

Tumeurs primitives de la fosse ischiorectale : Diagnostic et traitement à propos de 07 observations à Abidjan

Konan K.I.P.

Anoh N.A.

Chirurgie digestive et proctologie, CHU de Treichville, Côte d'Ivoire

Ehui A.Y.

Service d'anatomie pathologie, CHU de Cocody, Côte d'Ivoire

Oddo B.A.

Touré L.

Service de cancérologie médicale du CHU de Treichville Assistant Chef de Clinique

Kouadio N.L.

Chirurgie digestive et proctologie, CHU de Treichville, Côte d'Ivoire

Vamoussa D.

Adama S.

Service de Chirurgie Digestive et proctologique CHU de Treichville

Kouadio K.G.

Chirurgie digestive et proctologie, CHU de Treichville, Côte d'Ivoire

[Doi:10.19044/esj.2024.v20n24p174](https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n24p174)

Submitted: 20 June 2024

Accepted: 23 August 2024

Published: 31 August 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Konan K.I.P., Anoh N.A., Ehui A.Y., Oddo B.A., Touré L., Kouadio N.L., Vamoussa D., Adama S. & Kouadio K.G. (2024). *Tumeurs primitives de la fosse ischiorectale : Diagnostic et traitement à propos de 07 observations à Abidjan*. European Scientific Journal, ESJ, 20 (24), 174. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n24p174>

Résumé

But : Le but de cette étude était de rapporter les aspects diagnostics et les résultats de la prise en charge des tumeurs primitives de la fosse ischio rectale. **Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale à collecte de données rétrospective étalée de février 2019 à décembre 2023 dans le service de Chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville. Nous avons étudié, les manifestations cliniques, les moyens diagnostiques, et les résultats du traitement chirurgical. Ont été inclus dans l'étude, les dossiers des malades suivis pour une tumeur primitive de la fosse ischio-rectale.

Résultats : Nous avons colligé sept (7) patients pris en charge pour tumeurs primitives de la fosse ischio-rectale. Il s'agissait de 4 femmes et 3 hommes. L'âge moyen était de 48,8 ans, la médiane était de 50 ans et un écart-type de 14,4. Une prédominance féminine avec un sex ratio de 1, 33. Le motif de consultation était dominé par la proctalgie (n=3) qui était associée à une dyspareunie dans 2 cas. L'examen physique retrouvait une masse para-anale dans 4 cas. L'anorectoscopie était peu contributive. L'IRM demeurait le maître examen. L'histologie était en faveur des tumeurs malignes chez 4 patients. La résection chirurgicale était la règle et la voie périnéale antérieure était la voie d'abord principale. L'évolution Après recul de 4 ans, était marquée par 04 patients vivants en bonne santé apparente sans poursuite ni récurrence tumorale. **Conclusion** : La tumeur de fosse ischio-rectale est une tumeur rare. L'expression clinique dépend du stade de la maladie. La tumeur maligne a dominé dans cette série. La résection chirurgicale périnéale antérieure est possible. L'imagerie par résonance magnétique devrait être systématique devant toute proctalgie d'adulte.

Mots-clés: Proctalgie, tumeur, fosse ischio-rectale , chirurgie digestive et proctologique Abidjan

Primary Tumors of the Ischiorectal Fossa: Diagnosis and Treatment Based on 7 Observations in Abidjan

Konan K.I.P.

Anoh N.A.

Chirurgie digestive et proctologie, CHU de Treichville, Côte d'Ivoire

Ehui A.Y.

Service d'anatomie pathologie, CHU de Cocody, Côte d'Ivoire

Oddo B.A.

Touré L.

Service de cancérologie médicale du CHU de Treichville Assistant Chef de Clinique

Kouadio N.L.

Chirurgie digestive et proctologie, C H U de Treichville, Côte d'Ivoire

Vamousa D.

Adama S.

Service de Chirurgie Digestive et proctologique CHU de Treichville

Kouadio K.G.

Chirurgie digestive et proctologie, CHU de Treichville, Côte d'Ivoire

Abstract

Purpose: The aim of this study was to describe the diagnostic aspects and results of the management of primary tumors of the ischio-rectal fossa.

Patients and method: This was a cross-sectional study with retrospective data collection spread from February 2019 to December 2023 in the digestive and proctological surgery department of the Treichville University Hospital. We studied the clinical manifestations, the diagnostic means, and the results of surgical treatment. The files of patients followed for a primary tumor of the ischiorectal fossa were included in the study. **Results:** We collected seven (7) patients treated for primary tumors of the ischiorectal fossa. There were 4 women and 3 men. The mean age was 48.8 years, the median was 50 years, and the standard deviation was 14.4. A female predominance with a sex ratio of 1.33. The reason for consultation was dominated by proctalgia (n=3) which was associated with dyspareunia in 2 cases. Physical examination revealed a para-anal mass in 4 cases. Anorectoscopy was of little help. The MRI remained the master examination. Histology was in favor of malignant tumors in 4 patients. Surgical resection was the rule and the anterior perineal route was the main approach. The evolution after 4 years, was marked by 04 living patients in apparent good health without continuation or tumor recurrence.

