Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Jaccr SURGERY

Cas clinique

Localisation pulmonaire volumineuse, nécrosée et surinfectée d'un probable choriocarcinome gestationnel : place et limites de la chirurgie thoracique, à propos d'un cas et revue de la littérature

Large, necrotic and infected pulmonary localisation of a probable gestational choriocarcinoma: role and limits of thoracic surgery. A case report and review of the literature

DD Banga Nkomo*[1,2], AL Ntyo'o Nkoumou[3], A Ndoumba[3], SN Chuente Sime[1], J Sango[2], F Atemkeng Tsatedem[1], W Ngatchou Djomo[2,4]

Résumé

Contexte : Le choriocarcinome gestationnel est une tumeur trophoblastique maligne. Il s'agit d'une tumeur agressive dont le poumon constitue le principal site métastatique. Cette tumeur étant chimiosensible, la prise en charge de ces localisations pulmonaires fait rarement appel à la chirurgie thoracique.

Observation : Nous rapportons le cas d'une localisation pulmonaire volumineuse, nécrosée et surinfectée d'un probable choriocarcinome gestationnel diagnostiquée cinq ans après une grossesse molaire chez une femme âgée de 39 ans, et dont l'issue thérapeutique a été défavorable malgré une prise en charge associant une pleuropneumonectomie et une chimiothérapie adjuvante.

Objectif : Ce cas sert de point de départ à une revue narrative de la littérature sur la place et les limites de la chirurgie thoracique dans la prise en charge des localisations pulmonaires du choriocarcinome gestationnel.

Mots-clés : Choriocarcinome gestationnel ; tumeur trophoblastique gestationnelle ; métastase pulmonaire ; chirurgie thoracique ; pleuropneumonectomie.

Abstract

Background: Gestational choriocarcinoma is a malignant trophoblastic tumor. It is an aggressive neoplasm, with the lungs being the main site of metastasis. As this tumor is highly chemosensitive, the management of pulmonary metastases rarely involves thoracic surgery.

Case presentation: We report the case of a large, necrotic, and infected pulmonary lesion secondary to a gestational choriocarcinoma, diagnosed five years after a molar pregnancy in a 39-year-old woman. The clinical outcome was unfavorable despite combined management with pleuropneumonectomy and adjuvant chemotherapy.

Objective: This case serves as the basis for a narrative review of the literature on the role and limitations of thoracic surgery in the management of pulmonary metastases from gestational choriocarcinoma.

Keywords: Gestational choriocarcinoma; gestational trophoblastic neoplasia; pulmonary metastasis; thoracic surgery; pleuropneumonectomy.

Introduction

Le choriocarcinome gestationnel est une tumeur trophoblastique maligne pouvant survenir après différents événements gestationnels, notamment une grossesse molaire, une grossesse normale, une grossesse extra-utérine ou un avortement. Il se caractérise par une forte propension à la dissémination hématogène, le poumon constituant le principal site métastatique. Les localisations vaginales, hépatiques et cérébrales sont également décrites [1,2]. Cette tumeur étant chimiosensible, la

chimiothérapie constitue le traitement de référence des formes métastatiques. La chirurgie thoracique est principalement envisagée dans des situations sélectionnées, notamment en cas de nécessité diagnostique, de complication thoracique menaçant le pronostic ou de foyer pulmonaire persistant, résistant ou récidivant malgré une chimiothérapie appropriée [1,3–6]. Nous rapportons le cas d'une localisation pulmonaire volumineuse, nécrosée et surinfectée d'un choriocarcinome gestationnel diagnostiquée cinq ans après une grossesse molaire chez une femme âgée de 39 ans, et dont l'issue thérapeutique a été défavorable avec apparition secondaire d'une métastase cérébrale puis décès de la patiente après une prise en charge associant une pleuropneumonectomie et une chimiothérapie adjuvante.

Observation

Une patiente de 39 ans a été adressée pour une dyspnée d'effort progressivement croissante, classée mMRC 3–4, associée à des douleurs thoraciques à type de pesanteur et à une toux sèche.

