

## Case report

### Métastase anale d'un adénocarcinome du sigmoïde: la partie visible de l'iceberg

Rachid El barni<sup>1,&</sup>, Mohamed Lahkim<sup>1</sup>, Jawad Fassi Fihri<sup>1</sup>, Abdelhadi Mejdane<sup>1</sup>, Rachid Bouchama<sup>1</sup>, Abdessamad Achour<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de chirurgie générale. Hôpital militaire Avicenne Marrakech, Maroc

<sup>&</sup>Corresponding author: Rachid El Barni, Service de chirurgie générale, Hôpital Militaire Avicenne Marrakech, Maroc

Key words: Adénocarcinome du sigmoïde ; Métastase anale

Received: 01/12/2013 - Accepted: 19/05/2014 - Published: 24/06/2014

#### Abstract

Les auteurs rapportent l'observation d'une métastase anale d'un adénocarcinome sigmoïdien dont le traitement a consisté en une amputation abdominopérinéale du rectum, étendue au côlon sigmoïde avec colostomie iliaque gauche définitive. Les différents mécanismes d'extension tumorale sont discutés et la greffe de cellules tumorales viables exfoliées dans la lumière colique est le mécanisme le plus souvent retenu.

**Pan African Medical Journal. 2014; 18:177 doi:10.11604/pamj.2014.18.177.3659**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/18/177/full/>

© Rachid El Barni et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Introduction

---

Le cancer anal est généralement un carcinome épidermoïde. La révélation d'un adénocarcinome colique par une fistule anale métastatique est une situation rare dont la gestion reste controversée. Nous rapportons une métastase d'un adénocarcinome sigmoïdien dans une fistule anale préexistante traitée par une amputation abdominopérinéale du rectum, étendue au côlon sigmoïde avec colostomie iliaque gauche définitive.

## Patient et observation

---

O.H., âgé de 56 ans, était hospitalisé pour une fistule anale récidivante pour laquelle il était opéré il y a 15 ans. L'examen clinique trouvait une masse para-anales gauche dure et fistulisée avec écoulement purulent et sanglant. Une biopsie chirurgicale de cette masse était réalisée, et l'étude histologique de cette biopsie avait trouvé un envahissement cutané par un adénocarcinome lieberkuhnien moyennement différencié et infiltrant (**Figure 1**). Une coloscopie totale avait objectivé un processus ulcéro-bourgeonnant héli-circonférentiel à 20 cm de la marge anale étendu sur 10 cm. L'examen anatomo-pathologique des biopsies coliques revenait en faveur d'un adénocarcinome lieberkuhnien moyennement différencié et infiltrant. Une imagerie par résonance magnétique du pelvis objectivait un processus lésionnel para-anales gauche de signal hétérogène bas en T1 et intermédiaire en T2. Ce processus était associé à un deuxième processus tissulaire sigmoïdien circonférentiel réduisant la lumière colique (**Figure 2**). Le bilan d'extension était négatif. Une amputation abdominopérinéale du rectum, étendue au côlon sigmoïde avec colostomie iliaque gauche définitive était réalisée (**Figure 3**). L'examen histologique de la pièce opératoire avait montré un adénocarcinome colique moyennement différencié infiltrant Stade T3N1Mx p(TNM). La tranche de résection antérieure était occupée par un trajet fistuleux abritant des tubes néoplasiques. Une radio-chimiothérapie était administrée. Aucune récurrence de la maladie n'avait été notée après 2 ans et 6 mois.

