

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



*Faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie*



FMOS

Année universitaire : 2021 - 2022

Mémoire N °/M

THESE

**Carcinome épidermoïde primitif du colon : à
propos d'un cas et revue de la littérature**

Mémoire présentée et soutenue publiquement le 31/03 /2022 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

Dr MANTIA SARA NOUHOUM SANOGO

Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées en
(Diplôme d'État)

JURY

Président : Pr Bakarou KAMATE

Membre du jury: Pr Bakary T DEMBELE

Co-directeur : Dr Bourama COULIBALY

Directeur : Pr Cheick Bougadari TRAORE

LISTE DES FIGURES

Liste des figures

Figure 1: image macroscopique d'un carcinome épidermoïde du colon.....	11
Figure 2: Coupe tomодensitométrique de la masse colique droite.....	11
Figure 3 (HEX100) : carcinome épidermoïde du colon au faible grossissement.....	12
Figure 4 (HEX100) : carcinome épidermoïde du colon au faible grossissement.....	12
Figure 5 (X200) : Positivité des cellules tumorales à l'anticorps anti-P63.....	13
Figure 6 (X200) : Positivité des cellules tumorales à l'anticorps anti-P40.....	14
Figure 7 (x200) : Négativité des cellules tumorales à l'anticorps anti-CK7.....	15
Figure 8 (x200) : Négativité des cellules tumorales à l'anticorps anti-CK20.....	15

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
II. GENERALITES	2
1 - Rappel anatomique du colon [9]	2
2 - Rappel histopathologie du colon	2
3- Vascularisation.....	2
4- Les cancers du colon.....	3
4.1- Classification des tumeurs du colon OMS 2014[10]	3
4.2- Carcinome épidermoïde	4
III. OBSERVATION	9
IV. DISCUSSION	15
CONCLUSION	17
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	18

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AJCC	: American joint committee on cancer
CE	: Carcinome épidermoïde
CK	: Cyto-kératine
GIST	: Tumeur Stromale Gastro-Intestinale
HE	: Hémateine-éosine
M	: Métastase
MALT	: Mucosa-Associated Lymphoid Tissue
N	: Ganglions
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
P	: Protéines
pTNM	: Pathologiste Tumeur Ganglion Métastase
TDM	: Tomodensitométrie
TAP	: Thoraco-Abdomino-pelvien
UIV	: Urographie intraveineuse

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde (CE) primitif du colon est une tumeur exceptionnelle. Moins de 150 cas ont été publiés dans la littérature jusqu'en 2014. Outre sa rareté, il se distingue par son association fréquente avec d'autres néoplasies digestives [1]. La localisation colique d'un carcinome épidermoïde primitif est exceptionnelle. L'histogenèse d'une telle tumeur ainsi que son potentiel évolutif soulèvent encore des interrogations [2,3]. Il représente 0,5% de l'ensemble des tumeurs colorectales, avec une incidence estimée à 0,1% [2,4]. Il pourrait naître d'une cellule souche multipotente ou se développer sur une métaplasie malpighienne secondaire à une irritation chronique [4,5]. En faveur de cette seconde hypothèse, l'association du CE colique à des colites inflammatoires chroniques est fréquente, en particulier la rectocolite ulcéro-hémorragique. L'incidence relative de cette association étant de 1,7% alors qu'elle est seulement de 0,25 à 0,5‰ dans la population générale [6]. Les colites parasitaires telles que l'amibiase ou la schistosomose ainsi que les fistules colocutanées chroniques pourraient être à l'origine de la métaplasie malpighienne [6,7]. Le CE colique survient en moyenne vers la cinquième décennie avec une prédominance masculine (sex-ratio : 2) [7,8]. Il siège avec prédilection au niveau du caecum et du colon droit [8], beaucoup plus rarement au niveau du colon gauche. Sur le plan clinique, la symptomatologie est superposable à celle des adénocarcinomes [4,5], avec un délai diagnostique variable entre six semaines et 12 mois [7].

Au Mali, nous n'avons pas de données concernant la prévalence ou l'incidence des carcinomes épidermoïdes du colon. Vu la rareté de cette pathologie, nous rapportons une observation avec revue de la littérature au service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU du Point G.

GENERALITES

II. GENERALITES

1 - Rappel anatomique du colon [9]

Le colon (gros intestin) mesure environ 1,5 m de long. Le côlon comporte différents segments : caecum, côlon ascendant, côlon transverse, côlon descendant. Le sigmoïde débute au niveau du promontoire, se prolonge par l'anse sigmoïdienne intra-pelvienne et s'abouche au rectum à la hauteur de la troisième vertèbre sacrée. Le rectum mesure 15 cm de long et, dans sa partie médiane, il traverse les muscles périnés pour devenir extra-péritonéal. La zone de réflexion du péritoine rectal sur le plancher pelvien forme le cul-de-sac de Douglas.

2 - Rappel histopathologie du colon

La muqueuse colique est plate et ne présente pas de villosités. La muqueuse est ponctuée d'innombrables petits pertuis cryptiques qui s'étendent jusqu'à la musculaire muqueuse. La surface de la muqueuse est tapissée d'entérocytes qui comportent des micro-villosités moins nombreuses et plus courtes qu'au niveau de l'intestin grêle, et des cellules calciformes. Les cryptes contiennent de nombreuses cellules calciformes, des cellules endocrines et des cellules cryptiques indifférenciées. Il peut y avoir quelques rares cellules de Paneth à la base des cryptes au niveau du caecum et du colon ascendant.

