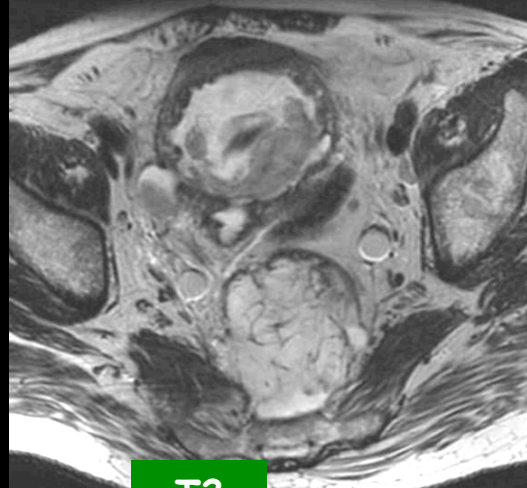
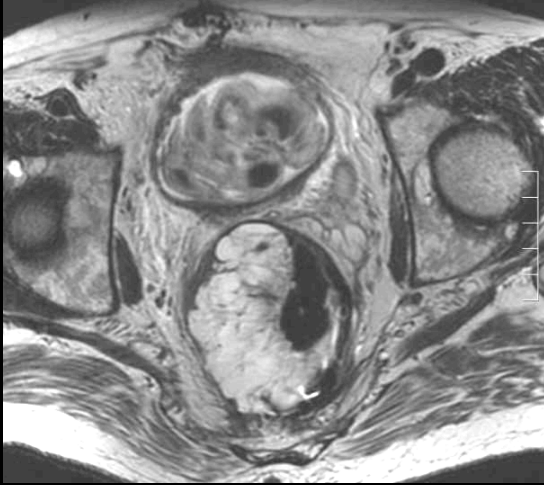
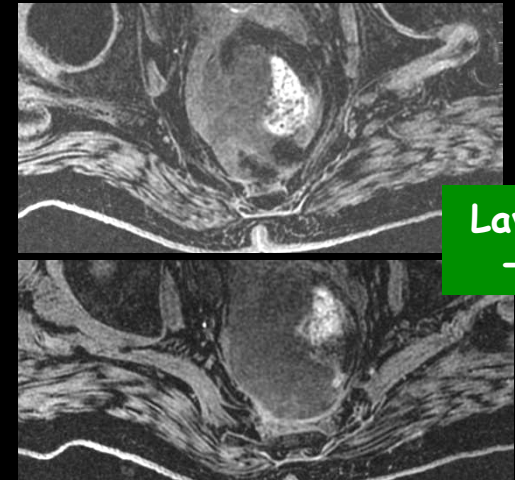
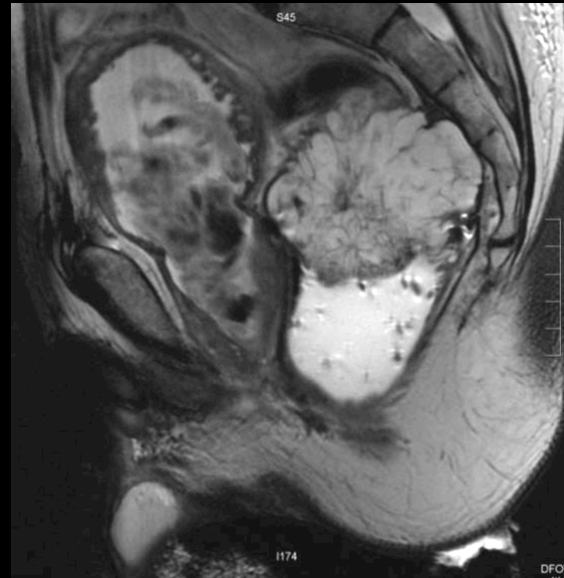
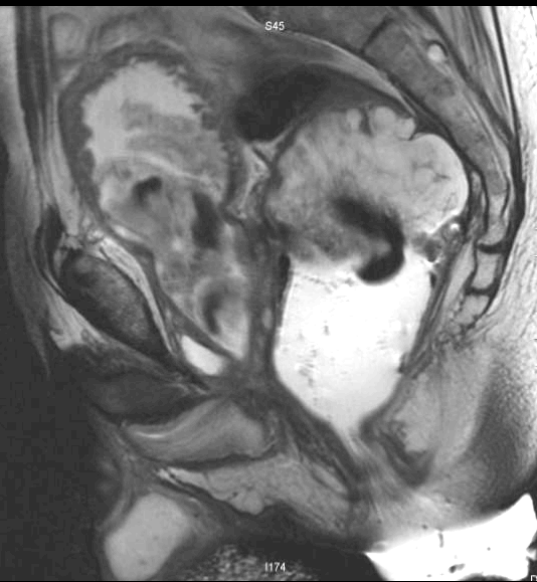
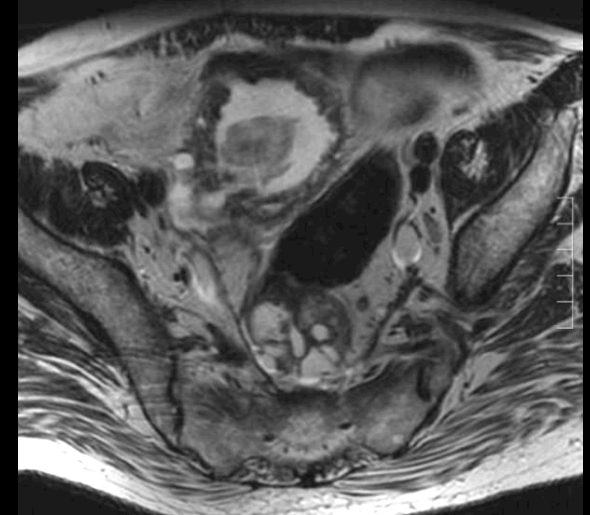


Patient de 75 ans. Bilan d'une tumeur rectale. révélée par une diarrhée glaireuse et des rectorragies Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur cet examen IRM

