

CANCER DU COLON

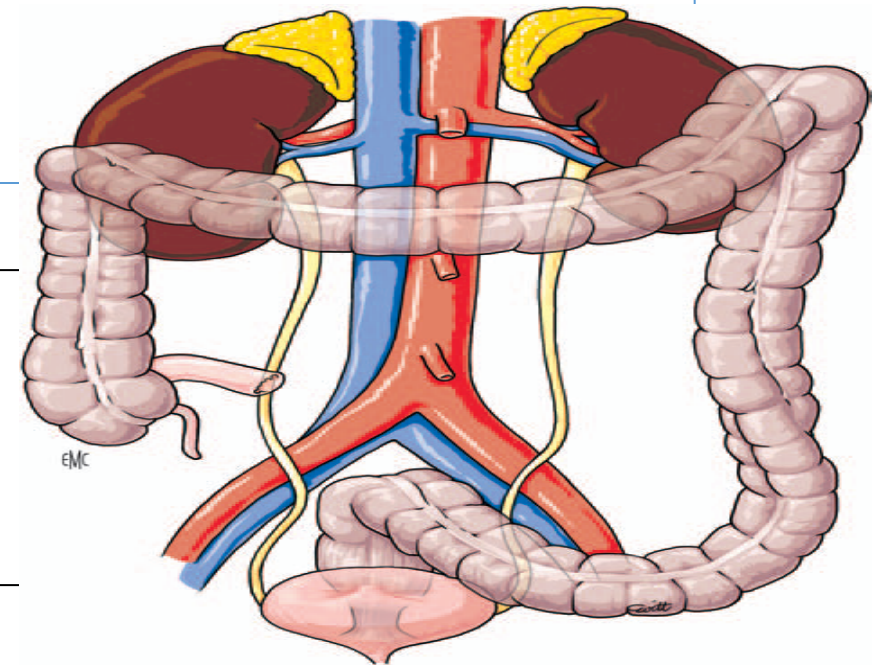
cours destiné aux étudiants de 4eme Année
médecine 3eme rotation (2019-2020)

Dr Zineddine DJILLI

Maitre Assistant en chirurgie Générale

Faculté de médecine d'Annaba

djilli.zineddine@yahoo.com



PLAN

- Introduction
- Intérêt de la question
- Épidémiologie
- Rappel anatomique
- Facteurs de risque
- Anatomie pathologique
- Diagnostic
- Bilan d 'extension néoplasique

- Formes cliniques
- Diagnostics différentiels
- Traitement
- Facteurs pronostiques
- Surveillance
- Dépistage de masse
- conclusion

INTRODUCTION

- Ce sont toutes tumeurs malignes développées à partir de la paroi du côlon ; allant du caecum à la jonction rectosigmoïdienne.
- sont des Adénocarcinome 97%
- Le cancer du colon est le cancer le plus fréquent

INTERETS DE LA QUESTION

- Fréquence : le premier cancer digestif et le 2eme cancer en Algérie
- Diagnostic : tardif, expliqué par la banalité des signes fonctionnels
intérêt de la coloscopie
- Complications: sténose, perforation , métastases... qui peuvent révéler le cancer.
- Traitement : multidisciplinaire, essentiellement **chirurgical (Colectomie)**, + ou - chimiothérapie
- Pronostic: **bon ?**, si découverte précoce et prise en charge adéquate
médiocre si le diagnostic est tardif et la découverte au stade de complications
- Prévention qui passe par le dépistage précoce des facteurs prédisposant et la détection des lésions coliques dégénératives.

EPIDEMIOLOGIE

EPIDEMIOLOGIE :

Incidence = Le nombre de nouveaux cas par année

65 00 nouveaux cas d'atteinte de cancer du colon sont enregistrés chaque année en Algérie
33 500 nouveaux cas par an soit **15%** des cancers en France

Fréquence :

1^{er} cancer digestif

2eme cancer apres le cancer du sein chez la femme et le cancer du poumon chez l'homme

- Côlon gauche  dans 60% des cas, 2/3 le **sigmoïde**.
- Côlon droit  dans 40% des cas ; 2/3 le **caecum**

EPIDEMIOLOGIE :

- sexe

- légère prédominance masculine avec un sex-ratio compris entre 1 et 1.5

- Age

- A partir de **40-45ans**
- Touche l'âge adulte avancé et vieillard
- Il peut survenir avant 40ans chez le sujet jeune avec une évolution rapide particulière dans ce cas

Taux d'incidence des principales localisations chez l'homme 2014 (registre de cancer : Pr bouzbid)

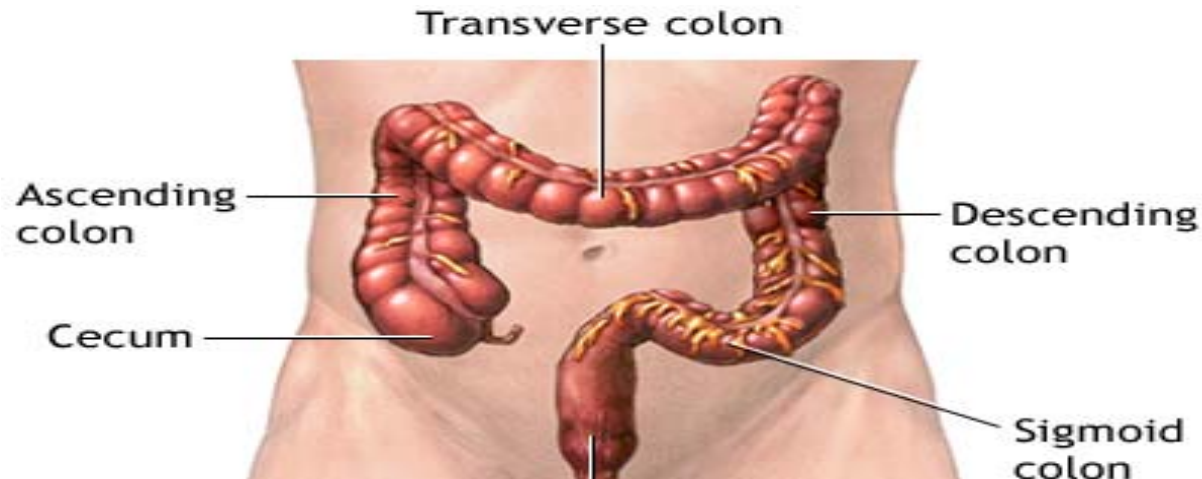
Localisations	Taux brut 100,000	Taux standardisé 100,000	Age Médian
Poumon et bronches	16.9	25.8	61
Colo-rectum	10.3	14.3	65

Taux d'incidence des principales localisations a ANNABA chez la femme 2014(registre de cancer : Pr Bouzbid)

Localisation	Taux Brut 100 000	Taux Standardisé 100 000	Age Médian
Sein	54.4	65.2	47
Colo-rectum	12.2	16.5	56

RAPPEL ANATOMIQUE

- Le côlon, ou gros intestin, est la portion de tube digestif comprise entre la valvule iléocaecale et le rectum.
- On peut distinguer anatomiquement huit parties successives : le caecum, le côlon ascendant, l'angle droit, le côlon transverse, l'angle gauche, le côlon descendant, le côlon iliaque et le côlon sigmoïde ou pelvien.
- L'ensemble de ces segments coliques se dispose en cadre dans la cavité abdominale



❖ Division anatomo-chirurgicale

- La division du cadre colique se fait en deux portions définies par leur vascularisation.
- **Le côlon droit** (cæcum, côlon ascendant, angle colique droit et deux tiers droits du côlon transverse) dépend des vaisseaux mésentériques supérieurs,
- **et le côlon gauche** (tiers gauche du côlon transverse, angle colique gauche, côlons descendant, iliaque et sigmoïde) dépend des vaisseaux mésentériques inférieurs.
- Les branches coliques issues des artères mésentériques se divisent à proximité du côlon, et s'anastomosent pour former l'arcade artérielle paracolique de Riolan.
- **La vascularisation veineuse** est presque superposable à la vascularisation artérielle.
- **Le drainage lymphatique** concerne les ganglions épicoliques (paroi colique), paracoliques (arcade bordante), intermédiaires (artères coliques), centraux (pédicules) et enfin principaux (origine des vaisseaux).

