

## CHORIOCARCINOME GESTATIONNEL : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SYLVANUS OLYMPIO À PROPOS DE 33 CAS COLLIGES DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2012 AU 31 DÉCEMBRE 2022

B. DOUAGUIBE, K. ABALO, P. TONGOU, F. BARARMNA-BAGOU, Y. KAMBOU, R. MAWOUGBE, D.R. AJAVON, A. KÉTÉVI

### RESUME

**Introduction** : Le choriocarcinome gestationnel (CG) est une tumeur maligne rare mais hautement curable par une prise en charge adaptée. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostique du CG au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé.

**Méthode** : Il s'est agi d'une étude descriptive allant du 1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2022. La collecte de données a été rétrospective. Étaient inclus les dossiers des patientes atteintes de Choriocarcinome gestationnel (CG) pendant la période d'étude, traitées et suivies à la clinique gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio.

**Resultats** : Au total 33 cas de CG ont été enregistrés pour 101430 grossesses sur 11 ans ( soit 03 CG/an ou 32/100000 grossesses ). Le profil épidémiologique retrouvé était une femme jeune ayant un âge moyen de 28,4 ans, de parité inférieure à 3 (63,6 %), ayant une activité à faible revenu (70 %) et ayant un niveau secondaire/universitaire (52 %). Le CG était survenu le plus souvent dans les 06 mois (75,7 %) suivant une grossesse molaire, le plus souvent n'ayant pas été suivie (51,8 %). Les principales circonstances de découverte étaient les métrorragies persistantes (48,5 %) et l'élévation des bêta hCG plasmatique (39,4 %). Le site métastatique principal était les poumons dans 42 %. La chimiothérapie était administrée chez 28 patientes avec 33 % en monothérapie au méthotrexate. Le pronostic était favorable dans 64,6 %.

**Conclusion** : Le choriocarcinome gestationnel est un véritable problème de santé dans notre pays. Il survient en général chez des paucipares jeunes à bas niveau socio-économique. Le pronostic est favorable dans près de trois quart de cas malgré les difficultés de prise en charge thérapeutique.

**Mots-clés** : Choriocarcinome gestationnel ; Chimiothérapie ; Pronostic ; Togo.

### SUMMARY

**Gestational choriocarcinoma: epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects at the Sylvanus Olympio University Hospital Center about 33 cases collected from January 1<sup>st</sup>, 2012 to December 31<sup>st</sup>, 2022.**

**Introduction:** Gestational choriocarcinoma (GC) is a rare but highly curable malignant tumor with appropriate management. The objective of this study was to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of CG at Sylvanus Olympio Teaching Hospital in Lomé.

**Method:** This was a descriptive study from January 1<sup>st</sup>, 2012 to December 31<sup>st</sup>, 2022. Data collection was retrospective. Included were the files of patients with Gestational Choriocarcinoma (GC) during the study period treated and followed at the gynecology-obstetrics clinic of Sylvanus Olympio Teaching Hospital.

**Results:** A total of 33 cases of CG for 101,430 pregnancies were recorded over 10 years (i.e. 03 CG/year or 32/100,000 pregnancies). The epidemiological profile found was a young woman with an average age of 28.4 years, parity less than 3 (63.6%), having a low-income activity (70%) and having a secondary-university level (52%). CG occurred most often within 06 months (75.7%) following a molar pregnancy, most often not having been followed (51.8%). The main circumstances of discovery were persistent metrorrhagia (48.5%) and rising of plasma beta hCG (39.4%). The main metastatic site was the lungs in 42%. Chemotherapy was administered in 28 patients with 33% receiving methotrexate monotherapy. The prognosis was favorable in 64.6%.

**Conclusion:** Gestational choriocarcinoma is a real health problem in our country. It generally occurs in young nulliparous women with low socio-economic status. Most time the prognosis is favorable despite the difficulties of care encountered.

**Keywords:** Gestational choriocarcinoma; Chemotherapy; Prognosis; Togo.

**Tirés à part** : Email : Douaguibe@hotmail.com

DOUAGUIBE B., ABALO K., TONGOU P., BARARMNA-BAGOU F., KAMBOU Y., MAWOUGBE R., AJAVON D.R., KÉTÉVI A.. Choriocarcinome gestationnel : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio à propos de 33 cas colligés du 1<sup>er</sup> Janvier 2012 au 31 Décembre 2022. Journal de la SAGO, 2025, vol.26, n°1, p. 12-16

## INTRODUCTION

Le choriocarcinome gestationnel est une tumeur maligne rare à fort potentiel métastatique appartenant à une entité nosologique que sont les maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) dont le dénominateur commun est une hypersécrétion d'hormone choriogonadotrope [1,2].

