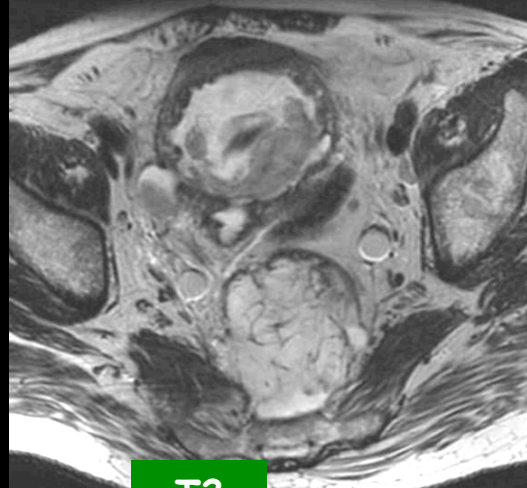
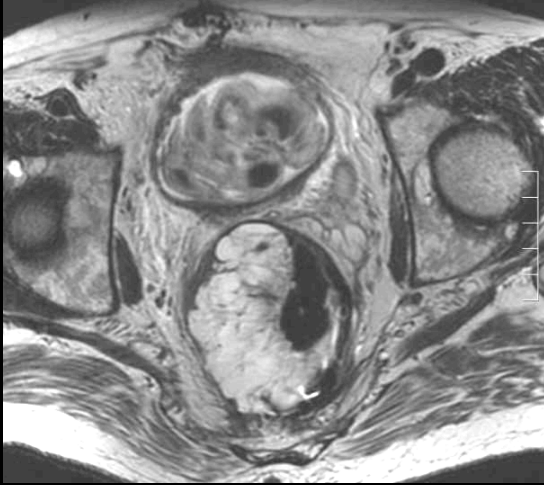
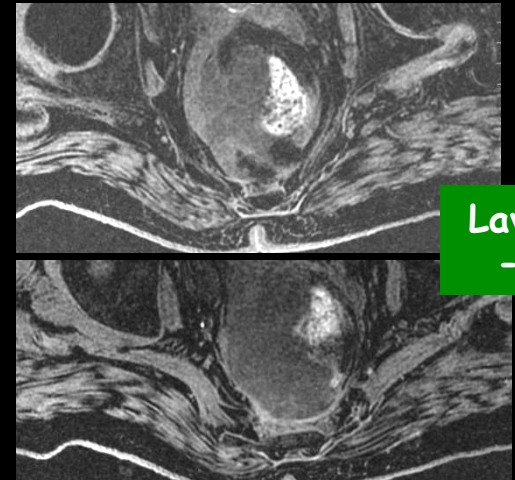
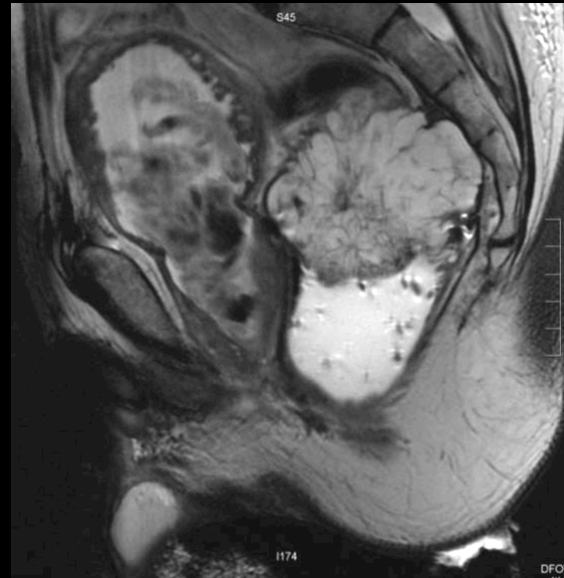
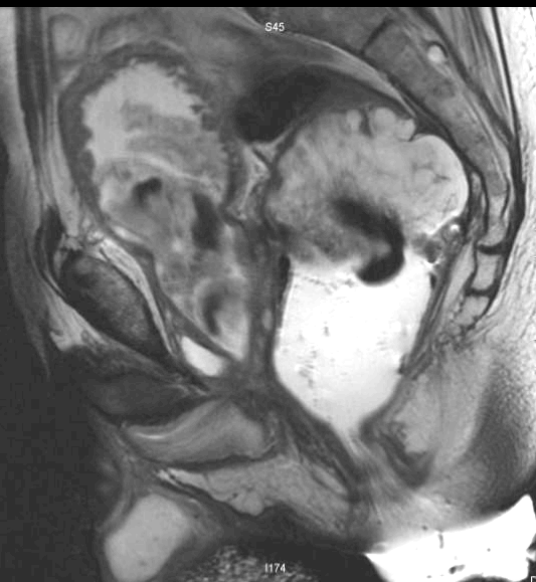
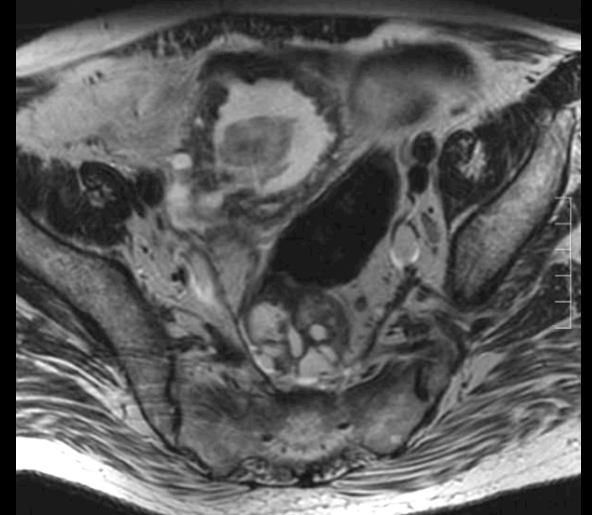


Patient de 75 ans. Bilan d'une tumeur rectale. révélée par une diarrhée glaireuse et des rectorragies Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur cet examen IRM



