

## Conclusion

La vascularite rétinienne peut être le tableau inaugural d'une manifestation paranéoplasique d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules et impose la réalisation d'un bilan étiologique adapté.

## Références

1. PORT Meta-analysis Trialists Group. Post operative radiotherapy for non-small cell lung cancer: systematic review and meta-analysis of individual patient data from nine randomized controlled trials. *Lancet* 1998; 352:257-63.
2. Anastasakis A, Dick AD, Damato EM, Spry PG, Majid MA. Cancer-associated retinopathy presenting as retinal vasculitis with a negative ERG suggestive of on-bipolar cell pathway dysfunction. *Doc Ophthalmol* 2011 ; 123:59-63
3. Bizieux-Thaminy A, Hureauux J, Urban T. Cancers bronchiques primitifs : bilan diagnostique et traitement. *EMC-Médecine* 2004 ; 1 : 8-17.

*Ben Dhaou Besma, Aydi Zohra, Seghaier Sonia, Baili Lilia, Boussema Fatma, Daghfous Mohamed habib, Rokbani Lilia,*  
Service de médecine interne Hôpital Habib Thameur Tunis

-----

## Le lymphome primitif du colon : Tumeur digestive rare.

La localisation colique du lymphome est connue mais très peu décrite dans la littérature. Sa présentation clinique n'a rien de particuliers par rapport à l'adénocarcinome liberkuhnien mais ses aspects endoscopiques et morphologiques sont atypiques. Le choix thérapeutique demeure encore sujet de controverse à cause de l'absence d'études à larges effectifs qui se sont intéressées à cette forme histologique. Nous rapportons trois nouveaux cas dont chacune a une originalité soit dans la présentation clinique ou morphologique, soit dans le contexte de son apparition.

### Observation 1 :

Mme M.K âgée de 86 ans, qui avait consulté pour des douleurs sus ombilicales associées à une alternance de diarrhée-constipation depuis trois mois. L'examen avait mis en évidence une masse de 08cm siégeant à cheval entre l'épigastre et l'hypochondre gauche, ferme, douloureuse et fixe. L'échographie abdominale avait mis en évidence une image de pseudo-rein de 8X5 cm siégeant au niveau de l'hypochondre gauche.

Le scanner abdominal [Fig.1.A] avait montré une formation tissulaire, polylobée, hétérogène, se rehaussant par le produit de contraste de siége para-ombilical gauche.

La coloscopie était incomplète à cause d'une coudure au niveau de l'angle colique gauche ; elle n'avait néanmoins pas montré de tumeurs au niveau du colon gauche.

Un lavement baryté [Fig.1.B] a été alors réalisé montrant une image de sténose longue et circonférentielle du tier moyen du colon transverse avec une conservation du liseré muqueux.

La patiente a été opérée par voie médiane avec une découverte en per opératoire d'une grosse tumeur du colon transverse envahissant la grande courbure gastrique, la paroi abdominale antérieure et associée à deux nodules péritonéaux. Il lui a été réalisé une colectomie transverse avec une résection de la grande courbure gastrique et une résection d'une large pastille de l'aponévrose du grand droit de l'abdomen. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu à un lymphome colique à grande cellules de haut grade de malignité de type Malt avec une extension ganglionnaire, pariétale et péritonéale. Une fibroscopie œsogastroduodénale et une jéjunoscopie ont été réalisées ; elles n'avaient pas montré de localisation lymphomateuse à leurs niveaux. La patiente a eu une chimiothérapie post opératoire type CHOP. Elle a été revue à 16 mois. L'échographie abdominale et la coloscopie étaient normales.

### Observation 2 :

Mr M.B.F âgé de 75 ans qui avait consulté pour des douleurs de la fosse iliaque droite sans troubles du transit. L'examen avait noté une masse ferme et mobile de 6 – 7 cm de la fosse iliaque droite. L'échographie abdominale [Fig.2.A] avait mis en évidence une lésion tissulaire en pseudo-rein, hétérogène et siégeant à proximité du colon ascendant.