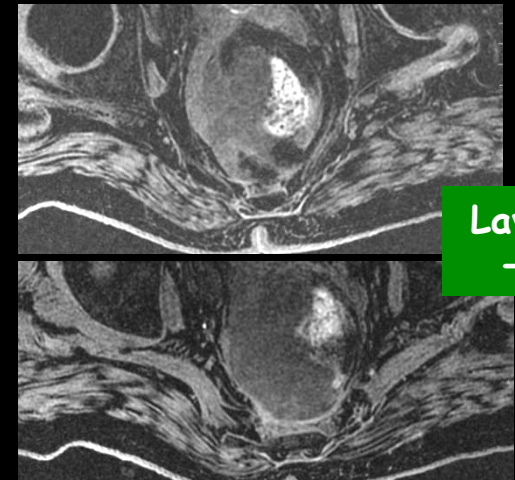
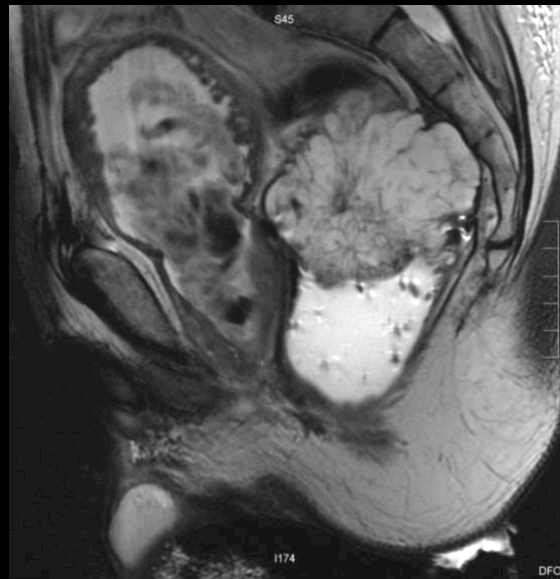
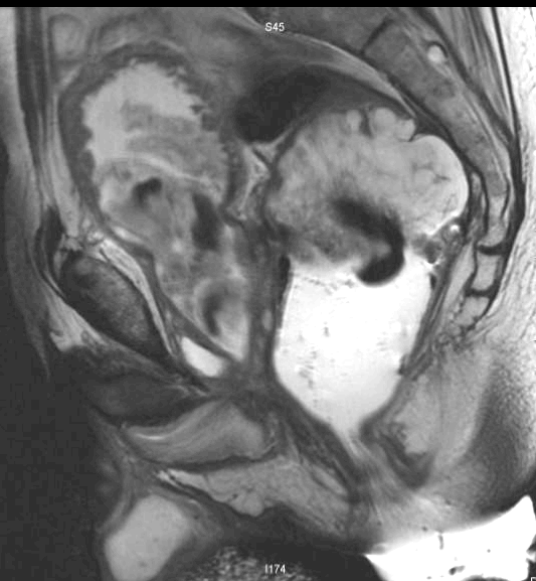
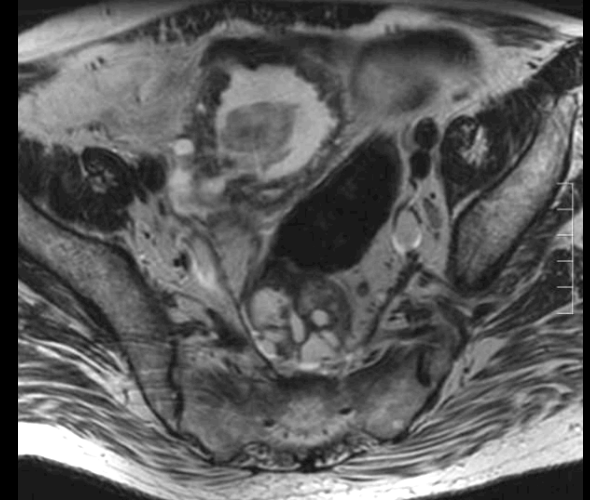
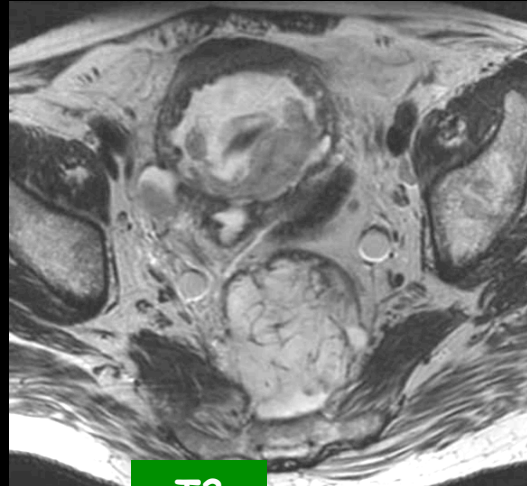
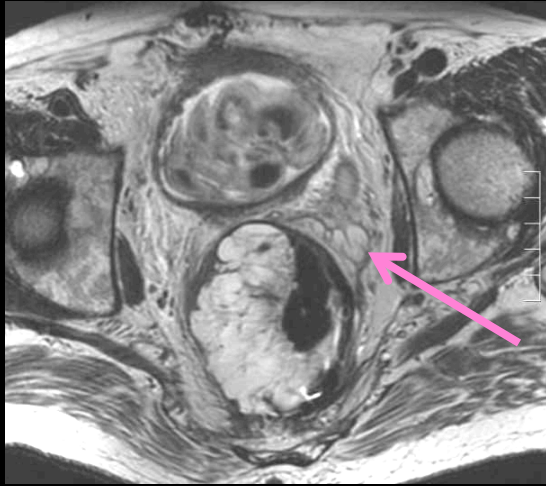


T2



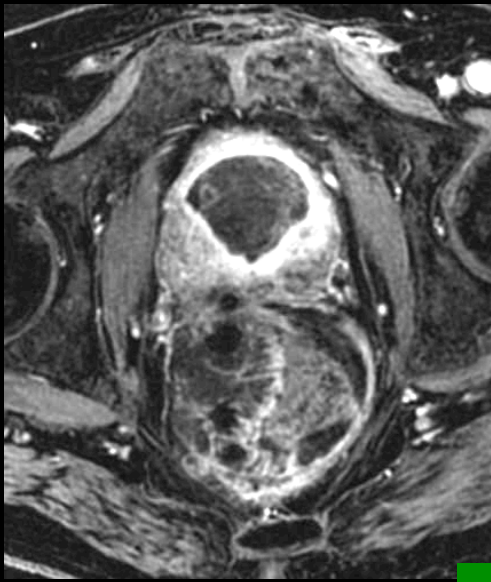
Lava
-

L.LIAO (IHN)

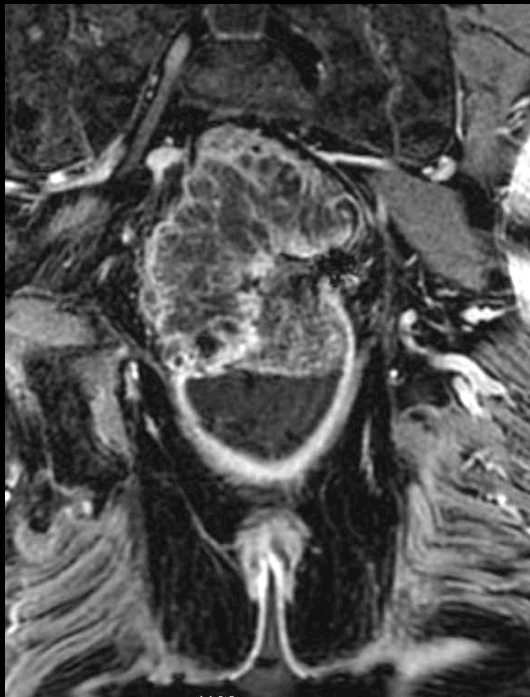
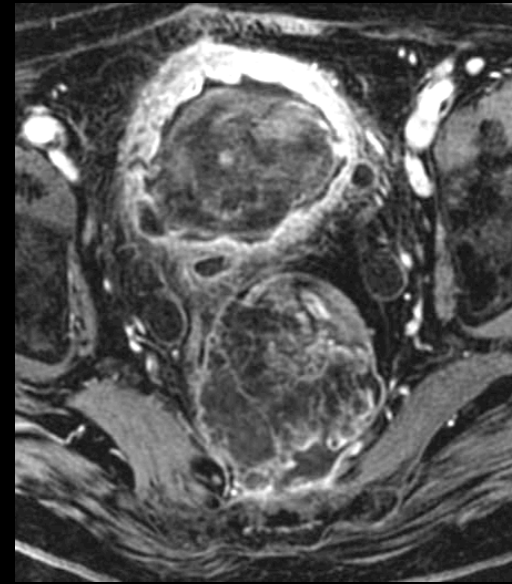
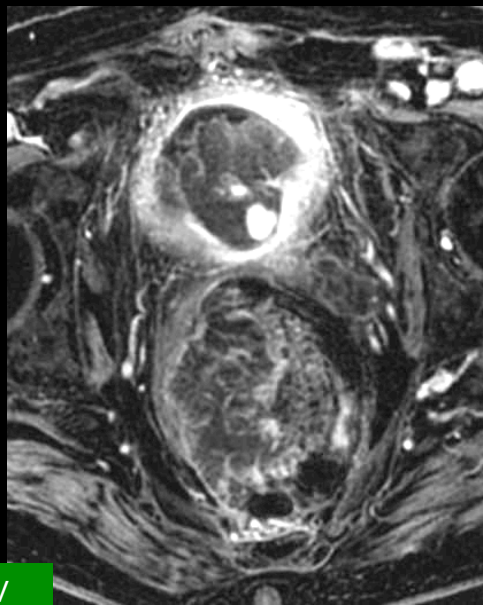