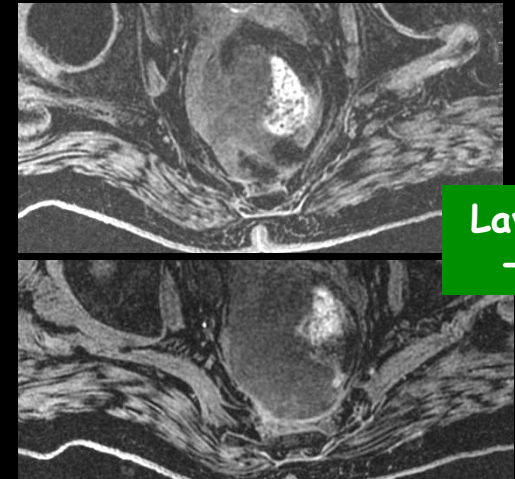
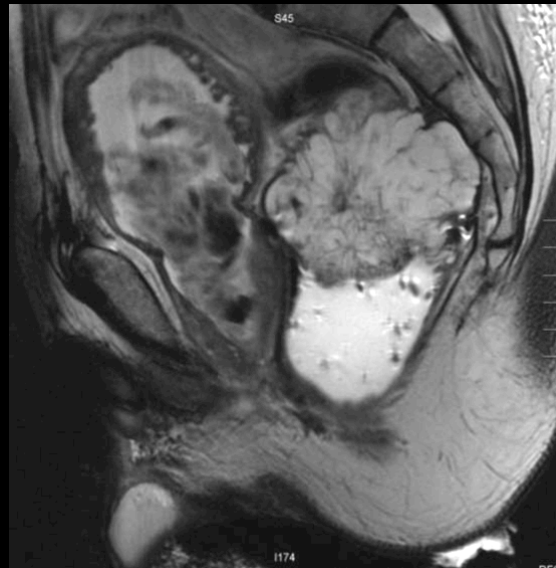
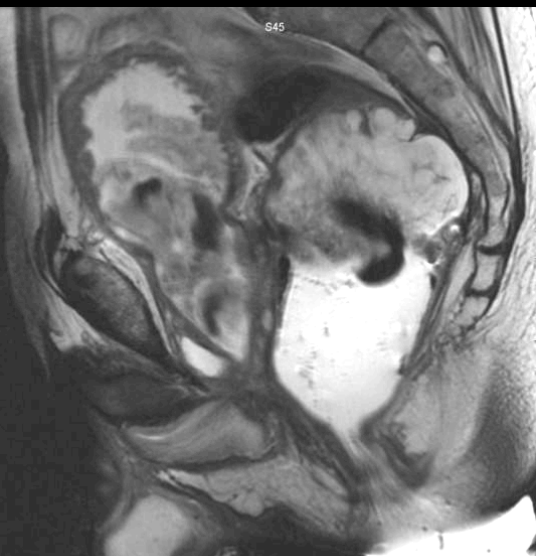
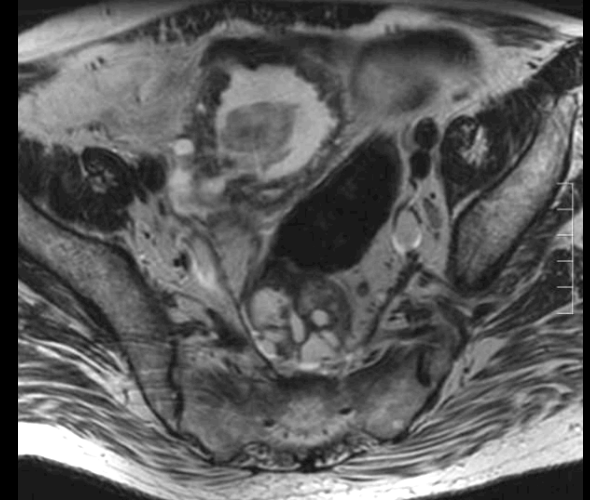
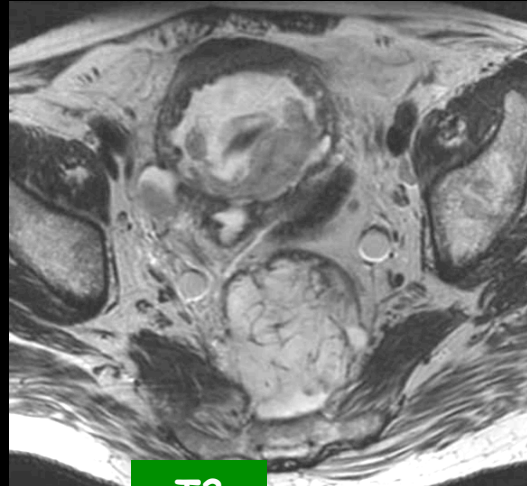
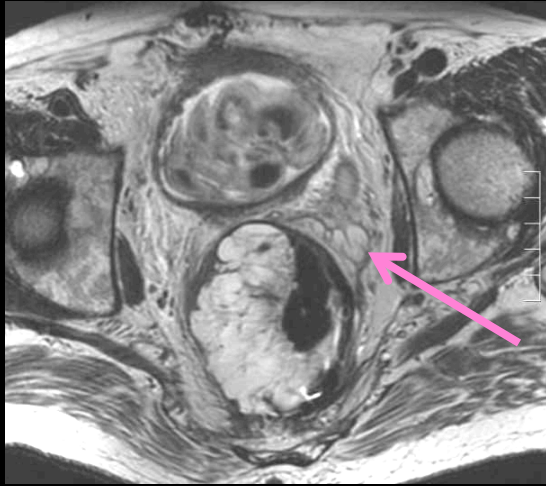
T2



Lava

-

L.LIAO (IHN)

