

La Fibrose Rétropéritonéale idiopathique doit résister à l'épreuve du temps

1^{er} Auteur : Omar, DHRIF, Résident, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Autres auteurs, équipe:

- Cherifa, ABDELKAFI, AHU, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie
- Zeineb, MEDDEB, AHU, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie
- Ayadi, Aida, Pr, Service d'anatomopathologie, Hôpital Abderrahmen Mami, Tunis, Tunisie
- Amira, EL OUNI, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie
- Sana, TOUJANI, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie
- Saloua, HAMZAOUI, Pr, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie
- Thara, LARBI, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie
- Kamel, BOUSLAMA, Pr, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Introduction :

La fibrose rétropéritonéale est une pathologie rare, dont le diagnostic positif est rendu aisé grâce aux examens morphologiques et histologiques, mais dont le diagnostic étiologique peut être laborieux avec une prédominance importante de l'origine idiopathique. Nous rapportons l'observation d'une fibrose rétropéritonéale traitée comme idiopathique durant 3 ans, qui s'avère être en rapport avec un Lymphome B diffus à grande cellules

Observation :

Patiente de 57 ans, aux antécédents de cholangite biliaire primitive, qui consulte en septembre 2019 pour des signes du bas appareil urinaire à type de pollakiurie et de dysurie, à l'examen clinique on retrouve une douleur à l'ébranlement lombaire bilatérale ainsi qu'une légère sensibilité abdominale hypogastrique, le reste de l'examen clinique était sans anomalie et le bilan biologique n'avait pas montré d'anomalies.

Devant ces éléments un scanner abdomino-pelvien a été réalisé et a montré une masse pelvienne de 83mm x 61mm engainant les uretères avec une dilatation pyélocalicielle ayant nécessité, un drainage par néphrostomie puis la pose d'une sonde JJ ainsi que des adénopathies iliaques externes gauches de 42mm x 22mm. Une biopsie de la masse par voie endo vésicale a donc été pratiquée et a montré un important remaniement inflammatoire sans signes de spécificité, une seconde biopsie du fond vaginal a été réalisée et était sans anomalies, une troisième biopsie ganglionnaire iliaque externe gauche a montré une infiltration fibro-inflammatoire d'interprétation difficile complétée par un prélèvement iliaque externe de 3 ganglions concluant à une inflammation réactionnelle. Le bilan étiologique d'une fibrose pelvienne a comporté une intradermoréaction à la tuberculine avec une recherche de BK dans les crachats et les urines négative, une sérologie de l'hépatite B montrant une hépatite B résolue, sérologie hépatite C négative, le dosage des IGG4

était à 0.096g/L (0.0392-0.864), les anticorps anti-nucléaires étaient positifs à 1/320 avec un typage négatif, l'imagerie Thoraco-abdomino-pelvienne n'a pas montré de foyer néoplasique.

Le diagnostic de Fibrose rétropéritonéale idiopathique a initialement été retenu et la patiente a été mise sous corticoïde à la dose de 1mg/kg/j pendant un mois suivi d'une diminution progressive des doses à raison de 5mg/semaine.

L'évolution était marquée par une régression progressive jusqu'à la disparition totale de la masse pelvienne ainsi que des adénopathies associées au bout de 3 mois sur des contrôles scanographiques répétés jusqu'en Décembre 2021 avec ablation de la sonde JJ.

En Avril 2022 la patiente est hospitalisée dans un tableau de douleur inguinale gauche intense, le contrôle par une IRM du bassin a montré une récurrence de la masse pelvienne qui est décrite irrégulière prédominante à gauche, responsable d'un envahissement du muscle obturateur interne gauche, de la loge des adducteurs gauche, de la paroi latérale gauche de la vessie, de la région paravaginale gauche et du fascia perirectal à gauche.

Une biopsie de la masse pelvienne a donc été réalisée et a montré un aspect histologique et un profil immunohistochimique compatible avec un Lymphome diffus à grandes cellules B avec un index de prolifération élevé (Ki67 à 80%) et la patiente a été transférée en milieu de prise en charge spécialisé.

