

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1991

THESE M47

CHORIO-ANGIOME PLACENTAIRE
A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS
REVUE DE LA LITTERATURE ET DISCUSSION

THESE

pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1991

par

Philippe NEYRAT

né le 27 janvier 1960 à PARIS

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur BAUDET	Président
Monsieur le Professeur BOQUIER	Juge
Monsieur le Professeur PIVA	Juge
Monsieur le Professeur VANDROUX	Juge
Monsieur le docteur RAFFI	Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

- Doyen de la Faculté : Monsieur le Professeur BONNAUD
- Assesseurs: Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie Infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique Obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique Médicale Cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie Pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de Chirurgie Digestive
De LUMLEY-WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique Thérapeutique et Rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation Fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation Médicale
GAY Roger	Réanimation Médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie Médicale et Respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires

HUGON Jacques	Histologie-embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation Fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie Pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine Légale
RAVON Robert	Neuro-Chirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

A Sabine, mon épouse

Avec le souhait de t'offrir autant de bonheur
que tu m'en apportes.

Puisse ta présence à mes côtés être éternelle.

Avec tout mon amour

A l'enfant qui va naître...

A mes parents,

Vous m'avez permis de mener à bien ces études médicales et m'avez toujours apporté votre soutien.

Je vous en remercie de tout coeur et vous dédie cette thèse comme preuve de mon amour.

A Michel,

" Un frère est un ami donné par la nature "
Legouve.

A mes grands-parents,

En témoignage de tout mon amour

A mes beaux-parents,

Pour m'avoir accueilli au sein de votre famille avec gentillesse et simplicité.

Permettez-moi, ici, de vous témoigner toute mon affection.

A ma famille, et belle-famille,

A mes amis,

Permettez-moi, ici, de vous témoigner toute mon affection.

A Madame le docteur Anne Marie BRUNERIE
A Monsieur le docteur Bassim FALLOUH
A Monsieur le docteur Jean Pierre BOUBY
A Monsieur le docteur Jean Philippe KLEIN
A Madame le docteur Françoise KEMPF-CHAUMEIL

A Claudie et Brigitte,
Pour leur amical soutien et leur infinie patience
dans la réalisation de ce travail

A tout le personnel du service de Gynécologie-Obstétrique
de l'hôpital de TULLE

Soyez assurés de ma profonde estime.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BAUDET

Professeur des Universités de Clinique Obstétricale et Gynécologie

Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Chef de service

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Veillez trouver, ici, l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le docteur RAFFI
Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique
Centre Hospitalier Général de Tulle

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et guidé dans sa réalisation.

Durant le semestre passé dans votre service, nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et votre amour de la médecine.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère gratitude et de notre chaleureuse estime.

A NOTRE JURY

Monsieur le Professeur BOUQUIER

Professeur des Universités de clinique de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Monsieur le Professeur PIVA

Professeur des Universités de Médecine Légale
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Monsieur le Professeur VANDROUX

Professeur des Universités de Biophysique
Biologiste des Hôpitaux
Chef de service

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Permettez-nous de vous exprimer notre grande admiration et de vous assurer notre vive reconnaissance.

PLAN

INTRODUCTION

CHAPITRE I

I - HISTORIQUE

II - FREQUENCE

CHAPITRE II

CAS CLINIQUE

1 - OBSERVATION N° 1 (Mort in utero)

2 - OBSERVATION N° 2 (Toxémie gravidique).

CHAPITRE III

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

I - ASPECT MACROSCOPIQUE

1 - Taille

2 - Surface

3 - Consistance

4 - Limites

5 - Couleur

6 - Localisation

II - ASPECT MICROSCOPIQUE

- 1 - Le type vasculaire - mature ou adulte
- 2 - Le type cellulaire - jeune ou immature
- 3 - Le type dégénératif
- 4 - Le chorio-angiome cellulaire atypique

III - DATE D'APPARITION DE LA TUMEUR

CHAPITRE IV

DISCUSSION CLINIQUE

I - MANIFESTATIONS PENDANT LA GROSSESSE

A - MATERNELLES

- 1 - Hydramnios
- 2 - Toxémie gravidique

B - FOETALES

- 1 - Insuffisance cardiaque
- 2 - Mort in utero
- 3 - Retard de croissance intra-utérin
- 4 - Anasarque

II - MANIFESTATIONS AU COURS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

- 1 - Accouchement prématuré
- 2 - Hémorragie
- 3 - Dystocie - Présentation vicieuse
- 4 - Anomalies de la délivrance

III - MANIFESTATIONS NEO-NATALES

- 1 - Insuffisance cardiaque
- 2 - Mort périnatale
- 3 - Malformations associées
- 4 - Troubles hématologiques
 - a) Anémie
 - b) Thrombopénie
 - c) Coagulation intra-vasculaire disséminée
- 5 - Complications métaboliques
 - a) hypoprotéïnémie - hypoalbuminémie
 - b) hyponatrémie

CHAPITRE V

DISCUSSION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

I - RETENTISSEMENT PENDANT LA GROSSESSE

A - MATERNEL

- 1 - Hydramnios
- 2 - Toxémie gravidique

B - FOETAL

- 1 - Insuffisance cardiaque
- 2 - Retard de croissance intra-utérin
et mort in utero
- 3 - Anasarque

II - RETENTISSEMENT NEO-NATAL

- 1 - Troubles hématologiques
 - a) Anémie
 - b) Thrombopénie
 - c) coagulation intra-vasculaire
disséminée

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC ANTE-NATAL : ECHOGRAPHIE

- 1 - Aspects échographiques du chorio-
angiome
- 2 - Diagnostic différentiel
- 3 - Echo-doppler foetal

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

INTRODUCTION

Le chorio-angiome placentaire constitue une tumeur vasculaire bénigne primitive, dérivant du mésenchyme chorionique.

Elle est à différencier des tumeurs d'origine trophoblastique, comme la môle hydatiforme et le chorio-carcinome.

Cette étude a été suscitée d'abord par l'hospitalisation pour grossesse arrêtée à 21 semaines d'aménorrhée, d'une femme âgée de 22 ans, dont le placenta présentait un volumineux chorio-angiome.

Ensuite, par l'hospitalisation pour toxémie gravidique d'une femme âgée de 21 ans, avec un placenta porteur d'un chorio-angiome de petite taille.

Le but de ce travail est d'étudier cette tumeur vasculaire placentaire, afin d'en préciser la fréquence, les caractères anatomo-pathologiques et ses conséquences obstétricales, foetales et néo-natales.

Les complications maternelles pendant la grossesse sont essentiellement représentées par :

- * l'hydramnios
- * la toxémie gravidique.

Les complications foetales sont représentées par :

- * l'insuffisance cardiaque
- * le retard de croissance intra-utérin
- * la mort in utero.
- * l'anasarque

Différents problèmes peuvent survenir au moment du travail et de l'accouchement :

- * accouchement prématuré
- * hémorragie
- * dystocie - présentation vicieuse
- * Anomalies de la délivrance

Le chorio-angiome peut être à l'origine de complications néo-natales parmi lesquelles :

- * l'insuffisance cardiaque
- * la mort périnatale

et également certains troubles hématologiques et biologiques.

Le diagnostic ante-natal repose sur l'échographie.

CHAPITRE I

CHAPITRE I

I - HISTORIQUE

La première observation fut décrite par CLARKE en 1798.

De nombreuses dénominations furent utilisées :

- * " fibrome " (HARPER - 1852)
- * " sarcome " (HYRTL 1870)
- * " fibrome angiomateux " (AUVART, 1988)
- * " hyperplasie des villosités (MERTENS, 1895)
- * " angiome avec tissu conjonctif abondant (ORLOFF 1897)
- * " angiome du chorion " (BENEKE, 1889),

terme qui sera retenu par la suite compte-tenu de la composante vasculaire.

Autrefois, ces tumeurs n'étaient découvertes qu'à l'examen macroscopique. L'apport de l'échographie a permis une détection au cours de la grossesse.

La première observation de chorio-angiome diagnostiqué par échographie fut publiée en 1978, par ASOKAN (2)

En 1982, la première observation française de diagnostic par échographie avant la vingtième semaine d'aménorrhée est due à NAHMANOVICI (42).

II - FREQUENCE

L'estimation de la fréquence des chorio-angiomes a considérablement varié au cours des dernières décennies.

La disparité des résultats semble provenir de deux facteurs :

* En premier lieu , la difficulté de mise en évidence des formations de petite taille, ou des formations enfouies au sein des tissus placentaires.

