

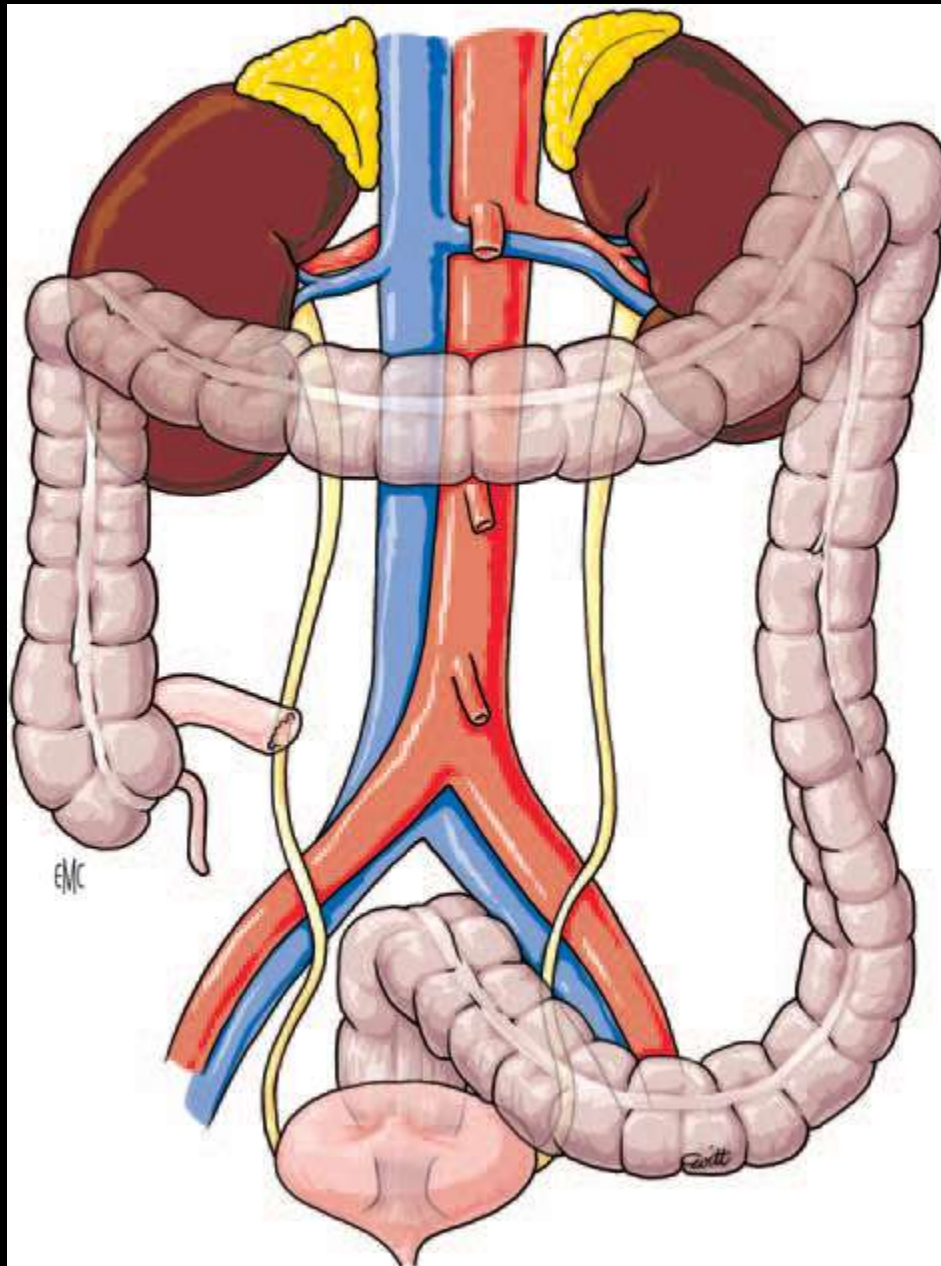
# LE CANCER DU COLON

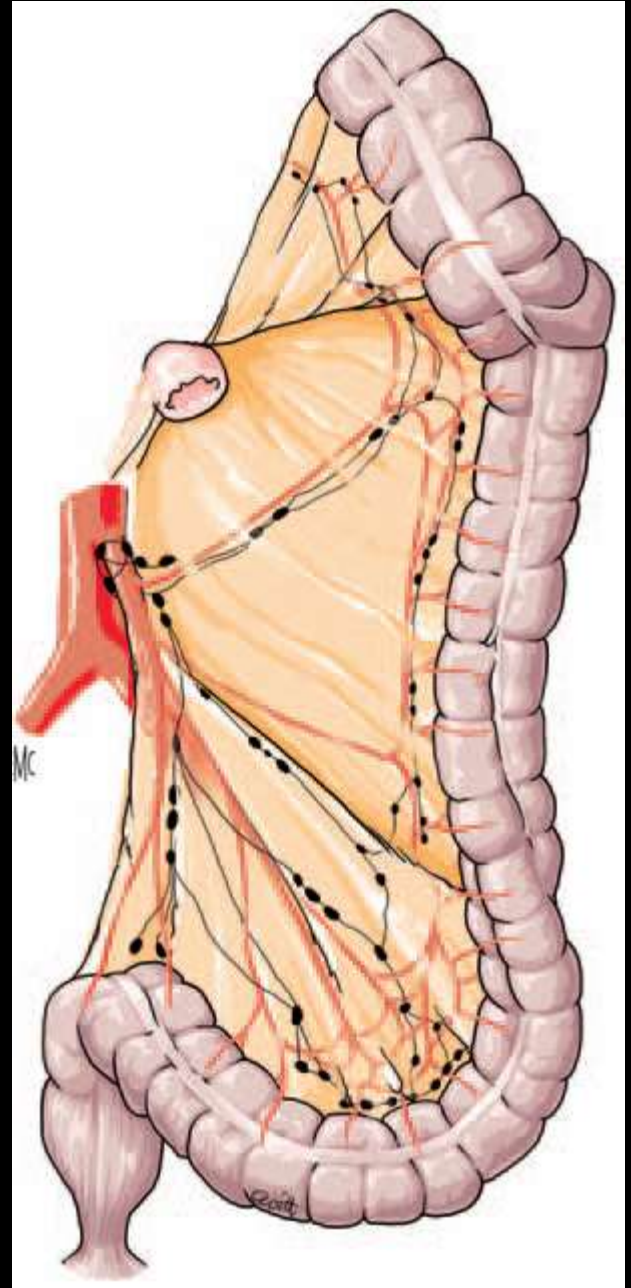
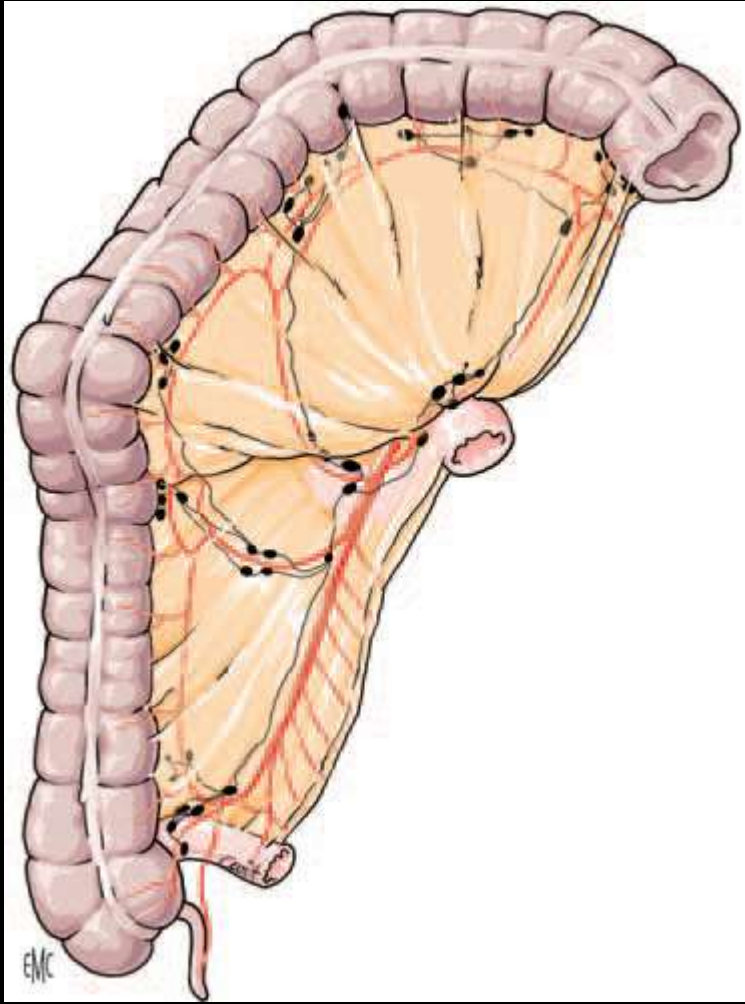


Dr. Ahmed Tili  
AHU en Chirurgie Générale

# INTRODUCTION

- **Cancer du colon:** développement d'une tumeur maligne au niveau de l'une des tuniques de la paroi colique (Coecum - jonction recto-sigmoïdienne)
- 95% **ADK** lieberkuhnien.
- Se développe sur un **polype adénomateux**
- Diagnostic : Colonoscopie avec biopsies mais souvent fait à des stades tardifs localement avancés ou compliqués





## II. EPIDEMIOLOGIE :

### A – Descriptive :

- Kc colo-rectal : 1<sup>ème</sup> cancer digestif dans le monde
- Age : 58 ans (occident: 70 ans)
- Age < 40 ans: 10%
- Sexe :  $\approx 1$

## II. EPIDEMIOLOGIE

### **B – Causale :**

#### 1. Lésion précancéreuse

b.1. Polypes adénomateux

b.2. Affections héréditaires

b.3. Maladies inflammatoires de l'intestin (MICI)

# II. EPIDEMIOLOGIE

**Polypes sporadiques : ++++**

>3/4 des cancers colorectaux. Filiation adénome – cancer

Durée moyenne de transformation : 10 ans

Risque de dégénérescence  : taille > 1cm

Sessile

Villeux.

