



Pan African Urological Surgeons' Association

African Journal of Urology

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Choriocarcinome gestationnel révélé par une métastase rénale



B. Sadiki*, M.A. Lakmichi, A. Fettouh, Z. Dahami, M.S. Moudouni, I. Sarf

Service d'urologie au Centre Hospitalier Mohammed VI de Marrakech, MAROC

Reçu le 7 février 2013; reçu sous la forme révisée le 28 mars 2014; accepté le 31 mars 2014

MOTS CLÉS

Métastase rénale;
Choriocarcinome
Gestationnel;
Hématurie

KEYWORDS

Renal Metastasis;
Gestational
Choriocarcinoma;
Hematuria

Résumé

Le choriocarcinome gestationnel (CG) fait parti des tumeurs trophoblastiques gestationnelles. C'est une tumeur rare à fort potentiel métastatique qui nécessite un traitement précoce et adapté. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 35 ans présentant un CG révélé par une métastase rénale hématurique. Une amélioration clinique a été rapportée après néphrectomie et chimiothérapie. Cette observation souligne l'importance du dosage du β HCG et la présentation clinique polymorphe du CG.

© 2014 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

Gestational choriocarcinoma revealed by renal metastasis

Abstract

Gestational choriocarcinoma (GC) belongs to a group of gestational trophoblastic tumors. This rare tumor has a great metastatic potential and thus requires an early and adapted treatment. Herein We report a case of GC in a 35-year-old patient who presents with hematuria from a renal metastasis. Clinical improvement was noted after nephrectomy and chemotherapy. This observation underlines the importance of the dosage of the beta-HCG and the polymorphic clinical presentation of gestational choriocarcinoma.

© 2014 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

* Corresponding author. Boite postale 83 Khemiss oulad ayad, 23400. Province Fkih Ben Saleh. MAROC Mob: +212 661 19 77 02
Fixe: +212 524 35 57 13.

Adresse e-mail : sadiki.badre@gmail.com (B. Sadiki).

Peer review under responsibility of Pan African Urological Surgeons' Association.

Introduction

Le choriocarcinome gestationnel (CG) est une tumeur trophoblastique gestationnelle (TTG) qui s'intègre dans une entité intitulée maladies trophoblastiques gestationnelles. Celles-ci regroupent:

- Des entités bénignes appelées môles hydatiformes, complètes ou partielles.
- Des entités malignes appelées TTG, qui incluent, entre autres les choriocarcinomes [1,2].

Le CG a deux caractéristiques spécifiques, le fort pouvoir métastatique et la chimio-sensibilité, son diagnostic fait appel au dosage du β HCG.

Nous rapportons une observation de CG révélé par une métastase rénale avec hématurie.

Cas clinique

Mme L.K, âgée de 35 ans, 4^{ème} pare, a consulté pour des coliques néphrétiques gauches évoluant depuis un mois avec plusieurs épisodes d'hématurie totale caillotante avec intermittence. Elle présentait des ménométrorragies minimales depuis 8 mois après un accouchement. Plusieurs échographies ont montré un utérus polymyomateux. A l'examen clinique l'état général de la patiente était altéré par une asthénie et un amaigrissement (de 13Kg en 2 mois). Les conjonctives étaient décolorées. La fosse lombaire gauche était sensible, sans contact lombaire ni ballotement rénal. Au toucher vaginal le col était fermé et il n'y avait pas de masse latéro-utérine.

Un hémogramme obtenu en urgence avait montré une anémie sévère, avec un taux d'hémoglobine à 4 g/dl, nécessitant une transfusion sanguine de 3 culots globulaires. L'échographie abdomino-pelvienne avait mis en évidence une masse rénale gauche hyperéchogène au pôle supérieur, de contours irréguliers mesurant 4/3 cm.

Un uroscanner avait montré un processus tumoral polaire supérieur du même rein mesurant 40/40 mm. Cette masse, d'aspect nécrotique, se rehaussait faiblement après injection de produit de contraste. Il y avait un envahissement de la voie excrétrice portant sur le calice supérieur, mais pas de signe d'extension locorégionale ni à distance [Fig. 1].

