

## Rupture utérine suite à une tumeur trophoblastique gestationnelle: Cas clinique

### [ Uterine rupture due to invasive gestational trophoblastic neoplasia: Case report ]

*Mohamed Achraf GROHS<sup>1</sup>, Echaymae EDDAOUDI<sup>1</sup>, and Zaki EL HANCHI<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Centre National de Reproduction, Maternité des Orangers, CHU Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Pole gynéco-mammaire, Institut National d'Oncologie, CHU Rabat, Maroc

Copyright © 2018 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** Gestational trophoblastic disease (GTD) is a complex pathologic entity requiring adequate management and surveillance to prevent and diagnose patients with gestational trophoblastic neoplasia (GTN) early. causing a major myometrial invasion leading in rare cases to uterine rupture, reporting in this article a case of uterine rupture on GTN, this is one of the rare case published, we present the case of 25-year-old patient, followed for GTD moving to GTN, chemotherapy was started according to the FIGO score which classified her at low risk, she consulted in a state of shock, the diagnosis of hemoperitoneum was made, emergency laparotomy revealed uterine rupture requiring haemostatic hysterectomy.

**KEYWORDS:** uterine rupture, gestational trophoblastic disease, gestational trophoblastic neoplasia, molar pregnancy, haemoperitoneum.

**RÉSUMÉ:** La maladie trophoblastique gestationnelle (MTG) constitue une entité pathologique complexe, nécessitant prise en charge adéquate et une surveillance étroite, afin de prévenir et de faire un diagnostic précoce en cas d'évolution vers une tumeur trophoblastique gestationnelle (TTG), cette dernière peut être à l'origine d'une invasion myométriale importante conduisant dans des rares cas à une rupture utérine, nous rapportant dans cet article un cas de rupture utérine sur TTG, c'est l'un des rares cas publié, survenue chez une patiente de 25ans, suivie pour MTG évoluant vers une TTG, la chimiothérapie a été démarrée selon le score de FIGO qui l'a classée à bas risque, elle a consulté dans un état de choc, le diagnostic d'hémopéritoine a été fait, la laparotomie d'urgence a objectivé une rupture utérine nécessitant l'hystérectomie d'hémostase.

**MOTS-CLEFS:** rupture utérine, maladie trophoblastique gestationnelle, tumeur trophoblastique gestationnelle, grossesse molaire, hémopéritoine.

#### 1 INTRODUCTION

La rupture utérine suite à une TTG est très rare, pouvant engager le pronostic vital, la prise en charge codifié par les recommandations de la FIGO améliore le pronostic général de ses tumeurs, sa survenue constitue une urgence chirurgicale dont la morbidité et la mortalité dépendent de la rapidité de prise en charge qui est essentiellement chirurgicale. Nous rapportons l'observation d'une patiente ayant présenté une rupture utérine sur TTG.

#### 2 PATIENT ET OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 25ans, primigèste, qui n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers.

Elle était suivie pour maladie trophoblastique gestationnelle dont elle a bénéficiée d'une aspiration utérine avec une étude anatomo-pathologique objectivant une mole hydatiforme complète, l'évolution a été marquée par une ré-ascension du taux de bêta HCG, le taux de beta hCG initiale était à 582.000UI/MI.

Une échographie pelvienne de contrôle a été faite objectivant un utérus augmenté de taille, avec image de rétention de 24mm en intra-utérin.

Une deuxième aspiration a été recommandée avec cette fois évacuation utérine complète à l'échographie mais mise en évidence d'invasion myométriale, du côté biologique : persistance du taux de beta HCG, le diagnostic de TTG a été posé.

Le bilan d'extension comportait la TDM thoraco-abdomino-pelvienne a été fait et n'a pas objectivé de lésion suspecte à distance.

L'indication de chimiothérapie a été posée également avec un score FIGO 2000 à 3 classant la tumeur à bas risque.

Le traitement de tumeur trophoblastique gestationnelle à bas risque à base de Methotrexate a été démarré le 30.01.18.