## Discussion

---

La découverte simultanée de deux tumeurs malignes de même type histologique pose un problème nosologique de leur filiation : tumeurs synchrones ou métastase [1]. Le premier cas de métastase de carcinome colorectal dans une fistule anale était décrit par Guiss [2] en 1954. Nous avons pu recenser dans la littérature 25 cas de métastase sur fistule anale préexistante (**Tableau 1**) [2-24]. Dans les métastases anales d'adénocarcinomes du sigmoïde, au sein ou non d'une suppuration [2,3,5,17,25,26], il est possible d'évoquer : une extension intra-murale rétrograde de proche en proche, une invasion lymphatique rétrograde, une dissémination par voie veineuse rétrograde ; mécanismes à ne retenir, en principe, que si les deux tumeurs ne sont pas "éloignées" l'une de l'autre [25,27]. La greffe cellulaire tumorale par exfoliation cellulaire constitue en fait l'hypothèse la plus souvent retenue dans la littérature [3,5,27-30]. L'implantation de cellules tumorales au niveau du canal anal se fait habituellement sur une lésion préexistante telle qu'une fistule anale, une fissure, une cicatrice chirurgicale, ou une érosion muqueuse d'origine traumatique [1]. Le traitement des métastases anales des cancers sigmoïdiens repose essentiellement sur la chirurgie. Le choix est théoriquement à faire entre une excision de la tumeur anale en cas de lésion superficielle chez des patients âgés ou fragiles [26,29,31] et une amputation abdominopérinéale, traitement radical destiné à éviter les récurrences locorégionales [32,33]. La radiothérapie adjuvante isolée ou associée à la chimiothérapie peut être proposée en complément de la chirurgie, malgré l'absence de preuve de leur efficacité [33].

## Conclusion

---

Il est nécessaire de pratiquer une biopsie devant toute fistule anale de présentation inhabituelle afin d'éliminer toute malignité qui peut être la partie visible de l'iceberg.

## Conflits d'intérêts

---

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## Contributions des auteurs

---

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et lu et approuvé la version finale.

## Tableaux et figures

---

**Tableau 1:** Cas rapportés de métastases d'un adénocarcinome colorectal dans une fistule anale

**Figure 1:** Histologie de la biopsie périnéale montrant l'envahissement cutané par un adénocarcinome lieberkuhnien moyennement différencié et infiltrant

**Figure 2:** IRM pelvienne montrant un double processus lésionnel anal et sigmoïdien (flèches blanches)

**Figure 3:** Pièce d'amputation abdominopérinéale montrant une double localisation néoplasique anale et sigmoïdienne (flèches noires)