Lava
-

Volumineuse masse tumorale du moyen et du haut rectum bourgeonnante , obstruant totalement la lumière (remplie par du gel d'échographie).
La tumeur apparaît en hyposignal T1, hypersignal T2 marqué, polylobée, avec de nombreux septas.
Extension jusqu'au fascia recti à gauche ; 1 ganglion méso rectal suspect à gauche.
Par ailleurs : volumineuse masse tumorale intra vésicale. polypoïde , en nappe



Lava IV



sur l'acquisition dynamique après injection (pondération T1 FatSat) le rehaussement de la masse polylobée multinodulaire apparait clairement

la prise contraste massive de la paroi vésicale et le bourgeonnement endoluminal sont bien objectivés



au scanner , la lésion rectale est hypodense par rapport aux muscles ; la valeur d'atténuation moyenne est de 33 UH (après injection)

l'épaississement de la paroi vésicale et l'hétérogénéité du contenu sont nettement visibles

la biopsie confirmera le diagnostic d'**adénocarcinome mucineux modérément différencié du rectum** avec atteinte vésicale de même nature . L'exploration gastrique est sans particularité.

Adénocarcinomes mucineux (ou colloïdes) colorectaux

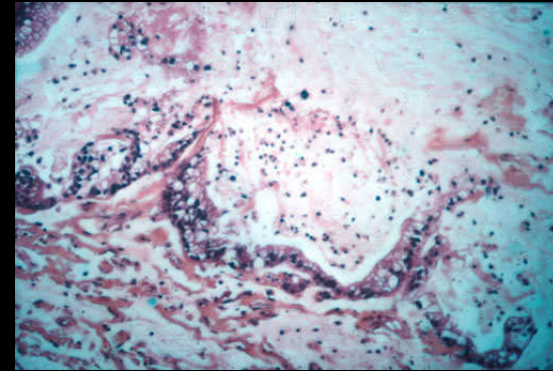
-Sous-type histologique d'adénocarcinome recto-colique correspondant à 10 à 17 % de l'ensemble des adénocarcinomes colorectaux

-sont considérés comme adénocarcinomes mucineux les tumeurs renfermant **au moins 50 % de mucus extracellulaire**

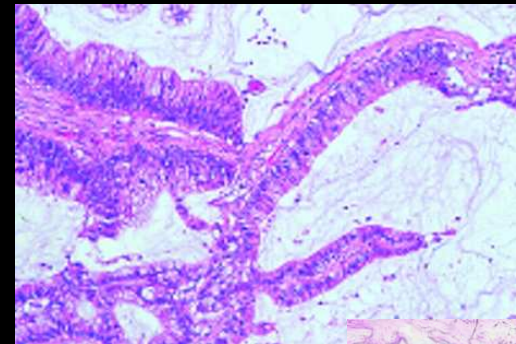
-touche **le sujet plus jeune** . SR :1

-siège préférentiellement sur le recto-sigmoïde (70 %) dans certains travaux récents mais classiquement sur le colon droit

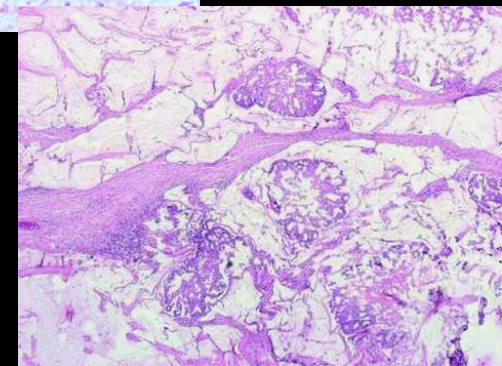
-sporadique dans 99% des cas



vastes plages de mucus au sein desquelles flottent des cellules carcinomateuses isolées ou en amas



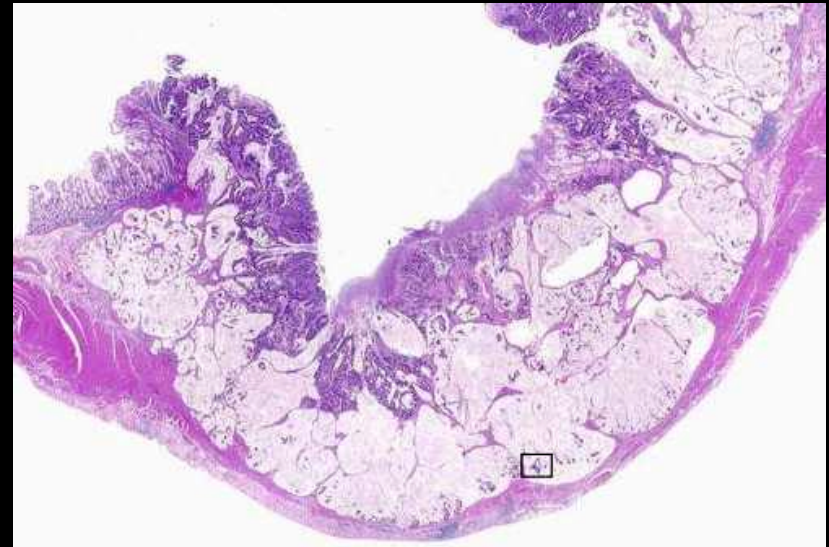
adénocarcinomes mucineux



-tumeurs agressives, infiltrantes, de **mauvais pronostic** car la présence de mucus facilite la dissémination cellulaire.

-association statistiquement significative avec des **antécédents de fistules anales** pour les localisations rectales.

