



Faible positivité de l'hCG en l'absence de grossesse et de néoplasie

Présentation de deux cas

Benjamin De Backer^{1,3}, Frédéric Goffin², Jean-Marc Minon¹.

¹ Service de Biologie Clinique, CHR de la Citadelle, Bd du 12^{ème} de Ligne, 4000 Liège, Belgique.

² Service Universitaire d'Obstétrique et de Gynécologie, Unité d'Oncologie Gynécologique, CHR de la Citadelle, 4000 Liège, Belgique.

³ b.debacker@student.ulg.ac.be

Introduction :

L'hormone chorionique gonadotrope (hCG) est principalement synthétisée par le placenta durant la grossesse. En dehors d'un contexte gravidique, l'hCG est également produite en faibles quantités par les cellules gonadotropes de l'hypophyse. Les concentrations sériques en hCG hypophysaire sont généralement faibles et difficilement détectable (<5 mUI/mL).

Lorsque toute forme de grossesse est écartée, une persistance d'hCG sérique peut indiquer la présence d'une tumeur sous-jacente. Cependant, une **positivité des tests hCG peut aussi être due à diverses causes bénignes.**

Cas clinique 1 :

Dans le **décours d'un avortement spontané**, patiente de 25 ans présentant une positivité de l'hCG persistante.

Taux d'hCG fluctuant entre 7 et 15 mUI/mL sur plus de 6 ans (valeurs normales : < 5 mIU/mL, voir tableau 1).

Eventualité d'un faux positif écartée : confirmation par différents tests commerciaux et réalisation de dilutions en série.

Exclusion de la présence d'une nouvelle grossesse ou d'une tumeur utérine : examen clinique et gynécologique normal, échographie et biopsie ne mettant pas en évidence de résidu trophoblastique.

Exclusion d'une tumeur extra-utérine : angioscanner thoracique et RMN pelvienne, thoracique et cérébrale normaux.

Diagnostic : maladie trophoblastique gestationnelle quiescente (MTQ).

Discussion :

Une élévation de l'hCG ne signe pas toujours la présence d'une néoplasie.

Une première cause est l'obtention de **faux positifs** dus à la présence d'anticorps hétérophiles. Cette éventualité doit être écartée.

Des taux faibles et persistants peuvent également être dus à une **MTQ** ou à une **élévation d'hCG d'origine hypophysaire**. Cette dernière peut augmenter **secondairement à une IRCT**, ou lors de la **ménopause** et de l'**insuffisance ovarienne** (perturbation du rétro-contrôle négatif).

IRCT : Le rein joue un rôle central dans la dégradation et l'élimination de l'hCG. Une diminution de la fonction rénale peut dès lors avoir un impact sur la clairance métabolique de l'hormone, et provoquer une élévation de sa concentration sérique. Les patientes atteintes d'IRCT présenteraient également une production accrue de gonadotrophines, probablement due à une perturbation de leur régulation.

Tableau 1. Cas clinique 1 - Evolution des taux d'hCG et méthodes utilisées.

Date	hCG (mUI/mL)	Technique
08/2005	8	? (laboratoire extérieur 1)
01/01/2010	7	? (laboratoire extérieur 2)
08/01/2010	7	? (laboratoire extérieur 2)
21/01/2010	15	? (laboratoire extérieur 3)
03/09/2010	8	? (laboratoire extérieur 2)
25/10/2010	7	Roche Elecsys HCG+β
22/02/2011	6,9	Roche Elecsys HCG+β
	3	Dilution 1/2 - Roche HCG+β
	1,5	Dilution 1/4 - Roche HCG+β
	8	Siemens Centaur HCG totale
	10,5	Beckman Access βHCG totale
27/06/2011	10	Roche Elecsys HCG+β
24/01/2012	8	Roche Elecsys HCG+β

Cas clinique 2 :

Patiente de 29 ans atteinte d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), dialysée depuis 10 ans (Maroc).

Découverte fortuite de positivité de l'hCG : **taux entre 11 et 35 mUI/mL** sur une période **d'un an et demi** (test Roche HCG+β).

Exclusion de la présence d'une grossesse ou d'une tumeur : examen gynécologique normal.

Diagnostic : élévation d'hCG hypophysaire secondaire à l'IRCT.

MTQ : forme bénigne de maladie du trophoblaste caractérisée par une absence de cellules cytotrophoblastiques invasives, impliquées dans la formation des villosités choriales et dans les processus cancéreux. La MTQ ne répond pas à la chimiothérapie.

De faibles taux d'hCG peuvent persister durant des mois ou des années, avant de disparaître, ou d'évoluer vers une réelle pathologie invasive avec augmentation rapide des taux d'hCG (10 à 25 % des cas).

Conclusion :

Ces cas illustrent l'importance d'une bonne compréhension des diverses causes d'élévation de l'hCG.

Il est primordial de démontrer la présence d'une néoplasie avant d'instaurer une thérapie lourde par chimiothérapie ou chirurgie.

Par ailleurs, un suivi régulier des taux d'hCG doit être instauré au long terme dans les cas de MTQ.