Conclusion: Ischiorectal fossa tumor is a rare tumor. The clinical expression depends on the stage of the disease. The malignant tumor dominated in this

series. Anterior perineal surgical resection is possible. Magnetic resonance imaging should be systematic for any adult proctalgia.

Keywords: Proctalgia, tumor, ischio-rectal fossa, digestive and proctological surgery Abidjan

Introduction

La fosse ischio-rectale (FIR) est une zone anatomique cylindrique et profonde, comprise entre le releveur de l'anus et le muscle obturateur interne. Elle contient les éléments cellulo-graisseux les lymphatique et les vaisseaux (Arbelo,2016 Semlali,2016). Les tumeurs de la FIR sont rares. Elles sont dominées par les tumeurs secondaires ou localement avancées des structures de voisinage (Arbelo,2016 Semlali,2016). Cependant, des cas rares isolés de tumeurs primitives de la FIR ont été rapportés dans la littérature (Filho, 2016). Ces tumeurs sont le plus souvent bénignes mais certains cas de malignité ont été découverts (Arbelo,2016). Elles sont caractérisées par leur évolution clinique lente et par des signes non spécifiques (Arbelo,2016 Semlali,2016 Filho, 2016). Le diagnostic est souvent tardif. Le traitement est essentiellement chirurgical. La voie d'abord est multiple et il n'y a pas de consensus (Arbelo,2016 Filho, 2016). C'est ce constat qui a motivé la réalisation de ce travail dont le but était de décrire les manifestations cliniques de ces tumeurs primitives de la FIR, les moyens diagnostiques, ainsi que le traitement et l'évolution.

Patients et méthode :

Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective au service de chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville pendant la période de février 2019 à décembre 2023. Les dossiers des patients de deux sexes âgés de plus de 16 ans et opérés pour tumeurs primitives de la fosse ischio-rectale étaient inclus dans l'étude. Les carcinomes épidermoïdes, condylomes de l'anus ainsi que les dossiers des malades opérés sans comptes rendu opératoires n'étaient pas inclus dans cette série. Les manifestations cliniques, les facteurs favorisants, les moyens diagnostiques et les résultats du traitement chirurgical étaient décrits. L'abord par voie périnéale antérieure était la technique principale. Il s'agissait d'une incision directement en regard de la masse, avec la possibilité de prolongation de l'incision entre la grande lèvre et l'arcade crurale. Le malade étant installé en position de la taille. Nous abordons directement la masse, après avoir franchi la peau l'on accédait à la coque de la tumeur et la mobilisation était plus aisée avec un meilleur contrôle des vaisseaux pelviens.

Résultats :

Pendant la période de l'étude, nous avons traité 28 patients pour tumeur du périnée. Parmi lesquels 16 étaient des carcinomes épidermoïdes de l'anus, 07 étaient des condylomes de l'anus et 7 étaient des tumeurs primitives de la fosse ischio-rectale soit 25% des tumeurs du périnée. Il s'agissait de 4 femmes et 3 hommes. Parmi les femmes 3 étaient en ménopause. L'âge moyen était de 48.8 ans avec les extrêmes de 21 à 65 ans, la médiane était de 50 ans et un écart-type de 14,4.

Les aspects cliniques

Les motifs de consultations des patients étaient représentés dans le tableau 1 comme suit :

Tableau I : répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentages
Proctalgie	03	42,9%
Masse périnéale	03	42,9%
Suppuration périnéale	01	14,2%
Total	07	100%

La proctalgie et la masse périnéale étaient le motif de consultation le plus fréquent à pourcentage égale. La proctalgie était associée à une dyspareunie dans 02 cas et une cruralgie avec amaigrissement et constipation dans 1 cas. L'interrogatoire a mis en évidence une évolution lente en moyenne de 10 mois avec les extrêmes de 5 à 15 mois. L'examen proctologique nous a permis de retrouver des signes décrits dans le tableau 2 suivant :

Tableau II: répartition selon les signes physiques observés

Signes physiques	Effectifs	Pourcentages
Masse para anale	05	71.5%
Amyotrophie du membre inférieur	01	14.2%
Gangrène du périnée	01	14.2%
Total	07	100%

La masse para anale représentait 71,5% des cas. Concernant la gangrène du périnée, il s'agissait d'un patient diabétique et qui traitait un bourgeon para-anal par des cataplasmes.



Masse de la fosse
ischio-rectale gauche

Figure 1 : photo d'une masse de la fosse ischio-rectale Gauche comblant la cavité vaginale avec dyspareunie (Patiente P5)



Nécrose étendue du
périnée

Masse de la fosse
ischio-rectale

Figure 2 : photo d'une masse de la FIR droite avec nécrose étendue du périnée (patient P6)

Les aspects paracliniques

Des examens paracliniques ont été nécessaires. L'anorectoscopie était normale dans tous les cas sauf dans un seul cas, où on retrouvait un bombement pariétal du rectal.

