

Pneumatose kystique colique au cours d'une chimiothérapie palliative pour un cancer colorectal

Pneumatosis cystoides intestinalis during palliative chemotherapy for colorectal cancer

L. Mais et E. Galoo

Service d'Hépatogastro-entérologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes, Lyon

RESUME

La pneumatose kystique colique est une pathologie rare, définie par la présence de gaz dans la paroi colique. Les signes cliniques sont peu spécifiques et le diagnostic le plus souvent affirmé par le scanner abdominal. Nous rapportons un cas de pneumatose kystique colique chez un patient porteur d'un cancer colorectal en situation palliative, traité par une association de chimiothérapie incluant le 5 fluorouracile (5FU), l'oxaliplatine et l'acide folinique après une première ligne de chimiothérapie associant le 5FU, l'irinotécan, le cétuximab et l'acide folinique. L'imputabilité de la chimiothérapie associant divers cytotoxiques paraît la plus probable.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 48-50

ABSTRACT

Pneumatosis cystoides intestinalis is a rare disease characterized by the presence of gaz into the colonic wall. Symptoms are non specific and, most of the time, the diagnosis is done by an abdominal CT scan. We report a case of pneumatosis cystoides intestinalis which occurred in a patient with a colorectal cancer in palliative stage. This patient was treated by 5 fluorouracil (5FU), folinic acid and oxaliplatin chemotherapy, after a first lign of chemotherapy with 5FU, irinotecan and cetuximab. The association of chemotherapy is most likely probable.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 48-50

Key words : pneumatosis cystoides intestinalis, chemotherapy, colorectal cancer

INTRODUCTION

La pneumatose kystique colique est une pathologie rare et bénigne caractérisée par la présence de kystes gazeux dans la paroi colique au niveau de la sous-muqueuse. Les formes primitives représentent 15 % des cas tandis que les formes secondaires représentent 85 % des cas.

Parmi les étiologies des formes secondaires, on retrouve dans la littérature des causes toxiques (trichloroéthylène), les médicaments (anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticostéroïdes, cytotoxiques), les maladies de système (lupus érythémateux disséminé, périartérite noueuse), des affections digestives (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, traumatisme abdominal), la bronchopneumopathie chronique obstructive, certaines

cardiopathies, la mucoviscidose, l'hémodialyse, certaines infections (Cytomégalo virus, Virus de l'Immunodéficience Humaine, *Candida albicans*, *Clostridium difficile*), certains gestes invasifs comme l'alimentation jéjunale par cathéter¹.

Nous rapportons un cas de pneumatose kystique colique survenant au cours d'une chimiothérapie associant le 5 fluorouracile (5FU), l'oxaliplatine et l'acide folinique. Nous discutons l'imputabilité de celle-ci à l'aide des données de la littérature. Il s'agit, à notre connaissance, du second cas rapporté après une chimiothérapie contenant de l'oxaliplatine.

OBSERVATION

Un patient de 73 ans présente une récurrence pelvienne d'un adénocarcinome du rectum

préalablement traité par radiothérapie associée à une chimiothérapie néo-adjuvante, puis amputation abdomino-périnéale. Il ne présente pas de métastase viscérale, ni ganglionnaire à l'imagerie. Le patient n'a aucun antécédent, notamment, il ne présente pas de connectivite, pas de cardiopathie, pas de bronchite chronique, et n'a reçu aucun traitement par anti-inflammatoires ou par corticostéroïdes.

Après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, il est proposé une association de 5FU, d'irinotecan, d'acide folinique et de cétuximab à visée palliative.

Devant une toxicité dermatologique importante et l'absence d'efficacité thérapeutique à 3 mois, une dernière cure de ce schéma est administrée le 17 novembre 2010. En relais, une chimiothérapie de seconde ligne est préconisée associant le 5FU, l'oxaliplatine et l'acide folinique, dont le patient reçoit la 1^{ère} cure le 1^{er} décembre 2010.

Le patient est hospitalisé une semaine après pour douleurs abdominales et diarrhée abondante malgré un traitement symptomatique adapté. Quelques jours après son admission, il présente des vomissements postprandiaux. A l'examen clinique, l'abdomen est souple, pléthorique, sensible en hypochondre et flanc droit. Le patient ne présente pas de fièvre.

Parmi les examens complémentaires, la coproculture ne révèle pas de germe pathogène et la recherche de toxine de *Clostridium difficile* est négative. Les hémocultures et l'examen cytbactériologique des urines sont négatifs. L'hémogramme est normal de même que la *C-Reactive Protein*.

Un examen tomodensitométrique (TDM) abdominal est réalisé devant l'absence d'amélioration du tableau clinique. Il met en évidence un important emphysème pariétal du côlon droit s'arrêtant au côlon transverse sur une portion éviscérée. Cet emphysème pariétal est associé à un pneumopéritoine avec probable continuité colique (figure). Les images radiologiques sont caractéristiques d'une pneumatose kystique colique compliquée de pneumopéritoine.