## Références

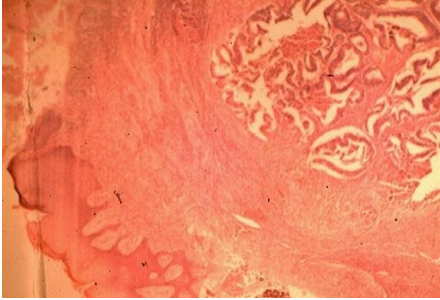
---

1. Kouas A, Hachicha I, Dahmane Y, Ben Ali A, Derbel F, Letaief R, Ben Hadj Hamida R. Métastase anale d'un adénocarcinome du côlon. *Ann Chir.* 2001; 126(10): 1026-8. **PubMed | Google Scholar**
2. Guiss RL. The implantation of cancer cells within a fistula in ano: case report. *Surgery.* 1954; 36(1): 136-9. **PubMed | Google Scholar**
3. Killingback M, Wilson E, Hughes ES. Anal metastases from carcinoma of the rectum and colon. *Aust N Z J Surg.* 1965; 34: 178-87. **PubMed | Google Scholar**
4. Parnes IH. An interesting case of cancer of the sigmoid with concomitant cancer in an anal fistula. *Mt Sinai J Med.* 1976; 43(4): 476-9. **PubMed | Google Scholar**
5. Rollinson PD, Dundas SA. Adenocarcinoma of sigmoid colon seeding into pre-existing fistula in ano. *Br J Surg.* 1984; 71(9): 664-5. **PubMed | Google Scholar**
6. Ueta K, Umekita N, Matsumine T. A case of metastatic carcinoma found at an anal fistula (in Japanese). *J Jpn Surg Assoc.* 1991; 52: 1323-6. **PubMed | Google Scholar**
7. Thomas DJ, Thompson MR. Implantation of metastasis from adenocarcinoma of sigmoid colon into fistula in ano. *J R Sci Med.* 1992; 85: 361. **PubMed | Google Scholar**
8. Tohira H, Imai N, Tateyama K, Ozeki Y, Yamamoto S. A case of rectal cancer seeding to anal fistula. *Geka.* 1998; 60: 853-6. **PubMed | Google Scholar**
9. Isbister WH. Unusual recurrence sites for colorectal cancer. *Dig Surg.* 2000; 17(1): 81-3. **PubMed | Google Scholar**
10. Tokuhara K, Yamanaka H, Ito D, Koshiba T, Sato M, Kogire M. A case of metastatic carcinoma at an anal fistula. *Jpn J Gastroenterol Surg.* 2001; 34: 1690-4. **PubMed | Google Scholar**
11. Yoshimura H, Ienaga T, Ueda S, Ota T. A case of metastatic carcinoma of anal fistula caused implantation from rectal cancer. *Jpn J Gastroenterol Surg.* 2006;39(8):1435-1439. **PubMed | Google Scholar**
12. Shinohara T, Hara H, Kato Y, Asano M, Nakazawa Y, Kato T, Nogaki T, Yamashita Y. Implantation of rectal cancer cells in a fistula in ano: report of a case. *Surg Today.* 2001; 31(12): 1094-6. **PubMed | Google Scholar**
13. Kouraklis G, Glinavou A, Kouvaraki M, Raftopoulos J, Karatzas G. Anal lesion resulting from implantation of viable tumour cells in a pre-existing anal fistula. A case report. *Acta Chir Belg.* 2002; 102(3): 212-3. **PubMed | Google Scholar**
14. Yagihashi N, Ohsawa T, Narita J, Iwabuchi T, Tsuge T. A case of carcinoma metastatic to an anal fistula treated by pelvic exenteration. *J Jpn Surg Assoc.* 2002; 63: 2224-8. **PubMed | Google Scholar**
15. Shimoyama M, Suda T, Iiai T, Okamoto H, Hatakeyama K. A case of metastatic carcinoma of an anal fistula caused by implantaion of rectal cancer. *J Jpn Surg Assoc.* 2003; 64: 1434-8. **PubMed | Google Scholar**