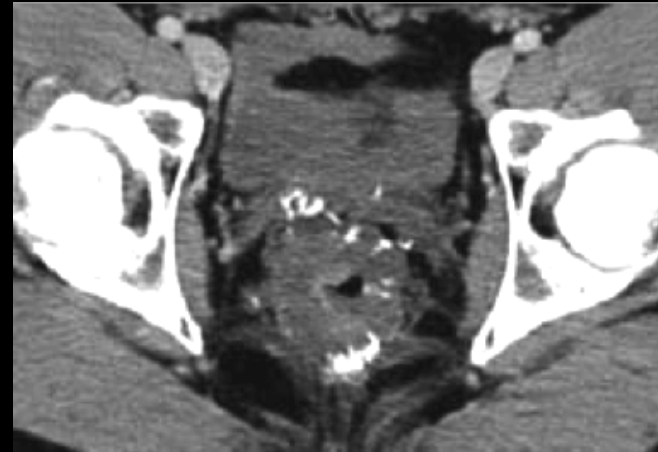
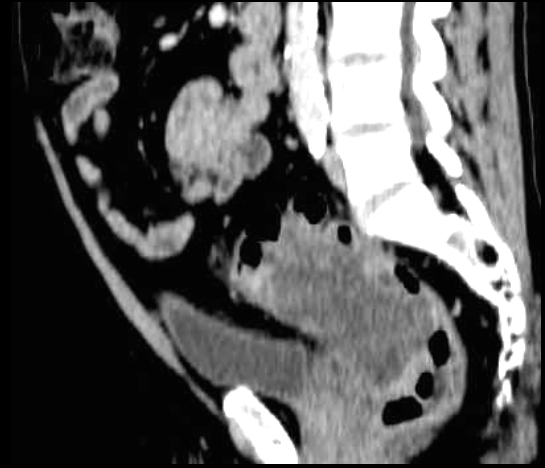
-histologie : adénocarcinome avec un contingent colloïde > 50%. Si la lésion renferme moins de 50 % de mucine , elle est classée comme adénocarcinome avec contingent mucineux



adénocarcinome
mucineux

imagerie des adénocarcinomes mucineux (colloïdes) ; cad dont plus de 50 % du volume de la lésion est constitué de mucines extracellulaires

TDM : Epaissement pariétal **hypodense**, densité quasi liquidienne
Calcifications possibles



IRM :

Hypersignal T2 (mucine extra cellulaire) : intensité de l'hypersignal T2 proportionnelle à la fraction de contingent colloïde.

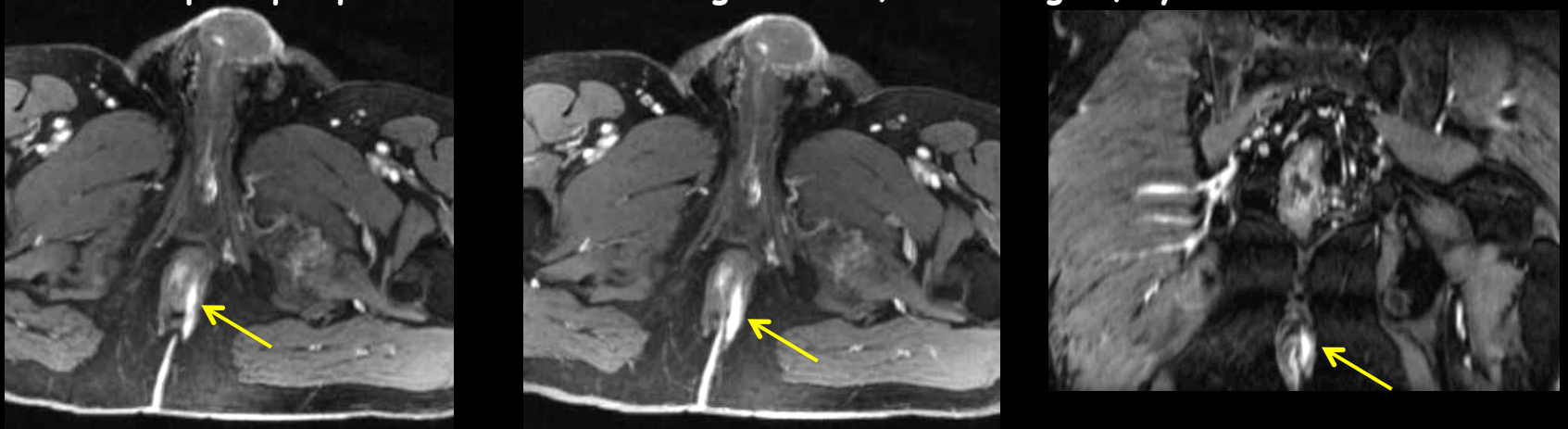
Rehaussement hétérogène principalement périphérique (septal cloisonnant la mucine).



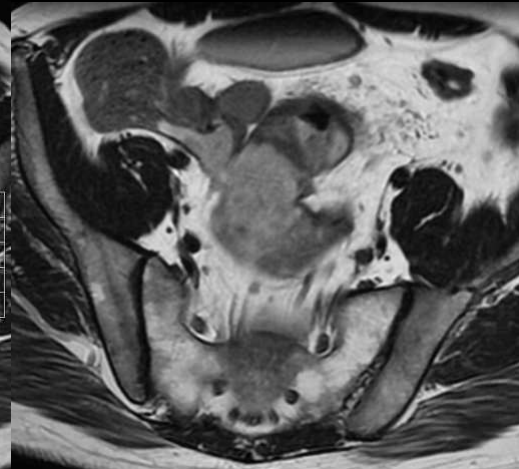
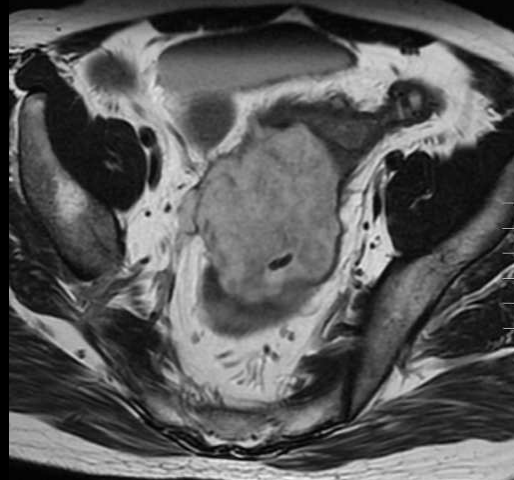
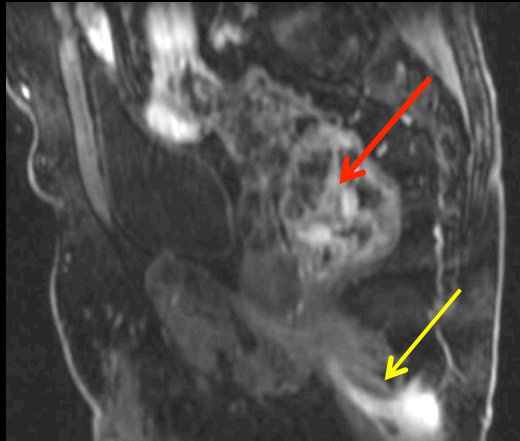
association ADK mucineux rectal avec des antécédents de **fistules anales**+++

Patient de 47 ans. ATCD de fistule ano périnéale et d'abcès para rectal (15 ans auparavant).

Depuis quelques semaines : selles glaireuses, rectorragies, syndrome rectal.

