

# Une volumineuse masse intestinale

## *A voluminous intestinal mass*

Katty Delbecque, Isabelle Meiers, Noëlle Hardy, Jacques Boniver, Philippe Delvenne

Département d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, Centre Hospitalier Universitaire, Domaine du Sart Tilman B 35, 4000 Liège, Belgique.

Delbecque K, Meiers I, Hardy N, Boniver J, Delvenne P. Une volumineuse masse intestinale. Ann Pathol 2001 ; 21 : 451-452.

### Observation

Une patiente de 16 ans, aux antécédents d'appendicectomie, est admise aux urgences du CHU de Liège en novembre 1999, pour des douleurs péri-ombilicales intenses, d'apparition brutale, de durée brève, sans facteur déclenchant décelable.

Les examens cliniques, radiographiques et biologiques sont normaux. La patiente retourne à son domicile, sans traitement particulier. Deux semaines plus tard, elle est réadmise pour récurrence des douleurs péri-ombilicales avec troubles du transit intestinal (alternance d'épisodes de diarrhée et de constipation).

L'examen clinique révèle une sensibilité épigastrique sans défense abdominale. Les examens biologiques montrent un discret syndrome inflammatoire (GB à 9 440/mm<sup>3</sup>, fibrinogène à 6,21 g/l et CRP à 23 mg/l). La radiographie d'abdomen sans préparation montre un encombrement stercoral diffus. L'échographie abdominale est sans particularité.

Une décision de laparotomie exploratrice est envisagée. Celle-ci met en évidence une tumeur endoluminale de l'intestin grêle de 9 × 4,5 × 3 cm (*figure 1*), sans adénopathie, ni ascite, ni carcinomateuse péritonéale. Le geste chirurgical consiste en une résection segmentaire grêle avec analyse extemporanée de la masse intestinale qui conclut à une tumeur mésenchymateuse bénigne dont la nature exacte sera précisée en histologie conventionnelle.

L'examen histologique de la pièce opératoire met en évidence une lésion nodulaire, à localisation sous-muqueuse, constituée par un stroma lâche parsemé par de nombreux capillaires entre lesquels s'interposent des cellules fibroblastiques ou myofibroblastiques, des fibres

de collagène et des cellules inflammatoires mixtes incluant de nombreux polynucléaires éosinophiles (*figure 2*). Ce tissu fibro-inflammatoire s'étend à la muqueuse en l'exulcérant et s'insinue entre les fibres musculaires lisses de la couche musculaire longitudinale interne.

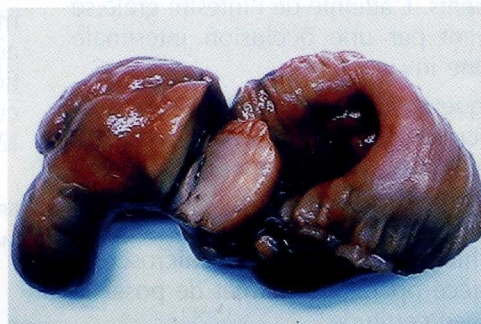


FIG. 1. — Aspect macroscopique : volumineux polype de l'intestin grêle montrant, à la tranche de section, un aspect blanchâtre homogène.

FIG. 1. — Macroscopic features: voluminous polyp of the small bowel showing, after section, an homogeneous white appearance.

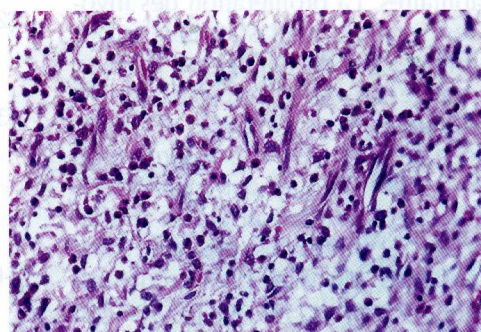


FIG. 2. — Aspect microscopique : tissu conjonctif focalement myxoïde parsemé par des myofibroblastes, des capillaires et des cellules inflammatoires incluant des polynucléaires éosinophiles (HE X 400).

FIG. 2. — Microscopic features: focally myxoid connective tissue with fibroblasts, capillaries and inflammatory cells including eosinophils (HE X 400).

Quel est votre diagnostic ?

Cas pour diagnos

Accepté pour pu  
le 20 février 200

Tirés à part :  
K. Delbecque,  
voir adresse en  
d'article.