Ses antécédents gynéco-obstétricaux retrouvaient une grossesse molaire survenue cinq ans auparavant, lors de sa neuvième grossesse. Celle-ci avait été traitée par aspiration manuelle intra-utérine puis par chimiothérapie à base de méthotrexate. La patiente avait été suivie pendant deux ans avant d'être perdue de vue. Au cours de ce suivi, le taux de β-hCG était passé d'environ 1 000 000 à 210 mUI/mL.

À l'admission, l'état général était altéré, avec un score Organisation Mondiale de la santé (OMS) à 3. La patiente était fébrile à 38,2 °C, tachycarde à 140 battements/min et polypnéique à 32 cycles/min, avec une pression artérielle à 104/69 mmHg. L'examen thoracique retrouvait un syndrome de condensation pulmonaire gauche. L'examen gynécologique était sans particularité.

La radiographie thoracique et la tomodensitométrie thoracique mettaient en évidence une volumineuse masse pulmonaire gauche hétérogène, à composantes tissulaire et liquidienne, mesurant 13,4 × 10,3 × 18 cm (Figures 1 et 2). Elle était responsable d'un important effet de masse avec refoulement médiastinal vers la droite et s'accompagnait d'adénopathies médiastinales homolatérales. Le bilan d'extension ne retrouvait pas de localisation secondaire abdominale, pelvienne ou cérébrale.

Le taux sérique de β-hCG était très élevé, à 75 573 mUI/mL, alors que le test urinaire de grossesse était négatif. Compte tenu de l'antécédent de grossesse molaire et de cette élévation importante des β-hCG, l'hypothèse d'un probable choriocarcinome gestationnel avec localisation pulmonaire a été retenue. Nous avons classé la patiente au stade III de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) avec un score de risque élevé (tableau 1).

Tableau 1: Calcul du score pronostique FIGO/OMS de la patiente selon le système de scoring actualisé en 2025

Facteur	Donnée documentée	Score	Justification
Âge	39 ans	0	<40 ans
Grossesse antérieure	Grossesse molaire	0	Grossesse molaire
Intervalle depuis la grossesse index	≈ 60 mois	4	>12 mois
β-hCG préthérapeutique	75 573 mUI/mL	2	>10 000 à <100 000
Taille tumorale maximale	18 cm	2	≥5 cm
Site métastatique	Poumon	0	Poumon
Nombre de métastases	1 site pulmonaire documenté	1	1–4 métastases
Chimiothérapie antérieure échouée	Non	0	—
Score total		9	Haut risque (≥ 7)

Des biopsies transthoraciques réalisées avant l'admission dans notre service n'avaient pas permis d'établir le diagnostic, probablement en raison de l'importante composante nécrotique de la masse. Compte tenu du caractère inhabituel et extrêmement volumineux de la lésion, de l'absence de diagnostic histologique et de l'effet de masse médiastinal responsable d'une symptomatologie importante, une indication de chirurgie thoracique a été retenue à visée à la fois diagnostique et symptomatique.

L'exploration chirurgicale a montré un poumon gauche détruit sur près des quatre cinquièmes de son volume et contenant environ deux litres de nécrose tissulaire, avec plusieurs zones de préfistulisation. La tumeur s'étendait au nerf phrénique gauche et au péricarde adjacent. Le geste réalisé a consisté en une pleuropneumonectomie gauche avec résection du nerf phrénique.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à une localisation pulmonaire

d'un choriocarcinome gestationnel probable (Figure 3). L'analyse bactériologique du contenu purulent a isolé *Eikenella corrodens*, sensible au céfotaxime et à la ceftriaxone.

Après contrôle du processus infectieux par céfotaxime, une chimiothérapie selon le protocole bléomycine–étoposide–cisplatine (BEP) a ensuite été instaurée. Après deux cycles de chimiothérapie de 21 jours, la patiente a présenté des crises convulsives focales de l'hémicorps droit. L'IRM cérébrale a objectivé une lésion intraparenchymateuse compatible (Figure 4), dans ce contexte, avec une métastase cérébrale de choriocarcinome gestationnel. Cette évolution s'accompagnait d'une nouvelle augmentation du taux de β-hCG, alors que ce taux avait initialement diminué après la pleuropneumonectomie. L'évolution ultérieure a été défavorable, avec décès de la patiente quelques semaines plus tard.

