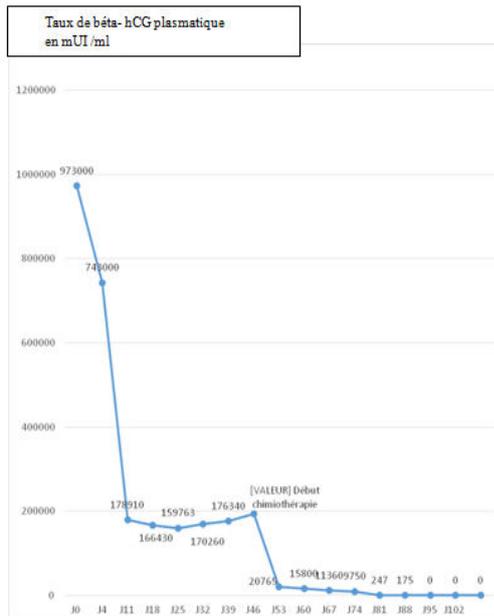


Figure 1 : Courbe d'évolution du taux de béta- hCG chez notre patiente.

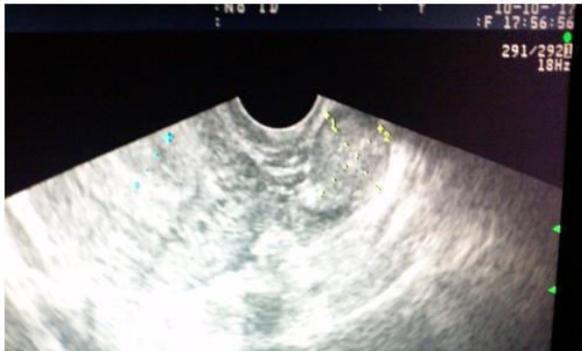


Figure 2 : Masse latéro-utérine gauche hyperéchogène inhomogène.

La patiente avait réitéré son refus de subir une intervention chirurgicale. Mais devant l'urgence thérapeutique un traitement médical était décidé. La recherche de métastase était négative. Selon la classification pronostique FIGO/OMS qui a été inférieure à 6 pour la patiente, la TTG a été classée à bas risque: âge < 40 ans (0 point), grossesse ectopique (non coté), intervalle entre chimiothérapie et grossesse < 4 mois (0 point), hCG plasmatique avant traitement > 10^5 (4points), taille de la tumeur < 3 cm (0 point), pas de métastase (0 point), pas de chimiothérapie antérieure (0

point). Elle a été ainsi prise en charge par une monochimiothérapie avec du méthotrexate. Une surveillance hebdomadaire de la béta-hCG plasmatique a été effectuée durant le traitement, sa négativation a été obtenue après 3 cycles. Un cycle a été constitué de méthotrexate 1 mg/kg IM aux J1, J3, J5, J7 et acide folique 10 mg per os aux J2, J4, J6, J8 dans un schéma thérapeutique où le J1 revient tous les 14 jours. La patiente a reçu un total de 5 cycles dont deux cycles de consolidation. Le traitement a été bien toléré en dehors d'une fatigabilité et d'une nausée.

Le rythme de la surveillance de la patiente était mensuel le premier semestre après la chimiothérapie et était par la suite trimestrielle pour 18 mois. Elle est actuellement à 15 mois après la négativation du taux de béta- hCG.

Discussion

Une TTG peut se développer après n'importe quelle grossesse, quelle que soit sa localisation [2]. Habituellement elle fait suite à une grossesse molaire et se développe au niveau utérin. La localisation tubaire est exceptionnelle, sa fréquence serait de 1,5 pour 1 000 000 de naissances vivantes [3]. Son diagnostic est difficile. Dans la majorité des cas rapportés dans la littérature, le diagnostic d'une TTG tubaire avait été posé à l'examen histologique systématique d'une pièce de salpingectomie réalisée pour un diagnostic initial de grossesse extra-utérine rompue [4 – 6].

Dans les suites d'une grossesse non molaire, les critères diagnostiques d'une TTG sont une métrorragie inexplicée persistante dans les suites d'une grossesse quelle que soit son issue, la découverte de métastases sans cancer primitif connu, un taux élevé d' hCG totale sérique en ayant exclu une nouvelle grossesse ou devant un diagnostic histologique de choriocarcinome [2]. Ces critères n'étaient pas retrouvés chez notre patiente.

