

Tumeur trophoblastique cervicale : une cause rare d'hémorragie génitale massive

Le choriocarcinome gestationnel prend naissance généralement à partir de la cavité utérine [1]. En Europe, sa fréquence est estimée à 1 cas sur 12 000 à 40 000 grossesses à terme [2].

Il peut succéder tout type de grossesse (grossesse à terme, grossesse molaire ou avortement) et il est généralement associé à une grossesse concomitante ou antécédent de grossesse.

Le choriocarcinome ectopique est une entité très rare. Les critères diagnostiques ont été décrits depuis 50 ans par Saito et al [3]: (1) absence de foyer choriocarcinomateux primaire au niveau de la cavité utérine, (2) confirmation du choriocarcinome par l'examen anatomo-pathologique, (3) le diagnostic de grossesse molaire ou d'une grossesse normale intra-utérine co-existante doivent être éliminés.

Le diagnostic précis d'un choriocarcinome cervical est difficile à évoquer à cause de la rareté de cette pathologie. En plus, la majorité des patientes se présentent pour des métrorragies ce qui pose le diagnostic différentiel avec d'autres pathologies plus fréquentes (avortement, en cours, polype cervical, grossesse cervicale ou un cancer du col).

Le diagnostic anatomo-pathologique est encore difficile à partir d'une biopsie ou d'une pièce d'hystérectomie [4].

La pathogénie est une migration cervicale des cellules trophoblastiques après une grossesse normale ou molaire qui a dégénéré en choriocarcinome [5].

Nous rapportons un cas de choriocarcinome cervical d'évolution fatale.

Observation

Madame B, âgée de 37 ans, de groupe sanguin O rhésus positif, sans antécédents pathologiques notables, s'est présentée aux urgences en état de choc hémorragique suite à des métrorragies de grande abondance.

C'est une mère de six enfants vivants accouchés normalement par voie basse. Le dernier accouchement remontait à 2 ans. Elle n'utilisait aucun moyen contraceptif.

Sa date des dernières règles remontait à un mois avec des métrorragies minimales évoluant depuis 2 mois et négligées par la patiente.

L'examen initial trouvait une TA à 80/40 mmHg, pouls à 120 battements/mn, une pâleur cutanéomuqueuse intense, une hémorragie massive d'origine cervicale prenant naissance à partir d'une petite zone bleutée de 1 cm au dépend de la lèvre antérieure du col. Au toucher vaginal, l'utérus était de taille normale, mobile, avec des paramètres libres.

La patiente était transférée immédiatement au bloc opératoire. L'hémocue indiquait une hémoglobine à 7 g/dl. Une double voie d'abord veineuses solides ont été prises avec perfusion de macromolécules et des culots globulaires isogroupe isorhésus.

Un bilan biologique a été demandé en urgence comprenant une numération formule sanguine, un bilan d'hémostase et un dosage qualitatif des β HCG, revenu positif.

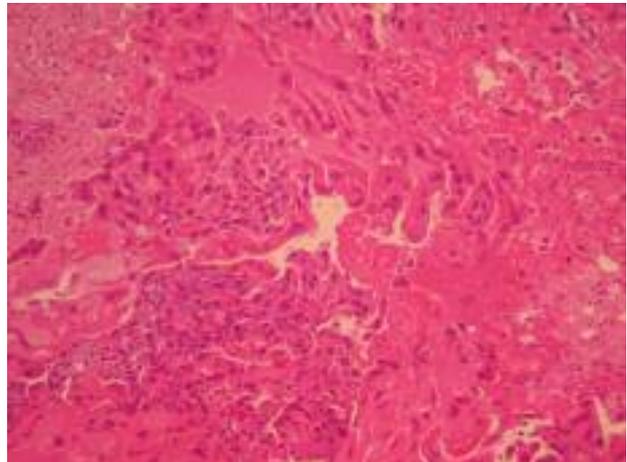
Devant la persistance du saignement malgré le tamponnement cervical, menaçant ainsi le pronostic vital de la patiente, et le

capital d'enfant, une hystérectomie d'hémostase a été décidée et elle s'est déroulée sans incidents. Les suites opératoires immédiates étaient simples.

Le dosage quantitatif des β HCG à J1 post opératoire était à 9000 UI/l. La négativation des β HCG est obtenue à J7 post opératoire. La radiographie du thorax ainsi qu'une échographie abdominale étaient normales.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'hystérectomie concluait à un choriocarcinome cervical (Figure 1).

Figure 1 : Cellules de type cyto et syncithiotrophoblastiques atypiques dans un fond nécrotique et hémorragique.



Une TDM thoracique a été demandée revenue normale. Selon la classification de la FIGO, la tumeur a été classée stade I à bas risque (Score de gravité FIGO égale à 3). Un premier cycle de mono-chimiothérapie à base de méthotrexate a été démarré (1 mg/Kg/J en intraveineux, un jour sur deux, pendant quatre jours alterné avec l'acide folinique, tous les 14 jours) et la patiente a été mise sortante avec rendez-vous pour une deuxième cure de chimiothérapie. Mais depuis, la patiente a été perdue de vue et elle n'a pas consulté malgré les convocations répétées.

Quatre mois plus tard la patiente reconseille nos urgences pour altération de l'état général avec obnubilation. L'interrogatoire a révélé un épisode d'hématémèse dans la semaine qui a précédé la consultation. L'examen clinique objectivait un œdème palpébral et un ptosis et une diminution des murmures vésiculaires au niveau du champ pulmonaire gauche, par ailleurs il n'y avait pas de signes de localisation cérébrale et l'examen gynécologique était normal.

