



Hamartome kystique rétrorectal ou tailgut cyst : à propos d'un cas

A. Faradji, A. Derinck, J. Coget, M. Lair, C. Savoye-Collet

► To cite this version:

A. Faradji, A. Derinck, J. Coget, M. Lair, C. Savoye-Collet. Hamartome kystique rétrorectal ou tailgut cyst : à propos d'un cas. *Imagerie de la Femme*, 2020, 30, pp.98 - 100. <10.1016/j.femme.2020.06.002>. <hal-03491317>

HAL Id: hal-03491317

<https://hal.science/hal-03491317v1>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Hamartome kystique rétrorectal ou *tailgut cyst* : à propos d'un cas

Retrorectal cystic hamartoma: a case report

Alyssa FARADJI ^{a*}, Antonin DERINCK ^a, Julien COGET ^b, Mickaël LAIR ^a, Céline SAVOYE-COLLET ^a

^a Service d'imagerie, CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76031 Rouen, France

^b Service de chirurgie digestive, CHU de Rouen, 1 rue de Germont, 76031 Rouen, France

*Auteur correspondant ; e-mail : alyssa_faradji@hotmail.com

Résumé

L'hamartome kystique rétrorectal ou « tailgut cyst » est une entité rare, dont l'aspect caractéristique en IRM mérite d'être connu par tout radiologue spécialisé en imagerie pelvienne. Sa séméiologie, relativement proche de celle des lésions d'endométriose profonde, peut aisément mener à une erreur diagnostique pour un œil non averti. Il existe un rare risque de dégénérescence carcinomateuse, justifiant, selon les centres, une exérèse chirurgicale prophylactique. Nous rapportons le cas d'une patiente suivie dans le cadre d'une endométriose. Une IRM précédente avait révélé des atteintes d'endométriose profonde typiques, associées à des lésions plus « atypiques ».

Abstract

The retrorectal cystic hamartoma or “tailgut cyst” is a rare entity, whose specific MRI characteristics deserve to be known by any radiologist specialized in pelvic imaging. Its semiology, relatively close to that of deep endometriosis lesions, can easily lead to a diagnostic error for an untrained eye. There is a rare risk of carcinomatous degeneration, justifying, according to the centers, a prophylactic surgical excision. We report the case of a patient followed for endometriosis. A previous MRI had revealed typical deep endometriosis, associated with more "atypical" lesions.

Mots clé

Hamartome kystique, Rétrorectal, Tailgut cyst, endométriose

Keywords

Cystic hamartoma, Tailgut cyst, Endometriosis

1. Introduction

L'hamartome kystique rétrorectal (ou « tailgut cyst »), est une entité rare, de découverte le plus souvent fortuite par IRM. Son aspect est caractéristique pour un radiologue expérimenté, mais peut facilement mener à un diagnostic erroné le cas échéant.

2. Observation clinique

Il s'agissait d'une patiente de 27 ans, adressée pour la réévaluation d'une endométriose profonde connue, actuellement traitée par triptoréline. Le tableau clinique était typique d'une atteinte endométriosique : la patiente rapportait une association de dysménorrhées, dyspareunies profondes, dyschésies, diarrhées cataméniales, douleurs du flanc droit cataméniales et dysuries inconstantes. Sur le compte-rendu d'IRM précédent, des lésions classiques d'endométriose profonde avaient été décrites, ainsi que plusieurs atteintes endométriosiques nodulaires « atypiques », en région rétrorectale.

Nous avons donc réalisé un protocole d'IRM pelvienne standard dans le cadre d'un nouveau bilan : séquences T2 dans les trois plans de l'espace et obliques dans le plan des ligaments utérosacrés, séquences axiales T1 Dixon, séquence T2 TRUFI lombopelvienne, après opacification vaginale et rectale par du gel d'échographie.

L'examen mettait en évidence la présence d'implants endométriosiques ovariens bilatéraux : difficilement visibles sur les séquences T2 en raison de leur petite taille, mais en franc hypersignal T1 sur les séquences T1 Dixon Water, ainsi qu'un petit nodule fibreux spiculé du torus, sans spot hémorragique en son sein.

Nous retrouvions également les images nodulaires précédemment décrites, au nombre de six : globalement centimétriques, de topographie pararectale, au sein du mésorectum, bien délimitées. Elles présentaient un signal T2 variable : hyper, iso, voire discrètement hypo, évocateur de « shading » (*Figure 1*). Enfin, ces lésions présentaient un hypersignal T1 homogène sur les séquences T1 Dixon In et Water (*Figure 2*). Ces images étaient stables en nombre et en taille par rapport à l'examen précédent réalisé deux ans auparavant.

La localisation retrorectale basse, tout à fait inhabituelle pour des lésions endométriosiques, ainsi que leurs caractéristiques de signal en IRM nous ont conduit à remettre en question l'hypothèse initiale.

En effet, après relecture attentive de l'examen : l'hypersignal T1 au sein de ces lésions était moins marqué que celui des endométriomes (*Figure 3*), avec notamment une intensité quasiment identique à celle de la graisse sur la séquence T1 Dixon In (*Figure 2*). Or, les lésions hémorragiques, et par extension endométriosiques, présentent un hypersignal T1 particulièrement franc, plus marqué que celui de la graisse. Ce type de signal IRM était donc d'avantage évocateur d'un contenu mucineux, qu'hémorragique. Finalement ces lésions de nature mucineuses, à topographie rétro-rectale basse stricte, nous ont amenés à évoquer le diagnostic d'hamartome kystique rétrorectal (ou « tailgut cyst »).

