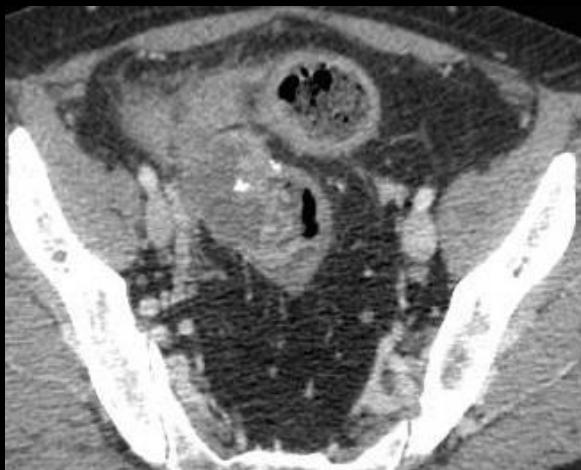
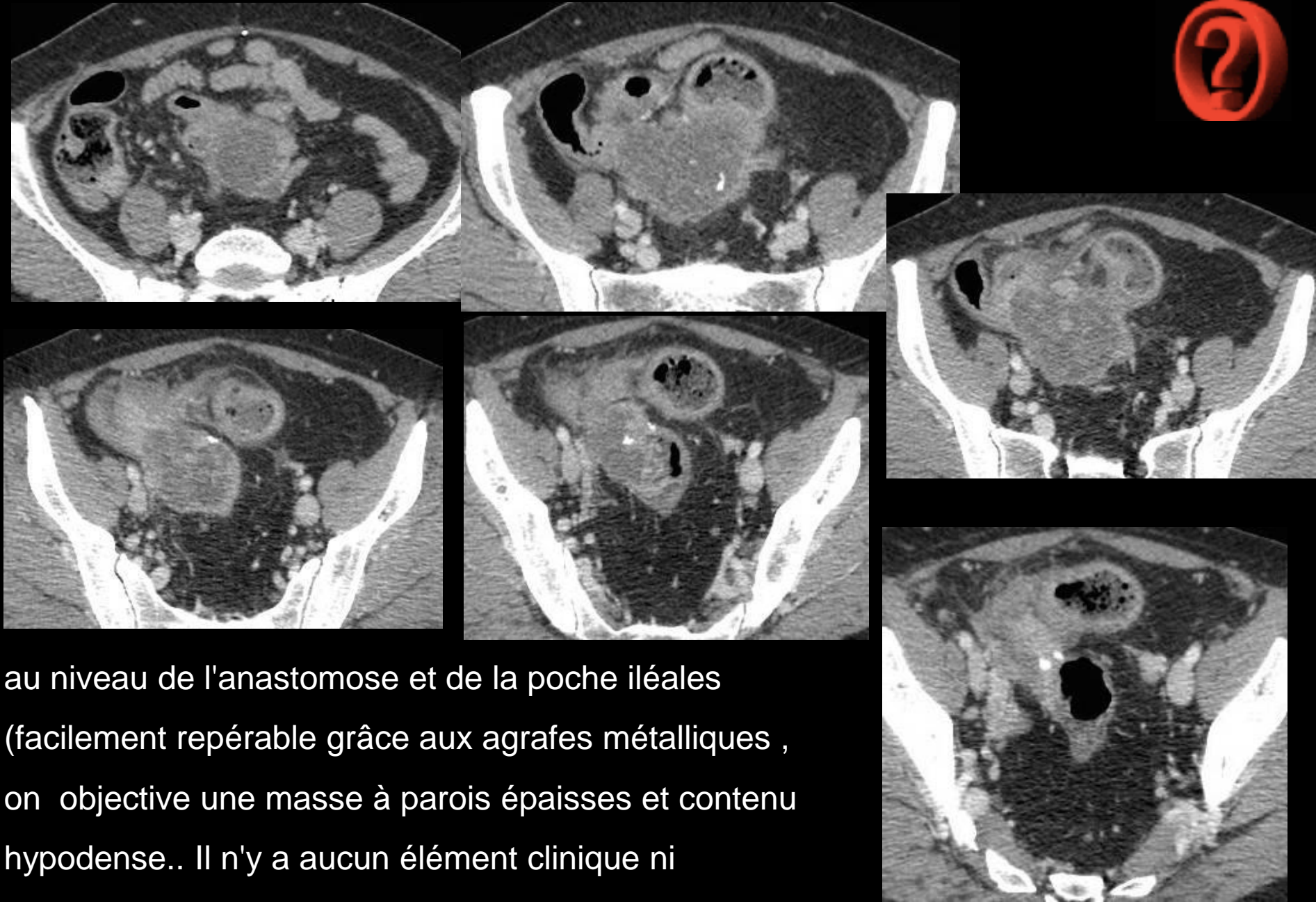


