

Choc hémorragique sur rupture utérine révélant un choriocarcinome gestationnel

Hemorrhagic Shock on Uterine Rupture Showing up a Choriocarcinoma

P. Macquaire · J. Dubus

Reçu le 8 août 2021 ; accepté le 4 novembre 2021
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

Introduction

Le choriocarcinome gestationnel est une prolifération tumorale maligne des cellules trophoblastiques. Il est caractérisé par une élévation de l'hormone gonadotrophine chorionique (HCG) en dehors d'une grossesse évolutive [1]. Cette hormone est normalement produite par le placenta dans le cadre de la grossesse. Il possède un fort taux métastatique et de létalité. Dans de très rares cas, il peut se compliquer d'un choc hémorragique sur rupture utérine comme dans le cas que nous allons présenter.

Observation

Une patiente de 33 ans a consulté aux urgences pour des douleurs abdominales avec irradiation en fosse lombaire droite évoluant depuis 48 heures. On notait un accouchement par voie basse deux mois auparavant. Elle avait initialement consulté son médecin traitant devant la présence de signes fonctionnels urinaires et d'un état subfébrile. Il avait mis en place un traitement antibiotique par ofloxacine. Devant la majoration douloureuse ainsi que l'apparition de malaises et de sueurs, elle a été adressée aux urgences. À son entrée, elle présentait des signes de mauvaise tolérance hémodynamique avec une hypotension artérielle à 70/40 mmHg et une fréquence cardiaque à 120/min. La température était de 38,2 °C. L'examen clinique a retrouvé un abdomen douloureux dans son ensemble, prédominant en fosse iliaque droite sans défense ni contracture. La prise en charge initiale a débuté par un remplissage vasculaire jusqu'à 1 000 ml de cristalloïdes permettant de retrouver une tension artérielle à 100/60 mmHg. La gazométrie artérielle retrouvait une hyper-

lactatémie à 3,3 mmol/l pour un pH équilibré. Une sonde urinaire a été mise en place pour quantifier la diurèse et réaliser les prélèvements. Devant l'hypothèse première d'un sepsis à point de départ urinaire, elle est traitée de manière empirique par ceftriaxone et amikacine. Les HCG urinaires sont revenues positives sur la bandelette. Il est à noter que la patiente déclarait ne pas avoir eu de rapports depuis son accouchement. Une échographie au chevet de la patiente, effectuée par le médecin urgentiste, a retrouvé un épanchement intrapéritonéal, motivant la réalisation d'un scanner abdominopelvien en urgence. Il est décrit une probable rupture utérine antérolatérale à la jonction utérus–trompes avec constitution d'un volumineux hématome et un saignement actif au contact du pédicule ovarien droit (Fig. 1). La biologie a retrouvé une hémoglobine à 8,8 g/dl, un syndrome inflammatoire avec une CRP à 93 mg/l et une hyperleucocytose à 16,9 G/l. Les HCG plasmatiques sont revenues positives à 4 512 UI/l. La patiente a été transfusée d'un culot globulaire aux urgences, et l'équipe de gynécologie-obstétrique de garde a été contactée devant la suspicion de grossesse extra-utérine rompue. La patiente a été transférée au bloc des urgences pour une prise en charge chirurgicale par laparotomie exploratrice conjointement avec le chirurgien obstétricien et viscéral. Elle a présenté au décours un collapsus cardiovasculaire sévère sur hémorragie massive à la décompression nécessitant la mise en place de noradrénaline jusqu'à 0,35 µg/kg par minute. La perte sanguine totale peropératoire a été estimée à 2,9 l, la patiente a été transfusée de six culots globulaires. L'utérus était visualisé déformé par plusieurs zones rondes d'aspect nécrotique en surface, saignant spontanément et permettant la communication avec la cavité utérine. Il a été décidé d'une hystérectomie d'hémostase pour instabilité hémodynamique. L'étude anatomopathologique de la pièce a retrouvé environ sept effractions de la paroi avec de très nombreux remaniements hémorragiques et nécrotiques. L'histologie a retrouvé une prolifération tumorale maligne avec de volumineuses cellules trophoblastiques bordées par des cellules multinucléées syncytiotrophoblastiques. Des images mitotiques atypiques étaient visibles ainsi

P. Macquaire (✉) · J. Dubus
Service d'accueil des urgences, CHU de Caen,
avenue de la Côte-de-Nacre,
F-14033 Caen cedex 09, France
e-mail : macquaire-p@chu-caen.fr