Le choriocarcinome est rare en Europe, en Amérique du nord et en Australie. La fréquence des choriocarcinomes reste par contre élevée en Afrique, en Asie et en Amérique latine [3]. Cette tumeur peut survenir après n'importe quel type de processus gravidique [4,5]. Ainsi, 50% des choriocarcinomes gestationnels survient après une môle hydatiforme, 25 % après un avortement et 22 % surviennent après une grossesse normale [6]. Le diagnostic du choriocarcinome gestationnel se fonde généralement sur les métrorragies inexplicables et des taux élevés de  $\beta$ -hCG en dehors de la grossesse. Typiquement on note une absence de normalisation ou une réascension des taux d'hCG totale sérique après la fin de la grossesse [1,4]. Exceptionnellement, le diagnostic peut être suspecté devant des manifestations cliniques liées aux métastases [7,8].

Le choriocarcinome gestationnel (CG) est hautement curable par une prise en charge adaptée. A notre connaissance peu d'études ont été réalisées sur le CG dans le service. Ceci nous a amené à réaliser cette étude dont l'objectif général était de décrire les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostique du choriocarcinome gestationnel au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio; et spécifiquement de :

- déterminer la fréquence annuelle du CG
- déterminer les facteurs de risque du CG
- identifier les circonstances de découvertes du CG
- décrire la chimiothérapie dans la prise en charge du CG
- déterminer le taux de décès des patientes atteintes du CG.

## I. METHODES

Il s'est agi d'une étude descriptive sur une période de 11 ans allant du 1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2022 dans le service de gynécologie du centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio. La collecte des données a été retrospective à partir des dossiers d'hospitalisation et les rapports mensuels d'activités de la clinique.

Etaient inclus tous les dossiers des patientes ayant consultées ou qui ont été référées dont le diagnostic de choriocarcinome gestationnel a été retenu et prises en charge dans le service.

Etaient exclues de l'étude les patientes référées pour choriocarcinome gestationnel mais décédées à l'admission. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques (âge, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale); les données cliniques (antécédent de grossesse molaire, mode d'admission, les éléments de l'examen physique); les données paracliniques (taux d'hémoglobine à l'entrée, le taux de B hCG à l'admission, les résultats de l'échographie et de l'histologie, les résultats des bilans d'extension) et les données du traitement et du pronostic. La saisie et l'analyse des données ont été faites grâce aux logiciels EPI data 3.1 et Rstudio version 3.6.3.

## II. RESULTATS

### Aspects épidémiologiques

#### - Fréquences

Durant la période d'étude, 33 cas de choriocarcinomes gestationnels ont été enregistrés pour 101430 grossesses, soit une incidence moyenne annuelle de 03 choriocarcinomes gestationnels et une fréquence de 32 Choriocarcinomes gestationnels pour 100.000 grossesses.

#### - Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des patientes était de 28,4 ans avec des extrêmes de 17 ans et 43 ans. Elles étaient sans emploi (36 %). Deux pour-cent étaient des fonctionnaires et les autres patientes menaient une activité génératrice de faible revenu (revendeuse, couture, coiffeuse...)

#### Antécédents

Les primigestes étaient les plus concernées (33%). Les nullipares et les primipares représentaient 54% des patientes. 52 % des patientes avaient un niveau secondaire/universitaire, 39 % un niveau primaire et 9 % non scolarisées. 81% des patientes avaient un antécédent de grossesse molaire ayant bénéficié d'un suivi dans 39% et 30% perdues de vues (tableau I). Elles étaient référées dans 66,7%.

**Tableau I :** Répartition des patientes selon les antécédents

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Gestité		
Primigeste	11	33,3
Paucigeste	10	21,1
Multigeste	12	33,3
Parité		
nullipare	10	30,3
primipare	08	24,2
paucipare	08	24,2
multipare	07	21,2
Antécédents		
Grossesse molaire	27	81,8
avortement	04	12,1
Accouchement normal	02	06,1
Suivi post molaire		
oui	13	48,1
non	14	58,1
Perdue de vue	10	37,0
Traitement non adapté	04	14,8
Délai de survenue (mois)		
[2-4[	14	42,4
[4-6[	11	33,3
[6-8[	03	09,1
[8-10]	05	15,2

## Aspects diagnostiques

### - Circonstances de découverte

Le diagnostic du choriocarcinome gestationnel a été évoqué devant les métrorragies persistantes dans 48 % de cas et une persistance de l'élévation des  $\beta$ -hCG au cours de la surveillance post molaire chez 9 patientes (tableau II).