**Polypose adénomateuse familiale : PAF 1%**

**Syndrome de lynch ou HNPCC  $\approx$  5 %**

**Maladie inflammatoire : RCH+++ , Crohn**



## Aspect macroscopique des polypes en coloscopie



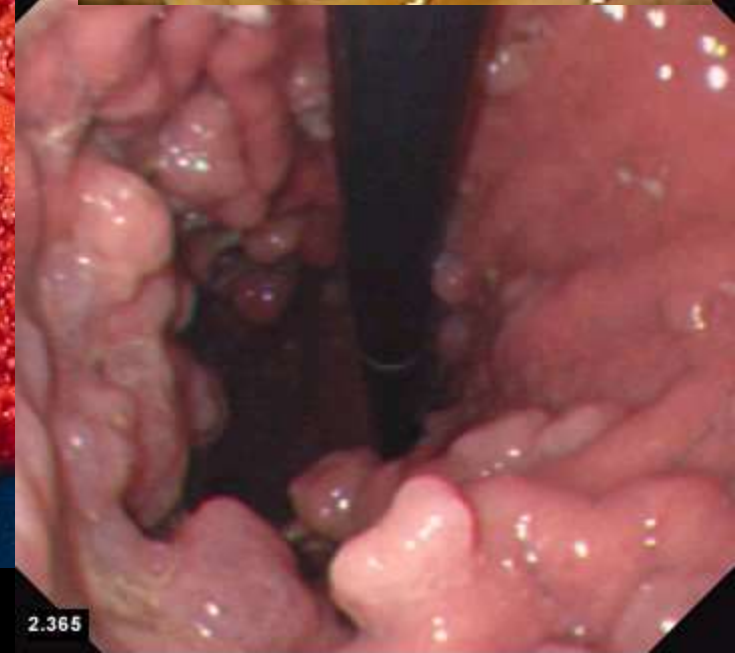
Polype pédiculé



Polype sessile







## II. EPIDEMIOLOGIE

### 2. Facteurs environnementaux:

- Régime riche en matière grasse et viande,
- pauvre en alimentation végétale
- sédentarité

# III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

## A. Aspects macroscopiques :

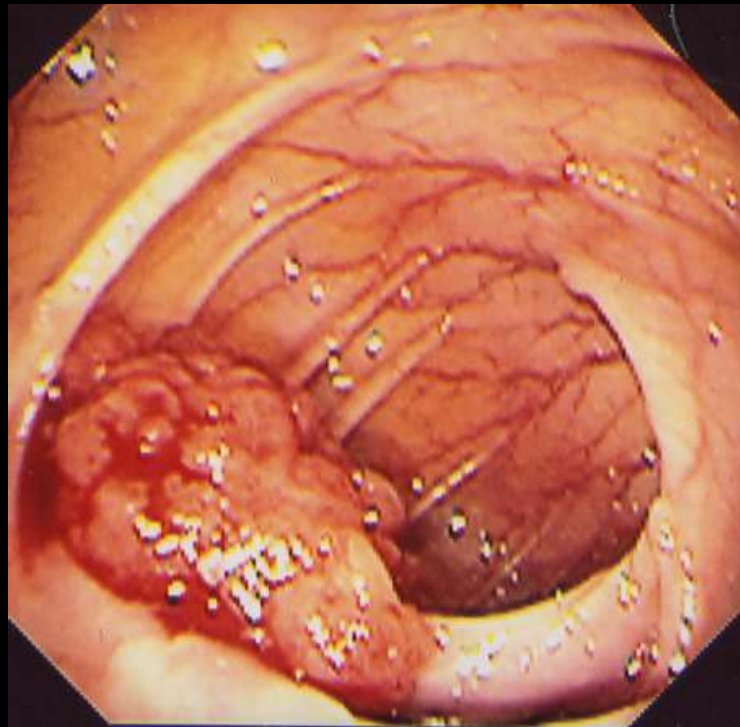
**Siège :** Sigmoides : le plus fréquent 50%