Patiente de 50 ans, **colo-proctectomie avec anastomose iléo-anale**

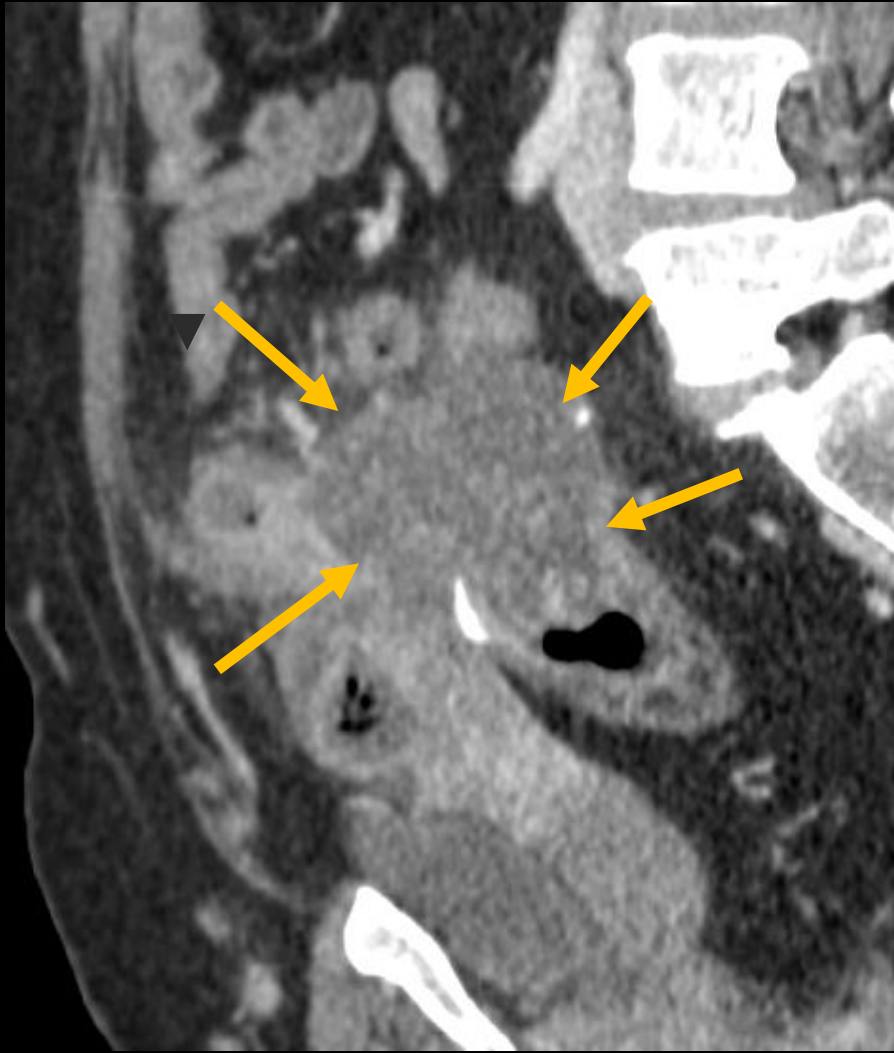
pour RCH opérée il y a environ 20 ans; quelles hypothèses diagnostiques pouvez vous proposer devant ces images, dans ce contexte



