

CHORIOCARCINOME VAGINAL PRIMITIF : UNE TUMEUR RARE HÉMORRAGIQUE
 (PRIMARY VAGINAL CHORIOCARCINOMA: A BLEEDING RARE TUMOR)

 VF RANAIVOMANANA¹, R HASINIATSY², TF ANDRIAMAMPIONONA¹,
 B RAKOTOZANANY³, NS RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA¹
¹ : UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU/JRA, Antananarivo

² : Service de médecine interne et maladies infectieuses CENHOSOA Antananarivo

³ : Service Gynécologie CHU– Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana. Antananarivo

RESUME:

La localisation vaginale d'un choriocarcinome est rare. Nous rapportons le cas d'une femme malgache de 19 ans, ayant eu, 7 mois auparavant, un antécédent de môle hydatiforme et qui a présenté une tumeur vaginale hémorragique. L'examen histologique a permis de poser le diagnostic de choriocarcinome. Faute d'immunohistochimie, un dosage sérique de bHCG a été demandé pour confirmer le diagnostic. Notre observation souligne l'intérêt d'une surveillance correcte et régulière des patientes ayant présenté des môles hydatiformes, afin de détecter à temps la survenue d'une complication comme le choriocarcinome.

Devant la présence d'une tumeur vaginale hémorragique chez une femme jeune avec un antécédent de môle hydatiforme, il faut penser à l'éventualité d'un choriocarcinome et demander un dosage de β -HCG.

Mots-clés: choriocarcinome, môle hydatiforme, primitif, tumeur, vagin,

SUMMARY:

Choriocarcinoma primitive is an uncommon tumor rarely seen in the vagina. We report a case of a 19 years-old Malagasy woman, with an antecedent of hydatidiform mole, who presented a vaginal choriocarcinoma. It was diagnosed by histological examination associated with a high blood level of β HCG. Toward hydatidiform mole, adequate medical follow-up is necessary to avoid complication such as choriocarcinoma. The possibility of a choriocarcinoma must be evoked in the presence of bleeding vaginal tumors associated with an antecedent of hydatidiform mole. A determination of the blood level of β HCG is required to confirm the diagnosis.

Keywords: choriocarcinoma, hydatidiform mole, primitive, tumor, vagina

INTRODUCTION :

La localisation endovaginale de cancers gynécologiques est rare. La forme histologique la plus fréquente est le carcinome épidermoïde, le plus souvent lié à une infection par HPV. Le choriocarcinome est exceptionnel. Notre objectif est de rapporter un cas de choriocarcinome vaginal diagnostiqué à l'histologie qui soulève une discussion entre une localisation primitive ou secondaire, vue l'absence de foyer primitif.

NOTRE OBSERVATION:

Une jeune femme malgache de 19 ans, G2P1A1, était admise à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana pour une métrorragie avec altération de l'état général apparaissant 2 semaines auparavant. Dans ses antécédents, la patiente présentait 7 mois avant, une grossesse molaire de diagnostic échographique et biologique (β HCG= 120 000 UI/ml), sans examen histologique du produit de curetage et sans surveillance médicale. A l'examen gynécologique à l'entrée, nous avons observé une tumeur vaginale sous urétrale, sphacélée, pédiculée, d'environ 7 cm, très hémorragique, nécessitant une hémostase chirurgicale. L'examen échographique avait montré un utérus vide, un myomètre homogène et un kyste ovarien droit anéchogène de 148 mm de grand axe. La tumeur vaginale correspondait, à l'histologie, à une proliféra-

tion de cellules trophoblastiques, mononucléées et multinucléées, sans villosités chorales (figure 1) évoquant un choriocarcinome. Faute d'immunohistochimie, un dosage sérique de β HCG était demandé pour la confirmation diagnostique. Celui-ci s'élevait à 85 386 UI/ml, permettant de retenir le diagnostic.