### - Examen physique

L'état général était altéré dans 66,7 %. L'examen avait permis d'objectiver des saignements endo-utérins chez 57 % des patientes (tableau II)

### - Examen paraclinique

Le taux de  $\beta$ -hCG était supérieur à 50 000 UI/L dans plus de 75 % des cas. L'échographie pelvienne avait été pratiquée chez toutes les patientes. Elle a permis d'objectiver une augmentation du volume de l'utérus chez 30 patientes avec présence des kystes ovariens chez 12 des patientes.

L'examen anatomo-pathologique des biopsies et des pièces opératoires d'hystérectomies avait permis de confirmer le diagnostic chez 23 patientes (69,7 %) chez qui cet examen avait été réalisé.

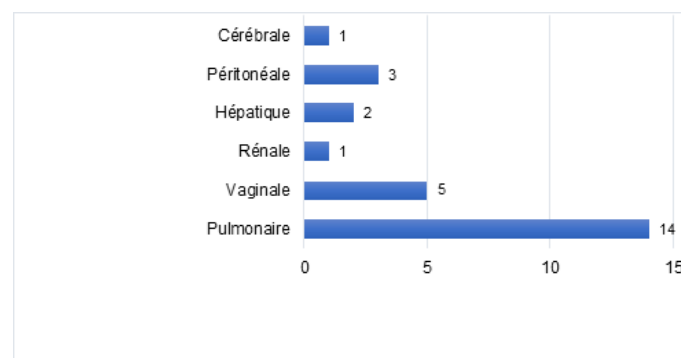
L'anémie était retrouvée dans 87,9 % ; 55,6 % avaient un Taux d'hémoglobine inférieur à 6g/dl.

**Tableau II :** Répartition des patientes selon les données d'examen physique et biologique

Données examens	Effectif	%
Circonstances de découverte		
Métrorragies persistantes	16	48,5
Persistance de l'élévation du B-hCG	13	39,4
Douleurs pelviennes	02	6,1
Masse pelvienne	01	3,0
Douleurs thoraciques	01	3,0
Examen clinique		
Saignement d'origine utérine	19	57,2
Masse(tumeur)vaginale	05	15,1
Col utérin et parois vaginales sains	16	48,5
Gros utérus	19	57,2
B-hCG plasmatique (mUI/ml)		
Inférieur à 50000	07	21,2
50000 -100000	06	18,2
100000-150000	07	21,2
150000-200000	03	9,1
200000-250000	06	18,2
Supérieur à 250000	04	12,1

### - Bilan d'extension

Les métastases pulmonaires étaient retrouvées seules ou associées à d'autres foyers métastatiques dans 42 % des cas (figure 1).



**Figure 1 :** Répartition des patientes selon les sites de métastases (N =26)

Vingt-deux patientes avaient un choriocarcinome gestationnel à bas risque et les 11 restantes un CG à haut risque.

### Aspects thérapeutiques

Vingt-sept patientes (81,8 %) avaient bénéficié d'une chimiothérapie : 40,8 % en monothérapie au Méthotrexate et 59,1 % en polychimiothérapie (Méthotrexate + Oncovin + cyclophosphamide + etoposide). Une hystérectomie totale a été faite chez 7 patientes (21,2 %) et parmi elles, 02 étaient des nullipares. La transfusion sanguine a été faite dans 67 %.

## Aspects pronostiques

Le taux de rémission était de 64,6 % et celui de décès de 21,2 %. 15,2 % des patientes étaient perdues de vues

## DISCUSSION

La fréquence moyenne annuelle du CG de 03 (soit 32CG/100000 grossesses) dans cette étude est similaire à celle rapportée par Ndiade et al [9] en 2022 à Dakar. Par contre elle reste inférieure à celle de Boutteffal et al (43CG/100000 grossesses) [3] au Maroc. Cette fréquence élevée dans cette étude peut s'expliquer par l'absence d'observance du protocole de suivi par les patientes traitées pour môle hydatiforme (48 % suivie) et l'absence de chimioprophylaxie au méthotrexate systématique dans la prise en charge des grossesses molaïres chez nos patientes à risques telles : âge jeune (âge moyen de 28,4 ans), le bas niveau socio-économique [9,10]. En plus l'étude était menée dans le centre national de référence du pays.

Les nullipares étaient les plus représentées dans 30,3% et avaient un antécédent de grossesse molaïre (80%) n'ayant pas observée le protocole de surveillance post - molaïre dans 51,8%. Boutteffal [3] et Ndiade [9] qui avaient retrouvé 62,5% et 57,1% de multipares ; Froeling et al [2] ont rapporté 50% d'antécédents de grossesses molaïres. Ce résultat peut s'expliquer dans cette étude par l'âge de la première grossesse avancée dans le pays à cause de la forte scolarisation de la jeune fille (niveau secondaire/ universitaire : 52 %), mais n'arrivant pas à se prendre en charge (coût élevé de la prise en charge).