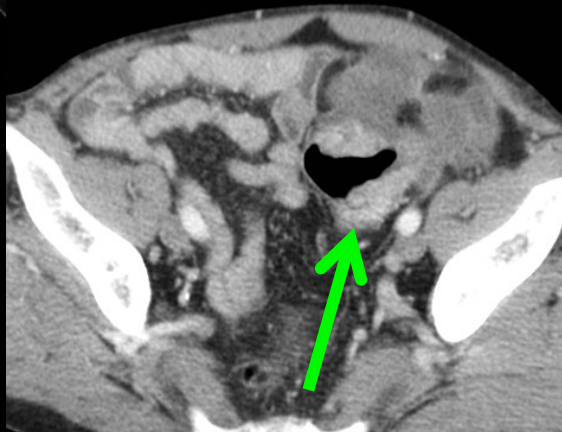
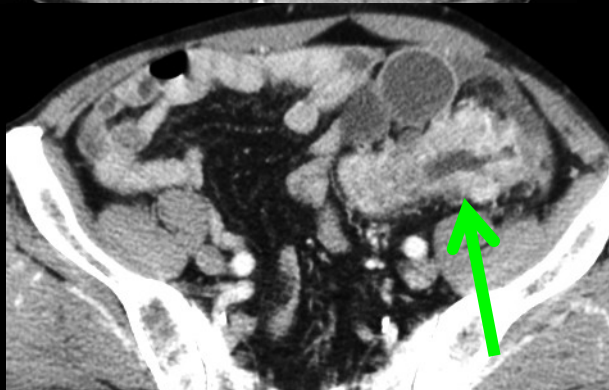
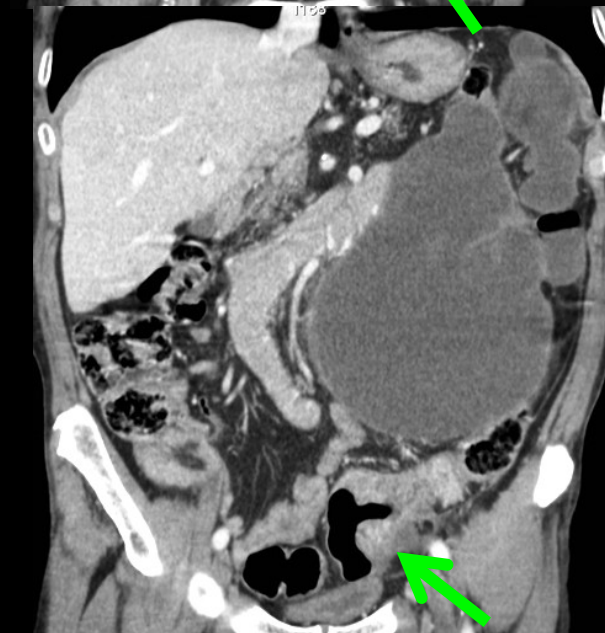
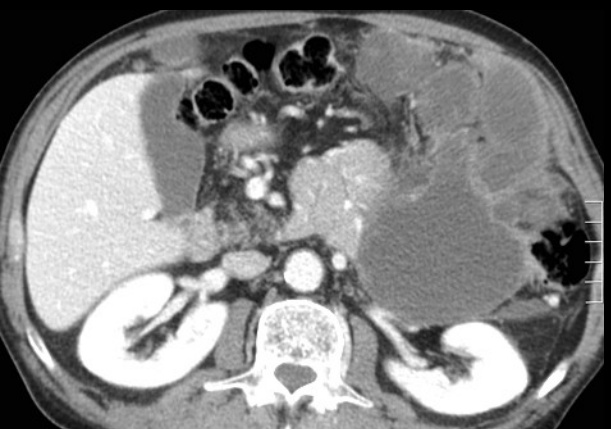
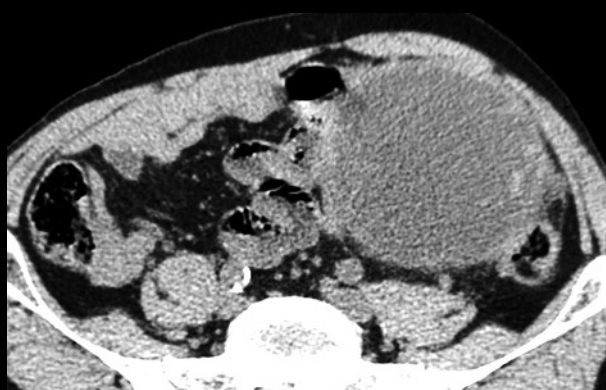
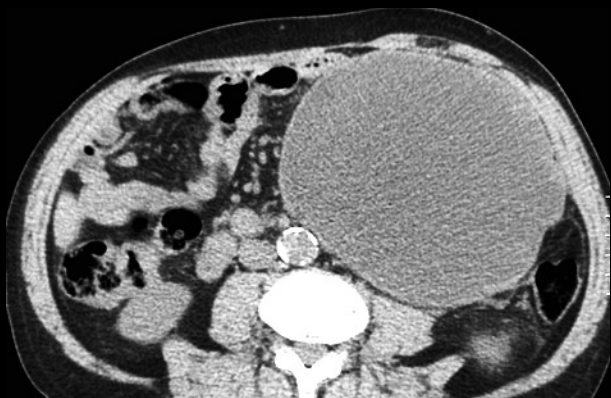


Fistule anale postéro-latérale gauche , ancienne, non active.

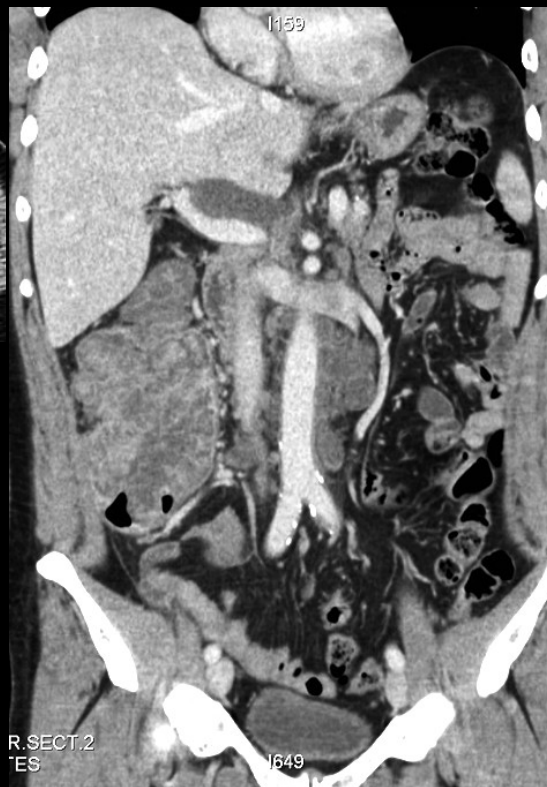
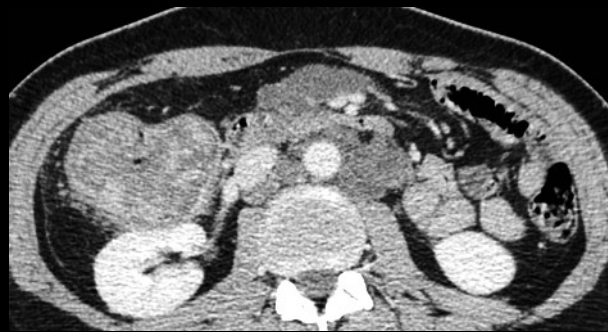
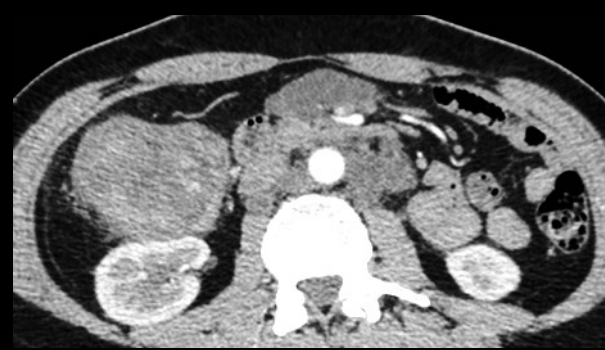


Volumineuse lésion tumorale rectale et sigmoïdienne en hypersignal T2.