L'IRM était réalisé chez la plupart des patients, couplé à un scanner thoraco-abdomino pelvien chez 4 patients.

Tableau III : Résultats des tumeurs à l'imagerie

Patients	IRM	TDM
P1	Tumeur d'allure bénigne (Schwannome)	ADP Abdomino Pelvienne
P2	Tumeur d'allure maligne	Sans métastases
P3	Tumeur hétérogène bien limitée	Sans ADP pelvienne
P4	Tumeur maligne envahissant la paroi rectale	ADP pelvienne
P5	Tumeur bénigne bien limitée	Non réalisée
P6	Non Réalisée	Non réalisée
P7	Tumeur bien limitée bénigne	Non réalisée

L'IRM était contributif chez 6 patients (85,7%). L'IRM n'était pas réalisé chez le patient présentant la gangrène avec septicémie sévère. La biopsie pré-opératoire de la masse a été réalisée dans un seul cas. Cette biopsie avait révélé à tort un Schwannome chez le patient P1. Le bilan biologique demandé a montré une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile dans un cas et une anémie hypochrome microcytaire dans 02 cas.



Masse hypo signale bien limitée de la fosse ischiorectale

Photo 3 : IRM pelvienne sur une coupe de profil Montrant une tumeur de la fosse ischiorectale avec Effet de masse sur la cavité vaginale (patiente P5)

Traitement

Le traitement chirurgical a consisté en une résection chirurgicale.

La voie d'abord les lésions observées en per opératoire et les gestes sont représentées dans le tableau (v) suivant :

Tableau IV : Traitement des tumeurs de la fausse ischio rectale

Patients	Voie d'abord	Lésions per opératoires	Gestes
P1	Périnéale antérieure	Masse gélatineuse fibreuse adhérente fortement au muscle et inextirpable	résection chirurgicale
P2	Périnéale antérieure	tumeur fibrolipomateuse hémorragique envahissant fixée au muscle obturateur interne	résection chirurgicale
P3	Périnéale antérieure	masse lipomateuse et fibreuse peu hémorragique bien limitée	résection chirurgicale
P4	Périnéale antérieure	Tumeur avec atteinte du mesorectum	Amputation abdomino-périnéale
P5	Abdomino-périnéale	Masse lipomateuse Encapsulée	résection chirurgicale
P6	Périnéale antérieure	Tumeur compliquée de gangrène	résection chirurgicale
P7	Périnéale antérieure	masse lipomateuse peu hémorragique bien limitée	résection chirurgicale

La résection chirurgicale antérieure était le traitement le plus réalisé (n=6).

Elle était de type R0 chez 04 patientes et type R1 et R2 chez deux patients. Ils s'agissaient de tumeurs adhérentes avec résection carcinologique impossible.

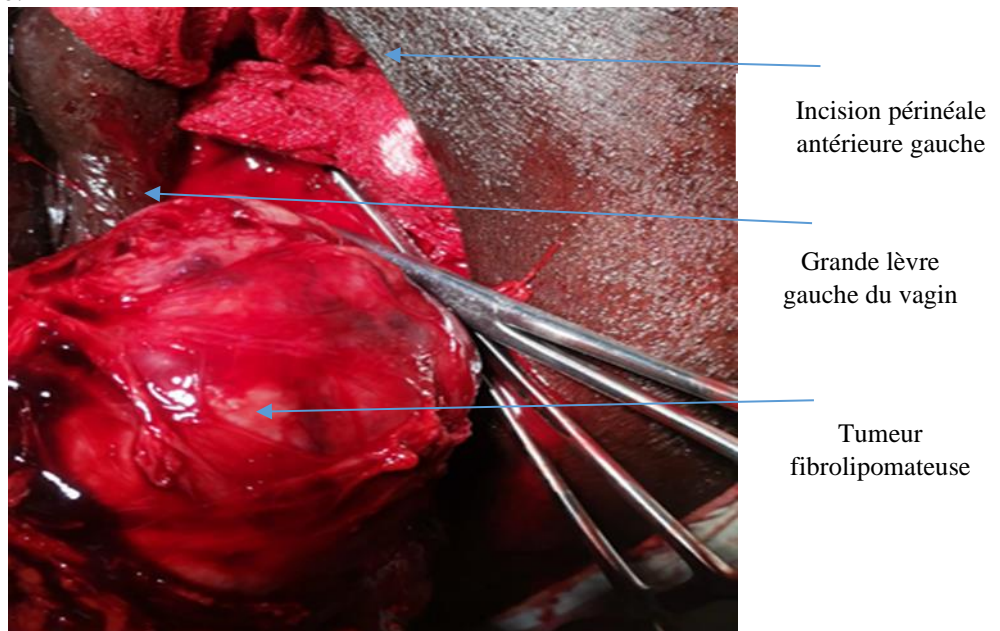


Photo 4 : photo per opératoire d'une résection tumorale antérieure (patiente P5)



Incision périnéale
antérieure gauche
saturée

Disparition de la
tuméfaction de la FIR

Photo 5 : photo après la suture de la plaie opératoire du périnée antérieur (patiente P5)

L'histologie retrouvait respectivement, des tumeurs d'aspect varié. Elle permettait de diagnostiquer 4 types de tumeurs malignes et 2 types de tumeurs bénignes.

