

Tumeur solide de la paroi abdominale

T. Nasta et St. Balcou

Rev. de Chirurgie (Bucarest) 1937; 3-4/40:326-331
Comm. Soc. de Chirurgie de Bucarest 28 oct.1936

Nous donnerons, en résumé, l'observation de notre cas.

M-me T.B. âgée de 25 ans, de profession ménagère, entre à l'Institut le 28 septembre 1935 pour une tumeur développée dans la moitié droite de l'abdomen inférieur. Dans les antécédents, rien de pathologique; trois grossesses à terme avec accouchements normaux; le dernier né est âgé de 4 mois et il est au sein.

La malade raconte qu'au mois d'avril 1934, elle a observé une petite tumeur de volume d'un oeuf de pigeon, située au dessus du pli inguinal. La tumeur était mobile, indolore, dure. En septembre 1934, la patiente commence une grossesse, environ six mois après l'apparition de la tumeur. A cette date la tumeur avait très peu augmenté de volume, en rapport avec son volume initial. La grossesse a évolué normalement et l'accouchement s'est fait sans incidents. Pendant toute l'évolution de la grossesse, la tumeur est demeurée presque stationnaire. Après l'accouchement, pendant la période d'allaitement, la tumeur a commencé à grandir, et au bout de quatre mois elle était devenue grosse comme une tête de fœtus à terme. A mesure que la tumeur se développait, la malade a commencé à ressentir des douleurs dans le membre inférieur droit, avec des sensations de poids et d'engourdissement, quelquefois des fulgurations sur la face interne de la cuisse; la marche devient fatigante et les mouvements de flexion en avant limités. Les derniers temps, la malade présentait une sensation de plénitude après les repas, avec dyspnée et éructations. Tous ces phénomènes la déterminèrent à entrer à l'Institut.

En l'examinant nous constatons:

Une femme vigoureuse, sans trace de souffrance. Rien de particulier dans l'état présent, du côté des organes. Dans la région inguino-abdominale droite, on voit proéminer une tumeur grosse comme une tête de fœtus, légèrement allongée, située parallèlement au pli inguinal (Fig. 1). La tumeur s'étend latérale jusqu'à une ligne qui passe par l'épine iliaque antéro-supérieure, sur la ligne médiane dépasse de quatre travers de doigts la ligne de Spiegel, vers le haut elle s'étend jusqu'à une ligne qui passe par l'ombilic et en bas, elle est moullée dans l'angle dièdre formé par la fosse iliaque interne et la paroi antérieure de l'abdomen.

Au niveau de la tumeur, la peau a un aspect normale, et elle est mobile sur la tumeur. Le réseau vasculaire veineux est en relief, la veine sous-cutanée abdominale turgescente, les veines anastomotiques vers la thoracique externe et les veines péri-ombilicales distendues par le sang.

A la palpation, on distingue les contours de la tumeur; elle a des limites nettes et avec une certaine adresse on peut la mobiliser dans sa loge. La paroi musculo-aponévrotique qui la recouvre est distendue, sans être contracturée ou infiltrée. A la contraction des muscles abdominaux, on sent la tumeur derrière les muscles et on peut la mobiliser un peu. En décubitus dorsal et relâchement complète des muscles abdominaux, on peut introduire les doigts entre la tumeur et la paroi de la fosse iliaque interne par la partie supérieure de la tumeur. En décubitus ventral, la tumeur garde sa place et l'espace entre elle et la paroi de la fosse iliaque interne augmente partiellement. A la

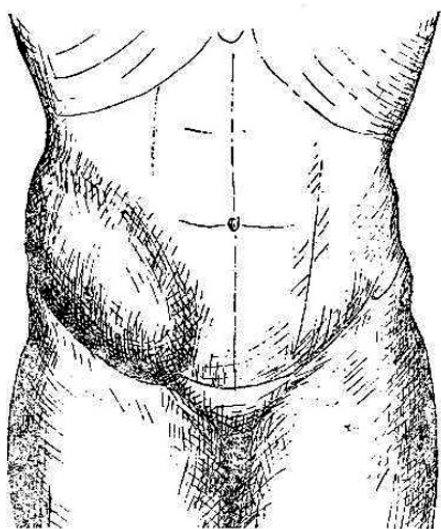


Figure 1.

percussion, matité sur toute la zone tumorale, à part la sonorité intestinale normale. A l'examen bi-manuel par le vagin, on constate que la tumeur est complètement indépendante des organes génitaux internes. A la radioscopie gastro-intestinale, on observe un déplacement en haut et vers la gauche du caecum et des anses intestinales. Nous fixons le diagnostic de tumeur solide de la paroi abdominale antérieure dans la région du triangle inguino-abdominal.