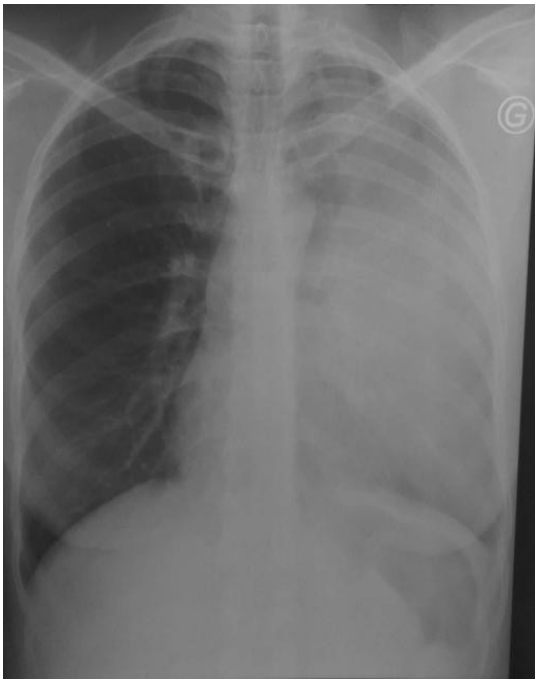


Figure 1 : Radiographie thoracique de face montrant une opacité homogène de l'hémithorax gauche

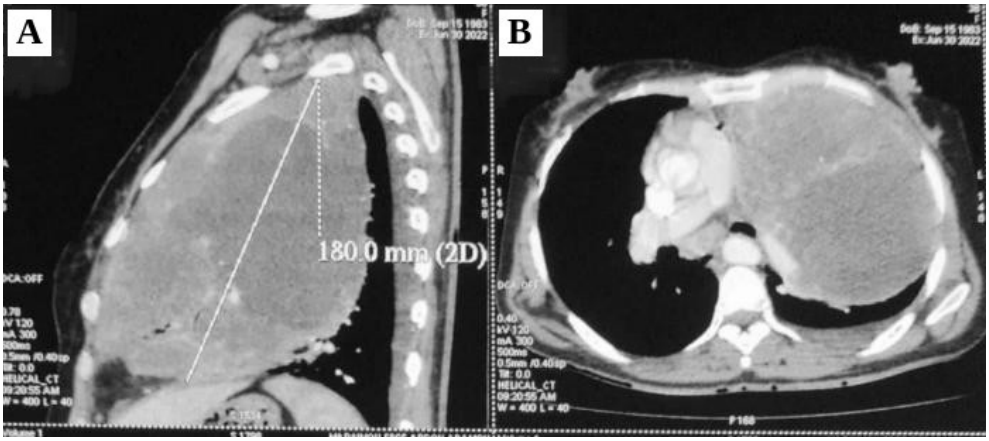


Figure 2 : Scanner thoracique en coupes sagittale (A) et axiale (B) montrant une masse tissulaire hétérogène d'environ 18 cm de l'hémithorax gauche, refoulant le médiastin vers la droite