La patiente a été admise au service des urgences le 12.02.18 dans un tableau d'abdomen chirurgical. L'anamnèse retrouve des douleurs pelviennes d'installation rapide avec des métrorragies. L'examen à l'admission retrouve une patiente en état de collapsus, une tension artérielle à 65-40mmHg, un pouls à 120bpm une polypnée à 30 cpm avec une pâleur cutanéomuqueuse. Le palper abdominale retrouve une défense généralisée, au toucher vaginale on note un cri de Douglas avec un utérus légèrement augmenté de taille sans mise en évidence de masse latéro-utérine, La numération de la formule sanguine que nous avons récupérée ultérieurement est revenue à 6.1g/dl.

Après mise en condition de la patiente, remplissage vasculaire par le sérum salé isotonique et oxygénothérapie, une échographie a été réalisée en urgence objectivant un épanchement de grande abondance avec un utérus de taille normale sans masse latéro-utérine.

Par la suite nous avons acheminé la patiente au bloc opératoire, la laparotomie a objectivé un épanchement de 1.5litre, avec présence de vésicules. L'exploration de la cavité abdomino-pelvienne retrouve une rupture utérine au niveau de la corne gauche de 1 cm qui était à l'origine d'un saignement actif, le myomètre était d'apparence bleuâtre, d'aspect envahit par le produit trophoblastique avec mise en évidence de quelques vésicules au niveau de la lésion (Fig.1).

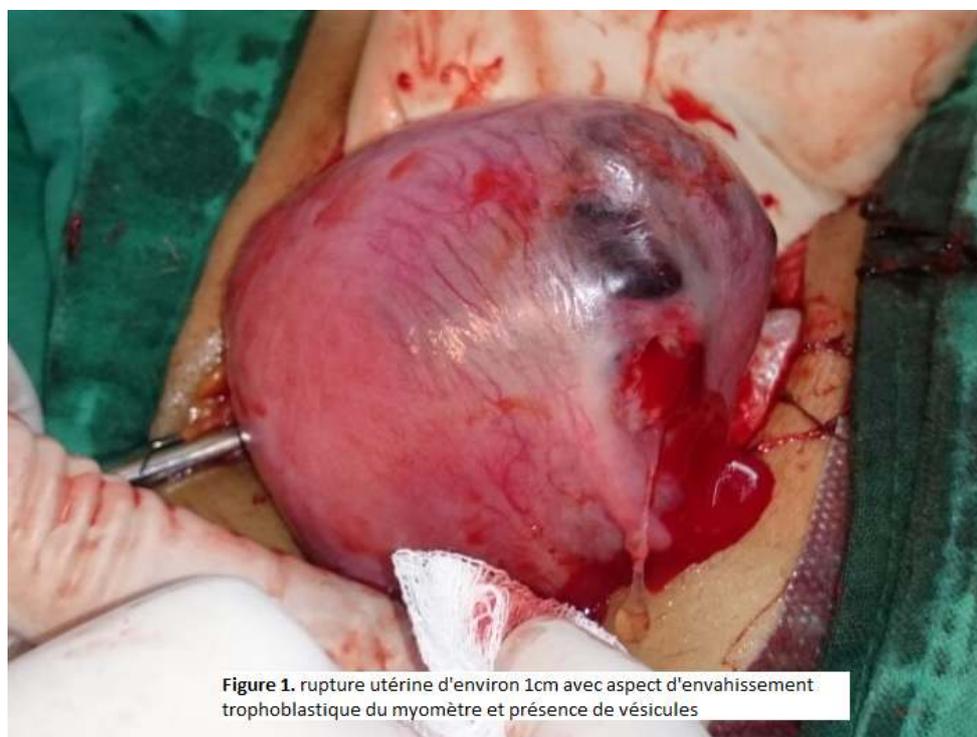


Figure 1. rupture utérine d'environ 1cm avec aspect d'envahissement trophoblastique du myomètre et présence de vésicules

La décision chirurgicale était de réalisée l'hystérectomie, un lavage abondant et une vérification de l'hémostase qui était bien assurée.

