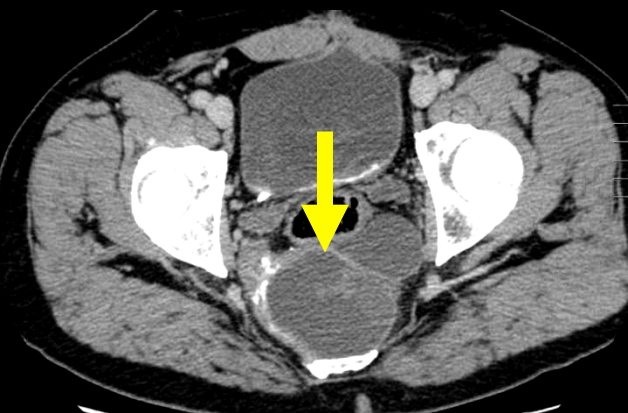
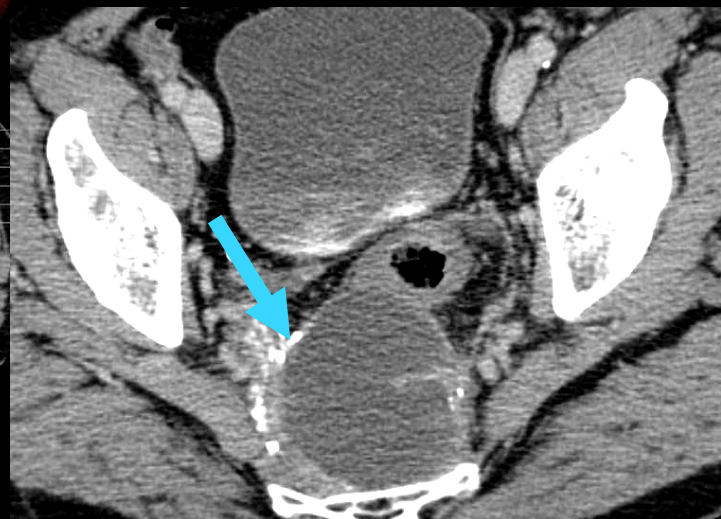
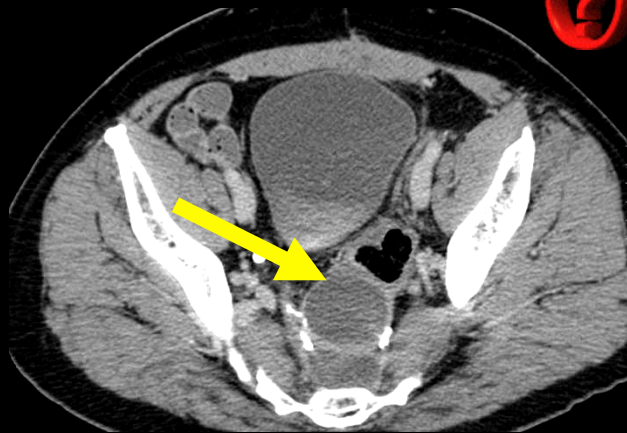
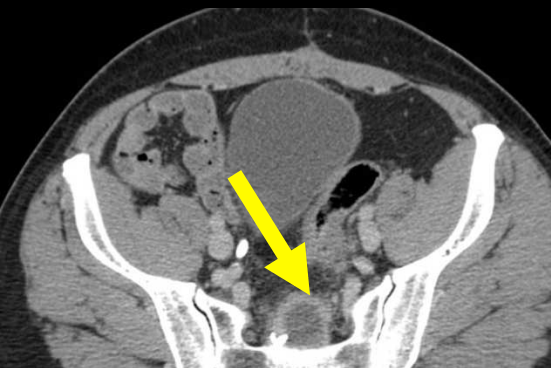


homme 59 ans, masse rétro-rectale au TR dans le bilan de pesanteurs pelviennes.  
Quels sont les principaux éléments sémiologiques à retenir