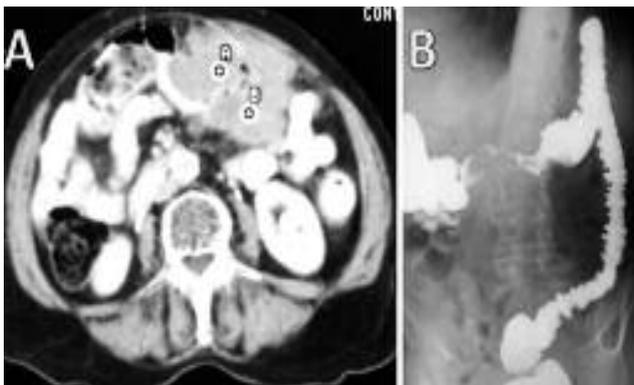
La coloscopie avait mis en évidence une lésion bourgeonnante et irrégulière du caecum. Le reste du colon était normal. Les biopsies étaient négatives. Le scanner abdominal [Fig.2.B] avait montré un épaississement pariétal circonférentiel du colon ascendant sans autres lésions à distance.

Devant l'aspect macroscopique de la tumeur et malgré la négativité de la biopsie colique, le diagnostic d'une tumeur maligne du caecum a été retenu. Le patient a été opéré par voie médiane. En per opératoire, la tumeur contractait des adhérences inflammatoires avec le méso-colon droit et avec la graisse rétropéritonéale. Il n'y avait pas d'adénopathies. Il lui a été réalisé une héli colectomie droite carcinologique. L'examen anatomopathologique avait conclu à un lymphome immunoblastique à grande cellules de phénotype B du colon. Une fibroscopie œsogastroduodénale et un transit du grêle ont été effectués ultérieurement et étaient normaux. L'examen et les biopsies du cavum étaient normaux. Le patient a eu une chimiothérapie post opératoire type CHOP. Le patient a été revu à trois ans post opératoires, sans signes de récurrence.

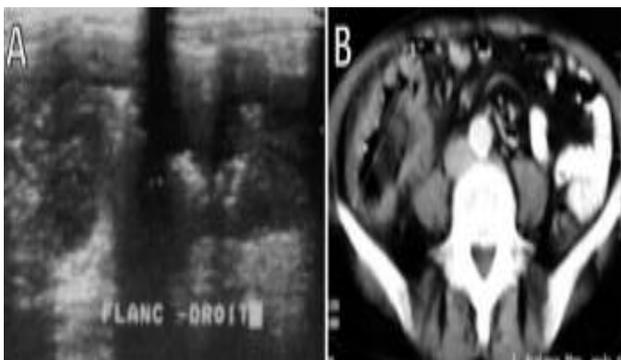
### Observation 3 :

Mr M.E.B âgé de 50 ans, suivi depuis 30 ans pour une maladie de crohn sous traitement médical. Il a été admis au service de gastroentérologie pour une nouvelle poussée de sa maladie faite de diarrhée glairo-sanglantes. L'examen était sans particularité. La coloscopie avait objectivé à 35 cm de la marge anale, une large ulcération de 2 cm. La muqueuse adjacente était congestive et polyploïde jusqu'à 45 cm de la marge anale [Fig.3.A]. Le reste du colon était normal. Les biopsies des lésions coliques gauches avaient conclu à un lymphome B à grandes cellules type Malt. La fibroscopie et le transit du grêle étaient normaux. Le scanner thoraco abdominal avait mis en évidence des adénopathies rétro péritonéales [Fig.3.B].

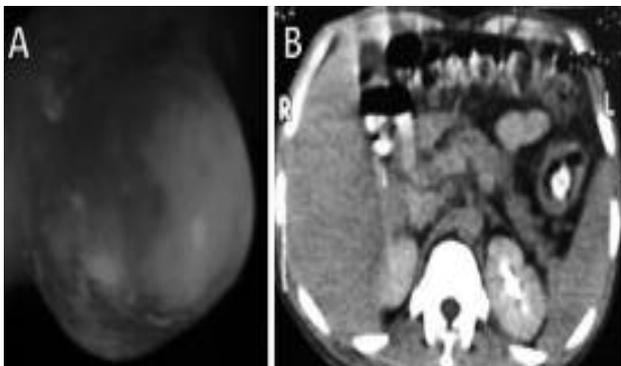
**Figure 1 :** Fig.1.A: Formation tissulaire, polylobée para-ombilical gauche sur la Tomodensitométrie. Fig.1.B: Une image de sténose longue et circonférentielle du tier moyen du colon transverse sur le lavement baryté.



