

UNIVERSITE DE CONSTANTINE
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE

MODULE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

CANCER DU COLON

PR.ML .NIBOUCHA

Année 2018-2019

CANCER DU COLON

I- INTRODUCTION-DEFINITION :

Le cancer du côlon représente toutes les tumeurs malignes siégeant sur le côlon du cæcum à la jonction recto sigmoïdienne.

Le cancer colorectal représente un problème majeur de santé publique puisque il occupe actuellement (2018) le **premier rang** en Algérie avant le cancer bronchique chez l'homme et le cancer du sein chez la femme. Le traitement curatif reste chirurgical. Le pronostic demeure sombre. La prévention passe par le dépistage précoce des facteurs prédisposant essentiels : polype adénomateux.

Le cancer colique est rare avant 50 ans . L'incidence augmente ensuite rapidement avec l'âge.

Légère prédominance masculine, avec un sex-ratio de 1,5.

II- RAPPEL ANATOMIQUE :

On distingue, selon la vascularisation, le côlon droit : Cæcum, côlon ascendant, angle colique droit et 2/3 droits du côlon transverse, Il dépend des vaisseaux mésentériques supérieurs et le côlon gauche qui comporte le 1/3 gauche du côlon transverse, angle colique gauche, côlons descendant, iliaque et sigmoïde, Il 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), principaux (origine des vaisseaux).

III- EPIDEMIOLOGIE :

○ Facteurs de risque :

❖ La population à risque élevé :

- Les parents au 1^{er} degré de sujets atteints d'un cancer colorectal,
- Antécédent personnel ou familial d'adénome colorectal ou personnel de cancer colorectal,
- Rectocolite ulcérohémorragique ou maladie de Crohn.
- Les familles atteintes de cancers à transmission héréditaire+++
- Antécédent personnel et familiale de cancer colorectal.
- Antécédent personnel et familial d'adénome colorectal.

1/ Les adénomes :

Tumeur épithéliale bénigne, les adénomes plans ont un risque plus élevé et plus rapide de transformation maligne.

❖ Facteurs de risque de transformation maligne d'un polype :

- ✓ La taille > 2cm.
- ✓ La présence d'une composante villosité.
- ✓ Le degré de dysplasie.

2/ Polypose adénomateuse familiale :

- ♣ Développement après la puberté de plusieurs centaines d'adénomes intestinaux.
- ♣ Hypertrophie de l'épithélium pigmentaire de la rétine (70 %).
- ♣ Les autres manifestations extracoliques les plus graves et les plus fréquentes sont :
 - ★ les tumeurs desmoïdes,
 - ★ les adénomes duodénaux et de la papille,
 - ★ plus rarement des ostéomes, des hépatoblastomes, médulloblastomes et cancers thyroïdiens.

3/ Syndrome HNPCC ou syndrome de Lynch (le cancer colorectal héréditaire sans polypose) :

- ♣ Survient vers 40 à 50 ans. Atteint plus souvent le côlon droit.

- ♣ Adénomes peu nombreux et de petite taille avec parfois un aspect plan.
- ♣ Diagnostiqué par les 03 critères d'Amsterdam :
 - ★ 03 apparentés au moins sont atteints de cancers du spectre HNPCC dont 01 diagnostiqué avant l'âge de 50 ans,
 - ★ 01 sujet atteint est parent au 1^{er} degré des 02 autres,
 - ★ 02 générations successives sont atteintes.
- ♣ On distingue :
 - ★ le syndrome de Lynch I : prédisposition exclusivement colorectale,
 - ★ le syndrome de Lynch II : où des cancers d'autres localisations sont retrouvés (estomac, intestin grêle, ovaire, endomètre, et voies urinaires).

4/Maladies inflammatoires et chroniques intestinales :

RCUH : après 20 ans d'évolution. En fonction de l'étendue de la maladie.

Maladie de Crohn : risque plus discuté.

5/Facteurs alimentaires et métaboliques :

- ❖ Facteurs associés à une augmentation du risque de tumeur colique :
 - ✓ Graisses, viandes et protéines.
 - ✓ Calories, obésité et diminution de l'activité physique.
 - ✓ Hydrates de carbone.
 - ✓ Alcool et tabac.

IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

A- Macroscopie :

Il existe trois types schématiques de tumeurs ; la forme végétante exophytique, touche surtout le côlon droit et entraîne rarement une sténose, la forme infiltrante au côlon gauche à l'origine de sténose : Cancer en « virole » et la forme ulcéreuse pure rare, souvent associée aux formes précédentes.

B- Microscopie :

Les adénocarcinomes lieberkühniens sont de loin les plus fréquents (94 %) puis les carcinomes épidermoïdes (0.1 %), les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) (2 %), les sarcomes (léiomyosarcome) sont exceptionnels et presque tous localisés sur le coecum et le colon ascendant et enfin les tumeurs carcinoïdes (endocrines).

C- Extension :

1-Extension locorégionale :

L'extension transversale se fait par infiltration des différentes couches de la paroi colique (tumeur circulaire), puis extension vers les organes de voisinage (extension régionale).

L'extension longitudinale.

2-Extension veineuse et nerveuse et lymphatique.

3-Métastases à distance : Les métastases hépatiques représentent le principal site métastatique puis pulmonaires. Les métastases cérébrales et osseuses sont rares

D- Classification des cancers coliques :

○ Classification de Dukes (1932) :

- Stade A : les tumeurs limitées à la paroi.
- Stade B : les tumeurs étendues au-delà de la paroi mais sans envahissement ganglionnaire.
- Stade C : les tumeurs avec envahissement ganglionnaire quel que soit l'envahissement pariétal.
- Cependant :le stade B est hétérogène dans le degré d'extension péricolique et le stade C ne tient compte ni du nombre ni du siège des ganglions envahis.

○ Classification d'Astler-Coller (1954) :

- Stade A : les cancers limités à la muqueuse.
- Stade B :
 - ❖ Stade B1 : s'étendant à la musculature mais limités à la paroi, sans extension ganglionnaire lymphatique.
 - ❖ Stade B2 : les cancers atteignant le tissu péricolique, sans extension ganglionnaire.

➤ **Stade C :**

❖ **Stade C1 :** s'étendant à la musculature mais limités à la paroi, avec extension ganglionnaire lymphatique.

❖ **Stade C2 :** les cancers atteignant le tissu péricolique, avec extension ganglionnaire.

➤ Cette classification permet de mieux séparer les cas relevant ou non d'un traitement adjuvant.

○ **Classification TNM et en stades :**

Classification TNM de l'Union internationale contre le cancer (UICC) pour le cancer du côlon (2002).	
Tumeur primitive (T)	
Tis	Carcinome in situ : Tumeur intramuqueuse ne dépassant pas la musculature muqueuse.
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse sans la dépasser.
T2	Tumeur envahissant la musculature sans la dépasser.
T3	Tumeur dépassant la musculature et atteignant la sous-séreuse, sans atteinte de la séreuse
T4	Tumeur perforant le péritoine viscéral et/ou envahissant les organes de voisinage.
Ganglions régionaux (N) (l'examen d'au moins 12 ganglions régionaux est recommandé)	
N0	Absence de métastase ganglionnaire régionale.
N1	Métastase dans 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux.
N2	Métastase dans 4 ou plus ganglions lymphatiques régionaux.
Nx	Statut ganglionnaire non évaluable.
Métastases (M)	
M0	Absence de métastase.
M1	Présence de métastases (l'atteinte des ganglions iliaques externes ou iliaques communs est considérée comme M1).
Mx	Statut métastatique inconnu.

Équivalence entre les différentes classifications utilisées dans le cancer colique.						
Stade	TNM			Dukes	Astler et Coller	Gunderson et Sosin
Stade 0	Tis	N0	M0	A	A	A
Stade I	T1	N0	M0	A	A	A
	T2	N0	M0	A	B1	B1
Stade II	T3	N0	M0	B	B2	B2
	T4	N0	M0	B	B2	B3
Stade III	T1-T2	N1-N2	M0	C	C1	C1
	T3	N1-N2	M0	C	C2	C2
	T4	N1-N2	M0	C	C2	C3
Stade IV	Tout T	Tout N	M1	(D)	(D)	D

V) ETUDE CLINIQUE :

L'interrogatoire doit préciser les facteurs de risque, les antécédents carcinologiques personnels et familiaux et les signes fonctionnels.

