



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com

STAFF PUBLIC

## Une tumeur rectale atypique

*Atypical rectal tumor***B. Darnis\*, M. Bonal, J.Y. Mabrut**

*Service de chirurgie générale, digestive et de transplantations hépatique et intestinale, CHU de la Croix-Rousse, 103, Grande rue de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France*

*Il s'agit d'un homme de 30 ans aux antécédents de résection de condylomes en deux temps à l'âge de 5 ans sans contexte d'immunodépression ou de traumatisme sexuel. Le patient consulte 25 ans plus tard pour sub-occlusion, syndrome rectal associé à des rectorragies. À l'examen clinique, la marge anale est strictement normale, au toucher rectal on palpe une tumeur à la partie haute du canal anal et du bas rectum. Les aires ganglionnaires inguinales sont libres. Une anoscopie et une rectoscopie sont réalisées confirmant une tumeur ulcéro bourgeonnante, circonférentielle, sténosante, partant du canal anal dans sa partie très haute et remontant dans toute l'ampoule rectale. L'écho endoscopie est peu contributive du fait de la taille tumorale, il n'y a pas d'adénopathie évidente dans le méso rectum. Des biopsies ont été réalisées et retrouvent une lésion HPV induite de type condylome, avec des zones en dysplasie de haut grade. L'IRM (Fig. 1) en coupe sagittale montre cette volumineuse tumeur qui prend quasiment tout le rectum, en coupe transversale on confirme qu'elle est quasiment circonférentielle, et qu'elle descend jusqu'à la partie haute du canal anal. Le reste du canal anal est indemne d'invasion.*

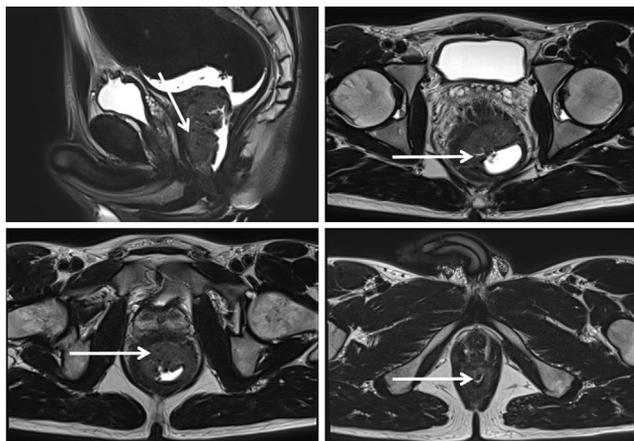
**Dr Darnis : Quel serait votre diagnostic face à cette tumeur atypique ?**

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [benjamin.darnis@chu-lyon.fr](mailto:benjamin.darnis@chu-lyon.fr) (B. Darnis).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.11.001>

1878-786X/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



**Figure 1.** IRM rectale 1. Coupe sagittale volumineuse tumeur ; 2,3,4. coupes transversales lésion quasiment circonférentielle, descendant jusqu'à la partie haute du canal anal (flèches blanches).

- *Un adénocarcinome rectal.*
- *Un carcinome épidermoïde.*
- *Un condylome.*
- *Une GIST rectale.*
- *Une tumeur pré sacrée.*

**Dr Panis :** On a déjà vu des lésions liées à HPV qui étaient des carcinomes épidermoïdes de l'anūs.

**Dr Broquet :** Je ne pense pas à une tumeur pré sacrée, la lésion paraissant être développée, surtout sur l'hémicirconférence antérieure. L'aspect n'est pas évocateur d'une GIST du fait du caractère ulcéro-bourgeonnant et des anomalies de la muqueuse, les GIST sont plutôt des tumeurs de la paroi rectale. Un condylome dans ce contexte, pas vraiment. Donc au final je rejoins Yves PANIS, je pense plutôt à un carcinome épidermoïde.

**Dr Darnis :** Je précise qu'au niveau de l'anūs il n'y a rien pour la proposition carcinome épidermoïde de l'anūs. Donc, vous évoquez un carcinome épidermoïde développé sur le rectum.

**Dr Broquet :** Le carcinome épidermoïde peut également atteindre le canal anal. Cela peut être également des condylomes non dégénérés, très volumineux, une condylomatose endo-anale ou endorectale. Il faut évoquer d'autres diagnostics, mais nous allons en discuter plus tard.

**Dr Kianmanesh :** Les trois sites susceptibles d'être atteints par l'HPV donnent toujours des épidermoïdes. Donc en rapport avec l'HPV ça ne peut être qu'un carcinome épidermoïde à 80–90 %. Maintenant, la question est de savoir s'il s'agit d'une récurrence sur le site résection avec une atteinte sous muqueuse.