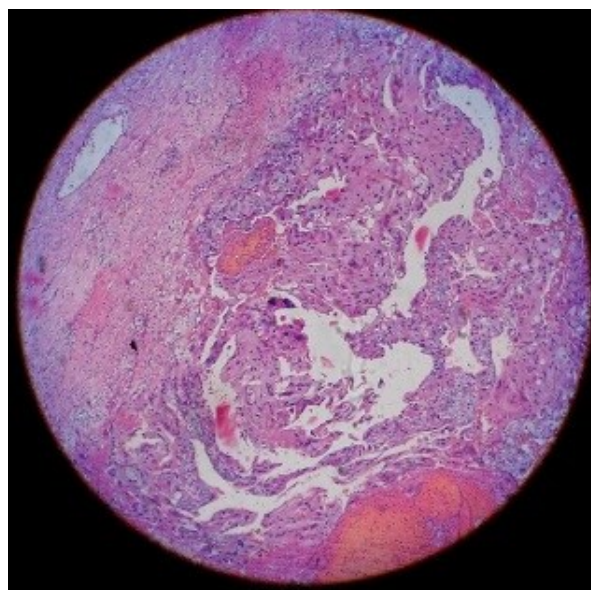


Figure 1: Microphotographie du choriocarcinome vaginal
 Coloration : hématoxyline éosine. Grossissement X 200
 (Microphotography of the vaginal choriocarcinoma
 Hematoxylin and eosin stain. Magnification X 200)

Correspondance: Dr Andriamampionona Tsiotery Francine
 UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU/JRA
 E-mail: tsioteryfrancine@yahoo.fr

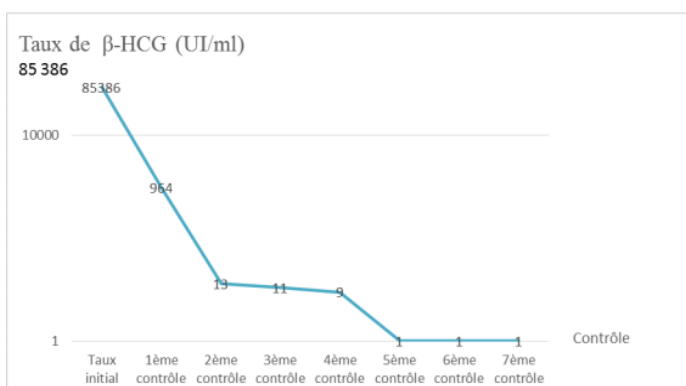


Figure 2: Courbe d'évolution du taux de β-HCG chez notre patiente durant le traitement
(*Evolution of β-HCG rate*)

La tumeur était exclusivement endovaginale, sans localisation utérine ou ovarienne. Selon la classification FIGO 2002 [1], notre patiente était classée « à haut risque », avec un score égal à 7. Sept cures de chimiothérapie de type EMACO (Etoposide, Methotrexate, Actinomycin-D, Acide Folinique, Cyclophosphamide et Vincristine) avaient permis la normalisation du taux de βHCG sérique (Figure 2). L'évolution était favorable avec un recul de 1an, sous contraception.

DISCUSSION: Le choriocarcinome est la forme la plus fréquente de tumeurs trophoblastiques. Il est tout de même rare, avec une incidence de 1/50 000 naissances vivantes selon Bagshawe [2]. Cette incidence est plus élevée en Asie, Afrique et Amérique latine (1/8000). Dans 50% des cas, ce qui est constaté dans notre observation, le choriocarcinome se développe à la suite d'une môle hydatiforme, ou est secondaire à un avortement spontané (25%), à une grossesse normale (22,5%) ou à une grossesse extra-utérine (2,5%) [3]. La localisation la plus fréquente est la paroi utérine avec de rares cas de localisation cervicale [4]. La localisation endovaginale exclusive comme la nôtre est exceptionnelle. Il peut s'agir d'une localisation ectopique primitive de choriocarcinome par migration de cellules trophoblastiques, car aucun foyer primitif de choriocarcinome n'a été retrouvé dans le corps utérin et l'ovaire. Ces constats ont été déjà rapportés dans la littérature [5,6]. La possibilité d'une localisation secondaire d'un choriocarcinome, dont le primitif n'a pas été retrouvé à l'échographie abdomino-pelvienne, peut être envisagée car la localisation vaginale constitue 30% des localisations métastatiques du choriocarcinome. Des cas similaires ont été déjà rapportés dans la littérature [2,7].