❖ Vascularisation du colon:

1-Vascularisation artérielle :

1-1) Artères du colon droit : AMS donne des collatérales droites ; deux artères constantes et importantes et deux autres inconstantes et accessoires.

1-2) Artères du colon gauche : AMI donne des collatérales gauches ; deux artères constantes et importantes

- **1-3)** pour le transverse, **arcade de Riolan** anastomose entre la branche droite de la colique sup gauche et la branche gauche de la colique sup droite

2-Vascularisation veineuse :

Se rendent au **tronc porte** par :

- **VMS:** reçoit,
Veine iléo-colique.
Veine colique moyenne.
Veine colique droite.
- **VMI:** reçoit,
Veine colique gauche.
Veine sigmoïde
Veine du colon descendant

❖ **Lymphatiques du colon**

- 1- Groupe épi-colique** : le long de la paroi colique.
- 2- Groupe para-colique** : le long de l'arcade bordante.
- 3- Groupe intermédiaire** : le long des Vx coliques inf, moy et sup.
- 4- Groupe principal** : à l'origine des artères coliques.
- 5- Groupe central** : à l'origine de l'AMS et I.

Facteurs de risque :

- Introduction
- Intérêt de la question
- Épidémiologie
- Rappel anatomique
- Facteurs de risque
- Anatomie pathologique
- Diagnostic
- Bilan d'extension néoplasique

- Formes cliniques
- Diagnostics différentiels
- Traitement
- Facteurs pronostiques
- Surveillance
- Dépistage de masse
- conclusion

Facteurs de risque

Lésions Tumorales Pré-Cancéreuses

Polypes adénomateux

- Le terme de polype colorectal désigne une tumeur de petite dimension faisant saillie dans la lumière du côlon ou du rectum sans préjuger de sa nature histologique.
- Le polype peut être :
 - *sessile
 - *pédiculé
 - *plan
- de nature bénigne ou maligne.
- Lorsqu'il existe de nombreux polypes (> 10), on parle de polypose



Aspect macroscopique des polypes en coloscopie



Polype pédiculé



Polype sessile

Facteurs de risque

- Le risque de dégénérescence est fonction :
 - Du type histologique : Plus grand pour l'adénome vilieux que pour l'adénome tubuleux.
 - Du degré de dysplasie.
 - De la taille : 50% des cas d'adénome > 25mm.
 - De la durée de l'évolution.
 - Du siège du polype avec un caractère plus péjoratif des localisations en aval de l'angle colique gauche

Facteurs de risque

Lésions inflammatoires chroniques

RCUH et Maladie de Crohn Risque lié à

- *l'étendue de la maladie,

- *à son ancienneté

- *et à l'âge au diagnostic

- RCUH surtout : Risque si diagnostic de pancolite avant 15 ans = 40-43%

- Maladie de Crohn : avec des risques de cancérisation qui croît après 10 ans d'ancienneté

Facteurs de risque

Formes génétiquement déterminées

- La polypose adénomateuse familiale
- est une maladie héréditaire, autosomique dominante).
- La PAF est à l'origine de 1 % des cancers du côlon.
- Le gène APC, dont la mutation constitutionnelle est responsable de la maladie, siège sur le bras long du chromosome 5.
- Le risque de transmission à la descendance est de 50 % pour chaque enfant.
- La prévalence de la maladie est d'environ 1/5 000.
- Dans la forme classique, il y a plus de 100 polypes (jusqu'à plus de 1 000), et, en l'absence de colectomie préventive, la cancérisation est inéluctable, en général avant 40ans

Facteurs de risque:

Formes génétiquement déterminées

*Syndrome HNPCC ou syndrome de Lynch : hereditary non polyposis colorectal cancer

- Près de 5 % des cancers colorectaux surviendraient dans le cadre d'un syndrome de LYNCH .
- Mutations intéressant des gènes du MMR (HMSH2, HMSH 6, HMLH1)
- Ils surviennent vers 40 à 50 ans, atteignent plus souvent le côlon droit, et sont souvent de type mucineux, peu différenciés, avec une réaction stromale très inflammatoire.

Facteurs de risque:

Formes génétiquement déterminées

*Syndrome HNPCC ou syndrome de Lynch : hereditary non polyposis colorectal cancer

Spectre Etroit : colorectum, endomètre, intestin grêle, voies urinaires

Spectre large : ovaire, estomac, voies biliaires, glioblastomes , peau, pancréas

Facteurs de risque:

- L'association des trois *critères d'Amsterdam II* est nécessaire pour porter le diagnostic de syndrome HNPCC : RECHERCHE MSI (microsatellites instables)
 - *Trois apparentés au moins sont atteints de cancers du spectre HNPCC dont un diagnostiqué avant l'âge de 50 ans,*
 - *un sujet atteint est parent au premier degré des deux autres,*
 - *et deux générations successives sont atteintes*

FACTEURS DE RISQUE

Autres polyposes

le syndrome de Peutz-Jeghers

- (mutations du gène sérine/thréoninekinase1/serine/thréonine kinase 11, polypes hamartomateux de l'intestin grêle et du côlon, lentiginose périorificielle) ;
- les risques de cancers portent sur le côlon, l'intestin grêle, le pancréas et l'ovaire,

Maladie de COWDEN

- hamartomes de la peau, de la thyroïde, du côlon, de l'endomètre)
- associe:
 - ✓ Polypose gastrique et colique
 - ✓ Lésions dermatologiques
 - ✓ Kc du Sein, Thyroïde et des ovaires

FACTEURS DE RISQUE :

- **Syndrome de Gardner** : associe à une polypose colique :
 - ✓ Des tumeurs osseuses.
 - ✓ Des kystes épidermoïdes.
 - ✓ Des tumeurs desmoïdes.
- Le potentiel de dégénérescence colique dans plus de 95% des cas.