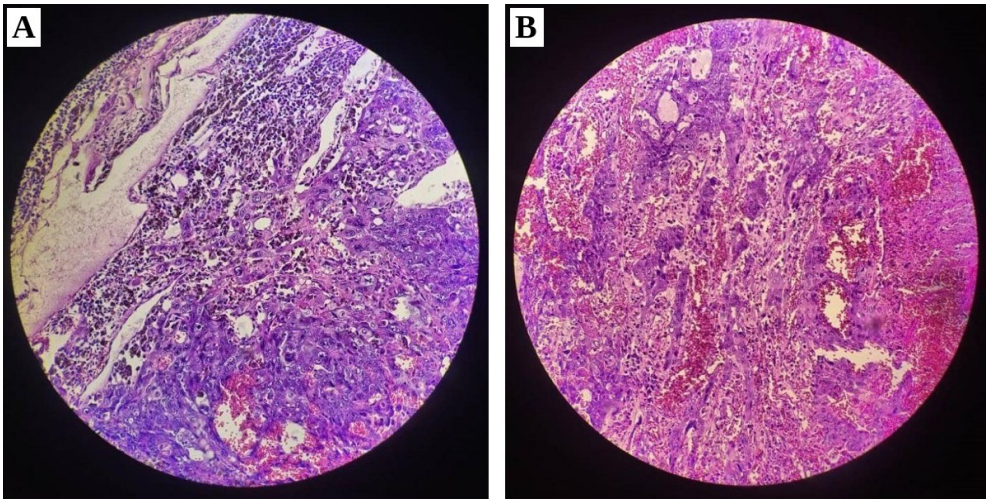


Figure 3 : Coupes histologiques d'un choriocarcinome (coloration hématoxyline-éosine, grossissement × 20). A : zone de nécrose coagulative étendue avec un stroma fibro-œdémateux infiltré par des plasmocytes, des lymphocytes et des polynucléaires neutrophiles. B : prolifération tumorale maligne d'aspect trabéculaire constituée de cellules cohésives aux atypies cytonucléaires (contours cytoplasmiques flous, pléomorphisme nucléaire, contours nucléaires irréguliers, chromatine marbrée et marginalisée, nucléole visible)



Figure 4 : IRM cérébrale, coupe axiale en séquence T2/FLAIR : lésion expansive intra-axiale fronto-pariétale gauche à centre nécrotique ou kystique, entourée d'un important œdème vasogénique, avec effet de masse et déplacement des structures médianes, évocatrice d'une métastase cérébrale

Discussion

Le choriocarcinome gestationnel est une tumeur rare mais particulièrement agressive en raison de sa dissémination hématogène. Les poumons représentent le principal site métastatique [1,2,7].

Les manifestations radiologiques pulmonaires sont variables. Dans une série de 85 patientes atteintes de tumeur trophoblastique gestationnelle, 32 patientes (37,6 %) présentaient des métastases pulmonaires et l'aspect le plus fréquent était celui de nodules bien limités. Des lésions cavitaires, des opacités en verre dépoli et des lésions hémorragiques peuvent également être observées [7,8].

La présentation de notre patiente était donc très atypique. La lésion mesurait 18 cm dans son plus grand axe, refoulait le médiastin et avait une importante composante nécrotique et liquidienne. Une telle présentation pouvait faire discuter une tumeur pulmonaire primitive, une tumeur germinale ou une tumeur mésenchymateuse. Cependant, l'antécédent de grossesse molaire et l'élévation majeure des β-hCG orientaient fortement vers une maladie trophoblastique métastatique. Toutefois, le taux sérique de β-hCG élevé, à 75 573 mUI/mL, associé à un test urinaire de grossesse négatif pouvant s'expliquer par un effet Hook (effet crochet), doit dans de telles situations pousser à

effectuer un contrôle en diluant les urines. En outre, en l'absence de génotypage, l'origine gestationnelle était fortement probable sur la base des antécédents de la patiente, de son histoire et du taux de β-hCG au moment de sa consultation.

Quoi qu'il en soit, la présence d'une métastase pulmonaire ne constitue pas, à elle seule, une indication chirurgicale. Une étude portant sur 62 patientes ayant bénéficié d'une résection pulmonaire montre que la chirurgie était principalement utilisée en cas de récidive ou de maladie résistante à la chimiothérapie. À l'inverse, chez les patientes présentant une réponse satisfaisante à la chimiothérapie avec persistance de lésions pulmonaires résiduelles, la résection n'apportait pas de bénéfice justifiant une intervention systématique [3].

Ces données sont concordantes avec des travaux plus récents. En effet, dans une étude portant sur 606 patientes présentant des lésions pulmonaires résiduelles après chimiothérapie standardisée, la résection pulmonaire n'apportait pas de bénéfice significatif chez les patientes dont les β-hCG étaient normalisés et dont les lésions résiduelles restaient stables, y compris en présence de lésions de grande taille ; une surveillance étroite était recommandée [9].