**Dr X :** Moi, je voterai plutôt pour un carcinome épidermoïde sur une condylomatose dégénérée avec un Buschke-Lewenstein strictement intra rectal ou alors un carcinome épidermoïde du rectum.

**Dr Panis :** Je souhaite revenir sur ce qui a été dit. C'est évocateur d'un carcinome épidermoïde y compris si le canal anal est normal, il y a des carcinomes du bas rectum, que l'on peut appeler papillomatose ou condylomatose. Le problème majeur est le diagnostic de malignité. En effet, ce sont des tumeurs très exophytiques dont l'exploration en profondeur et l'étude de l'envahissement ganglionnaire peuvent être limités. Il faut donc faire la preuve de la malignité avant de passer à la stratégie thérapeutique.

**Dr Darnis :** Pour prouver le diagnostic de malignité devant cette tumeur qui paraît inquiétante malgré des

*premières biopsies qui sont faussement ou vraiment rassurantes, est ce que vous poursuivez les investigations et si oui, avec quels examens ?*

**Dr Cotte :** Nous avons un doute sur un cancer, il faut faire un bilan d'extension de principe car si on a des métastases pulmonaires on aura déjà une information. Cependant, quelles que soient les investigations et même si tout est négatif on aura toujours un doute car on ne pourra jamais biopsier tous les millimètres de cette lésion. Il faut la considérer comme un cancer jusqu'à preuve du contraire.

**Dr Y :** Je propose, premièrement, une exploration sous anesthésie générale avec réalisation de biopsies profondes, et deuxièmement un petscan pour les adénopathies inguinales et à distance.

**Dr Lefevre :** Comme pour les carcinomes épidermoïdes, on réalise un petscan et des marqueurs SCC et en cas d'échec de l'endoscopie la réalisation d'une macrobiopsie.

**Dr Goere :** Donc, scanner complet, TAP, petscan et biopsies profondes sous anesthésie générale.

**Dr Darnis :** Le bilan proposé est globalement celui qui a été réalisé. Le scanner ne montrait pas de lésion métastatique à distance, une échographie inguinale n'a pu mettre en évidence d'adénopathie ponctionnable. Nous avons fait des biopsies de la lésion rectale sous écho endoscopie et par voie chirurgicale confirmant des lésions en dysplasie de haut grade HPV induite. Nous n'avons pas réalisé de petscanner, mais ça semble être une bonne idée dans le contexte de suspicion de carcinome épidermoïde. Par ailleurs, la sérologie VIH s'avère négative.

**Donc, on est toujours face à un jeune homme qui a une tumeur atypique, a priori des cellules dégénérées d'aspect induites, en dysplasie de haut grade, mais sans confirmation de la malignité. Si l'on suspecte une dégénérescence, il n'y a pas d'extension ganglionnaire ou métastatique à distance.**

**Dr Panis :** Sans preuve du carcinome on ne peut pas proposer de faire de la radio chimiothérapie, donc ce serait résection chirurgicale.

**Dr Dumont :** Je suis d'accord, on ne peut pas faire de traitement lourd oncologique sans preuve histologique, donc moi je ferais encore une fois des biopsies. Et si celles-ci sont toujours négatives, on n'a pas d'autre choix que la résection chirurgicale.

**Dr Darnis :** on a déjà trois séries de biopsies négatives.

**Dr Dumont :** Pouvons-nous avoir plus de détails sur la lésion ? Cliniquement où est-elle par rapport au canal anal ? Quelle est sa taille endoluminale ?

**Dr Darnis :** La lésion débute à la ligne pectinée, remonte dans le rectum, où elle est la plus bourgeonnante. Elle est très symptomatique, le patient est en sub-occlusion avec des rectorragies quotidiennes.

**Dr Dumont :** Y a-t-il un envahissement en profondeur ? L'écho endoscopie a-t-elle déterminé les rapports avec la membrane basale, la sous muqueuse, la musculature ?

**Dr Darnis :** L'IRM évoque une tumeur un peu agressive et l'écho endoscopie a été très gênée du fait d'interpositions d'air dans la tumeur empêchant la description de la partie antérieure. L'examen a été réalisé par un expert de notre centre qui a jugé qu'il ne pouvait pas répondre à la question d'invasion en profondeur.

**Dr Panis :** C'est un dossier difficile, pour les carcinomes in situ ou cancer superficiel une chirurgie première peut être justifiée, à contrario, si c'est une tumeur agressive N+, même si on ne voit pas les ganglions, ou T3, les

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728783>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728783>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)