1) La douleur : post prandiale tardive : elle motive souvent la consultation, elle est volontaire située au siège de la tumeur à type de gêne, de pesanteur, mais elle peut être irradiée à distance par distension d'amont et la douleur iliaque droite est souvent le masque d'une lésion sténosante colique gauche.

2) Les modifications du transit intestinal :

La constipation : de début récent, progressant vers une aggravation, elle est évocatrice d'une sténose maligne évolutive.

La diarrhée : ce n'est que la persistance de symptômes ou son alternance avec une constipation qui pourra attirer l'attention.

3) Le syndrome de blocage

Crises coliques de Duval ; Il s'agit de douleurs brutales qui ont un point de départ précis avec une irradiation le long du cadre colique pour s'achever dans la fosse iliaque droite réalisant au maximum la distension douloureuse cœcale (signe de Bouveret).

Ces crises sont discontinues, aboutissant à un acalmé qui se termine par des bruits de filtration avec quelques fois émission de gaz et de selles liquides.

4) L'hémorragie :

-Rectorragie minime, distillante, enrobant les selles, c'est le maître symptôme, il impose le diagnostic de cancer colique jusqu'à preuve du contraire.

-Déplétion sanguine à l'origine d'une anémie hypochrome feriprive

5) Altération de l'état général : des signes évidents d'une néoplasie évolutive (altération de l'état général, amaigrissement, anémie, troubles du transit, masse abdominale palpable).

VI-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1- Explorations coliques :

○ Coloscopie + Biopsie+++:

➤ Examen diagnostique de référence du cancer colique, elle visualise directement la tumeur colique, permet les biopsies et la résection de lésions préneoplasiques ou néoplasiques (polype dégenéré).

➤ Parfois impossible ou incomplète en préopératoire (sténose tumorale), elle doit être réalisée de nouveau dans les 3 à 6 mois suivant l'intervention.

○ Lavement baryté (LB) :

Ne permet pas une analyse histologique des lésions visualisées, il est indiqué si la coloscopie a été incomplète, difficilement réalisable voire dangereuse. L'opacification doit alors être réalisée avec un produit de contraste hydrosoluble.

○ Coloscopie virtuelle :colo-scanner/ colo-IRM

Elle correspond à la reconstruction virtuelle du côlon à partir d'un examen tomодensitométrique (TDM) ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Nécessité d'une préparation colique de qualité et ne permet pas de différencier des stercolites de lésions muqueuses. Il ne permet pas la réalisation de prélèvements histologiques et méconnaît les adénomes plans.

2- Bilan d'extension :

Dans 20 à 30 % des cas des métastases synchrones, essentiellement hépatiques ou pulmonaires, sont présentes.

1/ Examens biologiques :

➤ Bilan hépatique: cholestase biologique,...

➤ Marqueurs tumoraux :

Le taux d'ACE préopératoire, dosage du CA 19-9.

2/ Échographie abdominale :

➤ L'échographie abdominale transpariétale :

❖ Cet examen peut déceler des métastases péritonéales, ovariennes ou ganglionnaires rétropéritonéales.

➤ L'échographie peropératoire :

❖ Elle est plus sensible pour la détection des métastases hépatiques que l'échographie transpariétale, la TDM ou la palpation peropératoire.

3/ Tomodensitométrie abdominale.

4/ Le portoscanner :

➤ Il s'avère, pour la détection des métastases hépatiques, supérieur à la TDM et au moins équivalent à l'IRM.

➤ Il s'agit cependant d'un examen invasif qui ne peut être proposé en 1^{ère} intention.

5/ Imagerie par résonance magnétique :

➤ L'IRM a une sensibilité voisine de la TDM dans la détection des métastases hépatiques.

➤ Elle s'avère moins performante pour les métastases extrahépatiques.

6/ Radiographie thoracique :

- Examen de 1^{ère} intention dans la détection des métastases pulmonaires, mais sa fiabilité est inférieure à l'examen TDM.

7/ Tomodensitométrie thoracique.

8/ Recherche de métastases osseuses (4 %) :

- Leur recherche n'est pas systématique. Elle s'impose devant des signes d'appel cliniques.
- Les clichés radiologiques standards sont associés à une scintigraphie osseuse.
- Le recours à la TDM et à l'IRM est parfois nécessaire, selon les localisations.