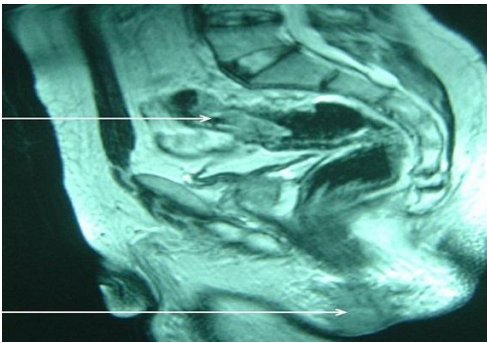
16. Hyman N, Kida M. Adenocarcinoma of the sigmoid colon seeding a chronic anal fistula: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46(6): 835-6. **PubMed | Google Scholar**
17. Zbar AP, Shenoy RK. Synchronous carcinoma of the sigmoid colon and a perianal fistula. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47(4): 544-5. **PubMed | Google Scholar**
18. Gupta R, Kay M, Birch DW. Implantation metastasis from adenocarcinoma of the colon into a fistula-in-ano: a case report. *Can J Surg*. 2005; 48(2): 162-3. **PubMed | Google Scholar**
19. Hamada M, Ozaki K, Iwata J, Nishioka Y, Horimi T. A case of rectosigmoid cancer metastasizing to a fistula in ano. *Jpn J Clin Oncol*. 2005; 35(11): 676-9. **PubMed | Google Scholar**
20. Ishiyama S, Inoue S, Kobayashi K, Sano Y, Kushida N, Yamazaki Y, Yanaga K. Implantation of rectal cancer in an anal fistula: report of a case. *Surg Today*. 2006; 36(8): 747-9. **PubMed | Google Scholar**
21. Sandiford N, Prussia PR, Chiappa A, Zbar AP. Synchronous mucinous adenocarcinoma of the rectosigmoid seeding onto a pre-existing anal fistula. *Int Semin Surg Oncol*. 2006; 3: 25. **PubMed | Google Scholar**
22. Gravante G, Delogu D, Venditti D. Colosigmoid adenocarcinoma anastomotic recurrence seeding into a transsphincteric fistula-in-ano: a clinical report and literature review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2008; 18(4): 407-8. **PubMed | Google Scholar**
23. Wakatsuki K, Oeda Y, Isono T, Yoshioka S, Nukui Y, et al. Adenocarcinoma of the rectosigmoid colon seeding into pre-existing anal fistula. *Hepatogastroenterology*. 2008; 55(84): 952-5. **PubMed | Google Scholar**
24. Benjelloun EB, Ait Alalim S, Chbani L, Mellouki I, Mazaz K, Ait Taleb K. Rectosigmoid adenocarcinoma revealed by metastatic anal fistula. The visible part of the iceberg: a report of two cases with literature review. *World J Surg Oncol*. 2012; 10(1): 209. **PubMed | Google Scholar**
25. Wisniewski B, Vuong PN, Balaton A, Bauerp P. Une suppuration anale chez un cancéreux. *Hépatogastro*. 2004; 11(4): 309-11. **PubMed | Google Scholar**
26. Scott NA, Taylor BA, Wolff BG, Lieber MM. Perianal metastasis from a sigmoid carcinoma. Objective evidence of a clonal origin. Report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1988; 31(1): 68-70. **PubMed | Google Scholar**
27. Smiley D, Goldberg RI, Phillips RS, Barkin JS. Anal metastasis from colorectal carcinoma. *Am J Gastroenterol*. 1988; 83(4): 460-2. **PubMed | Google Scholar**
28. Wind P, Douard R, Poupardin E, Cugnenc PH. Anal implantation of exfoliated tumor cells from a rectal adenocarcinoma after colorectal stapled anastomosis. *Eur J Surg*. 1999; 165(9): 905-6. **PubMed | Google Scholar**
29. Hesse AJ, Woodward A, Lewis MH. Anal implantation metastases. *Br J Surg*. 1986; 73(2): 162. **PubMed | Google Scholar**
30. Gottlieb JA, Schermer DR. Cutaneous metastases from carcinoma of the colon. *JAMA*. 1970; 213(12): 2083. **PubMed | Google Scholar**
31. Penfold CB, Mann CV. An unusual metastasis of carcinoma of rectum. *Br J Surg*. 1973; 60(4): 325. **PubMed | Google Scholar**