La capacité de régénération de l'épithélium de l'intestin grêle est remarquable. Cette régénération débute au fond des cryptes glandulaires. La différenciation et la migration des cellules ainsi formées vont permettre de remplacer les cellules sénescents ou abrasées. Au niveau de l'intestin grêle, les cellules migrent le long des parois latérales des cryptes jusqu'à la surface des villosités où elles desquament dans la lumière intestinale. Cette migration dure entre 72 et 96 heures, ainsi l'épithélium de surface est renouvelé tous les quatre à six jours. Le turnover de l'épithélium de surface du colon est compris entre trois et huit jours. Le renouvellement rapide de l'épithélium intestinal assure une remarquable capacité de réparation, mais en même temps il rend l'intestin grêle particulièrement vulnérable vis-à-vis des agents qui interfèrent avec la réplication cellulaire, comme les radiations ionisantes ou la chimiothérapie anticancéreuse.

3- Vascularisation

À partir du jéjunum jusqu'au côlon transverse, la vascularisation de l'intestin est assurée par l'artère mésentérique supérieure. L'artère mésentérique inférieure alimente le reste du côlon jusqu'au rectum. Chaque artère se divise en plusieurs branches au contact du tube digestif, avec un réseau anastomotique formant des arcades mésentériques. De nombreuses collatérales

relient la circulation mésentérique d'abord au tronc artériel cœliaque, puis aux artères honteuses. Le drainage lymphatique est parallèle au réseau vasculaire, mais il est dépourvu d'arcade anastomotique.

Le haut du rectum est vascularisé par la branche hémorroïdaire supérieure de l'artère mésentérique inférieure. Le bas rectum est vascularisé par les branches hémorroïdaire de l'artère iliaque interne ou de l'artère honteuse interne. Le drainage veineux suit pratiquement la même distribution et il est connecté avec le réseau artériel par un lit capillaire anastomotique entre les veines hémorroïdaire supérieure et inférieure, ce qui réalise une connection entre le réseau veineux portal et le réseau veineux systémique. Etant donné que le côlon est un organe rétropéritonéal dans ses portions ascendante et descendante, il en résulte un apport sanguin artériel accessoire et un drainage lymphatique considérable à partir d'une large zone de la partie postérieure de la paroi abdominale.

4- Les cancers du colon

4.1- Classification des tumeurs du colon OMS 2014[10]

- Carcinome
 - Adénocarcinome
 - Carcinome médullaire, peu différencié avec un stroma inflammatoire
 - Adénocarcinome mucineux (colloïde muqueux) (>50% de composante mucineuse)
 - Carcinome à cellules indépendantes ((>50% de composante indépendante)
 - Carcinome épidermoïde
 - Carcinome adénosquameux
 - Carcinome à petites cellules
 - Carcinome indifférencié
- Lymphomes
 - Lymphome du MALT (Mucosa-Associated Lymphoid Tissue), le plus fréquent
 - Lymphome du manteau : se présente comme de multiples polypes sous muqueux de la paroi colique (polypose lymphomateuse multiple).
 - Lymphome de Burkitt, lymphome Burkitt-like, lymphome B à grandes cellules.
- Tumeurs mésoenchymateuses
 - L'aspect est identique aux autres localisations
 - Tumeurs stromale (GIST) : rare (CD117+/DOG1+)

- Les métastases

4.2- Carcinome épidermoïde

❖ Epidémiologie

- Fréquence : c'est une tumeur rare. La rareté du carcinome épidermoïde du colon a été soulignée par plusieurs auteurs (2-3), qui ont rapporté quelques cas dans la littérature.
- Sexe et Age : Le CE colique survient en moyenne vers la cinquième décennie avec une prédominance masculine (sex-ratio : 2) (7,8)
- Terrain : l'association du CE colique à des colites inflammatoires chroniques est fréquente, en particulier la rectocolite ulcéro-hémorragique. L'incidence relative de cette association est de 1,7% alors qu'elle est seulement de 0,25 à 0,5‰ dans la population générale (6). Des colites parasitaires telles que l'amibiase ou la
- Schistosomiase ainsi que des fistules colo-cutanées chroniques également décrites pourraient être à l'origine de la métaplasie malpighienne (6,7).

❖ Clinique et paraclinique

➤ **Diagnostic :**

○ **Clinique**

La symptomatologie est dominée par des douleurs des hypochondres et de l'épigastre associées à des vomissements postprandiaux et des mélémas dans un contexte d'altération de l'état général.

L'examen clinique retrouve une masse palpable au niveau de l'hypochondre, la masse est souvent mobile par rapport au plan profond et mobile par rapport au plan superficiel. Au toucher rectal on retrouve souvent des traces de sang. L'examen gynécologique est normal et à l'examen cutanéomuqueux on observe une décoloration conjonctivale. Les aires ganglionnaires sont libres, le reste de l'examen est sans particularité en général.

➤ **Paracliniques**

- Coloscopie : montre la présence d'un processus ulcero-bourgeonnant sténosant mais franchissable ;
- La tomodensitométrie (TDM) : permet de confirmer le diagnostic posé par l'échographie et la coloscopie. Elle permet la réalisation de plusieurs coupes à la recherche d'autres sites (primitif ou secondaire) ;

- La biologie : il n'existe pas de signes biologiques permettant de poser le diagnostic de carcinome épidermoïde.