Alexia Savignac IHN

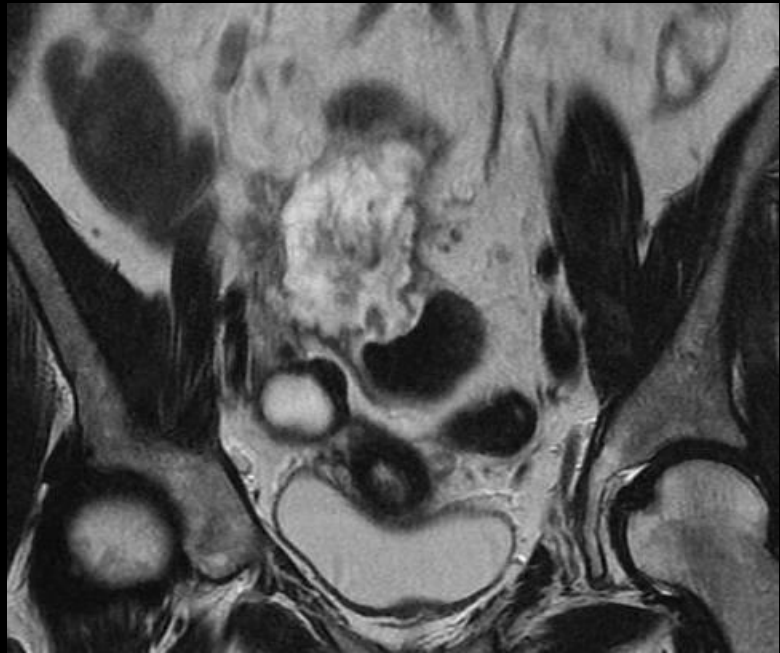
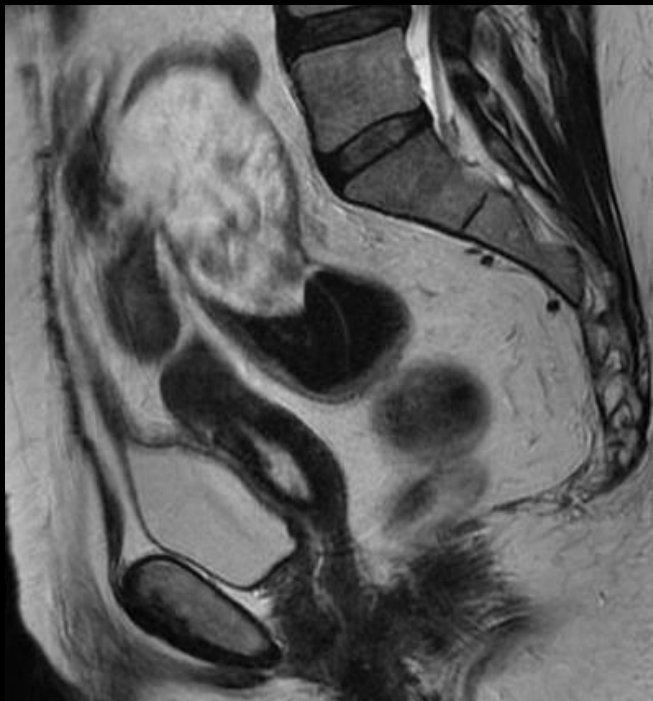


au niveau de l'anastomose et de la poche iléales
(facilement repérable grâce aux agrafes métalliques ,
on objective une masse à parois épaisses et contenu
hypodense.. Il n'y a aucun élément clinique ni
biologique en faveur d'un sepsis