Après les examens de laboratoire indiqués pré-opératoirement, nous intervenons, à la date du 1er octobre. Opérateurs: T. Nasta et St. Balcou. Anesthésie spinale avec 3, 5 mg. percaïne, une solution de 0, 5% isotonique dans l'espace T12-L1. L'incision est d'environ 15 cm parallèle au pli inguinal et à quatre travers de doigts au dessus du pli. L'incision commence de 2 cm en dehors du niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et se termine dans la région du droit antérieur. Dans la plaie, on observe l'aponévrose du grand oblique, nacrée, distendue, intègre. On incise cette aponévrose, en continuant l'incision dans la gaine du droit abdominal, intéressant les deux feuillets antérieure et postérieure par l'écartement des bords du droit. On décolle les lambeaux en haut et en bas, et la tumeur apparaît dans la plaie, recouverte dans les 2/3 inférieur et interne par un faisceau, et dans le reste, en haut et en dehors, par des fibres musculaires distendues, obliques de bas en haut et transversales, - fibres musculaires du petit oblique et du transverse (Fig. 2). On incise le faisceau, on écarte en haut les fascicules musculaires du petit oblique et du transverse, on écarte en dedans le droit antérieur et on découvre totalement la face antérieure de la tumeur.

On énuclée la tumeur de haut en bas et du dehors en dedans, en la décollant avec beaucoup d'attention du



Figure 2.

péritoine pariétal antérieur (Fig. 3). A ce moment, on ouvre le péritoine sur une petite étendue qu'on ferme après avoir inspecté la cavité péritonéale. Dans le tissu cellulaire graisseux où la tumeur a son siège, on lie la veine et l'artère épigastrique, on laisse en place les autres organes, le ligament rond, les vaisseaux iliaques, les ganglions lymphatiques, etc. Après avoir extirpé la tumeur, on fait une hémostase parfaite, sous un contrôle très attentif, on enlève tous les caillots et débris. On suture à l'aide de fils de catgut en "U", le bord inférieur du petit oblique et du transverse au ligament inguinal, on renforce la paroi par une suture "en redingote" des lambeaux de l'aponévrose du grand oblique. On laisse deux drains capillaires (sétoline) dans l'espace de Bogros, l'un dans l'angle inférieur de la plaie, l'autre au milieu. Fils de sétoline à la peau, pansement compressif, sac de sable sur le pansement 48 h après l'opération. Suites simples et le vingtième jours la malade quitte l'Institut.

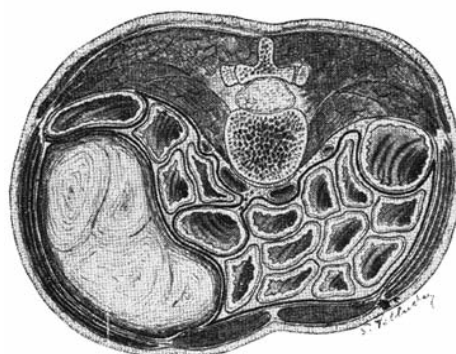


Figure 3.

La tumeur a une forme ovoïde; elle pèse 2, 150 gr. La surface en est lisse, fibreuse, luisante. A la section aspect macroscopique de fibroma. L'examen microscopique fait par le docteur Bonciu, l'anatomo-pathologue de l'Institut, indique: fibrome pur.

En résumé, il s'agissait d'un cas de fibrome développé dans l'espace de Bogros chez une femme jeune, en pleine activité sexuelle et maternelle. La tumeur s'est développée extrêmement lentement avant et pendant la grossesse, et rapidement, à vu d'oeil, post-partum. La malade est guérie depuis un an, et son état est parfait.

