

Carcinome épidermoïde du rectum guéri après radiochimiothérapie seule Squamous cell carcinoma of the rectum cured after chemoradiation

Soumaya Mrabet, Olfa Hallara, Hichem Loghmari, Wafa Ben Mansour, Wided Bouhlel, Leila Safer.
EPS Fattouma Bourguiba- Monastir

Introduction

Le carcinome épidermoïde du rectum est une entité rare qui présente des caractéristiques épidémiologiques, étiopathogéniques et évolutives différentes de celles de l'adénocarcinome. Son incidence varie de 0,1 à 0,25 par 1000 cancers colo-rectaux (1). Il a été décrit pour la première fois par Raiford en 1933, et depuis, moins de 100 cas ont été rapportés dans la littérature (2). Son étiopathogénie est encore inconnue. La chirurgie constitue le traitement de choix, mais l'association radiochimiothérapie (RCT) est une alternative à la chirurgie

avec de bons résultats (3). La rareté de cette tumeur ainsi que la guérison après radiochimiothérapie seule font l'originalité de cette observation.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 59 ans, suivi pour un diabète non insulino-dépendant, ayant bénéficié il y a 3 ans d'une greffe cutanée pour un carcinome basocellulaire de l'œil droit, tabagique à 80 PA avec une consommation occasionnelle d'alcool pendant 20 ans, sevrée depuis 5 ans. Il a été hospitalisé pour prise en charge de douleurs pelviennes. Dans ses antécédents familiaux, 5 membres de la famille avaient une pathologie Néoplasique type tumeur du rein, du colon, du sein et du col de l'endomètre. Son histoire remonte à six mois marquée par l'installation de douleurs pelviennes postérieures à type de crampes, associées à de faux besoins sans rectorragies ni altération de l'état général. A l'examen, l'état général était conservé (OMS à 1, indice de masse corporelle à 24 kg/m²).

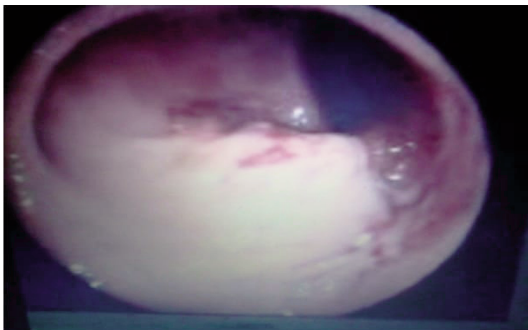


Fig1 : Aspect endoscopique : lésion ulcéro-bourgeonnante, friable, située à 9cm de la marge anale, étendue sur

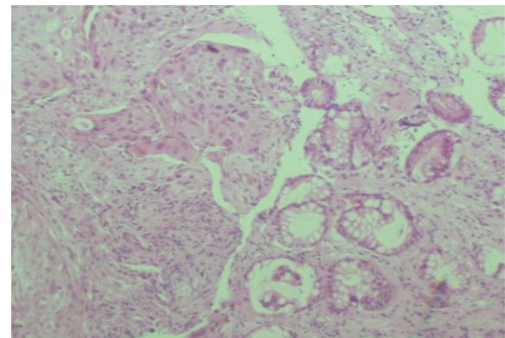


Fig 2 : Aspect histologique : prolifération carcinomateuse ayant une différenciation malpighienne organisée en massifs avec des atypies modérées

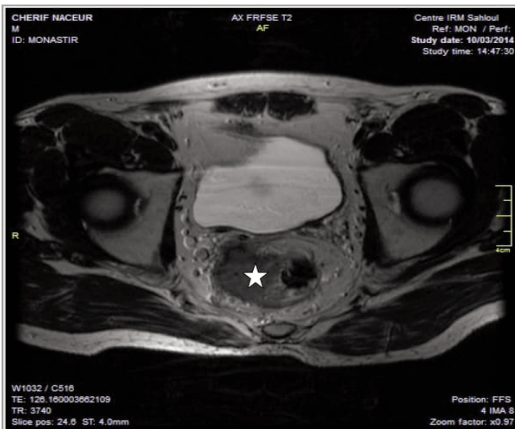


Fig 3a : IRM pelvienne avant traitement : la masse tumorale envahit le mésorectum avec une marge de sécurité latérale à 0, et elle