Les tumeurs malignes étaient représentées respectivement par un synovialosarcome (1cas), un cas de carcinome mucineux (photo 6), un cas de mélanome nodulaire et un cas de carcinome épidermoïde.

Les tumeurs bénignes étaient représentées par les lipomes (2cas) et un cas de léiomyome épithéloïde.

L'histologie était dominée par les tumeurs malignes (n=04) soit 57%.

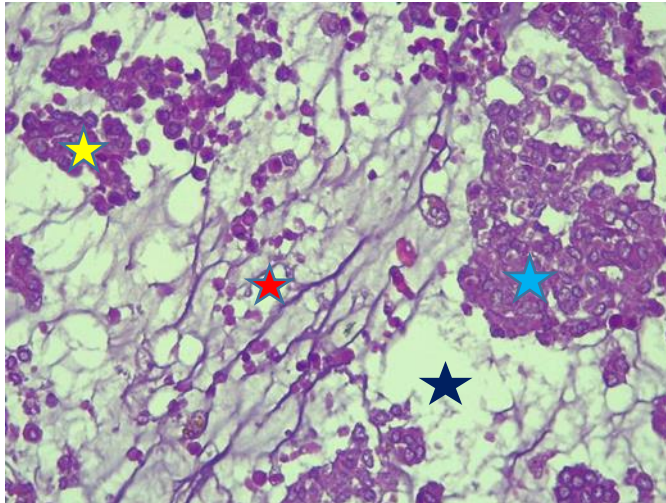


Figure 1 : (HE X40) Carcinome mucineux réalisant une architecture faite de travées (étoile orange), de papilles (étoile jaune), de massifs et d'amas cellulaires (étoile bleue) au sein d'un stroma fibromyxoïde abondant (étoile noire). Patiente (P2)

Evolution post-thérapeutique

La répartition des patients en fonction des lésions, des gestes, ainsi que l'évolution a été reportée dans le tableau suivant :

Tableau V : La répartition des patients en fonction des lésions, des gestes, et évolution

Patients	Age	Sexe	Lésions	Gestes	Evolution
P1	21	M	synovialosarcome	Résection Chirurgicale	Métastase pulmonaire et décès
P2	56	F	Carcinome mucineux	Résection Chirurgicale+ Chimiothérapie adjuvante	Intoxication hématologique et décès
P3	44	F	Léiomyome épithéloïde	Résection Chirurgicale	Simple
P4	57	F	Mélanome nodulaire	Amputation abdomino- périnéale+ Colostomie terminale	Simple
P5	50	F	lipome	Résection Chirurgicale	Simple
P6	65	M	Carcinome épithéloïde avec Gangrène Du périnée	Résection Chirurgicale+ Colostomie latérale	Septicémie Et Décès
P7	49	M	lipome	Résection Chirurgicale	Simple

L'évolution était simple chez 04 patients. La patiente P4 a présenté une suppuration qui a tari avec le pansement biquotidien au dakin et L méstran. Le patient (P1) a présenté un envahissement rectal rapidement progressif à J36 post-résection (R2) et métastase pulmonaire compliqué d'une rectorragie et détresse respiratoire. Il est décédé à J39 post-opératoire. Le patient (P6) a présenté une migration post-opératoire de la gangrène au niveau de la fesse, du dos et du flanc homolatéral, ce qui a entraîné une reprise opératoire. Le malade a été interné en réanimation et une antibiothérapie à base d'imipénème 2g/jour a été réalisée associée à des pansements biquotidiens au dakin. L'évolution a été marquée par le décès à J3 post-reprise.

Deux patientes (P2, P4) ont reçu respectivement une radio chimiothérapie concomitante et une radiothérapie adjuvante.

La patiente (P2) a présenté une intoxication hématologique après 02 cures de chimiothérapie selon le protocole (5FU + CISPLATINE).

Elle est décédée à J62 post-opératoire. La patiente (P4) a reçu une radiothérapie adjuvante à raison de 10 grays par semaine pendant 6 semaines. Au total 04 patients sont vivants en bonne santé apparente après un recul de 04 ans.



