

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie



Adénocarcinome Lieberkühnien découvert sur une fistule anale: à propos d'un cas

Razafitahinjanahary CL^{*1}, Ralaidovy TS¹, Randriamalala SB¹, Rambel H¹, Rakotosamimanana J¹, Rakototiana FA¹, Rantomalala HYH¹

¹Service d'Urologie et d'Andrologie, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

Résumé

La fistule anale est une pathologie fréquente en proctologie. Dans de rares cas, elle peut être maligne. Notre objectif est de présenter un cas d'adénocarcinome Lieberkühnien découvert sur une fistule anale. Il s'agissait d'une femme de 58 ans, présentant une fistule anale récidivante dont les manifestations cliniques n'étaient pas spécifiques. La fistulographie précisait les trajets fistuleux. Une fistulectomie avec exérèse de tous les trajets fistuleux était réalisée et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire concluait en un adénocarcinome Lieberkühnien. Le bilan d'extension ne montrait pas de localisation extensive ni secondaire. Une surveillance étroite est recommandée sur une lésion débutante telle que la nôtre.

Mots clés: Adénocarcinome; Anatomie pathologique; Fistule anal; Fistulectomie

Abstract

Titre en anglais: Adenocarcinoma discovered on anal fistula: report of a case

The anal fistula is a common disease in proctology. It may be malignant in rare cases. Our aim is to present a case of adenocarcinoma discovered on anal fistula. It was the case of a 58 year-old woman who presented a recurrent fistula. Clinical features were unremarkable. Fistulography precised the fistulous tracts. Fistulectomy with excision of all the fistulous tracts was performed and histological examination of the surgical specimen showed an adenocarcinoma. The staging found no extension or secondary location. Close monitoring is recommended in an early lesion such as ours.

Keywords: Adenocarcinoma; Anal fistula; Fistulectomy; Pathology

Introduction

La fistule anale est souvent bénigne et l'analyse histologique du trajet fistuleux est parfois négligée. Cette attitude est à proscrire car dans de rares cas, elle peut être révélatrice d'une pathologie maligne. Nous rapportons un nouveau cas d'adénocarcinome Lieberkühnien découvert sur un trajet d'une fistule anale dans le but de montrer les particularités de sa prise en charge.

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 58 ans, hypertendue et diabétique, ayant subi une hémorroïdectomie un an auparavant. Son Indice de masse corporelle (IMC) était de 31. Elle était hospitalisée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA) d'Antananarivo le 18 mars 2014 pour une 2ème récurrence de fistule anale. La première fistule était traitée en 1989 et la première récurrence en 2013 par fistulotomie sans prélèvement histologique. La 2ème récurrence avait débuté par un abcès péri anal gauche un mois auparavant, se fistulisant spontanément et évoluant vers une fistule latéro-anale gauche motivant sa dernière consultation. L'état général était bien conservé et l'inspection périnéale montrait un orifice péri anal gauche d'environ 5mm de diamètre. Le toucher rectal révélait une induration latérale gauche non douloureuse et faisait sourdre un liquide purulent à travers l'orifice externe. Les aires ganglionnaires périphériques étaient libres. La fistulographie montrait des trajets fistuleux complexes sans communication ano-rectale (Figure 1). Une fistulectomie sous rachianesthésie était effectuée. L'injection de bleu de méthylène à travers l'orifice externe facilitait le repérage et la résection en monobloc des trajets fistuleux (Figure 2). Des soins locaux (bains de siège et méchages quotidiens) étaient prescrits pendant la période post-opératoire. Les suites opératoires étaient simples. La cicatrisation complète était obtenue après 30



Fig 1: Fistulographie montrant les trajets fistuleux

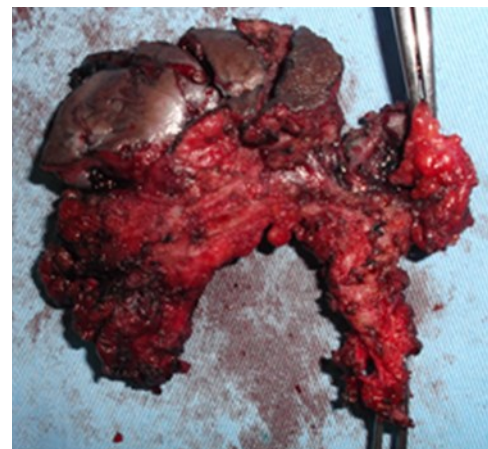


Fig 2: Pièce d'exérèse avec tous les trajets fistuleux

jours. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montrait un adénocarcinome Lieberkühnien de 1cm de long siégeant sur un trajet fistuleux avec marge d'exérèse saine. Le bilan d'extension (ano-recto- sigmoïdoscopie, échographie abdomino-pelvienne et scanner thoraco-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: lucien.clarat@gmail.com

¹ Adresse actuelle: Service d'Urologie et d'Andrologie, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

abdomino-pelvien) ne montrait pas d'autre localisation extensive ni secondaire. Il s'agissait d'un adénocarcinome Lieberkühnien de grade I selon la classification de l'Union for International Cancer Control (UICC). La sérologie HIV était négative. Une surveillance biannuelle était recommandée.