Ce n'est qu'un examen anatomo-pathologique systématique du placenta qui permettrait de mettre en évidence la presque totalité de ces anomalies placentaires.

* En second lieu, les nombreuses dénominations du chorio-angiome soulignent les difficultés du diagnostic anatomo-pathologique.

Cette fréquence varie de 0,76 % à 1,4 % selon les auteurs.

SIDDAL, (52) en 1926, estime la fréquence à 1 %.

DUNN, (18) en 1959, l'estime à 1,4 %.

En conclusion, la fréquence des chorio-angiomes semble devoir être estimée autour de 1 %, la plupart d'entre eux étant macroscopiquement non décelables.

Pour mémoire, la fréquence pour la môle hydatiforme serait de 1 pour 2 000 à 3 000 ; celle du chorio-carcinome de 1 pour 15 000 grossesses.

C H A P I T R E I I

CHAPITRE II

CAS CLINIQUES

1 - OBSERVATION N° 1

La première observation est celle de madame G....
Nathalie, née le 2 octobre 1966.

Elle est hospitalisée le 12 août 1988 pour grossesse
arrêtée à 21 semaines d'aménorrhée.

ANTECEDENTS :

- Héritaires :

* Sans particularité

- Médicaux :

* Sans particularité

- Chirurgicaux :

* Extractions dentaires

* Végétations

- Gynécologiques :

* Premières règles à l'âge de 13 ans

* Cycles réguliers

* Contraception par oestroprogestatifs de 1986 à
1987

- Obstétricaux :

* geste II, parité I

1985 : grossesse de déroulement normal ;

Accouchement normal à 41 semaines d'aménorrhée
d'une fille de 3350 g

GROSSESSE ACTUELLE

- dernières règles : 14 mars 1988
- début de grossesse : 29 mars 1988
- terme prévu le 29 décembre 1988
- sérodiagnostic de toxoplasmose : positif
- sérodiagnostic de rubéole : 1/20
- BW : négatif
- HIV négatif

HISTOIRE DE LA GROSSESSE

La première consultation a lieu à 9 semaines d'aménorrhée. La grossesse est d'évolution normale.

L'échographie réalisée à 16 semaines d'aménorrhée conclut à :

- * une grossesse évolutive et concordante
- * une bonne vitalité foetale
- * l'absence d'anomalies morphologiques.

- * Nouvelle consultation à 21 semaines d'aménorrhée :
 - Episode de métrorragies
 - Pas de mouvements actifs
 - Pas de contraction utérine
 - Tension artérielle : 12/7
 - Bruits du coeur non perçus
 - Présentation céphalique haute
 - Col long de 1 cm , ouvert à l'orifice externe.

- * L'échographie réalisée à 21 semaines d'aménorrhée montre une grossesse interrompue :
 - pas de mouvements actifs
 - pas d'activité cardiaque
 - foetus recroquevillé.

Décision d'hospitalisation pour déclenchement le 12 août 1988 ; une révision utérine est réalisée après expulsion du fœtus.

Examen anatomo-pathologique du fœtus (Docteur SATGE)

Fœtus macéré de sexe masculin, pesant 95 g et mesurant 13 cm du sommet du crâne au coccyx et 16 cm du sommet du crâne au talon.

On ne note pas de malformations externes mais son crâne est aplati dans le sens latéral.

Absence de fente palatine, mais les os se chevauchent du fait de l'écrasement.

On note aussi quelques déformations dues à la rétention intra-utérine.

Après ouverture, pas de malformations internes.

Les organes thoraciques sont en position normale.

Le cœur ne présente pas d'hypertrophie majeure macroscopiquement.

Les organes abdominaux sont aussi d'aspect normal macroscopiquement.

Histologiquement, l'état de macération avancée gêne une interprétation fine, mais on remarque une hypertrophie cardiaque d'une cavité, vraisemblablement secondaire à la surcharge de travail dont est responsable l'angiome placentaire.

Absence d'infiltrats inflammatoires majeurs (avec les réserves concernant la macération).

Conclusion : Fœtus de sexe masculin, mort in utero, avec hypertrophie cardiaque modérée.

Examen anatomo-pathologique du placenta (Docteur SATGE)

Un placenta de 65 g, mesurant 8 X 7 cm. Il est accompagné par une masse de 30 g à surface externe lisse mesurant 5 X 4 X 2,7cm , bien limitée , d'aspect homogène et nécrosé à la coupe. Le cordon est d'insertion centrale et comporte trois vaisseaux.

La masse parvenue à part correspond à un angiome vraisemblablement inséré sur la plaque choriale et entièrement nécrosé.

Le reste du placenta est constitué de villosités fibreuses couvertes en périphérie d'une assise cytotrophoblastique qui témoigne d'un état hypoxique du fœtus.

On note par ailleurs dans les villosités et dans la plaque choriale des vaisseaux en involution vasculaire avec épaissement intimal.

Ceci témoigne du décès fœtal.

Il existe quelques infiltrats inflammatoires rares, mais pas de signe net en faveur d'une infection fœtale.

Au total, la grande taille de l'angiome est suffisante pour pouvoir expliquer le décès de ce fœtus.

Conclusion : Volumineux chorio-angiome nécrosé.

Placenta en involution (secondaire à un décès fœtal primitif).

CONCLUSION :

Patiente âgée de 22 ans, geste II, parité I , hospitalisée pour grossesse arrêtée.

Volumineux chorio-angiome pouvant expliquer le décès fœtal.

2 - OBSERVATION N ° 2

La deuxième observation est celle de madame B...
Mireille, née le 12 mai 1967.

ANTECEDENTS :

- Héritaires :
 - * Luxation congénitale de hanche

- Médicaux :
 - * sans particularité

- Chirurgicaux :
 - * sans particularité

- Gynécologiques :
 - * premières règles à l'âge de 13 ans
 - * contraception orale de 1985 à 1987

- Obstétricaux :
 - * geste I, parité 0.

GROSSESSE ACTUELLE

- Dernières règles : 9 octobre 1987
- Début de grossesse : 23 octobre 1987
- Terme prévu le 23 juillet 1988
- Sérodiagnostic de toxoplasmose : Négatif
- Sérodiagnostic de rubéole : Positif

HISTOIRE DE LA GROSSESSE

La surveillance clinique et échographique montrent une grossesse d'évolution normale.

D'ailleurs, la dernière échographie réalisée à 23 semaines d'aménorrhée révèle :

- * une biométrie concordante
- * l'absence d'anomalie.

Nouvelle consultation à 37 semaines et demi d'aménorrhée :

- Tension artérielle : 11/6
- prise de poids globale de 12 kg
- Hauteur utérine : 30 cm
- Présentation du siège
- Col modifié long de 1 cm, ouvert à 1 cm à l'orifice externe et interne.

* L'échographie réalisée à 37 semaines et demi d'aménorrhée montre :

- un placenta grade III.
- un retard de croissance intra-utérin.

Madame B... est hospitalisée à 38 semaines d'aménorrhée pour douleurs épigastriques dans un contexte hyperthermique.

Elle ne signale ni nausées, ni vomissements, ni céphalées.

La température est à 38 °.

La tension artérielle est à 17/10, puis à 19/14 après une demi-heure de repos.

Sur le plan clinique, la hauteur utérine est concordante ; le col mesure 0,5 cm, est ouvert à 1cm à l'orifice interne et externe ; la poche des eaux est intacte ; la présentation est en siège.

La surveillance cardio-tocographique montre un utérus hypertonique.

Sur le plan biologique :

- GB : 12 580
- GR : 3 860 000
- HB : 12,2
- HT : 35,8
- Plaquettes : 40 000
- TQ : 84
- TCK : 32 - 35
- Fibrinogène : 4,80
- Produits de dégradation du fibrinogène entre 40 et 80
- Ionogramme : normal
- Créatinine : 9,5
- Acide urique : 85
- Protéinurie : ++++

Bilan évocateur d'une coagulation intra-vasculaire disséminée débutante.

Une césarienne est réalisée en urgence pour :

- * présentation en siège chez une primipare
- * toxémie gravidique
- * début de coagulation intra-vasculaire disséminée.

L'enfant, VANESSA, pèse 2500 g ; son score d'apgar est à 2 à 1 minute et 8 à 5 minutes.

Après un examen clinique effectué par un pédiatre, le nouveau-né est autorisé à rester dans le service de gynécologie-obstétrique.

Par ailleurs, son bilan biologique n'a pas montré d'anomalies.

Suites de couches :

* Maternelles :

L'hypertension artérielle n'est pas retrouvée.
Le bilan biologique s'est normalisé en quatre jours.