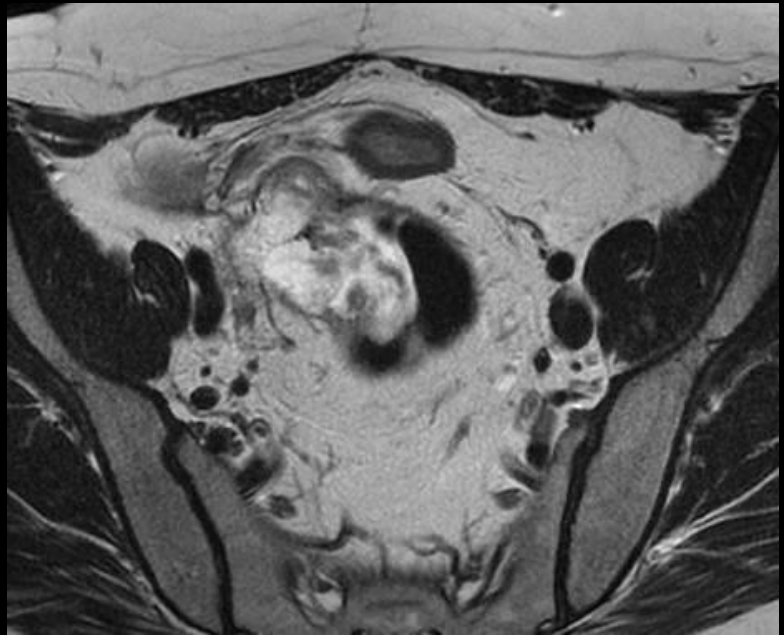


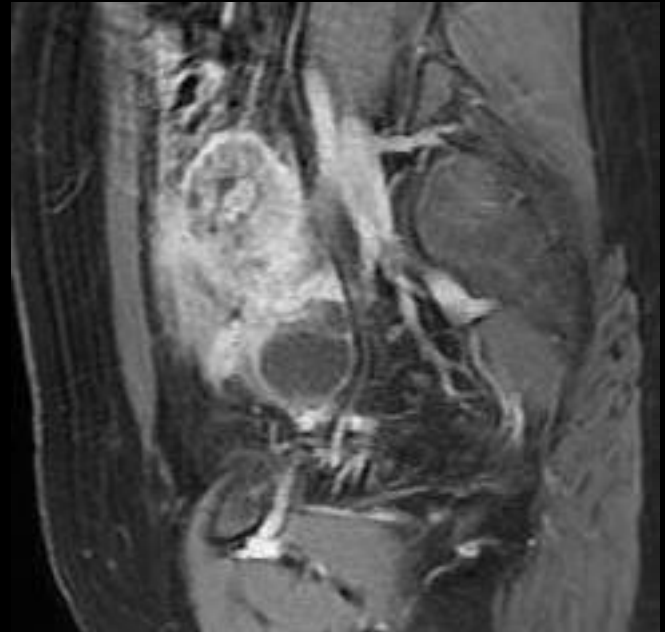
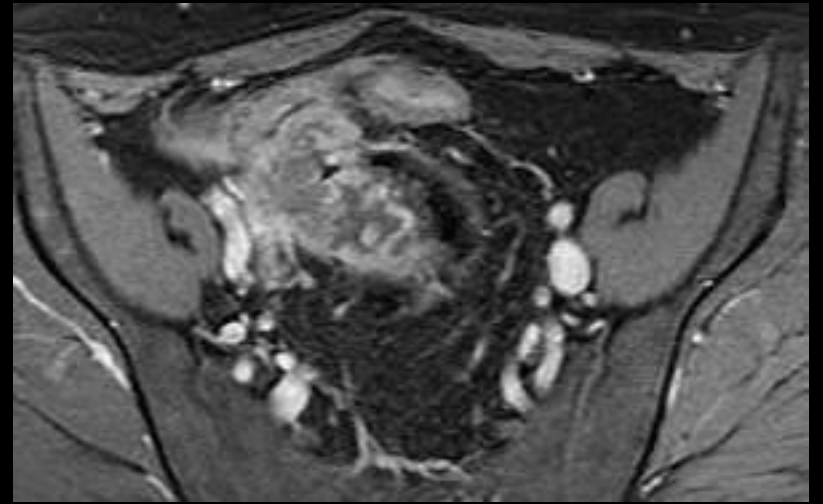
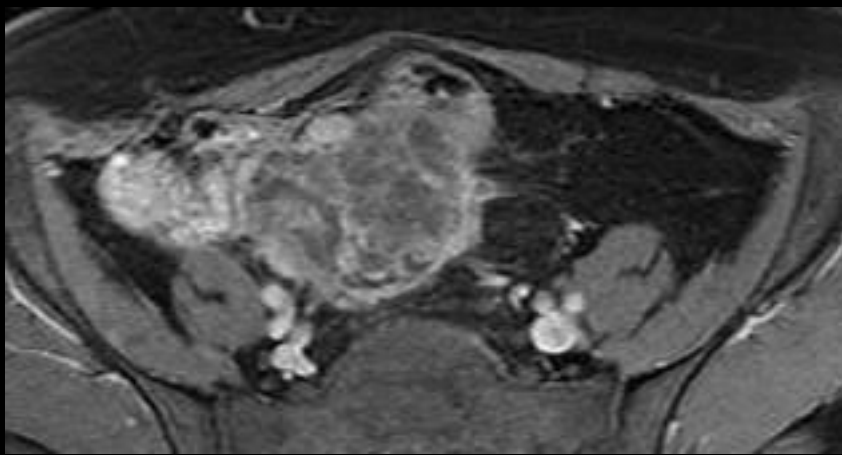
la lésion est au contact des
parois intestinales du réservoir,
elle n'a pas de retentissement
mécanique

