

Carcinome Epidermoïde Primitif Du Colon : A Propos D'un Cas

Hamdouni Younes, Fatima Zahrae Terrab , Anas Belhaj ,Souiki Tarik, Karim Ibn Majdoub Hassani, Imane Toughrai, Khalid Hassouni , Khalid Mazaz.

Service De Chirurgie Digestive ET Endocrinienne Chu Hassan II Fes Maroc.

Service De Radiothérapie Chu Hassan II Fes Maroc.

Résumé : La localisation colique d'un carcinome épidermoïde primitif est exceptionnelle. Seulement quelques rares cas ont été rapportés dans la littérature. 150 cas ont été publiés entre 1927 et 2014.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 62 ans sans antécédents pathologiques notables, dont la symptomatologie révélée par une douleur de l'hypochondre droit avec des mélénes et des vomissements postprandiaux. Le diagnostic a été confirmé par une TDMTAP qui a objectivé une tumeur de l'angle colique droite localement avancé avec envahissement de D1 et D2, l'endoscopie oesogastro duodénale a montré un énorme processus duodénal. Les biopsies ont conclu à un carcinome épidermoïde. La prise en charge proposée étant une chimiothérapie palliative.

Mots-clés :

Colon ; carcinome épidermoïde.

Date of Submission: 28-10-2019

Date of Acceptance: 12-11-2019

I. Introduction

La localisation colique d'un carcinome épidermoïde est exceptionnelle seul quelques rares cas ont été rapportée dans la littérature.

Nous rapportons un cas de carcinome épidermoïde original par sa localisation colique et son caractère primitif.

Présentation de cas :

Il s'agit de madame F.Y, sans antécédents pathologiques notables, qui présentent depuis un an des douleurs de l'hypochondre droit associées à des mélénes, cette symptomatologie s'est aggravée il y a 3 semaines par l'apparition des vomissements postprandiaux, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général.

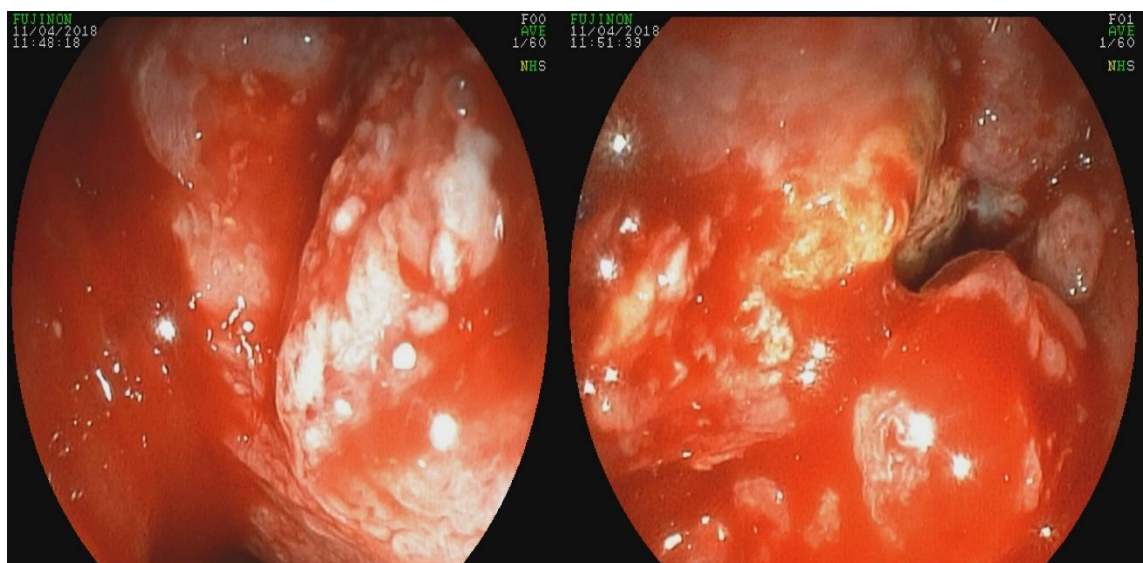
L'examen abdominal a objectivé une masse palpable au niveau de l'hypochondre droit faisant environ 6 cm de grand axe, mobile par rapport au plan profond et fixe par rapport au plan superficiel.

Le Toucher rectal : traces de sang

L'examen gynécologique et cutanéomuqueux : décoloration conjonctivale.

Les aires ganglionnaires sont libres, le reste de l'examen est sans particularité

La fibroscopie œsogastroduodénale a montré la présence d'un énorme processus ulcero bourgeonnant qui s'étend depuis le genus supérius jusqu'au bulbe duodénal, stenosant mais franchissable



Images endoscopiques de la tumeur.

Les biopsies ont conclues à un carcinome épidermoïde bien différencié, mature et infiltrant.