Cicatrice de
l'incision
périnéale
antérieure

Discussion

Les aspects cliniques

Les tumeurs de la FIR sont des tumeurs rares. Leur fréquence exacte n'est pas connue. Elle était estimée à 1/40000 admissions ou de 1 à 6 cas par an dans les centres experts comme Mayo clinique selon Whittaker (Whittaker,1938). Dans cette étude, nous avons recensé 07 cas en 04 ans. Ce

qui montre la rareté de ces tumeurs. Sur le plan clinique, nos malades avaient une longue histoire avec une installation lente de la tumeur. Le temps de latence moyen était de 10 mois avec les extrêmes allant de 05 à 15 mois. Ce temps de latence assez long convergeait avec ceux de la littérature qui s'étendait de quelques mois à plusieurs années (Zineb M, 2011). **Ugo Grossi** détient le record avec une tumeur installée sur 10 ans dans la fosse ischio rectale (**Ugo Grossi, 2021**). Cette longue durée pourrait être du fait que, ces tumeurs se développaient dans une fosse cylindrique et profonde. Tant que la tumeur était de petite taille elle ne saurait se manifester. Les signes de ces tumeurs sont pour la plupart peu spécifiques. Les signes de ces tumeurs sont pour la plupart peu spécifiques. Tantôt asymptomatique, alors le diagnostic se fera de façon fortuite comme le cas de Morikawa (Morikawa, 2018) qui trouvait une masse dans la FIR au cours d'un bilan de routine chez un homme de 74 ans. Quant à Ugo Grossi (Grossi, 2021), il a découvert cette tumeur au cours d'un bilan prostatique pour une dysurie et une élévation de l'antigène prostatique. Tantôt ces signes sont à l'extrême avec les grosses tumeurs, dans ce cas ces tumeurs vont s'exprimer sous forme d'un syndrome rectal, une dysurie, dyspareunie ou une sciatalgie. Ce sont des signes d'emprunt non spécifiques selon Filho (Filho E, 2016). Au fur et à mesure que la tumeur grossira elle va entraîner une compression des éléments contenus dans la FIR, en l'occurrence, les vaisseaux rectaux inférieurs et pudentaux, les nerfs rectaux inférieurs et les lymphatiques (Semlali, 2016). Ce qui pourrait expliquer l'apparition de la proctalgie, des bourrelets hémorroïdaires, dysurie, ténésme, éprunte, sciatalgie, amyotrophie et œdèmes des membres inférieurs. Dans cette série, les motifs de consultations étaient dominés par la proctalgie et la masse périnéale à proportion égale (42,9%). Dans la plupart des travaux les signes étaient dominés par une gêne, une tuméfaction ou des signes peu spécifiques. C'était le cas pour Claire Besancenot (Besancenot C, 2012) qui présentait une tuméfaction touchant la vulve augmentant de taille pendant les rapports faisant évoquer une bartholinite. L'examen physique des malades retrouvait une masse para-anales chez 5 patients (71.5%) et respectivement une gangrène du périnée et un syndrome de compression de la FIR dans 01 cas.

L'expression clinique dépend aussi de la nature histologique. Ainsi les tumeurs malignes ou agressives s'expriment plus rapidement et avec un syndrome paranéoplasique important (Arbelo C, 2016). C'est pourquoi un de nos patients présentait un syndrome de compression avec amyotrophie sciatalgie, amaigrissement installés de façon rapidement progressive. Par ailleurs, cette absence de spécificité associée à un long temps de latence entraînerait un retard de diagnostic avec une errance diagnostique. C'est pourquoi nous avons diagnostiqué en per-opératoire une tumeur d'allure maligne à un stade de gangrène. C'était un patient qui traitait à tort une tumeur anale comme un prolapsus hémorroïdaire par des cataplasmes sur un terrain

diabétique. Ce qui a entraîné une fistulisation puis une flambée et une gangrène rapidement progressive du périnée. Les gangrènes de Fournier sur tumeur du périnée sont rares et de pronostic sombre. (polo J, 2008). Elles sont le plus souvent dues à la perforation et à la migration des germes dans le fascia entraînant une fasciite nécrosante avec une toxémie mortelle. Dans notre cas la fistulisation de la tumeur aurait été occasionnée par le cataplasme. Ce qui aurait favorisé une migration multi bactérienne. Par ailleurs, La plupart de ces tumeurs sont dominées par les extensions secondaires des tumeurs des structures voisines qui sont le plus souvent malignes. Les tumeurs primitives sont rares. Quand elles existent, elles sont le plus souvent bénignes. Baek a réalisé en 2016, une revue de la littérature à travers pubmed et a trouvé que 70% de ces tumeurs primitives étaient bénignes (Baek SK, 2016). Aucun facteur favorisant n'a été incriminé dans la littérature (Filho E, 2016). Cela pourrait être due à la rareté des cas. Ce qui ne favoriserait pas une bonne série d'étude afin de déterminer les facteurs favorisants. Dans notre étude, ces tumeurs survenaient plus chez les femmes (04 cas) soit 66,7%. C'étaient des femmes ménopausées pour la plupart (03 cas). Baek avait trouvé aussi une prédominance féminine à 68% (Baek SK,2016). Devant la suspicion de ces tumeurs, nous avons eu recours à l'imagerie.