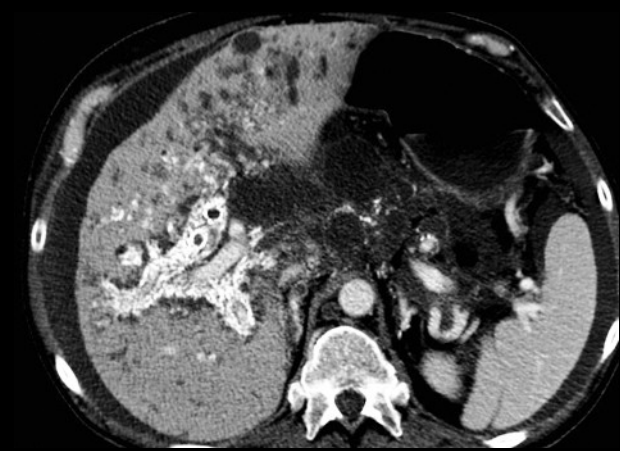
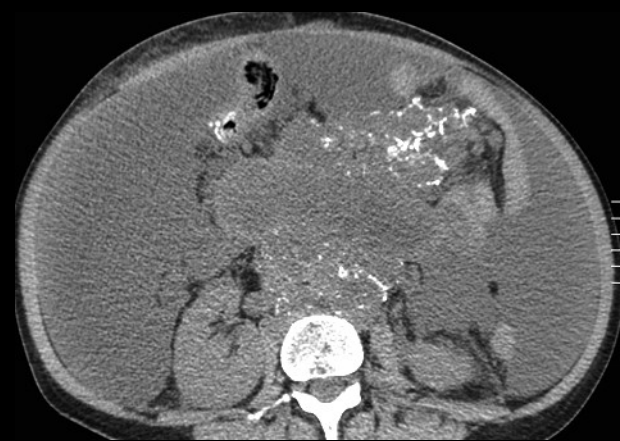
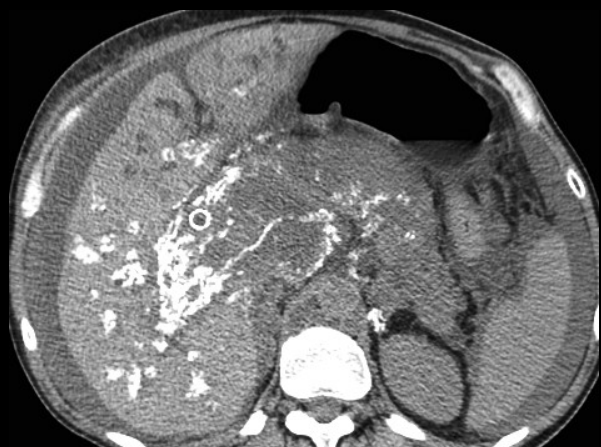
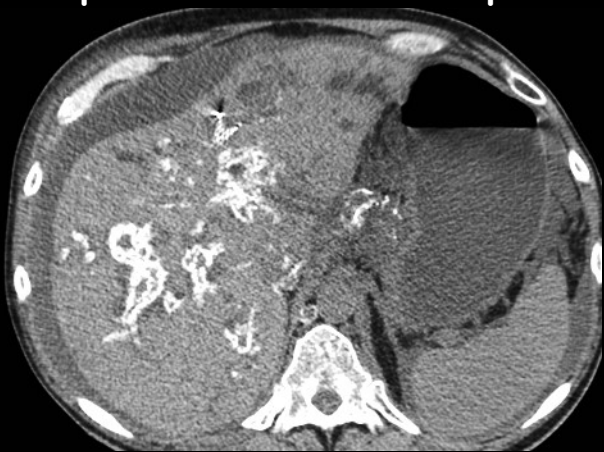
-homme 78 ans , masse abdominale ,baisse de l'état général ; diarrhée
-**adénocarcinome mucineux du sigmoïde avec pseudomyxome péritonéal (ascite gélatineuse)**

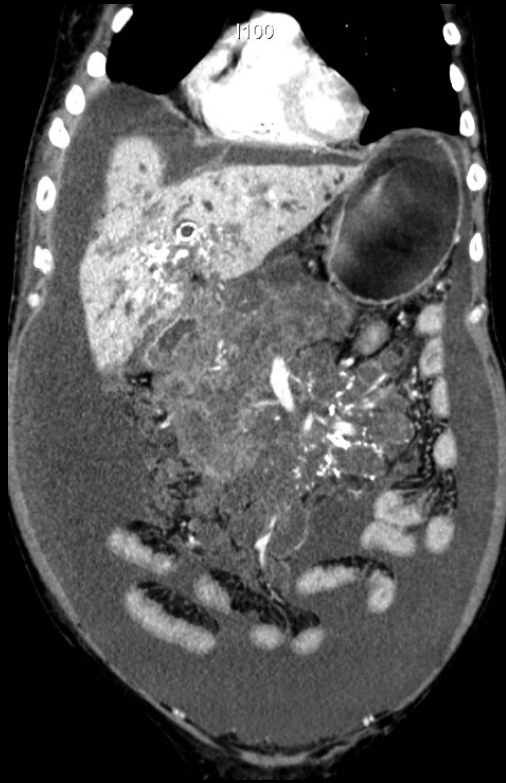
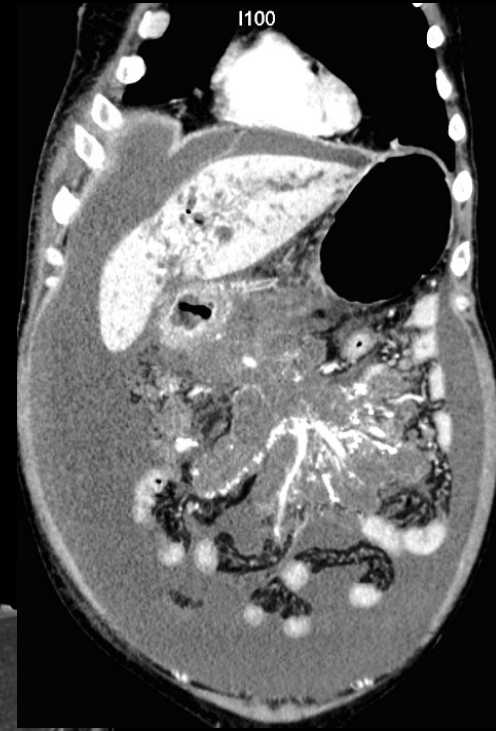
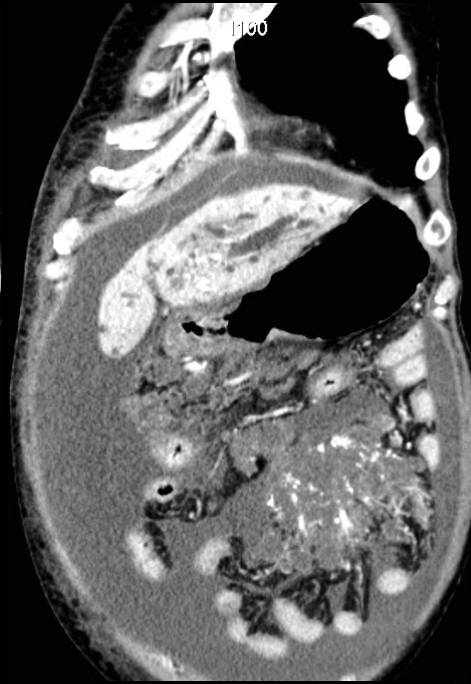