➤ **Bilan d'extension** : à la recherche des métastases. Il comprend :

- Le scanner thoraco-abdomino-pelvien, la cystoscopie, ou UIV
- est souhaitable à la recherche d'atteinte des organes de voisinage et des métastases
- Ou à défaut la radiographie pulmonaire à la recherche des métastases pulmonaire
- Ou une échographie abdomino-pelvienne à la recherche des métastases hépatiques ou ovariennes

❖ **Anatomo-pathologie**

➤ **Macroscopie** :

Type de prélèvement

- Biopsie colique ;
- Pièce de résection colique, pièce de résection iléo-colique, pièce de résection iléo-caecale ou colorectale.

Technique de macroscopie [11]

La description macroscopique détaille les points suivants

Pièce chirurgicale

- Type d'exérèse ;
- Dimensions (longueur et circonférence) ;
- Orientation ? ;
- Aspect macroscopique.

Tumeur

- Site anatomique ;
- Configuration (exophytique pédiculée ou sessile, ulcérée, infiltrante) ;
- Taille dans les 3 dimensions et rapport avec la circonférence ;
- Obstruction/perforation ? ;
- Dilatation proximale ? ;
- Profondeur de l'invasion dans la paroi colorectale ;
- Aspect de la séreuse en regard de la tumeur ;
- Extension à d'autres organes ou structures adjacentes ? ;
- Prélèvements pour cryopréservation.

- Berges d'exérèse chirurgicale
 - Proximale et distale (situation par rapport à la tumeur) ;
 - Circonférentielle ou profonde ;
 - Appréciation du mésorectum.
- Ganglions lymphatiques régionaux et à distance
- Autres anomalies macroscopiques : polypes, muqueuse inflammatoire,
- Prélèvements pour étude histologique
 - Berges chirurgicales proximale, distale et circonférentielle ;
 - Tumeur : point d'infiltration le plus profond, à l'interface avec la muqueuse adjacente (3 à 5 blocs) ;
 - Tous les ganglions lymphatiques ou nodules tumoraux à distance de la tumeur ;
 - Pédicule vasculaire ;
 - Autres lésions éventuelles : polypes, ulcérations, ...

La berge d'exérèse chirurgicale circonférentielle est la berge de tissu mou la plus proche du tissu carcinomateux (tumeur primitive ou ganglion métastatique) ;

Appréciation macroscopique du mesorectum :

- Incomplet : irrégularité de la surface jusqu'à la musculature visible ; à la coupe, la section circonférentielle paraît irrégulière ;
- Presque complet : surface irrégulière avec des solutions de continuité de plus de 5mm mais sans atteinte de la musculature (non visible) ;
- Complet : aspect lisse de la surface ; absence d'irrégularités de plus de 5mm de profondeur ; pas d'aspect inférieur en cône ; à la coupe, la section est lisse et régulière

Les ganglions lymphatiques macroscopiquement non envahis sont inclus en totalité. Les ganglions d'aspect métastatique peuvent être examinés partiellement. Malgré les variations entre les sites anatomiques et les techniques chirurgicales, l'examen histologique d'au moins 12 ganglions lymphatiques est nécessaire pour l'évaluation complète du statut ganglionnaire. Si moins de 12 ganglions sont identifiés macroscopiquement, des techniques complémentaires permettant un meilleur repérage macroscopique peuvent être utilisées

➤ **Microscopie**

- ✓ Coloration par l'hématéine-éosine (HE)

Le carcinome épidermoïde du colon est le siège d'une prolifération tumorale faite de lobules et de travées centrés par des globes cornes. Les cellules sont polygonales ou polyédriques tantôt claires ou éosinophiles. Les noyaux sont polymorphes avec des nucléoles souvent visibles. Le nombre de mitoses est généralement augmenté. Des aspects de nécrose et d'hémorragie sont fréquents.

- ✓ Immunohistochimie :

Les techniques d'immunohistochimie jouent un rôle très important dans le diagnostic positif et différentiel. Les marqueurs utilisés sont les cytokératines 5 et 6.

- **Le diagnostic différentiel** : lorsque la nature de la lésion est établie, le pathologiste doit écarter les métastases et les autres carcinomes.

❖ **Évolution et traitement :**

➤ **Évolution :**

L'évolution se fait par contiguïté au grêle, ou au rectum.

Les métastases se font par voie hématogène ou lymphatique.

Les sites métastatiques les plus fréquents sont le foie, le poumon, les ovaires, les ganglions.

Le pronostic est incertain. La survie est inférieure à 3ans.

