



Les tumeurs myofibroblastiques dans un service de médecine interne : A propos d'un cas

Bouzidi Mayssa, Baya Wafa, Anoun Jihed, Ben Hassine Imen, Karmani Monia, Ben Fredj Fatma, Mzabi Anis, Laouani Chadia
Service de Médecine Interne, Hôpital Sahloul, Sousse

QR CODE

Introduction

La tumeur inflammatoire myofibroblastique (TMI) est une tumeur mésenchymateuse rare et bénigne. Son étiopathogénie demeure encore mal élucidée. Elle touche avec prédilection le poumon. Seuls quelques cas de localisation rétropéritonéale ont été rapportés dans la littérature.

Observation

Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 42 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui nous a consulté pour des douleurs abdominales associées à une fièvre et des sueurs nocturnes. L'examen clinique était sans anomalies hormis une sensibilité à la palpation de la fosse iliaque gauche et de l'hypogastre.

Le bilan biologique a mis en évidence une anémie normochrome normocytaire à 11 g/dl ainsi qu'un syndrome inflammatoire biologique : VS = 120 mm à la 1^{ère} heure et une CRP à 121. On notait aussi une insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine à 55ml/min. Le sédiment urinaire était normal.

La TDM abdominale a montré une dilatation urétéro-pyélo-calicielle gauche en amont d'un **manchon tissulaire rétropéritonéal, mesurant 8cm*2cm*4cm, qui engaine l'uretère lombaire et iliaque ainsi que l'artère iliaque primitive sur toute son étendue** avec une limite supérieure arrivant au contact de la bifurcation aortique. Il s'y associe des ganglions coeliomésentériques et du hile rénal infracentimétriques évoquant une fibrose rétro-péritonéale (FRP). Le rein gauche était de néphrographie pâle.

Devant ces données, Le patient a bénéficié de la mise en place d'une sonde en double J. Une biopsie percutanée sous guidage scanographique a été pratiquée par la suite. L'analyse histologique a révélé la présence d'une **prolifération de cellules de nature myofibroblastique avec un infiltrat inflammatoire associant des lymphocytes, des plasmocytes et des polynucléaires éosinophiles. Ils n'y avaient pas de signes histologiques de malignité.** Par ailleurs, le bilan étiologique réalisé devant la suspicion de FRP était revenu négatif.

Le diagnostic d'une TMI était retenu et le patient a été traité par une **corticothérapie orale** à la dose de 1mg/Kg/j pendant un mois puis dégression progressive, la tumeur étant **jugée non opérable**. L'évolution clinique a été marquée par l'amélioration des douleurs abdominales et la normalisation de la fonction rénale. Un contrôle scanographique est prévu après 3 mois de corticothérapie.

discussion

Les tumeurs myofibroblastiques inflammatoires représentent un groupe de tumeurs mésenchymateuses rares et d'individualisation récente. Ces tumeurs touchent préférentiellement les enfants et adultes jeunes. Elle est de distribution ubiquitaire, avec une prédilection pour les viscères thoraco-abdominaux. La présentation clinique est non spécifique et dépend du siège de la tumeur. Les images radiologiques ne sont pas spécifiques et le diagnostic est anatomopathologique. Ces tumeurs constituent, parfois, un défi diagnostique et thérapeutique. Notre observation, faisant partie des rares cas de TMI rapportées dans la littérature, illustre les difficultés que trouvent le clinicien avec ce type de tumeurs.

Conclusion

La prise en charge thérapeutique des TMI est encore peu codifiée. La chirurgie est considérée comme le traitement de choix pour les lésions résécables. Cependant, l'exérèse chirurgicale n'est pas toujours faisable vu la localisation anatomique des TMI et leurs rapports avec les structures vitales. Les glucocorticoïdes constituent, dans ces situations, une alternative thérapeutique avec une induction de la rémission qui a été bien rapportée dans la littérature.

Références:

- 1) Aptel, A. Gervaise, A. Fairise, P. Henrot, A. Leroux, F. Guillemin, V. Laurent, D. Régent
Abdominal inflammatory myofibroblastic tumour Diagnostic and Interventional Imaging, Volume 93, Issue 5, May 2012, Pages 410-412
- 2) A.D. Levy, J.C. Shaw, L.H. Sobin Secondary tumors and tumorlike lesions of the peritoneal cavity: imaging features with pathologic correlation Radiographics, 29 (2) (2009), pp. 347-373