* Foetales :

L'enfant pèse 2490 g au 9ème jour.
L'examen de sortie est considéré comme normal en dehors d'un léger ictère physiologique.

* Compte rendu anatomo-pathologique (Docteur SATGE)

Placenta de petit poids : 370 g et mesurant 15 à 20 cm, d'aspect compact à la coupe.

On n'observe pas d'infarctus.

Le cordon d'insertion centrale comporte trois vaisseaux.

Ceux-ci, ainsi que la plaque choriale et les grosses villosités ne montrent pas d'anomalies.

Le revêtement amniotique est compatible avec 38 semaines.

On n'observe pas de surcharge méconiale des macrophages, pas de véritable excès de cellules inflammatoires de la plaque, des villosités ou de la caduque.

Histologiquement, on note un tassement des villosités qui gardent cependant une architecture peu modifiée, avec excès de fibrine et un trophoblaste périvillositaire normalement abondant.

Par ailleurs, on observe dans la région centrale un angiome capillaire de 2,5 cm de diamètre, sans signification pathologique du fait de sa petite taille.

Conclusion :

Pas de phénomène inflammatoire
Remaniements modérés en rapport avec une
hypertension artérielle.
Petit chorio-angiome.

C H A P I T R E I I I

CHAPITRE III

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

I - ASPECTS MACROSCOPIQUES

Le chorio-angiome est défini comme un hémangiome capillaire des villosités chorioniques.

L'aspect général est celui d'une tumeur le plus souvent unique, de forme sphérique ou ovoïde, et bien circonscrite.

1 - Taille

La plupart de ces tumeurs sont de petite taille, et intra-placentaires, donc passent inaperçues par le simple examen macroscopique.

Le diamètre moyen serait de 2 cm.

FROEHLICH, (24) en 1971, dans son étude portant sur 84 chorio-angiomes, rapporte seulement 5 cas de tumeurs ayant un diamètre supérieur à 5 cm.

MANN, en 1983, rapporte la découverte d'une volumineuse tumeur recouvrant un tiers du placenta.

Dans notre observation N° 1, le poids du chorio-angiome représente environ 50 % du poids placentaire.

Dans l'observation N° 2, la tumeur est petite avec 2,5 cm de diamètre.

2 - Surface

La surface est d'ordinaire lisse, comme décrit dans l'observation N° 2.

3 - Consistance

En général, elle est assez ferme et comparable à celle du fibrome (39).

Elle peut se ramollir à la suite de phénomènes dégénératifs.

4 - Limites

En général, la tumeur apparaît comme bien circonscrite, aisément clivable. Elle est ou non encapsulée par un tissu fibreux.

5 - Couleur

La couleur dominante est le rouge vineux, tirant parfois sur le marron ou le rose.

Toutefois, l'évolution du chorio-angiome émaillée par l'infarcissement, la nécrose ou la calcification peut aboutir à une couleur jaune-blanche.

6 - Localisation

La tumeur est toujours de siège sous-chorial ; elle peut présenter deux aspects :

- soit faisant saillie à la surface foetale du placenta ;
- soit enfermée en pleine zone placentaire.

Plus rarement, la tumeur peut venir faire saillie à la face maternelle du placenta et comprimer alors des cotylédons voisins (54).

II - ASPECTS MICROSCOPIQUES

Depuis les travaux de MARCHETTI (39), on décrit trois types principaux de chorio-angiome, souvent intriqués en fait au sein d'une même lésion.

1 - Le type vasculaire - mature ou adulte

C'est le plus fréquent et le plus caractéristique.

Il est constitué d'un enchevêtrement de cellules du stroma chorionique séparées par de nombreux vaisseaux sanguins ou capillaires, dilatés et gorgés de sang donnant un aspect caverneux.

Ces vaisseaux sont pour la plupart limités par une seule couche de cellules endothéliales.

2 - Le type cellulaire, jeune ou immature

Il a une structure compacte, composée d'une abondance de cellules endothéliales, et de cellules du stroma chorionique ; il est de caractère embryonnaire.

Il peut aussi constituer des masses syncytiales multinuclées, présentant de grandes vacuoles intracytoplasmiques (14).

3 - Le type dégénératif

Il est caractérisé par un oedème du stroma, associé à des processus de dégénérescence de degré variable : dépôts calcaires, fibrinoïdes hyalins, ou d'hemosidérine, nécrose, hémorragie, fibrose.

Ce type est vraisemblablement responsable de la confusion qui a longtemps régné quant à sa dénomination.

La dégénérescence maligne ne semble pas exister pour le chorio-angiome.

(type correspondant à l'observation N ° 2, angiome entièrement nécrosé).

4 - Le chorio-angiome cellulaire atypique

Décrit à partir d'une observation de MAJLESSI en 1983.

La tumeur découverte présentait des anomalies supplémentaires :

- atypies cellulaires
- mitoses cellulaires
- nappes cellulaires dénuées de formation vasculaire
- aires de nécrose.

La tumeur était suspecte de sarcome.

D'autres examens anatomo-pathologiques ont conclu à :

- un chorio-angiome cellulaire
- un chorio-angiome avec foyers de chorio-sarcome.
- un hémangiome capillaire avec aires de cellularité inhabituelles.

MAJLESSI dénomma cette tumeur " chorio-angiome cellulaire atyique ".

III - DATE D'APPARITION DE LA TUMEUR

Certains auteurs situent l'apparition de cette tumeur, originaire du tissu mésenchymateux angioblastique primitif, au tout premier stade de formation du placenta (54) (22).

D'autres auteurs considèrent la lésion comme une tumeur acquise en cours de gestation (8) (45).

Le mode de développement de la tumeur demeure flou.

Il pourrait s'agir de l'isolement d'une travée angioblastique au cours de l'organogénèse placentaire. Cette travée acquerrait une activité proliférative particulière.

Selon RUDIGOZ (49), la rareté du chorio-angiome avant la 20ème semaine de gestation laisse supposer que ce processus est capable de se produire pendant toute la durée de la grossesse.

Dans notre observation N ° 1, le chorio-angiome de type dégénératif était en fin d'évolution avant la 21ème semaine d'aménorrhée.

Dans l'observation N° 2, la tumeur de par sa petite taille n'a pas été détectée en échographie. Il n'est donc pas possible de déterminer la date de son apparition.

C H A P I T R E I V

CHAPITRE IV

DISCUSSION CLINIQUE

Cette discussion à partir des données de la littérature et des observations rapportées abordera :

* dans un premier temps, les manifestations cliniques pendant la grossesse, tant maternelles que foetales.

* dans un deuxième temps, les différentes complications pouvant survenir pendant le travail et l'accouchement.

* enfin, les manifestations néo-natales.

I - MANIFESTATIONS PENDANT LA GROSSESSE

A - MATERNELLES

1 - Hydramnios

Rappelons que l'on parle d'hydramnios lorsque le volume du liquide amniotique dépasse 1 500 ml à la 25-26ème semaine et 2 000 ml à partir de la 32ème semaine d'aménorrhée.

Sa fréquence d'apparition varie de 18 % pour ASADOURIAN (1) à 30 % pour SIDDAL (52). L'hydramnios semble cependant n'apparaître que s'il existe des tumeurs multiples ou si la taille du chorio-angiome est supérieure à 5 cm de diamètre (60) (22).

Dans notre observation N° 2, concernant une tumeur de petite taille, cette complication n'est pas apparue.

L'hydramnios peut entraîner les complications suivantes :

- anomalie de la dilatation
- inertie utérine, facteur d'hémorragie et d'anomalies de la délivrance.
- rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré.

L'hydramnios peut également apparaître au cours d'une grossesse multiple ou de pathologies telles que :

- un état diabétique maternel
- une iso-immunisation rhésus
- des malformations foetales (méningomyélocèle, anencéphalie, atrésie oesophagienne, Syndrome de Klippel-Feil, tératome).

En raison de la fréquence élevée de l'hydramnios dans le cadre du chorio-angiome, il faut s'attacher à rechercher cette tumeur devant un hydramnios pour lequel on ne retrouve aucune cause classique.

2 - Toxémie gravidique

La relation toxémie gravidique - chorio-angiome a été signalée à plusieurs reprises (24) (51) (61).

Pour certains auteurs, cette relation serait fortuite ; pour d'autres, il existerait une fréquence accrue de pré-éclampsie et ceci indépendamment de la taille du chorio-angiome (53).