9/ Recherche de métastases cérébrales :

- Si signes d'appel.
- TDM cérébrale avec injection de produit de contraste, et de plus en plus souvent sur l'IRM.

10/ Immunoscintigraphie à l'ACE (CEA-scan) :

- C'est un outil utile au diagnostic d'une néoplasie primitive endoscopiquement non identifiable, ou à la détection précoce des récidives locorégionales.

11/ Tomographie par émission de positon (PET-scan) :

- Le PET-scan après injection de fluoro-désoxyglucose est une technique d'imagerie récente plus sensible que l'examen TDM, et capable d'identifier dans 30 % des cas une extension intra-abdominale extrahépatique méconnue par les autres techniques d'imagerie.
- Indiquée pour le bilan d'opérabilité et d'extension, en cas de récurrence et de métastases.

12/ Ponction biopsie :

- Echoguidée ou scano-guidée ou par laparoscopie. Elle concerne le plus souvent les métastases hépatiques.

VII-FORMES CLINIQUES :

A- Formes infracliniques : de découverte fortuite rares.

B- Formes compliquées : Plus de 18 % des malades atteints de cancer colique sont opérés en urgence.

○ Occlusion (10 à 20 %) :

- Le cancer est la 1^{ère} cause d'occlusion colique.
- Le côlon gauche surtout.
- Un traitement médical ou instrumental peut lever l'occlusion et différer l'intervention après bilan et préparation intestinale.

○ Perforation (1 à 8 %) :

- Le plus souvent sur le côlon droit.
- La perforation in situ ⇒ abcès périnéoplasique ou péritonite localisée.
- Les perforations diastatiques du cæcum ou du côlon droit sur occlusion négligée ⇒ péritonite généralisée.

○ Fistules : entérocutanées par envahissement pariétal sont exceptionnelles, les fistules internes se font par extension aux organes de voisinage :

- ❖ fistules coloduodénales pour l'angle colique droit,
- ❖ cologastriques pour le côlon transverse,
- ❖ colovésicales, colo-utérines ou colovaginales pour le côlon sigmoïde.

C- Formes topographiques :

1-Le cancer de la valvule iléocæcale :

Il se manifeste par un syndrome de Koenig et entraîne une occlusion du grêle.

2-Le cancer de l'appendice :

C'est souvent une tumeur carcinoïde (30 % des tumeurs carcinoïdes et 0,1 % des appendicectomies).

3-La localisation cæcale :

Elle est diagnostiquée tardivement devant une masse palpable, une anémie ou une abcédation.

4-L'atteinte du côlon ascendant :

Elle entraîne un syndrome de Koenig avec distension du côlon d'amont.

5-Le cancer du côlon transverse droit :

Il peut se révéler par une symptomatologie biliaire, et envahir le duodénum et le pancréas.

6-Le cancer du côlon transverse gauche :

Il envahit précocement la rate, le rein gauche, la queue du pancréas et le diaphragme.

7-La localisation au côlon descendant :

Elle entraîne tardivement des crises subocclusives.

8-L'atteinte du sigmoïde :

Elle peut mimer une péridiverticulite.

VIII-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

○ Formes non compliquées :

➤ A droite :

- 1-La tuberculose iléo-cæcale.
- 2-Appendicite de forme tumorale.
- 3-Amœbome.
- 4-Iléite terminale de Crohn.
- 5-Une localisation cæcale d'une lymphopathie.

➤ A gauche : Sigmoïdite +++

○ Diagnostic commun:

- 1-Le rétrécissement colique.
- 2-Les tumeurs bénignes :
- 3-Lipomes, schwannomes, myomes.
- 4-Polypes et adénomes +++

IX-BILAN D'OPERABILITE:

On doit évaluer l'âge physiologique, les maladies et tares associées, l'état général et l'état nutritionnel initial. L'augmentation du risque opératoire peut être liée au caractère urgent de l'intervention ou à l'impossibilité de préparation. En plus du bilan préopératoire et pré-anesthésique d'autres examens peuvent s'avérer nécessaires selon les cas.