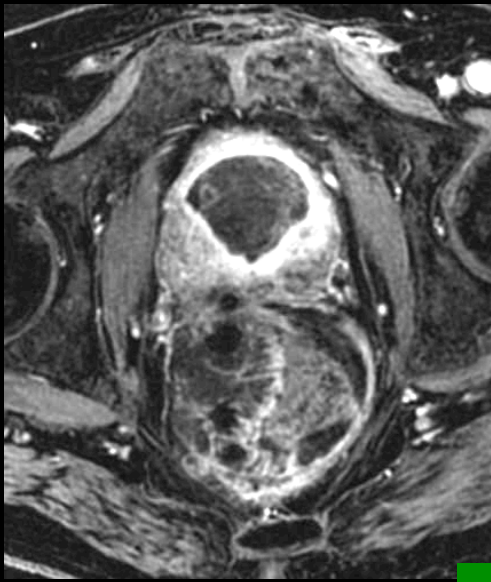


Lava  
-

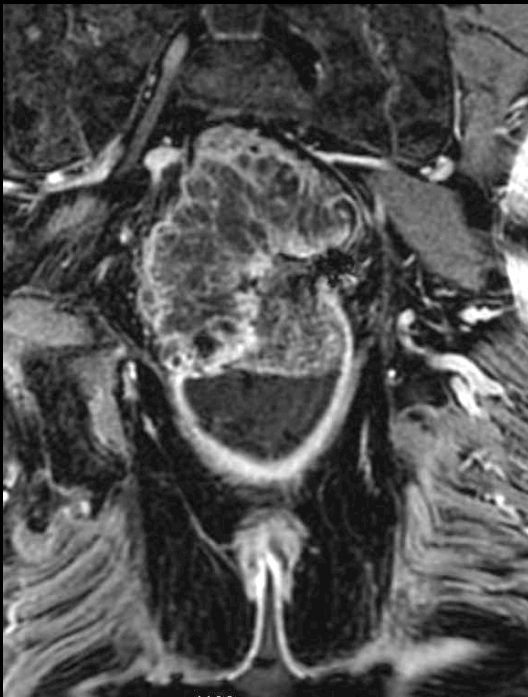
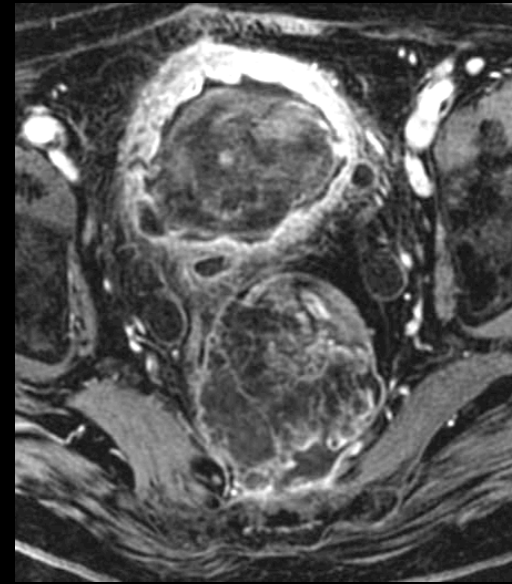
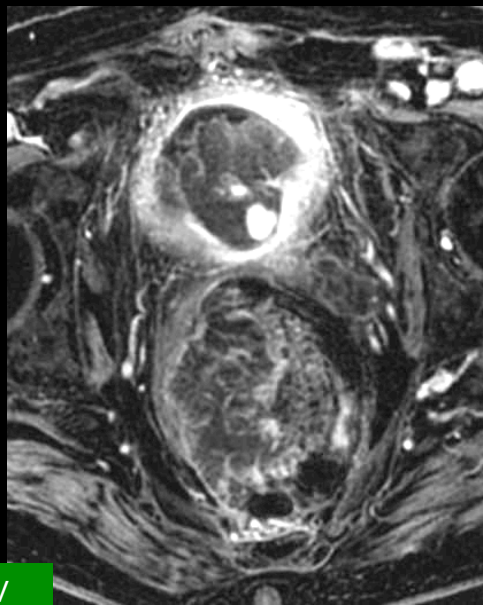
**Volumineuse masse tumorale du moyen et du haut rectum bourgeonnante , obstruant totalement la lumière (remplie par du gel d'échographie).**

**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.**

**Les anomalies de la paroi et du contenu de la vessie sont consécutives à une biopsie hémorragique récente , et sans relation avec la tumeur rectale .**



Lava IV



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

NB : Les remaniements de la paroi vésicale et l'hétérogénéité de son contenu sont en relation avec un examen endoscopique et biopsique récent , compliqué d'un hématome intramural et d'hématuries



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

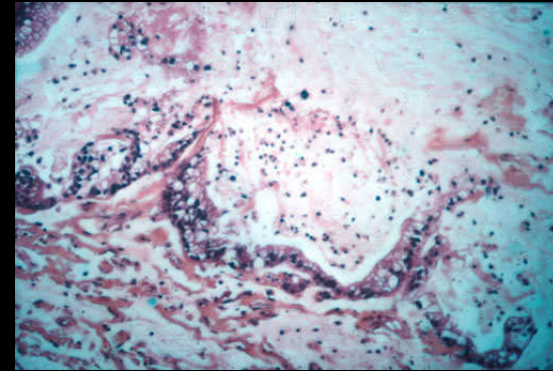
-Sous-type histologique d'adénocarcinome recto-colique correspondant à 10 à 17 % de l'ensemble des adénocarcinomes colorectaux

