

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE DE MEDECINE 3 DE CONSTANTINE
HOPITAL MILITAIRE REGIONAL UNIVERSITAIRE
ABDELALI BENBAATOUCHE CONSTANTINE

COURS DESTINE AUX ETUDIANTS DE MEDECINE DE 4^{ème} ANNEE
MODULE DE GASTRO-ENTEROLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

CANCER DU COLON

ENSEIGNANT : Pr S.KHAZRI

Introduction :

C'est le développement d'une tumeur maligne à partir de l'une des tuniques de la paroi colique, allant de la valvule iléo-coecale à la charnière recto-sigmoïdienne.

La majorité des cancers colorectaux se développent sur un état précancéreux : le polype adénomateux.

La confirmation du diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique des biopsies réalisées lors de l'endoscopie.

Le pronostic est bon, avec une survie à 5 ans à 60%.

Un rôle important est accordé à la prévention chez les populations à risque.

Epidémiologie :

Le cancer colorectal se situe, tous sexes confondus, au 3^{ème} rang des cancers les plus fréquents après le cancer de la prostate et du sein.

Chez l'homme, il se trouve au 3^{ème} rang des cancers, derrière le cancer de la prostate et du poumon. Chez la femme, il se situe au 2^{ème} rang derrière le cancer du sein.

La majorité des nouveaux cas de cancer colorectal survient chez les personnes âgées de 50 ans et plus. L'âge moyen au diagnostic était de 70 ans chez l'homme et 73 ans chez la femme.

Facteurs de risque :

- Facteurs exogènes :
 - Alimentation riche en graisse, en viande, en charcuteries, et pauvre en fibres végétales
 - Alcool et tabac
 - Obésité et sédentarité
- Facteurs endogènes :
 - Séquence adénome-cancer ; dans 60 à 80% des cas, les cancers colorectaux se développent à partir d'une tumeur épithéliale bénigne appelée adénome. Le risque de cancérisation de l'adénome est plus élevé

si le nombre d'adénomes est ≥ 3 ; il existe des adénomes dits « avancés » (taille ≥ 1 cm, contingent villositaire $\geq 25\%$, dysplasie de haut grade)

- Facteurs génétiques et héréditaires ; les cancers colorectaux sont sporadiques dans 80% des cas, surviennent dans 15% des cas dans un contexte d'agrégation familiale. On distingue :

-groupe à risque très élevé de développer un cancer colorectal :

Les polyposes :

* polypose adénomateuse familiale PAF (si plus de 15 polypes) : maladie héréditaire à transmission autosomique dominante, liée à la mutation du gène APC, âge de survenue inférieur à 40 ans.

* syndrome de GARDNER (tumeurs osseuses et cutanées)

* syndrome de TURCOT (tumeurs du système nerveux central)

Syndrôme de LYNCH ou syndrôme HNPCC :

Syndrôme de cancer colique familial sans polypose, atteint le jeune vers 45 ans, le siège du cancer est le plus souvent colique droit, une association des critères d'AMSTERDAM II porte le diagnostic (3 cas ou plus de CCR dans les antécédents familiaux dont un au 1^{er} degré, CCR touchant au moins 2 générations, au moins un cas de CCR avant 50 ans)

-groupe à risque élevé de développer un cancer colorectal :

ATCD personnel de CCR

ATCD personnel d'adénome avancé

ATCD familial au 1^{er} degré de CCR

ATCD familial d'adénome de plus de 1cm avant 60 ans

2 ou plusieurs ATCD familiaux au 1^{er} degré

Maladie inflammatoire chronique intestinale (RCUH, CROHN)

-groupe à risque moyen de développer un cancer colorectal :

Population générale de plus de 50 ans

Anatomie-anatomopathologie

1- Anatomie :

Le colon commence à la jonction iléo-coecale et se termine au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne ; il existe 2 territoires coliques vasculaires distincts, l'artère mésentérique supérieure et l'artère mésentérique inférieure, anastomosés entre eux par une arcade appelée **arcade de RIOLAN**. La vascularisation veineuse est assurée par le **tronc gastrocolique de HENLE**. Les lymphatiques sont tributaires des vaisseaux et se constituent en 5 groupes : groupe épocolique, groupe paracolique, groupe intermédiaire, groupe principal, groupe central.