FACTEURS DE RISQUE :

Mode de vie

- **Régime et Facteurs diététiques et métaboliques :**
- Effet protecteur  * des fruits et légumes
huile d'olive, vit C
- Effet néfaste  * d'un apport excessif de calories (graisses animales)
* d'un excès de viandes rouges
* de l'absence d'activité physique
- **Alcool et tabac**
- **Géographiques :**
- Plus grande fréquence dans les pays industrialisés : Amérique du nord, Europe de l'ouest,
- avec faible fréquence dans les pays sous-développés : Afrique, Asie et Amérique du sud

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

1/TOPOGRAPHIE

- Coecum **16%**
- Colon ascendant **8%**
- Angle colique droit **6%**
- Colon transverse **8%**
- Angle colique gauche **4%**
- Colon descendant **8%**
- Colon sigmoïdien +++ **50%**

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 2/MACROSCOPIE : on distingue 3 formes :
 - La forme végétante, exophytique, irrégulière et friable, est saillante dans la lumière colique et souvent ulcérée en surface (**côlon droit**)
 - La forme infiltrante est dure, squirreuse, rétractant la paroi colique, à l'origine d'une **sténose** qui réalise le **cancer « en virole »** plus fréquent dans le **côlon gauche**.
 - La forme ulcéreuse pure est rare, et souvent associée aux formes précédentes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 3/MICROSCOPIE
- ADENOCARCINOME : 97% des cas.
- Le grade histologique de malignité défini par le degré de différenciation
- *Bien différencié (lieberkhuniens): grade 1
 - *Moyennement différencié : grade 2
 - *Indifférencié : grade 3
 - *Colloïde ou mucoïde : dû à l'exaltation de la sécrétion muqueuse
- AUTRES TYPES HISTOLOGIQUES : Sont rares :
 - sarcomes , tumeurs Carcinoïde

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 4/EXTENSION :
 - 4/1 .L'extension locale
 - se fait à travers la paroi colique, surtout latéralement.
-
- ***Contiguïté** : atteignant les autres organes de voisinage.
 - *Mais aussi par l'intermédiaire des lymphatiques sous-péritonéaux

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

4/2.Lymphatiques :

- Le risque d'envahissement lymphatique apparaît en cas **d'atteinte de la sous-muqueuse**.
- L'extension ganglionnaire se fait de proche en proche, sans sauter de relais, intéressant les ganglions **épicoliques** et **paracoliques**, puis les **ganglions intermédiaires** et les **principaux**.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

4/3.Veineuse et nerveuse :

- **La présence d'embolies tumorales** expose à une dissémination métastatique viscérale.(**métastases hépatiques**)
- **L'extension nerveuse et périnerveuse** favoriserait les récurrences et métastases hématogènes plus fréquentes

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

4/4.L'extension métastatique

- se fait surtout par voie portale.
- Les métastases sont :
 - ***Hépatiques** 75% des cas (*foie droit plus que le foie gauche*)
 - ***pulmonaires** 15%
 - ***Osseuses** 5%
 - ***Cérébrales** 5%
- Elles peuvent être
 - ***synchrones**, découvertes en même temps que le cancer colique ;
 - ***métachrones**, apparaissant après exérèse de celui-ci.

CLASSIFICATIONS:

Classification TNM (UICC 2009)

Plus parfaite, entraîne de se substituer progressivement à toute autre classification :

T : tumeur

Tx : profondeur de l'atteinte pariétale non spécifiée.

Tis : cancer in situ (intra épithélial).

T1 : atteinte de la sous-muqueuse.

T2 : atteinte de la musculaire.

T3 : atteinte de la sous séreuse.

T4 : tumeur envahissant la séreuse ou un organe de voisinage.

N : Ganglions

Nx : atteinte ganglionnaire non précisée.

No : ganglions non atteints.

N1 : atteintes **1 à 3** ganglionnaires régionaux.

N2 : atteintes **4 ou plus** ganglionnaires régionaux.

M : Métastases

Mx : atteinte non précisée.

Mo : absence de métastases.

M1 : métastases présentes. (L'atteinte des gg iliaques externes ou iliaques communs est considérée comme M1 ainsi que Gg de troisièr)

- **Stade I** = pT1-T2 N0 M0 = sous-séreuse intacte sans métastase ganglionnaire
- **Stade II A** = pT3 N0 M0 = sous-séreuse atteinte sans métastase ganglionnaire
- **Stade II B** = pT4 N0 M0 = séreuse franchie et/ou perforée, et/ou envahissement d'organes voisins, sans métastase ganglionnaire
- **Stade III A** = pT1, T2, N1 M0 = envahissement ganglionnaire
- **Stade III B** = pT3,T4, N1 M0 ‘’
- **Stade III C** = tous T, N2 M0 ‘’
- **Stade IV** = tous T, tous N, M1 = métastases à distance

diagnostic :

- Introduction
- Intérêt de la question
- Épidémiologie
- Rappel anatomique
- Facteurs de risque
- Anatomie pathologique
- **Diagnostic**
- Bilan d 'extension néoplasique

- Formes cliniques
- Diagnostics différentiels
- Critères d opérabilité et de resecabilite
- Traitement
- Facteurs pronostiques
- Surveillance
- Dépistage de masse
- conclusion

diagnostic

- Signes évocateurs :

- Troubles du transit intestinal :

- Constipation récente rebelle chez un sujet aux habitudes régulières.
 - Diarrhée parfois.
 - Surtout **alternance de constipation et de diarrhée** avec sensation d'évacuation incomplète.

- Hémorragie : sang noir ou rouge , le plus souvent microscopique(HEMOCULT)
 - La douleur : vague à type de pesanteur, de gêne, de distension, siégeant dans le pelvis ou dans la fosse iliaque droite.

- Crises coliques : plus typiques de lutte évoluant en deux phases, l'une **douloureuse paroxystique** avec état nauséux et arrêt du transit intestinal, l'autre de **cédation** brusque à la faveur d'une débâcle de selles diarrhéiques, le tout réalisant un véritable **syndrome de Koëinig**.

diagnostic :

- Signes moins évocateurs :

- Troubles dyspeptiques : D'allure gastrique ou vésiculaire.
- AEG inexpliquée avec anorexie ; anémie ; asthénie ; état subfébrile et amaigrissement.

- Autres circonstances :

- Découverte fortuite d'une tumeur ; Circonstance rare.
- Par contre dans plus de la moitié des cas, c'est à l'occasion d'une complications infectieuse et surtout occlusive que le cancer est découvert
- **métastases hépatiques et ou pulmonaires**

diagnostic :

Colon droit:

troubles du transit
(diarrhées)
anémie par saignement
Douleurs
SD de Koenig
Masse de la FID

Colon gauche:

troubles du transit
Constipation , occlusion
alternance D-C
douleurs
rectorragies

diagnostic :

- **PARACLINIQUE :**

- **a)Endoscopie avec biopsie** : A actuellement reléguer le lavement baryté au second plan

***Rectosigmoïdoscopie** : Qui peut monter jusqu'à 60cm de la marge anale

***Côlonoscopie totale** : Qui constitue **l'examen de choix**, celle-ci réalisée après

préparation colique soigneuse et sous neurolepto - analgésie voire sous AG.

- Elle permet :

diagnostic :

- ☐ De Mettre en évidence la lésion colique ulcérobourgeonnante (végétante), saignant au contact.
- ☐ De rechercher sur le reste du côlon des polypes associés ou un 2e cancer synchrone
- ☐ faire des biopsies pour confirmer la nature histologique de la tumeur

diagnostic :

- b) LAVEMENT BARYTE :

Retrouve ses indications

- En complément de l'endoscopie pour mieux apprécier la topographie exacte de la lésion et de l'absence d'une autre lésion ; en amont d'une virole infranchissable à la colonoscopie(STENOSE COLIQUE)

diagnostic :

