

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

Konan KIP.

Anoh NA.

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

Ehui AY.

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

Oddo BA., Assistant Chef de Clinique

Touré L., Assistant Chef de Clinique

Service de cancérologie médicale du CHU de Treichville

Kouadio NL.

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

Vamoussa D.

Adama S.

Service de Chirurgie Digestive et proctologique CHU de Treichville

Kouadio KG.

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

[Doi: 10.19044/esipreprint.7.2024.p35](https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2024.p35)

Approved: 05 July 2024

Posted: 08 July 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Konan KIP, Anoh NA, Ehui AY, Oddo BA, Touré L, Kouadio NL, Vamoussa D, Adama S. & Kouadio KG. (2024). *Tumeurs primitives de la fosse ischiorectale : Diagnostic et traitement à propos de 07 observations à Abidjan*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2024.p35>

Résumé

But : cette étude rétrospective se propose d'exposer le diagnostic et les résultats thérapeutiques concernant les tumeurs primitives de la fosse ischio rectale. **Patients et méthode :** De 2019 à 2023 nous avons traité 04 femmes et 03 hommes pour tumeur primitive de la fosse ischio-rectale. L'âge moyen était de 48,8 ans. Parmi les femmes, 03 étaient ménopausées. Nous avons étudié, les manifestations cliniques, les moyens diagnostiques, et les résultats du traitement chirurgical. **Résultats :** Le motif de consultation était dominé par la proctalgie (n=3) qui était associée à une dyspareunie dans 02 cas. L'examen physique retrouvait une masse para-anale dans 04 cas. La

coloscopie était peu contributive tandis que, l'IRM demeurait le maître examen. L'histologie était en faveur des tumeurs malignes (n=4). La résection chirurgicale était la règle et la voie périnéale antérieure était la voie d'abord principale. L'évolution Après recul de 04 ans, est marquée par 04 survivants sans récurrence tumorale. **Conclusion** : La tumeur de la FIR est une tumeur rare. La tumeur maligne a dominé parmi nos cas. L'expression clinique dépend du stade de la maladie. La résection chirurgicale périnéale antérieure est possible. La taille de notre échantillon ne nous permettait pas d'élucider les facteurs favorisants. L'IRM devrait être systématique devant toute proctalgie d'adulte.

Mots clés : Proctalgie, tumeur, fosse ischio-rectale

Primary tumors of the ischio-rectal fossa: Diagnosis and treatment based on 7 observations in Abidjan

Konan KIP.

Anoh NA.

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

Ehui AY.

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

Oddo BA., Assistant Chef de Clinique

Touré L., Assistant Chef de Clinique

Service de cancérologie médicale du CHU de Treichville

Kouadio NL.

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

Vamoussa D.

Adama S.

Service de Chirurgie Digestive et proctologique CHU de Treichville

Kouadio KG.

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

Abstract

Purpose: this retrospective study aims to present the diagnosis and therapeutic results concerning primary tumors of the ischio-rectal fossa.

Patients and method: From 2019 to 2023 we treated 4 women and 3 men for primary tumor of the ischio-rectal fossa. The average age was 48.8 years. Among the women, 03 were postmenopausal. We studied the clinical manifestations, the diagnostic means, and the results of surgical treatment.

Results : The reason for consultation was dominated by proctalgie (n=3) which was associated with dyspareunia in 02 cases. The physical

examination found a para-anal mass in 04 cases. Colonoscopy made little contribution while MRI remained the main examination. Histology was in favor of malignant tumors (n=4). Surgical resection was the rule and the anterior perineal route was the main approach. The evolution after 04 years, is marked by 04 survivors without tumor recurrence. **Conclusion:** The FIR tumor is a rare tumor. Malignant tumor dominated among our cases. The clinical expression depends on the stage of the disease. Anterior perineal surgical resection is possible. The size of our sample did not allow us to elucidate the contributing factors. MRI should be systematic in any adult proctalgia.