La patiente a par la suite bénéficié d'une résection de ces lésions (*Figure 4*), avec une confirmation anatomopathologique du diagnostic d'hamartome kystique rétrorectal.

3. Discussion

L'hamartome kystique rétrorectal est une entité rare : seulement 70 cas ont été recensés dans la littérature. Il est typiquement retrouvé chez la femme jeune. Cette tumeur bénigne est dérivée de vestiges embryologiques de l'intestin primitif postérieur. On peut ainsi y retrouver tout type d'épithélium digestif, et en particulier glandulaire, muqueux-sécrétant, expliquant le contenu mucineux de ces lésions [1]. Elle est majoritairement asymptomatique, de découverte fortuite par IRM. Des tableaux de douleur anale à la défécation, rectorragies ou pesanteurs pelviennes ont néanmoins été rapportés.

Sa localisation caractéristique est l'un des éléments clé du diagnostic : rétrorectale, présacrée, de topographie médiane, au-dessus du plan des releveurs de l'anus, ou dans la fosse ischio-anale. Ces lésions présentent habituellement plusieurs loculi, avec un aspect en rayon de miel. Le signal est variable en fonction de la concentration protéique : hypersignal T1 dans au moins une logette, hypersignal T2 le plus souvent [1] [2]. Les séquences de diffusion révèlent des lésions en isosignal à B élevé, en lien avec le contenu mucineux. Enfin, il n'existe classiquement pas de calcifications, de graisse ou de sang au sein de ces lésions.

L'hamartome kystique rétrorectal peut se compliquer d'inflammation chronique, à l'origine de fistules de la marge anale ainsi que de surinfection. La récurrence est également possible. La dégénérescence carcinomateuse (adénocarcinome ou tumeur neuroendocrine) est redoutée, bien que rare (moins de 5% des cas) [3].

C'est pour cela que le bilan IRM devra comporter des séquences avec injection de produit de contraste, afin de ne pas méconnaître une transformation maligne. Il convient de rechercher une prise de contraste intralésionnelle ou murale, des végétations intrakystiques ou encore une infiltration de la graisse périlésionnelle. Sur les séquences non injectées, il conviendra également rechercher une paroi irrégulière ou une perte de la sphéricité des nodules [1] [2].

La conduite à tenir pour la prise en charge de cette lésion rare varie selon les centres : de la surveillance IRM au long cours à l'exérèse systématique prophylactique. Le diagnostic final est, comme souvent, porté par l'anatomopathologiste.

Les diagnostics différentiels sont les autres lésions de la gamme des tumeurs kystiques rétrorectales, notamment : le kyste dermoïde, la duplication rectale, le méningocèle, le tératome et le tératocarcinome [4].

4. Conclusion

L'hamartome kystique rétrorectal est une pathologie rare, dont la présentation en IRM est relativement caractéristique : multi- ou uniloculaire, en global hypersignal T2 et hypersignal T1 dans au moins une logette, de topographie rétrorectale, présacrée. Pour un œil non averti, elle pourrait être prise à tort pour une lésion endométriosiques atypique. Le diagnostic doit être connu, afin de discuter une éventuelle résection prophylactique de celle-ci.

Références bibliographiques

[1] Fabre JM, Nedelcu M, Nougaret S, Nedelcu A. Tumeurs rétrorectales de l'adulte. EMC - Gastro-entérologie 2014;9(3):1-7 [Article 9-084-B-10].

[2] Aflalo-Hazan V, Hoeffel C, Mourra N, Azizi L, Arrivé L, Tubiana JM. Aspects IRM des hamartomes retrorectaux (tailgut cyst). J Radiol 2006;87(10):1396-1397.

[3] Martins P, Canotilho R, Peyroteo M, Afonso M, Moreira A, de Sousa A. Tailgut cyst adenocarcinoma. *Autops Case Rep* 2019;10(1):e2019115.

[4] Pappalardo G, Frattaroli FM, Casciani E, Moles N, Mascagni D, Spoletini D, et al. Retrorectal tumors: the choice of surgical approach based on a new classification. *Am Surg* 2009;75(3):240-248.

Légendes des figures

Figure 1. IRM pelvienne chez une patiente suivie dans le cadre d'une endométriose : séquences pondérées en T2 ; a : coupe sagittale ; b : coupe coronale ; c : coupe axiale. Mise en évidence de formations nodulaires bien délimitées en signal T2 variable : hyper, iso et hypo (« shading » ?), rétrorectales.

Figure 2. IRM pelvienne chez une patiente suivie dans le cadre d'une endométriose : séquences T1 ; a : Dixon In ; b : Water. Mise en évidence des lésions nodulaires en hypersignal T1 sur les séquences In et Water. Notez l'hypersignal T1 identique à celui de la graisse sur la séquence T1 In.

Figure 3. IRM pelvienne chez une patiente suivie dans le cadre d'une endométriose : séquence T1 Dixon Water. Franc hypersignal T1 des endométriomes droits, supérieur à celui des lésions rétrorectales (cf figure 2).

Figure 4. Hamartome kystique rétrorectal : a,b :vue peropératoire des lésions ; c : vue postexérèse des lésions.

