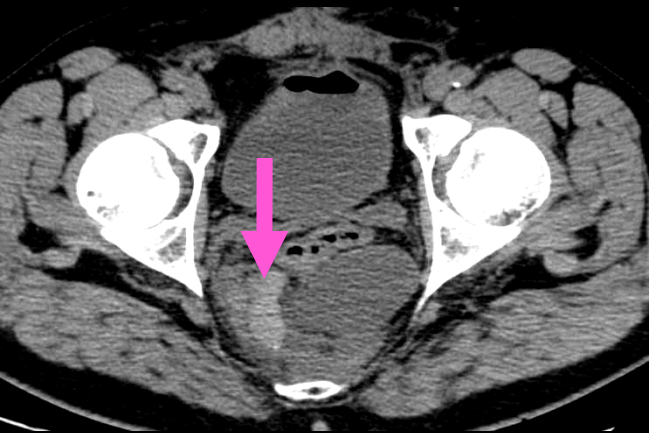


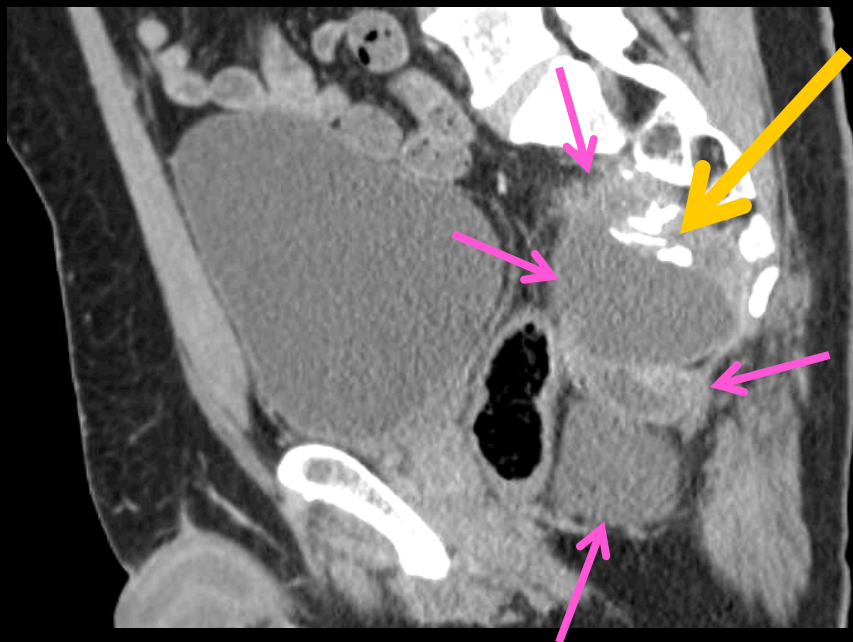
masse kystique bien limitée  
composantes mixtes :  
- tissulaire , charnue  
- SEPTAS  
- liquide

calcifications

une portion hyperdense  
contenu riche en protides ( ou  
hématique )

pas d'envahissement osseux  
refoule le rectum et son méso  
sans les envahir





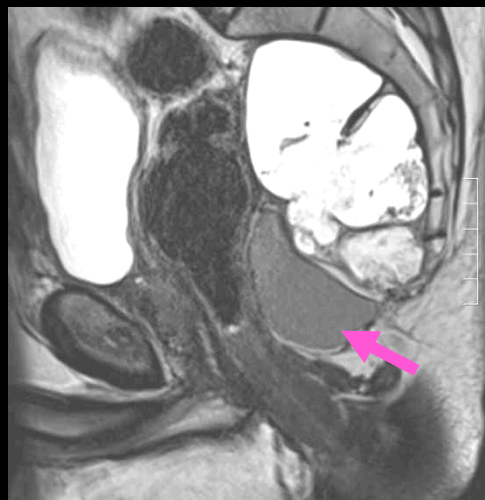
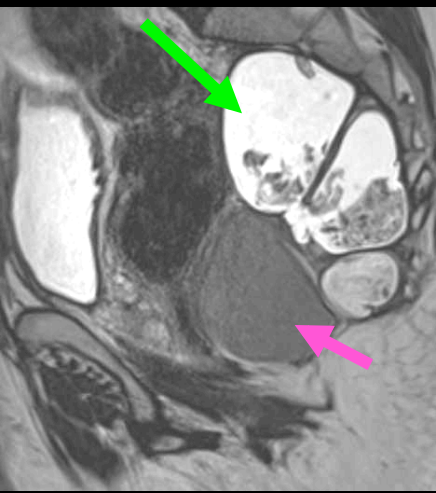
la masse multiloculée occupe toute la concavité sacrée et descend jusqu'au plancher pelvien