elle a un aspect charnu
hypodense

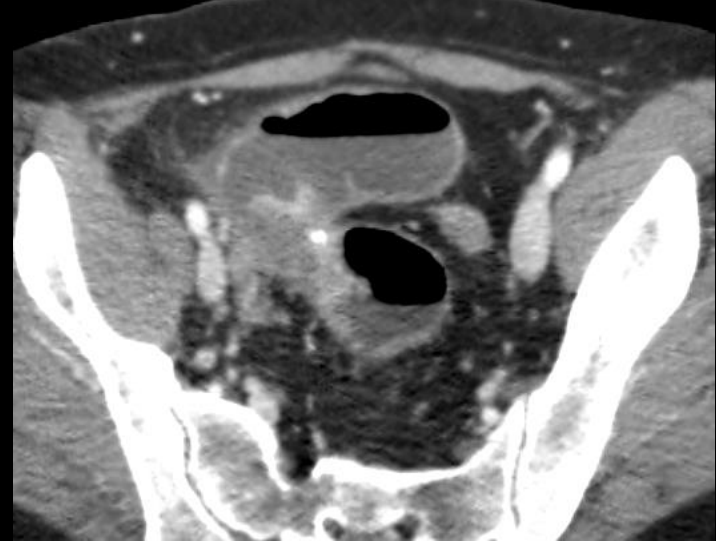


l'IRM en pondération T2 montre
que la plus grande partie la
masse est le siège d'un
hypersignal liquidien hétérogène

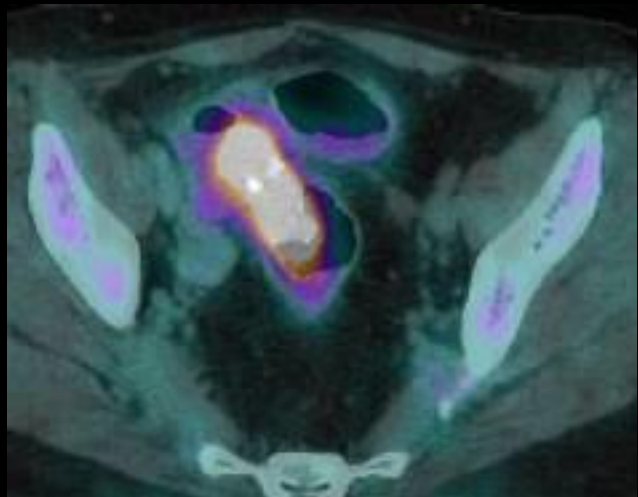
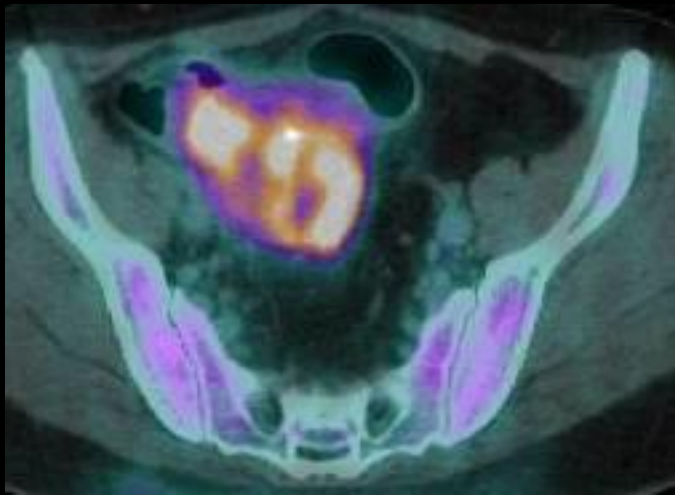