En l'absence de signes de gravité clinique et biologique, le patient bénéficie d'un traitement médical associant une antibiothérapie synergique et bactéricide par voie parentérale (ceftriaxone 2 g/jour et metronidazole 500 mg 3 x/jour) et une mise au repos intestinale grâce à une alimentation parentérale totale. Après 15 jours de traitement, l'évolution est favorable et le patient est réalimenté progressivement sans jusqu'à guérison totale.

DISCUSSION

Les cas de pneumatose kystique colique sont rares. Ils sont caractérisés par la présence d'air dans la paroi colique sous la forme de kystes.



Figure : TDM abdominale.

Chez notre patient, le diagnostic a été retenu sur plusieurs éléments : d'une part, la symptomatologie digestive était concordante dans ce contexte de chimiothérapie palliative connue comme facteur étiologique. D'autre part, l'imagerie scanographique était caractéristique².

En dehors de la chimiothérapie en cours, aucun facteur étiologique habituel de pneumatose kystique colique secondaire n'a été retrouvé chez notre patient, ce qui amène à discuter son imputabilité.

Notre patient a reçu deux types de chimiothérapie incluant au total 4 molécules. Les 7 premières cures de l'association 5FU, irinotecan et cétuximab n'ont pas provoqué de symptômes. Le scanner de contrôle après la 7^{ème} cure ne montrait pas de pneumatose kystique colique. La symptomatologie a débuté 7 jours après la première cure de chimiothérapie du second protocole.

L'imputabilité intrinsèque de ces produits de chimiothérapie peut être retenue dans la survenue de la maladie car l'analyse chronologique objective un délai compatible entre le début du traitement et la survenue de l'effet indésirable. De plus, l'évolution favorable du tableau clinique après l'arrêt de cette chimiothérapie renforce son imputabilité.

Nous retrouvons des cas de pneumatose kystique colique rapportés dans la littérature après exposition à différents cytotoxiques (cyclophosphamide, cytarabine, vincristine, doxorubicine, étoposide, docetaxel, irinotecan, cisplatine)³. Le 5FU, chimiothérapie fréquemment utilisée pour le traitement des cancers colorectaux, a été rendu responsable de cas de pneumatose kystique colique. En effet, un cas a été

rapporté par des médecins japonais après une chimiothérapie associant 5FU et acide folinique⁴. Un autre cas est rapporté par une équipe italienne, secondaire à une chimiothérapie par oxaliplatine, 5FU, acide folinique et cétuximab dans la prise en charge d'un cancer colorectal⁵.

En raison de l'administration concomitante de plusieurs molécules potentiellement incriminables, il paraît difficile d'individualiser la responsabilité spécifique de l'une d'entre elles. L'effet potentialisateur des deux protocoles de chimiothérapie est vraisemblablement en cause chez ce patient car les symptômes digestifs se sont manifestés précocement après le début de la seconde cure. Celle-ci ne peut être incriminée comme seule étiologie, néanmoins, l'implication principale de l'oxaliplatine reste possible ce qui n'a été rapporté qu'une seule fois auparavant⁶.

En conclusion, nous rapportons un nouveau cas de pneumatose kystique colique au cours de l'utilisation successive de deux protocoles de chimiothérapie associant 5FU, oxaliplatine, irinotecan, cétuximab et acide folinique dans le cadre de la prise en charge palliative d'un adénocarcinome colorectal. La toxicité cumulative des deux protocoles de chimiothérapie est probablement en cause chez ce patient. L'implication principale de l'oxaliplastine reste possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lê P, Benazzouz A, Fritsch L : Une pneumatose kystique colique révélée par un syndrome pseudo occlusif. *Ann Chir* 2003 ; 128 : 117-20
2. Boulez J, Lifante JC, Dourado Figueiredo P : Pneumatose kystique intestinale, colectomie laparoscopique. *Ann Chir* 2000 ; 125 : 877-9
3. Galm O, Fabry U, Adam G, Osieka R : Pneumatosis intestinalis following cytotoxic or immunosuppressive treatment. *Digestion* 2001 ; 64 : 128-32
4. Mimatsu K, Oida T, Kawasaki A *et al.* : Pneumatosis cystoides intestinalis after fluorouracyl chemotherapy for rectal cancer. *World J Gastroenterol* 2008 ; 14 : 3273-5
5. Clemente G, Chiarla C, Giovannini I *et al.* : Gas in portal circulation and pneumatosis cystoides intestinalis during chemotherapy for advanced rectal cancer. *Curr Med Res Opin* 2010 ; 26 : 707-11
6. Clemente G, Chiarla C, Giovannini I *et al.* : Gas in portal circulation and pneumatosis cystoides intestinalis during chemotherapy for advanced rectal cancer. *Curr Med Res Opin* 2010 ; 26 : 707-11

Correspondance et tirés à part :

L. MAIS
H.I.A. Desgenettes
Service d'Hépatogastro-entérologie
108 Boulevard Pinel
69275 Lyon Cedex 03
E-mail : laetitiamaais@hotmail.fr

Travail reçu le 24 mai 2011 ; accepté dans sa version définitive le 7 octobre 2011.