2- Anatomopathologie :

Il s'agit le plus souvent d'une forme ulcéro-infiltrante.

En microscopie, le plus souvent, il s'agit d'un adénocarcinome (95%). Il sera bien moyennement ou indifférencié.

L'extension se fait en locorégionale, lymphatique et par voie hématogène, avec par ordre de prédilection le foie, les poumons, l'os, le péritoine et le cerveau.

3- Classification histopronostique :

Classification TNM (UICC 2017) la plus utilisée actuellement.

Tis : atteinte de la muqueuse

T1 : atteinte de la sous-muqueuse

T2 : atteinte de la musculuse

T3 : atteinte de la sous-séreuse

T4 : atteinte du péritoine viscéral et/ou envahissement d'au moins une structure ou organe de voisinage

N0 : pas de métastases ganglionnaires

N1 : 1 à 3 ganglions régionaux

N2 : plus de 4 ganglions régionaux

M0 : pas de métastases

M1 : présence de métastases

- Classification « Tumor, Node Metastasis » (TNM) des cancers coliques (7e édition de l'American Joint Committee on Cancer).

Stades	TNM
• 0	pTis N0 M0
• I	pT1-2 N0 M0
• IIA	pT3 N0 M0
• IIB	pT4a N0 M0
• IIC	pT4b N0 M0
• IIIA	pT1-2 N1 M0 et pT1 N2a M0
• IIIB	pT3-T4a N1 M0 et pT2-3 N2a M0 et pT1-2 N2b M0
• IIIC	pT4a N2a M0 et pT3-T4a N2b M0 et pT4b N1-2 M0
• IVA	Tout T, tout N, M1a
• IVB	Tout T, tout N, M1b

Cancer du colon

Dépistage:

1- sujets à risque moyen:

tous les hommes et femmes de 50 à 74 ans sans ATCD
 recherche de saignement occulte par test Hémocult
 test immunologique (recherche d'anticorps dans les selles)
 la positivité de ces tests impose la réalisation d'une coloscopie

2- sujets à risque élevé:

toute personne aux ATCD personnels d'adénome ou de CCR
 ATCD familiaux au 1^{er} degré d'adénome ou CCR avant 65 ans
 maladie inflammatoire évoluant depuis plus de 10 ans
 la recherche se fait par une coloscopie totale d'emblée

3- sujets à risque très élevé:

ce sont les patients atteints de formes familiales de CCR liées à des mutations génétiques
 réaliser une coloscopie associée à une chromo-endoscopie à intervalles plus rapprochés et consultation oncogénétique

Diagnostic et bilan initial :

- Circonstances de découverte : Troubles du transit
 - Hémorragies digestives
 - Douleurs abdominales
 - Complications évolutives (occlusion, fistule)
 - Examen systématique, dépistage
 - Altération de l'état général, anorexie, anémie

- Démarche diagnostique : interrogatoire (ATCD, facteurs de risque)
 - Examen clinique (évaluation de l'état général et nutritionnel, examen de l'abdomen, touchers pelviens , aires ganglionnaires)
 - endoscopie avec biopsies

- Bilan préthérapeutique : clinique ; examen de l'abdomen et des aires Ganglionnaires
 - Para-clinique ; TDM TAP, dosage de l'ACE, bilan Du terrain (bilan standard)

Prise en charge thérapeutique :

- Discussion en RCP
- Préparation générale et psychologique du patient
- Correction des troubles : anémie, diabète, troubles hydro électrolytiques
- Buts du traitement : extirper la tumeur et ses extensions ganglionnaires
 - Prévenir les récurrences locorégionales
 - Assurer la plus longue vie

1- Traitement chirurgical :

- Cancer du côlon droit : hémi colectomie droite avec anastomose iléo-transverse.
- Cancer du côlon gauche : hémi colectomie gauche avec anastomose colorectale

- Cancer du sigmoïde : colectomie segmentaire basse avec anastomose colorectale
- Colectomie totale préconisée en cas de cancer synchrone ou en cas de cancer colique et polypose disséminée.
- En cas d'occlusion : aspiration gastrique et rééquilibration
 - à droite : héli colectomie droite avec anastomose
 - à gauche : colectomie segmentaire avec soit :
 - extériorisation des 2 bouts (BOUILLY-VOLKMANN)
 - fermeture du bout distal et colostomie proximale (HARTMANN)
 - colectomie totale avec anastomose iléo-rectale Immédiate, ou colostomie de décharge, ou stent

Suivi ultérieurement par l'exérèse colique avec Rétablissement de la continuité.