Dans le cadre d'une TTG post-molaire, l'existence d'une augmentation (accroissement d'au moins 10 %) des valeurs d' hCG sur au

moins 3 dosages successifs hebdomadaires sur une période de 2 semaines (J1, J7 et J14) est un des critères diagnostic [2]. Dans le cas que nous rapportons, malgré qu'il ne s'agisse pas d'une surveillance post-molaire mais celle d'une grossesse ectopique traitée médicalement, ce critère a été retenu pour poser le diagnostic de TTG tubaire. La présence d'un kyste lutéinique volumineux témoignait également d'une hyperactivité trophoblastique.

Pour notre patiente, devant la persistance de la masse latéro-utérine, le diagnostic différentiel pourrait se faire avec une grossesse extra-utérine chronique. Mais cette pathologie est caractérisée par une très faible activité trophoblastique voire son absence après une prise en charge non chirurgicale d'une grossesse ectopique [7, 8]. L' hCG plasmatique est ainsi absente ou quasi-indélectable à l'inverse de ce cas où elle était très élevée.

Le type histologique n'est pas connu pour le cas que nous rapportons. Mais le type de TTG tubaire le plus décrit dans la littérature est le choriocarcinome [4 – 6]. C'est une tumeur très agressive [4, 9]. Selon Horn LC et al 75% des patientes présentent des métastases au moment du diagnostic [10].

Mais c'est une pathologie très chimiosensible. Ainsi la prise en charge thérapeutique de la patiente a été basée sur cet argument de fréquence et de chimiosensibilité. Classée à bas risque selon la classification pronostic FIGO/OMS (Tableau 1) au moment du diagnostic, le traitement reposait sur une monochimiothérapie [2].

Tableau 1 : Système de cotation de l'OMS, modifié et adapté par la FIGO 2000 [2]

Score	0	1	2	4
Âge (ans)	<40	≥40		
Grossesse précédente	Môle hydatiforme	Avortement	Grossesse à terme	
Intervalle : Grossesse précédente – Début de chimio (mois)	<4	4 – 6	7 – 12	≥13
hCG totale sérique (UI/L)	<10 ³	10 ³ – <10 ⁴	10 ⁴ – <10 ⁵	≥10 ⁵
Taille tumorale la plus grande incluant l'utérus		3 – <5 cm	≥5 cm	
Site des métastases	poumon	rate, rein	tube digestif	cerveau, foie
Nombre de métastases identifiées	0	1 – 4	5 – 8	>8
chimiothérapie antérieure	Non		Echec de monochimiothérapie	Echec de polychimiothérapie
Score total ≤ 6 Bas risque ; ≥ 7 Haut risque				

La chimiothérapie de première ligne de référence est la méthotrexate. La toxicité est faible et le taux de guérison est proche de 100 % [2]. Selon les recommandations de bonne pratique, la chirurgie n'est pas recommandée en première intention dans le traitement des TTG à bas risque sauf en cas d'urgence hémorragique [2].

De ce fait cette prise en charge n'avait pas été insistée chez notre patiente devant son refus catégorique de subir une intervention chirurgicale. Dans cette prise en charge de TTG, en cas d'échec de la monochimiothérapie, d'autres molécules peuvent être associées à la méthotrexate. Les protocoles EMA (etoposide, méthotrexate, actinomycine), EMA-CO (cyclophosphamide, vincristine) sont les plus utilisées [2,11].

Quel que soit le type de chimiothérapie utilisée, elle est jugée efficace devant la baisse puis la négativation de l'hCG plasmatique totale ou de sa sous-unité bêta libre. Après la négativation qui est retenue comme critère de guérison, deux cycles additionnels sont nécessaires afin d'éviter les récives [11].

Ainsi la surveillance thérapeutique est basée sur le suivi du taux de l' hCG plasmatique et à défaut de sa fraction bêta sans oublier la surveillance clinique. En Références, cette surveillance se fait une fois par semaine pendant la durée de la chimiothérapie et les 8 semaines suivantes, tous les 15 jours les 8 semaines suivantes, puis tous les mois jusqu'à 12 mois en cas de TTG de bas risque et jusqu'à 18 mois en cas de TTG de haut risque [2].