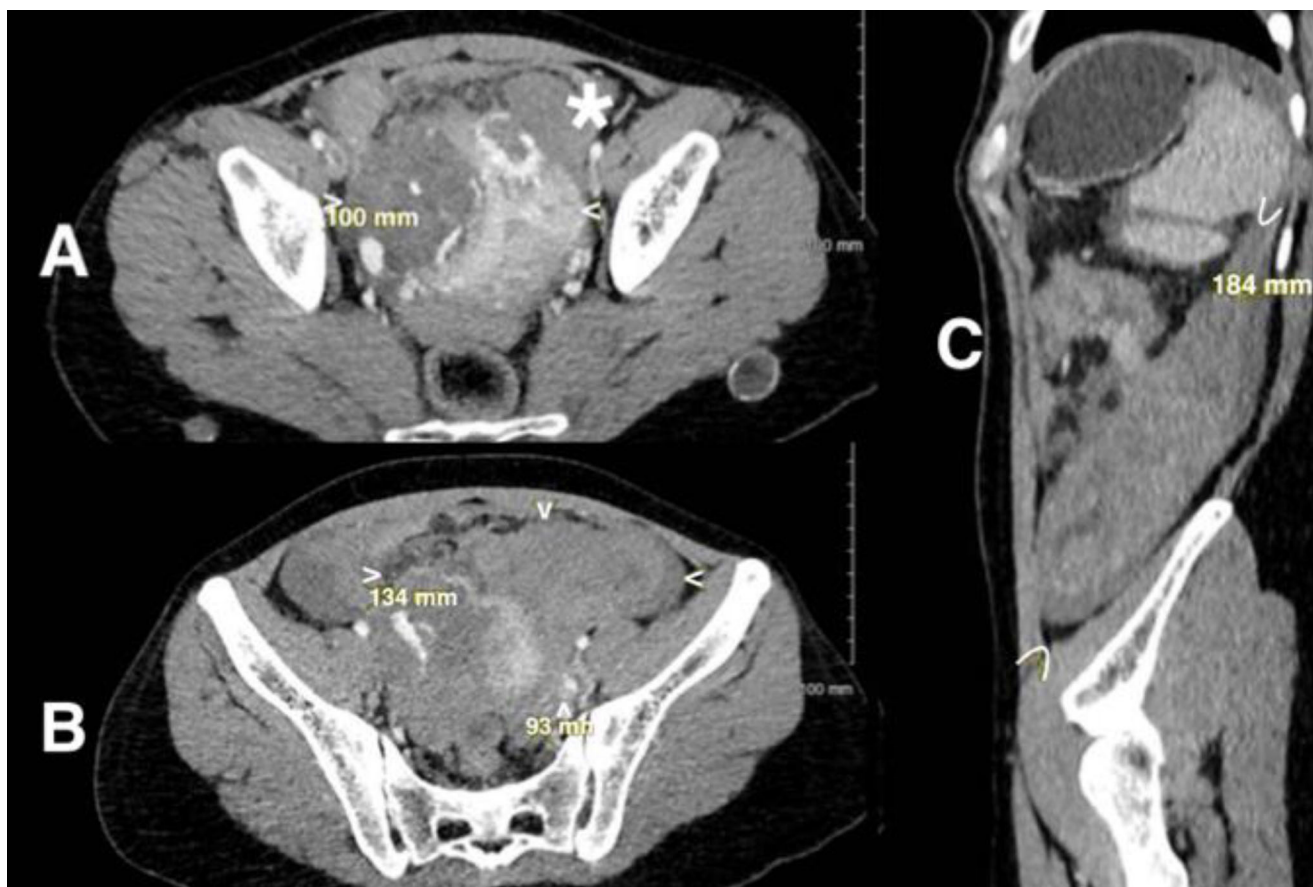


Fig. 1 Scanner abdominopelvien en coupe axiale (A et B) et en coupe sagittale (C). Saignement actif du pédicule ovarien (astérisque). Hématome de 134 mm par 93 mm (B) par 184 mm de grand axe (C)

que des images d'embolies vasculaires au sein du myomètre en périphérie. La conclusion est celle d'un choriocarcinome gestationnel. La patiente a été transférée en réanimation. Elle a été sevrée des catécholamines, de la sédation et extubée la journée de son admission. Elle est ensuite transférée en gynécologie. Les suites de l'hospitalisation sont simples. La patiente a été revue en consultation gynécologique pour la vérification de la décroissance sanguine des HCG ainsi que le suivi de sa pathologie.