septas épais avec fines calcifications

calcifications hétérogènes au sein d'une partie charnue au pôle supérieur

pas d'envahissement de la paroi postérieure du rectum qui reste nettement séparée par un espace graisseux épais



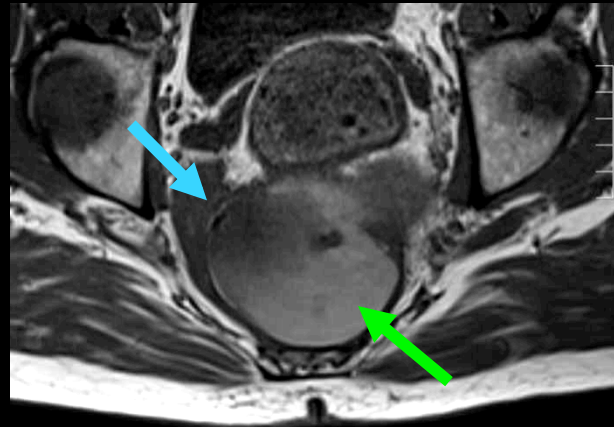


**T2**

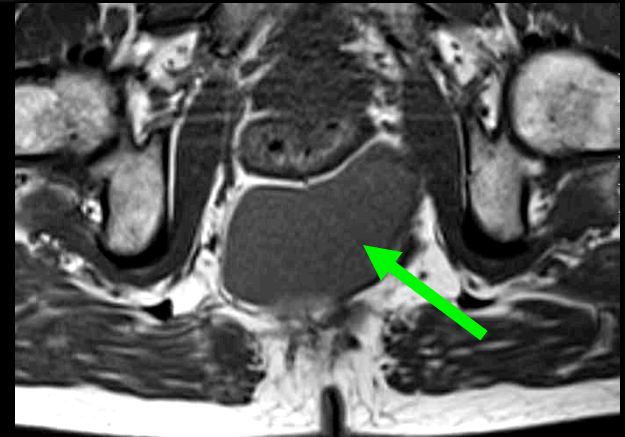
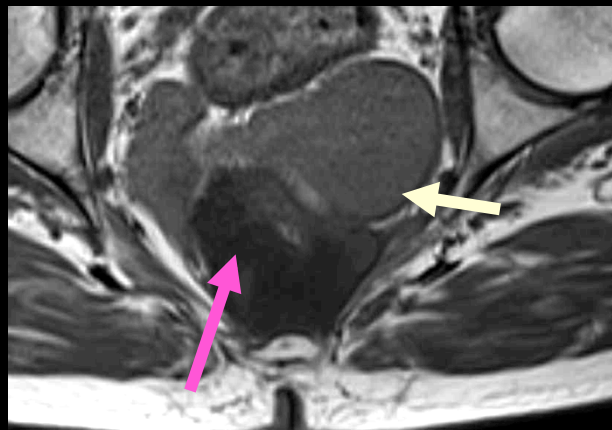
hypersignal T2 liquide des locules apicaux  
dont les parties charnues et / ou calcifiées  
sont nettement délimitées