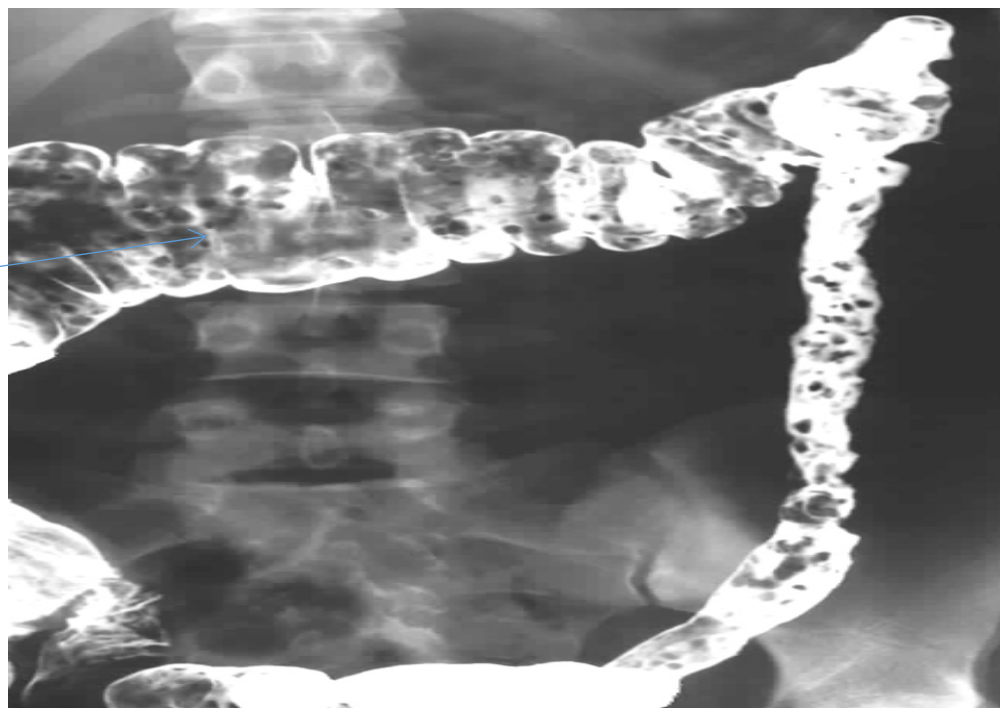
Met en évidence :

- Image le plus souvent lacunaire polycyclique, irrégulière à large base d'implantation ; souvent creusée d'une niche centrale. Se raccordant à angle aigu avec la paroi colique saine.
- Image fréquente de sténose irrégulière, excentrique plus ou moins tortueuse, dont l'image classique de «trognon de pomme
- l'existence d'éventuelles formations polypoides associées ou d'un deuxième cancer colique synchrone.

Image en
trognon
de
pomme



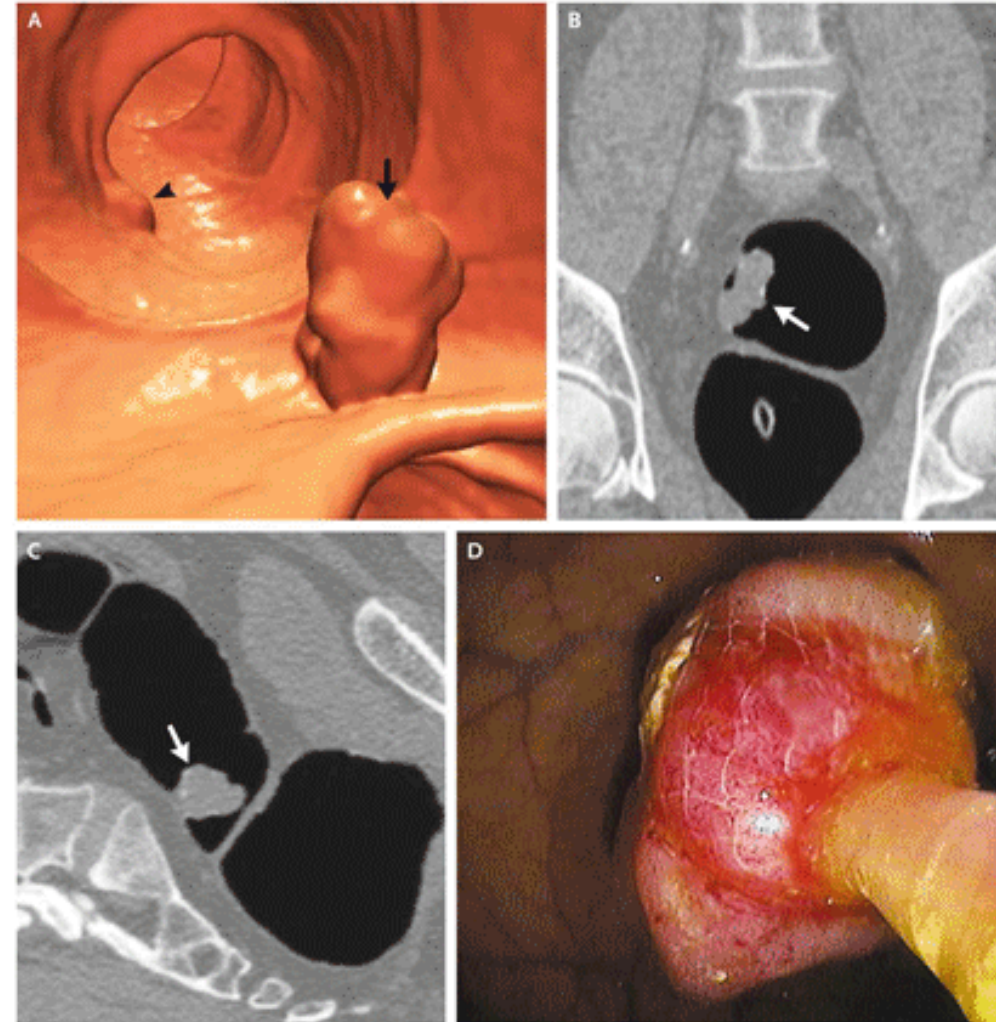
Polypose
colique



diagnostic

C- Colo-scanner(coloscopie virtuelle)

TDM abdomino-pelienne couplée un lavement à la Baryte avec des reconstruction des images en tridimensionnelle



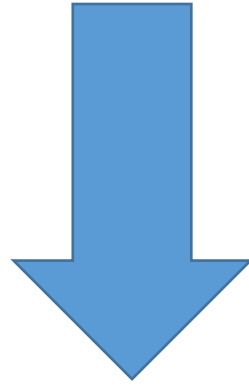
EMC

BILAN D'EXTENSION NEOPLASIQUE :

- Introduction
- Intérêt de la question
- Épidémiologie
- Rappel anatomique
- Facteurs de risque
- Anatomie pathologique
- Diagnostic
- Bilan d'extension néoplasique

- Formes cliniques
- Diagnostics différentiels
- Critères d'opérabilité et de resecabilité
- Traitement
- Facteurs pronostiques
- Surveillance
- Dépistage de masse
- conclusion

BILAN D'EXTENSION NEOPLASIQUE :



Clinique

**Marqueurs
tumoraux**

Imagerie

BILAN D'EXTENSION NEOPLASIQUE :

Clinique :



```
graph TD; A[Clinique :] --> B[Examen clinique:]; A --> C[Toucher rectal:];
```

Examen clinique:

- interrogatoire
- palpation abdominale: masse, foie, ascite (?)
- général: poumons, Recherche du ganglion de Troisier.(en sus claviculaire gauche)

Toucher rectal:

- position sur le dos, genoux sur poitrine, plan dur
- inspection
- toucher anal : tonus, sphincter
- toucher rectal : rectum, Douglas (nodules de carcinose)
- * toutes les faces
- * taille, consistance, mobilité

BILAN D'EXTENSION NEOPLASIQUE :

Imagerie

- TDM THORACO-ABDOMINO-PELVIENNE

- *Métastases hépatiques.

- *Métastases péritonéales

- *Ascite.

