

UNIVERSITE DE CONSTANTINE
FACULTE DE MEDECINE
MODULE DE GASTROENTEROLOGIE

Cancer du colon

Professeur A. MAZOUZ

Cancer du colon

I- Introduction :

Tumeurs malignes développées au dépend de la paroi colique

Le cancer colorectal représente un problème majeur de santé publique, il se développe habituellement sur une lésion préexistante évoluant souvent depuis plusieurs années,

II- Epidémiologie :

A- fréquence :

Le cancer colo- rectal pose un problème majeur de santé publique il est le troisième cancer dans le monde. avec 32000 nouveaux cas par an dont 2/3 sont coliques . La probabilité d'être atteint d'un cancer colorectal au cours de vie est de 5%

Il est fréquent en Europe en Amérique du nord et en Australie plus rare en Amérique du sud, en Asie et surtout en Afrique

B- Age Et Sexe :

Le cancer colique est rare avant 50 ans l'incidence augmente ensuite rapidement avec un pic de fréquence entre 50 et 70 ans .

On note une légère prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,5.

III Etiopathogenie :

1-Carcinogenese

La filiation adénome cancer est admise le risque augmente avec la taille le degré de dysplasie et le type histologique de l'adénome élevé pour les adénomes villosités, faible pour les adénomes tubuleux.

2-Facteurs de risque

a-Environnement et facteur alimentaire : la consommation de matières grasses et graisses animales joueraient un rôle dans la genèse du cancer du colon à l'inverse, les fruits, les légumes frais joueraient un rôle protecteur.

b-Facteurs génétiques

- Polypose adénomateuse familiale (PAF)
- Syndrome de Lynch(HNPCC) Heredity non polyposis colon cancer

3 Etats précancéreux :

En dehors de ces circonstances épidémiologiques liées à l'environnement et génétiques, il existe des états précancéreux associant conditions et lésions précancéreuses.

Ces états précancéreux permettent de définir une population à haut risque, justiciable d'une surveillance régulière à l'âge de survenue du cancer.

L'organisation mondiale de la santé définit une condition précancéreuse comme un état clinique associé à un risque significativement élevé de survenue du cancer et une lésion précancéreuse comme une anomalie histopathologique dans laquelle le cancer est plus souvent observé

Parmi les lésions précancéreuses, les polypes adénomateux et les lésions inflammatoires la rectocolique ulcero-hémorragique et la maladie de Crohn

IV / Anatomie pathologique :

A) La tumeur :

Siège :

- le cancer est presque toujours unique mais on signale des formes multiples.
- le cancer siège le plus souvent sur le sigmoïde et le coeco-ascendant

Macroscopie :

- **Les tumeurs végétantes** :siègent surtout sur le coeco ascendant.
- **Les tumeurs ulcéreuses** :

Ouvre la porte à l'infection avec réaction inflammatoire voire abcès perineoplasique

- **Les tumeurs infiltrantes sténosantes** : siègent le plus souvent à gauche, au niveau du sigmoïde et son plus invasives tendent à infiltrer progressivement les tuniques intestinales de façon circulaire pour donner un rétrécissement en virole ou « en ficelle » se manifestent précocement par des phénomènes de subocclusion,

Microscopie :

Dans la majorité des cas il s'agit d'adénocarcinomes lieberkuhniens».

Les sarcomes, leimyosarcomes firosarcomes angiosarcomes. lymphomes schwanomes et carcinoides sont plus rares.

B) Mode d'extension de la tumeur :

① -Extension intramurale :

En profondeur, l'extension se fait rapidement de la muqueuse vers la sous-muqueuse, la musculuse et enfin la séreuse qui est la forme la plus observée actuellement.

② -Extension au organes de voisinage :

la tumeur déborde la séreuse et envahit les organes voisins :jéjunum ileon duodénumrein uretèreVessie en cas de cancer sigmoïdien

③ -Extention lymphatique :

Elle se fait dans l'étage correspondant à la tumeur et envahit en théorie successivement les ganglions épícolique, paracolique, intermédiaire, principaux.