- Classification pTNM des carcinomes colo-rectaux (AJCC, 7^e édition 2009)
 - pT_{is} : carcinome in situ, carcinome intra-épithélial ou intra-muqueux infiltrant le chorion ;
 - pT₁ : tumeur infiltrant la sous-muqueuse ;
 - pT₂ : tumeur infiltrant la musculature ;
 - pT₃ : tumeur infiltrant la sous-séreuse ou le tissu péri-colique ou péri-rectale non recouvert de péritoine ;
 - pT₄ : tumeur infiltrant le péritoine viscéral (T4a), ou envahissant/adhérent des organes ou structures de voisinage (T4b).
 - pN₀ : absence de métastase ganglionnaire ;
 - pN_{1a} : 1 ganglion lymphatique régional métastatique ;
 - pN_{1b} : 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux métastatiques ;

- pN_{1c} : dépôt (s) tumoral (aux) dans la sous séreuse non péritonéalisée sans ganglions lymphatiques régionaux métastatiques ;
- pN_{2a} : 4 à 6 ganglions lymphatiques régionaux métastatiques ;
- pN_{2b} : ≥ 7 ganglions lymphatiques régionaux métastatiques.
- pM₀ : absence de métastase à distance ;
- pM_{1a} : métastase dans un seul organe ou site (foie, poumon, ovaire, ganglions non régionaux...);
- pM_{1b} : métastase dans plus d'un organe /site ou atteinte péritonéale.

➤ **Traitement :**

Le traitement de choix est une résection colique partielle avec une distance conséquente entre la tumeur et les limites de résections.

La chimiothérapie et/ou la radiothérapie est utilisée après le diagnostic.

OBSERVATION

III. OBSERVATION

Une patiente de 34ans aux antécédents de césarienne et d'occlusion intestinale aiguë sur bride opérée en 2017, et de retro virose depuis 10 ans sous traitement anti rétroviraux. G6P6V6A0D0 était admise en urgence dans une clinique de Bamako pour douleur abdominale siégeant à l'épigastre à type de pesanteur continue, et irradiant dans les 2 hypochondres, calmée par la prise d'antalgique. À cette douleur étaient associés un arrêt des matières et des gaz, des vomissements alimentaires, une distension abdominale. À l'examen, l'abdomen respirait bien, il y avait 2 cicatrices de laparotomie dont une de type pfannstiel ; l'abdomen était indolore sans masse palpable. Les touchers pelvien et rectal étaient normaux.

Les examens complémentaires demandés étaient l'échographie abdominale qui présentait une importante stase aéro-colique et stercorale avec une dilatation de tout le cadre colique. L'utérus était vide, homogène et les annexes normales.

La TDM montrait une masse colique droite 85 mm de diamètre circonférentiel aux contours irréguliers, la masse était sténosante.

Devant le diagnostic d'occlusion, une laparotomie d'urgence a été décidée et réalisée sous anesthésie générale, intubation trachéale, consistant à une incision médiane sus et sous ombilicale dont l'exploration permettait de découvrir une grosse tumeur de 6 cm de diamètre siégeant sur le colon droit. On procédait à une hémicolectomie droite avec exérèse du mesocolon droit, suivie d'une anastomose iléo-colique transverse

L'étude macroscopique de la pièce retrouve une large tumeur colique bourgeonnante avec des remaniements nécrotico-hémorragiques de 6,5 cm et donnant un aspect blanc-grisâtre à la coupe. Après plusieurs échantillonnages de la tumeur, le curage a ramené 16 ganglions.

L'étude histologique objectivait une prolifération tumorale faite de lobules et de travées centrés par des globes cornés. Les cellules sont polygonales et présentent des atypies cytonucléaires à type d'anisocytoses, d'anisocaryoses, d'hyperchromatismes, des mitoses anormales et des nucléoles proéminents. Le stroma est peu abondant, fibreux et nécrotique. Il n'y avait pas d'embolie vasculaire, ni engainement péri-nerveux, ni atteinte ganglionnaire (0N/16N). L'étude Immunohistochimique a montré une positivité des cellules tumorales aux anticorps anti P63 et anti P40 confirmant leur nature malpighienne. Les CK7 et CK20 étaient négatives. Nous avons conclu à un carcinome épidermoïde moyennement différencié mature et invasif du colon. La tumeur était classe pT₃N₀M_x.

Le bilan d'extension réalisé au postopératoire comportant une TDM-TAP et une TDM cérébrale n'ont pas montré de foyers de localisation secondaire.

Les suites opératoires ont été compliquées de troubles ioniques plus un sepsis entraînant le décès de la patiente à J-10 postopératoire. La patiente est décédée avant la chimiothérapie.



Figure 1: image macroscopique d'un carcinome épidermoïde du colon au service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G.



Figure 2: Coupe tomodensitométrique de la masse colique droite (service d'imagerie du point G).