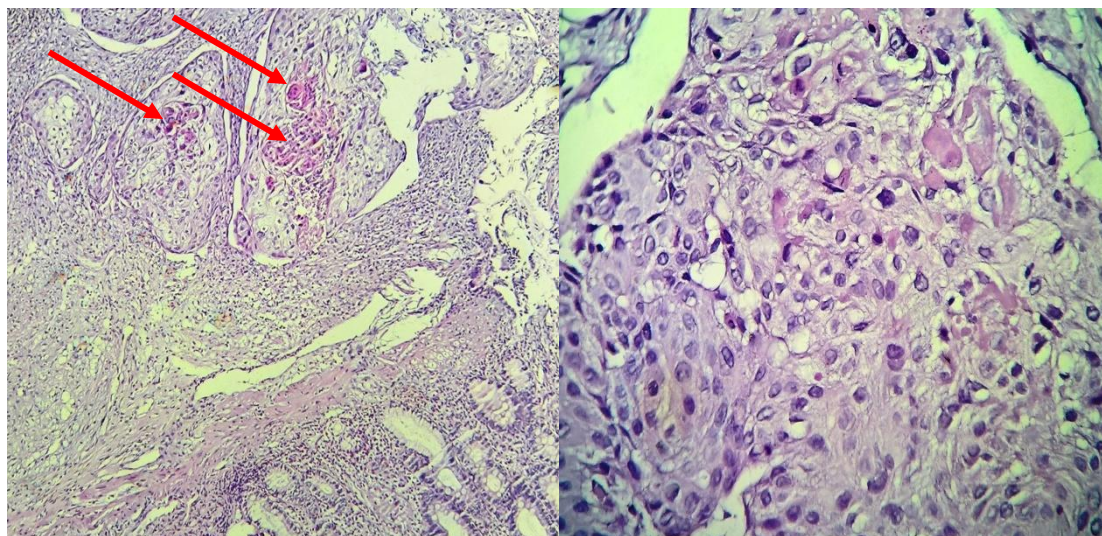


FIGURE 01 : Prolifération tumorale duodénale carcinomateuse disposée en massif, avec présence de globes cornées (flèche). (HESx100)

FIGURE 02 : Les cellules tumorales sont de grande taille, polygonales, dotées d'un noyau atypique, avec des limites cytoplasmiques nettes « en cadre clair ». (HESx400)

Une TDMTAP a montré un épaississement pariétal digestif de l'angle colique droit et de la partie proximale du colon transverse circonférentiel, asymétrique, irrégulier et court mesurant approximativement 98*97*72mm il s'y associe une importante infiltration de la graisse péri-lésionnelle et des ganglions infracentimétriques :
Sur ce TDM TAP ce processus présente les rapports suivants :

- en haut : il envahit les segments IV, V, et VII hépatique. Il envahit la vésicule biliaire qui est comprimée, il exerce un effet de masse sur la confluence biliaire responsable d'une dilatation des VBIH et de la VBP à 13mm.

- en haut et en avant : il vient au contact de D1 et D2 avec perte du liseré graisseux par endroit.

- en arrière : il comprime l'uretère proximal responsable d'une discrète dilatation uretero-pyelo-calicielle d'amont avec pyelon mesuré à 15mm, il vient au contact du pôle inférieur du rein droit avec persistance du liseré graisseux de séparation.

Afin d'éliminer la possibilité d'une localisation secondaire dans le colon, un bilan a été fait à la recherche d'un primitif épidermoïde.

