

INVASIVE CORNUAL MOLE IN A PRE-MENOPAUSAL WOMAN: ABOUT A CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

Dr. Ould Dedda*, Dr. Hassine, Dr. Houjaj, Pr M., H. ALAMI, Pr filali and Pr. R. bezad

Morocco.

Article Received on
22 Jan. 2024,

Revised on 12 Feb. 2024,
Accepted on 03 March 2024

DOI: 10.20959/wjpr20246-31673



*Corresponding Author

Dr. Ould Dedda

Morocco.

ABSTRACTS

La grossesse cornuelle est une forme rare de grossesse extra- utérine et seulement 2 à 4 % des grossesses extra-utérines se sont développées dans la région cornuelle de l'utérus. La grossesse cornuelle est l'un des types de grossesse extra-utérine les plus dangereux avec un taux de mortalité de 2,0 à 2,5 %.^[9] La môle hydatiforme est une forme courante de maladie trophoblastique gestationnelle. L'incidence des môles hydatiformes complètes est d'environ 1 à 3 pour 1 000 grossesses. Une môle hydatiforme invasive peut survenir à la suite d'une grossesse molaire et l'incidence est de 1 pour 15 000 grossesses.^[10] Nous rapportons une des pathologies les plus rares : une patiente atteinte d'une môle cornuelle invasive qui reste extrêmement rare chez une

femme en pré ménopause. Bien que dans la littérature mondiale la survenu d'une maladie trophoblastique gestationnelle est généralement chez les femmes en âge de procréer, le diagnostic de môle invasive doit toujours être envisagé. L'hystérectomie reste une option radicale proposable chez une femme en péri ménopause ce qui était la décision thérapeutique chez notre patiente après un bilan d'extension négatif avec des suites opératoires de type simples.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) représente 1 à 3 % des grossesses^[1] a localisation cornuale, définie par l'implantation d'un sac gestationnel dans la corne d'un utérus, survient dans 2 % des cas.^[2]

La maladie trophoblastique gestationnelle (MTG) est un terme utilisé pour désigner un groupe de tumeurs liées à la grossesse et se caractérise par une prolifération anormale de la couche trophoblastique du placenta.

La MTG survient généralement chez les femmes en âge de procréer (entre 13 et 49 ans) et constitue l'une des rares tumeurs malignes curables, même à des stades avancés de la maladie et avec des métastases généralisées. Le choriocarcinome et la môle hydatiforme invasive répondent bien à la chimiothérapie. Les tumeurs à faible risque sont traitées par chimiothérapie en monothérapie, tandis que les tumeurs à haut risque sont traitées par chimiothérapie combinée.^[3-4]

Les principaux facteurs de risque de MTG comprennent les grossesses de moins de 15 ans et de plus de 45 ans, la présence d'un avortement spontané ou d'une môle hydatiforme lors de grossesses antérieures dans les antécédents médicaux, la carence en vitamine A, l'origine ethnique et les facteurs environnementaux, l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux et les facteurs paternels en particulier. Il s'agit d'une maladie gynécologique plutôt rarement observée en période postménopausique.^[5-6] L'hystérectomie, bien que rare de nos jours, peut constituer un traitement primaire pour les femmes atteintes de MTG non métastatique si la patiente ne désire pas de grossesse.^[6-7]

Dans la littérature peu de cas de mole invasive en péri ménopause ont été rapportés à ce jour.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une femme de 50 ans en pré ménopause, B+, sans ATCD, G4P2 :

G1 : EV/VH pour SFA en 2005, de BDPM.

G2 : EV/VB en 2009, de BDPM.

G3 : môle hydatiforme en 2018 (à 45 ans) suivi fait dans la formation.

- B-HCG initial du 09/05/2018 (avant aspiration) : 125 316 mUI/ml

Echo : image hétérogène en nid d'abeille (68/43mm) pas de kyste de lutéinique. Pas de signes d'invasion myométriale.

Bilan d'extension : normal.

=> Score pronostique de la FIGO des tumeurs trophoblastiques gestationnelles à 11 (soit haut risque) sans présence de métastases.

Aspiration à 02 reprises :

10/05/2018 : anapath : môle hydatiforme complète, absence de lésion maligne.