Le scanner thoracique a montré une opacité parenchymateuse apicale gauche, l'échographie abdomino-pelvienne a montré un foie nodulaire avec trois lésions évocatrices de métastases hépatiques. Le scanner cérébral a objectivé de multiples lésions sus-tentorielles spontanément hyperdenses entourées d'œdème péri-lésionnel évoquant des métastases cérébrales avec une lésion spontanément hyperdense du globe oculaire gauche probablement secondaire.

Devant ces métastases multiples, une polychimiothérapie associée à une corticothérapie à base de solumédrol (1 mg/Kg/J)

ont été administré mais on assisté à une dégradation rapide de son état clinique avec décès de la patiente dans un tableau d'engagement cérébral.

Conclusion

Le choriocarcinome cervical est une entité très rare. Généralement il est de bon pronostic même à des stades avancés, cependant les localisations cérébrales et hépatiques représentent des facteurs de mauvais pronostic.

Références

- 1- Fu Y, Lu W, Zhou C, Xie X. Primary cervical choriocarcinoma : report of four cases and literature review. *Int J Gynecol Cancer*, 2007; 17 : 715-9.
- 2- Golfier F, Frappart L, Schott AM, Raudrant D. Plaidoyer pour la création de centres de référence des maladies trophoblastiques en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 : 538-47
- 3- Saito M, Azuma T, Nakumura K. On ectopic choriocarcinoma. *World Obstet Gynecol* 1965 ; 17 :459-84
- 4- Izildinha M, Odair CM, Paulo T, Paula H, Marilza CR. Primary non-gestational choriocarcinoma of the uterine cervix : Acase report. *Gynecol Oncol* 2005; 98 : 146-150
- 5- Abboud J ; Attieh E ; Afif N ; Chalhoub S. Primary choriocarcinoma of the cervix. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23 : 149-51.

Malek-mellouli Monia, Ben Amara Fethi, Driss Maha, Reziga H.*

- *Service de gynécologie obstétrique "B"*

Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Faculté de médecine de Tunis, Université El Manar.

- **Service d'anatomie pathologique, Institut Salah Azaiez, Tunis.*

La duplication de la vésicule biliaire.

La duplication de la vésicule biliaire est une malformation congénitale rare, qui survient dans environ une sur 4000 naissances (1). Elle du à un bourgeonnement exubérant au niveau de l'arbre biliaire lors de la division du bourgeon caudal du diverticule hépatique, et ce entre la 5^{ème} et la 6^{ème} semaine de la vie embryonnaire (2). Sur le plan anatomopathologique, Boyden a élaboré une classification qui distingue la 'Vesica fellea divisa' et la 'Vesica fellea duplex' en fonction du nombre et des rapports des canaux cystiques. La première se caractérise par l'existence d'un seul collet vésiculaire et un canal cystique commun, la vésicule biliaire peut être double ou bifide. Alors que la deuxième est définie par l'existence de deux canaux cystiques et dans ce groupe on distingue deux formes : la forme en 'Y' ou les deux canaux cystiques s'unissent avant de s'ouvrir dans la voie biliaire principale et la forme en 'H' ou les deux canaux cystiques s'abouchent séparément au niveau du canal cholédoque (1). Cette anomalie congénitale est importante à connaître par les chirurgiens du fait des variations anatomiques associées du canal cystique et de l'artère hépatique surtout droite, dont il faut tenir compte afin de réduire le risque de complication vasculaire et biliaire peropératoire (3). Les examens complémentaires qui sont utiles pour le diagnostic et

la classification, sont la cholangio-IRM et la TDM hélicoïdale (4). Les indications opératoires sont les mêmes que pour une vésicule biliaire unique (3). La cholécystectomie préventive en cas de découverte fortuite de cette malformation n'est pas recommandée vu qu'il n'a pas été démontré de surcroît de morbidité induite par la duplication de la vésicule biliaire (5). Lorsque l'indication d'une cholécystectomie est retenue, l'ablation des deux vésicules biliaires est de mise, associée obligatoirement à une cholangiographie peropératoire afin de prévenir, détecter et traiter à temps une plaie des voies biliaires (5). La voie d'abord laparoscopique a été déjà réalisée par plusieurs auteurs sans incidents en utilisant le même nombre et la même disposition des trocarts que pour une vésicule biliaire unique (6,7).

But

Rapporter une nouvelle observation d'une duplication de la vésicule biliaire.

Observation

Une patiente âgée de 35 ans, a présenté une semaine avant son admission une douleur de l'hypochondre droit irradiant vers l'épaule droite, sans fièvre ni ictère. L'examen physique était sans anomalie, en particulier un signe de Murphy négatif. L'échographie abdominale avait objectivé la présence de deux vésicules biliaires dont l'une était lithiasique (Figure 1).

Figure 1 :Echographie abdominale : Présence de deux vésicules biliaires juxtaposées, et accolées au foie.



Les voies biliaires étaient fines. La biologie était sans anomalies, en particulier il n'y avait ni cholestase ni syndrome inflammatoire biologique. Afin de mieux étudier cette anomalie congénitale et de rechercher d'autres anomalies biliaires associées, une bili-IRM était demandée, celle-ci avait objectivé la présence de deux vésicules biliaires, qui s'abouchaient dans la voie biliaire principale par deux canaux cystiques différents (Figure 2). La patiente était opérée par voie coelioscopique, selon la position Française, avec mise en place de quatre trocarts en position habituelle. L'exploration peropératoire avait confirmé la duplication vésiculaire en forme de H.