A l'ouverture de la pièce opératoire nous avons trouvé des vésicules au sein du myomètre du côté de la lésion (Fig.2).

Les suites opératoires étaient simples.

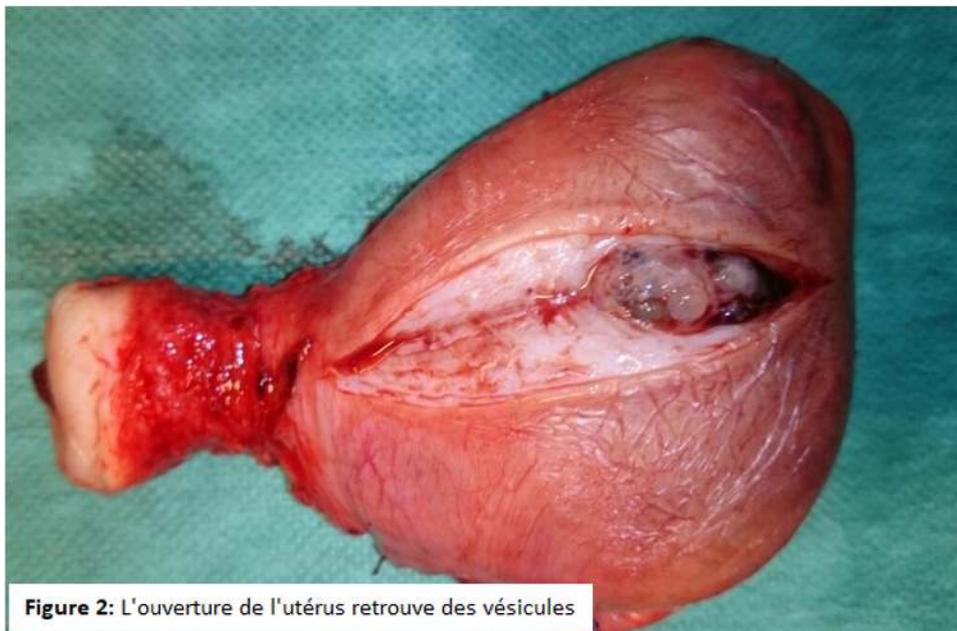


Figure 2: L'ouverture de l'utérus retrouve des vésicules

### 3 DISCUSSION

Les maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) comprennent un large spectre de pathologies [1] regroupent plusieurs entités distinctes dont le dénominateur commun est une hypersécrétion d'hormone choriogonadotrope., allant des lésions bénignes appelées môles hydatiformes (partielles ou complètes) aux lésions malignes appelées tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) comportant les choriocarcinomes, les môles invasives, les tumeurs trophoblastiques du site d'implantation (TTSI) et les tumeurs trophoblastiques épithélioïdes (TTE). Les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG) sont de véritables tumeurs malignes d'agressivité forte dans leur forme typique de choriocarcinome. Cependant, ces TTG peuvent survenir après n'importe quel type de grossesse qu'il s'agisse d'une môle, d'une fausse couche spontanée, d'une grossesse extra-utérine ou d'un accouchement [1]

Les TTG surviennent après une MH, les critères nécessaires pour porter le diagnostic positif de TTG sont le plus souvent biologiques et correspondent à une évolution anormale des gonadotrophines chorioniques humaines (hCG). Cependant, toute évolution anormale des hCG dans les suites d'une MH n'est pas synonyme de diagnostic de TTG et, pour éviter l'écueil du diagnostic en excès de TTG, la FIGO a publié en 2002 des critères biologiques minimaux précis de diagnostic d'une TTG post-molaire [2].