FROEHLICH (21), à partir d'une étude statistique portant sur 50 000 grossesses, affirme l'existence d'une telle relation. En effet, il constate l'apparition d'une toxémie dans 16,2 % des grossesses associées à un chorio-angiome placentaire contre 4,8 % des grossesses sans chorio-angiome.

Dans l'observation N° 2, une toxémie gravidique est retrouvée.

Il semble donc exister un rapport entre toxémie et chorio-angiome, si l'on se réfère à l'étude statistique de FROEHLICH.

B - FOETALES

1 - Insuffisance cardiaque

Plusieurs observations rapportent l'existence d'une telle complication, pouvant présenter différents stades de gravité.

REINER et FRIES (47) rapportent le cas d'une hypertrophie cardiaque foetale sans signe d'insuffisance cardiaque, associée à la présence d'un chorio-angiome.

WALLENBURG (60) signale le cas d'une cardiomégalie avec une hépatomégalie, entrant dans le cadre d'une insuffisance cardiaque foetale.

BENSON et JOSEPH (7) rapportent le cas d'une mort néo-natale par insuffisance cardiaque sans autre cause évidente que la présence d'un chorio-angiome.

Dans l'observation N° 1, il existe une hypertrophie cardiaque, vraisemblablement en partie à l'origine de la mort in utero.

Les autres causes de défaillance cardiaque in utero sont essentiellement représentées par :

- les anémies , iso-immunisation rhésus, transfusion foeto-foetale, transfusion foeto-maternelle.

- les pathologies cardiaques, troubles du rythme et fermeture prématurée du foramen ovale.

L'insuffisance cardiaque, induite par la présence d'un chorio-angiome semble en partie responsable des morts in utero.

2 - Mort in utero

Les complications foetales, en présence d'un chorio-angiome placentaire sont graves : souffrance foetale et mort in utero (1) (27).

La fréquence d'une telle complication est élevée, entre 25 et 30 % (16).

HURWITZ (28) en 1983 rapporte le cas d'une patiente présentant un chorio-angiome placentaire chez qui la surveillance cardiotocographique foetale détecta une fréquence cardiaque sinusoïdale, témoin d'une détresse foetale sévère.

Selon PHILIPPE (31), la bradycardie foetale signerait une anémie sévère ; la tachycardie serait une modalité réactionnelle du fœtus à l'hypoxie chronique.

La mort in utero pourrait non seulement être attribuée à une défaillance cardiaque, mais encore à la taille importante de la tumeur ne permettant pas un échange foeto-maternel suffisant.

D'autres malformations foetales associées à un chorio-angiome peuvent être à l'origine d'une mort in utero. Ces malformations peuvent être cardiaques, cutanées ou neurologiques (anencéphalie, hydrocéphalie, spina-bifida).

Dans l'observation N ° 1, la mort in utero semble être attribuée au chorio-angiome puisqu'il n'a pas été constaté d'anomalies morphologiques chez le fœtus.

Il importe au cours de la grossesse de détecter l'insuffisance cardiaque pouvant aboutir à la mort in utero.

3 - Retard de croissance intra-utérin

Certains auteurs pensent que les tumeurs de petite taille n'affectent pas la croissance intra-utérine (50)() ; théorie également admise par FROEHLICH, du fait d'une étude statistique portant sur 84 cas de chorio-angiomes , en majorité de petite taille (5 tumeurs de plus de 5 cm de diamètre sur 84).

D'autres auteurs , au contraire, estiment que des chorio-angiomes de petite taille peuvent entraîner un retard de croissance intra-utérin (38).

Cependant, dans la plupart des observations publiées, la fréquence des hypotrophies n'est pas négligeable mais pour la majorité des cas, elles sont associées à des tumeurs de grande taille.

Dans l'observation de ZALEV (64), un retard de croissance intra-utérin (naissance par césarienne d'un enfant de 1 820 g) est rattaché à un volumineux chorio-angiome de 11,5 X 10 X 9 cm. Selon l'auteur, il existerait une corrélation entre la taille de la tumeur et les manifestations fœtales.

Dans l'observation N° 2, malgré un chorio-angiome de petite taille, non détecté en échographie, une hypotrophie foetale est détectée à 37 semaines et demi d'aménorrhée.

Il semble exister une relation entre hypotrophie foetale et taille de la tumeur. Il importe donc, en cas de chorio-angiome connu, de dépister par échographie l'apparition d'un retard de croissance in-utero pouvant entraîner une souffrance foetale aigüe et une mort in utero.

3 - L'anasarque

Le chorio-angiome placentaire représenterait 4 % des étiologies des anasarques non immunologiques, BECKWITT - TURKEL (6).

Parmi les étiologies d'anasarque, TONKIN (58) cite :

- les malformations hémangiomateuses du foie
- les malformations artério-veineuses périphériques

et il y associe les chorio-angiomes placentaires.

Les facteurs jouant un rôle dans la formation de l'anasarque semblent être :

- l'insuffisance cardiaque
- l'hypoalbuminémie
- l'anémie chronique in utero.

L'échographie permet de découvrir l'anasarque, soit lors d'un examen systématique, soit lors de la surveillance d'une tumeur placentaire préalablement diagnostiquée.

L'échographie permet de détecter :

- un oedème du scalp
- un épanchement péricardique pleural et/ou péritonéal

Un gros placenta est habituellement associé.

L'anasarque est rencontrée avec une fréquence estimée à 26 % (13).

L'échographie permet le diagnostic ante-natal, la surveillance de son évolution et la décision éventuelle d'une extraction prématurée de l'enfant avec mise en oeuvre immédiate d'une réanimation et d'une thérapeutique adaptées.

II - MANIFESTATIONS AU COURS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

1 - Accouchement prématuré

Une des complications fréquentes du chorio-angiome est le déclenchement prématuré du travail.

Dans la majeure partie des cas, il semble que l'accouchement prématuré soit la conséquence d'une distension utérine, soit secondaire à l'hydramnios, soit du fait d'une tumeur placentaire volumineuse.

La fréquence est estimée à 32,1 % par SIDDAL (52) et à 45 % par ASADOURIAN et TAYLOR (1).

Une grossesse compliquée d'un chorio-angiome placentaire devra être surveillée par échographie pour détecter la survenue de cet hydramnios faisant craindre la prématurité.

2 - Hémorragie

Le chorio-angiome peut être également responsable de métrorragies, soit avant l'accouchement, soit pendant la délivrance.

L'origine de ces métrorragies peut être :

- * un hématome rétro-placentaire (33)
- * une rupture du pédicule vasculaire de la tumeur (10)
- * une rupture des vaisseaux foetaux (10).

L'étude de FROEHLICH (24) montre de façon significative que l'origine de ces métrorragies est l'hématome rétro-placentaire.

Des observations d'hémorragies de la délivrance , notamment par inertie utérine ont été rapportées. En général, ces hémorragies sont le plus souvent bénignes.

On peut dire que des métrorragies ante-natales surviennent rarement dans le contexte du chorio-angiome et que la cause principale est l'hématome rétro-placentaire.

3 - Dystocie - Présentation vicieuse

EMGE (20) publie une observation où une dystocie est causée par une tumeur volumineuse.

La tumeur, reliée au placenta par un pédicule de 3 cm, mesure 15 X 12 X 9 cm.

La tête du fœtus réussit à s'engager mais devant l'absence de progression, l'enfant est extrait à l'aide de forceps.

Un chorio-angiome volumineux peut entraîner une dystocie ou une présentation vicieuse nécessitant parfois le recours à une césarienne.

4 - Anomalies de la délivrance

De nombreuses observations font état de la nécessité d'une délivrance artificielle.

Deux hypothèses sont émises par SIDDAL (51):

- la taille de la tumeur empêche des contractions utérines satisfaisantes ;

- l'hydramnios présent dans la plupart des cas, pour des tumeurs volumineuses, entraîne une distension utérine avec effet néfaste sur le muscle utérin générateur d'atonie utérine.

Parmi les principales complications rencontrées lors de l'accouchement, il faut insister sur la fréquence des accouchements prématurés et leurs conséquences ; aucune n'est survenue dans nos observations.

Dans le cas N° 2, une césarienne a été réalisée devant une présentation en siège , une toxémie gravidique et un début de coagulation intra-vasculaire disséminée.

Dans le cas N° 1, une révision utérine a été réalisée après l'expulsion du fœtus mort.

III - MANIFESTATIONS NEO-NATALES

1 - Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque débute en fait in utero.

Elle peut présenter à la naissance différents stades de gravité.

Elle peut disparaître en quelques jours après la naissance du fait de la disparition du shunt artério-veineux pathologique.

