
PSEUDOTUMEUR INFLAMMATOIRE COLIQUE**COLIC INFLAMMATORY PSEUDOTUMOR****Kambiré JL*, Zoungrana SL**, Ouédraogo S*, Ouédraogo S***Zida M******

Correspondant Docteur Jean Luc KAMBIRE, Maître de Conférence Agrégé de Chirurgie Générale au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya ; B.P 36 Tél : 70338914 ; Email : jeanluckambire@yahoo.fr

Résumé

Introduction : Les pseudotumeurs inflammatoires coliques sont des lésions bénignes très rares, d'étiologie inconnue et dont le diagnostic différentiel est difficile avec les adénocarcinomes.

Résultat : Nous rapportons le cas d'une patiente de 20 ans, admise en urgence dans un contexte d'occlusion intestinale aiguë chez qui en per opératoire, nous avons retrouvé une tumeur ulcéro-nécrotique du côlon droit suspecte de malignité. Mais l'examen histologique de la pièce d'hémi-colectomie a affirmé sa bénignité.

Conclusion : Les pseudo-tumeurs inflammatoires bien que rares, ne sont pas exceptionnelles. Elles sont de diagnostic difficile car peuvent simuler des tumeurs malignes et l'examen histologique est indispensable pour affirmer le diagnostic.

Mots-clés: pseudotumeur- diagnostic- traitement.

Abstract

Introduction: Colonic inflammatory pseudotumors are rare benign lesions, they are of unknown etiology and the differential diagnosis is difficult with adenocarcinomas.

Result: We report the case of a 20-year-old patient admitted urgently in an acute intestinal occlusion in which laparotomy

has objectified an ulcerative-necrotic tumor of the right colon suspected of malignancy; it is the histological examination of the piece of hemicolectomy which affirmed its benignity.

Conclusion: Inflammatory pseudo-tumors, although rare, are not exceptional; they are difficult to diagnose because they can simulate malignant tumors and histological examination is essential to assert the diagnosis.

Keywords : pseudotumor- diagnosis - treatment.

Introduction

Les pseudo-tumeurs inflammatoires sont des tumeurs bénignes, d'étiologie inconnue. Elles peuvent intéresser tous les organes. Leur incidence est faible, mais peut atteindre 15% au niveau des sphères thoracique et cervico-faciale [1]. Leur symptomatologie clinique est polymorphe et est fonction de l'organe atteint. Mais la présence d'une tuméfaction reste une constante. L'imagerie, particulièrement, la tomodensitométrie a pour objectif de caractériser cette tuméfaction. La chirurgie est la base du traitement et permet l'exérèse tumorale dont l'examen histologique affirmera la bénignité. L'atteinte digestive est plus rare ; la description princeps de

cette atteinte a été l'œuvre de Vanek en 1949 et portait sur l'estomac [2].

Notre objectif est de rapporter le cas d'une pseudo-tumeur inflammatoire colique et de faire le point sur cette pathologie à travers une revue de la littérature.

Observation clinique

Une patiente de 20 ans, était admise au service des urgences du centre hospitalier régional de Ouahigouya, pour des douleurs abdominales diffuses, permanentes, d'intensité vive. Elles étaient associées à un arrêt des matières et des gaz. Aucune notion de rectorragie, de diarrhée, de constipation, ni d'alternance de diarrhée-constipation n'avait été notée.

A son admission, elle présentait : un état général conservé, des conjonctives colorées, une fièvre à 38°C une tension artérielle à 80/60 mm de mercure, un pouls accéléré.

A l'inspection, l'abdomen était distendu dans son ensemble ; à la palpation, on notait une sensation de rénitence élastique, sans défense ni contracture. La percussion révélait un tympanisme et à l'auscultation, il y avait un silence auscultatoire. Le toucher rectal retrouvait une ampoule rectale vide.

L'hypothèse d'un volvulus du côlon sigmoïde avait été évoquée et les mesures de réanimation entreprises en urgence du fait de l'état de choc de la patiente. De même, le bilan préopératoire avait été entrepris. L'hémogramme avait révélé un taux d'hémoglobine à 14g/dl, une numération blanche à 8.300 éléments/mm³, une basophilie à 49% et une lymphopénie. La glycémie et la créatininémie étaient à des taux normaux.

Aucune exploration morphologique n'avait été réalisée et une laparotomie indiquée au terme d'une courte période de réanimation. En peropératoire, une tumeur ulcéronécrotique du coecum et du côlon droit était objectivée.

Une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-latérale était réalisée. Les suites opératoires étaient simples et la patiente quittait l'hôpital au terme de six jours d'hospitalisation.

L'examen histologique de la pièce d'exérèse révélait une muqueuse colique présentant en surface un revêtement cylindrique mucosécrétant largement ulcéré. Le chorion était le siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe constitué de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles. Les glandes étaient régulières. L'appendice était bordé d'un revêtement cylindrique mucosécrétant sans atypies reposant sur un chorion inflammatoire. La musculature et la séreuse étaient de morphologie normale. Ainsi, l'histologie concluait à l'absence de malignité.

La recherche de BK sur la pièce d'exérèse était négative. La patiente avait été reçue après un mois et trois mois en consultation de chirurgie et ne formulait aucune plainte. Son examen clinique était revenu normal et aucune exploration morphologique n'avait été licite.