**Aspects :**

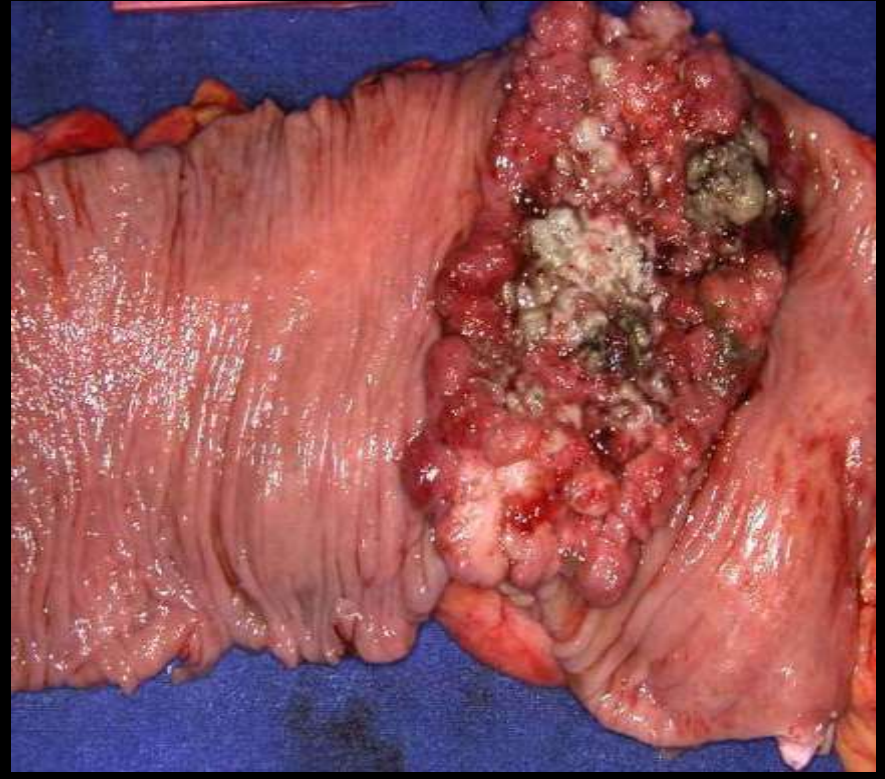
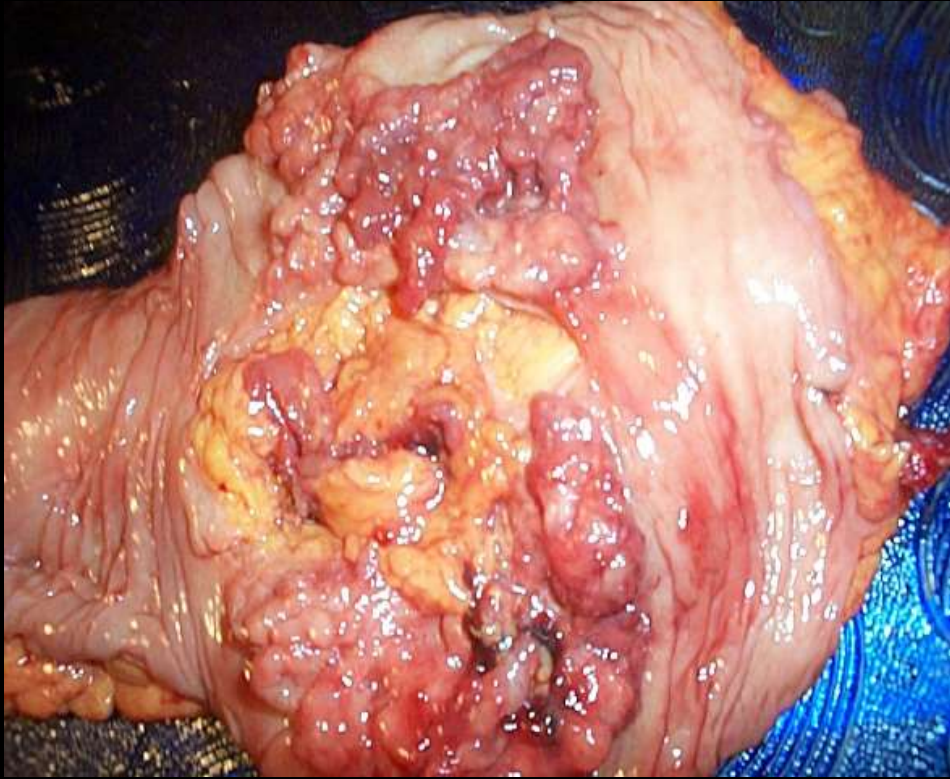
- Ulcèreobourgeonnant et infiltrant : 80%  
« lobe d'oreille »
- Végétant : (colon droit)
- Infiltrant : en virole : sténosant (colon gauche).

## B. Microscopie :

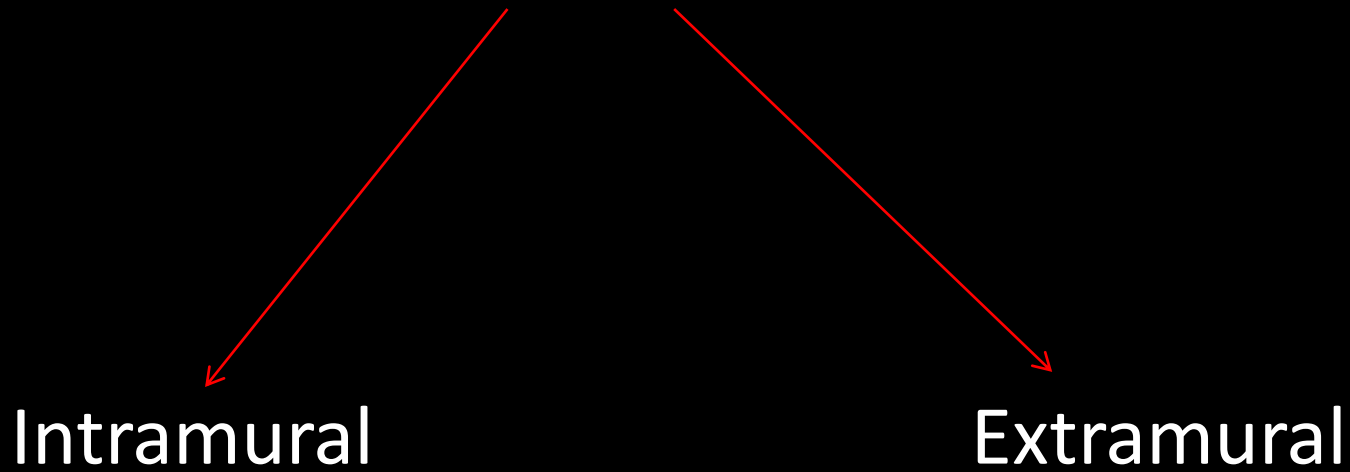
- Adénocarcinome libérkuhnien+++ : 95 % +/- différencié.
- Exceptionnelle : lymphome, tumeur carcinoïde, linite.







