

# LE PROBLÈME DE LA DÉGÉNÉRESCENCE POST-MOLAIRE

A PROPOS D'UN DIAGNOSTIC DE CHORIO ADÉNOMA DESTRUENS

R. RAJAONERA et R. FRANCO

On sait qu'il peut être particulièrement malaisé de prévoir les suites d'un avortement molaire, lorsque l'involution utérine est incomplète, les métrorragies persistantes, l'état général atteint, et que le taux de prolans B se maintient en plateau aux environs de 1.000 à 5.000 unités Hinglais. Les plus graves éventualités doivent alors être envisagées mais il est peu de moyens de diagnostics certains. S'agit-il de simples résidus molaires, d'un chorio adénoma destruens, ou d'un chorio épithéliome ? C'est ainsi que la décision thérapeutique s'avèrera parfois trop brutale, ou bien inversement insuffisante, laissant s'échapper définitivement les chances de juguler un foyer de dégénérescence maligne. Chacun placé devant ce dilemme, s'accorde cependant à attacher la plus haute importance à l'évolution du taux de prolanémie. Certains auteurs conseillent le curetage. Celui-ci, lorsqu'il s'agit de simples résidus molaires, entraîne une disparition définitive des prolans, tandis que leur persistance et l'augmentation sensible de leur taux signe le développement de tissu chorial hyperplasique, (môle invasive ou chorio carcinome) et impose l'intervention chirurgicale. Cependant, même dans cette dernière éventualité, le problème peut ne pas être définitivement résolu, lorsque l'aspect anatomo pathologique de la formation tumorale, révèle la présence, à côté de villosités de type molaire, d'une forte prolifération chorio épithéliale avec anaplasie très marquée. S'agit-il alors d'un chorio adénoma destruens dont l'extension est en général localisée à l'utérus et ne donne pas lieu à des développements métastatiques, ou bien, étant donné l'anaplasie cellulaire, doit-on craindre la transformation maligne en chorio épithéliome toujours possible, car des formes de transition existent.

Le jugement de l'histo pathologiste est de grande valeur mais il peut se heurter à des impossibilités. Là encore, la courbe du taux de prolanémie éclairera par la suite le clinicien.

Il sera cependant trop tard car la reprise de la sécrétion de prolans B révélera le développement de foyers métastatiques irréversibles d'un chorio épithéliome. De même l'évolution de la malade permet alors de diagnostiquer et de classer de façon formelle une tumeur utérine dont la nature histologique pouvait prêter à discussion.

L'observation que nous publions nous paraît illustrer ces difficultés.

## OBSERVATION

Madame R.H. âgée de 37 ans, est hospitalisée le 6 septembre 1963 pour métrorragies et asthénie très prononcée. Cet état est apparu après un avortement molaire survenu au 4ème mois d'une grossesse. Les métrorragies étaient d'abord peu importantes et irrégulières, elles sont devenues abondantes par la suite, tandis que l'état général s'est progressivement aggravé. Un amaigrissement marqué a été observé pendant cette même période ainsi qu'un état subfébrile.

Lors de son hospitalisation, la malade est très asthénisée et présente une importante anémie (2.500.000 hémathies/mm<sup>3</sup>). Le palper abdominal révèle deux volumineuses tumeurs indolores mobiles au niveau des fosses iliaques.

Le toucher vaginal permet de déceler un utérus de taille assez importante, d'apparence gravide, avec ramollissement au niveau de la corne et de la face latérale gauches. Le col a peine entrouvert, laisse s'écouler des pertes sanglantes. De volumineux kystes bilatéraux de l'ovaire sont perçus au niveau des culs-de-sacs et des fosses iliaques. On peut aisément les mobiliser. L'examen vulvo vaginal ne révèle rien de particulier.

Par ailleurs aucune anomalie clinique ou radiologique n'est notée au niveau de l'appareil pleuro pulmonaire. Il en est de même de l'appareil cardio vasculaire ainsi que du système nerveux. Une albuminurie persistante à un taux modéré (0,26 à 0,25 gr pour 1.000) doit enfin être signalée.

Un tel tableau clinique (état général altéré, non involution utérine, métrorragies persistantes, kystes lutéiniques bilatéraux) hautement évocateur d'une hyperplasie choriotrophoblastique maligne, impose donc une surveillance biologique du taux de prolanémie.

Le dosage fut effectué à plusieurs reprises mais dans des conditions restreintes. Seuls certains taux limite furent recherchés pour des raisons techniques particulières. Aussi sommes-nous dans l'impossibilité de dresser la courbe de prolanémie.

Le 28 juillet 1963, soit 3 semaines après l'évacuation molaire le taux de prolan B était compris entre 5.000 unités Hinglais et 50.000 unités Hinglais. Il présente les mêmes caractéristiques le 8 septembre 1963, au moment de l'hospitalisation de la malade, c'est-à-dire 3 mois après l'avortement molaire. L'intervention est alors décidée et la malade est opérée le 24 septembre 1963.