2- Traitement adjuvant :

A pour but de réduire le risque de récurrence et de prolonger la survie

Pour les tumeurs classées T, N+, M0 : chimiothérapie adjuvante

Pendant 6 mois

Pour les tumeurs classées T3, T4, N0, M0 : discussion en RCP

3- Traitement palliatif :

En cas de métastases : chimiothérapie+/- thérapie ciblée.

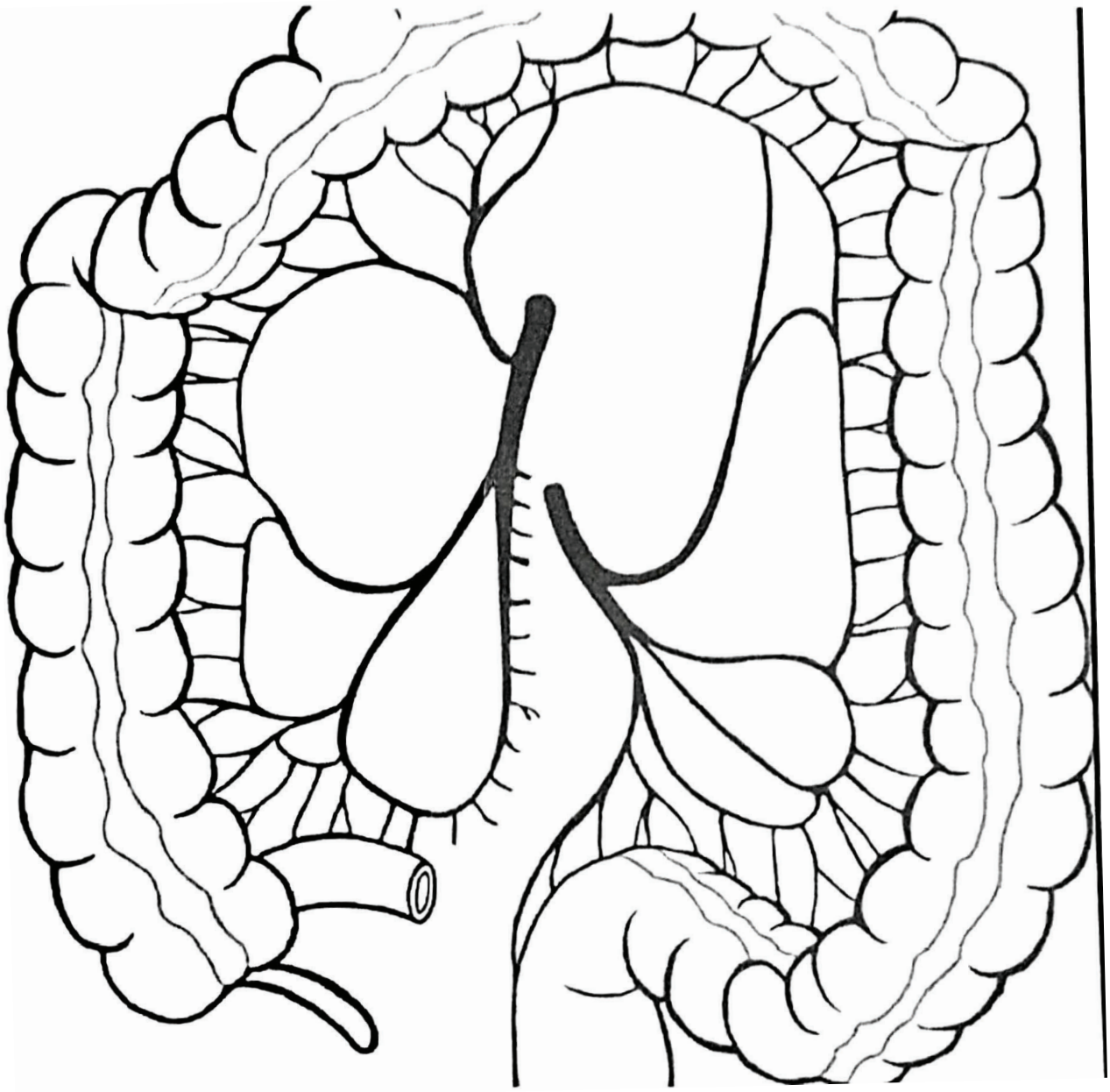
Cancer du colon

Suivi:

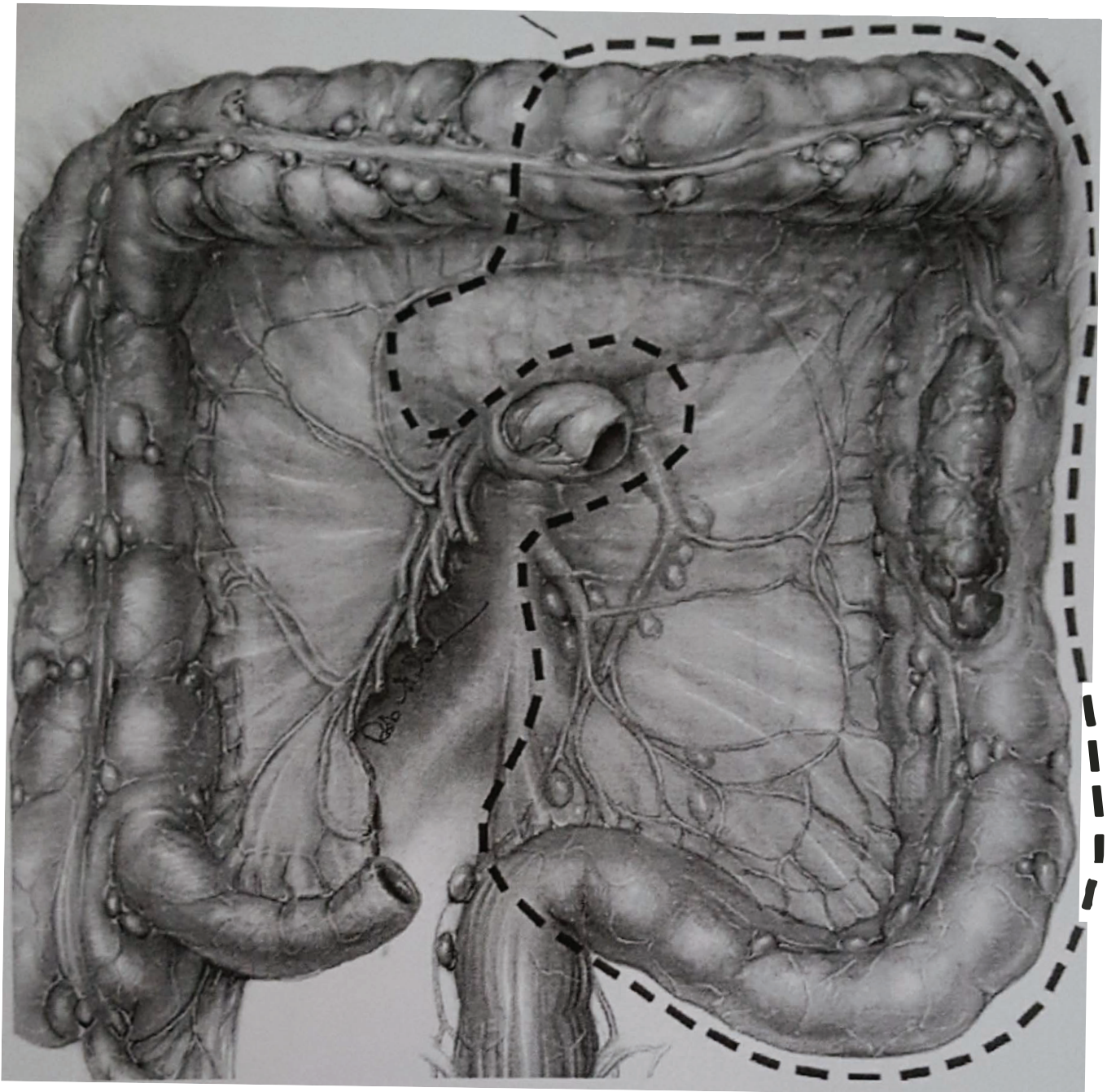
- Examen clinique tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- Echographie abdominale ou scanner abdominopelvien tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- Radiographie pulmonaire ou scanner thoracique annuel pendant 5 ans
- ACE tous les 3 mois les 3 premières années
- Pet-scan pour localiser les récidives
- Au-delà de 5 ans, pas de surveillance sauf endoscopique tous les 5 ans

