



RETOUR SUR UN CAS DIFFICILE : TRANSFUSION OU PAS ?

Cas d'un patient Témoin de Jéhovah

Prof J. R. Zamushe

Dr O. Bokolo

Afmed 2024

Cas clinique Afmed 2024

- Patiente de 32 ans, consulte en Avril 2024 à l'HBMM pour une masse Rectale sub occlusive pour laquelle une biopsie il y a 1 an.

- Antécédents:
 - Ménagère
 - P3G3A0
 - Chirurgie: 0
 - Religion: Témoin de Jéhovah
 - Pas de notion de transfusion
 - Pas d'allergie connue

- Histoire de la Maladie:
 - Masse rectale et vaginale évoluant depuis +/- 5 ans

A consulté en gynécologie qui la réfère en chirurgie ou une biopsie a été réalisée

- Anapath du 10/11/2023: ADK Lieberkühnien infiltrant de grade 1 du colon

- Notion de constipation
- Amaigrissement de moins de 5% de son poids

A son examen:

- OMS 1
- Aires ganglionnaires superficielles libres
- Abdomen souple pas de masse palpée ni organomégalie
- TV: masse ferme refoulant la parois post à gauche
- TR: Masse ferme refoulant la parois antérieur à gauche
- Surface lisse (muqueuse rectale)

- Diagnostic Clinique: Masse extra pariétale
- Scanner Abdomino pelvien (décembre 2023):
Masse encapsulée rectale: suspicion d'un ADK
moyen et bas rectum
- Anapath (novembre 2023) conclusion :
Adénocarcinome Lieberkühnien infiltrant du
colon Grade 1

QUE FAIRE ?



Labo

Marqueurs tumoraux: NORMAUX

- ACE = 3,8 Mcg/l (2,5-5)
- CA 19.9 = 12,14 U/ml (0,00-39)
- CA 15. 3 = 10,07 U/ml (0,00-25,00)

Hémogramme: Hb= 8,9g/dl

Anémie microcytaire,
hypochrome

Ag HBS +

- Scanner abdomino pelvien(04/05/2024)

Conclusion: Masse encapsulée rectale (moyen et bas rectum) étendue à la marge anale, antérolatérale gauche avec marge de résection circonférentielle quasi nulle + Hypertrophie variqueuses pelvienne

