

Adénocarcinome du colon sigmoïde: une cause inhabituelle de gangrène de Fournier

La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante d'évolution rapide du périnée et des organes génitaux externes. La première description de cette entité clinique a été faite par Fournier en 1883. Le point de départ de l'infection peut être cutané, urogénitale ou colorectal. Les facteurs prédisposants à la survenue de la gangrène de Fournier sont : l'âge, le diabète, l'alcoolisme, la malnutrition et l'immunosuppression. Le germe le plus fréquemment isolé chez les patients a été *E. coli* [1]. Dans une série de 45 patients présentant une gangrène de Fournier, Basoglu et al avaient trouvé que l'étiologie la plus fréquente de la gangrène de Fournier était l'abcès péri-rectal suivie par l'abcès scrotal et les hémorroïdes thrombosées [2]. Cette série, qui est parmi les plus importantes jamais publiées, n'a pas retrouvé le carcinome colorectal comme étant une étiologie de la gangrène de Fournier. La recherche bibliographique avait permis d'identifier cinq cas de gangrène de Fournier résultant de carcinome colorectal au cours des 30 dernières années [3-5]. La prise en charge est basée sur un débridement chirurgical agressif, antibiotiques à large spectre et des soins intensifs [6]. L'oxygénothérapie hyperbare et les procédures de reconstruction peuvent être nécessaires [7]. Le but de cete étude est de rapporter une nouvelle observation d'une gangrène de Fournier compliquant un adénocarcinome du colon sigmoïde.

Observation

Patiente âgée de 82 ans, aux antécédents médicaux chargés (diabète insulino-dépendant, cirrhose post-hépatitique C, insuffisance rénale chronique au stade de traitement médical) a été explorée par une coloscopie pour une modification récente du transit intestinal à type d'alternance diarrhée-constipation, qui avait mis en évidence une formation ulcéro-bourgeonnante et sténosante infranchissable au niveau du colon sigmoïde à 20 cm de la marge anale. L'examen anatomopathologique des biopsies faites au niveau de la tumeur avaient conclu à un adénocarcinome Liberkühnien moyennement différencié. Le bilan d'extension loco-régional et à distance était négatif. Au cours de la préparation au traitement chirurgical, la patiente avait présenté une douleur périnéale évoluant dans un contexte septique (fièvre à 39° et globules blancs à 23.000/mm³). L'examen de la marge anale avait objectivé une tuméfaction péri-anale à 9 heures (en position gynécologique). Une tomodensitométrie abdomino-pelvienne en urgence a été faite, et avait objectivé la tumeur sigmoïdienne prolapsée dans le cul de sac de Douglas compliquée d'un abcès péri-néoplasique (Figure 1) et d'une gangrène gazeuse péri-rectale (Figure 2) arrivant jusqu'au périnée (Figure 3). Par ailleurs, on avait noté l'absence de complication intra-péritonéale. Le diagnostic de gangrène de Fournier d'origine néoplasique a été retenu. La patiente a été opérée en urgence, il a été réalisé une mise à plat avec un débridement large du périnée dans un premier temps sous couverture d'une antibiothérapie à large spectre.

L'évolution s'est faite rapidement vers le décès de la patiente dans un tableau d'état de choc septique avant la révision du périnée et la confection d'une stomie de dérivation.

Figure 1 : Tomodensitométrie abdominopelvienne: Présence d'une collection hypodense qui prend le contraste en périphérie au contact d'une tumeur sigmoïdienne prolapsée au niveau du cul de sac de Douglas.