Le diagnostic était suspecté devant les métrorragies (48%) et la persistance de l'ascension des  $\beta$ -hCG au cours de la surveillance post - molaïre chez 9 patientes qui constituent les principales circonstances de diagnostics dans la littérature [2,3,8]. L'examen anatomo-pathologique des biopsies et des pièces opératoires d'hystérectomies avait permis de confirmer le diagnostic chez 23 patientes chez qui cet examen avait été réalisé. La confirmation histologique n'est néanmoins pas obligatoire pour démarrer le traitement [3,8]. Les métastases pulmonaires étaient retrouvées dans 42%. Behtash [10] a trouvé 80% de localisation pulmonaire. Les poumons sont le site préférentiel des métastases de choriocarcinome gestationnel [11].

La prise en charge des patientes a consisté à une chimiothérapie (81%) et/ou à une hystérectomie (21%). La monothérapie par le Méthotrexate, selon le protocole de Goldstein, avait été utilisée chez 11 patientes qui ont présenté un CG à bas risque [12] et la polychimiothérapie selon le protocole de l'EM-CO.

L'indisponibilité de l'Adriamycine dans le pays pour le protocole EMA-CO selon les recommandations explique cela . Boutteffal [3] avait rapporté 37% d'hystérectomie. L'hystérectomie d'hémostase était pratiquée chez les patientes à cause des métrorragies non maîtrisées ou chez celles qui étaient multipares et qui ne pouvaient pas honorer la polychimiothérapie.

Le taux de rémission était de 64% et le décès était survenu dans 21,2%. Le taux élevé de décès dans notre série peut s'expliquer par le manque de moyens financiers pour se procurer les médicaments de la chimiothérapie. Le coût de la chimiothérapie au Togo avoisine les 100.000 Francs CFA pour la monothérapie et entre 250.000 et 350.000 Francs CFA pour la polychimiothérapie, alors que le SMIG était de 45000 FCFA.

## CONCLUSION

Le choriocarcinome gestationnel est un véritable problème de santé dans notre pays. Il survient en général chez des nullipares jeunes à bas niveau socio-économique. Le pronostic est favorable dans plus de la moitié des cas malgré les difficultés rencontrées. L'amélioration du pronostic du choriocarcinome gestationnel pour la décennie à venir doit passer par la sensibilisation des patientes à risque du choriocarcinome sur l'intérêt du suivi post molaïre et la subvention de la prise en charge.

## REFERENCES

1. **Singh J, Sharma S, Kour K, Bashir S.** Prevalence of molar pregnancy in a tertiary care hospital. *Annals of Applied Bio-Sciences* 2016 ; 3(1) :261-300.
2. **Froeling F, Seckl M.** Gestational trophoblastic tumors : an update for 2014. *Curr Oncol Rep* 2014 ; 16(11) : 408.
3. **Bouffetal H.** Complete hydatiforme mole in Morocco : epidemiological and clinical study. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2011, 40(5):419–429.
4. **Hui P.** Gestational trophoblastic tumors : A timely review of diagnostic pathology. *Arch Pathol Lab Med* 2019 ;143 (1) : 65-74
5. **Dénakpo J, Aguèmon C, Lokossou A, Salifou K.** La maladie trophoblastique gestationnelle au Bénin : Résultats de la prise en charge de 83 cas. *Burkina Médical* 2011 ; 15(2) : 87- 95.
6. **Ramos A.** Morphological and electrical properties of human trophoblast choriocarcinoma. *Placenta*, 2008 ; 29:492–502.

7. **Rasamimanana N, Rajaonarison J, Tohaina D, Refeno V.** Choriocarcinome métastatique diagnostiqué et pris en charge aux urgences dans un pays à faible ressources. *European Scientific Journal*, ESJ 2020 ; 16 (12) : 385
8. **Sadiki B, Lakmichi M, Fettouh A, Dahami Z.** Choriocarcinome révélé par une métastase rénale. *Afr J Urol* (2014). <http://dx.doi.org/10.1016/j.afju.2014.03.037>
9. **Ndiade A, Gaye A, Thiam I, Diallo M, Guisse A.** Aspects pgestationnels à Dakar (2013-2020). *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2022 ; 106(354) :16-17
10. **Behtash N, Behnamfar F, Hamedi B, Ramezanzadeh F.** Term delivery following successful treatment of choriocarcinoma with brain metastases, a case report and review of literature. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 279 (4):579–581.
11. **Goldstein D, Berkowitz R.** Current Management of Gestational Trophoblastic Neoplasia. *Hematol Oncol Clin N Am* 2012 ; 26 :111-31.
12. **Yuanqian C, Linan L, Wei Z, Xin Z.** Case Report Successful treatment of choriocarcinoma with multiple organ metastases after term delivery: a case report. *Int J Clin Exp Med* 2017;10(3):5468-5474