Notre patiente se situait cependant dans une situation différente. Il ne s'agissait ni d'un simple nodule résiduel ni d'une lésion stable après chimiothérapie. La masse était géante, nécrotique, surinfectée, responsable d'un effet de masse médiastinal et associée à une destruction majeure du poumon gauche. Par ailleurs, les biopsies transthoraciques étaient non contributives. Ces éléments ont conduit, après une concertation multidisciplinaire, à envisager une chirurgie thoracique, sur la base de l'urgence symptomatique et infectieuse et de l'échec des biopsies.

Cette chirurgie peut être envisagée pour diverses raisons. Dans l'étude de Fleming et al., portant sur 19 patientes ayant bénéficié d'une thoracotomie, l'intervention était réalisée pour des raisons thérapeutiques chez 11 patientes et parmi les patientes opérées pour une maladie pulmonaire résistante à la chimiothérapie, 10 sur 11 ont obtenu une rémission [4]. Dans leur série de neuf patientes ayant subi 11 thoracotomies pour localisation pulmonaire d'un choriocarcinome gestationnel, Jones et al. rapportaient également des indications thérapeutiques chez sept patientes pour retirer un foyer tumoral pulmonaire résistant à la chimiothérapie [5].

Ces données montrent que, même si la chirurgie n'est pas le traitement de référence des métastases pulmonaires, elle peut conserver une place dans des situations particulières.

La question de la confirmation histologique mérite toutefois d'être discutée. Les choriocarcinomes sont des tumeurs hautement vascularisées et hémorragiques. Les procédures invasives peuvent donc exposer à des complications, notamment hémorragiques. Aussi, la réalisation de procédures invasives doit être envisagée avec prudence lorsque le contexte clinique, obstétrical et biologique est fortement évocateur. Une revue consacrée aux formes de choriocarcinome avec atteinte pulmonaire souligne notamment l'importance de mettre en balance la nécessité diagnostique et les risques liés aux procédures invasives [10].

La chirurgie thoracique à visée diagnostique est néanmoins décrite. Dans les études précitées, Fleming et al. et Jones et al. rapportaient la réalisation d'une chirurgie thoracique respectivement chez huit et deux patientes précisément pour établir le diagnostic [4,5].

Dans notre observation, l'absence de rendement histologique des biopsies transthoraciques qui peut s'expliquer, au moins en partie, par l'importance de la nécrose tumorale est donc une raison justifiant la nécessité d'une chirurgie thoracique. Ibi et al. rapportent quant à eux une chirurgie thoracique à visée diagnostique après une biopsie pulmonaire guidée par scanner n'ayant pas permis de confirmer le diagnostic [11].

Notre observation permet ainsi de distinguer trois circonstances dans lesquelles une discussion avec le chirurgien thoracique peut être pertinente : l'incertitude diagnostique persistante, la complication thoracique menaçant le pronostic et la maladie pulmonaire résistante ou récidivante.

La première situation correspond à une lésion pulmonaire indéterminée lorsque les prélèvements moins invasifs sont non contributifs. Dans notre cas, plusieurs biopsies transthoraciques n'avaient pas permis d'obtenir de diagnostic, probablement en raison de la nécrose importante. La chirurgie a alors permis à la fois d'obtenir le diagnostic et de traiter la conséquence mécanique de la masse.

La deuxième situation est représentée par une complication locale sévère : hémorragie, hémothorax, rupture tumorale, obstruction bronchique, infection ou destruction pulmonaire importante. Notre patiente présentait plusieurs de ces caractéristiques, notamment une destruction quasi complète du poumon gauche, une cavitation

contenant environ deux litres de pus et un effet de masse médiastinal majeur.

La troisième situation est celle d'une maladie pulmonaire résistante ou récidivante évolutive. Dans ce contexte, la chirurgie constitue un traitement de sauvetage lorsque le foyer pulmonaire persiste ou progresse malgré une chimiothérapie appropriée. Elle doit être envisagée uniquement si une exérèse complète est techniquement réalisable et si la maladie extra-thoracique est contrôlée ou absente [4,6,12,13].