Commentaires

Les pseudo-tumeurs inflammatoires sont des tumeurs rares. Elles sont bénignes et affectent préférentiellement les sujets jeunes, avec une prédominance féminine [3]. Notre observation corrobore les données de la littérature. Leur étiopathogénie reste inconnue. Cependant, de récentes études cytogénétiques montrant l'existence d'anomalies chromosomiques responsables du réarrangement du gène Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK) suggère une étiologie tumorale. [4]. L'efficacité de la corticothérapie sur certaines de ces lésions n'exclut pas l'étiologie inflammatoire. Un conflit immunologique auto-immun médié par l'interleukine-1 est également évoqué [4,5].

Les localisations de ces tumeurs sont multiples. Elles peuvent intéresser divers

organes : le foie, les ganglions, les poumons, le tractus urinaire, la sphère maxillo-faciale et le tractus digestif [2,4,7,8,9]. Leurs manifestations cliniques sont variables et fonction de leur localisation. Cependant, dans chacune de leur localisation, elles peuvent simuler un néoplasme et aucune exploration paraclinique n'est suffisante pour porter le diagnostic. Par ailleurs, une urgence chirurgicale abdominale peut révéler ces pseudotumeurs inflammatoires dans leurs localisations digestives, comme le montre la figure 1 de notre observation.

La prise en charge de ces affections est médico-chirurgicale. Le traitement médical fait appel parfois à la corticothérapie et aux immunosuppresseurs. La chirurgie reste indispensable et permet l'exérèse tumorale. Dans notre observation, il a été réalisé une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique termino-latérale comme l'indiquent les figures 2 et 3. L'examen histologique de la pièce d'exérèse est le fondement du diagnostic. Il atteste de la bénignité de ces tumeurs et élimine les pseudo-tumeurs inflammatoires secondaires à des processus cicatriciels, traumatiques ou infectieux [4]. Les infections à *Entamoeba histolytica* et à *Mycobacterium tuberculosis* jouent un rôle prépondérant dans ces processus infectieux. En effet, l'amoebome colique peut simuler un adénocarcinome et représente 1,5% des formes anatomo-cliniques de l'infection à *Entamoeba histolytica* [10]. Quant aux formes pseudo-tumorales au cours de la tuberculose abdominale, elles représentent 5% des cas [11].

Le pronostic de ces pseudo-tumeurs est en général favorable. Les suites opératoires ont été simples dans notre observation avec un recul à un an satisfaisant. Cependant, les risques de récurrence locale et de dégénérescence maligne, bien qu'exceptionnels, ne sont pas nuls. Ils sont de l'ordre de 5% [4].

Conclusion

Les pseudo-tumeurs inflammatoires bien que rares, ne sont pas exceptionnelles. Elles sont de diagnostic difficile car peuvent simuler des tumeurs malignes et l'examen histologique est indispensable pour affirmer le diagnostic.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont participé à la rédaction de ce manuscrit.

Références

1. Ayachi S, Moartemri R, Mziou Z et al. Pseudotumeur inflammatoire du sinus maxillaire : un cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2015 ;21 :157-162
2. Ehirichiou A, Rachid EB, Laraqui H. et al. Pseudotumeur inflammatoire du côlon. *Maroc Médical*, 2006 ; 28 (3) :164-168
3. Brahim YE, Najih M, Njouni N et al. Pseudotumeur inflammatoire du coecum. A propos d'un cas. *Journal Africain d'Hépto-Gastro-entérologie*, 2015 ; 9 (4) :194-196
4. Sylvie L, Lenaïg M.M, Anne MF. Réarrangement du gène ALK dans les cancers du poumon non à petites cellules. *Correspondance en Onco-Théranostic*, 2012 ; 1 (3) : 107-110
5. Aida GC, Nadra EA, Wafa R. et al. Tumeur myofibroblastique inflammatoire du larynx. A propos d'un cas. *La Tunisie Médicale*, 2010 ; 88 (12) : 942-944
6. Mohamed D, Abdellatif T, Ismail S. et al. Les pseudo-tumeurs inflammatoires du rein : à propos de 2 cas. *Progrès en Urologie*, 2003 ; 13 : 135-139
7. Constant G, Lecoules S, Desrame J. et al. Pseudo-tumeur inflammatoire

- ganglionnaire. La Revue de Médecine Interne, 2005 ; 26 (3) : 242-246
8. Oudrhiri A, Soufi M, Azouguar R. et al. Pseudotumeur inflammatoire du foie à propos d'un cas. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol, 2010 ; 4 : 51-53
 9. Racil H, Saad S, Ben Amar J. et al. Pseudotumeur inflammatoire pulmonaire invasive. La Revue de Médecine Interne, 2011 ; 32 (4) : 55-58
 10. Ayari H, Rebbi S, Ghariani W. et al. Amoebome colique simulant une tumeur coecale à propos d'un cas. Médecine et Santé Tropicales, 2013 ; 23 : 274-275
 11. Rachid EB, Mohamed L, Abdesamad A. La tuberculose pseudo-tumorale. Pan African Medical Journal, 2012; 13:32-47

Iconographie



Figure 1 : nécrose colique droite



Figure 2: pièce d'exérèse opératoire



Figure 3 : vue opératoire de l'anastomose iléo-colique termino-latérale