Tableau 3. Modalité de surveillance par endoscopie digestive haute en fonction des groupes à risque de cancer colorectal [139]

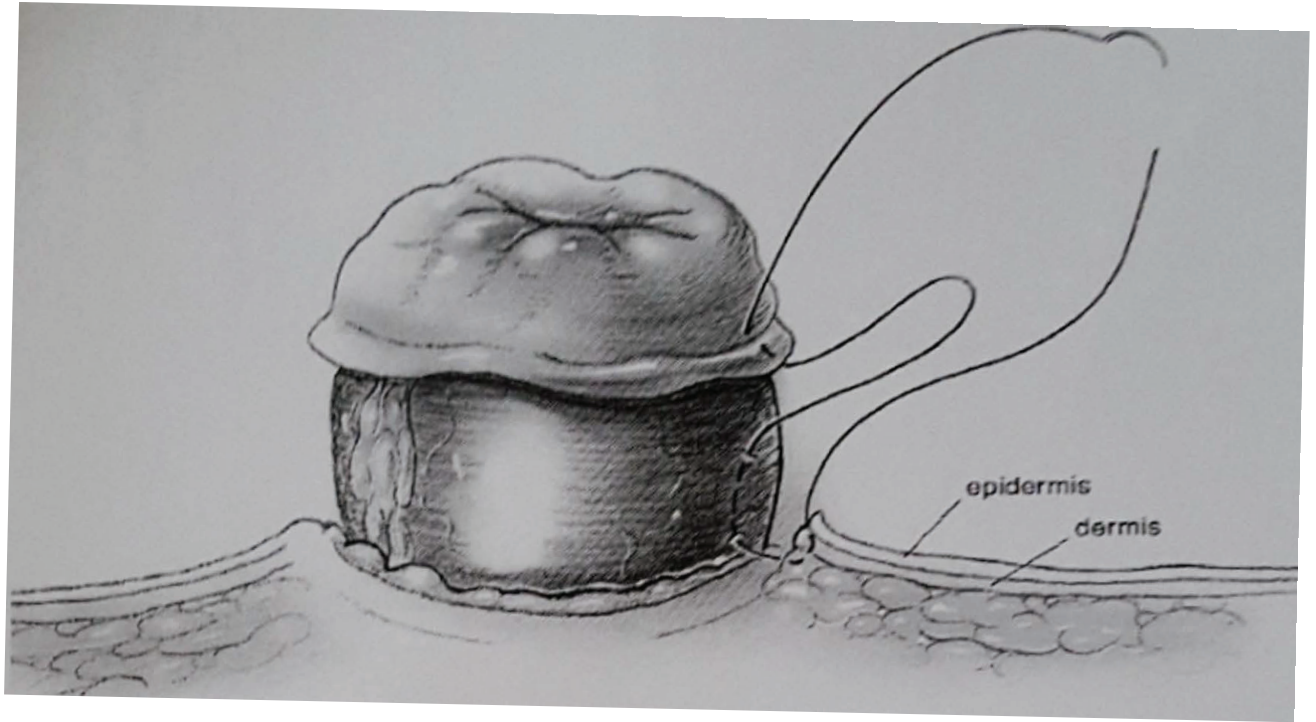
	Début de la surveillance	Rythme de la surveillance	Examen principal
Surveillance des sujets à haut risque de cancer colorectal			
Surveillance des sujets à haut risque de cancer colorectal			
FAF: membres de la famille d'un patient atteint de FAF	À partir de 10-12 ans	Tous les ans	Rectosigmoidoscopie souple
FAF après coléctomie totale: surveillance du rectum restant		Tous les ans	Rectosigmoidoscopie souple
FAF héréditaire: membres de la famille d'un patient atteint de FAF héréditaire	À partir de 30 ans	Tous les ans	Coloscopie totale
Polypose colique familiale avec mutation du gène MTH	À partir de 30 ans	Fas de recommandation	Coloscopie totale
Syndrôme de Lynch: membres de la famille d'un patient atteint de syndrome de Lynch	À partir de 20-25 ans	Tous les 2 ans	Coloscopie totale
Syndrôme de Lynch: avec traitement chirurgical		Tous les 2 ans	Coloscopie totale
Polypose familiale: membres de la famille d'un patient atteint de polypose familiale	À partir de 10-15 ans	Tous les 2-3 ans	Coloscopie totale
Syndrôme de Turcot: membres de la famille d'un patient atteint de syndrome de Turcot	À partir de 18 ans	Tous les 2-3 ans	Coloscopie totale
Surveillance des sujets à haut risque de cancer colorectal			
Années de tabac: 10 ou plus, 1 ^{er} degré et durée de 40 ans ou 1 ^{er} degré ou 2 ^{es} degrés - plusieurs emplacements, 1 ^{er} ou 2 ^{es} degrés	À partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index	Contrôle à 5 ans, puis* 2 coloscopies distantes de 5 ans, puis* espacer la surveillance	Coloscopie souple