- *Extension aux voies urinaires avec visualisation de la distension des cavités pyélocalicielles.

mieux apprécier l'extension locorégionale

TDM thoracique complète le cliché radiologique standard en cas de doute sur une localisation secondaire pulmonaire

- IRM : surtout hépatique en cas de métastase

BILAN D'EXTENSION NEOPLASIQUE

- Recherche de métastases osseuses
- n'est pas systématique. Elle s'impose devant des douleurs osseuses, des fractures ou tassements vertébraux pathologiques.
- Recherche de métastases cérébrales
- Les métastases cérébrales synchrones sont extrêmement rares.
- Leur recherche, motivée par la présence de signes neurologiques, repose sur l'examen TDM cérébral avec injection de produit de contraste, et de plus en plus sur l'IRM.
- Tomographie par émission de positon (PET-scan)
- Pour le cancer colorectal, son rôle principal est le bilan d'opérabilité et d'extension, en cas de récurrence et de métastases

BILAN D'EXTENSION NEOPLASIQUE

Marqueurs tumoraux

- CA 19-9
- Ont un intérêt certain dans la surveillance postopératoire lorsqu'on retrouve des taux élevés en préopératoire
- ACE Marqueur tumoral des adénocarcinomes (tous)
Peu sensible, peu spécifique,

FORMES CLINIQUES :

- 1/Formes infraclinique
- Près de 8 % des cancers coliques sont de découverte fortuite et correspondent souvent à des lésions adénomateuses ou villeuses d'apparence bénigne, dont l'examen anatomopathologique révèle la présence d'une zone de dégénérescence
- 2/Evolutives ou compliquées :
- Plus de 18 % des malades atteints de cancer colique sont opérés en urgence.

FORMES CLINIQUES :

- A-Occlusion: C est la complication la plus fréquente, le KC est la cause la plus fréquente des occlusions coliques.
- * $\frac{3}{4}$ fois il s'agit d'un cancer du côlon gauche ; d'installation progressive insidieuse en quelques jours avec météorisme diffus longtemps bien supporté.
- *ASP : Distension importante du cadre colique avec souvent une rétrodilataion précoce du grêle.
- *Les opacifications digestives et la TDM abdominale
- précisent la localisation de la lésion (côlon gauche le plus souvent) et l'importance de la sténose.
- Un traitement médical ou instrumental peut lever l'occlusion et différer l'intervention après bilan et préparation intestinale

FORMES CLINIQUES :

- B-Perforation
- Elle survient dans 1 à 8% des cas, le plus souvent sur le côlon droit.
- La perforation in situ entraîne un **abcès paranéoplasique** ou une **péritonite localisée** responsable de signes d'infection profonde et **d'un empatement douloureux dans un contexte subocclusif**.
- Les perforations **diastatiques** du cæcum ou du côlon droit sur occlusion négligée, entraînent toujours un tableau de péritonite généralisée avec pneumopéritoine, souvent asthénique chez le sujet âgé

FORMES CLINIQUES :

- C-Fistules

- Les fistules entéro cutanées par envahissement pariétal sont exceptionnelles.
- Les fistules internes se font par extension aux organes de voisinage
 - fistules colo duodénales pour l'angle colique droit,
 - colo gastriques pour le côlon transverse,
 - Colo vésicales,
 - Colo utérines

FORMES CLINIQUES :

- 3/TOPOGRAPHIQUES :
- **Cancer du caecum** rarement sténosant, souvent surinfecté, les signes
- révélateurs sont :
 - - les douleurs de la fosse iliaque droite
 - - les hémorragies distillantes : pâleur, anémie
 - - la découverte d'une masse de la fosse iliaque droite (50% des cas)
 - - une fièvre persistante, témoin d'une infection péri-tumorale
 - - une occlusion à un stade tardif
 - - un syndrome de Koenig

FORMES CLINIQUES :

- 3/TOPOGRAPHIQUES :
- **Cancer** de l'angle colique droit
 - - Il se manifeste par des douleurs de l'hypochondre droit évoquant des pathologies biliaire, pancréatique ou gastrique.
 - - L'envahissement des viscères voisins : duodénum, pédicule hépatique, rein droit, pancréas est fréquent.

FORMES CLINIQUES :

- **Cancer du côlon transverse :**
 - Tumeur en virole à l'origine d'une occlusion dans 50% des cas.
 - De diagnostic difficile, empruntant volontiers une symptomatologie biliaire.
 - De mauvais pronostic, car elle s'étend rapidement au duodénum ; pancréas et à droite, à la rate, queue du pancréas et rein gauche.
- **Les cancers de l'angle colique gauche :** s'étendent rapidement vers la rate, la queue du pancréas, l'estomac, le grand épiploon, le rein gauche.

FORMES CLINIQUES :

- 3/TOPOGRAPHIQUES :
 - **Cancer du sigmoïde** C'est la localisation la plus fréquente.
 - La symptomatologie est dominée par les rectorragies,
 - les troubles du transit avec une constipation récente,
 - et les douleurs au niveau du flanc gauche..
 - Parfois , on palpe une masse de la fosse iliaque gauche
 - **Les cancers multiples** : Ne sont pas rares et justifiant une étude complète de tt le cadre colique.

FORMES CLINIQUES :

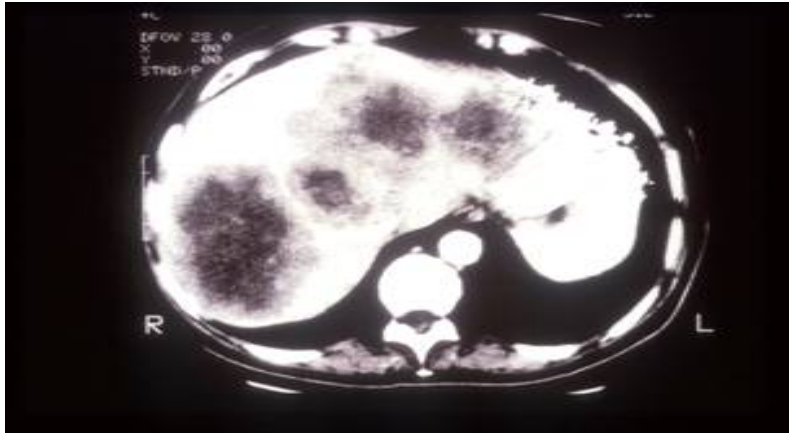
- Cancer du côlon avec métastases hépatiquescolorectaux
 - Les métastases **hépatiques synchrones** surviennent dans 15 à 25% : découverte au moment du bilan d'extension
 - Les métastases **hépatiques métachrones** découvertes au cours de la surveillance post-opératoire représentent 40 à 50% découverte après six mois de la chirurgie radicale

MHCCR : métastases hépatiques des cancers colo-rectaux)

Classification des métastases hépatiques

Classe II

Classe III



Non résécable



Potentiellement résécable

Classe I



Facilement résécable

DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL

- FORMES NON-COMPLIQUEES :

- A droite :

- La tuberculose iléocaecale .
- Appendicite à forme tumorale : mucocèle appendiculaire
 - Plastron appendiculaire
- Iléite terminale de Crohn :

- A gauche : Sigmoidite (en dehors des suppurations et perforations)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- FORMES COMPLIQUEES :

- *Occlusion :

- Volvulus du côlon pelvien.
 - Volvulus du caecum.
 - Invagination intestinale aiguë.

- *Infection : peut être liée à

- une suppuration annexielle
 - Sigmoidite avec abcès ou péritonite par perforation.