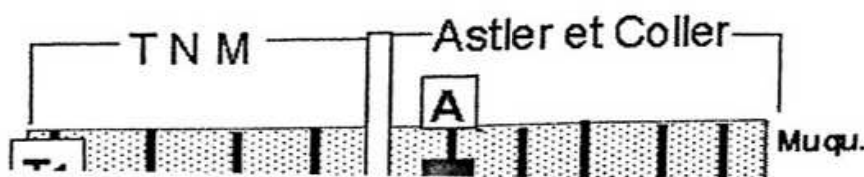
④ -Extension veineuse : Cette extension se fait au niveau de la paroi même

⑤ -Extension métastatique :

Les métastases péritonéales sont les plus péjoratives et elles peuvent aller jusqu'à la carcinose

Les métastases hépatiques, d'évolution plus lente, permettent pour une partie d'entre elle une chirurgie d'exérèse.

Les autres métastases sont plus rares = poumons, ovaires.



Classifications

Les facteurs pronostiques comme notamment le degré d'envahissement tumoral trans pariétal et ganglionnaire et la présence ou non de métastases ont été intégrés dans des classifications. Le standard pour la classification post-thérapeutique des cancers du côlon est représenté par les classifications UICC

Classification commune UICC (TNM)

Tumeur primitive (T) :

- TX : tumeur non évaluable,
- T0 : pas de tumeur sur le prélèvement,
- Tis : carcinome in situ,
- T1 : atteinte de la sous muqueuse,
- T2 : atteinte de la musculuse,
- T3 : atteinte de la sous séreuse, de la séreuse ou de la graisse péricolique,
- T4 : atteinte de la cavité péritonéale à travers la séreuse ou extension par contiguïté à un organe de voisinage à travers la séreuse.

Adénopathies régionales (N) :

- NX : adénopathies non précises,
- N0 : pas d'adénopathies régionales,
- N1 : 1 à 3 adénopathies péricoliques métastatiques,
- N2 : 4 ou + adénopathies péricoliques métastatiques,
- N3 : adénopathies centrales (des troncs vasculaires) métastatiques.

Métastases à distance (M) :

- MX : non précisé,
- M0 : pas de métastases,
- M1 : métastases.

Tumeur résiduelle (R) (AJCC) :

- R0 : berges de résection microscopiquement indemnes de tumeur résiduelle,
- R1 : berges de résection microscopiquement envahies,
- R2 : tumeur résiduelle macroscopique (constatation chirurgicale).

Regroupement en stades :

- stade I : T1 N0M0, T2N0M0,
- stade II : T3 N0M0, T4 N0M0,
- stade III: quel que soit le T, N1, N2 ou N3, M0,
- stade IV: quel que soit le T ou le N, M1 .

V Diagnostic positif

Etude clinique :

a) Symptôme D'appel :

- ① - Les douleurs abdominales sont vagues, localisées au cadre colique,
- ② - les troubles du transit sont fréquents sous la forme diarrhée rebelle, d'une constipation inhabituelle ou d'une alternance de diarrhée et de constipation. .
- ③ - les hémorragies intestinales souvent peu abondantes mais répétées. Le méléna révèle une lésion en amont de l'angle colique droit, la rectorragie n'est pas localisatrice. Toute hémorragie intestinale basse; même en présence d'une pathologie proctologique impose une exploration.

-Le cancer colique peut être révélé par masse abdominale des métastases pulmonaires (douleurs thoracique, dyspnée), une perforation (tableau de péritonite) ou une sténose (tableau d'occlusion). Une altération de l'état général est assez fréquente

b) Examen Clinique :

L'interrogatoire précise les antécédents carcinologiques personnels et familiaux à la recherche d'une maladie héréditaire, et permet la réalisation d'un arbre généalogique.

La tumeur est rarement accessible à la palpation. Une adénopathie de Troisier doit être recherchée. Les touchers pelviens peuvent mettre en évidence une tumeur prolabée dans le cul de sac de Douglas, ou des nodules de carcinose péritonéale..

Une hépatomégalie avec hépatalgie, ictère ou ascite évoque des métastases hépatiques. Une occlusion intestinale, une ascite ou des masses abdominales peuvent révéler une carcinose péritonéale.

Examens complémentaires :

Coloscopie : C'est l'examen diagnostique de référence du cancer colique avec une sensibilité de 96,7% et une spécificité de 98%.