32. Lee SH, Zucker M, Sato T. Primary adenocarcinoma of an anal gland with secondary perianal fistulas. *Hum Pathol*. 1981; 12(11): 1034-7. **PubMed | Google Scholar**
33. Raiss M, Hrorra A, Enfaa M, Sabbah F, Ahalla M, Baroudi S, et al. Adénocarcinome des glandes anales. *Ann Chir*. 2001; 126(5): 452-5. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1 : Cas rapportés de métastases d'un adénocarcinome colorectal dans une fistule anale.									
Auteur	Année	Age	Sexe	Siège de la tumeur primaire	Durée de la fistule anale	Dukes	Différenciation	Intervention	Recul sans récidence
Guiss A [2]	1954	47	M	Sigmoïde	2 mois	A	Moyenne	AAP	1 an 2 mois
Killingback et al. [3]	1965	63	M	Sigmoïde	8 ans	A	Bonne	AAP	-
Parnes [4]	1976	47	M	Sigmoïde	3 mois	B	Bonne	AAP	18 mois
Rollinson and Dundas [5]	1984	65	M	Recto- sigmoïde	20 ans	-	Bonne	AAP	10 mois
Ueta et al. [6]	1991	66	F	Sigmoïde	44 ans	B	Bonne	AAP	6 mois
Thomas and Thompson [7]	1992	68	M	Sigmoïde	1 an	B	Moyenne	AAP	-
Tohira et al. (Japenese) [8]	1998	75	M	Haut rectum	40 ans	B	Bonne	AAP	1 an
Isbister [9]	2000	47	M	Recto- sigmoïde	2 ans	C	Moyenne	-	-
Isbister [9]	2000	39	M	Sigmoïde	1 an	-	Bonne	RL	-
Tokuhara et al. [10]	2001	69	M	Sigmoïde	5 ans	B	Moyenne	AAP	1 an
Yoshimura et al. [11]	2001	59	M	Recto- sigmoïde	29 ans	C	Moyenne	AAP	3 ans 7 mois
Shinohara et al. [12]	2001	36	M	Moyen rectum	16 ans	C	Moyenne	RA + RL	6 mois
Kouraklis et al. [13]	2002	75	M	Sigmoïde	1 an	B	Moyenne	AAP	-
Yagihashi et al. [14]	2002	50	M	Sigmoïde	-	C	Bonne	EPT	3 ans 8 mois
Shimoyama et al. [15]	2003	61	M	Recto- sigmoïde	5 ans	C	Moyenne	AAP	5 ans
Hyman and Kida [16]	2003	66	M	Sigmoïde	15 ans	B	Moyenne CK7-/CK20+	AAP	1 an
Zbar and Shenoy [17]	2004	72	M	Sigmoïde	4 ans	-	-	S + RL + Adj RCT	1 an 2 mois
Gupta et al. [18]	2005	44	M	Côlon gauche	-	C	Moyenne	HG + RL	3ans
Hamada et al. [19]	2005	53	M	Sigmoïde	7 ans	B	Bonne CK7-/CK20+	RA + RL	1 an
Ishiyama et al. [20]	2006	53	M	Haut rectum	20 ans	C	Moyenne	RA + RL	10 mois Décès par carcinose
Sandiford et al. [21]	2006	72	M	Recto- sigmoïde	2 ans	B	Moyenne	S + RL + Adj RCT	14 mois
Gravante et al. [22]	2008	64	M	Côlon gauche	-	A	Moyenne CK7-/CK20+	1-HG 2- AAP +Adj RCT	1 an
Wakatsuki et al. [23]	2008	57	M	Recto- sigmoïde	7 ans	B	Moyenne CK7-/CK20+	1- RA 2- RL après 2 ans	3 ans 7 mois
Benjelloun et al. [24]	2012	68	M	Recto- sigmoïde	2 mois	B	Bonne CK7-/CK20+	Néoadj. RCT RA + RL	3 ans
Benjelloun et al. [24]	2012	55	M	Recto- sigmoïde	10 ans	B	Bonne CK7-/CK20+	Néoadj. RCT RA + RL	3 ans
Notre cas	2012	56	M	Sigmoïde	15 ans	C	Moyenne	AAP + Adj RCT	2 ans 6 mois

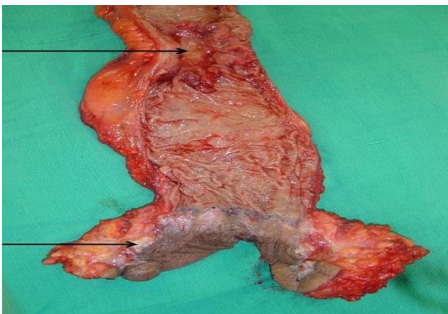
AAP : Amputation abdomino-périnéale. RL : Résection locale. RA : Résection antérieure. EPT : Exentération pelvienne totale. S : sigmoïdectomie. HG : Hémi-colectomie gauche. Adj : Adjuvant. Néoadj : Néo-adjuvant. RCT : Radio-chimiothérapie.



**Figure 1:** Histologie de la biopsie périnéale montrant l'envahissement cutané par un adénocarcinome lieberkuhnien moyennement différencié et infiltrant



**Figure 2:** IRM pelvienne montrant un double processus lésionnel anal et sigmoïdien (flèches blanches)



**Figure 3:** Pièce d'amputation abdominopérinéale montrant une double localisation néoplasique anale et sigmoïdienne (flèches noires)