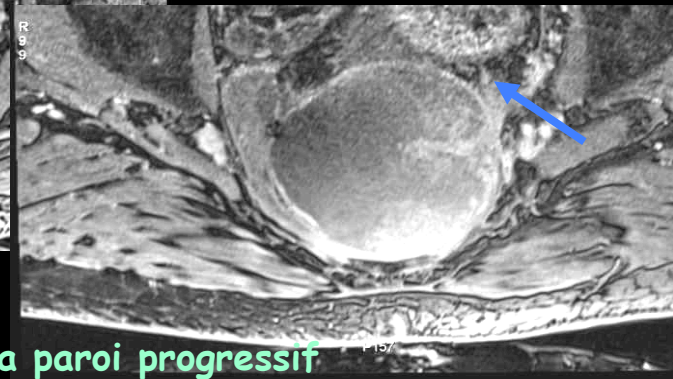
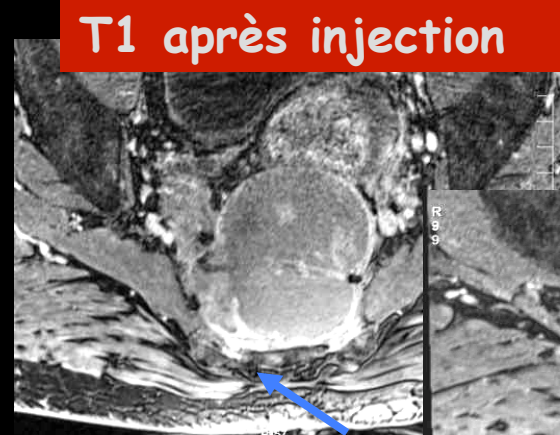
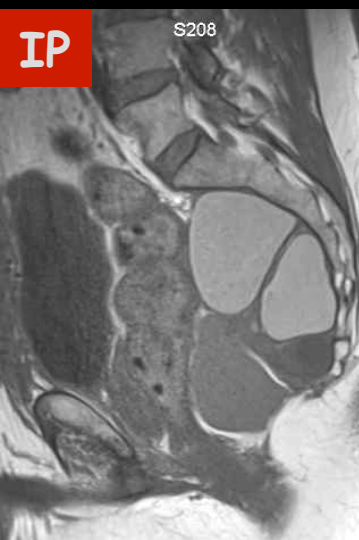
hypersignal T2 minime dans la loculation  
inférieure (contenu protéique élevé)

**T1**



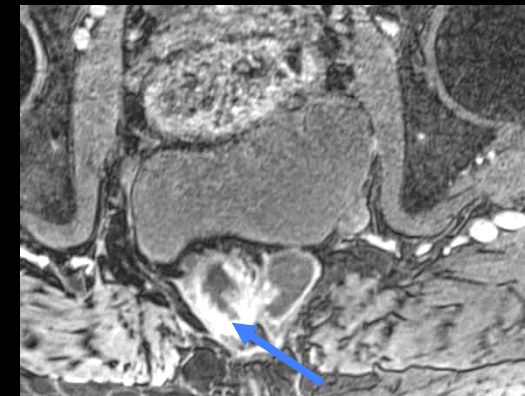
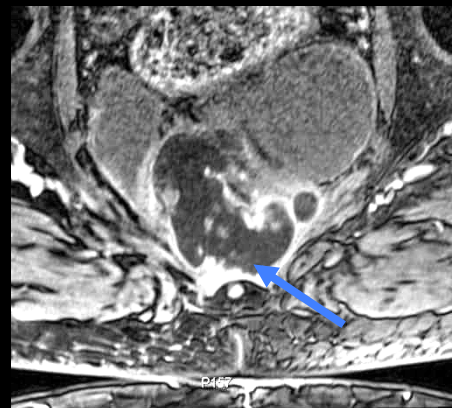
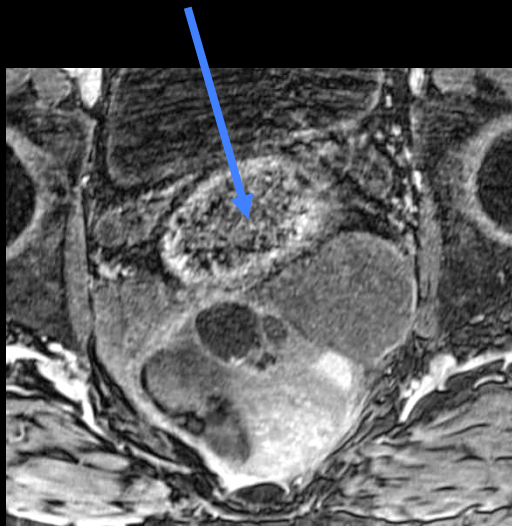
on retrouve les  
variations de signal  
reflétant celles du  
contenu "chimique",  
entre les locules apicaux  
et le locule inférieur