ZALEV (64) rapporte le cas d'un enfant extrait par césarienne devant une souffrance foetale aigüe. A la naissance, son poids était de 1 820 g ; il est décédé après trois arrêts cardiaques consécutifs.

L'autopsie a révélé :

- une cardiomégalie
- une hémorragie pulmonaire
- une maladie des membranes hyalines.

Le placenta présentait un volumineux chorio-angiome
(11,5 X 10 X 9 mm)

Une étude récente a montré une fréquence de 30 % de nouveaux-nés, présentant des signes plus ou moins importants d'insuffisance cardiaque mais transitoires dans la plupart des cas (13).

Nous reviendrons ultérieurement sur les mécanismes de l'insuffisance cardiaque foetale pouvant se décompenser, soit in utero, soit au moment de la naissance.

Parmi ces mécanismes :

- le shunt artério-veineux placé sur la circulation systémique du foetus
- l'hypoxie chronique (12).

L'insuffisance cardiaque néo-natale peut parfois aboutir à la mort périnatale.

2 - Mort périnatale

Fréquemment rencontrée, elle est la complication la plus redoutable.

La fréquence varie selon les auteurs :

- de 30 à 40 % pour BAUER (5)
- de 8 à 25 % pour VON LUDINHAUSEN (59)

Diverses étiologies peuvent être rapportées à ces morts néo-natales :

- la prématurité
- l'insuffisance cardiaque
- la taille de la tumeur (tissu inerte)
- la présence de malformations congénitales associées.

On note dans 25 à 35 % des cas de morts néo-natales la présence d'un hydramnios (21). Il semble exister une corrélation entre la grosseur du chorioangiome et la mortalité périnatale.

3 - Malformations associées

L'association chorio-angiome - anomalies vasculaires foetales a été plusieurs fois soulignée (3) (23) (25) (35).

La fréquence varie de 10 % dans l'étude de DECOSTA (15) à 5 % dans l'étude d'ASADOURIAN et TAYLOR (1).

L'étude comparative de FROEHLICH (24) montre une fréquence d'angiomes cutanés de 12 % dans le groupe des chorio-angiomes, contre 2 % dans le groupe indemne de cette affection.

L'association chorio-angiome - angiome cutané ou hépatique a été décrite. Des malformations plus diverses telles que pied bot, nystagmus , prognathisme, turricéphalie sont également rencontrées.

S'il semble exister une relation probable entre l'association chorio-angiome et anomalies vasculaires chez le foetus, par contre, l'association du chorio-angiome à des malformations autres que vasculaires pourrait être fortuite.

Par ailleurs, selon GLASER (25), la notion d'hérédité n'interviendrait pas.

Dans l'observation N° 1, il n'a pas été trouvé de malformations foetales associées pouvant expliquer la mort in utero.

Dans l'observation N° 2, l'enfant ne présentait pas d'angiome cutané.

4 - Troubles hématologiques

a) Anémie

Souvent décrite dans le cadre d'un chorio-angiome (26) (30) (56).

Le chorioangiome peut être considéré comme un espace mort physiologique contenant une grande quantité de globules rouges. Au moment de l'accouchement, si le cordon est clampé avant que tout le sang ne soit retourné au fœtus, il peut en résulter une anémie sévère.

Une autre hypothèse est la destruction des globules rouges au cours de leur passage dans le chorio-angiome qui contient des filets vasculaires tortueux, créant une hémolyse mécanique.

Le pronostic semble être favorable sous oxygénothérapie et transfusion.

Ces anémies fœtales peuvent être suspectées sur les enregistrements cardio-tocographiques.

b) Thrombopénie

Le premier cas d'association purpura - hémangiome cutané a été décrit en 1940. Par contre, il faudra attendre 1971 pour que FROEHLICH (23) rapporte la première association purpura-chorio-angiome placentaire , ceci sans autres anomalies vasculaires, cutanées ou viscérales chez le fœtus.

La pathologie semble être analogue à celle de l'anémie, séquestration de plaquettes à l'intérieur de la tumeur vasculaire.

La thrombocytopénie peut se traduire par un purpura ou des hémorragies.

Le pronostic vital est en jeu, dans la mesure où il peut survenir des complications en rapport avec une hémorragie cérébrale , soit mortelle , soit laissant de graves séquelles neurologiques.

c) Coagulation intra-vasculaire disséminée

Complication rare, mais redoutable.

La première observation associant une coagulation intra-vasculaire disséminée en relation avec un chorio-angiome placentaire est décrite par JONES (30).

Le nouveau-né présente un purpura généralisé et biologiquement des plaquettes basses, un taux de fibrinogène très bas, et la présence de produits de dégradation de la fibrine.

Malgré le traitement entrepris, deux exsanguino-transfusions, une héparinothérapie et un traitement digitalo-diurétique, l'enfant meurt à la 92ème heure de vie.

La survenue fréquente de troubles hématologiques associés au chorio-angiome fait craindre , dès la naissance, la survenue de complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital du nouveau-né et par conséquent implique la nécessité de pouvoir mettre en route une thérapeutique de façon très rapide.

Dans notre observation N° 2, l'enfant n'a pas présenté de troubles hématologiques.

5 - Complications métaboliques

a) Hypoprotéïnémie et Hypoalbuminémie

Une hypoprotéïnémie a été rapportée dans quelques cas.

La fréquence de cette anomalie est difficile à chiffrer du fait de l'absence de signalement de la protéïnémie dans la plupart des observations.

Selon MESSER (41), cette hypoprotéïnémie porte essentiellement sur l'albumine.

L'explication proposée est la séquestration de liquide riche en protéines dans le placenta, en raison de la stase sanguine et de la perméabilité anormale des capillaires de la tumeur. Après l'accouchement, le foie synthétise de l'albumine, ce qui explique un rétablissement relativement rapide des valeurs normales (57).

b) Hyponatrémie

La perméabilité anormale des capillaires de l'angiome serait à l'origine d'une extravasation de sodium (4) (41).

Ces différentes complications métaboliques ne mettent pas en jeu le pronostic vital du nouveau-né.

C H A P I T R E V

CHAPITRE V

DISCUSSION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

A partir des données de la littérature et des observations rapportées, nous allons dans ce chapitre exposer différentes hypothèses étiopathogéniques, celles-ci ayant considérablement évolué avec les nouvelles connaissances en matière de structure et de fonctionnement placentaire.

Dans un premier temps, nous aborderons les complications maternelles et foetales rencontrées en cours de gestation.

Dans un deuxième temps, nous envisagerons les complications néo-natales.

I - RETENTISSEMENT PENDANT LA GROSSESSE

A - MATERNEL

1 - Hydramnios

Des hypothèses ont été successivement émises quant à l'excès de liquide amniotique survenant en cours de grossesse lorsque le placenta est porteur d'un chorio-angiome.

Parmi ces hypothèses, on peut retenir :

* celles plus anciennes qui supposent un facteur mécanique :

- une tumeur localisée près de l'insertion du cordon peut, par compression des vaisseaux ombilicaux, conduire à une augmentation du transsudat (32).

- la tumeur en raison de la grande surface vasculaire peut être à l'origine de l'hydramnios (34).

* celles plus récentes qui font intervenir un mécanisme de type métabolique ou hémodynamique :

- En 1954, MAC INROY et KENSLEY (37) émettent l'hypothèse que la tumeur se comporte comme une fistule artério-veineuse, entraînant une hypoxie foetale, responsable d'une augmentation du fonctionnement rénal et de l'excrétion urinaire chez le fœtus.

- En 1961, BENSON et JOSEPH (7) pensent que l'existence d'un shunt artério-veineux entraîne une défaillance cardiaque foetale à l'origine de l'hydramnios.

L'existence de ce shunt est prouvée en 1965 par REINER et FRIES lors d'une angiographie placentaire réalisée en post partum (47).

En 1982, LIANG (36) décrit une résolution spontanée de l'hydramnios vraisemblablement consécutive à la thrombose du shunt artério-veineux.

Si le mécanisme de formation de l'hydramnios n'est pas parfaitement élucidé, la plupart des auteurs admettent qu'il apparaît essentiellement pour de grosses tumeurs.

2 - Toxémie gravidique

Selon PHILIPPE (44), il n'est nullement prouvé que le chorio-angiome soit toujours la lésion initiale. Il envisage en effet la possibilité d'un ralentissement de la circulation placentaire maternelle, ce qui entraînerait des ectasies vasculaires foetales et une prolifération des capillaires.

L'association chorio-angiome - toxémie apparaît sous la dépendance de facteurs complexes et il semble difficile de conclure quant à la responsabilité du chorio-angiome dans l'observation N ° 2.