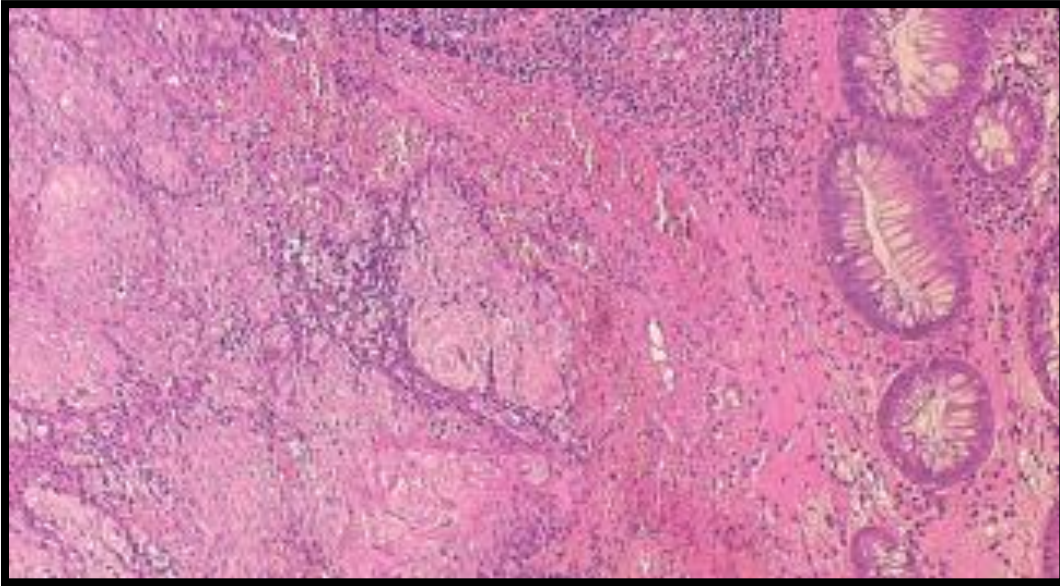


Figure 3 (HEX100) : carcinome épidermoïde du colon au faible grossissement d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G.

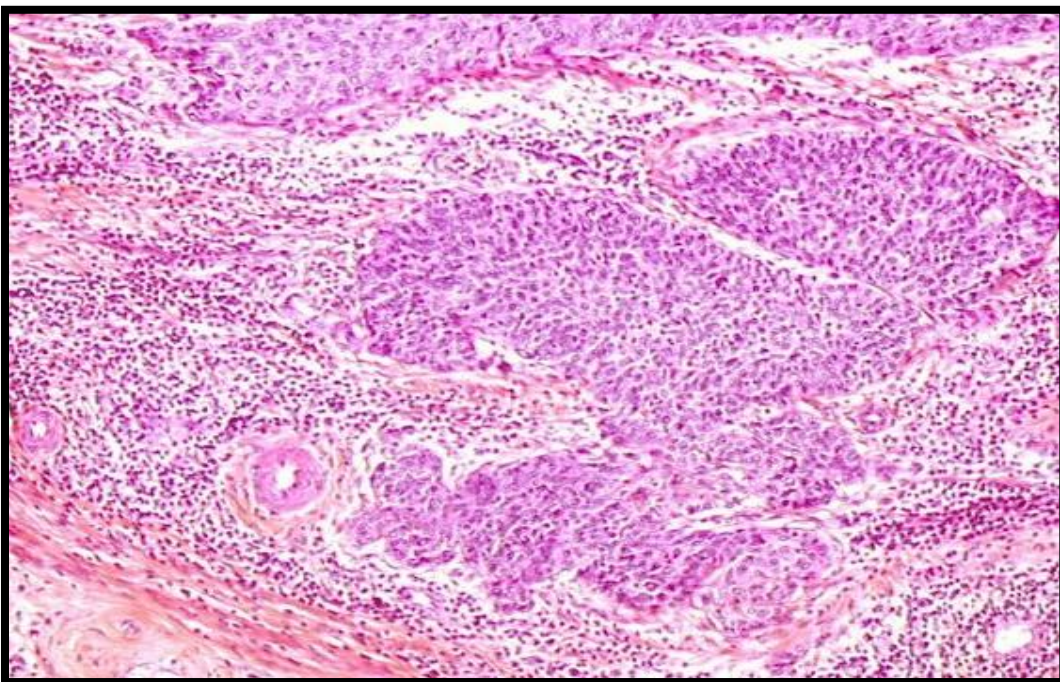


Figure 4 (HEX100) : carcinome épidermoïde du colon au faible grossissement d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G.