rehaussement de la paroi progressif  
des septas et de la portion charnue

IP/OP : pas de chute de signal

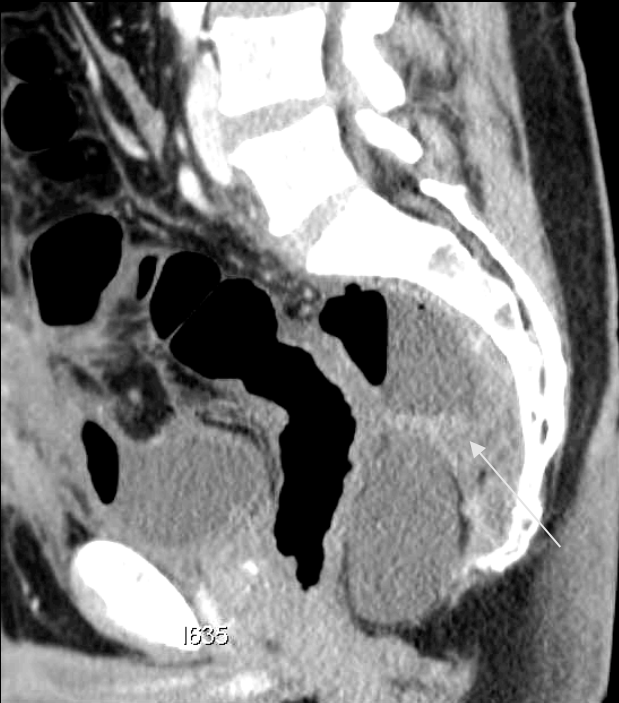


Quelles sont vos hypothèses diagnostiques



- dysembryoplasie de l'intestin post cloacal (tailgut cyst)
- duplication rectale (avec les précédents est regroupé dans les kystes entériques)
- kyste dermoïde ou kyste épidermoïde
- tératome sacro-coccygien
- kyste du canal anal ou des cryptes glandulaires

- 1<sup>er</sup> temps : par laparotomie



Anatomie pathologique

tumeur très friable  
multi-fragmentée

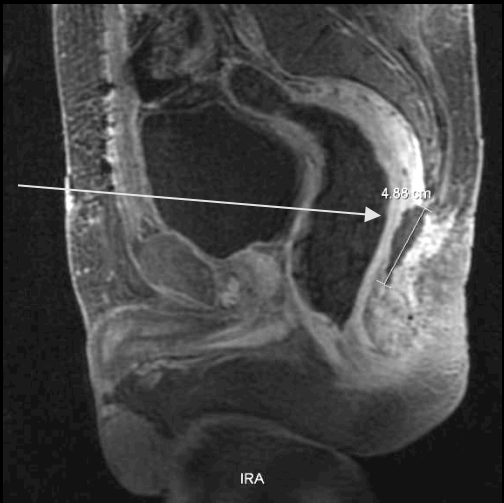
Kyste dermoïde

*Collection post-opératoire  
ou résidu*

- 2<sup>ème</sup> temps:
- voie périnéale



Masse tumorale



# les kystes rétro-rectaux par anomalie de développement

ce sont les lésions kystiques les plus fréquentes caractérisées par leur situation essentiellement rétro-rectale .En fonction de leur composition histologique , on distingue :