Pour ce cas que nous rapportons, le rythme de surveillance a été adapté à la possibilité financière de la patiente. De ce fait, elle n'a été mensuelle que jusqu'à 6 mois et ensuite trimestriel jusqu'à 18 mois malgré que ce soit un TTG à bas grade.

Conclusion

Une TTG peut faire suite à tout type de grossesse. Le diagnostic est particulièrement difficile en cas de localisation extra-utérine. En cas de prise en charge chirurgicale de grossesse ectopique, un examen histologique systématique de la pièce opératoire doit être effectué de façon systématique afin de ne pas passer à côté d'un diagnostic de TTG tubaire. Une surveillance clinique et biologique régulière permet de faire un diagnostic précoce après une prise en charge médicamenteuse.

*Correspondance

HF Rabarikoto

(hrabarikoto@yahoo.com)

Reçu: 14 Avril, 2019; Accepté: 23 Avril, 2019

Publié: 26 Août 2019

1. Gynécologue Obstétricien, Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Militaire Antsiranana, Madagascar.
2. Oncologue médicale, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar.
3. Anesthésistes Réanimateur Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Militaire Antsiranana, Madagascar.
4. Agrégée de Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine d'Antsiranana, Madagascar.
5. Agrégée d'Oncologie Radiothérapie, Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar.

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun

Pour citer cet article:

HF Rabarikoto, NREHasiniatsy, J G Raelison, DMA Randriambololona, FRafaramino. Localisation tubaire d'une tumeur trophoblastique gestationnelle : à propos d'un cas à Madagascar . *Jaccr Africa* 2019; 3(3): 239-244.

Références

1. Nair K, Al-Khawari H. Invasive mole of the uterus- a rare case diagnosed by ultrasound: a case report. *Med Ultrason*. 2014 Jun; 16(2):175-8.
2. 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. Avril 2010. URL :http://www.e-cancer.fr/content/download/58368/532120/file/10-06-11MTG_Recommandations_LabelINCa-HAS.pdf(accédé en ligne le 24 Mars 2019).
3. Gillespie AM, Lidbury EA, Tidy JA, et al. The clinical presentation, treatment and outcome of patients diagnosed with possible ectopic molar gestation. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14 :366–9.
4. Karaman E, Çetin O, Kulusari A, Bayram I. Primary tubal choriocarcinoma presented as ruptured ectopic pregnancy. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2015; 9(9): QD17-QD18.
5. Mehrotra S, Singh U, Goel M, Chauhan S. Ectopic tubal choriocarcinoma: a rarity. *BMJ Case Rep*. 2012; 2012: bcr-2012-006318.[doi:10.1136/bcr-2012-006318](https://doi.org/10.1136/bcr-2012-006318)
6. Cianci S, Vitale S G, Tozzi, Cignini P, Padula F, D'Emidio L et al. Tubal primary metastatic choriocarcinoma coexistent with a viable early pregnancy: a case report. *Journal of Prenatal Medicine* 2014; 8(3/4):47-49.
7. CDunn R, Taskin O. Chronic ectopic pregnancy after clinically successful methotrexate treatment of ectopic pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1995; 51 (3): 247-249.
8. Yıldırım G, Tokmak A, Cengaver N O, Sarikaya E. Chronic ectopic pregnancy with undetectable serum β -hCG level: A rare type of ectopic pregnancy. *J Cases Obstet Gynecol*, 2014 Jul; 1(3):46-48.
9. Nayama M, Lucot JP, Boukerrou M, Collinet P, Cosson M, Vinatier D. Tubal choriocarcinoma: a case report and review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007; 36(1):83-86.
10. Horn LC Bilek K, Pretzsch G, Baier D. Choriocarcinoma in extrauterine tubal pregnancy. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1994 Jun; 54(6):375-7.
11. Akyol A, Simsek M, Ucer O. Giant invasive mole presenting as a cause of abdominopelvic mass in perimeopausal woman: an unusual presentation of a rare pathology. *Obstet Gynecol Sci* 2016; 59(6): 548-53.