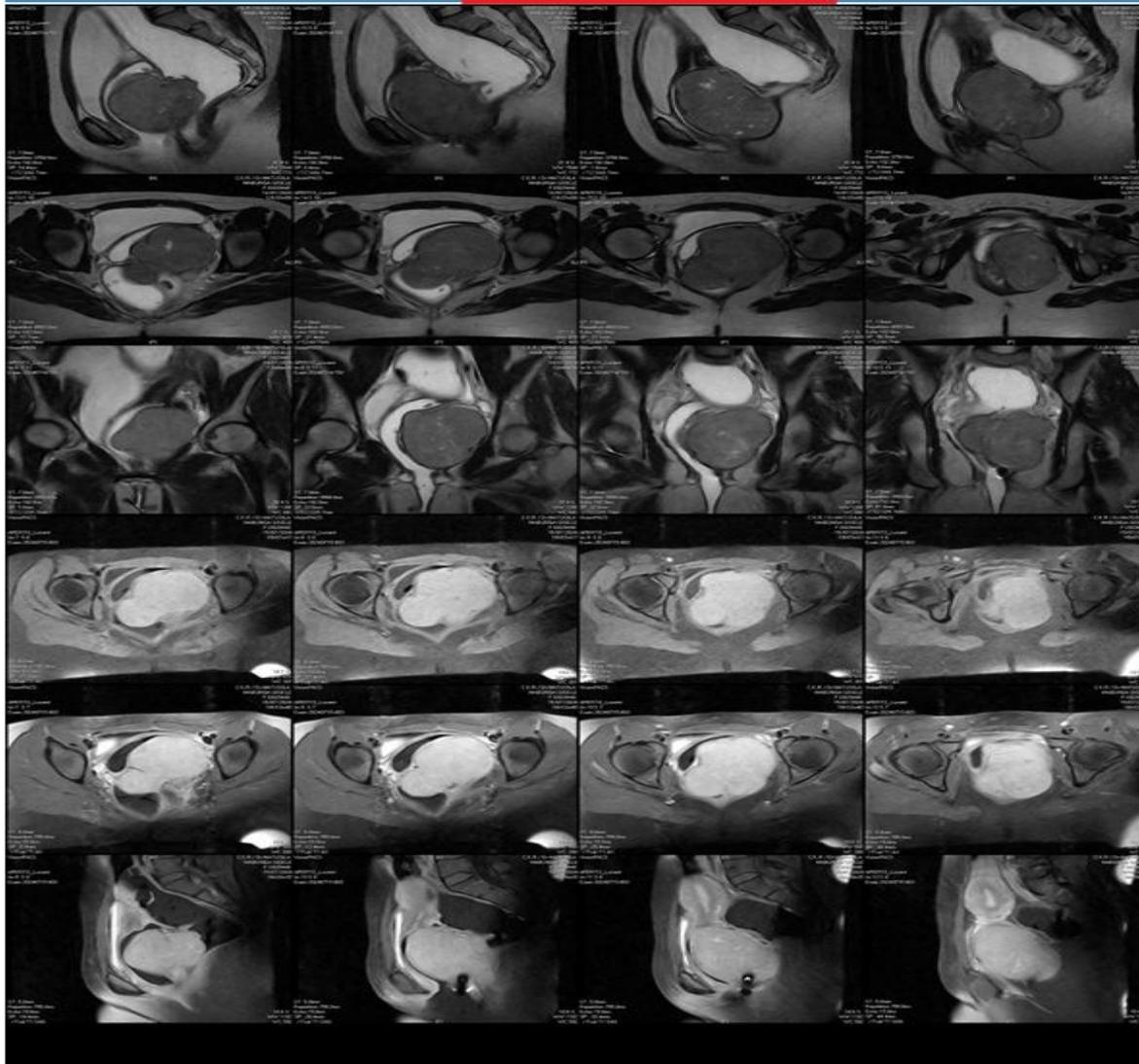
Compte Rendu IRM

- IRM (14/07/2024)