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

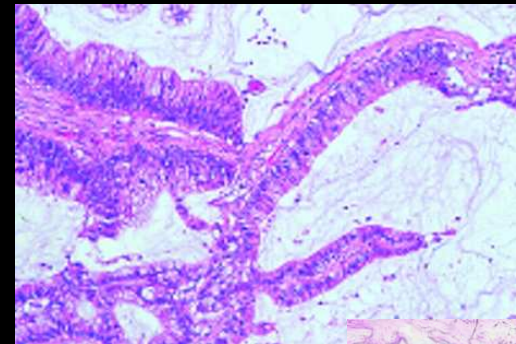
-touche **le sujet plus jeune** . SR :1

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

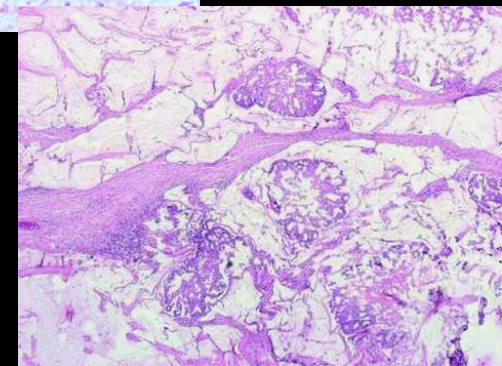
-sporadique dans 99% des cas



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



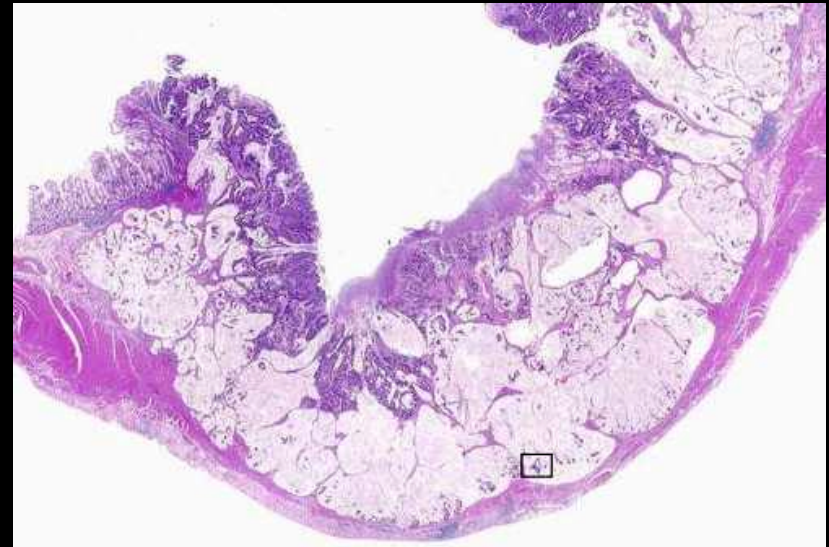
adénocarcinomes mucineux



-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.

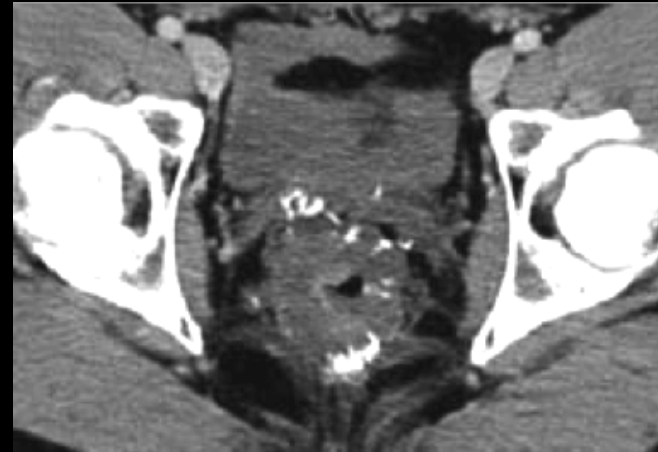
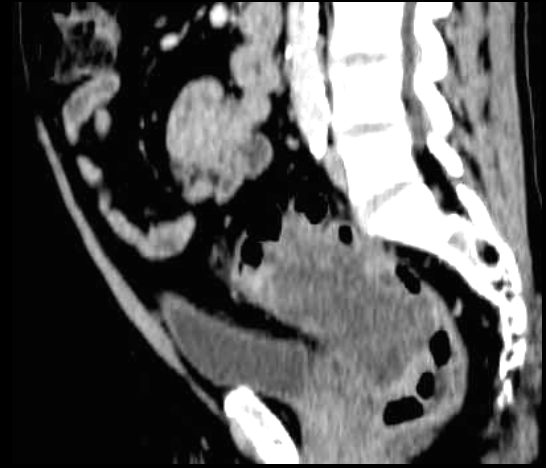
-histologie : adénocarcinome avec un contingent colloïde > 50%. Si la lésion renferme moins de 50 % de mucine , elle est classée comme adénocarcinome avec contingent mucineux



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.

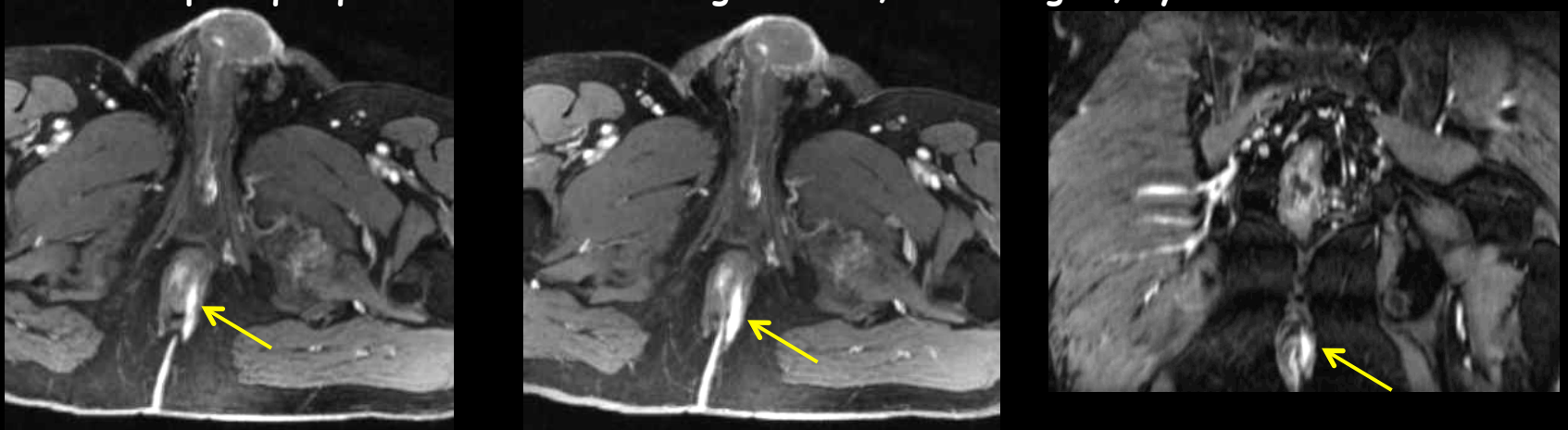
**Rehaussement hétérogène** principalement périphérique (septal cloisonnant la mucine).