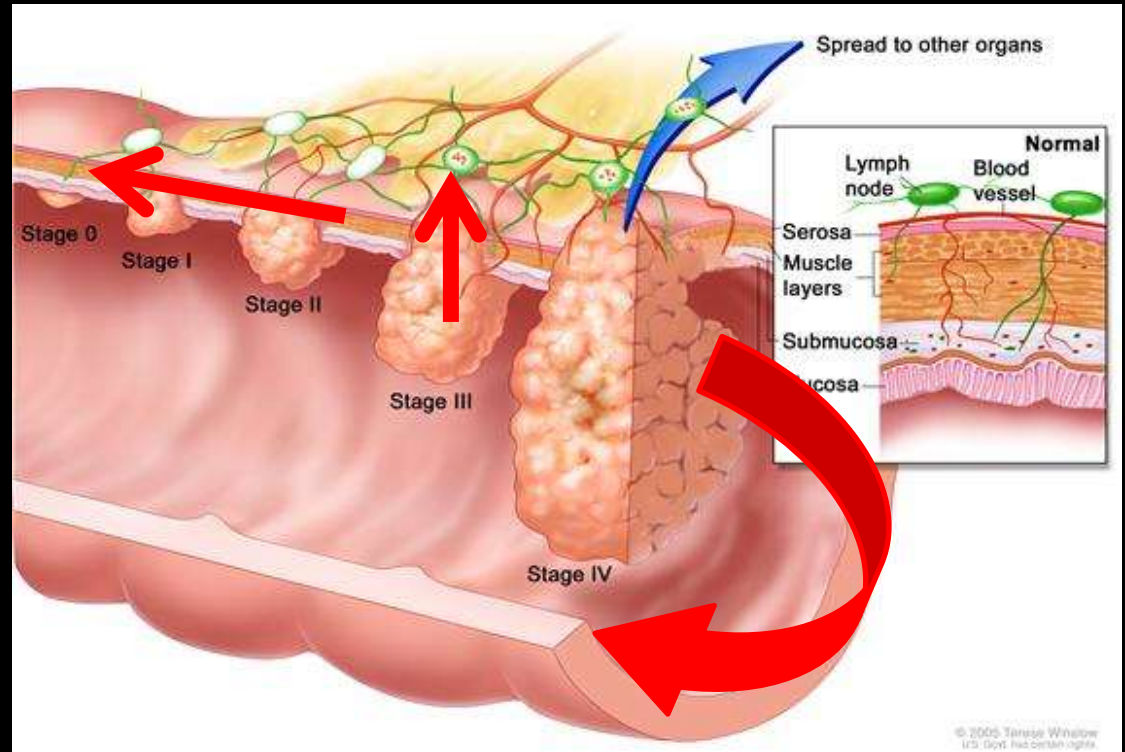
## 4. Modes d'extension :





## 4. Modes d'extension :

### Intramural:



- En profondeur
- En largeur : circonférentielle
- En hauteur : par voie sous muqueuse

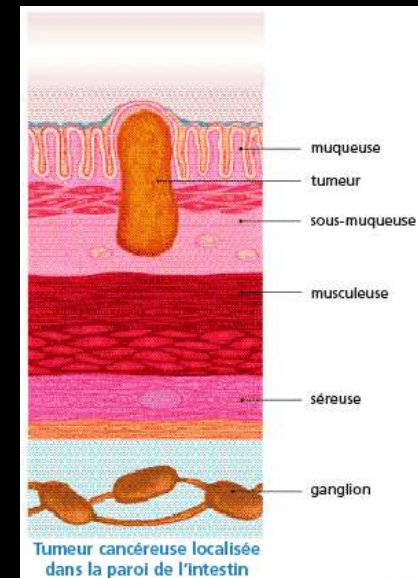
## 4. Modes d'extension :

### Extramural:

- Par contiguïté: organes de voisinage
- Voie lymphatique: Pronostic ++
- Voie veineuse: Métastases hépatiques, pulmonaires...
- Voie péritonéale: carcinose péritonéale, ovaires

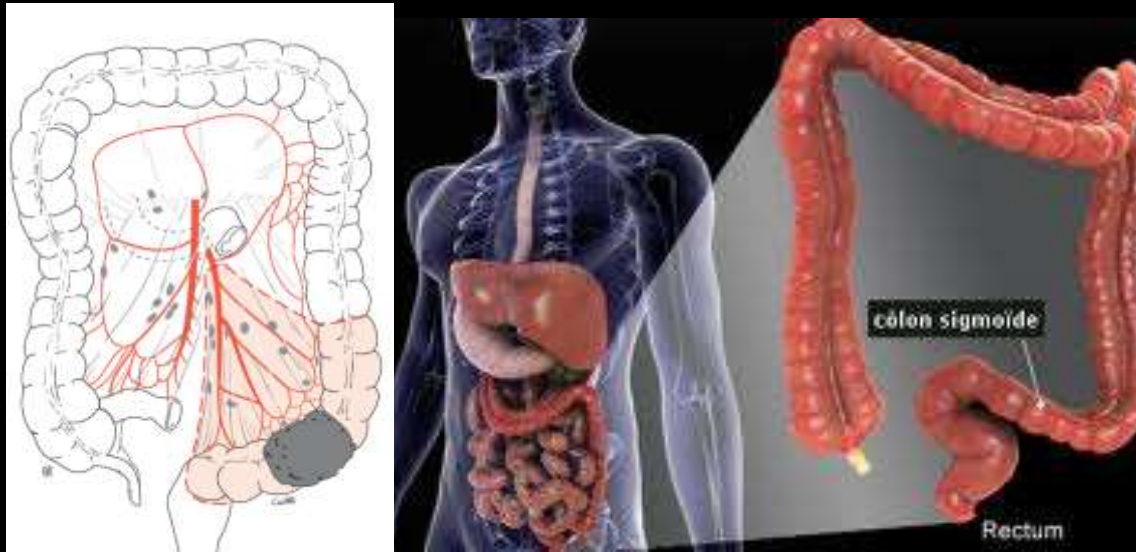
## 5. Classification: pTNM :