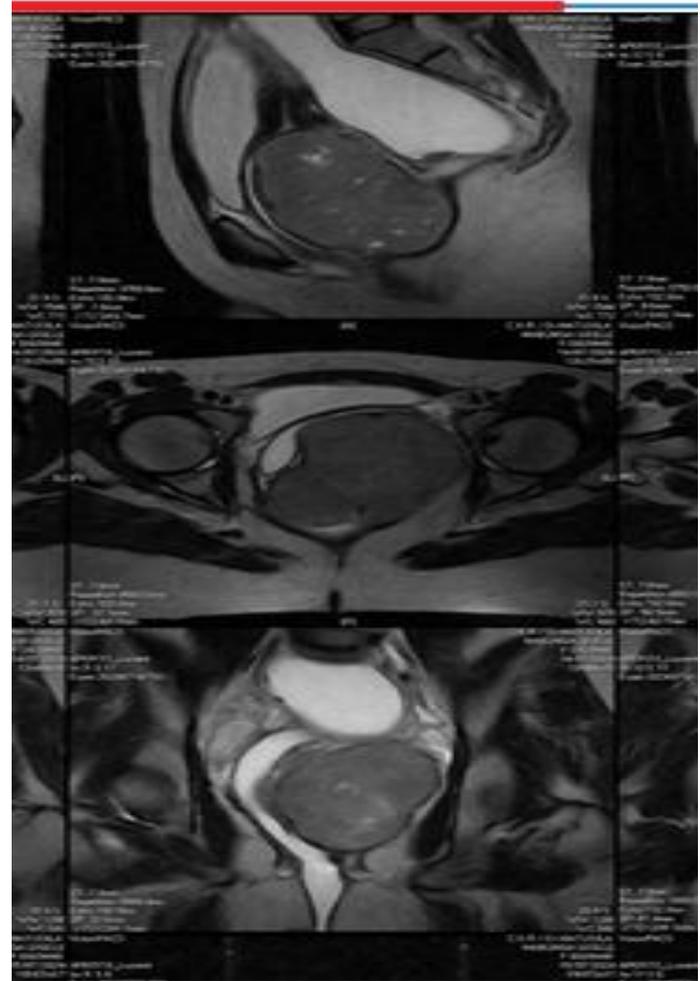
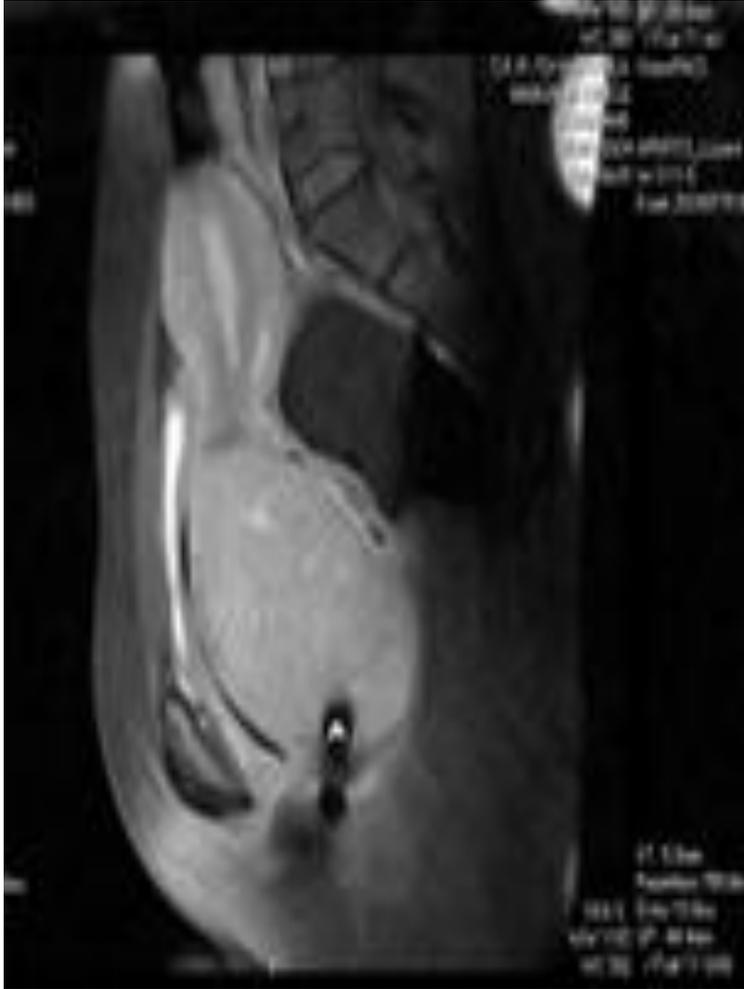
Conclusion:

- Volumineuse masse de contraste fibreux s'insinuant dans la cloison recto vaginale de 231 CC de volume en antéro latérale gauche par rapport au bas rectum sur une circonférence de 75%, d'allure bénigne. (Tumeur Stromale)
- Comblement du mésorectum à gauche jusqu'à la graisse ischio anale
- Absence d'extension ganglionnaire
- Absence d'envahissement sphinctérien

IRM Abdomino pelvienne



IRM



- Décision Thérapeutique: Tumorectomie +/- Proctectomie
- Gestion de l'anémie: Traitement Martial et EPO en sous cutanée
- Consultation gastro entérologie pour hépatite B

Chirurgie le 26/08/2024:

- Tumorectomie
- Proctectomie avec anastomose colo anale différée
- Suture de la parois vaginale postérieure
- Drain Shirley dans Douglas

Image chirurgie

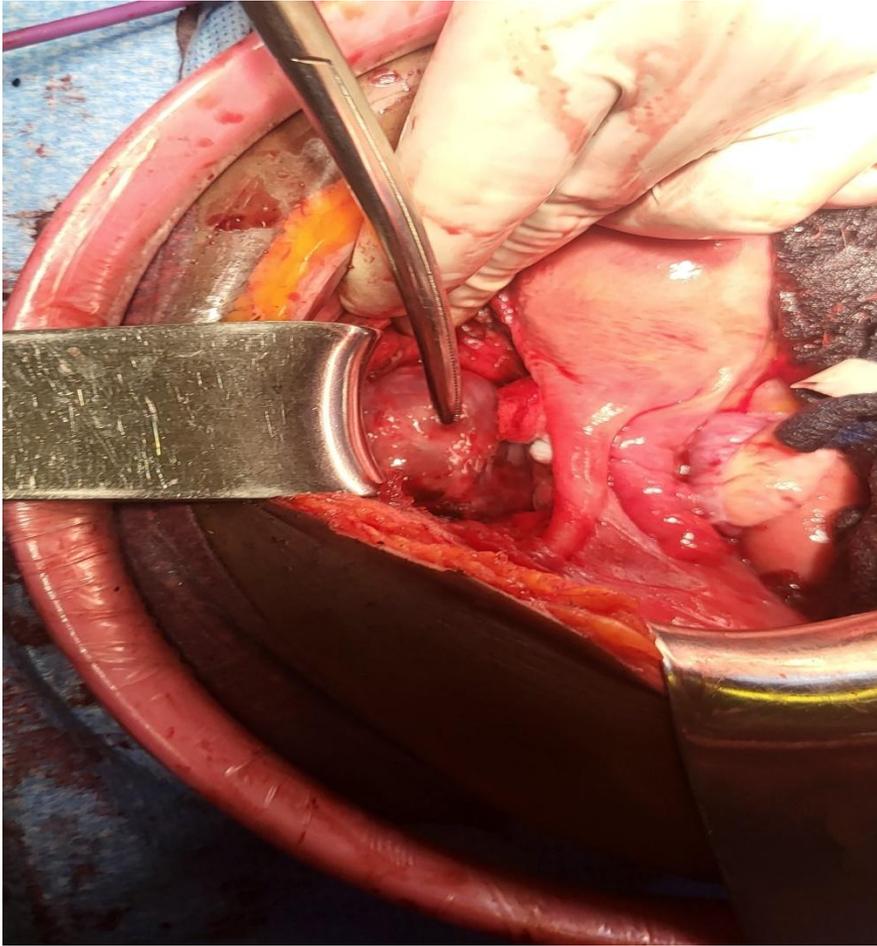


Image chirurgie



- Suites opératoires précoces favorables
- Bains au Dermobacter 2x/j et après chaque selles
- Alimentation liquide au J1 Post op
- Alimentation semi liquide au J2 post op
- Alimentation sans résidus J4 post op

- Contrôle Hémogramme J 3 post op: Hb 4,5g/dl
Mise sous EPO 6000 UI en IVDL toutes les 72heures
+ traitement martial
- J7 Post opératoire: Douleurs abdominales +++
Ballonnement abdominale
Gaz+ Selles –
TA:128/77mmHg; FC:109Batt/"; FR: 23 C/"; T: 36 C
SaO2: 97% AA

- Expectative
- Arrêt alimentation entérale
- SNG si vomissement et Antalgiques

LABO J 9 post op:

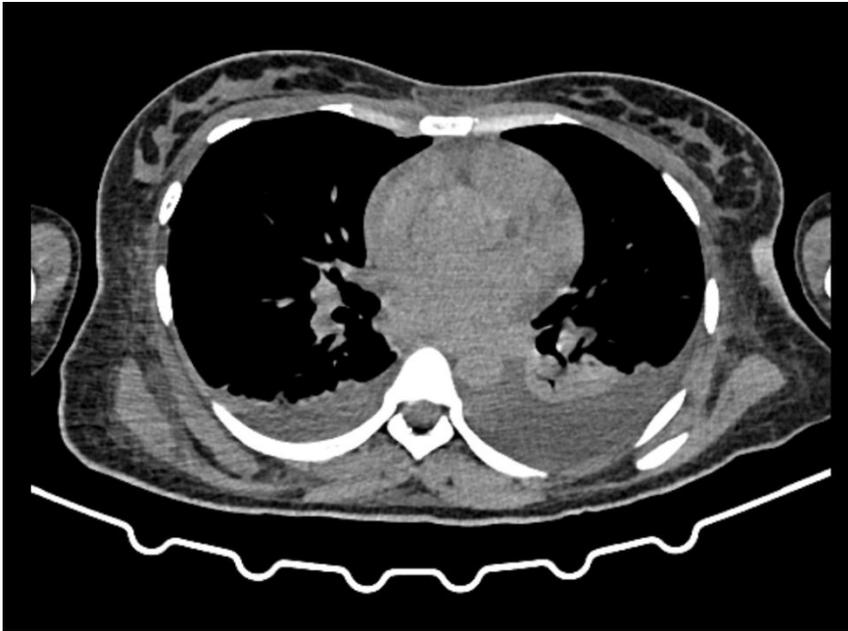
- Hb: 5,1g/dl
- Ht: 16,1 g/dl
- GB: 8000 /mm³
- CRP: 180,01mg/l

- Scanner TAP: Collection intra péritonéale dans gouttières colo pariétales et inter anses



PPO

Image scanner



- Décision: Exploration chirurgicale
- Anesthésistes: Pas sans Transfusion!!!