B - FOETAL

1 - Insuffisance cardiaque

Au cours de la vie foetale, la circulation pulmonaire est fermée puisque les poumons ne sont pas fonctionnels.

Le chorio-angiome placentaire se comporte comme une fistule artério-veineuse placée sur la circulation systémique du foetus.

Pour maintenir une oxygénation et une nutrition suffisantes, le débit cardiaque foetal devra s'adapter, soit en augmentant la fréquence cardiaque, soit en augmentant le volume d'éjection systolique.

Une insuffisance cardiaque est susceptible d'apparaître en présence d'un volume de shunt suffisamment important. Ce volume dépend de la taille et du nombre des tumeurs, et est proportionnel au diamètre des communications vasculaires.

Selon MESSER (41), il semble qu'une tumeur inférieure à 2 cm de diamètre n'entraîne pas d'insuffisance cardiaque.

Ainsi, la relation insuffisance cardiaque et gros chorio-angiome paraît évidente.

Par ailleurs, l'hypoxie chronique constituerait une difficulté cardiaque supplémentaire (12).

Dans notre observation N° 1, l'examen anatomo-pathologique du foetus a retrouvé une hypertrophie cardiaque secondaire à la surcharge de travail dont est responsable le chorio-angiome.

Dans l'observation N° 2, la petite taille de la tumeur n'aurait pas entraîné d'insuffisance cardiaque.

L'hypothèse du shunt artério-veineux est admise pour la plupart des auteurs (6) (9) (11) (19).

Il existerait une corrélation entre degré d'insuffisance cardiaque et taille du chorio-angiome.

2 - Retard de croissance intra-utérin et mort in utero

Plusieurs mécanismes semblent intriqués ; certains semblent prépondérants :

- * l'insuffisance cardiaque due au shunt artério-veineux

- * l'insuffisance des échanges foeto maternels, si l'on considère le chorio-angiome comme un espace mort physiologique avec un sang pauvrement oxygéné et pauvre en éléments nutritifs compromettant la croissance foetale.

- * la taille volumineuse de la tumeur pouvant occulter plus de 25 % du volume placentaire normal (11).

D'autres sont plus contingents :

- * L'hydramnios (17) (48)

- * La toxémie maternelle parfois associée au chorio-angiome (17) (41).

- * La responsabilité partielle de l'hypoprotéinémie (49).

- * L'anémie foetale (12)

- * L'oedème du placenta par le biais d'un moins bon fonctionnement placentaire.

Dans notre observation N° 1, le chorio-angiome pèse 30 g pour un placenta fonctionnel pesant 65 g. L'insuffisance cardiaque étant modérée, la mort in utero a dû se produire par intrication de ces différents mécanismes, et ce d'autant que le fœtus ne présentait pas de malformations.

La fréquence d'hypotrophie foetale dans le cadre des chorio-angiomes n'est pas négligeable.

Parmi les mécanismes invoqués, le plus communément admis est le rôle de shunt artério-veineux que joue le chorio-angiome.

3 - Anasarque

Plusieurs mécanismes physiopathologiques permettent d'expliquer l'apparition de l'anasarque en rapport avec le chorio-angiome :

* L'hypoalbuminémie

Elle entraîne une baisse de la pression oncotique au niveau des capillaires favorisant les sorties d'eau.

Elle est causée :

- par la fuite protéique à partir de la tumeur ;

- par défaut de synthèse hépatique en cas d'anémie du fait de l'érythropoïèse hépatique compensatrice.

* L'anémie

Elle joue un rôle :

- par le biais d'une diminution de la synthèse hépatique d'albumine ;
- par le biais d'une insuffisance cardiaque.

* La défaillance cardiaque

C'est le dernier facteur incriminé, le chorio-angiome représentant un shunt artériovoineux ; il entraîne une surcharge cardiaque et réalise une insuffisance cardiaque à débit élevé.

II - RETENTISSEMENT NEO-NATAL

1 - Troubles hématologiques

a) Anémie

Deux phénomènes semblent à l'origine de l'anémie (5) (58) :

- une rétention de globules rouges dans la tumeur.
- une hémolyse mécanique par lésion, voire destruction des globules rouges lors de leur passage dans les vaisseaux tortueux de la tumeur.

Les constatations histologiques confirment ces hypothèses.

Dans l'observation de BAUER (5), il a été mis en évidence de nombreux erythrocytes fragmentés, et de forme anormale dans les capillaires, et dans la lumière des vaisseaux foetaux.

b) Thrombopénie

Elle serait expliquée par la séquestration de plaquettes dans les vaisseaux tumoraux. Parfois, les plaquettes sont retenues dans le thrombus qui oblitère partiellement ou totalement un vaisseau irriguant la tumeur réalisant un chorio-angiome partiellement nécrosé.

La thrombopénie regresse après l'accouchement et le taux de plaquettes redevient rapidement normal car la tumeur séquestrante a disparu.

c) Coagulation intra-vasculaire
disséminée

L'hypothèse émise par JONES (30) est la suivante : " Du fait d'une possible activation fibrinolytique anormale, des thrombi se forment dans les capillaires, il en résulte la formation d'infarctus dans la tumeur avec libération dans la circulation foetale de substances thromboplastiques contenues dans l'endothélium vasculaire ".

Cette hypothèse est séduisante mais si l'on peut parfois constater à l'examen anatomo-pathologique un infarcissement partiel de certaines tumeurs, toutes ne s'accompagnent pas toujours d'une coagulation intra-vasculaire disséminée.

C H A P I T R E VI

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC ANTE-NATAL : ECHOGRAPHIE

La surveillance échographique est devenue l'examen complémentaire indispensable lors de tout bilan obstétrical.

Nous allons dans ce chapitre nous intéresser tout particulièrement à l'échographie placentaire. Elle permet, dans certains cas, la détection ante-natale d'anomalies placentaires, tel un chorio-angiome.

Nous soulignerons également l'intérêt de l'échodoppler foetal lors de la découverte d'un chorio-angiome.

1 - Aspects échographiques du chorio-angiome

Le placenta est individualisé seulement à partir de la 10ème - 12ème semaine d'aménorrhée sous l'aspect d'une structure granuleuse ou feuilletée.

L'échostructure placentaire est riche, de type solide, homogène. La maturation placentaire est marquée par l'apparition de petites zones de calcifications qui peuvent déterminer des cônes d'ombre postérieurs.

Au sein du placenta, le chorio-angiome apparaît comme une masse arrondie, régulière, à contours nets. Sa densité est légèrement inférieure à celle du placenta (42).

Plusieurs observations signalent la présence de structures vasculaires au sein de la tumeur (36) (55).

La description d'ASOKAN (1) fait état d'une masse avec des échos complexes, liquides et solides.

La présence de foyers chorio-angiomateux difficilement détectables à l'échographie pourrait se traduire par une augmentation d'épaisseur du placenta (43).

A noter que l'aspect échographique varie en fonction de la forme histologique de la tumeur (dépôts calcaires, fibrose, nécrose).

2 - Diagnostic différentiel

Certaines anomalies placentaires se rapprochent du chorio-angiome par leur aspect échographique.

Nous les différencierons, soit du fait de leur localisation, soit du fait de leur structure .

Parmi ces diagnostics différentiels :

* L'hématome décidual, résultant d'un décollement prématuré du placenta, vide d'écho quand il est récent ; il devient échogène en s'organisant et réalise un infarctus placentaire.

* Infarctus placentaire ; il siège généralement près de la zone basale.

* La thrombose sous choriale, parallèle à la plaque foetale d'aspect généralement en "galette".

* Le kyste cyto-trophoblastique à limites nettes mais à contenu mucoïde.

* La môle hydatiforme donne un aspect en "flocons de de neige".

Dans certains cas (62), la difficulté diagnostique est telle que l'échographie peut orienter vers un méningocèle ou un tératome foetal. Ce n'est que l'examen anatomopathologique qui redressera le diagnostic en montrant un chorio-angiome.

3 - Echo-doppler foetal

YAGEL (64) en 1988 rapporte l'observation suivante :

* Une échographie à 25 semaines de gestation réalisée devant l'existence d'un hydramnios a révélé un volumineux chorio-angiome.

* Une échographie cardiaque foetale a permis de montrer une anatomie normale et l'existence d'un léger épanchement péricardique.

* l'écho-doppler pulsé a estimé le débit cardiaque à 440 ml/mn, témoin d'une insuffisance cardiaque à débit élevé.