La principale symptomatologie du choriocarcinome primitif ou secondaire est l'hémorragie [8], parfois très importante, comme ce qui a été constatée chez notre patiente. Sur le plan anatomo-pathologique, l'examen macroscopique montre un nodule pourpre, massivement hémorragique et nécrotique en son centre, avec un fin liseré de tissu vivace en périphérie. Le diagnostic microscopique est basé sur la découverte de cellules cytotrophoblastiques et syncytiotrophoblastiques, sans

villosités chorales [3]. Pour différencier une tumeur du site d'implantation d'un choriocarcinome, on peut faire un examen immunohistochimique qui va montrer un marquage positif du choriocarcinome avec les anticorps anti-βHCG et anti-inhibine. L'index de prolifération ki67 est très élevé et on observe un marquage nucléaire avec le p63 [9]. L'absence de villosité placentaire élimine une môle invasive. La stadification de FIGO [1] distingue 2 groupes de choriocarcinome en fonction de leur pronostic. Les choriocarcinomes « à bas risque » ont un bon pronostic. Leur traitement est monochimiothérapique, avec une survie de 90 à 98%. Les choriocarcinomes « à haut risque » sont de mauvais pronostic. Ils nécessitent une polychimiothérapie. Le taux de survie est de 47 à 72%.

Notre observation illustre l'importance d'une surveillance étroite des patientes ayant présenté une môle hydatiforme. Selon la recommandation Inca-HAS [10], dans le suivi d'une môle hydatiforme, un dosage hebdomadaire de βHCG total sérique est recommandé jusqu'à la négativation sur 3 dosages successifs. Pour notre patiente, un examen histologique du produit de curetage aurait dû être effectué pour confirmer le diagnostic de môle hydatiforme et une surveillance régulière de la môle aurait permis de détecter plus tôt une augmentation importante du taux de βHCG.

CONCLUSION: Le choriocarcinome vaginal est une pathologie rare et redoutable. Une tumeur vaginale hémorragique chez une femme jeune avec un antécédent de môle hydatiforme doit faire soupçonner un choriocarcinome et inciter à faire un examen anatomopathologique avec un dosage sérique de β-HCG pour confirmer le diagnostic. Le pronostic est en général favorable car le choriocarcinome est très chimiosensible.

RÉFÉRENCES

- [1] Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd et al. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Int J Gynaecol Obstet. 2000; b 70 (2): 209 - 62.
- [2] Bagshawe KD. Gestational trophoblastic diseases. Report of a WHO scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser. 1983; 692 : 7 - 81.
- [3] Phillippe E et Charpin C. Pathologie gynécologique. Paris : Masson ; 1992: 286 - 7.
- [4] Kairi-Vassilatou E, Papakonstantinou K, Graspas D, Kondi-Paphiti A, Hasiakos D. Primary gestational choriocarcinoma of the uterine cervix. Report of a case and review of the literature. Int J Gynecol Cancer. 2007 ; 17 (4) : 921 – 5.
- [5] Ushashree D, Shilpa M P, Trupti P. Primary vulvovaginal choriocarcinoma: a case report of unusual presentation and literature review. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2013; 2 (3) : 470 - 2.

- [6] Hiroshi S, Kohji T, Katuo O and Tamotsu Y. Latent vaginal choriocarcinoma in a postmenopausal woman. *Acta Path Jap.* 1976; 26 (5) : 611 - 8.
- [7] Bakri YN, Pedersen P, Ezzat A. Metastatic choriocarcinoma with coexistent term pregnancy following four recurrent consecutive moles. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;75: 401-3.
- [8] Buckley JM. The epidemiology of molar pregnancy and choriocarcinoma. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 1984; 27: 153 - 9.
- [9] Shih IM, Kurman RJ. Ki-67 labeling index in the differential diagnosis of exaggerated placental site, placental site trophoblastic tumor, and choriocarcinoma: a double immunohistochemical staining technique using Ki-67 and Mel-CAM antibodies. *Hum Pathol.* 1998; 29(1): 27-33.
- [10] HAS 2010. Recommandation de bonne pratique. Maladies trophoblastiques gestationnelles : diagnostic et prise en charge.