ACTE:

- Pose drain abdominal échoguidée
- Prélèvements pour bactériologie
- Evacuation 3 litres pus
- Lavement par le drain au S. Physio tiède
- Drain laissé en place

- J2 post Drainage: Patiente Asymptomatique

Hb: 5,6 g/dl

Ht:18%

GB: $9,3 \times 10^3 / \text{mm}^3$

CRP: 10mg/l

Abdomen souple ; Péristaltisme++

Drain épanchement séreux

- Bonne évolution sous EPO et Fer

4 semaines post op: Deuxième temps :
Résection+ anastomose coloanale par 2 hémi
surjets

Hb: 9,8g/dl (sous EPO 2x6000UI/ semaine)

Image deuxième temps

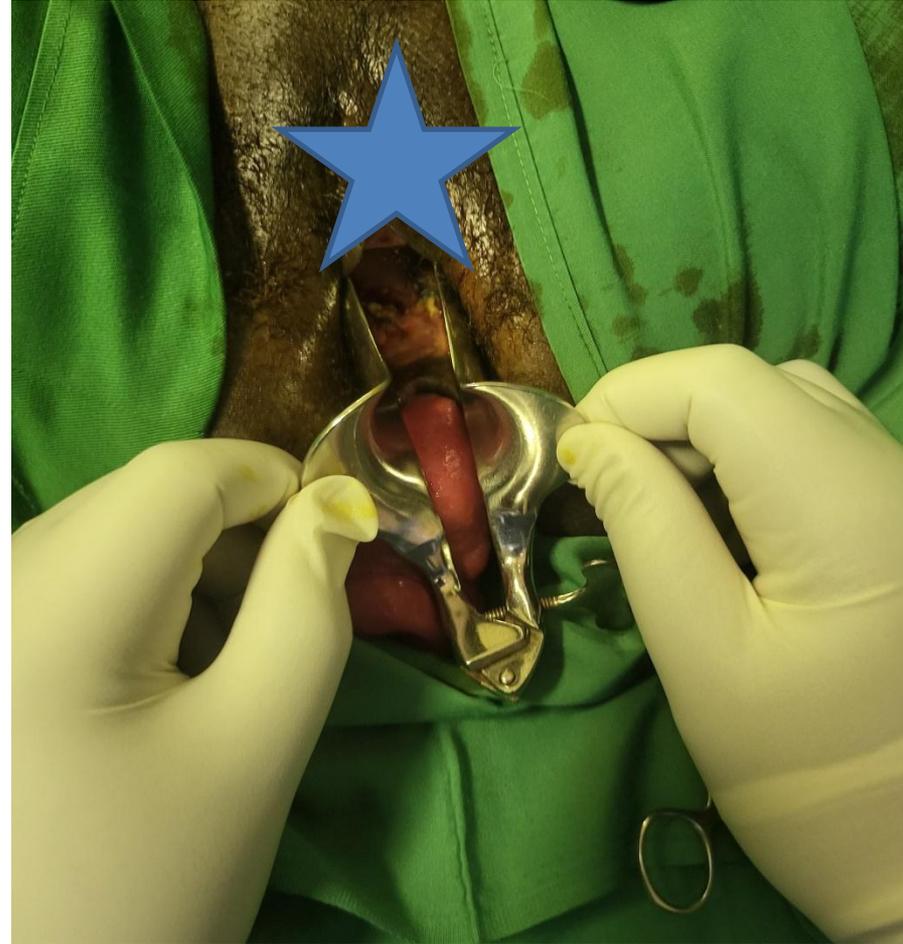
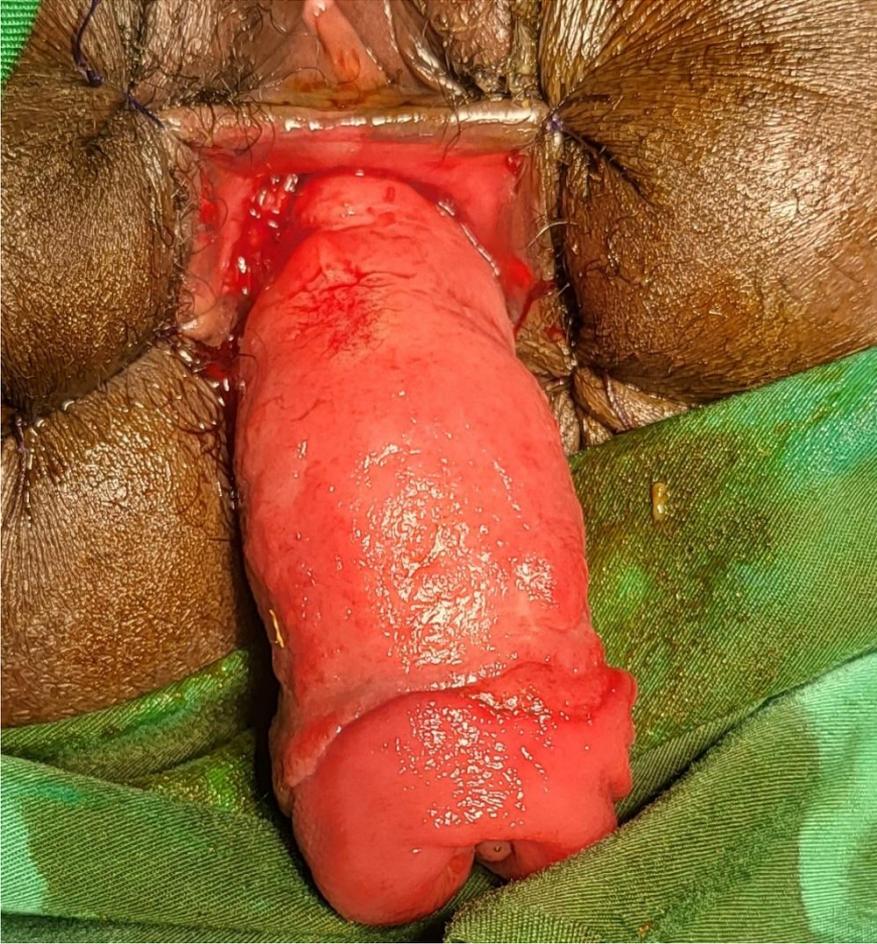
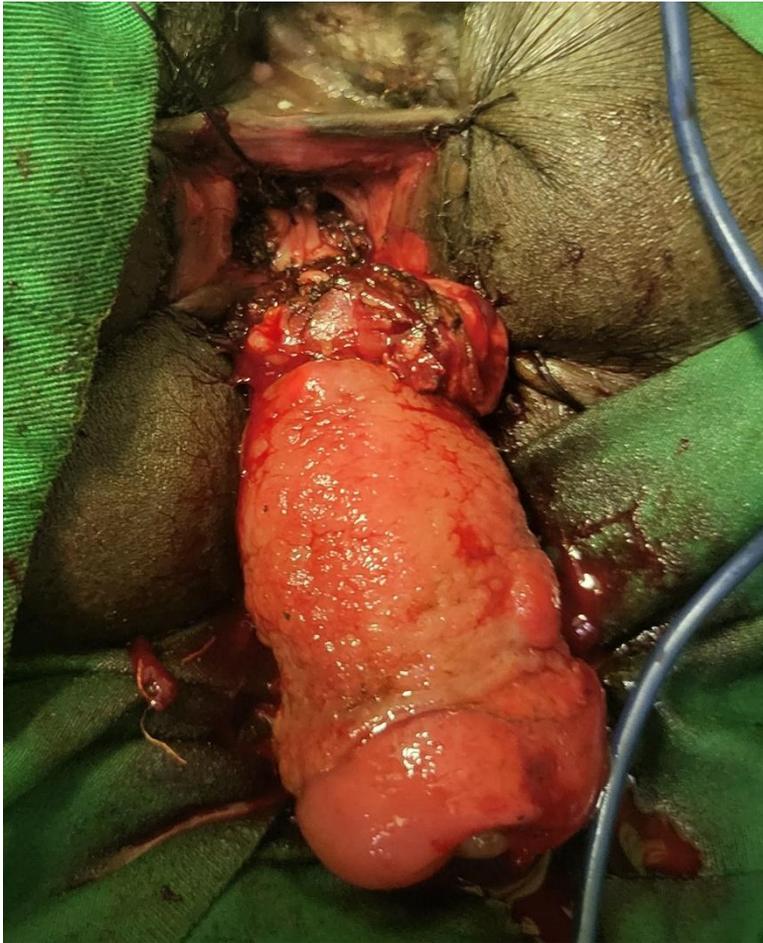
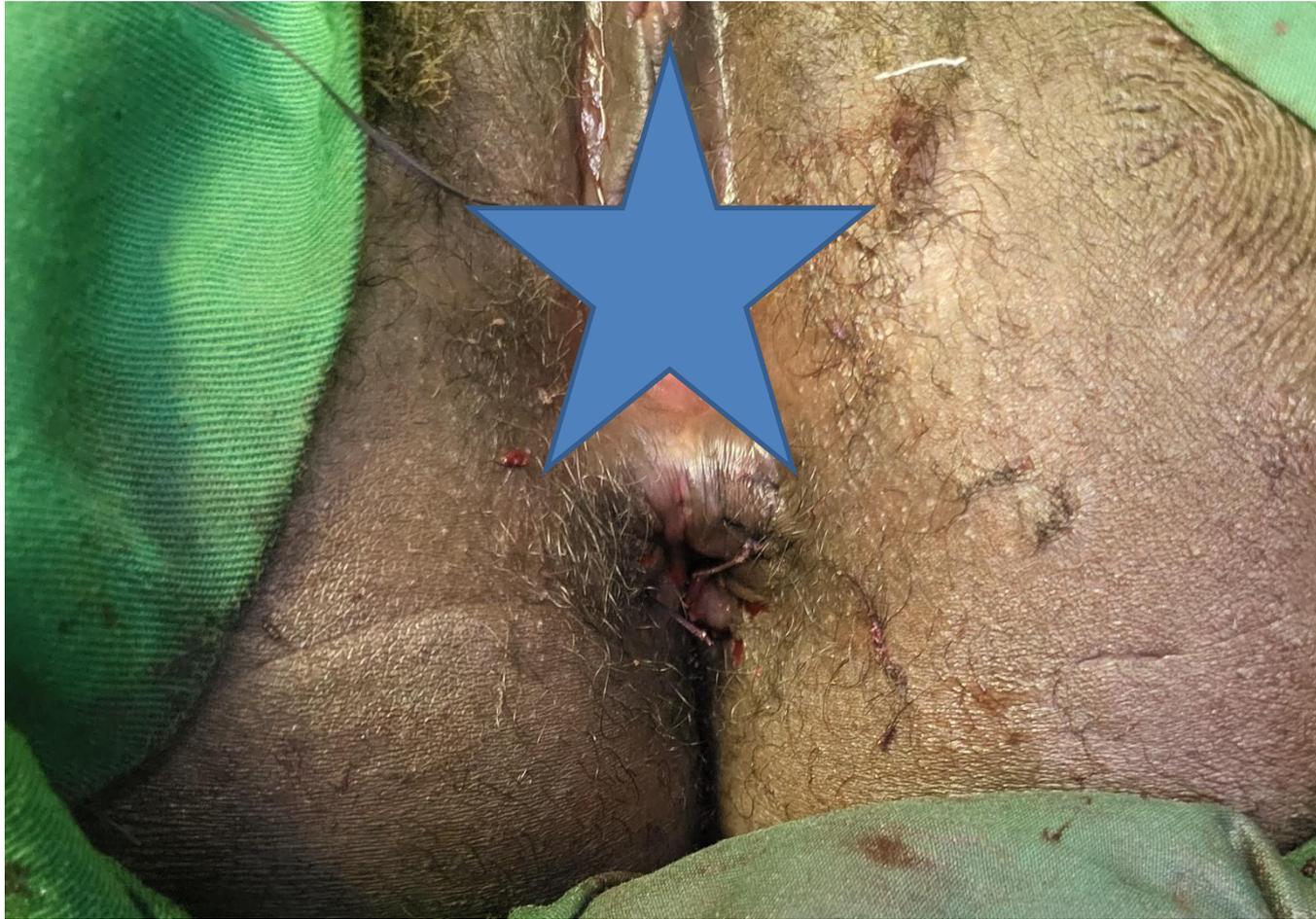


Image deuxième temps



Fin anastomose colo anale



ANAPATH

- Portion rectale: Muqueuse saine
infiltrat inflammatoire mono
nucléé sans signe de spécificité
- Masse: Capsule intacte
Processus néoplasique, Cellules
fusiformes en faisceaux entrecroisés, vaisseaux
congestifs, index mitotique modéré

CONCLUSION: Tumeur gastrointestinale type
fusiforme avec risque de récurrence élevé.

MERCI