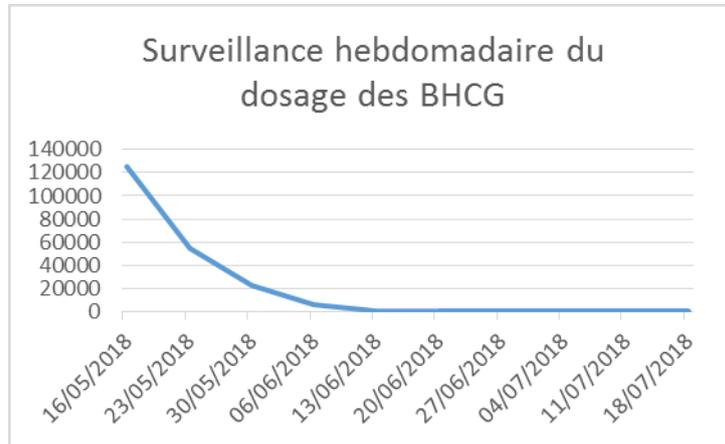
25/05/2018 : pour rétention de 39*28mm (Echo du 23/05/2018)

Surveillance hebdomadaire des HCG avec négativation des HCG sur 3 valeurs en 7 semaines.

Suivi pendant 01an et demi

Dernier HCG le 03/10/2019 : négatif

La patiente n'a pas eu de contraception efficace (préservatifs)



Cycle irrégulier, sous préservatifs.

A consulté à titre externe pour SUA à type de ménométrorragies depuis 02mois + exagération des signes sympathiques de la grossesse + algies pelviennes => adressée à la formation pour pec d'une GA.

Echo : Œuf clair de 6SA+ 4jrs

Patiente a été admise au circuit de GA avec des échos de contrôle.

Hospitalisée le 30/03/2023 pour Aspiration.

Au bloc opératoire le 31/03/2023 : tentative d'aspiration écho guidée par canule de karman ne ramenant pas de trophoblaste avec sensation de formation dure en intra utérin => Arrêt de l'aspiration

HCG le 31/03/2023 : 23228 mUI/ml.

Echographie pelvienne : Lésion myométriale cornuelle droite vascularisée avec un site nécrotique.

Ovaires : non vus



HCG de contrôle du 05/04/2023 : 22267

Bilan d'extension + BPO + Avis cardio : demandés.

Dc à évoquer :

Mole invasive à révélation tardive.

Choriocarcinome.

Tumeur du site d'implantation.

DISCUSSION

La grossesse cornuelle est une forme rare de grossesse extra-utérine et seulement 2 à 4 % des grossesses extra-utérines se sont développées dans la région cornuelle de l'utérus. La grossesse cornuelle est l'un des types de grossesse extra-utérine les plus dangereux avec un taux de mortalité de 2,0 à 2,5 %.^[8] En raison de l'apport sanguin abondant dans la région cornéenne et de l'amincissement du myomètre, une hémorragie grave, voire la mort, survenait parfois par rupture de la cornée. Sa prise en charge est peu standardisée et souvent guidée par la situation clinique. Le traitement nécessite une évacuation de la grossesse et une hémostase du cornet si nécessaire.^[9]

La môle hydatiforme est une forme courante de maladie trophoblastique gestationnelle. L'incidence des môles hydatiformes complètes est d'environ 1 à 3 pour 1 000 grossesses. Une môle hydatiforme invasive peut survenir à la suite d'une grossesse molaire et l'incidence est de 1 pour 15 000 grossesses.^[10]

Dans la littérature mondiale, la survenue de MTG chez les femmes de plus de 50 ans est rare. Rabczynski et al.^[11] en 2000, a signalé un cas de CHM chez une femme de 59 ans. De la Fouchardière et al.^[12] trouvé une môle hydatiforme invasive chez une patiente ménopausée de 51 ans.