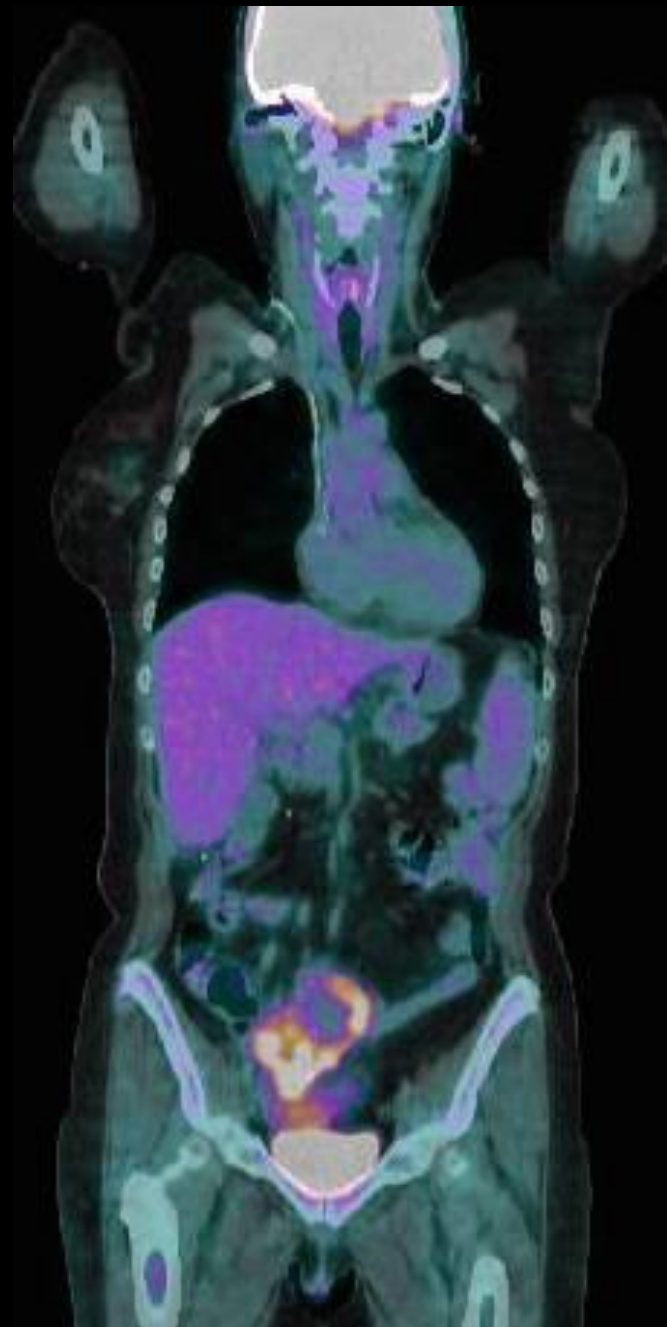
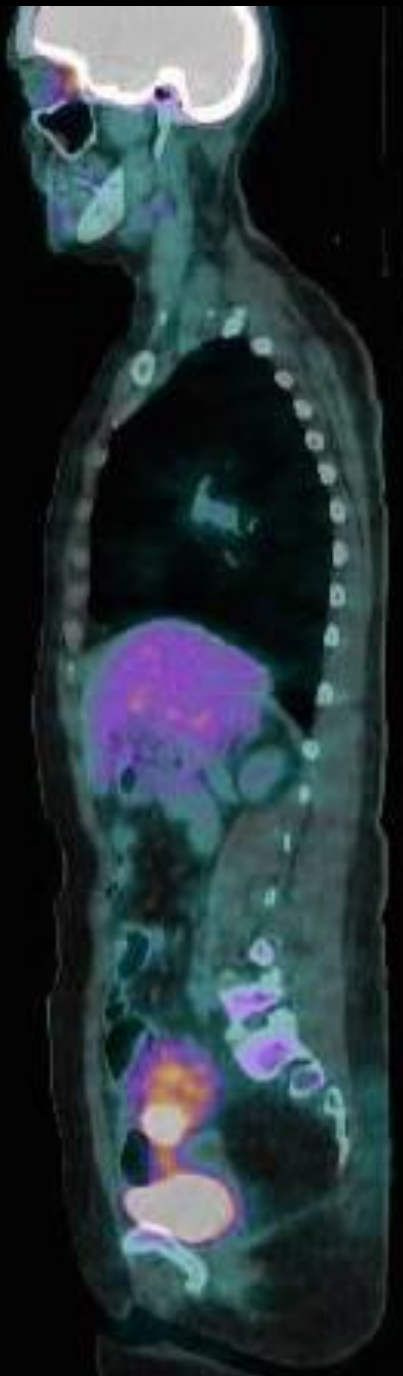
l'IRM en pondération T1 Fatsat après injection de gadolinium montre un rehaussement des parois de la masse dont le contour externe est parfaitement régulier en faveur d'une capsule



