

Cas rare d'hyperplasie endothéliale papillaire intravasculaire au niveau mésentérique.

H.DIOURI*, H. KRIMO**, T. ZIADI, T.AFRICHA, B.ZAINOUN.

* : Service d'Imagerie Médicale, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc.

** : Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc.
Université Sidi Med Ben Abdellah de Médecine - FES.

Résumé:

Hyperplasie endothéliale papillaire intravasculaire (HEPI) ou tumeur de Masson est une tumeur vasculaire bénigne rare de localisation cutanée et sous cutanée surtout au niveau cervico-facial et au niveau des membres, de diagnostic histologique. Sa localisation intra-abdominale est extrêmement rare. Nous présentons un cas rare d'une HEPI de localisation mésentérique découverte sur une tomodensitométrie de surveillance chez une patiente suivie pour un angiolirome rénal gauche.

Date of Submission: 27-04-2020

Date of Acceptance: 10-05-2020

I. Introduction :

HEPI est une tumeur bénigne, décrite initialement par le pathologiste français Masson en 1923 au niveau des hémorroïdes qu'il dénomma : Hémangio-endothéliome intra-vasculaire végétant [1]. Plusieurs noms ont été utilisés par la suite tel que l'angiomatose intra-vasculaire pseudo-angiosarcome de Masson et l'HEPI qui a été suggéré par Clearkin et Ezinger en 1973 et qui semble être le plus approprié. Sa localisation est surtout au niveau de la face, du cou et des membres, au niveau cutané et en sous cutané [2,3]. La localisation intra-abdominale est très rare [4]. L'imagerie permet la mise en évidence d'une lésion d'allure tumorale, richement vascularisée et non agressive [5]. Le diagnostic de certitude reste anatomopathologique. Le traitement est chirurgical et le pronostic reste favorable.

II. Observation :

Il s'agit d'une femme de 76 ans, diabétique type II, suivie en urologie pour un angiolirome rénal gauche avec une surveillance scannographique. une TDM abdominale de contrôle fait découvrir la présence d'une masse de la fosse iliaque droite enchâssée dans la graisse mésentérique entre les anses iléales, arrondie de 39,8 mm de diamètre, bien limitée, de densité tissulaire, rehaussée fortement et de façon homogène après injection de produit de contraste iodée en temps artériel, sa paroi est épaisse, régulière, rehaussée également après injection de produit de contraste et calcifiée par endroit (Figure 1 et 2). Cette lésion jouxtant l'artère iléo-caeco-appendiculaire présente des limites nettes avec les anses iléales sans infiltration ou densification de la graisse mésentérique tout autour. par ailleurs, il n'y a pas d'autres anomalies à l'étage abdomino-pelvien surtout pas d'adénopathie mésentérique ou aorto-cave hormis la présence d'un angiolirome rénal gauche polaire inférieur pour lequel la patiente est suivie (Figure 3)



Figure 1 :

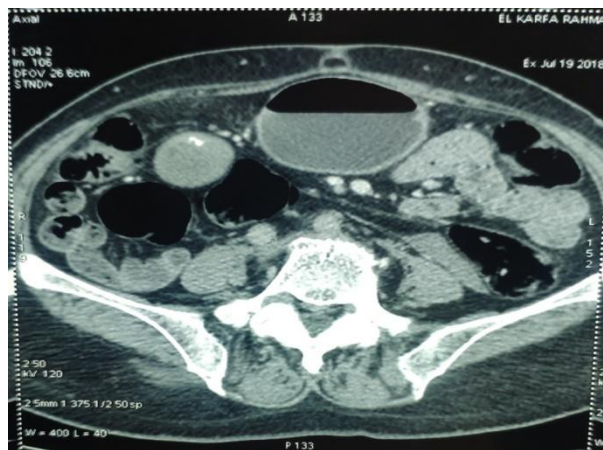


Figure 2 : Coupes axiales tomодensitométriques à l'étage abdominal en temps artériel : mise en évidence d'une lésion mésentérique au niveau de la FID arrondie de 39,8mm de diamètre, bien limitée, tissulaire et rehaussée intensément après injection de produit de contraste iodé contenant des calcifications pariétales sans infiltration ou densification de la graisse mésentérique tout autour ni envahissement d'organes de voisinage.