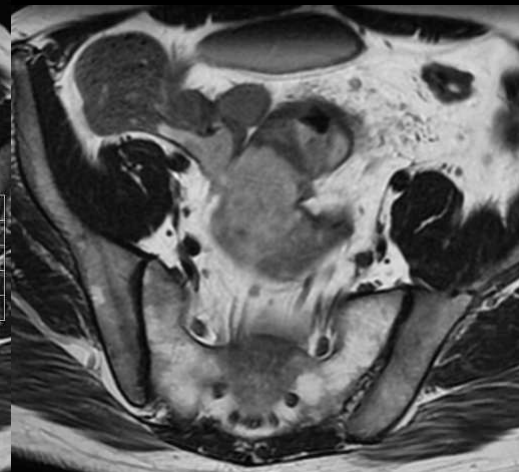
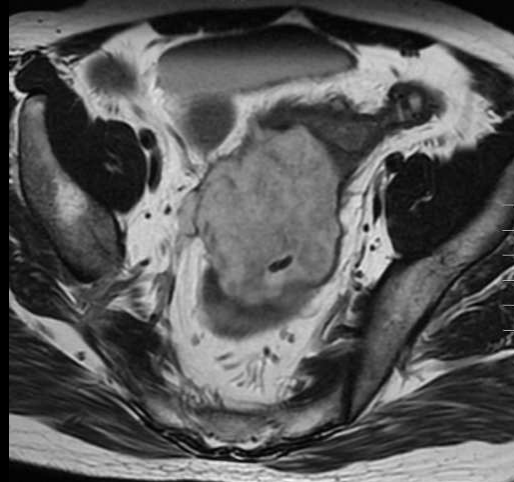
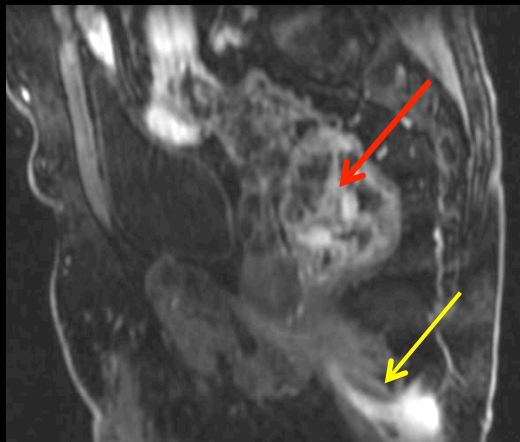
association ADK mucineux rectal avec des antécédents de **fistules anales**+++

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.

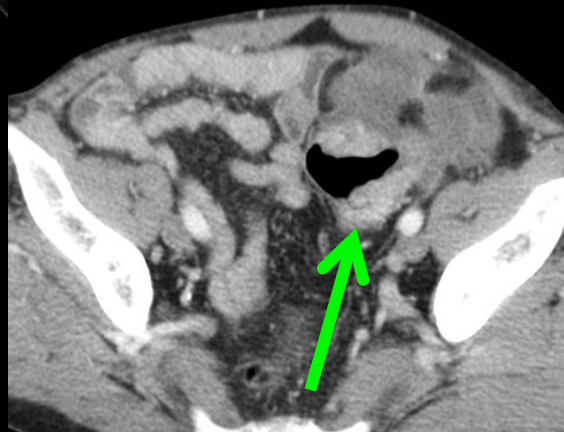
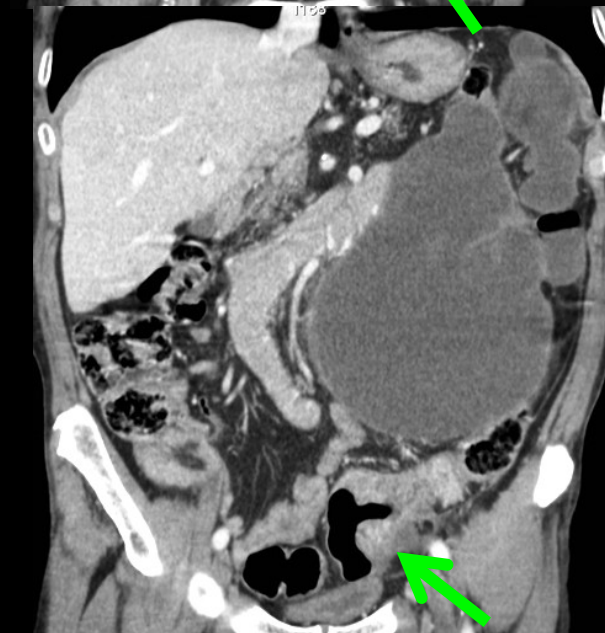
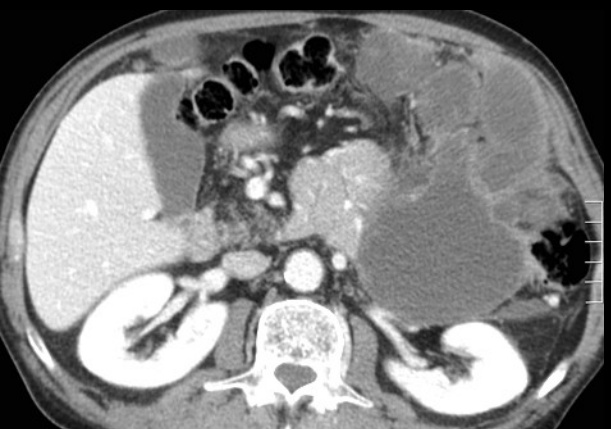
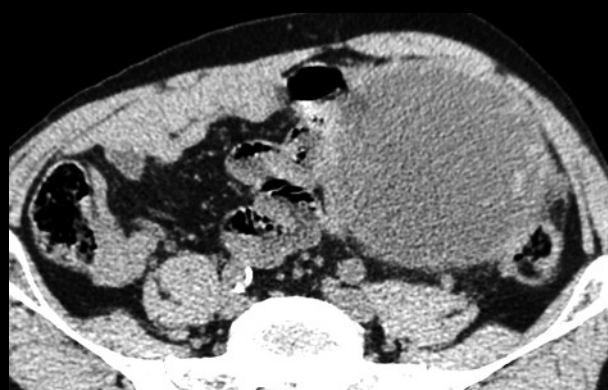
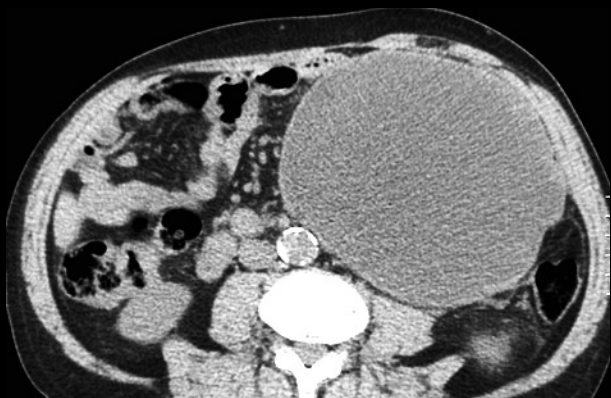


Fistule anale postéro-latérale gauche, ancienne, non active.