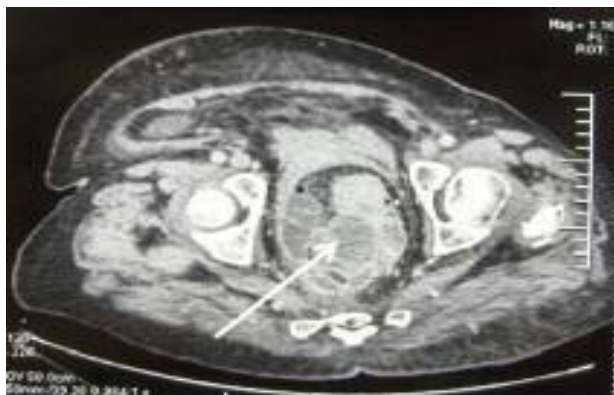


Figure 2 : Tomodensitométrie abdominopelvienne: Présence de bulles d'air en péri rectal, le long de la loge rectale.

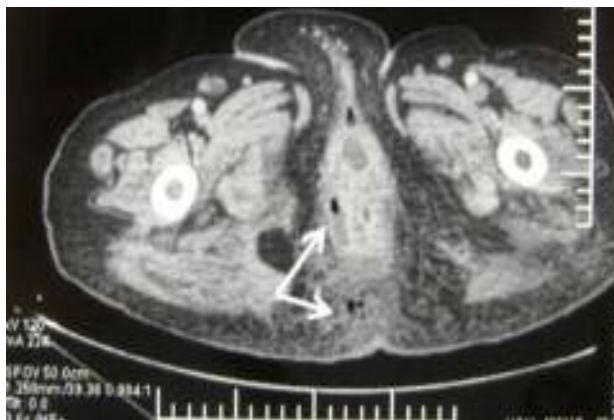
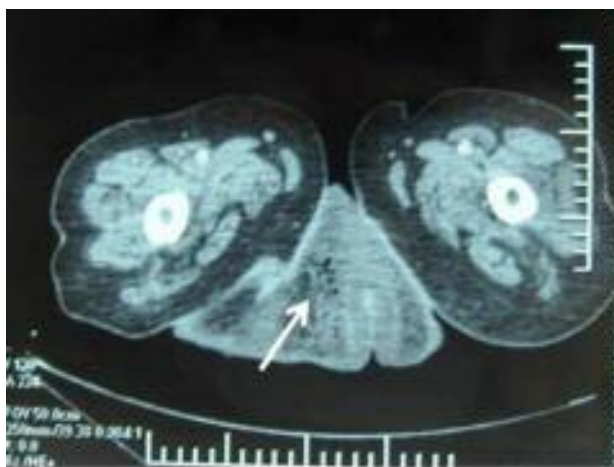


Figure 3 : Tomodensitométrie abdominopelvienne: Présence de bulles d'air au niveau du périnée.



Conclusion

La gangrène du périnée est une affection grave avec un taux élevé de morbidité et de mortalité. Dans cette observation, l'âge avancé, le cancer, la cirrhose et le diabète semblent être des facteurs ayant aggravé le pronostic. Bien que le cancer colorectal a déjà été retenu comme la cause de la gangrène Fournier, cette étiologie reste extrêmement rare.

Références

1. Cakmac A, Genc V, Akyol C, Kayaoglu HA. Fourniers gangrene: is it scrotal gangrene. *Advanced Therapeutics*. 2008;25:1065–74.
2. Basoglu M, Ozbey I, Atamanalp SS, et al. Management of Fourniers gangrene: review of 45 cases. *Surg today*. 2007;37:558–63.
3. Gould SW, Banwell P, Glazer G. Perforated colonic carcinoma presenting as epididymo-orchitis and Fourniers gangrene. *Eur J Surg Oncol*. 1997;23:367–8.
4. Morpurgo E, Galandiuk S. Fourniers gangrene. *Surg Clin North Am*. 2002;82:1213–24.
5. Moslemi MK, Sadighi Gilani MA, Moslemi AA, Arabshahi A. Fournier gangrene presenting in a patient with undiagnosed rectal adenocarcinoma: a case report. *Cases J*. 2009 Dec 3;2:9136.
6. Sanchez Mazzaferri F, Fadil Iturralde JL, Provenzal O. Fourniers gangrene. Our experience over 10 years. A review of the literature. *Arch Esp Urol*. 1999;52:721–7.
7. Zaba R, Grzybowski A, Prokop J, Zaba Z. Fourniers gangrene: historical survey, current status, and case description. *Med Sci Monit*. 2009;15:34–9.