Figure 3 : Coupe tomодensitométrique abdominale en temps artériel : mise en évidence d'un angioliopome rénal gauche polaire inférieur.

Devant cet aspect scannographique on a évoqué une lésion mésentérique d'allure tumorale sans signes d'envahissement locorégional ou un kyste hydatique pseudotumoral.

Une exérèse chirurgicale en bloc par laparotomie médiane est faite, qui a trouvé une masse tissulaire de la fosse iliaque droite enchâssée entre les anses iléales, ne présentant aucune adhérence ou envahissement locorégional et qui présente un pédicule vasculaire qui a été ligaturé.

L'étude anatomopathologique macroscopique de la pièce opératoire trouve une formation nodulaire blanchâtre à surface lisse de 6x5 cm. la coupe, on trouve une paroi fibreuse et épaissie centrée d'une composante tissulaire blanchâtre de consistance élastique. L'étude histopathologique trouve l'aspect d'une hyperplasie endothéliale papillaire intravasculaire (tumeur de Masson).

III. Discussion :

HEPI est parmi les tumeurs vasculaires rares (2% des tumeurs vasculaires bénignes) se présentant souvent sous forme d'une lésion cutanée ou sous cutanée, solitaire, élective des doigts, de la tête, du cou, du tronc et des membres [6].

La pathogénie de la lésion n'est pas encore élucidée avec certitude. L'HEPI est actuellement considérée comme un phénomène réactionnel plutôt qu'une véritable tumeur [7]. Il s'agirait d'une forme peu commune d'organisation d'un thrombus secondaire à un traumatisme. La stase et le bas débit sanguin sont des facteurs nécessaires pour le développement de la lésion. La libération du facteur de croissance des fibroblastes (b-FGF) par des macrophages attirés par le thrombus déclenche la prolifération des cellules endothéliales qui libèrent à leur tour le b-FGF [8,9].

Cliniquement, cette tumeur est trouvée chez le sujet adulte d'âge moyen, avec une légère prédominance féminine. Elle se présente sous forme d'une lésion ubiquitaire, avec atteinte élective des doigts, tête, cou, tronc et des membres, sous forme d'un nodule solitaire, rouge violacé, ou rarement multiples [10]. Sa localisation abdominale est inhabituelle et extrêmement rare avec quelques cas qui sont rapportés au niveau de la veine rénale, au niveau gastro-intestinal, hépatique, surrénalien et rétro-péritonéal [4]. En plus, aucune localisation mésentérique n'a été décrite dans la littérature.

L'imagerie permettant une orientation diagnostique vers une tumeur bénigne richement vascularisée, et aussi une élimination des autres diagnostics différentiels. Ainsi, L'échographie peut montrer une lésion hypoéchogène homogène arrondie contenant des septas vascularisés au doppler couleur, de contours réguliers et à paroi fine vascularisée également [11, 12, 13]. La tomодensitométrie peut également montrer une lésion tissulaire, solitaire, bien limitée à paroi fine et richement vascularisée et sans signe d'agressivité locale. Cette tumeur peut se présenter en IRM comme une lésion en isosignal, hyposignal ou discrètement hypersignal en T1 et en hypersignal T2 contenant des nodules en hypersignal T1 et hyposignal T2 en faveur des zones hémorragiques ou des thromboses aiguës intra-tumorales. Son rehaussement après injection de Gadolinium est à la fois périphérique, centrale et des septas, et qui est intense et homogène [14].

Sur le plan anatomopathologique, L'HEPI est une tumeur vasculaire rare représentant approximativement 2 % des tumeurs vasculaires bénignes et malignes de la peau et du tissu sous-cutané [6]. Trois types d'HEPI sont identifiés :

- la forme (pure) primaire correspond à une lésion observée au niveau des vaisseaux dilatés ou des thrombus en cours d'organisation.

