

LES TUMEURS DU GRELE ET DU COLON

LES TUMEURS DU GRELE

Elles sont rares et ne représentent que 3 à 6 % de toutes les tumeurs gastro-intestinales avec une faible prépondérance de tumeurs bénignes. Il n'y a pas de cause identifiée, familiale ou liée à l'environnement, responsable de leur survenue. Cliniquement:

- des signes d'occlusion intestinale (totale ou partielle)
- Des mélénas, une anémie par saignement microscopique
- des symptômes liés aux sécrétions hormonales (syndrome carcinoïde), des métastases.

1° Les tumeurs bénignes

Les tumeurs bénignes les plus fréquentes du grêle sont représentées par des adénomes et des tumeurs musculaires lisses. Parmi les autres tumeurs: les lipomes, les angiomes et les hamartomes muqueux.

*malformation lymphatique
d'origine tumorale*

❖ ADENOMES :

- Représentent 25 % des tumeurs bénignes du grêle et surviennent entre 30 et 60 ans.
- Taille: 5 à 15mm, s'observent au niveau de l'ampoule de VATER
- A l'examen histologique : Ces adénomes sont les mêmes que ceux observés dans le colon.

2° Les tumeurs malignes

- Les adénocarcinomes et les tumeurs carcinoïdes ont une incidence à peu près égale (1% des tumeurs malignes du tractus gastro-intestinal).
- Les lymphomes: représentent 12 à 18 % des tumeurs malignes du grêle
- Les tumeurs malignes secondaires: sont plus fréquentes dans le grêle ; la plus fréquente est le mélanome malin
 - ❖ Adénocarcinomes : Situés dans le jéjunum et dans le duodénum, surviennent entre 40 – 70 ans.
 - Macroscopie : aspect de virole sténosante ou des masses polyploïdes exophytiques.
 - Histologie: adénocarcinome + ou – différencié *apparaissent vers les 40 ans*
 - ❖ Carcinoïdes: cf. tumeurs du colon

LES TUMEURS DU GRELE ET DU COLON

LES TUMEURS DU COLON ET DU RECTUM

1° Les tumeurs bénignes:

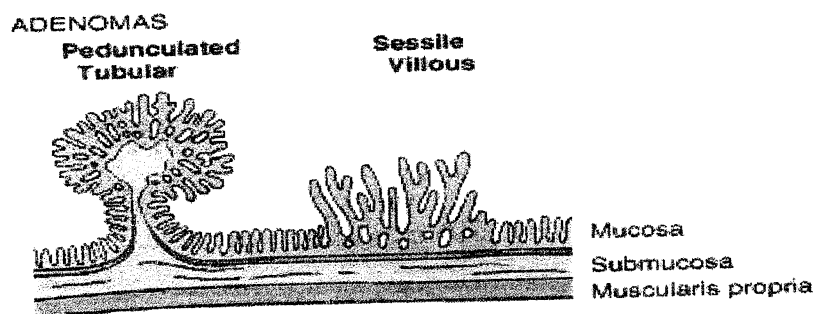
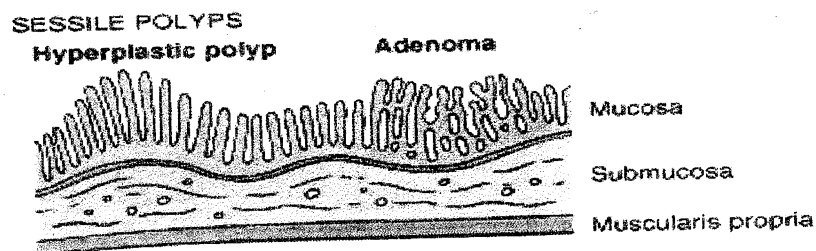
Lésions faisant saillie sur la muqueuse intestinale. Ce sont des polypes sessiles ou pédiculés. Les structures histologiques des polypes sont très variées: *large base d'implantation* *rattachée à son support par une structure allongée*

- ✓ Adénome: prolifération épithéliale de nature néoplasique. C'est un état précancéreux à risque variable
- ✓ Les autres tumeurs : polypes hyperplasiques, juvéniles, les polypes de peutz-jeghers
- ✓ Les tumeurs conjonctives sont plus rares

A. Les adénomes :

L'adénome est une prolifération épithéliale bénigne qui présente des degrés variés de dysplasie. Ils peuvent correspondre à des polypes de petite taille pédiculés ou sessiles. Les polypes adénomateux se divisent en trois sous-groupes :

- ✓ Adénome tubuleux : les plus fréquents, comportant :
 - Atypie légère: dysplasie de bas grade
 - Atypie sévère: dysplasie de haut grade
- ✓ Adénomes vilieux : les moins fréquents (1%), souvent volumineux, sessiles, avec des franges papillaires
- ✓ Adénomes tubulo-vilieux : 5 à 10 %.