Amin Makni, Meriam Serghini**, Mohamed Jouini*, Montassar Kacem*, Zoubeir Ben Safta**

**Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service de Chirurgie générale "A", 1007, Tunis, Tunisie*

***Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service de Gastroentérologie, 1007, Tunis, Tunisie*

Systemic lupus erythematosus and Hodgkin disease

Systemic lupus erythematosus (SLE) was associated with lymphoproliferative diseases such as Hodgkin's lymphoma (1). Since there is considerable overlap between the features of SLE and Hodgkin's lymphoma (HL) there can be a great difficulty in diagnosing HL in the presence of SLE.

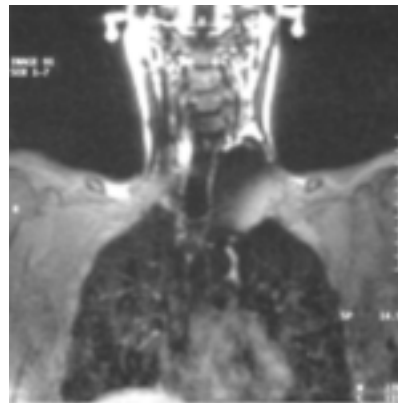
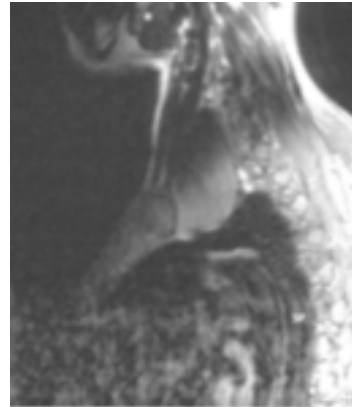
We report a rare case of association of Hodgkin's disease with SLE.

Case report

A 35-year-old woman was followed since 2002 for SLE with neuropsychiatric, renal and hematologic involvements. She was treated with glucocorticoid only with favorable evolution. In April 2006, when she was under steroid treatment of 10 mg/day, she was admitted for cervical mass and weight loss. Physical exam showed a left indolent, fixed and elastic cervical adenopathy. Biology was normal. Computerized tomography of the chest and abdomen showed a left basicervical mass expanded to the anterior and superior mediastinum. The resonance magnetic imaging was suggestive of a thymoma (figures 1, 2). The cervicotomy showed a supraclavicular mass. Histological and subsequent clonality studies confirmed

classical Hodgkin's lymphoma (HL) of the nodular sclerosing type. Viral Serology (Epstein-Barr, herpes simplex, herpes zoster) was negative. The diagnosis of Hodgkin's disease stage Ia was restrained and the patient was transferred to hematological department where she was treated by ABVD with favorable evolution. She is currently followed in our department and is in remission of her lupus and his Hodgkin's disease.

Figures 1, 2: IRM suggestive of a thymoma



Conclusion

SLE has been associated with increased frequency of neoplasia, lymphoma, leukaemia and epithelial tumours. Hodgkin's disease has been occasionally associated with SLE in adults. The awareness of the association of Hodgkin's disease with SLE and the modes of presentation will help in the early diagnosis and clinical management of such patients.

References

1. Bhalla R, Ajmani HS, Kim WW, Swedler WI, Lazarevic MB, Skosey JL. Systemic lupus erythematosus and hodgkin's lymphoma. *J Rheumatol*. 1993;20:1316-1320.

Besma Ben Dhaou, Fatma Boussema, Zohra Aydi, Fatma Daoud, Lilia Baili, Lilia Rokbani

Tunis El Manar University, Faculty of Medicine of Tunis, Habib Thameur Hospital, Internal medicine department, 1008, Tunis, Tunisia