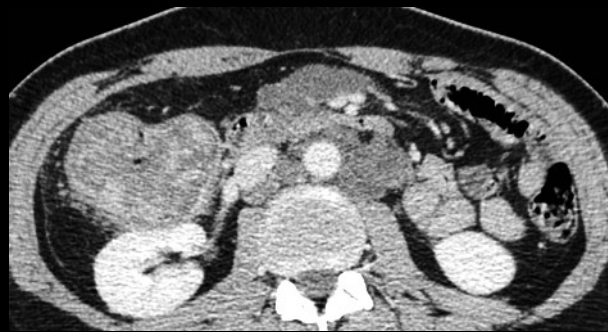
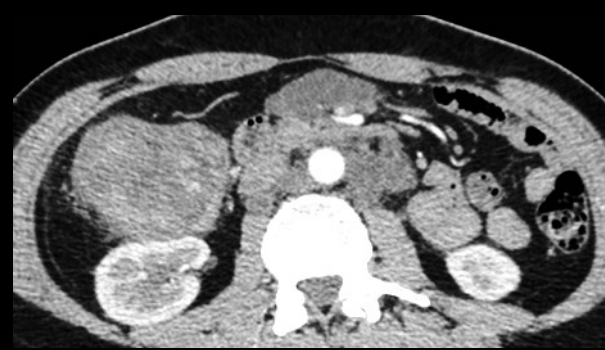


Volumineuse lésion tumorale rectale et sigmoïdienne en hypersignal T2.

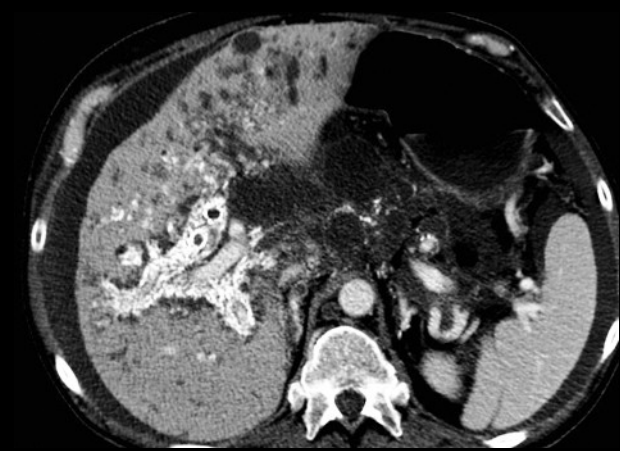
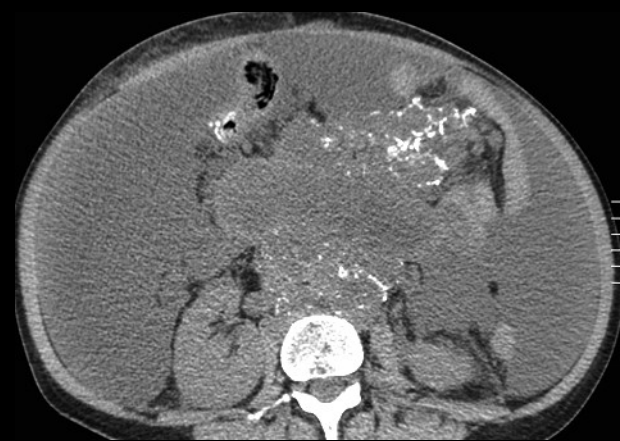
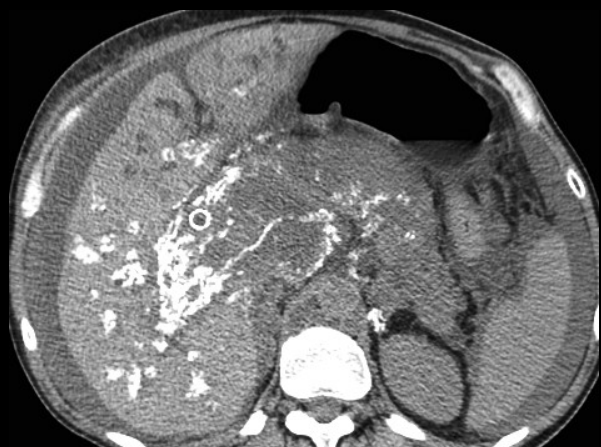
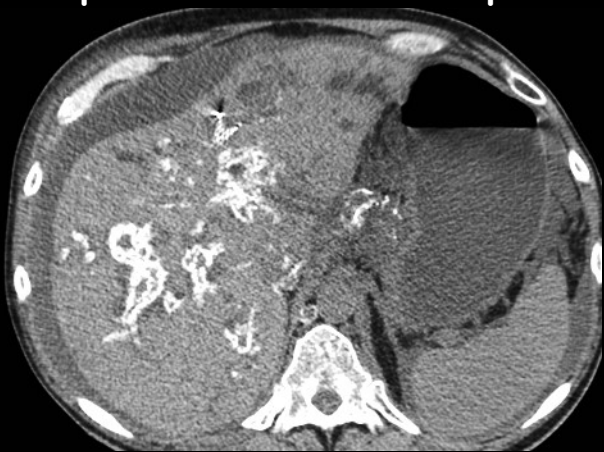
-homme 78 ans , masse abdominale ,baisse de l'état général ; diarrhée  
-**adénocarcinome mucineux du sigmoïde** avec **pseudomyxome péritonéal (ascite gélatineuse)**