Une fois le diagnostic de TTG posé, un bilan d'extension à la recherche de métastases est nécessaire. Il permettra entre autres de calculer le score FIGO, score qui classera les TTG en bas risque ou haut risque et permettra de choisir entre monochimiothérapie ou polychimiothérapie [2,3]

La majorité des cas de TTG surviennent après une grossesse molaire complète, se produit dans 10-28% de même après une évacuation chirurgicale [4]. Le risque de malignité après une grossesse molaire partielle est significativement moins à 3-5% .la TTG invasif envahit le myomètre ou structures adjacentes et peuvent pénétrer dans le myomètre utérin provoquant une rupture utérine et hémopéritoine, comme le cas de notre patiente qui est survenu après évacuation complète, ce qui est de l'ordre de 4% après évacuation utérine complète d'une grossesse molaire [5,6]

Les facteurs de risque pour une telle évolution sont: [7]

- B HCG supérieur à 100000UI/L avant l'évacuation.
- Taille de l'utérus
- Kystes lutéiniques >6 cm.
- Age >40 ans.
- ATCDS de grossesse molaire.
- Problèmes médicaux associés.

Pour les patientes présentant un risque élevé, il est recommandé d'avoir recours à la chimio prophylaxie.

La surveillance biologique régulière selon les recommandations de FIGO permet le diagnostic précoce des TTG [2].

Les critères diagnostiques retenus sont ceux proposés en 2000 par le FIGO Oncology Committee (FIGO, 2002). Ils reposent sur un consensus d'experts [2].

L'imagerie est importante à la recherche de métastases, dont le siège le plus fréquent est les poumons, la radiographie pulmonaire est en principe suffisante pour ce dépistage, mais la TDM peut montrer des nodules pulmonaires non détectés à la radiographie.

Dans notre cas, la patiente ne présentait pas des signes cliniques de métastases pulmonaire à savoir toux dyspnée ou hémoptysie, le scanner a pu confirmer leurs absences au niveau pulmonaire et bien évidemment abdomino-pelvien.

La prise en charge consiste à la chimiothérapie en fonction du score de FIGO, pour notre patiente, ce score classe la tumeur à bas risque, donc une monochimiothérapie a été indiquée est démarrée selon le protocole de la FIGO à base de Methotrexate.

S'il y a une invasion maligne assez importante pour causer des saignements utérins ou une rupture, une hystérectomie peut être nécessaire pour contrôler l'hémorragie potentiellement mortelle [8].

Le traitement à long terme implique la chimiothérapie et possible résection chirurgicale des autres lésions métastatiques comme indiqué [9].

Le pronostic des TTN dépend du type, du stade d'invasion et le degré de métastases.

#### **4 CONCLUSION**

La rupture utérine suite à une TTG est une rare, d'autant plus si les recommandations de prise en charge sont bien appliquées, mais le risque reste toujours présent. Elle est grave car elle entraîne un choc hypovolémique pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le délai de prise en charge conditionne le pronostic. La prise en charge d'urgence consiste essentiellement à l'hystérectomie.

#### **CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

#### **CONTRIBUTIONS DES AUTEURS**

Tous les auteurs ont contribué à ce travail.

## REFERENCES

- [1] Genest D, Berkowitz RS, Fisher RA, Newlands ES, Fehr M. Gestational trophoblastic disease. Pathology and genetics. Tumours of the breast and female genital organs, ed. Fattaneh A, Tavassoli A, Devilee P. 2003 (5), Lyon: IARC press. 5.
- [2] FIGO. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. FIGO Oncology Committee. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77(3): 285-7.
- [3] CNGOF. Maladies trophoblastiques gestationnelles : diagnostic et prise en charge. 2010.
- [4] Soper JT, Mutch DG, Schink JC, American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No. 53. *Gynecol Oncol*. 2004 ; 93 (3) :575-585.
- [5] Hancock BW, Nazir K, Everard JE. Persistent gestational trophoblastic neoplasia after partial hydatidiform mole incidence and outcome. *J Reprod Med*. 2006 ; 51 (10) :764-766.
- [6] Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol*. 2009 ;112 (2):654-662.
- [7] Berkowitz RS, Goldstein DP, DuBeshter B, et al. Management of complete molar pregnancy. *J Reprod Med*. 1987;32 (3):634-639.
- [8] Chao A, Lin CT, Chang TC, et al. Choriocarcinoma with diffuse intra-abdominal abscess and disseminated intravascular coagulation: A case report. *J Reprod Med*. 2002 ;47 (7) :689-692.
- [9] Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 ; 204(4):11-18.