Nous avons présenté ce cas pour les motifs suivants:

- a) Les tumeurs de la paroi abdominales sont rares. Moynac, dans son traité datant de 1874, Michaux, dans la Collection Duplay-Reclus (1892), Schwartz et Quénu (1926) dans la Collection Dentu-Delbet affirment tous la rareté de cette tumeur. Labbé qui a publié le premier ouvrage d'ensemble sur cette question, affirme que les chirurgiens avec une vaste pratique n'ont pas rencontré de pareils cas; quant à lui, en 25 ans de pratique chirurgicale, il a rencontré dix cas. L'un de nous (Nasta) au cours d'une pratique chirurgicale s'étendant sur une période de plus de 25 ans, n'a rencontré qu'un seul cas: celui que nous avons l'honneur de vous communiquer. Cette affection survient presque exclusivement chez les femmes. Sur 100 cas rassemblés par Labbé, quatre seulement étaient survenus chez des hommes. Dans la littérature récente, nous avons trouvé dans des périodiques depuis 1920 jusqu'à aujourd'hui quelques cas que nous signalons: en 1922 Rouville et Tzelepoglou de Montpellier publient un cas de tumeur de la paroi abdominale pédiculée, développée intra-abdominale. Le diagnostic a été de tumeur génitale située dans l'hypogastre. A l'opération, on a trouvé un myo-fibrome pédiculé, partant du tissu péri-péritonéal de l'espace gauche de Bogros (communication faite à la Soc. d'Anatomie de Montpellier, 1 avril 1922). Dambrin communique un cas de fibrome développé dans la gaine des droits antérieurs de l'abdomen (communication faite à la Société Médico-chirurgicale de Toulouse, mai 1922). Binet de Nancy publie en 1928 une tumeur de la paroi abdominale du volume d'une grossesse à terme, qui a évolué lentement en plus de vingt ans (Société de Gynécologie et d'Obstétrique, Nancy, 1928). Patel de Lyon communique en juin 1926 à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon, un cas de fibrome développé dans le tissu conjonctive laxo sous-péritonéal, derrière la gaine des droits, chez une femme âgée 62 ans. La tumeur extirpée pesait 3. 500 gr. Dans la littérature roumaine nous avons trouvé deux cas: V. Savesco et Teoharide ont communiqué à la Société de Chirurgie de Bucarest

(2 février 1927) un cas de fibrome gros comme une orange, développé dans les muscles de la paroi abdominale, sans adhérences au péritoine, sans connexion avec le ligament rond. La tumeur était développée au niveau de la fosse iliaque gauche, près de l'arcade inguinale. Juvara et Făgărașanu ont communiqué à la Société de Chirurgie de Bucarest (Revue de Chirurgie 1929;7:474), un cas de fibrome de la paroi abdominale de la grosseur d'une orange, développée sur le feuillet antérieur de la gaine du droit, à point de départ dans le tissu d'un interstice musculaire.

- b) Le cas présenté par nous est un fibrome pur développé dans le tissu sous-péritonéal, respectivement dans l'espace de Bogros pour la grande partie. D'après les cas cités dans les traités et ceux que nous avons rassemblés, on voit que ces cas ne sont pas si rares. Michaux dans la Collection Duplay-Reclus, laisse entendre, sans l'affirmer catégoriquement, que les tumeurs qui se développent dans le tissu péri-péritonéal se développent seulement dans la gaine des droits et qu'elles ont pour genèse seulement les muscles ou les aponévroses d'insertion des muscles. Parmi les cas rassemblés par nous-notre cas inclus-8 en total, 4 se sont développées dans le tissu péri-péritonéal, ayant leur origine dans ce tissu et 4 se sont développées dans la gaine des droits, ayant une origine aponévrotique ou musculaire. Les tumeurs développées dans le tissu péri-péritonéal peuvent évoluer vers la cavité péritonéale, simulant une tumeur intra-péritonéale. Lorsque les tumeurs se développent en plein espace de Bogros, leur croissance amène des compression sur les vaisseaux et sur les nerfs.
- c) Le diagnostic différentiel se fait avec l'ostéosarcome de l'os iliaque, avec un bloc adéno-pathique dans la fosse iliaque interne, avec un phlegmon chronique, ligneux de la fosse iliaque, avec un kyste hydatique, avec un abcès froid ossifluent.
- d) En considérant les cas cités dans les statistiques, d'où il ressort que 96% des tumeurs de la paroi abdominale surviennent chez les femmes et spécialement chez les femmes jeunes en pleine évolution sexuelle et maternelle, nous inclinons à croire qu'il existe une corrélation étroite entre l'hormone ovarien et l'apparition de ces tumeurs. Hofbauer (USA), Eagle et Philip Smith, Lacassagne ont publiés des études concernant l'électivité qui existe entre l'hormone féminin et l'origine des divers formations tumorales.
- e) La majorité des tumeurs développées dans la paroi antérieure de l'abdomen sont bénignes. Le traitement indiqué est chirurgicale et-généralement-il est facile à exécuter.