X-TRAITEMENT :

A - Buts:

- 1/ L'exérèse de la tumeur et des relais ganglionnaires avec le rétablissement de la continuité digestive.
- 2/ Eviter les complications et les récidives.
- 3/ Assurer une survie confortable au malade.

B - Moyens :

I-Traitement à visée curative :

- Traitement chirurgical.
- Traitements adjuvants.

II-Traitement sans visée curative immédiate et traitement palliatif :

- Métastases hépatiques non résecables d'emblée.
- Traitement palliatif instrumental et chirurgical.
- Chimiothérapie au stade métastatique.

III- Les méthodes chirurgicales (Voies d'abord classique ou laparoscopique)

B-1)- Les méthodes radiicales avec rétablissement de la continuité :

* A droite: une seule méthode : l'hémi-colectomie droite emportant les 15 à 20 cm de l'iléon terminal, le coeco-ascendant et une partie du transverse.

L'anastomose iléo-transverse (termino-latérale).

* A gauche : plusieurs méthodes sont possibles en fonction de la localisation exacte de la tumeur allant de l'hémi-colectomie gauche à la colectomie segmentaire.

- les méthodes sans rétablissement de la continuité : plusieurs méthodes existent : Hartmann ,Bourilly WOLKMAN

B-2)- Les méthodes palliatives de dérivation :

Indication de sauvetage, dans les formes compliquées ou de nécessité dans les formes dépassées. Elles restent sans aucune prétention d'efficacité cancérologique et donnent au malade un confort relatif. Les dérivations externes sont les plus utilisées.

a- Traitements :

1) Chimiothérapie systémique néoadjuvante (préopératoire):

Le but est de réduire le volume tumoral, permettre des meilleures conditions opératoires et réduire la mortalité.

2) Chimiothérapie systémique adjuvante (adjuvante postopératoire):

Le but est de réduire le risque de récurrence de la maladie, dominé par le risque métastatique.

Le schéma actuel est le FUFOL (association de 5-FU et d'acide folinique pendant 06 mois) avec une dose faible (20 mg/m) ou standard (200 mg/m) d'AF.

D'autres schémas comme le LV5FU2 ont été proposés.

FOLFOX4 : oxaliplatine (Eloxatine®) + LV5FU2.

L'accroissement de l'espérance de vie et de la toxicité modérée des traitements utilisés font proposer une chimiothérapie adjuvante à un âge de plus en plus avancé.

2) Chimiothérapies locorégionales :

La chimiothérapie intrapéritonéale.

La chimiothérapie intra-portale en postopératoire.

3) Immunothérapie spécifique.

XI-SURVEILLANCE :

Examen clinique : recherche systématique de symptômes évocateurs de récurrence.

Dosage de l'antigène carcinoembryonnaire (ACE) :

Radiographie pulmonaire et échographie abdominale.

Autres examens morphologiques : TDM abdominale, IRM, PET-scan ou immunoscintigraphie.

Coloscopie : pour détecter les récurrences locorégionales dont la prévalence est faible (1 à 9 %) mais surtout pour la détection des lésions métachrones.

XII- PREVENTION :

A- Dépistage : Sujets à risque très élevé :

- Polyposes adénomateuses familiales : Rectosigmoïdoscopie, à partir de la puberté jusqu'à l'âge de 40 ans + endoscopie digestive haute.
- Dans le syndrome de Lynch : Une coloscopie totale tous les 2 ans dès l'âge de 25 ans, ou 5 ans avant l'âge au diagnostic du cas le plus précoce de la famille.
- Enquête génétique

B- Alimentation et médicaments +++: hygiène de vie

XIII-CONCLUSION :

Le cancer colorectal est un des cancers les plus fréquents et reste associé à une mortalité importante. Néanmoins, les dix dernières années ont été marquées par de nombreux progrès, à tous les niveaux, du dépistage au traitement des formes avancées.

Les recherches dans le domaine de la signalisation cellulaire, l'angiogenèse et la génétique sont prometteuses. La chirurgie a dépassé le stade de la seule exérèse de la tumeur primitive, mais s'intéresse également aux sites métastatiques hépatiques ou pulmonaires. Enfin, pour la chimiothérapie, de nouvelles drogues, permettront d'augmenter à la fois la qualité de vie et la survie des patients.