Dans l'étude de Tsukamoto et al.^[13] 20 cas de maladie trophoblastique gestationnelle chez des femmes âgées de 50 ans ou plus ont été rapportés. Les lésions étaient sept môles hydatiformes (35%), huit môles invasives (40%) et cinq choriocarcinomes (25%). Cependant, aucune des patientes atteintes de môle hydatiforme n'était ménopausée. Ils suggèrent qu'en raison du taux élevé (56,3%) de séquelles malignes après évacuation des molaires, une hystérectomie primaire pour le traitement de la môle hydatiforme dans cette tranche d'âge est recommandée.^[13]

L'échographie est la méthode la plus sensible pour le diagnostic complet de grossesse molaire. Il est possible de voir l'aspect vésiculaire caractéristique qui est le résultat d'une dégénérescence hydropique des villosités choriales et d'une hyperplasie semi- et complète.^[15]

les praticiens utilisaient le terme de grossesse cornuelle pour désigner les gestations qui se produisent à proximité de la corne utérine, qui est la jonction de l'oviducte et de l'utérus.^[15]

L'apparition d'une mole hydatiforme associée à une grossesse extra-utérine est une situation très rare. Moins de 300 cas de grossesses molaires extra-utérines ont été rapportés, parmi lesquels 10 % concernaient la corne utérine.^[17] Hwang JH et coll. avaient déjà rapporté un cas rare de grossesse extra-utérine cornuelle molaire, qui a été traitée avec succès par l'association d'une cornuostomie laparoscopique et d'un traitement systémique par méthotrexate.¹⁸ La môle hydatiforme cornuelle invasive est extrêmement rare. Si MF et al. et Oskovi Kaplan ZA et al. avait déjà signalé un cas de grossesse molaire invasive dans la corne utérine rudimentaire.^[19,20] Le traitement des deux cas consistait tous en une résection rudimentaire des cornes. Dans notre cas, il n'y avait pas d'anomalie utérine congénitale. Au meilleur de nos connaissances, un seul cas de môle hydatiforme cornuelle invasive dans un utérus anatomiquement normal a été rapporté.^[21] En raison de la rareté de la maladie, la prise en charge de la môle hydatiforme invasive cornuelle n'est pas définie et est guidée uniquement par la maladie présentée. Les études futures doivent encore confirmer si la monochimiothérapie pourrait être la seule option de prise en charge de la môle hydatiforme invasive cornuelle.

Dans notre cas, des saignements utérins anormaux et une anémie sévère est apparue. Les saignements utérins anormaux peuvent être causés par la richesse de l'apport sanguin dans la corne utérine et par la forte capacité invasive des trophoblastes.

Le curetage par aspiration, la chimiothérapie et l'hystérectomie peuvent être appliqués dans le traitement du MTG. L'âge et le souhait de fertilité de la patiente ainsi que la résistance postmolaire sont importants lors du choix de la modalité de traitement. La surveillance des taux sériques de HCG est importante dans le suivi après le traitement.^[22,23]

La grossesse cornuelle est l'un des types de grossesse extra-utérine les plus dangereux avec un taux de mortalité de 2,0 à 2,5 %.^[8]

Chez notre patiente une décision d'hystérectomie programmée après bilan d'extension négatif à été réalisée avec des suites de type simples,;

Bien que la maladie trophoblastique gestationnelle soit rare chez les femmes en péri-ménopause, le diagnostic de môle hydatiforme doit être envisagé lors de l'évaluation des patientes ménopausées.

CONCLUSION

En conclusion, dans cette étude, nous rapportons une des pathologies les plus rares : une patiente atteinte d'une môle cornuelle invasive qui reste extrêmement rare chez une femme en pré-ménopause. Bien que dans la littérature mondiale la survenue d'une maladie trophoblastique gestationnelle est généralement chez les femmes en âge de procréer, le diagnostic de môle invasive doit toujours être envisagé.

L'hystérectomie reste une option radicale proposée chez une femme en péri-ménopause.