Par la suite, une thrombose spontanée des vaisseaux de la tumeur a conduit à sa nécrose, abolissant de ce fait le shunt artério-veineux et permettant le retour à la normale des fonctions cardiaques foetales.

Cette observation souligne l'intérêt que peut revêtir l'écho-doppler à la fois :

- dans l'appréciation du retentissement hémodynamique ;
- dans la surveillance de l'évolution.

C O N C L U S I O N

CONCLUSION

Le chorio-angiome placentaire est une tumeur vasculaire bénigne provenant du mésenchyme chorionique.

C'est la tumeur la plus commune du placenta dont la fréquence est estimée à 1 %.

Le chorio-angiome apparaît le plus souvent sous la forme d'une masse unique, de dimensions et de poids variables, de forme arrondie ou ovalaire, de surface lisse, de consistance ferme, de couleur rouge et de siège variable.

Sa caractéristique est d'être aisément clivable.

Histologiquement bénin, avec une morphologie très voisine des autres hémangiomes capillaires de l'organisme, il est redoutable par les pathologies maternelles, foetales et néo-natales qu'il peut induire.

A l'origine de ces différentes complications, le shunt artério-veineux est le facteur étio-pathogénique principal.

La connaissance des complications associées au chorio-angiome permet :

- de suspecter et rechercher un chorio-angiome pendant la grossesse, devant une pathologie telle que :

- * un hydramnios
- * une anasarque
- * une défaillance cardiaque foetale
- * un retard de croissance intra-utérin

- de surveiller cliniquement et échographiquement une grossesse pour laquelle un chorio-angiome est diagnostiqué ; l'existence de certaines complications pouvant obliger à une extraction prématurée de l'enfant.

- de prévoir au moment de l'accouchement une réanimation néo-natale devant une anasarque, une défaillance cardiaque ou des troubles hématologiques sévères.

Le diagnostic ante-natal repose essentiellement sur l'échographie, éventuellement complétée par l'écho-doppler pour en apprécier le retentissement fonctionnel.

B I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ASADOURIAN L.A. ; TAYLOR H.B.

Clinical significance of placenta hémangiomas
Obstet. and Gynec.; 1968 ; 31 ; 551-555

- 2 - ASOKAN S. ; CHADALAVADA K. ; GARDI R. ; SASTRY V.

Prenatal diagnosis of placental tumor by ultrasound
J.C.U. ; 1978 ; 6 (3) ; 180-181

- 3 - BARRY F.E. ; Mc COY C.P. ; CALLAYAN W.P. ;

Hemangioma of the umbilical cord
Am. J. Obstet. Gynecol. ; 1951 ; 62 - 675

- 4 - BATTAGLIA F.C. ; ALLEN WOOLEVER C.

Fetal and neonatal complications associated with recurrent
chorioangiomas
Pediatrics ; 1968 ; 41 - 62-66

- 5 - BAUER C.R. ; FOJACO R.M. ; BANCALARI E. ;
FERNANDEZ-ROCHA L.

Microangiopathic , hemolytic anemia and thrombocytopenia
in a neonate associated with a large placental
chorioangioma
Pediatrics ; 1978 ; 62 - 574-577

6 - BECKWITT TURKEL S.

Conditions associated with non immune hydrops fetalis
Clin. Perinatal. ; 1982 ; 9 - 613-625

7 - BENSON P.F. ; JOSEPH M.L.

Cardiomegaly in a newborn due to placental chorioangioma
British Medical Journal ; 1961 ; 102-105

8 - BERNISCHKE K.

A review of the pathologic anatomy of the human placenta
Am. J. Obst. Gyn. ; 1962 ; 84 - 1595-1622

9 - BRUHWILER H. ; SCHNEITTER J. ; LUSCHER K.R.

Ultrasound image and fetal complications in large
chorioangioma of the placenta
Ultrashall Med. ; 1986 ; 7 (5) 245-247

10 - BUKOVINSKY L. ; JAKOBOVITS A. ; BARNA J.

Plazentatumor mit gefäBruptur
Zentralbl . Gyn. ; 1960 ; 82 - 502-504

11 - CARDWEL M.S.

Ante-natal management of a large placenta chorioangioma ;
a case report

The Journal of reproductive Medecine ; 1988 ; 33 - 68-70

12 - CASH J.B. ; POWELL D.E.

Placental chorioangioma : presentation of a case with
electromicroscopic and immunochemical studies

Am. J. Surg. Pathol. ; 1980 ; 4 - 87-92

13 - CHATELAIN - CHAUVONNET

Pathologie foetale et néonatale au cours d'un
chorioangiome placentaire. A propos d'un cas.

Thèse médecine - Lille II ; 1985 ; n° 351

14 - DAVIES D.V.

A benign tumour of the placenta

J. Obstet. Gynec. Brit. Emp. 1948 ; 55-57

15 - DE COSTA E.J. ; GERBIE A.B. ; ANDERSEN R.H. ;
GALLANIS T.C.O

Placental tumors : hémangioma with special
reference to an associated clinical syndrom

Obstet. and Gynecol. 1966 ; 7 - 249-259

16 - DELAUNAY M.

Contribution à l'étude des angiochoriomes placentaires
Thèse Médecine , Bordeaux ; 1952 ; N° 63

17 - DEUGNIER Y. ; JOUAN H. ; BEURTON D. ; QUEIROZ F.
KERISIT J.

L'hémangiome placentaire : aspects anatomocliniques
Arch. Anat. Cytol. Pathol. ; 1983 ; 31 (3) 154-156

18 - DUNN R.

Hémangioma of placenta . Report of 9 cases
J. Obstet. Gynaec ; Brit Emp. ; 1959 ; 66 - 51-57

19 - ELDAR - GEVA T. ; HOCHNER - CELNICKIER D. ; ARIEL I.
RON M. ; YAGEL S.

Fetal high output cardiac failure and acute hydramnios
caused by large placental chorioangioma. Case report.
Brit. J. Obst and Gyn ; 1988 ; Nov. ; 1200-1203

20 - EMGE L.A.

Dystocia caused by an hemangioma of the placenta
Am. J. Obstet. Gynecol. ; 1927 ; 14 - 35

21 - ESQUEYRE C.

Chorioangiome placentaire

Thèse Médecine , Toulouse III ; 1985 ; N° 240

22 - FOX H.

Hemangioma of the placenta

J. Clin. Path. ; 1966 ; 19 - 133

23 - FROEHLICH L.A. ; HOUSLER M. ;

Neonatal thrombocytopenia and chorioangioma

The journal of Pediatr. ; 1971 ; 78 - 516

24 - FROEHLICH L.A. ; FUJIKURA T. ; FISHER P.

Chorioangiomas and their clinical implications

Obst. Gynecol. ; 1971 ; 37 (1) 51

25 - GLASER D. ; JUNEMANN A. ; TUNTE W. ;

FLOTMANN N. ; HANEWINKEL H. ; ROBKE K.

Plazentares chorioangiom und kindliche fehlbildungen

Geburtshilfe Frauenheilkd. 1988 ; 48 ; 450-452

26 - GREENE E.F. ; IAMS J.D.

Chorioangioma ; a case presentation

Am. J. Obstet. Gynecol. 1984 ; 148 (8) - 1146-1148

27 - HOANG NGOC MINH J. ; SMADJA A. ; ORCEL L.

Le chorioangiome du placenta : reflexions à propos d'un cas diagnostiqué par échographie.

Rev. Franc. Gynecol. Obstet. ; 1983. 11 - 711-713

28 - HURWITZ A. ; MILWIDSKY A. ; YARKONIS S. ; PALTÍ Z.

Several fetal distress with hydramnios due to chorioangioma

Acta Obstet Gynecol. ; 1983 ; 62 - 633-635

29 - IMAKITA M. ; YUTANI C. ; ISHIBASHI - UEDA M. ; MURAKANI M. CHIBA Y.

A case of hydrops fetalis due to placental chorioangioma

Acta. Pathol. J.p.m. ; 1988 ; 38 (7) ; 941-945

30 - JONES C.E.M. ; RIVERS R.C.A. ; TAGHIZADEH A.

Disseminated intravascular coagulation and fetal hydrops in a newborn infant in association with a chorioangioma of placenta.

Pediatrics ; 1972 ; 50 - 901-907

31 - KANDOM - MOYO J. ; HAJERI H. WINISDOERFFER G. ; PHILIPPE E. ; BEAUVAIS P. ; DREYFUS J.

Souffrance foetale et chorioangiome : étude du rythme cardiaque foetal . A propos de deux cas.