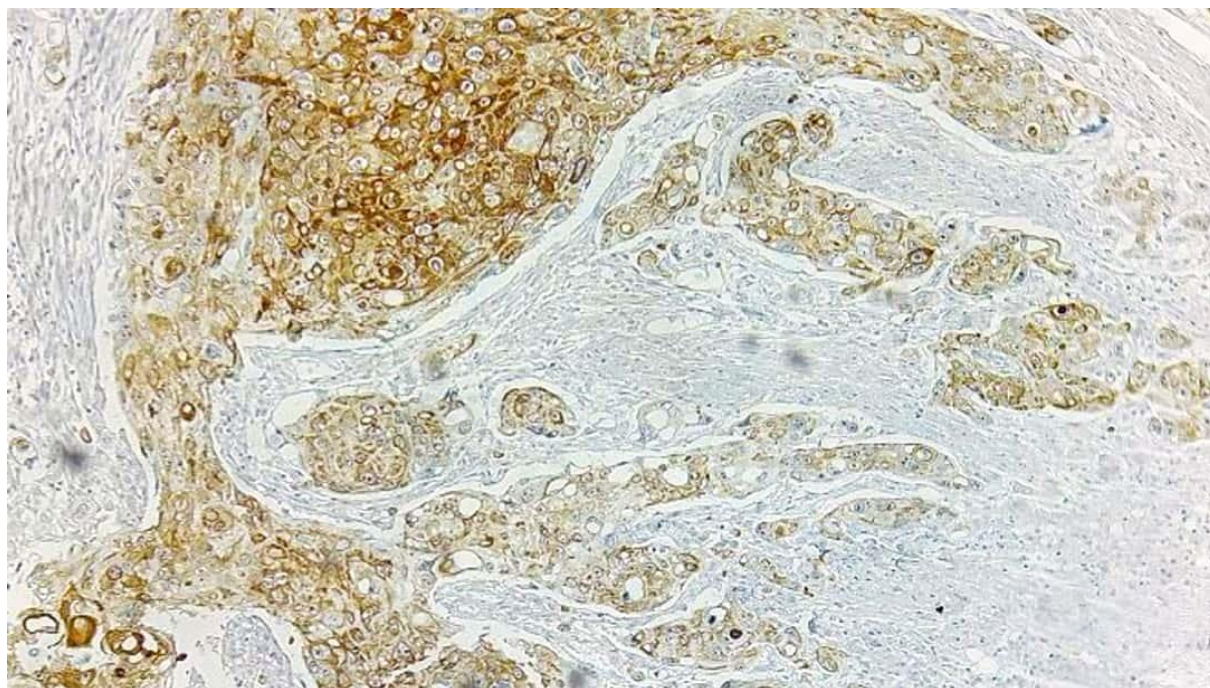


Figure 5 (X200) : Positivité des cellules tumorales à l'anticorps anti-P63 d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G.

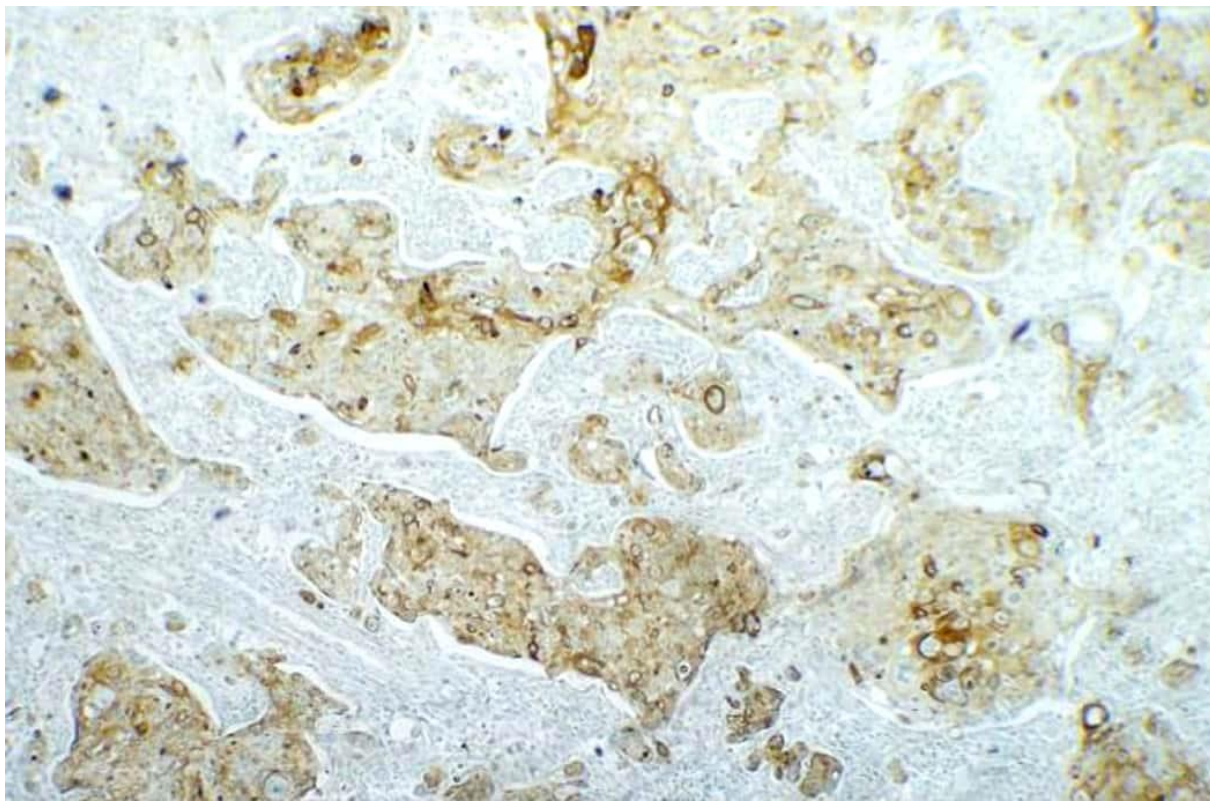


Figure 6 (X200) : Positivité des cellules tumorales à l'anticorps anti-P40 d'Anatomie et Cytologie Pathologique du CHU du point G.