REFERENCES

1. J.L. Benifla et al. Alternative to surgery of treatment of unruptured interstitial pregnancy: 15 cases of medical treatment *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 1996.
2. S. Lau et al. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy *Fertil Steril*, 1999.
3. Berkowitz RS, Goldstein DP. Progrès actuels dans la gestion de la maladie trophoblastique gestationnelle. *Gynécol Oncol.*, 2013; 128(1): 3–5.
4. Deng L, Zhang J, Wu T, Lawrie TA Chimiothérapie combinée pour le traitement primaire des tumeurs trophoblastiques gestationnelles à haut risque. *Système de base de données Cochrane Rév.*, 2013; 1: CD005196.
5. Palmer JR. Avancées dans l'épidémiologie des maladies trophoblastiques gestationnelles. *J Reprod Med.*, 1994; 39: 155-62.
6. Berkowitz RS, Goldstein DP. Pathogenèse des néoplasmes trophoblastiques gestationnels. *Pathobiol Ann.*, 1981; 11: 391-411.
7. Horowitz NS, Goldstein DP, Berkowitz RS Prise en charge de la néoplasie trophoblastique gestationnelle. *Semin Oncol*, 2009; 36(2): 181-189.
8. Xiang Y, Yang X, Du J, Song H. Le rôle de l'hystérectomie dans le traitement de la tumeur trophoblastique gestationnelle. *Chin Med Sci J.*, 2000; 15(1): 45-48.

9. Faraj R, Steel M. Gestion de la grossesse cornuelle (interstitielle). *Obstet Gynécologique*, 2007; 9: 249-55.
10. Prenaud C, Scherier S, Malgras B. Prise en charge d'une grossesse extra-utérine cornuelle. *J Visc Surg*, 2017; 154: 467-8.
11. Aminimoghaddam S, Maghsoudnia A. Présentation inhabituelle d'une taupe invasive : un rapport de cas. *J Reprod Infertile*, 2017; 18: 205-9.
12. Rabczynski J, Kochman A, Prudlak E, Lewandowski M. Môle hydatiforme chez une femme de 59 ans : à propos d'un cas. *Ginekol Pol.*, 2000; 71: 152-4.
13. Fouchardiere A, Cassignol A, Benkiran L, Rudigoz RC, Gougeon A, Devouassoux-Shisheboran M. Môle hydatiforme invasive chez la femme ménopausée. *Ann Pathol*, 2003; 23(5): 443-6.
14. Tsukamoto N, Iwasaka T, Kashimura Y, Uchino H, Kashimura M, Matsuyama T. Maladie trophoblastique gestationnelle chez les femmes âgées de 50 ans ou plus. *Gynecol Oncol*, 1985; 20: 53-61.
15. Fine C, Bundy AL, Berkowitz RS et al. Diagnostic échographique de môle hydatiforme partielle. *Obstet Gynecol*, 1989; 73: 414-8.
16. Finlinson AR, Bollig KJ, Schust DJ. Différencier les grossesses près de la jonction utéro-tubaire (angulaire, cornuelle et interstitielle): revue et recommandations. *Fertil Res Pract.*, 2020; 6: 8.
17. López CL, Lopes V, Resende FR, et al. Néoplasie trophoblastique gestationnelle après grossesse molaire extra-utérine: aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. *Révérend Bras Ginecol Obstet*, 2018; 40: 294.
18. López CL, Lopes V, Resende FR, et al. Néoplasie trophoblastique gestationnelle après grossesse molaire extra-utérine: aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. *Révérend Bras Ginecol Obstet*, 2018; 40: 294.
19. Hwang JH, Lee JK, Lee NW et al. Grossesse extra-utérine molaire dans le cornet utérin. *J Minim Gynecol Invasif*, 2010; 17: 239-41.
20. Si MF, Li P, Yuan Z et al. Une taupe hydatiforme invasive inattendue dans une corne utérine rudimentaire : à propos d'un cas. *Oncol Lett.*, 2017; 14: 2808-12.
21. Oskovi KZ, Şirvan AL, Topçu HO. Grossesse molaire invasive dans la corne utérine rudimentaire. *J Exp Ther Oncol*, 2018; 12 : 207-10.
22. Khelifi A, Mkhinini I, Yaacoubi MT, Khairi H. Une môle hydatiforme invasive cornuelle : une revue de la littérature. *Forces armées Med J Inde.*, 2016; 72: S.

23. Goldstein DP, Berkowitz RS. Chimiothérapie proflactique de la grossesse molaire complète. *Semin Oncol*, 1995; 22: 157-60.
24. Kim DS, Moon H, Kim KT et coll. Effets de la chimiothérapie prophylactique pour la maladie trophoblastique persistante chez les patients présentant une môle hydatiforme complète. *Obstet Gynecol.*, 1986; 67: 690–4.