-homme 49 ans , masse de l'hypochondre droit ,baisse de l'état général ; diarrhée
-grosse masse colique droite hypervascularisée hétérogène sans retentissement mécanique d'amont ; adénopathies hypodenses rétropéritonéales et du pédicule hépatique
-histologie : **adénocarcinome mucineux** avec dissémination ganglionnaire massive

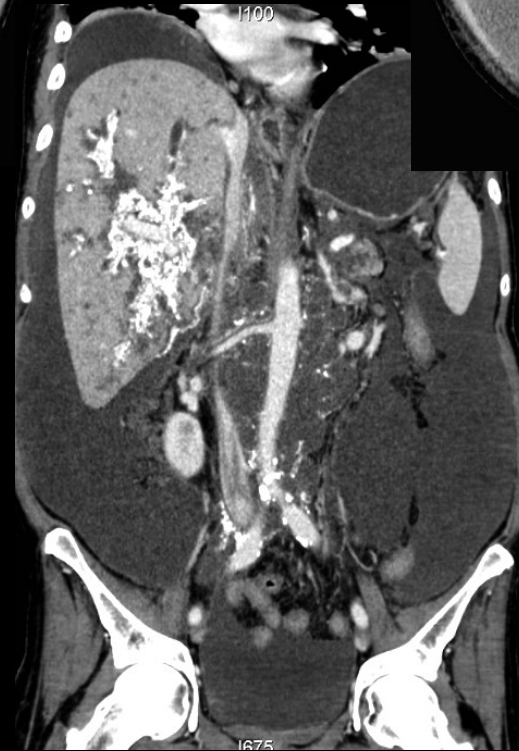


-même patient **2 ans plus tard** après traitements multiples dont antianaioaéniques





-en 2 ans , sous chimiothérapie , le patient a développé une calcification massive des lésions de carcinose exsudative ascitique , avec une répartition très préférentiellement périvasculaire (lymphatique ??) , dans le mésentère et dans le pédicule hépatique.



Adénocarcinomes mucineux à cellules dissociées ou en bague à chaton (signet ring cells adenocarcinoma) ; linite plastique (linitis plastica recto-colique)

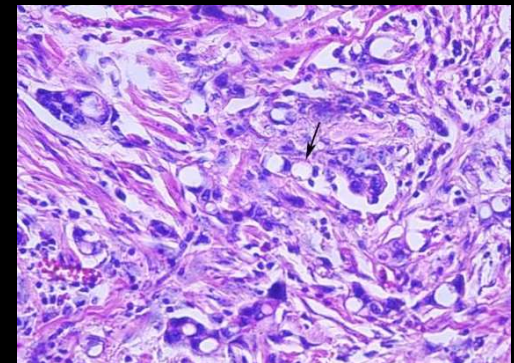
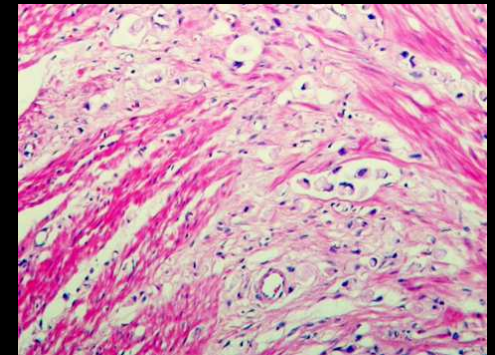
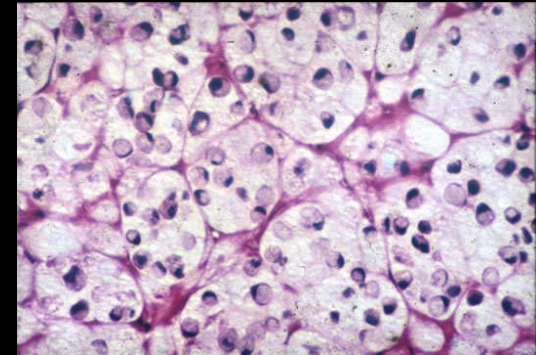
-parmi les autres types histologiques d'adénocarcinome colorectal mucineux ; les exceptionnels **cancers à cellules dissociées "en bague à chaton"** (signet ring cells)

ils représentent 0,1 à 2,4 % de l'ensemble des adénocarcinomes colorectaux et correspondent à des cellules dont les très grosses vacuoles mucineuses refoulant les noyaux ont été vidées de leur contenu par la déshydratation au cours de la fixation .

il faut **plus 50 % de cellules en bague à chaton** pour classer la lésion dans ce groupe ; en dessous de 50 % de cellules en bague à chaton , ils sont classés comme adénocarcinome avec contingent de cellules en bague à chaton

ils peuvent être associés à de la mucine extracellulaire et sont classés comme adénocarcinomes mucineux si plus de 50 % de la lésion sont constitués de mucine extracellulaire

adénocarcinomes à cellules en bague à chaton (signet ring cells) ; stroma réaction conjonctive collagène majeure expliquant l'aspect infiltrant "linitique" .



lorsque la stroma reaction conjonctive est majeure , ils revêtent l'aspect macroscopique de linite (linitis plastica)

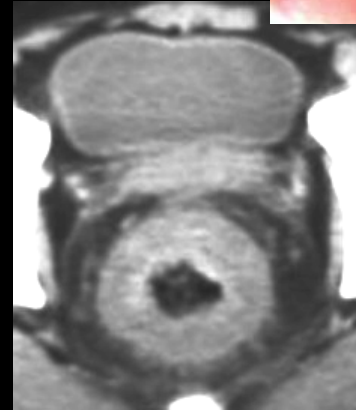
ils ont une **propension à disséminer dans le péritoine** plutôt qu'à métastaser dans le foie

les adénocarcinomes sur MICI revêtiraient fréquemment cette nature histologique

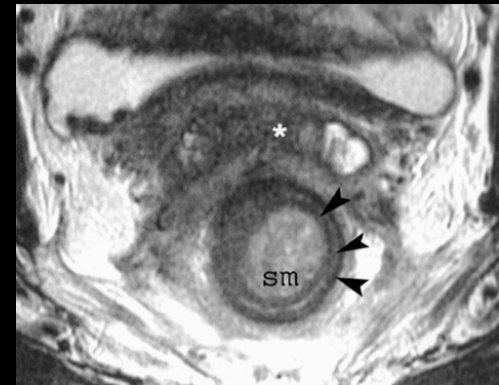
rappelons toutefois que 96 % des adénocarcinomes à cellules dissociées en bague à chaton siègent sur l'estomac ; le colon , la vésicule biliaire , le pancréas , la vessie et le sein se partageant les 4 % restants !

avant de porter le diagnostic de carcinome primitif à cellules en bague à chaton du colon , il faut éliminer formellement une atteinte métastatique d'origine gastrique (ou un carcinome lobaire infiltrant du sein) .

l'immunohistochimie pourrait aider au diagnostic différentiel entre atteinte primitive colique (CK7- ; CK 7 +) et métastase colique d'une linite gastrique (CK 7+ , CK 20 -)