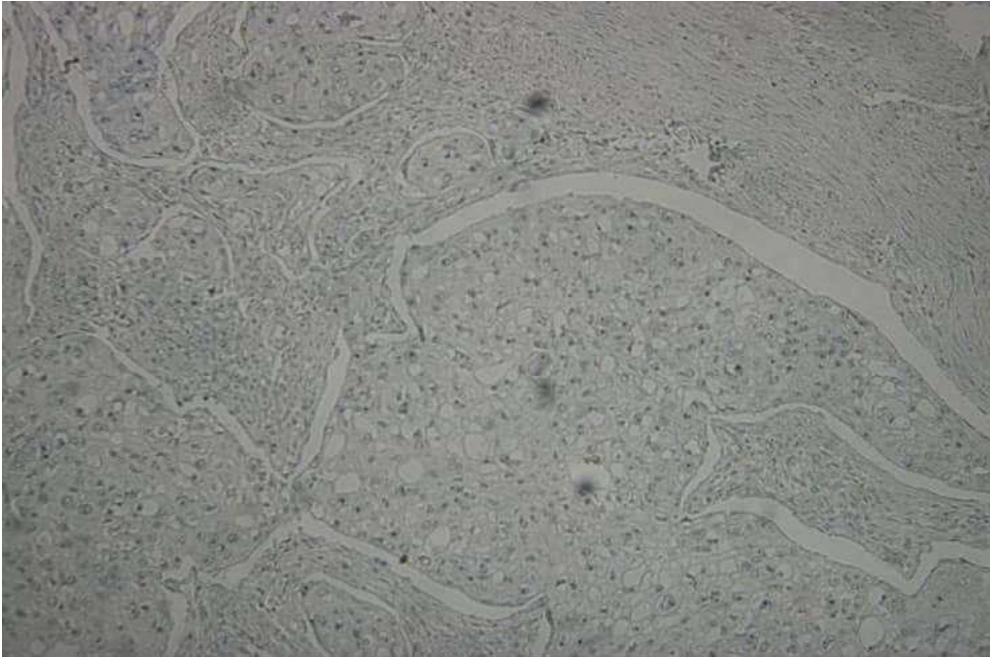


Figure 7 (x200) : Négativité des cellules tumorales à l'anticorps anti-CK7 d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G.

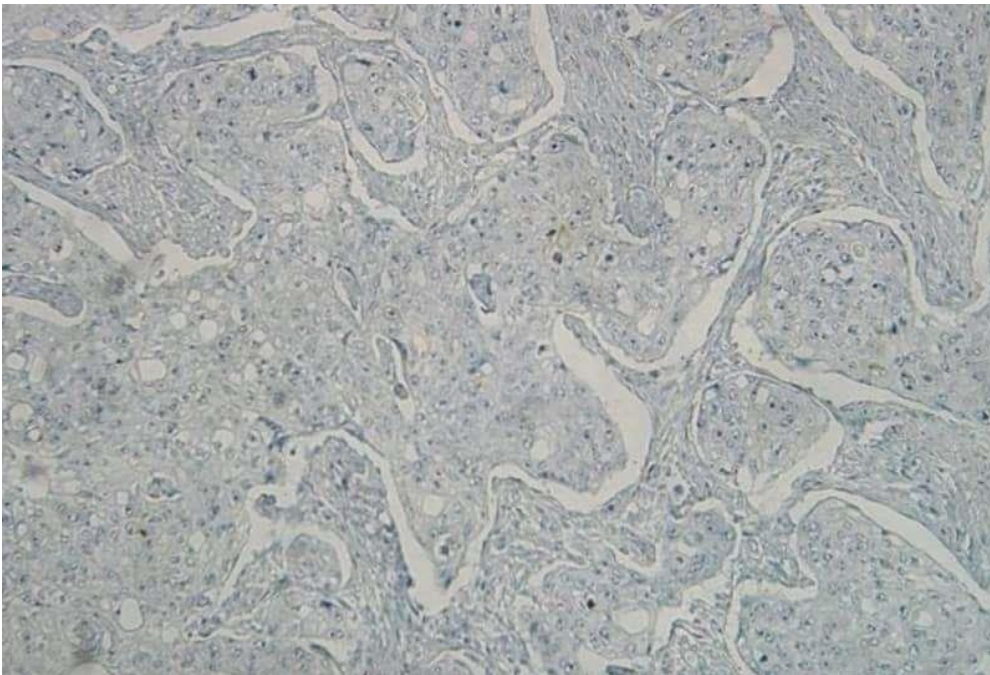


Figure 8 (x200) : Négativité des cellules tumorales à l'anticorps anti-CK20 d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G.

DISCUSSION

IV. DISCUSSION

Le carcinome épidermoïde primitif colique constitue une entité rare des cancers colorectaux. Dans la littérature il représente environ 0,5% de l'ensemble des tumeurs Colorectales avec une incidence estimée à 0,1% [2,4,12,13].

Le carcinome épidermoïde colique survient en moyenne vers la cinquième décennie avec une prédominance masculine dans la littérature, dans notre étude c'était une jeune dame de 34 ans. Il siège avec prédilection au niveau du caecum et du colon droit comme dans notre cas et rarement au niveau du colon gauche [4, 12,13].

Sur le plan clinique, la symptomatologie révélatrice est variable, insidieuse telle que les douleurs abdominales (hypochondres épigastre) d'acuité variable. La tumeur peut également se manifester par une perforation, une métastase ou une occlusion comme le cas de notre patiente [12, 13, 14, 15].

L'exploration radiologique à un rôle primordial dans le diagnostic. L'échographie nous a confirmé le diagnostic d'occlusion et le scanner a posé le diagnostic de tumeur [12, 13, 15].

Histologiquement, 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 [12, 13, 15, 16]. Il pourrait naître d'une cellule souche multipotente ou se développer sur une métaplasie malpighienne secondaire à une irritation chronique [4,5]. Les colites parasitaires telles que l'amibiase ou la schistosomose ainsi que des fistules colo-cutanées chroniques pourraient être à l'origine de la métaplasie malpighienne [6,7]. Dans notre cas il s'agit d'une patiente sous ARV pour rétro virose depuis ...cette morbidité peut-elle avoir un lien avec ce carcinome ? Nous ne disposons pas d'élément dans ce sens dans la littérature, même si le lien entre infection chronique et cancer est connu.

