

Cas clinique

## Présentation inhabituelle d'un choriocarcinome gestationnel

### Uncommon clinical presentation of a gestational choriocarcinoma

C. Regis<sup>a</sup>, S. Taieb<sup>b</sup>, A. Lesoin<sup>a</sup>, M.-C. Baranzelli<sup>c</sup>, T. Blehaut<sup>d</sup>, E. Leblanc<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de cancérologie gynécologique, centre de lutte contre le cancer (CLCC) Oscar-Lambret, BP 307, 3, rue Frédéric-Combemale, 59020 Lille cedex, France

<sup>b</sup> Service de radiologie, centre de lutte contre le cancer (CLCC) Oscar-Lambret, BP 307, 3, rue Frédéric-Combemale, 59020 Lille cedex, France

<sup>c</sup> Service d'anatomopathologie, centre de lutte contre le cancer (CLCC) Oscar-Lambret, BP 307, 3, rue Frédéric-Combemale, 59020 Lille cedex, France

<sup>d</sup> Laboratoire d'anatomopathologie, 153, quai d'Alsace, 59509 Douai, France

Reçu le 23 mars 2006 ; accepté le 2 mai 2006

#### Résumé

Le choriocarcinome gestationnel est une tumeur maligne rare à fort potentiel métastatique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 31 ans présentant un choriocarcinome gestationnel révélé par des métastases rénales et pulmonaires, un an après une grossesse normale. Le diagnostic fortuit a été fait par l'analyse anatomopathologique de la pièce de néphrectomie. L'évolution a été favorable après traitement adéquat par polychimiothérapie. Ce cas clinique souligne la symptomatologie polymorphe du choriocarcinome et permet d'insister sur l'importance du dosage de la  $\beta$ HCG pour le diagnostic.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

Gestational choriocarcinoma is a rare malignant tumour with a strong metastatic potential. We report a case of a 31-year-old patient with a gestational trophoblastic tumor revealed by renal and pulmonary metastases, one year after a normal pregnancy. The diagnosis was established by the pathologist on the radical nephrectomy specimen. The evolution was quickly favorable after adequate treatment using multiagent chemotherapy. This case highlights the polymorphic aspects of the gestational choriocarcinoma and stresses the importance of a  $\beta$ HCG assesment anytime abnormal symptoms occur in the outcome of a pregnancy.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Choriocarcinome gestationnel ; Maladies trophoblastiques gestationnelles ; Chimiothérapie

*Keywords*: Gestational choriocarcinoma; Gestational trophoblastic neoplasia; Chemotherapy

#### 1. Introduction

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 [1].

Il appartient au groupe des maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) dont le dénominateur commun est une hyper-

sécrétion d'hormone choriogonadotrope (HCG). La terminologie générale de MTG rassemble quatre entités anatomocliniques distinctes : la môle hydatiforme (complète et partielle), la môle hydatiforme invasive, le choriocarcinome gestationnel, la tumeur du site d'implantation placentaire [2,3]. Le CG peut compliquer tout état gravidique. Sa fréquence dépend du type de grossesse préalable : 50 % des choriocarcinomes apparaissent après une môle hydatiforme, 25 % après un avortement et 22 % surviennent après une grossesse normale [3]. Il est caractérisé d'une part par sa forte potentialité métastatique et d'autre part par sa chimiosensibilité. Son diagnostic fait appel dans une très large mesure au dosage de la  $\beta$ HCG.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [e-leblanc@o-lambret.fr](mailto:e-leblanc@o-lambret.fr) (E. Leblanc).

Nous rapportons une observation de CG révélé par des métastases pulmonaires et rénales dont le diagnostic fortuit a été porté après néphrectomie. À partir de cette observation, la clinique, le diagnostic et le traitement des choriocarcinomes gestationnels seront rappelés.

## 2. Cas clinique

Une femme de 31 ans, primipare primigeste, a consulté en raison d'un syndrome douloureux thoracique et lombaire droit de survenue brutale. Depuis son accouchement un an auparavant, elle présentait des ménométrorragies dont l'abondance s'était progressivement aggravée. Plusieurs échographies pelviennes avaient été faites et un curetage était prévu. Avaient été découvertes, depuis quatre mois, une hypertension artérielle et une hyperthyroïdie traitée par méprolol (Lopressor®) et carbimazole (Néomercazole®). Le dosage de TSH plasmatique était bas à 0,032 mU/l (normale : 0,15 à 3,7), la T3 libre élevée à 85 pmol/l (normale : 1,85 à 3,6), T4 libre élevée 1,92 pmol/l (normale : 0,58 à 1,07). Son état général était altéré avec une asthénie et un amaigrissement rapide de 20 kg en quelques semaines. Une radiographie pulmonaire a été immédiatement réalisée devant le tableau algique thoracique. Elle a révélé une masse tumorale lobaire inférieure droite. Un scanner thoraco-abdominopelvien avec injection et une IRM du corps entier (Fig. 1) ont complété cet examen. Ils ont mis en évidence deux localisations tumorales : l'une pulmonaire lobaire inférieure droite de 8 cm, l'autre rénale droite, solide, mesurant 10 cm, associées à des ovaires polykystiques et une lésion intramyométriale du fond utérin, dont l'exploration était malheureusement incomplète (Fig. 2). Des biopsies pulmonaires par voie transbronchique ont permis d'évoquer un adénocarcinome dont on ne pouvait pas néanmoins affirmer l'origine primitive ou secondaire. Pour réunir les deux anomalies, le diag-