Années de tabac: 10 ou plus, 1 ^{er} degré et durée de 40 ans ou 1 ^{er} degré ou 2 ^{es} degrés		Coloscopie de contrôle à 3 ans	Coloscopie totale
Années de tabac: 10 ou plus, 1 ^{er} degré ou 1 ^{er} degré ou 2 ^{es} degrés	À partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index	Selon résultat de la 1 ^{re} coloscopie	Coloscopie totale
Années de tabac: 10 ou plus, 1 ^{er} degré ou 1 ^{er} degré ou 2 ^{es} degrés		Contrôle à 6 mois, puis* à 2-3 ans après à 5 ans	Coloscopie totale
Surveillance des patients atteints de cancer colorectal, après excision de la tumeur			
Polype: 1 ou plus, 10 mm		Contrôle à 5 ans, puis* à 3 ans	Coloscopie totale
Après excision de la tumeur: polype > 1 cm et/ou multiple de 10 mm ou plus, ou tous séjournant sur le colon proximal, ou présence d'antécédent familial de polypose familiale		Contrôle à 3 mois	Coloscopie totale
Adénome: 1 ou plus, 10 mm, grade ex avancés*		Contrôle à 3 ans, puis* 2 coloscopies espacées de 5 ans, puis* à 10 ans	Coloscopie totale
Exérèse incomplète: 1 ou plus, 10 mm, en dysplasie de bas grade ou de haut grade (catégorie 4.1 et 4.2)		Contrôle à 3 ans, puis* 1 coloscopie à 5 ans, puis* à 10 ans	Coloscopie totale
Exérèse incomplète: 1 ou plus, 10 mm, grade avancé, ou d'un nombre d'adénomes > 10 mm, ou plus chez un patient ayant un antécédent de polypose familiale		Contrôle à 3 ans, puis* 1 coloscopie à 5 ans, puis* à 10 ans	Coloscopie totale
Exérèse incomplète: 1 ou plus, 10 mm, grade avancé et d'un nombre d'adénomes > 10 mm, ou plus d'antécédent familial de CCR		Contrôle à 3 ans, puis* 1 coloscopie à 5 ans, puis* à 10 ans	Coloscopie totale
Adénomes: 1 ou plus, 10 mm			



Hémi colectomie droite



Hémi colectomie gauche



Colostomie