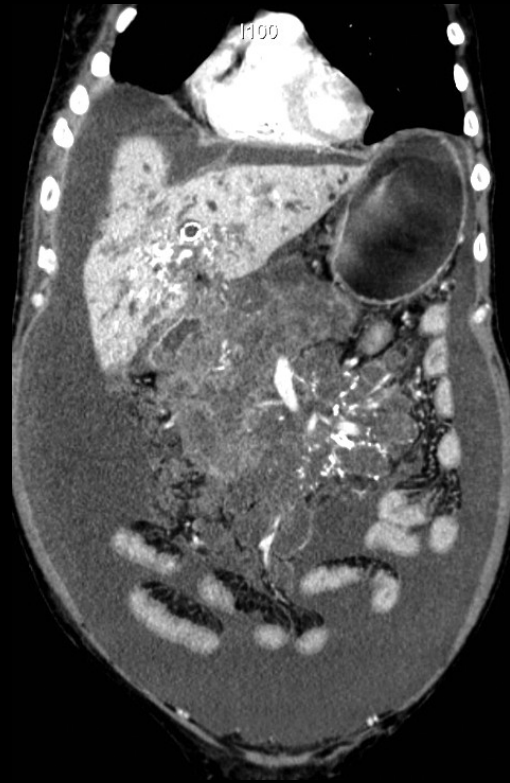
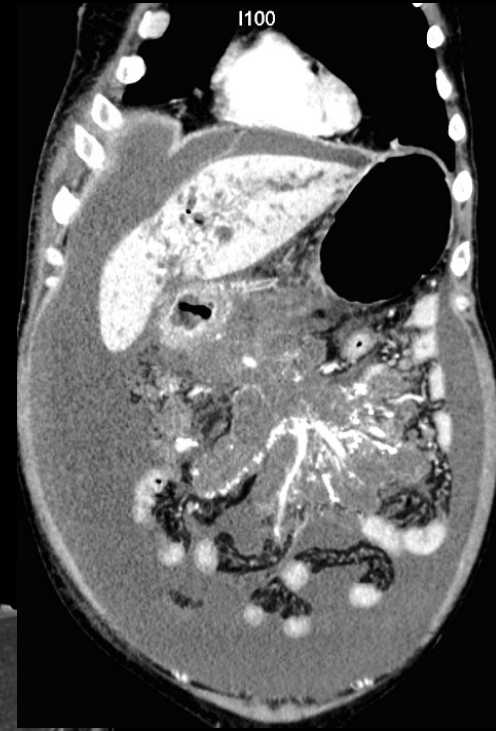
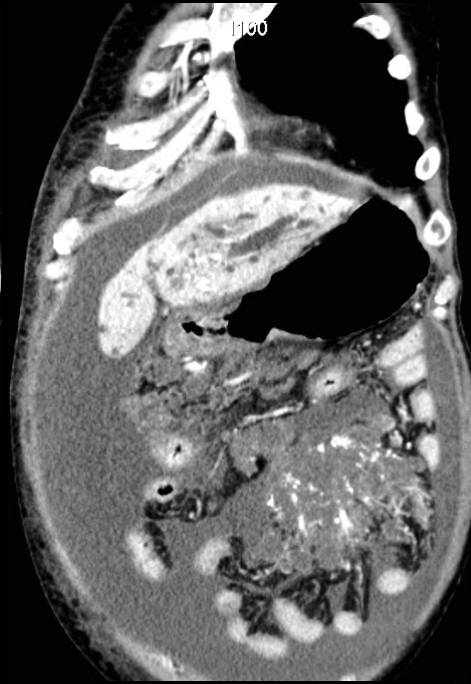


-homme 49 ans , masse de l'hypochondre droit ,baisse de l'état général ; diarrhée  
-grosse masse colique droite hypervascularisée hétérogène sans retentissement mécanique d'amont ; adénopathies hypodenses rétropéritonéales et du pédicule hépatique  
-histologie : **adénocarcinome mucineux** avec dissémination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

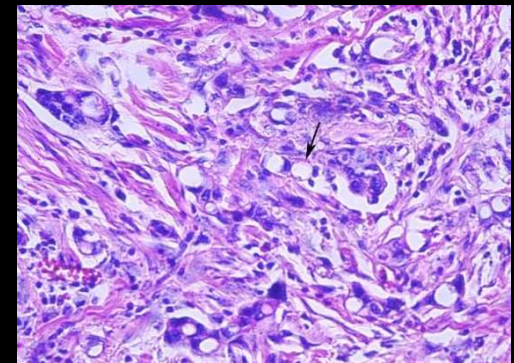
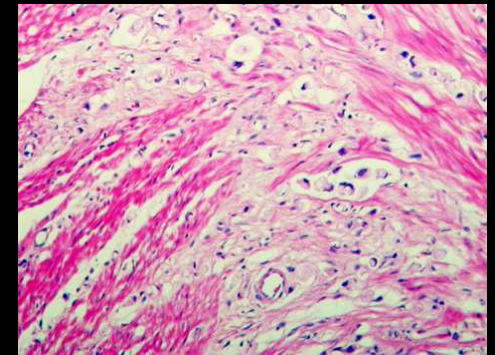
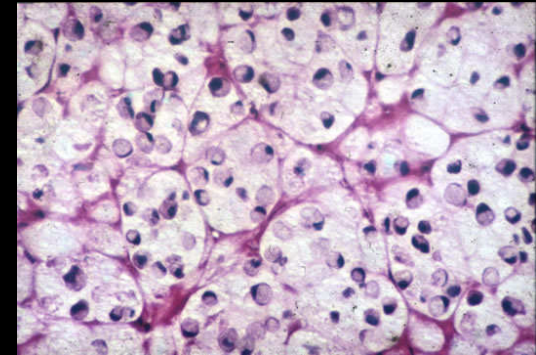
-parmi les autres types histologiques d'adénocarcinome colorectal mucineux ; les exceptionnels **cancers à cellules dissociées "en bague à chaton"** (signet ring cells)

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 )