- la forme (mixte) secondaire correspond à une lésion développée sur une tumeur vasculaire préexistante tel le granulome pyogénique.

- la troisième forme est très inhabituelle. Elle a une origine extravasculaire et survient sur un hématome [15]. Ce dernier type est souvent confondu avec l'angiosarcome de bas grade et doit être diagnostiqué correctement pour éviter un traitement excessif inutile.

La prise en charge de ce type des tumeurs est chirurgicale par une exérèse totale en bloc qui doit être complète pour éviter les récurrences locales qui sont rares. L'évolution est habituellement favorable et les récurrences sont très rares [15].

IV. Conclusion :

L'HEPI est une tumeur vasculaire bénigne rare de diagnostic histologique. Sa localisation intra-abdominale et surtout mésentérique est extrêmement rare. L'imagerie permet généralement une orientation diagnostique vers une lésion d'allure tumorale vasculaire non agressive. Sa prise en charge reste chirurgicale avec une évolution favorable et les récurrences sont inhabituelles.

Bibliographie :

- [1]. Masson MP. Hémangioendothéliome végétant intra-vasculaire. Bull Mem Soc Anat Paris 1923;93:517-23.
- [2]. Clearkin KP, Enzinger FM. Intravascular papillary endothelial hyperplasia. Arch Pathol Lab Med 1976;100:441-4.
- [3]. Goldblum JR, Weiss SW, Folpe AL. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2014 671-4.
- [4]. Intraabdominal Locations of Intravascular Papillary Endothelial Hyperplasia (Masson's Tumor): A Rare and Novel Etiology of GI Bleeding and Review of the Literature.
- [5]. Kitagawa Y, Tamai K, Kim Y, Hayashi M, Makino A, Takai S. Intravascular papillary endothelial hyperplasia of the digit: MRI features with histological correlation. J Hand Surg Eur Vol 2013;38(3):306-12.
- [6]. Akhtar M, Aslam M, Al-Mana H, Bameflesh H, Al-Khateeb SS, Lindsted E. Intravascular papillary endothelial hyperplasia of renal vein: report of 2 cases. Arch Pathol Lab Med 2005;129:516.
- [7]. Clearkin KP, Enzinger FM. Intravascular papillary endothelial hyperplasia. Arch Pathol Lab Med 1976;100:441.
- [8]. Erol O, Ozçakar L, Uygur F, Keçik A, Ozkaya O. Intravascular papillary endothelial hyperplasia in the finger: not a first diagnosis. J Cutan Pathol 2007;34:806-7.
- [9]. Kim HS, Park EJ, Lee JH, et al. Intravascular papillary endothelial hyperplasia in the kidney of a child. Virchows Arch 2000;436:398.
- [10]. Del Río E, Aguilar A, Sánchez Yus E. Intravascular papillary endothelial hyperplasia: a reorganizing thrombus. Int J Dermatol 1992;31:713-4.
- [11]. Paunipagar BK, Rasalkar DD, Ng A, Griffith JF, Bagaria V. Intravascular papillary endothelial hyperplasia: report of two cases. Acta Radiol 2011;52(5):499-502.
- [12]. Lee SJ, Choo HJ, Park JS, Park YM, Eun CK, Hong SH, Hwang JY, Lee IS, Lee J, Jung SJ. Imaging findings of intravascular papillary endothelial hyperplasia presenting in extremities: correlation with pathological findings. Skeletal Radiol 2010;39(8): 783-9.
- [13]. Schwartz SA, Taljanovic MS, Harrigal CL, Graham AR, Smyth SH. Intravascular papillary endothelial hyperplasia: sonographic appearance with histopathologic correlation. J Ultrasound Med 2008;27(11):1651-3.
- [14]. Lee H, Suh JS, Lim BI, Yang WI, Shin KH. Intravascular papillary endothelial hyperplasia of the extremities: MR imaging findings with pathologic correlation. Eur Radiol 2004;14(5):822-6.
- [15]. Inalöz HS, Patel G, Knight AG. Recurrent intravascular papillary endothelial hyperplasia developing from a pyogenic granuloma. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001;15:156-8.