A la cystoscopie la muqueuse vésicale avait un aspect inflammatoire et on a noté une émission d'urine hématurique par le méat urétéral gauche. Devant ces données l'indication d'une néphro-urétérectomie était posée [Fig. 2].

À l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, il a été diagnostiqué une métastase rénale d'un CG [Fig. 3].

Devant ce résultat, un dosage de β HCG a été réalisé révélant un taux très élevé à 200 000 UI/l. Le bilan d'extension a été complété par un scanner cérébral, un scanner thoracique et une radiographie pulmonaire jugés normaux. Cette tumeur a été classée stade IV avec un score pronostique FIGO de 10 [1].

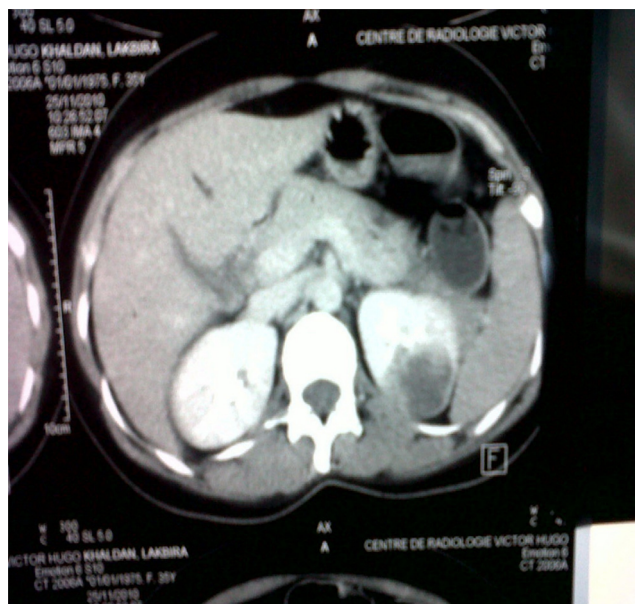


Figure 1 Image scanographique: Tumeur rénale polaire supérieure se rehaussant faiblement après injection de produit de contraste.

La patiente a reçu une poly chimiothérapie selon le protocole APE (actinomycine D, cisplatine, étoposide) [1]: une cure tous les 28 jours associant à j1 actinomycine (0,3 mg/m²), cisplatine (100 mg/m²) et étoposide (100 mg/m²); à j2 et j3: actinomycine et étoposide. Une contraception estroprogestative a été instaurée. La patiente s'est améliorée sur le plan clinique avec disparition des métrorragies.



Figure 2 Pièce de néphro-urétérectomie: Processus tumoral polaire supérieur rénale gauche d'allure nécrotique avec envahissement du calice supérieur.

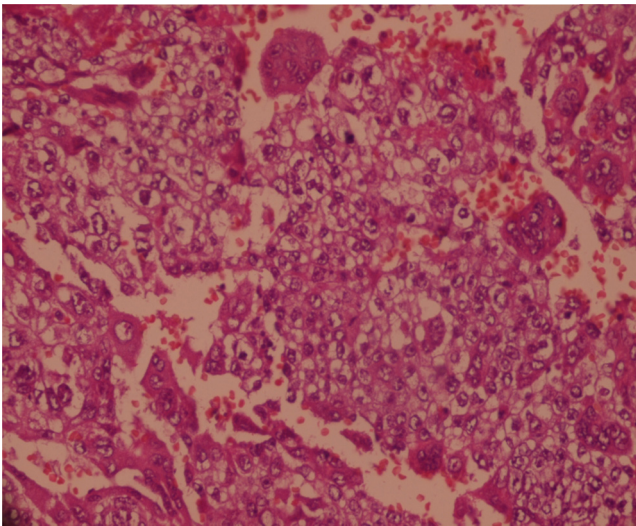


Figure 3 Aspect histopathologique de la tumeur — X40 — coloration HES (hématoxyline, éosine, safran): présence de cellules cytotrophoblastiques et syncytiotrophoblastiques.