- T : Tumeur primitive  
Tis: carcinome in situ  
T1: Tumeur limitée à la **sous Muqueuse**  
T2: Tumeur envahissant la **musculeuse**  
T3: Tumeur envahissant la **séreuse**  
T4: envahissement des organes de voisinage ou perforation
- N : ganglions régionaux :  
N0 : pas d'envahissement ganglionnaire  
N1 : envahissement de 1 à 3 ganglions régionaux  
N2 : envahissement de 4 ou plus ganglions régionaux  
N3: ganglions pédiculaires (intermédiaires ou principaux)
- M : Métastase :  
M0 : absence de métastase  
M1 : présence de métastase à distance (foie, poumon)



## IV. ETUDE CLINIQUE :

TDD : ADK du colon sigmoïde non compliqué



# A. Signes fonctionnels: tardifs et non spécifiques !!!

## 1. Trouble récent du transit :

- Surtout la modification **récente** du transit qui doit attirer l'attention
- **Alternance** diarrhée constipation

## 2. Hémorragie digestive basse :

- le plus souvent rectorragies de faible abondance.
- Emission de sang rouge accompagnant les selles ou parfois indépendamment de celles-ci

## 3. Douleurs abdominales :

- Inconstantes : vagues mal systématisées parfois localisées

## 4. Autres :

- inconfort abdominal
- AEG : A A A
- Signes d'anémie chronique
- Fièvre inexplicée ...



Retard  
diagnostic !

## B. Examen clinique :

### 1. Interrogatoire :

- ATCD : P ou F de CCR (ou endomètre, ovaires ; voies urinaires ; grêle)

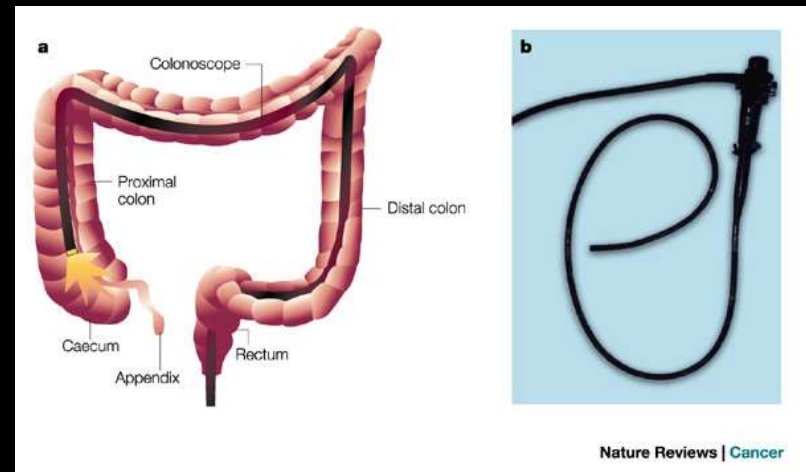
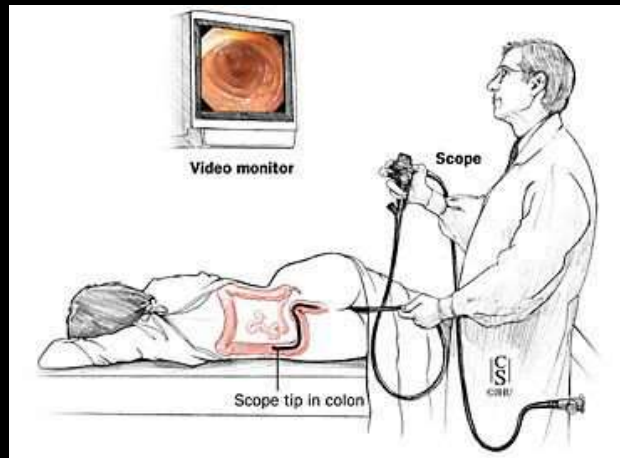
### 2. Examen physique :

- Souvent normal
- AEG : amaigrissement ; pâleur conjonctivale
- Ballonnement abdominal discret
- Masse FIG mal limitée dure irrégulière douloureuse fixe
- TR : normal



Au total, devant toute **modification récente** du transit chez un sujet de la cinquantaine il faut demander l'examen fondamental :

**colonoscopie +++**



## C. Examens complémentaires :

### 1. Colonoscopie avec biopsie :

- Examen clé
- Met en évidence la tumeur, son siège, son étendue, son caractère sténosant ou non
- confirmer la nature de la tumeur par la réalisation de biopsies multiples.