Moyens diagnostiques

La rectoscopie était normale sauf dans un seul cas où elle retrouvait un bombement pariétal du rectum dû à une compression extrinsèque. Nos résultats sont similaires à ceux d'autres auteurs (Erguibi D, 2018). Par ailleurs, Nassif avait recommandé à de son travail réalisé en 2013, que la sigmoïdoscopie ou la coloscopie avec biopsie soient obligatoires afin d'évaluer complètement le reste du côlon, car de nombreux rapports ont été publiés sur des tumeurs synchrones, notamment des adénocarcinomes (Nassif MO,2013). Dans cette étude, l'anorectoscopie réalisée était normale chez la plupart des patients (n=6) et il n'y avait pas de signe de rectorragie ni de syndrome occlusif ou de trouble du transit qui justifieraient la réalisation d'une endoscopie de tout le colon.

L'échographie endoscopique rectale (EUS) est un outil utile pour **la biopsie** si l'échantillon initial n'est pas concluant, car bon nombre de ces tumeurs sont sous-muqueuses et difficiles à biopsier par coloscopie (Nassif MO, 2013). Nous pensons donc que l'endoscopie basse doit être prescrite pour éliminer une tumeur de la lumière anorectale et non pas pour le diagnostic de tumeur de la FIR. Elle ne pourrait pas explorer cette région. Dans le meilleur des cas elle pouvait retrouver un bombement de la paroi suite à une compression de voisinage comme dans notre. La rectoscopie devrait être prescrite uniquement dans les cas de rectorragie ou de syndrome rectal signes suspects d'envahissement de la lumière.

A côté de la rectoscopie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a été l'examen de confirmation quasi exclusif de la masse (n=6).

En effet l'IRM est un le maître examen dans cette affection. Elle permet non seulement de confirmer la présence de masse, mais également de préciser les rapports de voisinage, les limites de la masse, son caractère hétérogène et de prévoir son aspect bénin ou malin. Elle permet de faire le bilan d'extension locorégional en cas de tumeur maligne et le choix de la meilleure voie d'abord de la tumeur avant l'indication opératoire (Arbelo,2016 Semlali,2016 Filho, 2016). Elle a une bonne résolution par rapport à la tomодensitométrie au niveau des parties molles. L'IRM a permis à bien d'auteurs de diagnostiquer cette affection. Ainsi, Morikawa a retrouvé une tumeur pararectale fortuitement chez un homme de 42 ans lors d'un examen médical de routine (Morikawa K, 2018). Cependant, il arrive parfois qu'au décours des images confuses, l'IRM ne soit pas capable de différencier avec précision les tumeurs bénignes des tumeurs malignes comme dans le cas présenté par Teoh (Teoh KH, 2009).

La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM TAP) a pour but de faire le bilan de l'extension à distance. Elle est le plus souvent réalisée en cas de tumeur maligne ou présumée comme telle. Nous avons réalisé la TDM TAP dans 04 de nos cas devant une forte suspicion de malignité avant l'intervention chirurgicale. Elle a montré une adénopathie abdominopelvienne dans 02 cas sans métastases à distance. Comme rapporté par certains auteurs (Morikawa, 2018). La TDM avec contraste dans la phase précoce a montré un rehaussement hétérogène intense qui a persisté pendant la phase retardée. Bon nombre d'auteurs réalisaient aussi une biopsie percutanée pour avoir une confirmation sur la malignité de la tumeur avant de décider de l'indication thérapeutique (Nassif MO, 2013 Teoh KH, 2009). Mais nous pensons qu'une exérèse d'emblée était possible après avoir réalisé, une IRM de bonne qualité. Tel a été notre attitude dans 05 cas. Sauf devant la forte suspicion de syndrome paranéoplasique et signe de compression comme dans 01 de nos cas où une biopsie pour examen histologique a été réalisé. Cet examen n'était pas contributif car il avait permis de relever à tort un Schwannome Certains auteurs retrouvaient une erreur diagnostic comme dans le nôtre aussi. C'était le cas de **Teoh** qui trouvait une lésion bénigne remplie de collagène, qui était confirmée par la biopsie. Cependant, l'exérèse chirurgicale suivie de l'histologie retrouvaient, une tumeur maligne périnerveuse de la FIR (Teoh KH, 2009). Ces erreurs seraient favorisées par des biopsies réalisées dans une zone normale ou douteuse quand il s'agit d'une lésion hétérogène. Alors l'avantage de l'ablation chirurgicale était que toute la tumeur était réséquée en monobloc et on pouvait réaliser minutieusement l'examen histologique. Par ailleurs, selon Wolpert, cette biopsie exposerait le patient à un risque d'infection post-biopsie (Wolpert A, 2002).