Les gestes chirurgicaux fréquemment décrits sont ainsi la résection atypique, la segmentectomie ou la lobectomie. La pneumonectomie est exceptionnelle et la pleuropneumonectomie l'est davantage encore [3–6,12,13]. Dans notre observation, la taille de la tumeur, son extension locale, la destruction du parenchyme pulmonaire, la nécrose et la surinfection expliquent le caractère particulièrement radical de l'intervention.

L'évolution de notre patiente illustre une limite fondamentale de la chirurgie thoracique dans le choriocarcinome gestationnel : le contrôle local d'une lésion pulmonaire ne signifie pas nécessairement le contrôle de la maladie trophoblastique systémique.

En effet, malgré une résection macroscopiquement complète et une diminution initiale des β-hCG, une métastase cérébrale est apparue au cours de la chimiothérapie, parallèlement à une nouvelle augmentation des β-hCG.

La survenue d'une métastase cérébrale constitue un facteur pronostique défavorable dans la maladie trophoblastique gestationnelle. Dans la série historique de 97 patientes de Kumar et al, la présence de métastases cérébrales était associée à une mortalité accrue [1].

L'apparition d'une métastase cérébrale dans notre observation souligne donc l'importance d'une stratégie multidisciplinaire et d'un suivi biologique et radiologique étroit, même après une exérèse pulmonaire macroscopiquement complète.

La chimiothérapie demeure ainsi le traitement central du choriocarcinome gestationnel métastatique. La chirurgie thoracique doit être intégrée à une stratégie multidisciplinaire et considérée comme un traitement complémentaire réservé à des situations particulières : foyer isolé résistant à la chimiothérapie, récidive localisée évolutive, complication thoracique menaçant le pronostic ou, exceptionnellement, nécessité diagnostique [1,3–6,9,12,13].

Dans cette perspective, notre observation constitue une situation particulièrement complexe à l'extrémité du spectre des indications thoraciques du fait d'une localisation pulmonaire gigantesque, atypique sur le plan radiologique, difficile à documenter histologiquement par voie percutanée, compliquée secondairement d'une surinfection et nécessitant finalement une pleuropneumonectomie. Malgré cette intervention majeure, l'évolution systémique est restée défavorable.

Conclusion

Cette observation illustre une forme exceptionnelle de localisation pulmonaire de choriocarcinome gestationnel, caractérisée par une métastase volumineuse, nécrosée et surinfectée réalisant un important effet de masse médiastinal, associée à des biopsies transthoraciques non contributives. Ces caractéristiques ont conduit à une pleuropneumonectomie à visée diagnostique et symptomatique.

Ce cas, par la survenue d'une métastase cérébrale au cours de la chimiothérapie adjuvante après la pleuropneumonectomie, rappelle que le contrôle local thoracique, même obtenu au prix d'une chirurgie majeure, ne préjuge pas du contrôle oncologique global du choriocarcinome gestationnel. Aussi, la décision d'une résection pulmonaire en présence de métastases pulmonaires de choriocarcinome gestationnel ne doit pas être systématique. Elle doit être individualisée après discussion multidisciplinaire, notamment en présence d'une incertitude diagnostique persistante, d'une complication thoracique menaçant le pronostic ou d'une maladie localisée résistante ou récidivante. L'objectif visé devant toujours être l'obtention d'un contrôle durable de la maladie avec une morbidité acceptable.

Messages clés

- Les localisations pulmonaires du choriocarcinome gestationnel sont fréquentes et ne constituent pas en elles-mêmes une indication chirurgicale, car elles répondent le plus souvent à la chimiothérapie.
- La chirurgie thoracique conserve cependant une place dans des situations particulières à savoir une incertitude diagnostique persistante, une complication locale sévère, une maladie pulmonaire récidivante évolutive ou une maladie chimiorésistante susceptible d'une exérèse complète.