# V. BILAN D'EXTENSION

## 1. Examen clinique:

- Ascite
- gros foie nodulaire
- Ganglion de Troisier, iliaques .....
- TR : nodules de carcinose au Douglas
- Masse de la fosse iliaque gauche

## 2. Rx Thorax:

- Mt hépatique

## 3. Echographie abdominale :

- Mt hépatique
- Ascite
- Exploration ovaires

## 4. TDM abdomino-pelvienne :

- Bilan d'extension loco-régionale et à distance +++
- > écho + Rx thorax

# V. BILAN D'EXTENSION

## 5. Colonoscopie totale :

- Rechercher une tumeur synchrone (5 à 10%) ou des polypes à distance

## 6. Marqueurs tumoraux :

ACE : intérêt surveillance post opératoire

# VI. FORMES CLINIQUES :

## A- Formes topographiques :

### 1- Kc Coecum :

- Révélé par masse FID, **méléna**

### 2- Kc colon transverse :

- Longtemps latent

### 3- Kc synchrone :

- Colon et/ou rectum

## B. Formes évolutives:

### 1. Formes infra cliniques:

Intérêt dépistage des sujets à risque

### 2. Formes avancées:

- **Localement avancées:** envahissement des organes de voisinage
- **Métastatiques:** foie, carcinose péritonéale, poumon, os...



# C. Formes compliquées :

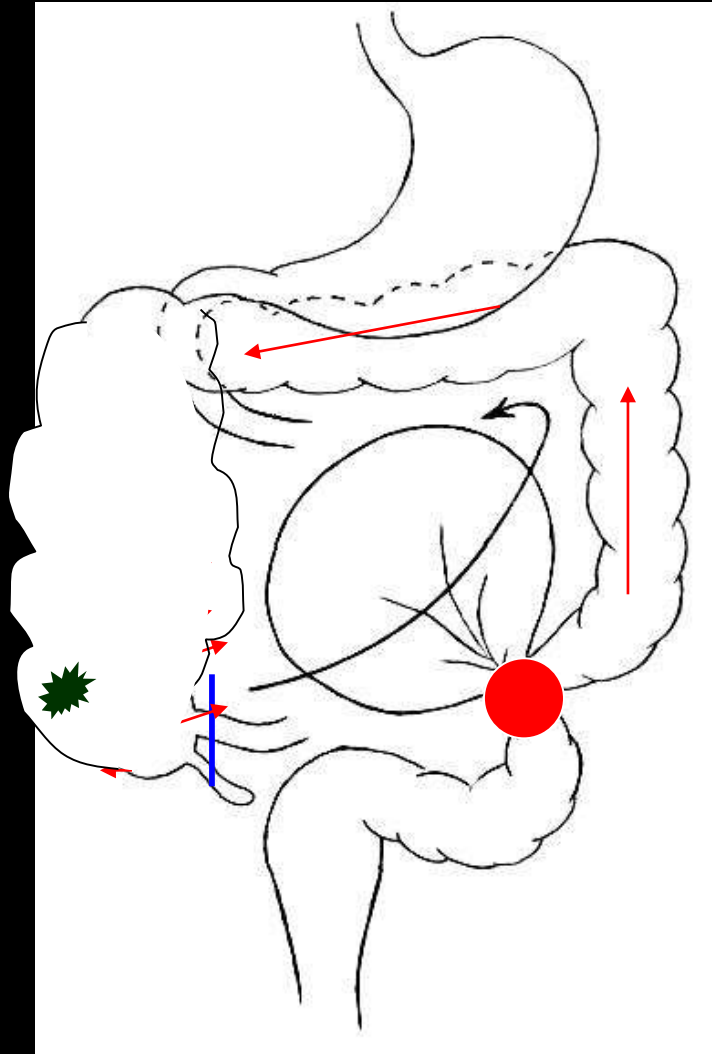
!!! stade avancé ; terrain affaibli ; pronostic péjoratif

## 1. Occlusion aigue :

La plus fréquente  
occlusion mécanique basse par obstruction

- Diagnostic : TDM + opacification Basse
- Risque : Perforation in situ  
Perforation diastatique coecum → péritonite!

# Perforation diastatique



## 2. Abscès péri néoplasique : 25%

- C'est l'infection tumorale et péri tumorale
- surtout de Kc Colon droit + coecum
- Clinique : syndrome septique ; défense localisée
- Diagnostic positif : scanner

## 3. Perforation : grave

- Insitu : rare : Tableau de péritonite localisé
- Diastatique : Coecum

## 4. Hémorragie :

- Rarement de grande abondance
- Coloscopie systématique si anémie chronique chez un sujet âgé

# VII. TRAITEMENT :

## A. BUTS :

- Extirper la tumeur et ses connexions lymphatiques
- Prolonger la survie
- Améliorer la qualité de vie en cas de traitement palliatif