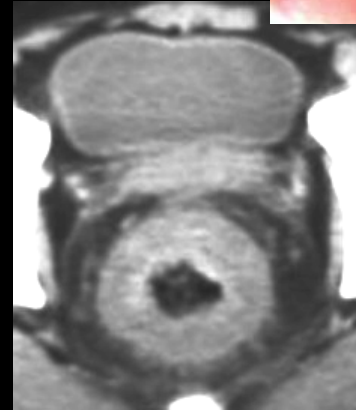
ils ont une **propension à disséminer dans le péritoine** plutôt qu'à métastaser dans le foie

les adénocarcinomes sur MICI revêtiraient fréquemment cette nature histologique

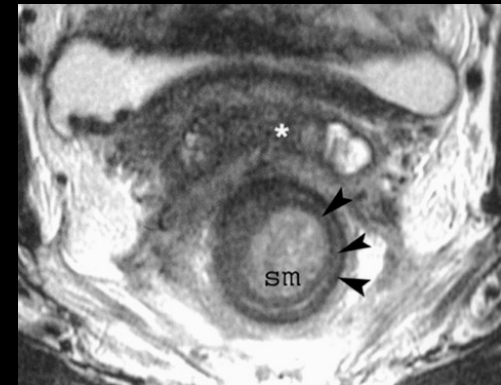
rappelons toutefois que 96 % des adénocarcinomes à cellules dissociées en bague à chaton siègent sur l'estomac ; le colon , la vésicule biliaire , le pancréas , la vessie et le sein se partageant les 4 % restants !

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 -)

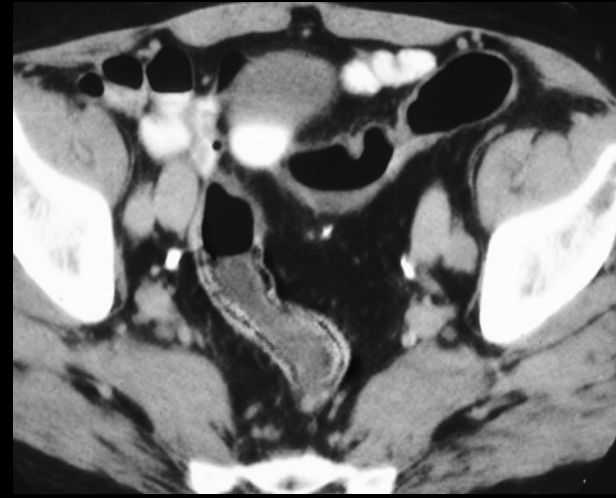


*Gastro-entéro clin. biol. 2008 May;32(5 Pt 1):530-1. Epub 2008 Mar 26*

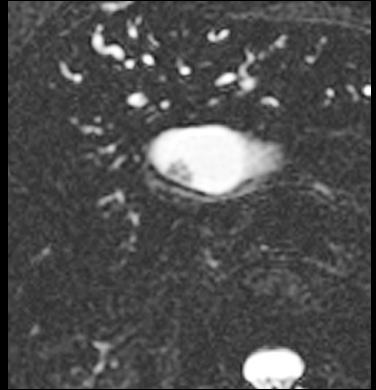
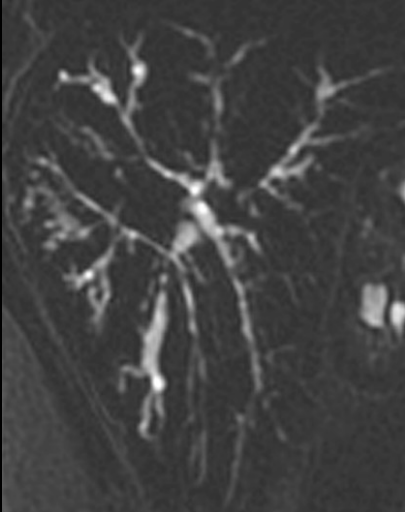


*AJR August 2003 vol. 181 no. 2428-430*

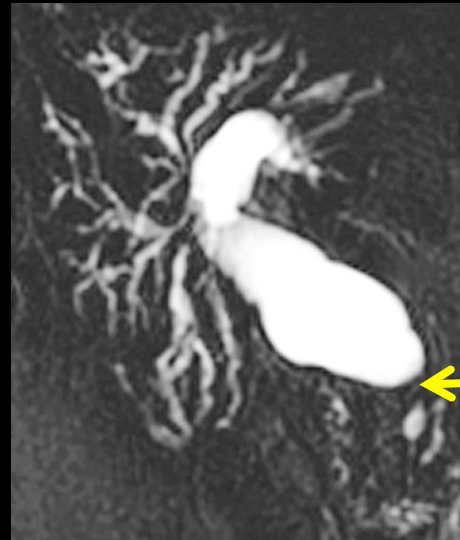
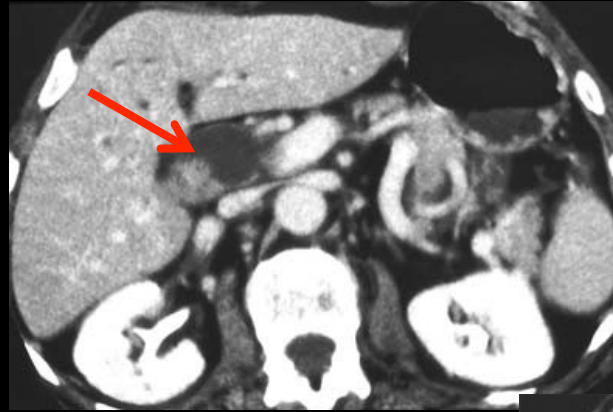
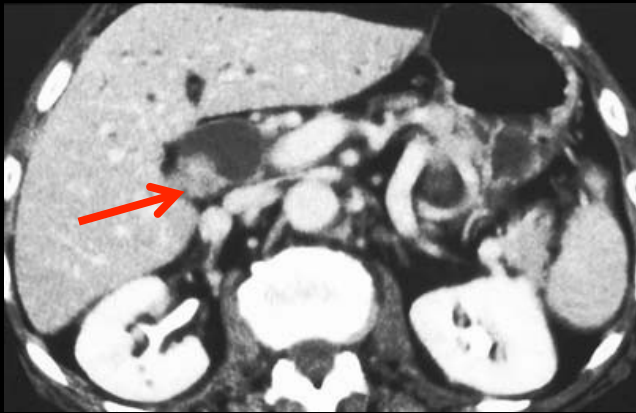
-homme 47 ans , RCUH évoluant depuis 30 ans , quiescente depuis 20 ans douleurs abdominales  
cholestase avec prurit



**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