## Diagnostic : polype fibroïde de l'intestin grêle

Le polype fibroïde du tube digestif a été décrit pour la première fois par Vanek, en 1949, sous la dénomination de granulome sous-muqueux avec infiltrat à polynucléaires éosinophiles. Différents synonymes se sont ensuite succédés dans la littérature (granulome à éosinophiles ; polype inflammatoire). Le terme de polype fibroïde (Inflammatory Fibroid Polyp ; IFP), utilisé actuellement, a été proposé par Hedwig et Ranier en 1953.

L'IFP est une lésion rare et bénigne du tube digestif, le plus souvent unique. Il siège le plus fréquemment dans l'estomac, plus rarement dans l'intestin grêle, l'œsophage et le côlon [1]. L'IFP est plus fréquemment rencontré chez l'adulte au cours des cinquième et sixième décennies avec une nette prédominance masculine (3/1) [2]. La symptomatologie évolue, en moyenne, en moins de 4 semaines chez deux tiers des patients. L'atteinte de l'intestin grêle se traduit souvent par une occlusion intestinale résultant d'une invagination.

Macroscopiquement, il s'agit d'une lésion, sessile ou pédiculée, de consistance élastique. La taille est de 4 cm, en moyenne, mais peut dépasser 10 cm. Il est souvent ulcéré en surface, évoquant parfois un cancer colique. L'excision chirurgicale avec étude microscopique de la pièce opératoire permet de poser le diagnostic avec certitude.

Sur le plan histologique, cette lésion se compose d'un tissu associant un infiltrat inflammatoire, parfois très riche en polynucléaires éosinophiles (50 % des cas), une prolifération de myofibroblastes, des vaisseaux de petit calibre et des capillaires. La prolifération des myofibroblastes est constante et s'associe à des fibres réticuliniques ou de collagène. L'IFP se développe généralement à partir de la sous-muqueuse mais peut s'étendre sur toute l'épaisseur de la paroi et atteindre la séreuse ou le mésentère [3]. L'histologie conventionnelle permet généralement de faire aisément le diagnostic différentiel avec des proliférations tumorales malignes, de type glandulaire ou lymphoïde, avec lesquelles le polype fibroïde peut être confondu cliniquement. Les études immunohistologiques montrent que la vimentine et l'antigène CD34 sont constamment exprimées dans les cellules du stroma interposé entre les capillaires [4]. Par contre, ces cellules

sont négatives pour la protéine S100, la desmine, l'actine, les cytokératines, le facteur VIII et les marqueurs lymphoïdes ce qui peut aider au diagnostic différentiel avec les tumeurs de nature vasculaire, musculaire lisse, neurogénique ou d'origine lymphoïde (maladie de Hodgkin, en particulier). L'immunohistologie réalisée sur le cas décrit dans ce rapport a confirmé la positivité de la tumeur pour la vimentine et le CD34 et a permis d'exclure une tumeur myofibroblastique inflammatoire (laquelle est positive pour la vimentine, l'actine et la S100). Une pathologie inflammatoire riche en polynucléaires éosinophiles (atteinte souvent diffuse du tube digestif ; contexte allergique ; hyperéosinophilie sanguine) a également pu être écartée [5].

L'étiopathogénie du polype fibro-inflammatoire est inconnue. Diverses étiologies sont envisagées, telles qu'une infection parasitaire, un mécanisme allergique ou une origine traumatique. Son développement pourrait être provoqué initialement par une ulcération de la muqueuse secondaire à un traumatisme local, un microorganisme, un agent physique ou chimique. La plupart des auteurs considèrent, actuellement, qu'il s'agit d'un processus réactionnel et non néoplasique du stroma périvasculaire de la sous-muqueuse gastro-intestinale [2]. ■

Key words: *inflammatory fibroid polyp.*

Mots-clés : *polype fibroïde.*

## Références

- [1] Shepherd NA. Polyps and polyposis syndromes of the intestines. *Curr Diagn Pathol* 1997 ; 4 : 222-38.
- [2] Aubert A, Cazier A, Baglin AC, Outters F, Dubertret M, Meduri B *et al.* Polypes fibro-inflammatoires du côlon. *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22 : 1106-9.
- [3] Navas-Palacios JJ, Colina-Ruizdelgado F, Sanchez-Larrea, Cortes-Cansino J. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract. An immunohistochemical and electron microscopic study. *Cancer* 1983 ; 51 : 1682-90.
- [4] Hasegawa T, Peng Y, Noriko K, Takanori H, Toshiaki S. CD34 expression by inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Mod Pathol* 1997 ; 10 : 451-6.
- [5] Wille P, Borchard F. Fibroid polyps of intestinal tract are inflammatory-reactive proliferations of CD34-positive perivascular cells. *Histopathology* 1998 ; 32 : 498-502.