la survenue d'un tableau occlusif motive la réalisation d'un nouveau scanner qui confirme la responsabilité de la masse dans la distension mécanique des anses



la TEP-CT au 18 FDG montre un hypermétabolisme modéré prédominant dans la paroi de la masse



opérée le 09.06.15 : pelvectomie postérieure avec résection en bloc comportant une **iléo-protectomie totale, hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et curage pelvien.**

sondes JJ urétérales en raison d'une urétérolyse bilatérale assez extensive.

l'examen microscopique confirme le diagnostic

d'adénocarcinome mucineux développé sur la zone d'anastomose iléo-rectale, envahissant une anse grêle par contiguïté; présence de métastases ganglionnaires

stade TNM UICC 2009 : pT4bN2b

Les suites post-opératoires ont été favorables du point de vue chirurgical.

RCH

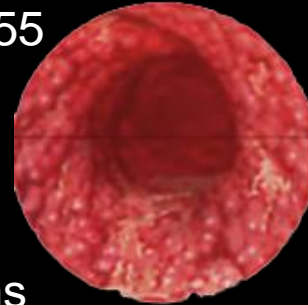
forme aiguë

affection inflammatoire de la muqueuse colique
d'étiologie inconnue; diarrhée rectorragies

sujets jeunes entre 20 et 40 ans, second pic > 55
ans

atteinte rectale constante, s'étend plus ou moins
au cadre colique, surtout gauche (forme limitée au
recto-sigmoïde dans 75% des cas), pas d'atteinte
du grêle terminal, **pas d'intervalle de muqueuse**

saine



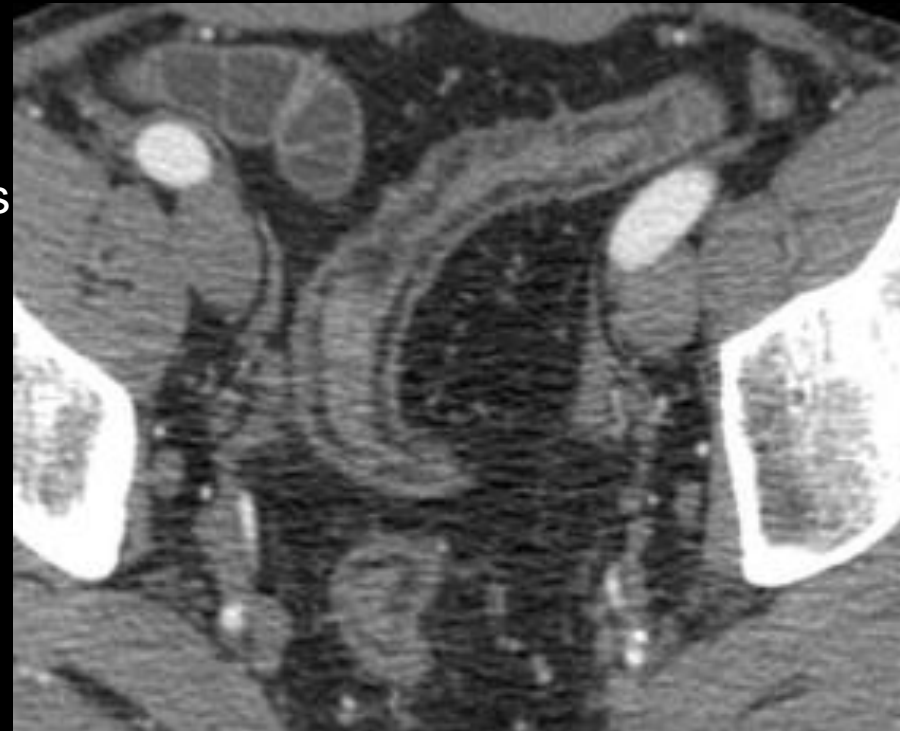
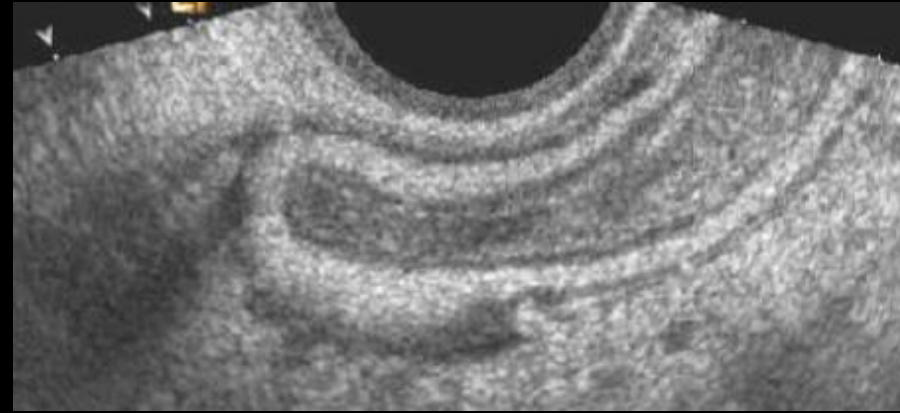
RCH