Le risque de malignité pour un polype adénomateux est corrélé à **la taille du polype**, et la **sévérité de la dysplasie**.

LES TUMEURS DU GRELE ET DU COLON

B. Polypes hyperplasiques : S'observent à tout âge. C'est une élevure lenticulaire, en général inférieur à 5 mm de diamètre. Ils ne présentent pas de potentiel de malignité. Plus de la moitié d'entre eux sont localisée au *rectum* et au *sigmoïde*.

C. Polypes juvéniles

Sont situées essentiellement au niveau du *rectum* et s'observent chez des *enfants* de moins de 5 ans.

D. Polypes de peutz-jeghers

Polypes hamartomateux qui peuvent être unique ou multiples dans le cadre d'un *syndrome de PEUTZ-JEGHERS* (une *polypose* disséminée à tout le tractus digestif, prédominant sur le grêle et une *pigmentation brune* de la peau et des muqueuses, autour de la bouche et de la région ano-génitale)

E. Polyposes et syndromes familiaux :

Les polyposes familiales sont des affections rares, se transmettant selon le mode autosomique dominant. Ces polyposes ont tendance à *évoluer* vers la *transformation maligne*. Pour prévenir ce risque de cancer, une coléctomie prophylactique est proposée le plus tôt possible.

- ✓ **Le syndrome de PEUTZ-JEGHERS :** présence de polypes hamartomateux avec risque modéré d'apparition de cancer extra-digestifs.
- ✓ **La polypose adénomateuse familiale :** se caractérise par la présence de très nombreux polypes adénomateux (500 à 2500) et évolue très souvent vers l'Adénocarcinome.
- ✓ **Le syndrome de Gardner :** Polypes intestinaux associés à de multiples ostéomes (en particulier au niveau des mâchoires, du crâne et des os longs) ; des kystes épidermiques et une fibromatose.
- ✓ **Le syndrome de Turcot :** Polypose adénomateuse colique et des tumeurs du système nerveux central (gliomes).

2° Les tumeurs malignes:

Dans 98% des cas ce sont des *adénocarcinomes*. Ils surviennent entre 60 et 79 ans. Moins de 20% surviennent avant 50 ans. Ils peuvent rester Cliniquement asymptomatiques pendant des années. Parmi les facteurs de risque:

- ✓ l'obésité et l'inactivité physique.
- ✓ certains facteurs alimentaires : L'excès des apports énergétiques par rapport à la demande, une faible teneur en fibres végétales, l'alimentation avec de la viande rouge.

LES TUMEURS DU GRELE ET DU COLON

a. Formes macroscopiques : aspects endoscopiques :

➤ Siège des cancers colo-rectaux :

- 50 % rectosigmoïde
- 15 % caecum
- 15 % colon ascendant et angle colique droit
- 13 % colon descendant et angle colique gauche
- 8 % colon transverse

➤ Taille 50 mm en moyenne

➤ Aspects:

- ulcéro-infiltrant
- ulcéro-végétant avec un gros bourrelet tumoral en périphérie
- végétant pur rare
- linite colique

c. Histologie : 80 % sont des *adénocarcinomes lieberkühniens* plus ou moins bien différenciés, en fonction du degré de ressemblance avec les glandes de lieberkuhn de la muqueuse colique normale.

10 % sont des adénocarcinomes mucineux ou colloïde muqueux : plages étendues de mucus.

Formes histologiques particulières :

- ✓ Carcinome à cellules indépendantes, en bague à chaton
- ✓ carcinome épidermoïde
- ✓ carcinome adénosquameux
- ✓ carcinome à petites cellules
- ✓ tumeur maligne indifférenciée

d. Evolution- Facteurs histo-pronostiques:

Toutes les tumeurs colo-rectales peuvent s'étendre par contiguïté aux structures adjacentes et elles peuvent par l'intermédiaire d'embolies lymphatiques et veineuses aboutir à l'apparition de métastases. Ces métastases sont par ordre de fréquence : les ganglions régionaux, le foie, les poumons et les os.

