

## Colite ischémique aigue

La colite ischémique aigue (CIA) est constituée par l'ensemble des lésions secondaires à une anoxie aigue d'origine circulatoire, artérielle ou veineuse de la paroi du côlon [1]. Elle réalise une véritable urgence diagnostique et thérapeutique mettant en jeu le pronostic vital. Les étiologies sont très nombreuses, résultant d'une occlusion vasculaire distale et/ou d'une baisse du débit sanguin splanchnique [1]. Notre but était d'étudier les particularités cliniques et les modalités thérapeutiques des colites ischémiques aigues.

### Patients et méthodes

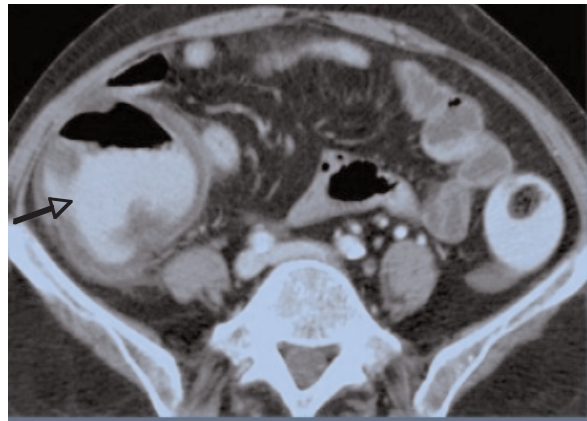
Notre travail est basé sur l'étude analytique et rétrospective de 7 observations de CIA colligées durant une période de 13 ans entre Janvier 1996 et Décembre 2000 dans notre service de chirurgie générale. Le diagnostic était établi sur les critères cliniques, radiologiques et colonoscopiques et confirmé par l'examen anatomopathologique.

### Résultats

L'incidence des CIA était d'un cas tous les deux ans. Notre série comporte cinq hommes et deux femmes. L'âge médian était de 70 ans avec des extrêmes de 45 ans et de 82 ans. Les antécédents étaient une hypertension artérielle chez trois patients, une insuffisance coronaire chez deux patients, un diabète chez deux patients, notion de prise médicamenteuse (neuroleptiques) chez un patient. La notion de tabagisme était rencontrée chez quatre patients. Le tableau clinique était représenté par un syndrome occlusif chez un patient, des douleurs abdominales chez trois patients, la triade diarrhée, rectorragies et douleurs abdominales chez une patiente et un état de choc chez deux patients. La biologie a montré une hyperleucocytose chez quatre patients, une insuffisance rénale aigue chez cinq patients, une acidose métabolique chez un patient et une cytolysé hépatique chez un patient. La radiographie du thorax a montré un pneumopéritoine dans trois cas, une pleurésie dans un cas. Le cliché de l'abdomen sans préparation a permis d'objectiver un pneumopéritoine dans quatre cas, des niveaux hydro-aériques dans un cas. L'échographie abdominale pratiquée chez six patients a révélé un épanchement abdominal dans deux cas, un épaississement de la paroi colique dans un cas et elle était normale dans deux cas. L'angioscanner abdominal était pratiqué chez une seule patiente et il était normal. Le scanner abdominal pratiqué chez trois patients, a montré des signes en faveur d'une CIA dans deux cas (colectasie et épaississement pariétal) (figure 1). La coloscopie était pratiquée chez une seule patiente et a montré des plaques congestives avec une muqueuse congestive du côlon gauche (figure 2). Cet examen n'a pas pu être réalisé chez les autres six patients devant la sévérité du tableau clinique (état de choc dans deux cas et syndrome péritonéal aigu dans quatre cas). L'écho-

doppler abdominale était pratiquée chez un patient et a montré une diminution de la perfusion pariétale du côlon sigmoïde (figure 3).

**Figure 1 :** Epaississement segmentaire de la paroi du colon droit à la TDM abdominale



**Figure 2 :** Colite congestive à la colonoscopie (oedème et érythème de la muqueuse)



**Figure 3 :** Epaississement de la paroi du sigmoïde avec diminution de la perfusion pariétale



Le traitement médical a consisté à une antibiothérapie chez six patients, un remplissage vasculaire et un traitement de l'état de choc chez quatre patients.

Le traitement chirurgical était indiqué en urgence chez six patients. Il a consisté en une résection sigmoïdienne chez deux patients, une hémicolectomie droite chez deux patients, une hémicolectomie gauche chez un patient et une colostomie sur baguette chez un patient.