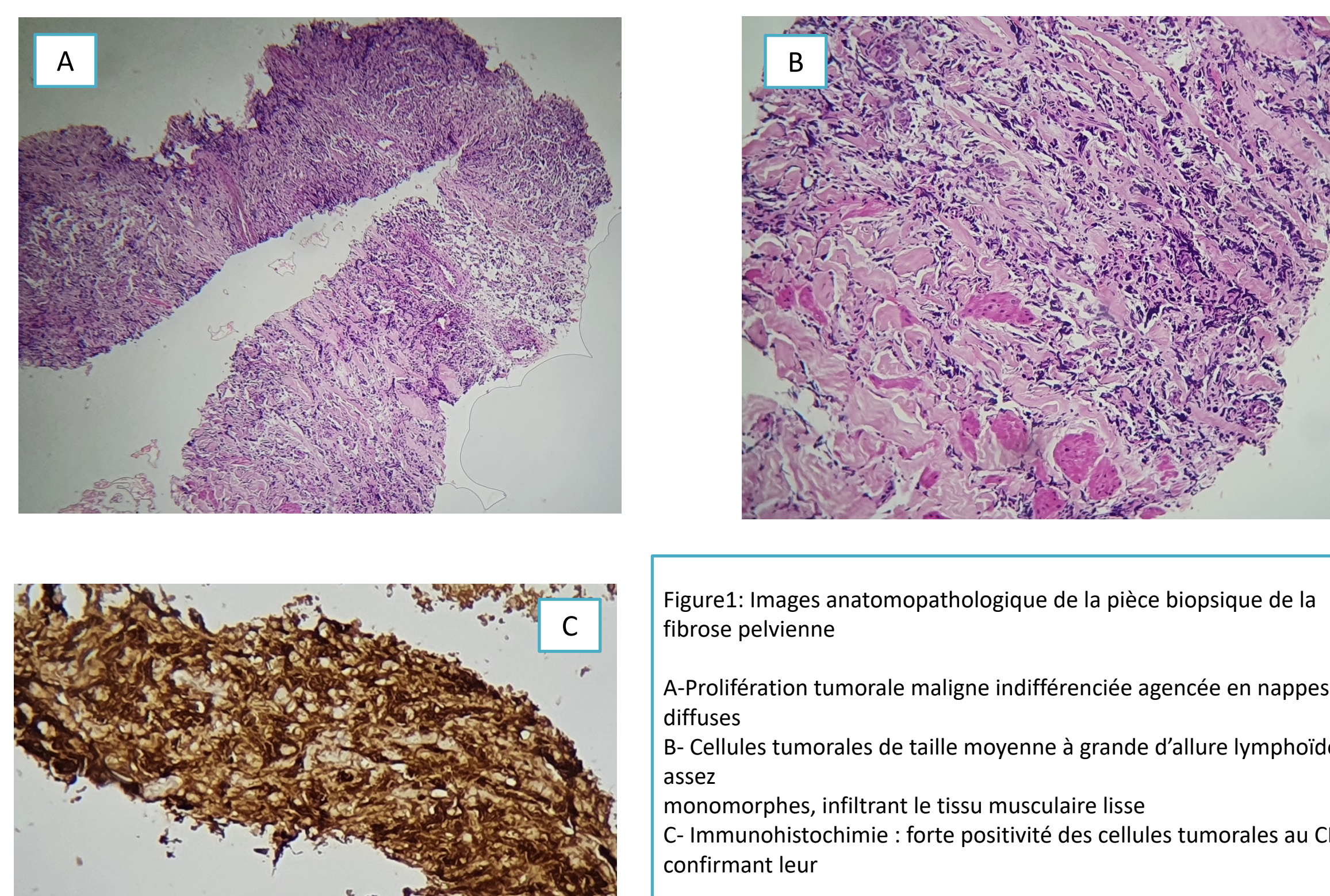


Figure1: Images anatomopathologique de la pièce biopsique de la fibrose pelvienne
 A- Prolifération tumorale maligne indifférenciée agencée en nappes diffuses
 B- Cellules tumorales de taille moyenne à grande d'allure lymphoïde, assez monomorphes, infiltrant le tissu musculaire lisse
 C- Immunohistochimie : forte positivité des cellules tumorales au CD20 confirmant leur

Discussion :

Cette observation souligne l'importance de réévaluer le diagnostic de la fibrose rétropéritonéale idiopathique en cas de progression ou de manifestations atypiques. Des études antérieures ont rapporté des cas où le diagnostic initial a été rectifié au fil du temps, notamment en raison de la découverte ultérieure de lymphomes [1, 2]. Il est donc essentiel de penser à une réévaluation des patients en particulier en présence de localisations inhabituelles ou d'adénopathies associées.

Conclusion :

Malgré la prédominance de l'origine idiopathique des fibroses rétropéritonéales, notre observation montre qu'il faut toujours discuter le diagnostic durant l'évolution et que le caractère idiopathique doit résister à l'épreuve du temps surtout devant des éléments tels qu'une localisation atypique ou des adénopathies associées

Références :

1. Vaglio A, et al. Retroperitoneal fibrosis. Lancet. 2006; 367(9506): 241-251.
2. van Bommel EF, et al. Retroperitoneal fibrosis and its association with malignancies. Am J Kidney Dis. 2007; 50(3): 409-413.