**Figure 2 :** Fig.2.A: Image en pseudo-rein au niveau de la fosse iliaque droite à l'échographie. Fig.2.B: Épaississement pariétal circonférentiel du colon ascendant sur la Tomodensitométrie.



**Figure 3 :** Fig.3.A: Lésion polyplôïde du colon gauche à la coloscopie. Fig.3.B: Multiples adénopathies rétro péritonéales sur la Tomodensitométrie.



L'examen et les biopsies du cavum étaient normaux. La biopsie médullaire avait révélé une plasmocytose réactionnelle. Le diagnostic d'un lymphome type Malt de haut grade de malignité sur maladie de Crohn colique a été retenu. Le patient a été opéré. En per opératoire, la paroi du colon descendant était épaisse et congestive. Il existait un processus tumoral au niveau du versant interne de l'angle colique gauche et

s'étendant sur le tier gauche du transverse. Ce processus rétractait le tablier épiploïque en regard et adhérait intimement aux premières anses jéjunales. Sa libération avait permis de constater qu'il était perforé au niveau de l'arrière cavité des épiploons. Il a été réalisé une mise à plat de l'abcès péri néoplasique et une hémicolectomie gauche carcinologique emportant deux anses jéjunales qui adhéraient à la tumeur. L'examen anatomopathologique avait conclu à un lymphome B centroblastique pléomorphe du colon avec envahissement des anses jéjunales avec des lésions granulomateuses rentrant dans le cadre d'une maladie de Crohn. Le patient a été adressé pour une chimiothérapie post opératoire. Il n'a pas été revu.

### Commentaires :

Les lymphomes coliques primitifs sont une localisation lymphomatose extra-ganglionnaire et isolée du colon [1]. Le type histologique le plus fréquent est le lymphome B à grande cellules de type diffus [2]. Cette forme histologique a été retrouvée chez deux de nos trois malades.

Le diagnostic pré opératoire est souvent difficile car les biopsies sont souvent négatives et ce n'est que sur pièce d'exérèse que le diagnostic est souvent établi [2]. La Tomodensitométrie peut suspecter le diagnostic en l'absence de preuve histologique en montrant une infiltration sous muqueuse entraînant un épaississement uniforme de la paroi colique [2]. La chimiothérapie, de type CHOP, est la thérapie de première ligne pour les lymphomes B de haut ou moyen grade si le diagnostic a été fait en préopératoire car la maladie est agressive et a un risque d'extension rapide vers les structures avoisinantes.

La résection chirurgicale a pour but un contrôle local de la maladie et la prévention de ses complications. La chimiothérapie adjuvante est essentielle pour améliorer les résultats de la chirurgie [2, 3]. Pour notre part, le recours à la chirurgie d'emblée était motivé par l'absence de preuve histologique dans les deux premiers cas et par le caractère présumé localisé pour le troisième cas sur les explorations préopératoires. La chimiothérapie néoadjuvante aurait sûrement facilité l'exérèse colique pour ce dernier cas.

Le faible effectif des patients ayant un lymphome colique rend nécessaire la réalisation d'études prospectives multicentriques pour valider les choix thérapeutiques.

### Références

- 1- ZHENG S, OUYANG Q, LI G et al. Primary intestinal NK/T cell lymphoma: a clinicopathologic study of 25 Chinese cases. Arch Iran Med. 2012; 15:36-42.
- 2- STANOJEVIC GZ, NESTOROVIC MD, BRANKOVIC BR et al. Primary colorectal lymphoma: An overview. World J Gastrointest Oncol. 2011; 3:14-8.
- 3- ZINZANI PL, MAGAGNOLI M, PAGLIANI G et al. Primary intestinal lymphoma: clinical and therapeutic features of 32 patients. Haematologica. 1997; 82:305-8.

**Sami Daldoul, Kaouther El Jeri\*, Ghofrane Talbi, Mehdi Fethi, Taoufik Najjar\*, Abdeljelil Zaouche.**

Service de chirurgie générale A, Hôpital Charles Nicolle, Boulevard 9 Avril 1938, 1006 Tunis, Tunisie.

\* Service de Gastroentérologie et hépatologie, Hôpital Charles Nicolle, Boulevard 9 Avril 1938, 1006 Tunis, Tunisie.

University of Tunis El-Manar.

Tunis Faculty of Medicine.