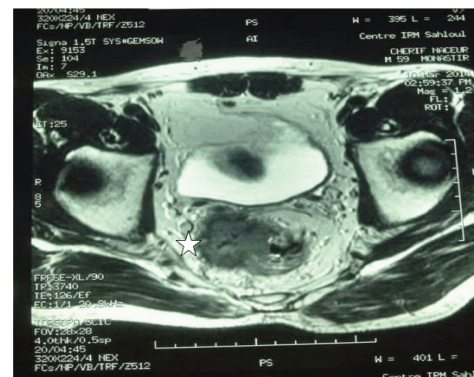


Fig 3b : IRM pelvienne après radiochimiothérapie : régression de la taille tumorale.

L'examen abdominal était sans anomalies. Le toucher rectal n'a pas objectivé de masse palpable. Le bilan biologique était normal avec en particulier, un taux d'hémoglobine à 14g/dl et une albuminémie à 40g/l. A La coloscopie on notait une lésion ulcérée, friable, située à 9cm de la marge anale, étendue sur 4cm, non sténosante. Il n'y avait pas d'autres lésions sur le colon (fig 1). L'examen anatomopathologique des fragments biopsiés a mis en évidence une prolifération carcinomateuse ayant une différenciation malpighienne organisée en massifs avec des atypies modérées concluant ainsi à un carcinome épidermoïde bien différencié du rectum (fig2). A l'IRM pelvienne, cette masse tumorale envahit le mésorectum avec une marge de sécurité latérale nulle, et elle vient au contact de la vésicule séminale droite (fig 3a). Le scanner thoraco-abdominal n'a pas montré de métastases pulmonaires ou hépatiques. Les examens ORL (oto-Rhino-laryngé) et cutané étaient normaux. La tumeur était ainsi classée T4N0M0. Le patient a eu une RCT concomitante associant une radiothérapie à la dose de 45 Gy étalée sur 5 semaines et une chimiothérapie à base de 5-Fluorouracile et cisplatine. L'IRM pelvienne post RCT (fig 3b) avait montré une régression en taille de la masse à la jonction moyen-haut rectum avec persistance de l'infiltration de la graisse du mésorectum (fig 4). Le patient a eu donc une exérèse totale du mésorectum avec une anastomose colorectale basse. L'examen Macroscopique de la pièce opératoire avait montré à la jonction moyen-Haut Rectum une zone indurée partiellement nécrosée. L'examen anatomopathologique n'avait pas retrouvé de résidu tumoral et a montré un foyer fibro-oedémateux de régression tumorale définissant ainsi une réponse histologique complète. Le patient est actuellement en rémission clinique et morphologique avec un recul de 18 mois.

Conclusion

La localisation rectale du carcinome épidermoïde est exceptionnelle. Depuis 1933, 73 cas ont été rapportés (3). Du fait de la rareté de cette tumeur, son histoire naturelle n'est pas bien élucidée. En effet, certains auteurs évoquent une différenciation épidermoïde des cellules pluripotentes (1), d'autres ont plutôt démontré une origine cellulaire commune entre le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome du rectum dont atteste la positivité de la cytokératine CAM 5.2 dans les deux cas (4). Aucune relation avec l'infection par HPV (Human Papilloma Virus) n'est établie (1).

Avant de retenir le diagnostic de carcinome épidermoïde du rectum, Williams et al ont proposé certains critères qui doivent être présents (1): L'absence d'une extension d'un carcinome épidermoïde du canal anal, l'absence d'un carcinome épidermoïde d'une autre localisation pulmonaire, cutanée ou autre et l'absence d'un trajet fistuleux entre le rectum et les organes de voisinage qui

peuvent être atteints. Ces critères étaient tous présents dans notre cas. Le traitement curatif est essentiellement chirurgical. Toutefois, certains auteurs ont démontré qu'il peut y avoir une stérilisation complète de la tumeur par la RCT uniquement (5,6), et c'est le cas chez notre patient. Enfin, le pronostic de cette tumeur est plus mauvais que l'adénocarcinome.