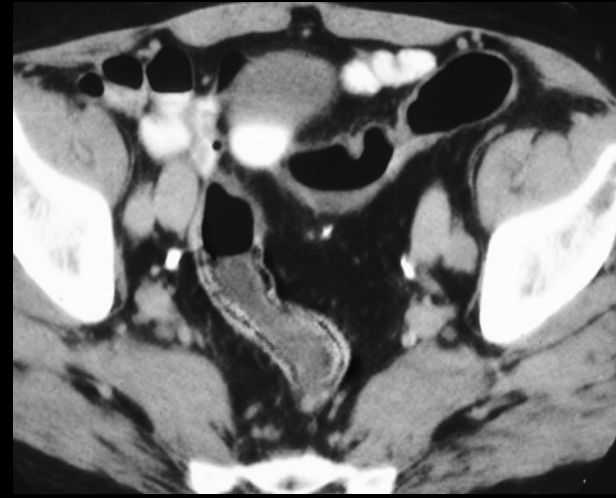


Gastro-entéro clin. biol. 2008 May;32(5 Pt 1):530-1. Epub 2008 Mar 26

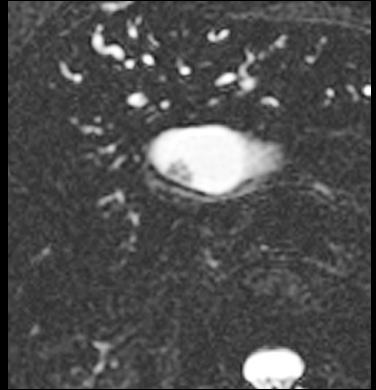
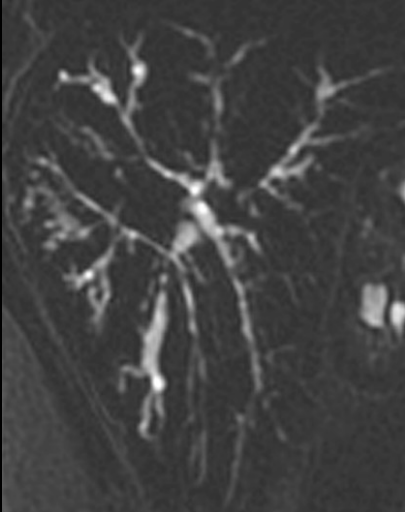


AJR August 2003 vol. 181 no. 2428-430

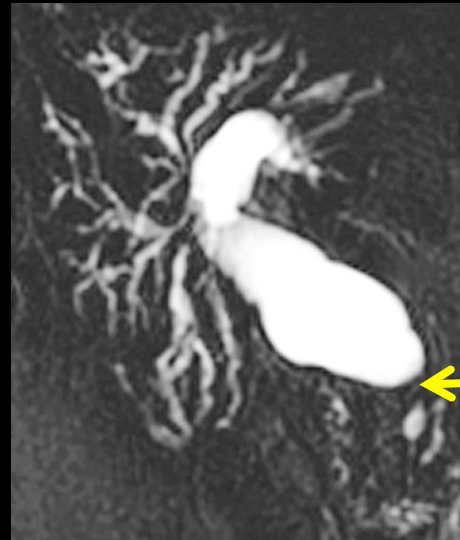
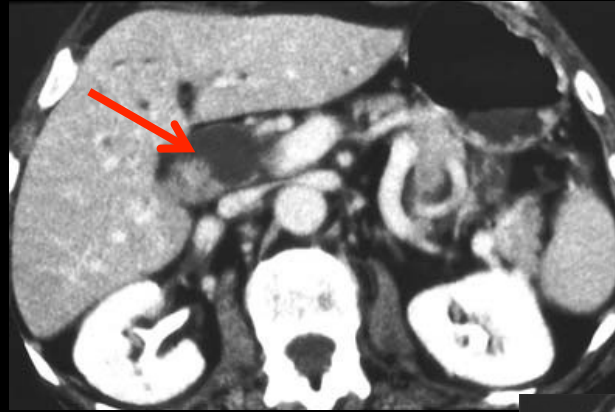
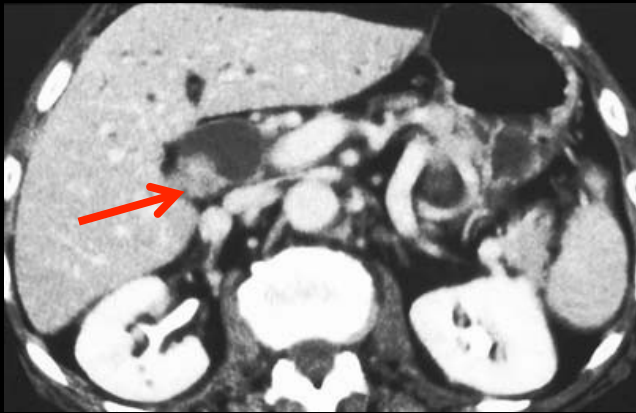
-homme 47 ans , RCUH évoluant depuis 30 ans , quiescente depuis 20 ans douleurs abdominales
cholestase avec prurit



adénocarcinome "pseudo-linitique" , à cellules dissociées ,en bague à chaton, de l'angle colique droit . 'métaplasie graisseuse" de la sous muqueuse du recto sigmoïde , colon court tubulisé avec micro rectum



-chez le même patient :
cholangite sclérosante primitive et
cholangiocarcinomes multiples (bourgeonnants et sténosant) de la voie biliaire principale (cholécystectomie réalisée en même temps que la chirurgie colique)



-chez le même patient :
cholangite sclérosante primitive
et cholangiocarcinomes multiples
(bourgeonnants et sténosant) de
la voie biliaire principale

Cancer colique "pseudo-
linitique" , à cellules dissociées
de l'angle droit opéré 2 ans
auparavant

-messages à retenir

-les **adénocarcinomes mucineux recto coliques** représentent 15 à 17 % de l'ensemble des adénocarcinomes de ce segment digestif. Les données épidémiologiques ne sont pas toujours concordantes mais il s'agit de lésions survenant assez préférentiellement chez des **sujets jeunes** et touchant avec prédilection le **recto sigmoïde** et le **côlon droit**

-le caractère mucino-sécrétant est un élément péjoratif sur le plan pronostique, la mucine favorisant la dissémination cellulaire, en particulier sur le versant séreux, à l'origine d'une **évolution préférentielle vers la carcinomatose péritonéale** plutôt que vers les métastases hépatiques comme dans les formes habituelles d'adénocarcinome recto colique. Lorsque la sécrétion mucineuse est importante, on peut observer une véritable **maladie gélatineuse du péritoine (pseudo myxome)**. Les lésions mucineuses ont une grande propension à se **calcifier** parfois de façon massive, tant au niveau des métastases hépatiques que dans les atteintes lymphatiques canalaire et ganglionnaires

-certaines formes encore plus rares de tumeurs mucineuses sont représentées par les **adénocarcinomes à cellule dissociées**, " **en bague à chaton**" (**signet ring cells adenocarcinoma**), qui représentent environ 1 % de l'ensemble des adénocarcinomes recto coliques et se caractérisent par une stroma réaction conjonctive collagène conférant aux lésions un **aspect de limite plastique** analogue à celui observé dans les atteintes gastriques du même type.

Ce type de lésion peut se rencontrer en particulier au niveau du rectum ; il faudra toujours éliminer formellement une limite gastrique ou un adénocarcinome lobulaire infiltrant du sein, qui peuvent donner des lésions métastatiques recto-colique pseudo-linitiques