Intervention sans difficulté du fait de la laxité des tissus et de la non adhérence des tumeurs.

Les suites opératoires sont normales et sans incident.

### Examen macroscopique de la pièce opératoire :

L'utérus est gros, d'aspect gravide, mou et rénitent.



Fig. 1

A la coupe, on peut observer une importante zone de nécrose au niveau de la corne utérine et de la face latérale gauches. Le myomètre est profondément envahi, cependant une zone indemne limite le processus nécrotique de la séreuse. Les tumeurs ovariennes sont volumineuses, à gauche, volume d'une tête d'enfant, à droite, volume d'une orange. Il s'agit de kystes multi loculaires très friables, à contenu sirupeux.

#### Examen histologique :

Le muscle utérin est notablement envahi et dissocié par d'importantes nappes et boyaux cellulaires choriotrophoblastiques qui injectent surtout les lumières

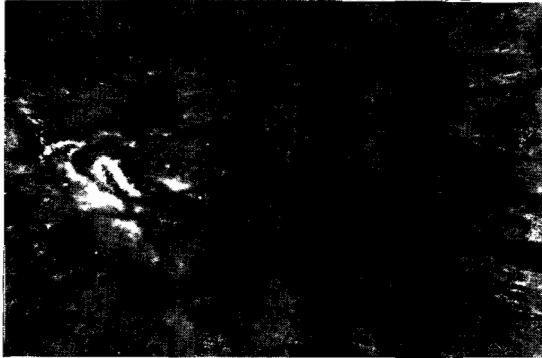


Fig. 2

vasculaires. Ces formations sont constituées presque essentiellement par des cellules chromophiles polyédriques juxtaposées de type Langhans. Des éléments plasmocytaires, volumineux, à cytoplasme eosinophile, dont l'importance est variable selon les régions sont très irrégulièrement distribuées au sein de ces nappes cellulaires (fig. 2). Ils tapissent parfois en un revêtement unistratifié la partie externe

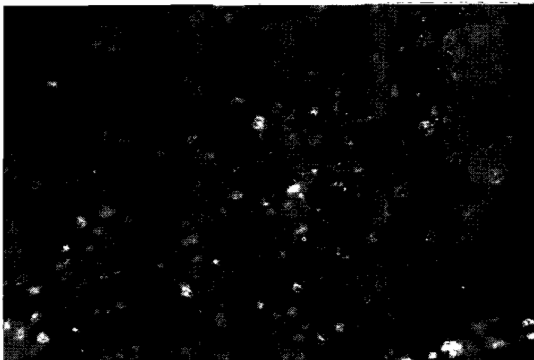


Fig. 3

de pseudo villosités choriales constituées de cellules de Langhans agglomérées. Par endroits l'anaplasie cellulaire est très marquée, tandis que des anomalies nucléaires patentes sont observées. Ces aspects correspondent donc à la structure histologique et cytologique d'un chorio épithéliome; cependant à certains niveaux quelques villosités peu nombreuses de type molaire sont reconnues.

Certaines d'entre elles sont recouvertes d'un revêtement orthoplasique uni ou bi-stratifié tandis que la plupart présentent une prolifération plus ou moins marquée du cytotrophoblaste.

*La coexistence de nappes hyperplasiques de cellules choriotrophoblastiques, d'aspect souvent anaplasique, dont la tendance invasive est largement démontrée et de villosités molaires revêtues d'un épithélium plus ou moins exubérant, nous permet donc de retenir le diagnostic de môle invasive. Cependant les atypies cellulaires nous paraissent sensiblement disproportionnées à ce diagnostic et nous sommes en droit de nous demander si ce processus n'est pas plus proche de chorio épithéliome que du chorio adénome destruens.*

*Seule l'évolution clinique et biologique (taux de prolanémié) pourront en dernière analyse confirmer l'une ou l'autre de ces hypothèses.*

*Élément rassurant cependant, depuis l'intervention chirurgicale, l'état de santé de notre malade a présenté une amélioration remarquable, tandis que la recherche de prolans B est demeurée constamment négative. Ces résultats sont donc hautement favorables et représentent les éléments essentiels du diagnostic de chorio adénoma destruens.*

## **CONCLUSION**

Les suites de l'avortement molaire présentent parfois un problème diagnostic majeur lorsque l'involution utérine est incomplète, les métrorragies persistantes, et l'état général atteint.

L'étude du taux de prolans B qui permet de déceler un processus hyperplasique choriotrophoblastique, impose alors l'intervention opératoire.

Cependant le problème diagnostic peut ne pas être résolu pour autant, lorsque l'étude histopathologique ne permet pas de classer de façon définitive cette formation tumorale.

**Travail de la Maternité de Befelatanana  
(Dr R. RAJAONERA)  
et du Laboratoire d'Anatomo-pathologie  
(Dr FRANCO)  
Hôpital de Befelatanana**