Références

1. Kassir R, Baccot S, Bouarioua N, Adina C. Squamous cell carcinoma of middle rectum: littérature review. *Int J surg case rep* 2014;5:86-90.
2. M. Najeib El Hallak, George Nassar, Mouchli A. Primary submucosal squamous cell carcinoma of the rectum diagnosed by endoscopic ultrasound. *Gastroenterology* 2010;4:243-249.
3. Jannacone E, Dionisi F, Musio D, Caiazzo R. Chemoradiation as definitive treatment for primary squamous cell cancer of the rectum. *World J Radiol* 2010;28 :329-333.
4. NahasCS, Shia J, Joseph R, Shrag D, Minsky BD. Squamous cell carcinoma of the rectum :a rare but curable tumor. *Dis colon Rectum* 2007;50:1393-400.
5. Clark J, Cleator S, Goldin R, Lowdell s, Darzi A. Treatment of primary rectal squamous cell carcinoma by primary chemoradiotherapy :should surgery still be considered a standard of care. *Eur J Cancer* 2008;44:2340-3.
6. Guerra GR, Kong CH, Warrior SK, et al: Primary squamous cell carcinoma of the rectum: an update and implications for treatment. *World J Gastrointest Surg* 2016;8:252-65.

La cystite interstitielle : Un mode de révélation rare au cours du syndrome de Sjögren primitif.

Interstitial Cystitis: An uncommon revelation in primitive Sjögren syndrome.

Ines Kechaou^{1,2}, Eya Cherif^{1,2}, Imen Boukhris^{1,2}, Anis Hariz^{1,2}, Nadia Sabbagh^{3,2}, Lamia Ben Hassine^{1,2}

1: Service de Médecine interne B, Hôpital Charles Nicolle

2: Université de Tunis El Manar/ Faculté de Médecine de Tunis

3: Service d'anatomopathologie, hôpital Charles Nicolle

Introduction :

La cystite interstitielle (CI) est une inflammation chronique de la vessie qui affecte plus fréquemment les femmes d'âge moyen dans 90% des cas [1]. Elle se caractérise par la survenue d'une pollakiurie, nycturie, urgenturie, douleurs pelviennes ou supra pelviennes avec une leucocyturie aseptique à l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) [2]. Son association au syndrome de Sjögren (SS) est très rare et seulement quelques cas ont été rapportés dans la littérature [3,4]. A ce propos, nous rapportons une nouvelle observation de cystite interstitielle révélant un SS primitif.

Observation:

Patient, âgée de 67 ans, aux antécédents de diabète type 2, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie, se plaignait depuis 5 ans d'une pollakiurie, d'une dysurie, de