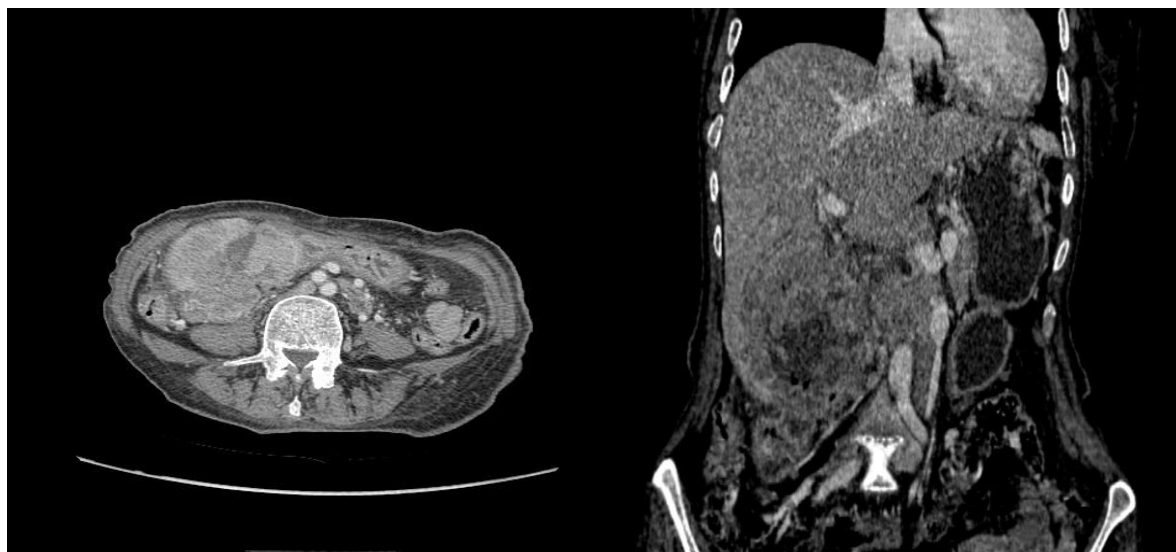


IMAGE 1 : COUPE AXIALE MONTRANT LA TUMEUR.
IMAGE 2 : COUPE CORONALE PASSANT PAR LA TUMEUR.

Aucune lésion cutanée ou muqueuse suspecte n'a été retrouvée à l'examen clinique, la TDM thoracique était sans anomalie et l'examen gynécologique était aussi sans particularité.

La prise en charge proposée était une chimiothérapie palliative lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire vu que la tumeur était localement avancée.

II. Discussion

Le carcinome épidermoïde colique constitue une entité rare, il représente uniquement 0,5% de l'ensemble des tumeurs colorectales, avec une incidence estimée à 0,1% [1,2].

Le carcinome épidermoïde survient en moyenne vers la cinquième décennie avec une prédominance masculine [3,4], il siège avec prédilection au niveau du caecum et du colon droit, comme c'est le cas chez notre patiente, beaucoup plus rarement au niveau du colon gauche [2].

Sur la plan clinique, la symptomatologie révélatrice est variable, insidieuse telle que des douleurs abdominales d'acuité variable. La tumeur peut également se manifester par une occlusion ou une perforation ou métastase [5,6].

L'exploration endoscopique a un rôle primordial dans le diagnostic, la coloscopie permet de poser le diagnostic et de faire des biopsies, la fibroscopie œsogastroduodénale avait un rôle important dans notre cas [6].

Sur le plan histologique, le carcinome épidermoïde pur est plus rare, aucune spécificité ou appartenance ethnique particulière ne semble exister pour expliquer l'origine ou le mécanisme de survenue de cette localisation atypique [6,7].

Le pronostic n'est pas clairement établi du fait probablement du fait de nombre de cas discrets [8]. Mais en général le décès survient avant la première année dans 52% des cas [9].

Le carcinome épidermoïde est de mauvais pronostic par rapport à son homologue glandulaire. Le pronostic dépend évidemment de plusieurs facteurs notamment la localisation gauche de la tumeur, le caractère ulcéré de la lésion, les métastases ganglionnaires, le degré de différenciation de la tumeur et le stade 4 de TNM [1,9].

III. Conclusion

La localisation d'une tumeur épidermoïde primitive colique est exceptionnelle. Son origine n'est pas clairement établie. La recherche d'une tumeur primitive d'autre localisation est nécessaire.

Référence

- [1]. Santosh K. Mondal, Primary squamous cell carcinoma of the caecum: a case report. *J cancer res ther.* 2011 Oct-Dec;5(4):5.
- [2]. Michelassi F, Mishlove LA, Stipa F, Block GE. Squamous-cell carcinoma of the colon: experience at the University of Chicago, review of the literature, report of two cases. *Dis Colon Rectum.* 1988;31(3):228-35. [PubMed]
- [3]. Lyttle JA. Primary squamous carcinoma of the proximal large bowel: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 1983;26(4):279-82. [PubMed]
- [4]. Vezeridis MP, Herrera LO, Lopez GE, et al. Squamous-cell carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum.* 1983;26(3):188-91. [PubMed]
- [5]. Metges JP, Labat JP, Giroux MA, et al. Métastases gastro duodénales : un mode de révélation exceptionnel du cancer du poulmon. Étude de deux cas et revue de littérature. *Rev Med Interne* 2001;22:465-8.

- [6]. Chen JL, Mok KT, Tseng HH, et al. Duodenal angiosarcoma: an unusual cause of severe gastrointestinal bleeding. J Chin Med Assoc 2007;70:352-5.
- [7]. Friedmen E, Kwan MR, Cummins L. Squamous cell of the transverse duodenum. Gastrointest Endosc 1986;32:99-101.
- [8]. Terada T. Primary pure squamous cell carcinoma of the duodenum: report of three cases. Endoscopy 2009;41:E329-E30.
- [9]. Terada T. Primary pure squamous cell carcinoma of the duodenum: report of three cases. Endoscopy 2009;41:E329-E30.

Hamdouni Younes. “ Carcinome Epidermoide Primitif Du Colon : A Propos D'un Cas”. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), vol. 18, no. 11, 2019, pp 72-75.