Elle visualise directement la muqueuse colique, permet les prélèvements, et la résection de lésions pré néoplasiques ou néoplasique. Elle explore la totalité du colon dans 80 à 95% des cas. En cas de sténose elle doit être refaite après 3 mois d'intervention

VI Bilan d'extension :

1-Clinique

Une adénopathie de Troisier doit être recherchée. Les touchers pelviens peuvent mettre en évidence une tumeur prolapsée dans le cul de sac de Douglas, ou des nodules de carcinose péritonéale..

Une hépatomégalie avec hépatalgie, ictère évoquent des métastases hépatiques. une ascite ou des masses abdominales peuvent révéler une carcinose péritonéale.

2- Tomodensitométrie thoraco abdomino pelvienne :

La TDM examen de référence dans la détection des métastases hépatiques et l'analyse des adénopathies

VII Bilan d'opérabilité :

L'âge physiologique, les maladies et tares associées, l'état général et nutritionnel initial doivent être évalués dans le bilan d'opérabilité.

Ce bilan préparatoire et préanesthésique comprend un ionogramme, un hémogramme, un bilan pré transfusionnel, un bilan de coagulation, une créatininémie. D'autres examens peuvent s'avérer nécessaire selon les cas.

VIII Formes cliniques

1 Formes compliquées

- Occlusion intestinale gauche peut être révélatrice
- Abscess périnéoplasique caractéristique des tumeurs du colon droit
- Perforation colique d'amont diastatique coecale ou perforation tumorale diastatique

-Métastases : près de 50% de patients développent des métastases. Celles ci sont présentes dès le diagnostic dans 20% (métastases synchrones).90% des récives surviennent dans les 3 premières années le site préférentiel est hépatique(métastases metachrones)

2 Formes topographiques

- Cancer du coecum réalise souvent un tableau anémique et surinfecté
- Cancer du transverse peut donner des signes gastrique d'emprunt en cas d'envahissement de l'estomac
- Cancer du sigmoïde le plus fréquent occlusif

XI TRAITEMENT

A But

- Résection colique et curage ganglionnaire
- Traitement d'une complication

B Methodes

1 Traitement chirurgical par laparotomie ou laparoscopie

Curatif :resection colique et des ganglions

.Cancer du colon droit : hémicolectomie droite

. Cancer du transverse

- proche de l'angle droit, hémicolectomie droite
- proche de l'angle (gauche), hémicolectomie gauche

- Cancer du colon gauche hémicolectomie segmentaire gauche haute ou hémicolectomie gauche vraie ou hémicolectomie segmentaire gauche basse (colonsigmoïde)

Palliatif : exérèse limitée ; dérivation interne ;colostomie

2 Traitement Endoscopique: prothèse endoscopique en cas d'occlusion gauche

3 Traitement adjuvant

- L'efficacité de chimiothérapie systémique adjuvante 5 FU et acide folinique de 6 mois dans les cancers coliques avec extension ganglionnaire a été démontrée .Les récives locorégionales et métastases

métachrones ont incité à compléter une chirurgie d'exérèse considérée comme carcinologiquement correcte par de traitements adjuvants. Leur but est de réduire les récives et la mortalité par éradication des micrométastases

X Pronostic et surveillance

Les facteurs pronostiques les plus importants sont le stade TNM(extension pariétale et ganglionnaire) l'existence d'une complication (perforation ou occlusion) .La survie à 5ans au stade I de 65%

La surveillance a pour objectif de rechercher une récive locale ou métastatique elle comporte un examen clinique un scanner abdominal tous les 4mois pendant 2 ans puis tous les ans jusqu'à 5ans et une radio thorax annuel

Une coloscopie est faite dans les 3ans qui suivent l'intervention

CONCLUSION

La chirurgie est le traitement principal du cancer colique, suivie d'une chimiothérapie adjuvante comprenant en cas de métastase ganglionnaire régionale. Pour les métastases hépatiques ou pulmonaires résécables, la chirurgie reste le seul traitement curatif. Pour les métastases non résécables, la chimiothérapie améliore la qualité de la vie, la survie sans progression et la survie globale Cependant, il se développe habituellement sur une lésion préexistante évoluant souvent depuis plusieurs années, ce qui le rend théoriquement accessible à une stratégie de prévention efficace et de dépistage par le test hémocult et la colonoscopie