Discussion

Un adénocarcinome découvert sur une fistule anale est rare. Il représente 2 à 6% des tumeurs colo-rectales [1]. Trois cas seulement sont rapportés en Côte d'Ivoire [2] et le notre est le 2ème cas observé dans notre établissement, le premier ayant été décrit en 2006 par Rakoto-Ratsimba [3]. Les cas d'adénocarcinomes découverts sur une fistule anale sont des adénocarcinomes mucineux [1-3]. L'âge de survenue se situe entre 50 à 75 ans avec une moyenne de 54 ans [1,2]. Comme dans le cancer anal, il existe une nette prédominance masculine [1,2,4]. Le cancer du canal anal dont 90% sont des carcinomes épidermoïdes, est favorisé par les infections sexuellement transmissibles, surtout le papillomavirus et le VIH [5-7]. La pathogénie d'un adénocarcinome anal sur fistule anale est à discuter. L'association avec la maladie de Paget et de Crohn est décrite [1]. Il est également évoqué la migration d'un adénocarcinome rectal et la dégénérescence d'une fistule chronique [2]. Dans notre cas, le caractère localisé, l'absence de cancer colo-rectal lors du bilan d'extension, la sérologie HIV négative, nous permettent de suspecter la possibilité d'une dégénérescence d'une fistule chronique. Les manifestations cliniques peu alarmantes et non spécifiques sont souvent à l'origine d'un retard diagnostique [1]. Il en est de même de l'absence d'examen histologique systématique des pièces d'exérèse dans notre contexte. Sur le plan paraclinique, l'écho-endoscopie anale et l'IRM précisent le nombre des trajets fistuleux ainsi que leur localisation par rapport aux sphincters [1,2,8]. La fistulographie est le seul examen à notre disposition. Elle permet de montrer l'aspect et le nombre de trajet fistuleux. L'examen anatomo-pathologique permet d'obtenir le diagnostic de certitude [1-3]. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien et le PET-Scan permettent d'apprécier l'extension à dis-

tance [1,2,6]. La coloscopie permet de découvrir l'existence éventuelle d'une tumeur colorectale sous-jacente et précise l'extension locale [9]. L'amputation abdomino-périnéale avec colostomie définitive est le traitement de référence [1-3]. Une excision locale avec conservation de la fonction sphinctérienne ne peut être indiquée, comme dans notre observation, que si elle permet une exérèse complète [1,10]. La radio-chimiothérapie adjuvante n'a pas montré son efficacité [1]. La surveillance est recommandée pour détecter une récurrence précoce.

Conclusion

Une pathologie maligne doit être suspectée devant toute fistule anale récidivante. Les pièces d'exérèse doivent être systématiquement envoyées pour examen anatomopathologique pour ne pas passer à côté. Le traitement conservateur peut être proposé dans les formes localisées.

Références

- 1- Rebai W, Ksantini R, Makni A, Ben F, Fteriche HF, Chebbi F, et al. Fistule péri anale révélatrice d'un adénocarcinome du canal anal. *J Afr Hépatol Gastroentérol* 2010; 4: 251-3.
- 2- Konadio GK, Anok NH, Turquin HT. Adénocarcinome anal sur fistule anale: à propos de 3 cas observés dans CHU à Abidjan en Côte d'Ivoire. *J. Hépatol Gastroentérol* 2012; 6: 166-8.
- 3- Rakoto Ratsimba HN, Rakototiana AF, Rakotosamimanana J, Ranaivozanany A. Fistule péri anale révélatrice d'un adénocarcinome du canal anal. A propos d'une observation. *Ann Chir* 2006; 131: 564-6.
- 4- Merzouk M, Moumen M, Biadillah MC. Tumeur de Buschke Lowenstein de localisation ano-périanaie dégénérée à propos de 2 cas. *Médecine du Maghreb* 1992; 35: 21-2.
- 5- Morten FD, Bengt G, Adriaan J, Vanden B, Jan W, Chris JLM, et al. Sexuality transmitted infection as a cause of anal cancer. *New Engl J Med* 1997; 337: 1350-8.
- 6- Vieillot S, Azria D. Prise en charge du cancer épidermoïde du canal anal. In *Post'U* 2011; 205-12.
- 7- Palefsky JM, Holly EA, Gonzales J, Berline J, Ahn DK, Greenspan JS. Detection of human papilloma virus DNA in anal intraepithelial neoplasia and anal cancer. *Cancer Res* 1991; 51: 1014-9.
- 8- Zuffereya G, Skala K, Chautems B, Rochec B. Suppurations et fistules ano-rectales. *Schweiz Med Forum* 2005; 5: 851-7.
- 9- Lledo G. Cancer colorectal: les take home messages. *Hegel* 2011; 1: 43-64.
- 10- Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer colorectal. 2008.