Fig. 1. IRM coupe frontale séquence Stir, masse tumorale pulmonaire inférieure droite et rénale droite.

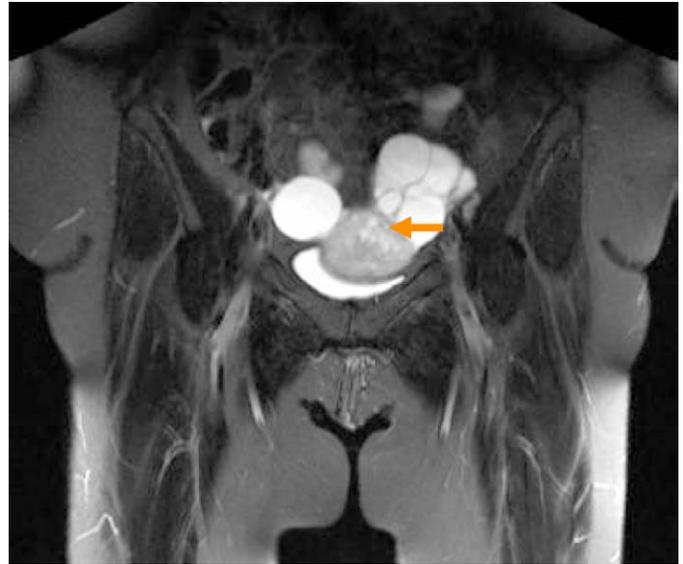


Fig. 2. Partie pelvienne de l'IRM. Lésion intramyométriale du fond utérin.

nostic retenu a été celui de néoplasme du rein droit avec localisation métastatique pulmonaire. L'indication d'une néphrectomie élargie première était retenue, comme cela est recommandé même en présence de métastases synchrones et si l'état de la patiente le permet [4]. Il était prévu qu'elle soit complétée secondairement par l'exérèse de la lésion unique pulmonaire. À l'examen anatomopathologique de la pièce de néphrectomie, il a été diagnostiqué une métastase rénale d'un choriocarcinome gestationnel avec rupture de la capsule rénale et envahissement de deux ganglions du curage inter aortocave sous-rénal (Figs. 3 et 4).

Le dosage de la  $\beta$ HCG effectué devant ce résultat révélait un taux très élevé à 144 000 UI/l, associé à une anémie à 8,8 g/dl d'hémoglobine. Le diagnostic de CG métastatique a alors été posé. Le bilan d'extension a été complété par un scanner cérébral jugé normal. Au total, cette tumeur était classée stade IV de la classification FIGO avec un score pronostic

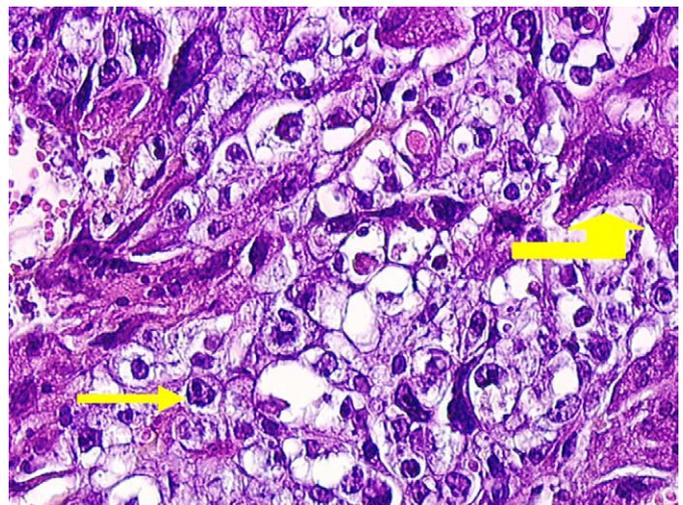


Fig. 3. Aspect histopathologique de la tumeur — X40 — coloration HES (hématoxyline, éosine, safran) : présence de cellules cytotrophoblastiques et syncytiotrophoblastiques.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950863>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950863>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)