Discussion

Le CG est découvert dans ce cas clinique chez une multipare, à 8 mois d'un accouchement, sur une pièce de néphrectomie, le diagnostic de tumeur rénale primitive était au premier plan. Les métrorragies persistantes inexplicables, par des échographies insuffisamment interprétées et le défaut de dosage de HCG, aurait pu faire suspecter plus tôt cette TTG bien étayée par la suite en hormonologie. Au terme du bilan d'extension tumorale, la métastase rénale s'est imposé comme unique. Schématiquement le CG métastasé a été traité par chimiothérapie et exérèse de la métastase.

Le diagnostic de CG, malgré, un polymorphisme clinique se fonde sur les métrorragies inexplicables et des taux élevés de β HCG sans grossesse. Les TTG peuvent être observées après n'importe quelle grossesse: normale, molaire, ectopique, avortement spontanée ou interruption volontaire de grossesse (IVG). Typiquement on note une absence de normalisation ou une reascension des taux d'hCG totale sérique après la fin de la grossesse. L'apport de l'échographie pelvienne peut être appréciable. Exceptionnellement, le diagnostic peut être suspecté devant des manifestations cliniques liées aux métastases. Les sites métastatiques les plus fréquents sont les poumons (80%), le vagin (30%), le cerveau (10%), le foie (10%) [3]. La localisation rénale est retrouvée dans 1,3 à 14% des CG métastatiques. Pour Soper et al. cette localisation est toujours associée à une localisation pulmonaire non démontrée dans notre observation. Elle résulterait d'une dissémination systémique par des embolies artérielles faisant suite à l'atteinte pulmonaire [4–6]. On évoque rarement le CG devant une localisation métastatique rénale. Les tumeurs primitives sont le plus souvent des carcinomes bronchiques mammaires ou coliques, des mélanomes voire des sarcomes [3].

Le traitement de référence du choriocarcinome est la chimiothérapie. Les trois molécules les plus efficaces sont: le méthotrexate, l'actinomycine-D et l'étoposide [7,8].

Le recours à la chirurgie est rare. Elles concernent les métastases isolées, extirpables et chimio résistantes [9]. Il peut s'agir d'une néphrectomie d'hémostase en cas d'hématurie persistante. La néphrectomie peut être remplacée par une embolisation sélective [10].

Conclusion

Les métastases rénales du CG sont rares. Cette éventualité doit être évoquée par l'urologue en présence d'un syndrome tumoral rénal chez les patientes en âge de procréer dans les suites d'une grossesse quelqu'en soit la nature. Chez ces patientes le dosage d' HCG doit être systématique en cas de métrorragies inexplicables.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Références

- [1] Regis C, Taieb S, Lesoin A, Baranzelli MC, Blehaut T, Leblanc E. Localisation inhabituelle d'un choriocarcinome gestationnelle. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2006;716:719–34.
- [2] Benedet JL, Bender H, Jones 3rd H, Nqan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO committee on gynecologic oncology. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;209:262–70.
- [3] Cohn DE, Herzog TJ. Gestational trophoblastic diseases: new standards for therapy. *Curr Opin Oncol* 2000;492:496–512.
- [4] Soper JT, Mutch DG, Chin N, Clarke-Pearson DI, Hammond CB. Renal metastases of gestational trophoblastic disease: a report of eight cases. *Obstet Gynecol* 1988;796:798–872.
- [5] Ngan HYS. The practicability of FIGO 2000 staging for gestational trophoblastic neoplasia. *International Journal of Gynecological Cancer* 2004 March;202:205–14.
- [6] Bozaci EA, Taşkin S, Gürkan O, Atasoy C, Ersoy ZG, Ereku S, et al. Intracavitary cardiac metastasis and pulmonary tumor emboli of choriocarcinoma: the first case diagnosed and treated without surgical intervention. *Gynecol Oncol* 2005;753:756–99.
- [7] American College of Obstetrics and gynecology. ACOG Practice Bulletin No 53. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease 2004;1365:1377–2103.
- [8] Ng TY, Wong LC. Diagnosis and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;893:903–17.
- [9] Soper JT. Role of surgery and radiation therapy in the management of gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;943:957–76.
- [10] Lok CA, Reekers JA, Westermann AM, Van der velden J. Embolization for hemorrhage of liver metastases from choriocarcinoma. *Gynecol Oncol* 2005;506:509–98.