Keywords: Proctalgia, tumor, ischio-rectal fossa

Introduction

La fosse ischio-rectale (FIR) est une zone anatomique cylindrique et profonde, comprise entre le releveur de l'anوس 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. 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 pas de consensus (Arbelo,2016 Filho, 2016). C'est ce constat qui a motivé la réalisation de ce travail dont le but était d'exposer **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 rétrospective au service de chirurgie digestive et proctologique. De 2019 à 2023 nous avons traité 28 patients pour tumeur du périnée. Parmi lesquels 16 étaient des carcinomes épidermoïdes de l'anوس, 07 étaient des condylomes de l'anوس et 07 étaient des tumeurs primitives de la fosse ischio-rectale. Seules les tumeurs primitives de la fosse ischio-rectale ont fait objet d'étude dans cet article. Ils s'agissaient de 04 femmes (03 ménopausées) et 03 hommes. L'âge moyen de 48.8 ans avec les extrêmes de 21 à 65 ans. Tous ces patients ont réalisé une IRM pelvienne, couplée à un scanner thoraco-abdomino pelvien chez 04 patients. Nous

avons étudié, les manifestations cliniques, les facteurs favorisants, les moyens diagnostiques, les résultats du traitement chirurgical.

Résultats :

Les aspects cliniques

Les motifs de consultations de nos malades étaient regroupés dans le tableau 1 suivant :

Tableau 1 : repartition 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 01 cas. L'interrogatoire a mis en évidence une évolution lente en moyenne de 10 mois avec les extrêmes de 05 à 15 mois.

Examen physique

L'examen proctologie nous a permis de retrouver des signes compris dans le tableau 2 comme suit :

Tableau 2 : répartition selon les signes physiques observés

Signes physiques	Effectifs	Pourcentages
Masse para anale	05	71.5%
(Amyotrophie du MI	01	14.2%
Bombement de la paroi rectale au toucher rectal)		
Gangrène du périnée	01	14.2%
Total	07	100%

La masse para anale était le signe le plus retrouvé (71.5%). Concernant la gangrène du périnée, il s'agissait d'un patient diabétique et qui traitait un bourgeon para-anale par des cataplasmes.

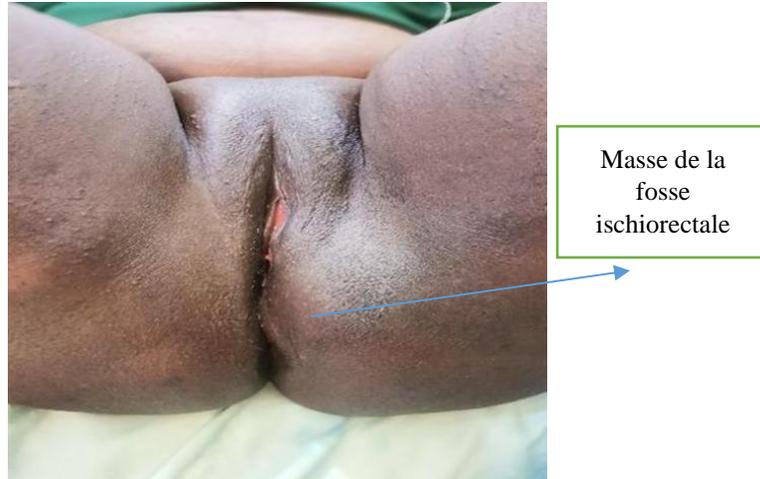


Figure 1 : photo d'une masse de la fosse ischio-rectale Gauche comblant la cavité vaginale



Photo 2 : photo d'une masse de la fosse ischio-rectale compliquée de nécrose du périnée

Les aspects paracliniques

Les examens paracliniques réalisés nous ont conforté dans notre diagnostic. L'anorectoscopie était normale dans tous les cas sauf dans un seul cas, où on retrouvait un bombement pariétal du rectal.

Tableau 4 : 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	Non réalisée
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 l'examen le plus contributif (n=6). Le seul cas non réalisé était le cas de gangrène avec septicémie sévère. La biopsie pré-opératoire de la masse a été réalisée dans un seul cas. Le bilan biologique demandé a montré une hyperleucocytose à PNN dans un seul cas et une anémie HM dans 02 cas.