Traitement et évolution

Le traitement de ces tumeurs était avant tout chirurgical comme l'avait recommandé Skinner car même si ces tumeurs sont dominées par la bénignité, elles avaient tendance à évoluer vers la malignité (Skinner DW, 1983).

Nous avons opté pour une exérèse carcinologique dans la mesure du possible. Cette technique était pratiquée par plusieurs auteurs (Arbelo C, 2016 Filho E, 2016). Le problème était celui de la voie d'abord. Certaines écoles recommandaient un abord périnéal postérieur ou voie de kraske, dans le but de faciliter la résection en installant le patient en décubitus ventral. Le champ opératoire pouvait même être agrandi par une incision sur le coccyx (Arbelo C, 2016 Filho E, 2016 Baek SK, 2016). Parfois un sacrifice de certains muscles pouvait être réalisé (RyoSeishima R, 2012). Mais cette voie d'abord même si elle semble plus propice, elle offre un mauvais contrôle des vaisseaux pelviens avec un important risque de lésion des nerfs pelviens latéraux ainsi que le nerf sciatique selon les arguments de Morikawa (Morikawa K, 2018). De plus elle demande une maîtrise totale de l'anesthésiste, de la table opératoire, dans des conditions parfois précaires. Nous pensons que le choix de la voie d'abord ne devait pas être figé. Cela devrait dépendre du volume, du siège, de l'adhérence et du type histologique de la tumeur. Nos patients présentaient des tumeurs qui étaient proches de la paroi antérieure de la FIR (06 cas). Par ailleurs l'installation du malade en position de la taille était une position que l'anesthésiste maîtrisait bien donc il était moins stressé.

Les gestes opératoires étaient dominés par une résection tumorale dans 06 cas comme chez la plus part des auteurs (Zineb M, 20011 Morikawa K, 2018). Cette résection tumorale était associée à une colostomie latérale pour une gangrène du périnée. Cependant, nous avons réalisé, une amputation abdomino-périnéale (AAP) dans 01 cas. Il s'agissait d'une tumeur d'aspect malin avec envahissement du mesorectum. L'histologie était en faveur d'un mélanome. Filho E avait recommandé ce geste devant une tumeur de la FIR qui envahissait le rectum (Filho E, 2016). Quant à Teoh, il avait réalisé une AAP pour une tumeur profondément étalée de la FIR (Teoh KH,2009). A côté de ces différentes voies sus citées, certains auteurs comme Mehta et al préconisaient, une double voie d'abord en combinant simultanément la voie postérieure et la trans-abdominale antérieure. Cette technique permettait de mobiliser un léiomyosarcome et d'épargner le sphincter anal et le nerf sciatique (Metha N, 2015). En per-opératoire, nous avons trouvé que les caractéristiques de ces tumeurs étaient variables. Elles étaient dominées par des tumeurs d'allure maligne (n=4). Ces tumeurs allaient d'une masse lipomateuse bien limitée sans adhérence à une masse adhérente male limitée dont une était fistulisée nécrotique et compliquée d'une gangrène périnéale.

L'évolution post-opératoire immédiate était simple chez 04 patientes. Un cas de suppuration post-opératoire a été traité favorablement. Un patient a

présenté une flambée de sa lésion avec métastase à distance et décès dans un contexte de détresse respiratoire. Il s'agissait d'un synoviosarcome. Selon Lima, les sarcomes sont réputés pour leur agressivité avec récurrence et métastase à distance (Lima MA, 2010). Nous avons pensé que le retard diagnostique, l'agressivité de ce cancer et la résection de type R2 serait à l'origine de cette flambée et dissémination de la tumeur. Le dernier patient a été repris pour une migration de la gangrène post-opératoire du périnée. Ce dernier est décédé dans un tableau de choc septique. Le 3^{ème} décès est survenu après deux cures de radio chimiothérapie, après toxicité hématologique. L'évolution à 4 ans est marquée par 04 malades vivants en bonne santé apparente sans récurrence tumorale. Dans la littérature, l'évolution était simple, sans récurrence chez la plupart des auteurs (Wilson E, 1969 Grossi U, 2021 Teoh KH, 2009). Mais cela était conditionné par la qualité de la résection carcinologique de la tumeur et/ou par la bénignité pour la plupart. Pour la réussite de l'intervention, Teoh a fait recours aux chirurgiens plasticiens afin de reconstruire le périnée (Teoh KH, 2009). Concernant le traitement adjuvant, les avis sont partagés. Pour Seishima, les effets de la radiochimiothérapie post-opératoire restent limités (Seishima R, 2012). De même, Nassif M pensait que le traitement adjuvant ne justifierait pas une intervention chirurgicale médiocre (Nassif MO, 2013). Cependant, Mehta N préférerait être prudent en associant une thérapie ciblée après résection R0 d'un GIST retro-rectal. L'évolution a été parfaite avec un recul de 02 ans (Mehta N, 2015). Dans cette série, le traitement adjuvant a été réalisé chez 2 patientes respectivement pour un carcinome mucineux et pour un mélanome malin avec atteinte du mésorectum. La patiente atteinte de carcinome mucineux est décédée d'une intoxication suite au protocole de FOLFOX 4.