Le diagnostic de CIA était confirmé par l'examen anatomopathologique (figure 4). Nous avons observé la CIA non gangréneuse dans un cas, la CIA gangréneuse obstructive dans deux cas et la CIA gangréneuse non obstructive dans quatre cas. La localisation de l'ischémie était au niveau du côlon gauche dans deux cas, au niveau du côlon droit dans deux cas, au niveau du côlon sigmoïde dans deux cas, du côlon transverse dans un cas et une pancolite dans un cas. Les suites opératoires étaient marquées par le décès de six patients opérés en post opératoire immédiat (état de choc septique dans quatre cas, une défaillance multi viscérale dans deux cas). La 7<sup>ème</sup> patiente âgée de 80 ans, présentant un œdème et un érythème de la muqueuse à la colonoscopie, était perdue de vue

**Figure 4 :** Perte de substance au niveau de la muqueuse et du reste de la paroi colique (↘). Notez les lésions ischémiques intéressant l'épithélium de surface et celui des cryptes (↗) (HEX 100).



### Conclusion

En l'absence de corrélation entre les données clinico-biologiques et les lésions anatomiques, la coloscopie reste l'examen de choix qui permet le diagnostic précoce et l'évaluation de la gravité des CIA. L'un des problèmes principaux de cette affection est l'enquête étiologique, elle peut s'avérer longue, coûteuse mais potentiellement utile, lorsqu'elle est définie rigoureusement en fonction du contexte clinique. Le traitement ainsi que le pronostic dépendent de la sévérité de la forme clinique, ce qui suggère une prise en charge précoce devant la suspicion de colite ischémique aigue avec une surveillance colonoscopique chez les patients à risque.

### Références

1- Lenormand Y, Bouhnik Y. Rectocolite ischémique. In : Rambaud J-C, ed. Traité de Gastroentérologie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2005 : 709-14.

*Mohamed Issam Beyrouthi<sup>1</sup>, Nejmeddine Affes<sup>1</sup>, Abdelwaheb Hlel<sup>1</sup>, Imen Fki<sup>1</sup>, Ramez Beyrouthi<sup>1</sup>, Hajer Alimi<sup>1</sup>, Bassem Abid<sup>1</sup>, Lobna Ayad<sup>2</sup>, Chérif Abelhedi<sup>1</sup>, Issam Loukil<sup>1</sup>, Foued Frikha<sup>1</sup>, Mohamed Ben Amar<sup>1</sup>*

*Service de chirurgie générale, EPS Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie*

*Service d'anatomopathologie, EPS Habib Bourguiba.*

*Université de Sfax*

## Aspects en imagerie par résonance magnétique du carcinome transitionnel de l'urètre pénien

Le carcinome transitionnel de l'urètre (CTU) est une tumeur maligne de l'adulte de sexe masculin extrêmement rare [1]. Il se caractérise par un tableau clinique non spécifique et par une extension fréquemment infiltrante expliquant le retard diagnostique [2, 3]. Le pronostic des carcinomes urétraux dépend de leur grade et non de leur type histologique [1]. L'imagerie intervient dans le bilan d'extension, loco-régionale et à distance, et se base sur les données de l'échographie, de la tomодensitométrie et surtout de l'IRM.

Nous rapportons un cas de carcinome transitionnel localement avancé de l'urètre pénien associé à une localisation vésicale, à travers lequel seront discutés les aspects cliniques, l'apport des différentes méthodes d'imagerie en mettant l'accent sur l'IRM et les modalités thérapeutiques actuellement disponibles pour cette affection.

### Observation

Monsieur S.H. âgé de 75 ans, opéré il y a 10 ans pour carcinome laryngé, a consulté pour une tuméfaction douloureuse de la verge évoluant depuis 8 mois, associée à une dysurie, des brûlures mictionnelles, des urétrorragies intermittentes et un amaigrissement non chiffré. L'examen physique a mis en évidence une lésion dure et inflammatoire du pénis. La prostate était de volume et de consistance normaux au toucher rectal et les aires ganglionnaires étaient libres. L'urétroscopie a objectivé une lésion urétrale pénienne friable, très hémorragique, infiltrant les corps spongieux et caverneux et sténosante empêchant l'exploration de la vessie.

L'examen anatomo-pathologique de la biopsie a confirmé un carcinome à cellules transitionnelles infiltrant le chorion avec des foyers de différenciation malpighienne. L'échographie pelvienne a noté une lésion bourgeonnante de la paroi postéro-latérale droite de la vessie, échogène irrégulière cadrant avec une deuxième localisation tumorale. L'uroscanner a mis en évidence quelques adénopathies inguinales bilatérales, sans autres localisations au niveau des voies excrétrices hautes.

L'IRM pénienne a retrouvé le processus tumoral de l'urètre