Le pronostic n'est pas clairement établi du fait probablement du nombre de cas discrets [12,13, 17]. Mais en général le décès survient avant la première année dans 52% des cas [12,13, 17].

Le bilan d'extension général comme le scanner thoraco-abdomino-pelvien et le scanner cérébral n'ont pas montré de foyer de localisation secondaire d'où le caractère primitif du carcinome épidermoïde colique. L'évolution post opératoire était défavorable, la patiente est décédée avant la chimiothérapie.

Le carcinome épidermoïde primitif du colon est de mauvais pronostic par rapport à son homologue glandulaire. Le pronostic dépend évidemment de plusieurs facteurs notamment la localisation de la tumeur, le caractère ulcéré de la lésion, les Métastases ganglionnaires, le degré de différenciation de la tumeur et le stade TNM [2, 12, 13, 17].

CONCLUSION

CONCLUSION

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

RESUME

Résumé

Introduction

Le carcinome épidermoïde primitif du colon est une tumeur exceptionnelle. Moins de 150 cas ont été publiés dans la littérature jusqu'en 2014. L'histogenèse d'une telle tumeur ainsi que son potentiel évolutif soulèvent encore des interrogations. Il pourrait naître d'une cellule souche multipotente ou se développer sur une métaplasie malpighienne secondaire à une irritation chronique

Matériel et Méthode

Nous rapportons l'observation d'une patiente ayant une tumeur du colon. La pièce opératoire a été fixée au formol 10%, traitée par la technique standard, colorée par l'hématoxyline et éosine. Une étude immuno-histochimie par les anticorps anti P63 et 40 et la cytokeratine 7 et 20.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 34 ans aux antécédents de césarienne, d'occlusion intestinale aiguë sur bride et de retrovirose, admise aux urgences pour douleur abdominale siégeant à l'épigastre à type de pesanteur continue associés à un arrêt des matières et des gaz. Une laparotomie d'urgence a été réalisée sous anesthésie générale. A la macroscopie, on retrouve une large tumeur colique bourgeonnante avec des remaniements nécrotiques et hémorragiques de 6 cm et donnant un aspect blanc-grisâtre à la coupe et le curage a ramené 16 ganglions. L'étude histologique et immuno-histochimique ont conclu à un carcinome épidermoïde moyennement différencié, mature et invasif du colon. La tumeur était classé p T₃ N₀ M_x. L'étude immuno-histochimique a montré une positivité des cellules tumorales aux anticorps anti P63 et P40

Conclusion

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

Mots clés : carcinome épidermoïde, colon, Bamako

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > pmc
2. Santosh K. Mondal, Primary squamous cell carcinoma of the caecum: a case report. *Jcancer res ther.* 2011 Oct-Dec;5(4):5 (Google Scholar) (Ref list)
3. Frizelle FA, Hobday KS, Batts KP, Nelson H. Adenosquamous carcinoma of the colon and upper rectum: a clinical and histopathologic study. *Dis colon rectum.* 2001;44(3):341-6 (PubMed) (Google scholar) (Ref list)
4. 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) (Google Scholar) (Ref list)
5. Daldoul S, Moussi A, Zaouche A. Carcinome épidermoïde primitive du colon: à propos d'un cas exceptionnel associé à un adénocarcinome gastrique. *J Afrhépatol gastroentérol.* 2011 ;5 :221-223. (Google Scholar) (Reflist)
6. Pittella JE, Torres AV Primary squamous-cell carcinoma of the cecum and ascending colon : report of a case and review of the literature. *Dis colon rectum.* 1982;25(5):483-7. (PubMed) (google scholar) (Ref list)
7. 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) (Google scholar) (Ref list)
8. 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) (Google Scholar) (Ref list)
9. Cotran RS, Kumar V, Collins T.
Robbins pathologic basis of disease, 6^{ème} édition. W.B. Saunders company: Philadelphia, Pennsylvania, 1999; p970-972.
10. Cros J, Courcet E. *memento de pathologie. Appareil gastro-intestinal.* 4^e édition Vernazobre. Grego. Paris, 2014. P103-105
11. Sinaa Mohamed. Carcinome épidermoïde primitif du colon: à propos d'un cas
12. Hamdouni Younes, Fatima Zahrae Terrab, Anas Belhaj, Souiki Tarik, Karim Ibn Majdoub Hassani, Imane Toughrai, Khalid Hassouni, Khalid Mazaz.
13. Metges JP, L'abat JP, Giroux MA, et al. Métastases gastroduodénales : un mode de révélation exceptionnel du cancer du poumon. *Étude de deux cas et revue de littérature.* *Rev Med Interne* 2001 ;22 :465-8.

14. 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.
15. Friedman E, Kwan MR, Cummins L. Squamous cell of the transverse duodenum. Gastrointestinal Endosc 1986 ;32 :99-101.
16. Terada T. Primary pure squamous cell carcinoma of the duodenum : report of three cases. Endoscopy 2009 ;41 :E329-E30.
17. Aparicio T, Zaanani A, Svrcek M, Laurent-Puig P, Carrere N, Manfredi S, Locher C, Afchain P. Small bowel adenocarcinoma: Epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. Dig Liver Dis 2013;46:97-104. Par minh huyen Nguyen, MD, Fox Chase Cancer Center, Temple University. Dernière révision totale juillet 2019 (Dernière modification du contenu juillet 2019).