-1.les **kystes entériques** qui comportent 2 sous-groupes

.les **hamartomes kystiques rétro-rectaux ou tailgut cyst** (ou kyste de l'espace rétro-rectal , kyste de l'intestin post anal , hamartome myoépithélial du rectum ....) , les plus fréquentes . ce sont des **dysembryoplasies de l'intestin post cloacal**

.les **duplications rectales** ,rares (5 %) caractérisées par la continuité de leur paroi avec la paroi du rectum , la présence d'une paroi à double couche musculaire lisse et d'une muqueuse de type rectal avec possibles ilots hétérotopiques (gastrique , urothéliaux , pancréatiques q;;) et leur siège souvent pré-rectal

-2.les **kystes épidermoïdes** et les **kystes dermoïdes** qui ne renferment que des éléments épidermoïdes ( épithélium squameux et kératine ) et , pour les seconds ,des structures annexes cutanées (dermoïdes ; glandes sébacées...)

les kystes dermoïdes ou épidermoïdes ne peuvent être différenciés des autres **dysembryoplasies de l'intestin post cloacal (tailgut cyst ou hamartomes rétro-rectaux )** par l'imagerie . Ce sont **l'absence de muscle lisse** dans la paroi et/ou la présence d'épithélium glandulaire ou transitionnel qui permettent la différenciation histologique

# les kystes rétro-rectaux par anomalie de développement

## take home message

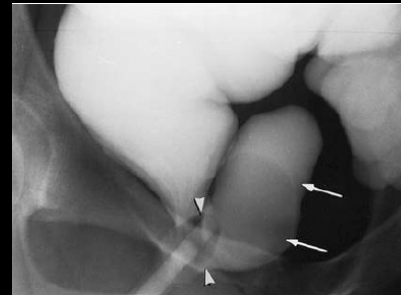
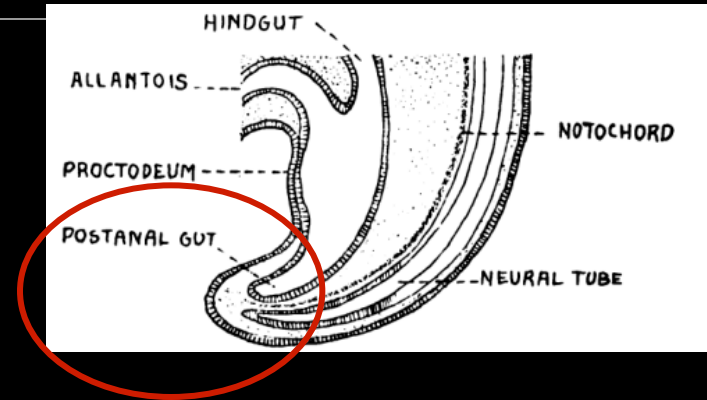
-ce sont des lésions rares , rencontrées le plus fréquemment da la 4<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> décennie , avec un sex ratio H / F de 1 / 3

50 % sont a ou paucisymptomatique mais l'excision complète est nécessaire pour éviter le risque de transformation maligne

les présentations cliniques sous forme de **fistules et / ou d'abcès récidivants** sont généralement la conséquence de gestes proctologiques inadaptés sur des lésions non reconnues

leur **topographie essentiellement rétro-rectale** est caractéristique , de même que leur **caractère multiloculé**

sur le plan anatomo-pathologique , la présence de travées musculaires lisses mal formées , désorganisées , dans les parois du kyste est l'élément distinctif entre les kystes entériques (tailgut cyst et duplications) et les kystes dermoïdes et épidermoïdes



*Kyste épidermoïde compliqué d'une fistule rectale*