pas de fistule ni d'abcès péri-intestinal,
atteinte trans-pariétale très rare, faible
infiltration de la graisse adjacente

forme chronique,

épaississement pariétal fibreux avec
raccourcissement et diminution de calibre des
segments coliques atteints, dépôts graisseux
sous-muqueux ; polypes cicatriciels

complication majeure : l' **adénocarcinome**
colo-rectal



diagnostic : endoscopie -> muqueuse **oedématisée, granitée,**
saignant au contact, ulcérée et recouverte de pus, sans
intervalle de zone saine.

pas de caractères histologiques spécifiques



à l'opposé de la maladie de Crohn colique au cours de

laquelle des sténoses inflammatoires peuvent apparaître

toute sténose colo-rectale se développant sur une

colite ulcéreuse doit être considérée comme

néoplasique jusqu'à preuve du contraire ('biopsies après

dilatation +++)

facteurs de risque de cancer colorectal (CCR) au cours de la RCH (colite ulcéreuse)

durée d'évolution,

étendue de la maladie, (pancolite, colite gauche+++)

cholangite sclérosante primitive,

antécédents familiaux de CCR,

sévérité de l'inflammation intestinale et pseudopolypes.

Incidence cumulée du CCR dans la RCH : environ **2,5 %** à 20 ans, **8 %** à 30 ans
et **11 %** après 40 ans d'évolution

des cas de cancer épidermoïdes ou glandulaires du canal anal ont été décrits chez des patients ayant une sténose . examen annuel sous AG nécessaire

Tableau 1. Date du début et fréquence des coloscopies de surveillance

	British Society of Gastro- enterology (2002) [23]	American College of Gastro- enterology 2004 [24]	ECCO 2008 [9]
Date de la première coloscopie Pancolite Colite gauche Proctite	8-10 ans 15-20 ans -	8-10 ans Idem -	6-8 ans 6-8 ans 6-8 ans
Fréquence des coloscopies Pancolite Colite gauche Après 10 ans Après 20 ans Après 30 ans Proctite (atteinte limitée au rectum sans inflammation endoscopique ni microscopique en amont)	 Tous les 3 ans Tous les 2 ans Tous les ans	Tous les 2 ans Tous les 2 ans Tous les 2 ans Tous les 2 ans	Tous les 1-2 ans (malades à haut risque) Tous les 3-4 ans (malades à faible risque) Pas de coloscopie de surveillance
Cholangite sclérosante Date de la 1 ^{re} coloscopie Rythme des coloscopies Après transplantation	Au diagnostic Tous les ans Tous les ans	Au diagnostic NP NP	Au diagnostic Tous les ans