Discussion

Le choriocarcinome gestationnel est une néoplasie rare qui touche environ un cas sur 1,6 million de grossesses intra-utérines. L'âge d'apparition se situe en moyenne aux alentours de 30 ans. Il s'agit de la forme maligne des maladies gestationnelles trophoblastiques. Il est caractérisé par un envahissement des tissus sains par des cellules épithéliales trophoblastiques tumorales. Il est à haut risque métastatique dont les sites préférentiels sont pulmonaire, cérébral et hépatique. Le diagnostic se fait principalement par la persistance

et l'élévation du taux d'HCG plasmatiques en dehors d'une grossesse évolutive. Les signes révélateurs sont habituellement des métrorragies, une augmentation du volume utérin ou des douleurs abdominales à distance d'un événement obstétrical [2]. Cette présentation symptomatologique doit donc toujours faire l'objet d'une recherche des HCG. En cas de positivité de ces dernières et de l'absence de grossesse évolutive ou d'une grossesse extra-utérine, une maladie gestationnelle trophoblastique doit alors être évoquée. Des cas de tumeurs trophoblastiques ont été décrits chez des patientes en période de postménopause [3].

Les causes de ruptures utérines comme tableau initial de découverte du choriocarcinome gestationnel sont encore floues. Il s'agit de tumeurs hautement vascularisées et avec un fort taux d'invasion du myomètre. Les vaisseaux sanguins sont alors envahis par le trophoblaste ectopique. Les multiples vaisseaux sanguins envahis thromboses rapidement et entraînent l'apparition de plages infarctées. Tandis que d'autres vaisseaux développent des anévrismes paranéoplasiques entraînant un saignement à l'intérieur de la masse tumorale [4]. Le traitement repose sur une chirurgie d'exérèse dans les plus brefs délais. Elle consiste en une

laparotomie exploratrice pour l'identification de la nature et la localisation de la rupture. Devant l'aspect histologique nécrotique, la suture utérine est impossible, conduisant à la réalisation d'une hystérectomie de sauvetage [5]. La prise en charge initiale est celle du choc hémorragique. Le remplissage vasculaire doit être précoce et rapide et repose principalement sur l'administration de cristalloïdes. L'administration de produits sanguins labiles doit être utilisée pour limiter l'hémodilution et la coagulopathie fréquemment associée et possiblement plus sévère dans le contexte de grossesse. L'utilisation de catécholamines est parfois nécessaire en cas d'hypotension résistante au remplissage. Le traitement repose sur des manœuvres d'hémostase adéquates [6]. Un enjeu majeur de cette prise en charge est l'apport de l'échographie abdominale clinique dans la démarche diagnostique. Il est en effet recommandé que l'urgentiste soit capable de détecter un épanchement péritonéal de moyenne à grande abondance [7]. Celle-ci a permis d'augmenter la précision diagnostique, de guider la prise en charge et l'orientation de la patiente.

En conclusion, le choriocarcinome est une tumeur très rare, sa présentation par rupture utérine l'est encore plus. Ce cas conforte l'intérêt du dosage des HCG aux urgences, qui doit être fait de manière très large lors de l'accueil d'une patiente pour un tableau abdominal. Il montre également l'apport de l'échographie abdominale clinique par l'urgen-

tiste pour la réalisation d'examen complémentaires ou l'orientation du patient présentant des signes de gravité.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Mangla M, Deepak S, Harpreet K, Sushmita S (2017) Unusual clinical presentations of choriocarcinoma: a systematic review of case reports. *Taiwan J Obstet Gynecol* 56:1–8
2. Hui P (2019) Gestational trophoblastic tumors: a timely review of diagnostic pathology. *Arch Pathol Lab Med* 143:65–74
3. Linping W, Yunzhe W, Yue S, et al (2019) Pure nongestational uterine choriocarcinoma in postmenopausal women: a case report with literature review. *Cancer Biol Ther* 20:1176–82
4. Agarwal M, Kumar R, Pyrbot J, Singh AS (2015) Choriocarcinoma with uterine rupture and shock: a rare case report. *J Clin Diagn Res* 9:20–1
5. Tanos V, Toney Z (2019) Uterine scar rupture: prediction, prevention, diagnosis and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 59:115–31
6. Gann DS, Drucker WR (2013) Hemorrhagic shock. *J Trauma Acute Care Surg* 75:888–95
7. Duchenne J, Martinez M, Rothmann C, et al (2016) Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé. *Ann Fr Med Urgence* 6:284–95