Conclusion

La tumeur de la FIR est une tumeur rare. L'expression clinique dépendait du stade de la maladie. La résection chirurgicale périnéale antérieure est possible. Dans notre étude, l'histologie des tumeurs de la fosse ischio rectale était en faveur des tumeurs malignes. L'IRM devrait être systématique devant toute proctalgie d'adulte.

Déclaration pour les participants humains

Cette étude a été autorisée par le Directeur Médical Scientifique et le comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville Abidjan. Elle a été réalisée selon les principes de la déclaration d'Helsinki

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Arbelo-Cruz N, Lisanti C, Walker K, Schwoppe R, Bui-Mansfield LT, Reiter M. Anatomy and Pathology of the Ischiorectal Fossa. *Contemp Diagn Radiol.* 2016 ;39(17):1.
2. Semlali S, Eddarai M, El Kharras A, Amil T, Jidal M, Chaouir S, et al. La radioanatomie de la fosse ischio-rectale en TDM et en IRM. *Feuill Radiol.* 2016 ;56(1):25-33.
3. Filho E, Carvalho A, Costa P, Carvalho A. Resection of ischiorectal fossa tumors - Surgical technique. *J Coloproctology.* 2016;36.
4. Whittaker LD, Pemberton J DeJ. Tumors ventral to the sacrum. *Ann Surg.* 1938;107(1):96-106.
5. Zineb M, Olivier V, Agnès S, Antoine D, Benoît T, André B et al. Tumeur trichilemmale proliférante de la région ischio-rectale. *j.annpat.*(31) 2011 ;316-319.
6. Grossi U, Santoro GA, Sarcognato S, Iacomino A, Tomassi M, Zanus G. Perianal. Tailgut Cyst. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* 2021;25(2):558-60.
7. Morikawa K, Takenaga S, Masuda K, Kano A, Igarashi T, Ojiri H, et al. A rare solitary fibrous tumor in the ischiorectal fossa: a case report. *Surg Case Rep.* 2018;4(1):126.
8. Besancenot C, Jaffro M, Aziza R, Le Guellec S, Ferron G, Boulet B. Angiomyxome agressif du pelvis et du périnée : à propos d'un cas. *Imag Femme.* 2012;22(4):216-20.
9. Polo J, Medina, A. Tejido Sánchez, F. de la Rosa Kehrmann, N. Felip Santamaría, M. Blanco Álvarez, O. et al. Gangrène de Fournier : étude des facteurs pronostiques chez 90 patients. *Actas Urológicas Españoles.* Vol 32, n°10, 2008 , Pages 1024-103
10. Erguibi D, El bakouri A, Fahmi Y, Kadiri B. Tumeur stromale à localisation rétro-rectale: entité macroscopique et difficultés chirurgicales. *Pan Afr Med J.* 2018;30:154.
11. Baek SK, Hwang GS, Vinci A, Jafari MD, Jafari F, Moghadamyeghaneh Z, et al. Retrorectal Tumors: A Comprehensive Literature Review. *World J Surg.* 2016;40(8):2001-15.

12. Nassif MO, Trabulsi NH, Dunn KMB, Nahal A, Meguerditchian AN. Soft tissue tumors of the anorectum: rare, complex and misunderstood. *J Gastrointest Oncol* [Internet].2013 [cité 14 mai 2024];4(1). Disponible sur: <https://jgo.amegroups.org/article/view/545>
13. Teoh KH, Reddy S, Beggs I, Al-Nafussi A, Mander BJ, Porter DE. Malignant peripheral nerve sheath tumour in the ischio-rectal fossa. *Colorectal Dis.* 2009;11(5):533-4.
14. Wolpert A, Beer-Gabel M, Lifschitz O, Zbar AP. The management of presacral masses in the adult. *Tech Coloproctology.* 2002;6(1):43-9.
15. Skinner DW, Jacobson I. Anterior sacral meningoceles. *J R Coll Surg Edinb.*1983;28(4):229-32.
16. Seishima R, Ishii Y, Hasegawa H, Endo T, Ochiai H, Okabayashi K, et al. Large liposarcoma developing in the ischiorectal fossa: Report of a rare case. *Int J Surg Case Rep.* 2012;4(1):51-3.
17. Mehta N, Konarski A, Rooney P, Chandrasekar C. Leiomyosarcoma of the ischiorectal fossa: report of a novel sphincter and sciatic nerve sparing simultaneous trans-abdominal and trans-gluteal resection and review of the literature. *J Surg Case Rep.*2015;(3): rjv 016.
18. Lima MA, Pozzobon BHZ, Fonseca MFM, Horta SHC, Formiga GJS. Leiomiossarcoma perineal: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Coloproctologia.* 2010;30:352-5.