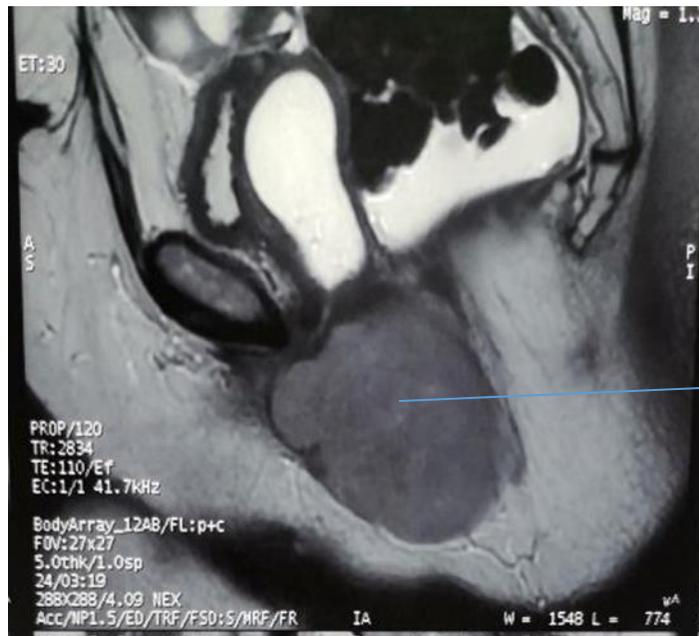


Photo 3 : IRM pelvienne sur une coupe de profil Montrant une tumeur de la fosse ischiorectale avec Effet de masse sur la cavité vaginale

Traitement

L'indication opératoire a été pour une résection chirurgicale. En pré-opératoire, les lésions ont été enregistrées dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Traitement des tumeurs de la fausse ischio rectale

Patients	Voie d'abord	Lésions	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 était le traitement le plus utilisé (n=06). Elle était de type R0 chez 04 patientes tandis que les deux autres avaient respectivement une résection de type R1 et R2. Ils s'agissaient de tumeurs adhérentes avec résection carcinologique impossible.

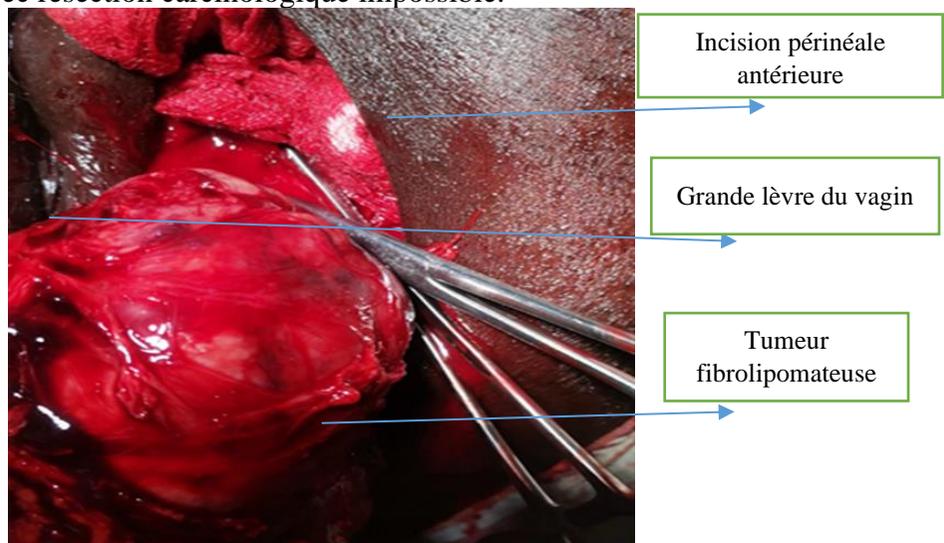
**Photo 4 :** photo per opératoire d'une résection tumorale antérieure



Photo 5 : photo post-opératoire du périnée antérieur

L'histologie retrouvait respectivement, des tumeurs d'aspect varié réparties comme suit :

Synoviosarcome (1), carcinom mucineux (photo 6) , leimyome épithéloïde (1), mélanome nodulaire (1), Lipome, Carcinome Epidermoïde (1), Lipome. L'histologie était dominée par les tumeurs malignes (n=04) soit 57%.