Comentariu la articolul

Tumour solide de la paroi abdominale

T. Nasta et St. Balcou

Rev. de Chirurgie (Bucarest) 1937; 3-4/40:326-331

Comm. Soc. de Chirurgie de Bucarest 28 oct. 1936

N. Constantinescu

Cazul prezentat de Nasta și Bâlcu în fața Societății de Chirurgie din București acum 75 de ani și publicat apoi în revistă, este caracteristic pentru o categorie specială de fibroame, așa zisele fibroame desmoide după denumirea dată de Müller (citată de 1). Ele mai sunt numite și fibroame agresive, datorită tendinței infiltrative și procentului de recidive locale (2). Tumorile desmoide sunt proliferații fibroblastice monoclonale pornite de la structurile musculo-aponevrotice. Ele reprezintă 3% dintre tumorile părților moi și au fost clasificate (3) în extra-abdominale, parieto-abdominale (în deosebi la femei intra-sau post-partum) și intra-abdominale (localizare mezenterică, pelvină sau retro-peritoneală). Faptul că nu metastazează este un factor de bun prognostic (4), însă procentul ridicat de recidive locale, obligă la o margine de siguranță care variază după autori între 1-3 cm (5,6). Oricum serii mari prezintă avantajele asocierii unei radioterapii adjuvante pentru diminuarea riscului de recidivă (3).

Cazul pe care îl comentez prezintă interes prin istoric, prin tehnica aplicată și prin comentariile a. a., care făceau încă de atunci referire la o posibilă relație de cauzalitate între fibromul peretelui abdominal și hormonii ovarieni. Multe din cazurile relatate în literatură, au necesitat operații plastice după parietectomia abdominală, iar în protocoalele post-operatorii s-a introdus alături de radioterapie și Tamoxifenul (3,5). O mențiune merită a fi făcută în final: în acest articol apar

desene executate de maestrul P. Velluda, care a ilustrat apoi timp de 3 decenii majoritatea tratatelor de tehnică chirurgicală apărute în România.

Bibliografie

1. Bouffleur AI. Succesful removal of a fibrosarcoma (desmoid fibroma) of the abdominal wall, involving the iliac vessels. *Ann Surg.* 1899; 5(30):587-95.
2. De Bree E, Keus R, Melissas J, Tsiftsis D, Van Coevorden F. Desmoid tumors: need for an individualized approach. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2009;4(9):525-35.
3. Baumert BG, Spahr MO, Von Hochstetter A, Beauvois S, Landmann C, Fridrich K, et al. The impact of radiotherapy in the treatment of desmoid tumours. An international survey of 110 patients. A study of the Rare Cancer Network. *Radiat Oncol.* 2007;2:12.
4. Enzinger FM, Weiss SW. Fibromatosis. In: *Soft Tissue Tumors*. Enzinger FM, Weiss SW, editors. St Louis: Mosby; 1995. p. 201-9.
5. Arshad AR, Normala B. Surgical management of large desmoid tumor of the abdominal wall. *Asian J Surg.* 2008; 2(31):90-5.
6. Bertani E, Chiappa A, Testori A, Mazzarol G, Biffi R, Martella S, et al. Desmoid tumors of the anterior abdominal wall: results from a monocentric surgical experience and review of the literature. *Ann Surg Oncol.* 2009;6(16):1642-49.