douleurs hypogastriques et d'une nycturie invalidante allant jusqu'à 20 fois/nuit. L'ECBU avait montré à plusieurs reprises une leucocyturie aseptique. L'échographie avait objectivé un épaississement pariétal de la vessie qui a été confirmé au scanner. La cystoscopie avait montré 2 zones érythémateuses au niveau de la face latérale gauche et au niveau du dôme vésical mesurant respectivement 2 et 3-4 cm. Les biopsies au niveau de ces zones avaient conclu à une infiltration inflammatoire lymphocytaire de la muqueuse vésicale en rapport avec une cystite interstitielle (Figure 1). Initialement, aucune cause n'a été retrouvée et la patiente a été mise sous anticholinergique sans amélioration. Cinq ans après, la patiente nous a été adressée pour un syndrome sec oculaire et buccal. A l'examen il y avait une hypertrophie parotidienne bilatérale. Le reste de l'examen somatique était normal. A la biologie, elle avait à la numération de la formule sanguine des globules blancs à $4300/\text{mm}^3$, des polynucléaires neutrophiles à $2150/\text{mm}^3$ et des lymphocytes à $1430/\text{mm}^3$. La vitesse de sédimentation était à 20mm, la protéine C réactive (CRP) était à 6 mg/L et les gammaglobulines étaient à 14 g/L. La fonction rénale était normale avec créatinine à $63 \mu\text{mol/L}$ et clairance de la créatinine évaluée par la méthode de Cockcroft à 104 ml/mm. L'ionogramme sanguin était normal avec une natrémie à 139 mmol/L, une kaliémie à 3,7 mmol/L, une chlorémie à 105 mmol/L et des réserves alcalines à 24 mmol/L. Le break-up time était positif. Une sialadénite chronique stade 4 de Chisholm a été objectivée à la biopsie des glandes salivaires accessoires. Le bilan immunologique a montré des AAN positif à 1/1600 de spécificité anti-SSa et anti-SSb. Le diagnostic de SS primitif a été retenu devant les critères américano-européens [5].

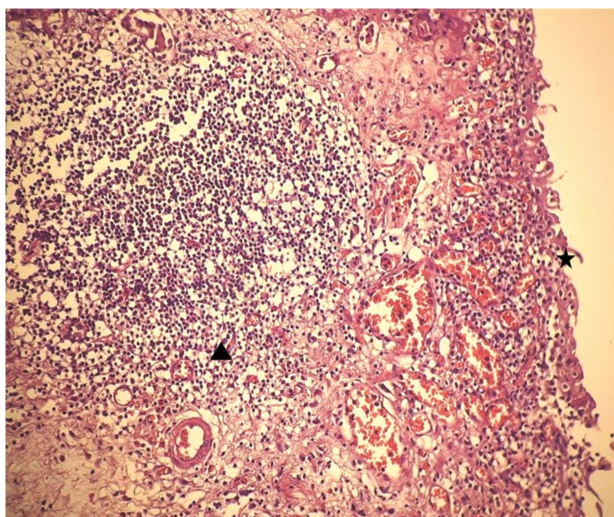


Figure 1: Muqueuse urothéliale ★ siège d'un infiltrat lymphocytaire organisé par places en nodules. ▲

Le diagnostic de cystite interstitielle non compliquée d'insuffisance rénale et révélant un SS primitif a été finalement retenu. Une corticothérapie a été initiée à la dose de 0,5 mg/Kg/j avec amélioration partielle. Par ailleurs, l'hypertrophie parotidienne a disparu. Le recul actuel est de 6 mois.

Conclusion

Notre observation se distingue par un délai long de 5 ans entre le diagnostic de cystite et de son étiologie sous-jacente. De ce fait devant une cystite interstitielle survenant chez une femme âgée de plus de 50 ans, il faut rechercher un SS.

Références

1. Shibata S, Ubara Y, Sawa N, Tagami T, Hosino J, Yokota M et al. Severe interstitial cystitis associated with Sjögren's syndrome. *Intern Med* 2004;43:248-52.
2. Chung MK, Jarnagin B. Early identification of interstitial cystitis may avoid unnecessary hysterectomy. *JSLs*. 2009 Jul-Sep;13(3):350-7.
3. Ueda Y, Tomoe H, Takahashi H, Takahashi Y, Yamashita H, Kaneko H, Kano T, Mimori A. Interstitial cystitis associated with primary Sjögren's syndrome successfully treated with a combination of tacrolimus and corticosteroid: A case report and literature review. *Mod Rheumatol*, 2014; Early Online: 1-5.
4. Darrieutort-Laffite C, André V, Hayem G, Saraux A, Le Guerna V, Le Jeunne C, Puéchal X. Sjögren's syndrome complicated by interstitial cystitis: A case series and literature review. *Joint Bone Spine* xxx (2015) xxx-xxx. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2014.12.007>.
5. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis* 2002 61:554-8.