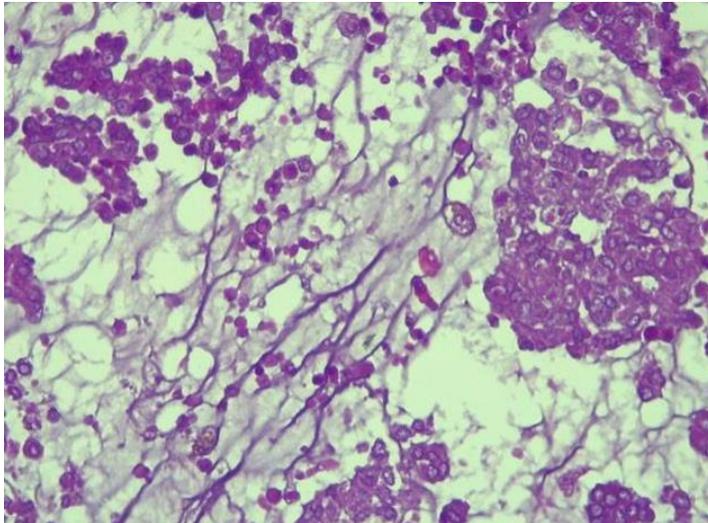


Photo 6 : Photo d'une lame (HE X40) montrant un Carcinome mucineux réalisant une architecture faite de travées, de papilles, de massifs et d'amas cellulaires au sein d'un stroma fibromyxoïde abondant (Patiente P2)

Evolution post-thérapeutique

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 mésitran. 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 une radio chimiothérapie adjuvante. La patiente (P2) a présenté une intoxication après 02 cures et est décédée à J62 post-opératoire. Au total 04 malades sont vivantes en bonne santé apparente après un suivi de 04 ans.



Photo 7 : Photo post-opératoire à J 45

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 notre 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 convergerait avec ceux de la littérature qui

s'étendait de quelques mois à plusieurs années (Wilson, 1969 Masson, (cité le 14 mai 2024) sur www.em-consulte.com/article/357320). Ugo Grossi (2021) détient le record avec une tumeur installée sur 10 ans dans la fosse ischio rectale. 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. 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 sciatgie. 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, sciatgie, amyotrophie et œdèmes des membres inférieurs. Nos 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 de nos malades retrouvait une masse para-anale dans 5 cas (71.5%) et respectivement une gangrène du périnée et un syndrome de compression de la FIR dans 01 cas. Comme dans le travail de Erguibi (Erguibi D, 2018) un patient sans antécédent particulier, avait présenté un syndrome rectal sans hémorragie digestive extériorisée. Le toucher rectal percevait cependant une masse à la face antérieure du tiers inférieur du rectum, ferme. La coloscopie complète ne mettait en évidence aucune autre anomalie en dehors d'un bombement dans la lumière rectale, sans occasionner de sténose. 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 sciatgie, 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. Elles sont le plus souvent dues à la perforation et à la migration des germes dans le fascia entraînant une fascite 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** et al ont réalisé en 2016, une revue de la littérature à travers pubmed et ont trouvé que 70% de ces tumeurs primitives étaient bénignes (Baek SK, 2016). Aucun facteur favorisant connu 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) et 02 parmi elles étaient obèses. **Baek** avait trouvé aussi une prédominance féminine à 68% (Baek SK,2016). Mais, comme chez la plupart des auteurs, la taille de notre échantillon ne nous permettait pas de tirer des conclusions actives. 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 étaient identiques dans la plupart des autres auteurs comme Erguibi (Erguibi D, 2018). Par ailleurs, Nassif et al dans leur travail réalisé en 2013 recommandaient 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).