J. Gyn . Obst. Biol. Reprod. 1972 ; 1 - 575-579

32 - KLAFTEN E.

Chorion - hemangioma placental
Z. Geburtsh . Gynäk. ; 1929 ; 95 - 426-437

33 - KOHLER H.G. ; IQBAL N. ; JENKINS D.M.

Chorionic haemangiomata and abruptic placental
Br. J. Obstet . Gynaec. ; 1976 ; 83 - 8 - 667-670

34 - KOTZ J. KAUFMAN M.S.

Chorioangioma of the placenta : review and report of a
case.
Med. Ann. District Columbia ; 1939 ; 8 - 106

35 - LEBLANC A. ; CARRIER C.

Chorioangiome placentaire : angiomes cutanés et
cholestase néonatale.
Arch. Franc. Pediat. ; 1979 ; 36 - 484-486

36 - LIANG S.T. ; WOO J.SK. ; WONG V.C.W.

Chorioangioma of the placenta : an ultrasonic
study case report.
Br. J. Obstet. Gynaecol. ; 1982 ; 89 (6) 480-482

37 - MAC INROY R.A. ; KENSLEY H.A.

Chorioangioma associated with acute hydramnios.
J. Pathol. Bacteriol. ; 1954 ; 68 - 519-523

38 - MAHMOOD K.

Small chorioangiomas and small gestational age baby
Am. J. Obstet. Gynecol. ; 1977 ; 127 - 4 - 440-442

39 - MARCHETTI A.A.

Considérations of certains types of benign tumors of
placenta
Surg. Gynec. Obstet. ; 1939 - 68 - 733-743

40 - MAULIK D. ; NANDA N.C. ; SAINI V.D.

Fetal doppler echocardiography
Methods and characterization of normal and abnormal
hemodynamics
Am. J. cardiol. ; 1984 ; 53 - 572-574

41 - MESSER J. ; VORS J. ; KRUG J.P. ; PHILIPPE E. ; WILLARD D.

Pathologie foetale et néo-natale en rapport avec le
chorio-angiome du placenta
Ann. Pediatr. ; 1974 ; 21 - 12 - 891-897

42 - NAHMANOVICI C. ; PANCRAZI J. ; PHILIPPE E.

Chorioangiome placentaire - Diagnostic échographique à la
19ème semaine.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.

Paris ; 1982 - 11 (5) 593-597

43 - O'MALLEY B.P. ; TOI A. ; DESA D.J. ; WILLIAMS G.L.

Ultrasound appearances of placental chorioangioma

Radiology ; 1981 ; 138 - 159-160

44 - PHILIPPE E. ; MULLER G. ; DEHALLEUX J.M. ; DE MOT T. ;
LEFAKIS P. ; GANDAR R.

Le chorio-angiome et ses complications foeto-maternelles

Rev. Franc. Gynec. ; 1964 ; 64 - 335-341

45 - PHILIPPE E. ;

Histopathologie placentaire

Masson - Paris ; 1974

46 - PHILIPPE E.

Pathologie foeto-placentaire

Masson - Paris ; 1986

- 47 - REINER L. ; FRIES E.

Chorioangioma associated with artériovenous anevrysme
A study on hamartoma
Am. J. Obstet. Gynecol. ; 1965 - 93 - 58-64

- 48 - RODAN B.A. ; BEAN W.J.

Chorioangioma of the placenta causing intrautérine fetal
demise
J. Ultrasound Med. ; 1983 ; 2 (2) 95-97

- 49 - RUDIGOZ R.C. ; FRAPPART L. ; MORCEL P. ; MAGNIN P. ;
BREMOND A. ; ROCHET Y.

Diagnostic échographique ante-natal du chorio-angiome
placentaire. A propos d'une observation.
J. E. M. U. ; 1980 ; 1 - 207-210

- 50 - SHANKLIN D. R. ; SOTELO - AVILA C.

Vascular tumors of placenta and umbilical cord ; their
effect on fetal growth
Amer. J. Path. ; 1986 ; 48 - 26-27

- 51 - SIDDAL R. S.

Chorioangiofibroma
Am. J. Obstet. Gynecol. ; 1924 (8) 554-568

52 - SIDDAL R. S.

The occurrence of chorioangioma

Bull. John Hopkins Hop ; 1926 ; 38 - 355-364

53 - SIERACKI J. C ; PANKE T.W. ; HORVAT B.L. ; PERRIN E.V. ;
NANDA B.

Chorioangiomas

Obstet. Gynecol. ; 1975 ; 46 (2) - 155-159

54 - SNOECK J. ; WILKIN P.

Le chorio-angiome : tumeur bénigne du placenta

Bull. Fld. Soc. Gyn. Obst. France ; 1952 ; 4 - 644-651

55 - SPIRT B. A. ; GORDON L. ; COHEN W. N. ; YAMBAO T.

Ante-natal diagnosis of chorioangioma of the placenta.

A.J.R. ; 1980 ; 135 (6) - 1273-1275

56 - STILLER A. G. ; SKAFISH P.R.

Placental chorioangioma : a rare cause of foetomaternal
transfusion with maternal hemolysis and fetal distress

J. Obstet. Gynecol. ; 1986 ; 67 - 2 - 296-298

57 - SWEET C. ; REID W.D. ; ROBERTON N.R.C.

Hydrops fetalis in association with chorioangioma of the placenta.

The journal of Pediatrics ; 1973 ; 82 (1) - 91-92

58 - TONKIN I.L. ; SETZER E.S. ; ERMOCILLA R.

Placental chorioangioma : a rare cause of congestive heart failure and hydrops fetalis in the newborn

A.J.R. ; 1980 ; 134 - 181-183

59 - VON LUDINHAUSEN M. ; SAHIRI I.

Chorioangioma der placenta als ursache wiederholter totgeburten.

Geburtshilfe frauenheilkd ; 1983 ; 43 - 233-235

60 - WALLENBURG H.C.S.

Chorioangioma of the placenta .

Thirteen new cases and a review of the literature from 1939 to 1970 with special reference to the clinical complications.

Obstetrical and Gynecological Survey

1971 ; 22 - 411-424

61 - WENTWORTH P.

The incidence and significance of hemangioma of the placenta

J. Obst. Gynaec. Brit. Cwlth. ; 1965 ; 72 - 81-88

62 - WOLFE BRIAN K. and WALLACE J.H. Kirk

Pitfall to avoid ; chorioangioma of the placenta
simulating fetal tumor

Journal Clin. Ultrasound ; 1987 ; July - August ; 405-408

64 - YAGEL S. ; HOCHNER-CELNIKIER D. ; HURWITZ A. ; PALTI Z. ;
GOTSMAN M.S.

The significance and importance of prenatal diagnosis
of fetal cardiac malformations by Doppler
échocardiography.

Am. J. Obstet. Gynecol. ; 1988 ; 158 (2) 272-277

64 - ZALEV A.H.

Placental chorioangioma ; an unusual cause of
polyhydramnios : ante-natal diagnosis

Journal de l'association canadienne des radiologistes
1986 ; 37 - 60-61.

T A B L E D E S M A T I E R E S

	N° Pages
INTRODUCTION	14-16
<u>CHAPITRE I</u>	17-19
I - HISTORIQUE	18
II - FREQUENCE	19
<u>CHAPITRE II</u>	20-32
<u>CAS CLINIQUE</u>	
1 - OBSERVATION N° 1	21-26
2 - OBSERVATION N° 2	27-32
<u>CHAPITRE III</u>	33-38
<u>EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE</u>	
I - ASPECTS MACROSCOPIQUES	34-35
II - ASPECTS MICROSCOPIQUES	36-37
III - DATE D'APPARITION DE LA TUMEUR	38

<u>CHAPITRE IV</u>	39-54
<u>DISCUSSION CLINIQUE</u>	
I - MANIFESTATIONS PENDANT LA GROSSESSE	40-46
A - MATERNELLES	40-42
B - FOETALES	42-46
II - MANIFESTATIONS PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT	47-49
III - MANIFESTATIONS NEO-NATALES	49-54
<u>CHAPITRE V</u>	55-63
<u>DISCUSSION ANATOMO-PATHOLOGIQUE</u>	
I - RETENTISSEMENT PENDANT LA GROSSESSE	56-62
A - MATERNEL	56-58
B - FOETAL	59-62
II - RETENTISSEMENT NEO-NATAL	62-63
<u>CHAPITRE VI</u>	64-67
<u>DIAGNOSTIC ANTE-NATAL : ECHOGRAPHIE</u>	
<u>CONCLUSION</u>	68-70
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	71-84

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de la profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.