- La chirurgie thoracique même lorsqu'elle est majeure présente des limites dans le contrôle de la maladie systémique potentiellement évolutive engendrée par le choriocarcinome gestationnel.

***Auteur correspondant :** David Douglas BANGA NKOMO

dbangankomo@yahoo.fr

Disponible en ligne : 9 novembre 2026

[1] Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Dschang, Cameroun

[2] Hôpital Général de Douala, Cameroun

[3] Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun

[4] Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Références

1. Kumar J, Ilancheran A, Ratnam SS. Pulmonary metastases in gestational trophoblastic disease: a review of 97 cases. Br J Obstet Gynaecol. 1988;95(1):70-74. doi:10.1111/j.1471-0528.1988.tb06482.x.

2. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2025 update. Int J Gynaecol Obstet. 2025;171(Suppl 1):78-86. doi: https://doi.org/10.1002/ijgo.70275

3. Cao Y, Xiang Y, Feng FZ, Wan XR, Yang XY. Pulmonary resection in the management of gestational trophoblastic neoplasia: a clinical study. Int J Gynecol Cancer. 2009;19:798-801. DOI: 10.1111/IGC.0b013e3181a3d014

4. Fleming EL, Garrett L, Growdon WB, Callahan M, Nevadunsky N, Ghosh S, Goldstein DP, Berkowitz RS. The changing role of thoracotomy in gestational trophoblastic neoplasia at the New England Trophoblastic Disease Center. J Reprod Med. 2008;53(7):493-498.

5. Jones WB, Romain K, Erlandson RA, Burt ME, Lewis JL Jr. Thoracotomy in the management of gestational choriocarcinoma. A clinicopathologic study. Cancer. 1993;72(7):2175-2181. DOI: 10.1002/1097-0142(19931001)72:7<2175::aid-cncr2820720718>3.0.co;2-k

6. Alifrangis C, Wilkinson MJ, Stefanou DC, Virk JS, Anderson J, Seckl MJ. Role of thoracotomy and metastatectomy in gestational trophoblastic neoplasia: a single center experience. J Reprod Med. 2012;57(7-8):350-358. PMID: 22838253.

7. Suprasert P, Eua-Throngchit J, Srisomboon J, Charoenkwan K, Siriaree S, Phongnarisorn C. Radiologic features and treatment outcomes of pulmonary metastasis in gestational trophoblastic neoplasia. J Med Assoc Thai. 2005;88(7):875-880 .

8. Mandava A, Koppula V, Kandati M, Reddy AK, Rajappa SJ, Rao TS. Multimodality imaging in the diagnosis and staging of gestational choriocarcinoma. Indian J Radiol Imaging. 2025;35(1):148-158. DOI: 10.1055/s-0044-1788590

9. Wang W, Kong Y, Li Y, et al. Pulmonary resection of residual lesions of pulmonary metastasis from gestational trophoblastic neoplasia. Int J Gynecol Cancer. 2023;33(9):1376-1382. doi:10.1136/ijgc-2023-004375.

10. Olezac AS, Papanikolaou I, Bengrine-Lefevre L, Chouaïd C. Choriocarcinoma with pulmonary metastasis: diagnosis and treatment. Rev Mal Respir. 2009;26(7):769-772. DOI: 10.1016/s0761-8425(09)72428-3

11. Ibi T, Hirai K, Bessho R, Kawamoto M, Koizumi K, Shimizu K. Choriocarcinoma of the lung: report of a case. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2012;60(6):377-380. doi:10.1007/s11748-012-0009-3.

12. Tomoda Y, Arii Y, Kaseki S, Asai Y, Gotoh S, Suzuki T, et al. Surgical indications for resection in pulmonary metastasis of choriocarcinoma. Cancer. 1980;46(12):2723-2730. DOI: 10.1002/1097-0142(19801215)46:12<2723::aid-cncr2820461231>3.0.co;2-0

13. Xu LT, Sun CF, Wang YE, Song HZ. Resection of pulmonary metastatic choriocarcinoma in 43 drug-resistant patients. Ann Thorac Surg. 1985;39(3):257-259. DOI: 10.1016/s0003-4975(10)62590-8