- *Fistule : sigmoidite compliquée des fistules colo vésicales Avec pneumaturie

Le traitement

Essentiellement **chirurgical** , doit être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire **(RCP)**

- **BUTS**
- Résection tumorale en étant le plus carcinologique possible
- Rétablir la continuité et le transit digestif
- Eviter les complications et les récives

Le traitement

- METHODES :



Traitement chirurgical carcinologique



chimiothérapie adjuvante



Traitement palliatif (chirurgical, Chimiothérapie, prothèses endoscopique)

LE TRAITEMENT

- Traitement ADJUVANT
- **La radiothérapie** : est sans effet sur le cancer du colon
- **La chimiothérapie** adjuvante : envisagée
 - en complément à une exérèse radicale(stade III et plus)
 - ou à titre palliatif
 - en cas de métastases hépatiques et ou pulmonaires

LE TRAITEMENT

CT systémique adjuvante

- 12 CURES
- le FUFOL (association de 5-FU et d'acide folinique)
- FOLFOX4 : oxaliplatine (Eloxatine®) + LV5FU2.
- IRINOTHECON : CAMPTO
- CAPECITABINE : XELODA

CANCER DU COLON AVEC métastases hépatiques (MH) :

■ Thérapie ciblée :

- Antiangiogenique : BEVACISUMAB (AVASTIN)
- Anti EGFR : CETUXIMAB

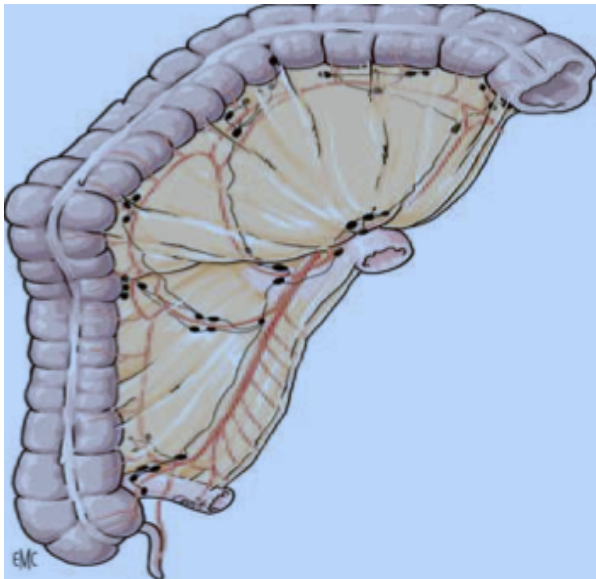
LE TRAITEMENT

- **Traitement Chirurgical** : est l'hémi-colectomie réglée :
- **Cancer du colon droite** : L'hémi-colectomie emporte 10 cm de l'iléon terminal et prolongée jusqu'à environ 1/3 moyen voire 1/3 gauche du côlon transverse.
- **Cancer du colon gauche** : L'hémi-colectomie gauche vraie étendue de l'union 1/3 droits et 1/3 moyens du transverse à la jonction rectosigmoïdienne

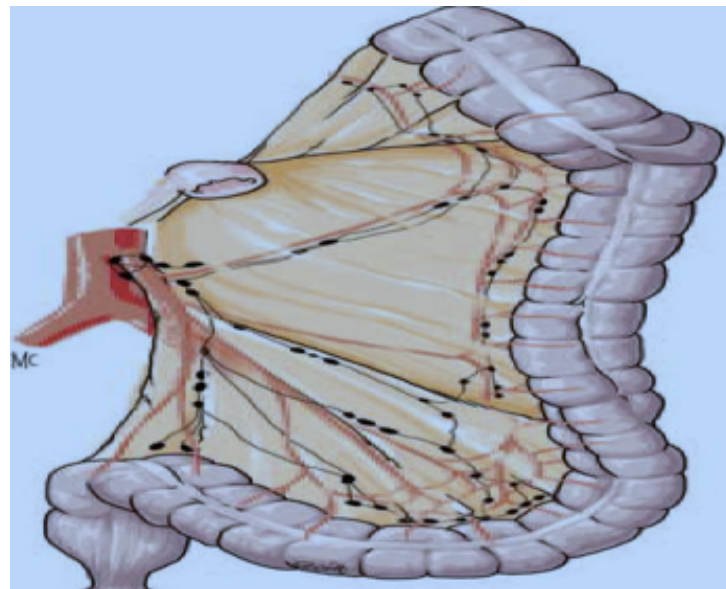
Le traitement

- Colectomie segmentaire haute ou basse gauches
- Colectomie totale
- Colectomie élargie a :
 - la paroi , grêle, arbre urinaire, organe génitaux, estomac, rate, pancréas, rectum (dans les polyposes recto coliques)
- Colectomie associée a des résection hépatiques en cas métastases hépatiques