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'invasion 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 tomodensitométrie 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). Le patient ne présentait aucun symptôme ni aucun antécédent médical et l'examen physique proctologique semblait normal. 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 décrit par Teoh (Teoh KH, 2009).

La **tomodensitométrie 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. Quelques auteurs comme Morikawa avaient réalisé aussi la **TAP** dans les travaux. Cette **TDM** a montré une masse solide bien définie de 5 cm dans la fosse ischio-rectale gauche dans son cas (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 per cutanée 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 trouvaient 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 trouvaient,

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 plusieurs lames avec. Par ailleurs, selon Wolpert, cette biopsie exposerait le patient à un risque d'infection post-biopsie (Wolpert A, 2002).

Traitement et évolution :

Traitement

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). Comme dans la plupart des auteurs nous avons opté pour une exérèse carcinologique dans la mesure du possible (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). De ce fait, nous avons opté pour un abord par voie périnéale antérieure 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. Cette incision permettait d'aborder directement la masse après avoir franchi la peau l'on accédait à la coque de la tumeur et la mobilisation était plus aisée sans franchir et avec un meilleur contrôle des vaisseaux pelviens. Par ailleurs l'installation du malade en position de la taille était une position que l'anesthésiste maîtrisait bien donc il était moins stressé. Nos gestes opératoires étaient dominés par une résection tumorale dans 06 cas comme chez la plupart des auteurs. 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.

Evolution post-thérapeutique :

L'évolution post-opératoire immédiat 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 synovialosarcome. 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). **Besancenot** a repris une femme pour reliquat d'un angiomyxome agressif, l'évolution a été sans récurrence (Besancenot C, 2012). Mais, parfois des cas de récurrences étaient notées (Masson E , 2011 Baek , 2016). 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**).

Conclusion

Notre étude de 04 ans a permis de diagnostiquer 07 tumeurs de la FIR. L'expression clinique était dominée par la proctalgie et la tuméfaction périnéale. L'IRM était l'examen de choix. L'histologie était dominée par la malignité. La résection tumorale par voie antérieure a été le traitement essentiel. Avec une survie de 57%. L'évolution dépendait du stade et du type de la tumeur.

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*. 15 août 2016;39(17):1.
2. Semlali S, Eddarai M, El Kharras A, Amil T, Jidal M, Chaour S, et al. La radioanatomie de la fosse ischio-rectale en TDM et en IRM. *Feuill Radiol*. 1 févr 2016;56(1):25-33.
3. Filho E, Carvalho A, Costa P, Carvalho A. Resection of ischiorectal fossa tumors - Surgical technique. *J Coloproctology*. 1 mai 2016;36.
4. Whittaker LD, Pemberton JDeJ. Tumors ventral to the sacrum. *Ann Surg*. janv 1938;107(1):96-106.
5. Wilson E. Ischio-rectal fossa tumour. *Med J Aust*. août 1969;2(8):402-3.
6. Masson E. EM-Consulte. [cité 14 mai 2024]. Tumeur trichilemmale proliférante de la région ischio-rectale. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/357320/tumeur-trichilemmale-proliférante-de-la-region-isc>
7. Grossi U, Santoro GA, Sarcognato S, Iacomino A, Tomassi M, Zanus G. Perianal Tailgut Cyst. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. févr 2021;25(2):558-60.
8. 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*. 3 oct 2018;4(1):126.

9. 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*. 1 déc 2012;22(4):216-20.
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*. 20 juin 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*. août 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]. mars 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*. juin 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*. avr 2002;6(1):43-9.
15. Skinner DW, Jacobson I. Anterior sacral meningoceles. *J R Coll Surg Edinb*. juill 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 ischio-rectal fossa: Report of a rare case. *Int J Surg Case Rep*. 11 oct 2012;4(1):51-3.
17. Mehta N, Konarski A, Rooney P, Chandrasekar C. Leiomyosarcoma of the ischio-rectal 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*. 10 mars 2015;2015(3):rjv016.
18. Lima MA, Pozzobon BHZ, Fonseca MFM, Horta SHC, Formiga GJS. Leiomiiossarcoma perineal: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Coloproctologia*. sept 2010;30:352-5.