Les facteurs histo-pronostiques sont :

- *Niveau d'invasion de la tumeur dans la paroi*
- *Extension ganglionnaire*

LES TUMEURS DU GRELE ET DU COLON

Classifications en stade d'ASTLER COLLER(ancienne classification encore souvent utilisée)

- **Stade A**
 - ✓ Atteint la muqueuse mais pas la musculuse
 - Pas d'atteinte ganglionnaire

- **Stade B**
 - ✓ B1 = atteint la musculuse sans la dépasser
 - ✓ B2 = atteint la séreuse ou le tissu périrectal

 - ✓ Pas d'atteinte ganglionnaire

- **Stade C**
 - ✓ Atteinte ganglionnaire

 - ✓ C1 = B1 + atteinte ganglionnaire

 - ✓ C2 = B2 + atteinte ganglionnaire

A : 100% de survie à 5 ans

B1: 65%,

B2: 50% (N-)

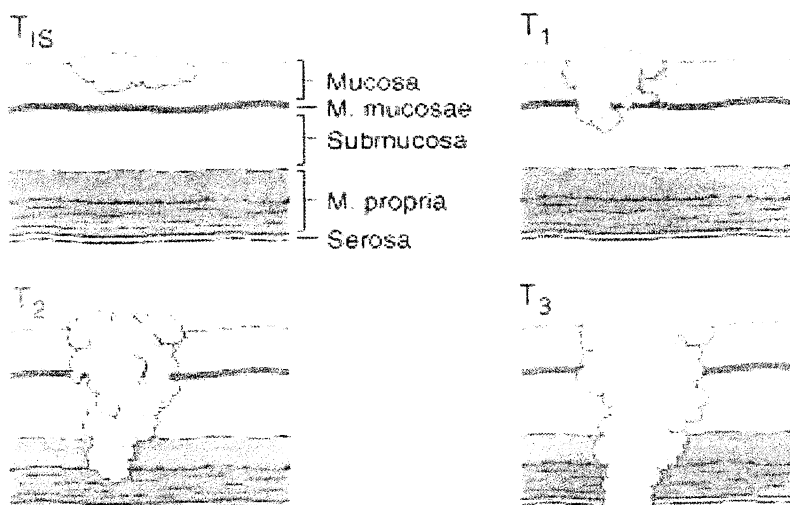
C1: 40%,

C2: 25% (N+)

LES TUMEURS DU GRELE ET DU COLON

Classification TNM 1998 (celle recommandée actuellement)

- **T1** : envahit la sous muqueuse
- **T2** : envahit la musculéuse
- **T3** : la sous séreuse et/ou le tissu péri-rectal
- **T4** : structure de voisinage
- **N1** : 1 à 3 ganglions régionaux
- **N2** : 4 ganglions ou plus
- **M0** : pas de métastase
- **M1** : présence de métastase



LES TUMEURS DU GRELE ET DU COLON

Tumeurs de l'intestin et du colon

1° les tumeurs carcinoïdes : tumeurs neuroendocrines.

Bien que toutes les tumeurs carcinoïdes soient des tumeurs à potentialité maligne, l'histopronostic est corrélé avec:

- ✓ la **localisation** de la tumeur,
- ✓ le **degré d'extension locale**
- ✓ la **taille** de la tumeur.

Les tumeurs carcinoïdes de l'**appendice** et du **rectum** métastasent **rarement** même si elles peuvent déjà être étendues localement. A l'opposé, **90%** des tumeurs carcinoïdes **iléales**, **gastriques** et du **colons** s'accompagnent de ganglions lymphatiques et à distance au moment du diagnostic, surtout pour les tumeurs qui mesurent plus de 2 cm de diamètre.

Macroscopie : c'est une masse sous-muqueuse ou intra pariétale, mesurant rarement plus de 3 cm de diamètre. A la coupe, la tumeur est ferme, à une coloration jaune beige.

Histologie : Les cellules tumorales ont une disposition insulaire, trabéculaire, cordonale, glandulaire ou indifférenciée. Elles sont monomorphes, à cytoplasme abondant + grains neurosécrétoires.

2° Lymphome gastro-intestinal

Représentent 1 à 4% des tumeurs malignes du tube digestif. La plupart des lymphomes du tube digestif, sont des lymphomes de type B (plus de 95%).

- ✓ Les lymphomes du malt de l'estomac
- ✓ Le lymphome méditerranéen
- ✓ Les lymphomes associés à la maladie coeliaque

3° Tumeurs mésenchymateuses: GIST (Tumeursstromales)

Tumeur primitive non épithéliale de l'estomac, l'intestin grêle, le côlon, le rectum, le mésentère, le rétropéritoine, la cavité orale, le foie. Les GIST sont les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes au niveau gastro-intestinal

La positivité des cellules au CD117 est en faveur d'un GIST ainsi que la positivité au CD34 (ce qui les différencie des cellules musculaires lisses)