Le traitement

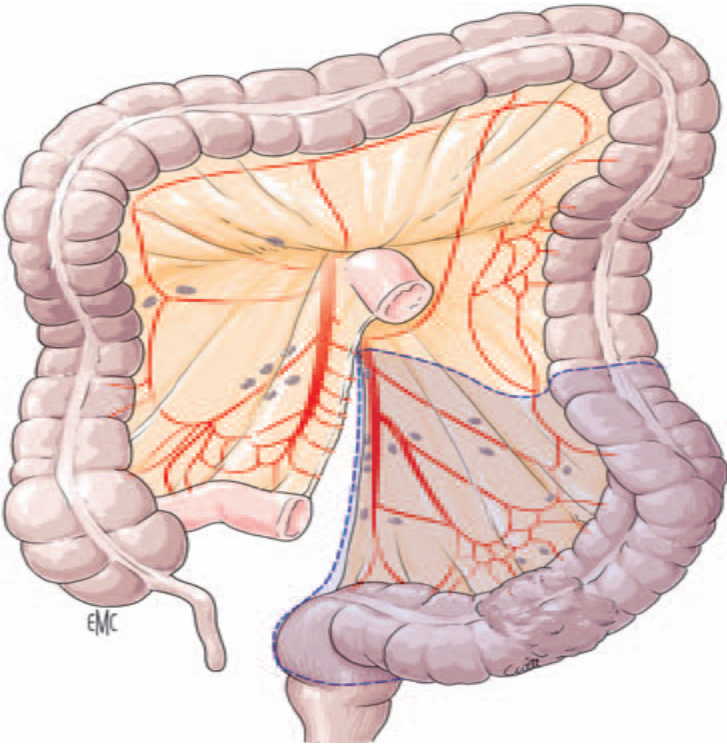


Colectomie droite

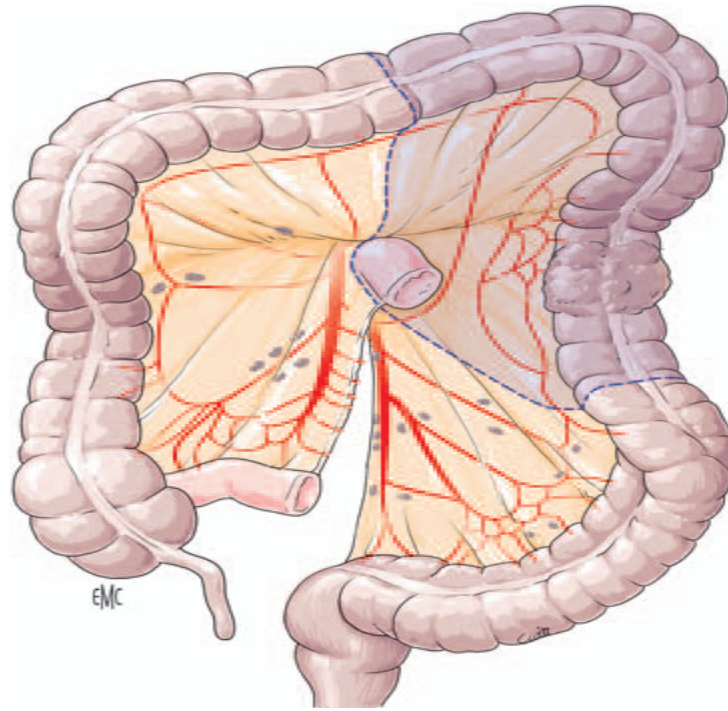


Colectomie gauche

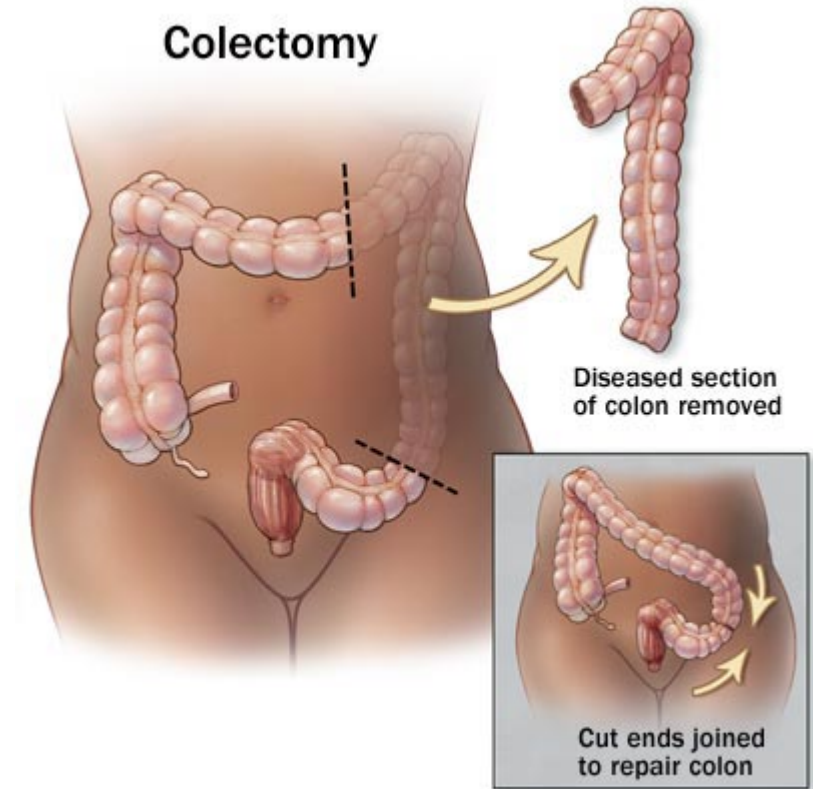
Le traitement



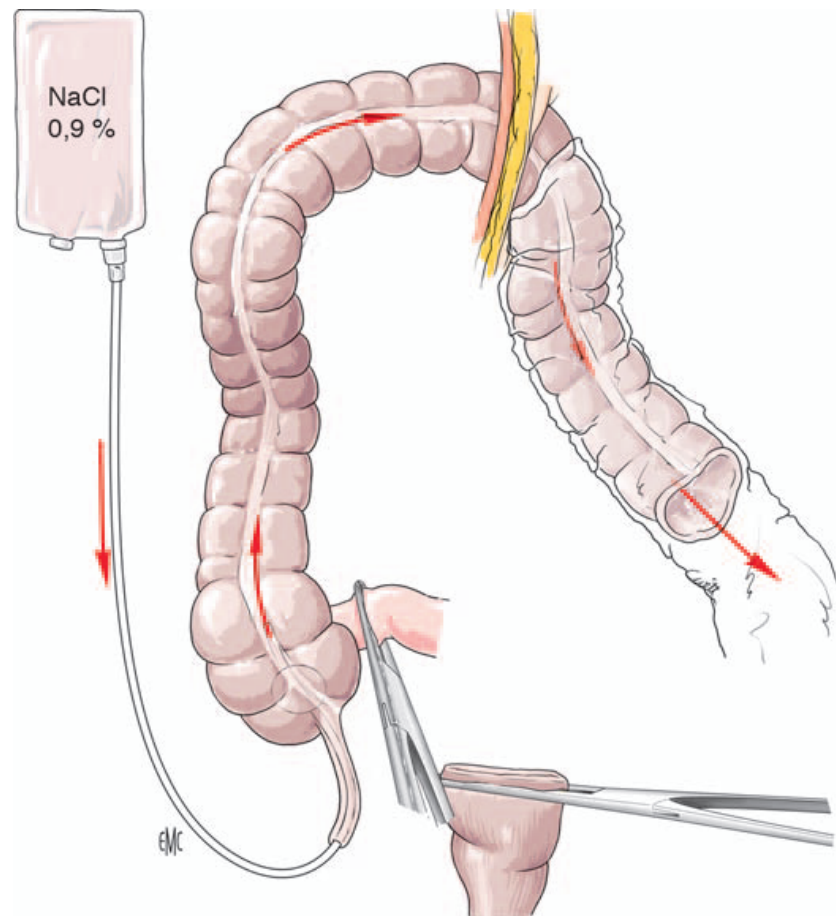
Colectomie segmentaire gauche basse



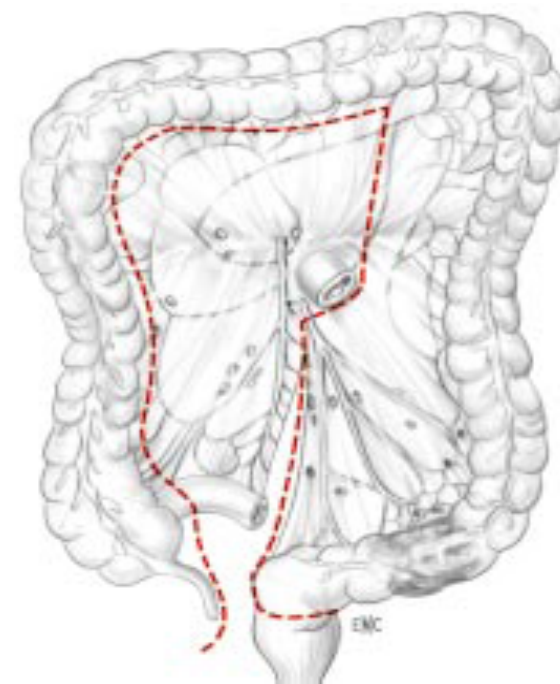
Colectomie segmentaire gauche haute



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



Lavage colique peropératoire



*Colectomie totale pour
cancer du côlon gauche en
occlusion :*

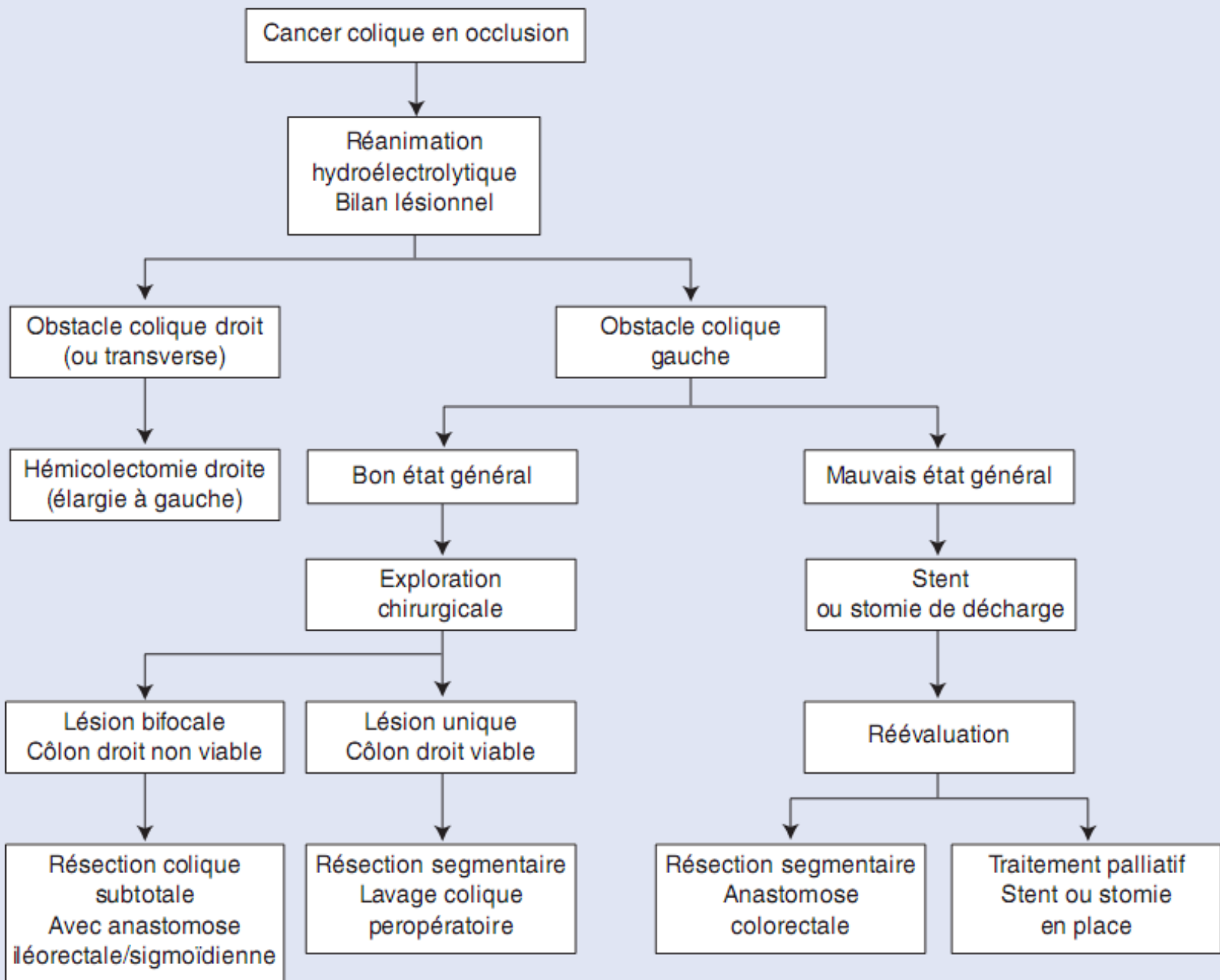


Figure 1. Arbre décisionnel.
Cancer colique en occlusion.

EMC

Le traitement

- Formes compliquées, en situation d'urgence
- ***Occlusion***
- ***traitement en deux temps*** :
 - ❑ *colostomie première par voie élective sans résection.*
 - ❑ *résection sans rétablissement.*
- ***traitement en un temps*** :
 - ❑ *résection-anastomose avec lavage colique peropératoire.*
- ***traitement endoscopique*** : prothèse colique expansible

Le traitement

- ***Perforation***
- La résection sans rétablissement de continuité est indiquée du fait de la péritonite et de l'absence de préparation colique.(intervention de HARTMAN)
- Une perforation diastatique est traitée préférentiellement par une colectomie emportant la tumeur et la perforation sans rétablissement de continuité.

LE TRAITEMENT

- *Métastases synchrones résécables*
- La présence de métastases synchrones, le plus souvent hépatiques ou pulmonaires, doit faire discuter leur exérèse dans le même temps opératoire ou de différer de 2 à 3 mois une exérèse hépatique majeure

Le traitement

- TRAITEMENT PALLIATIF :
- Résection de propreté.
- **Dérivations internes** : avec anastomose :
 - *Iléo-transverse à droite.
 - *Transverso-sigmoïdienne à gauche.
- **Dérivation externe définitive** : Anus iliaque.(iléostomie / colostomie)
- **CT PALLIATIVE**
- **ENDO PROTHESE**

Pronostic selon Stade Survie à 5 ans

Survie a cinq ans

- Stade I (93%)
- Stade II (70-80%)
- Stade III (45-75%)
- Stade IV (8%)

Facteurs de mauvais pronostic reconnus ;

- T4
- Perforation tumorale,
- Occlusion révélatrice,
- Tumeur peu différenciée
- Invasion veineuse lymphatique, embolies veineux néoplasiques ou péri nerveux,
- Nombre de ganglions examinés < 12
- Métastases hépatiques ou autres

surveillance

Les premières 2 ans:

tous les 3 mois: clinique
 échographie hépatique
tous les ans: radio pulmonaire

de 2 à 5 ans:

tous les 6 mois: clinique
 échographie hépatique
tous les ans: radio pulmonaire

Surveillance endoscopique:

 coloscopie dans l'année
 si polypes: à 1 an
 sinon: à 5 ans, jusqu'à 75 ans

Surveillance des MH : TDM ou IRM

Dosage des marqueurs tumoraux ACE CA19-9

tous les **2-3 mois les 3 premières années**
avec bilan en cas d'élévation (accord
d'experts).

TEP scan : en cas de doute sur l'existence
d'une récurrence ou dans le cadre du bilan

surveillance

- **Dosage des marqueurs tumoraux ACE CA19-9**
- tous les **2-3 mois les 3 premières années** avec bilan en cas d'élévation (accord d'experts).
- **TEP scan** : en cas de doute sur l'existence d'une récurrence ou dans le cadre du bilan

« Dépistage » des Groupes à Risque

POPULATION	FACTEURS DE RISQUE	DEPISTAGE
Risque moyen	Age > 45 ans	Évaluation de l'Hemoccult systématique en cours
Risque élevé	Parent du 1 ^{er} degré ATCD d'adénome (> 1cm, ADV) ATCD de cancer ATCD de MICI* (> 15 ans d'évolution)	Coloscopie tous les 5 ans à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge de diagnostic chez le parent atteint Coloscopie à 1 puis tous les 5 ans Coloscopie à 1 ans puis tous les 5 ans
Risque très élevé	Syndrome HNPCC** Polypose recto-colique familiale	Consultation onco-génétique Coloscopie / 2 ans dès 25 ans ou 5 ans av. l'âge de diagnostic le plus précoce Consultation onco-génétique Rectosigmoïdoscopie souple de la puberté à 40 ans

* Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin - ** Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer

CONCLUSION

Le pronostic d'un cancer colique dépend du stade de la maladie et la qualité de la chirurgie.

Il est fondamental de connaître les facteurs de risques et les lésions pré-cancereuses du cancer colo-rectal

une coloscopie est toujours indiquée en cas d'hémorragies digestive basse ou devant une constipation qui traine

Le dépistage du cancer colorectal est possible par la recherche de saignement occulte dans les selles , dans le cadre de campagnes de dépistage de masse

La prévention par une côlonoscopie régulière s'avère essentielle dans la population à haut risque en particulier, celles aux antécédents personnels de polyposes adénomateuse familiale.

MERCI

POUR

VOTRE

ATTENTION