# VII. TRAITEMENT :

## B. MOYENS :

1. La chirurgie
2. La chimiothérapie

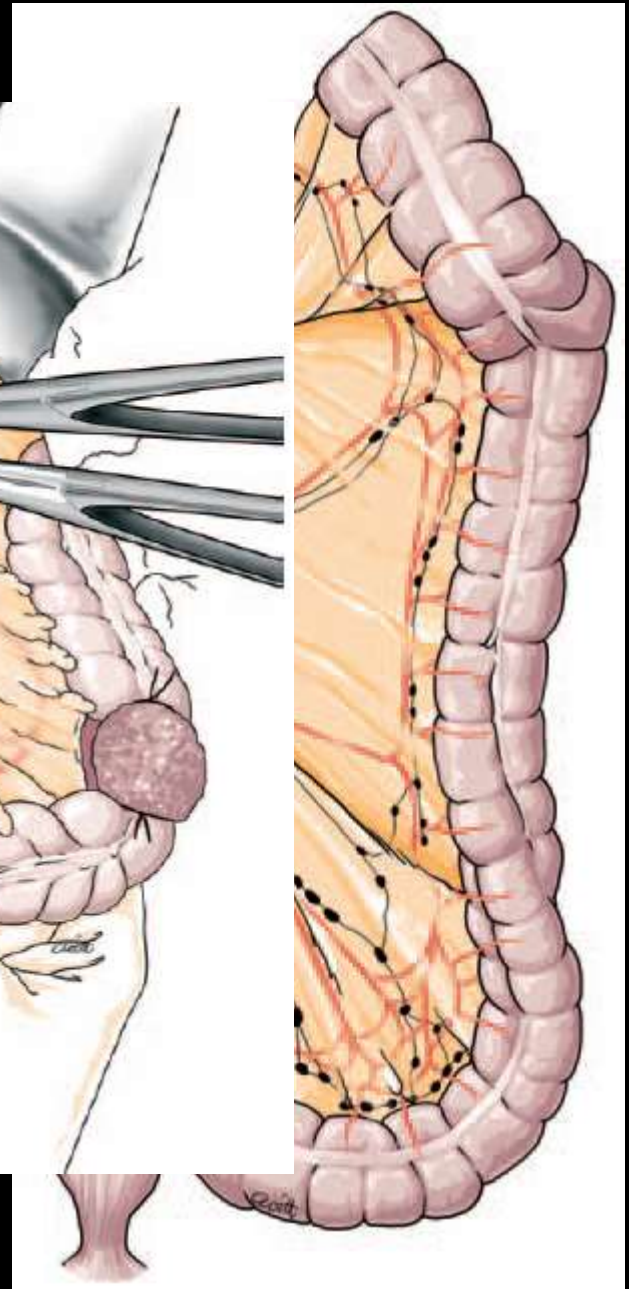
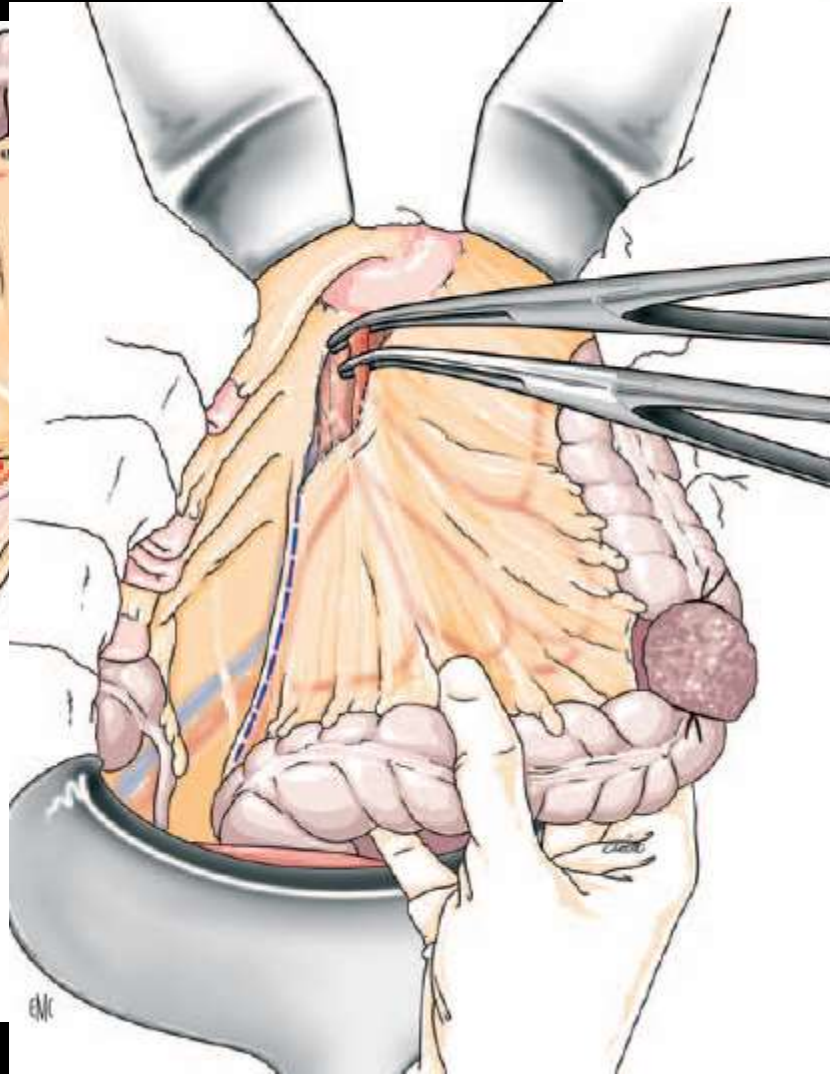
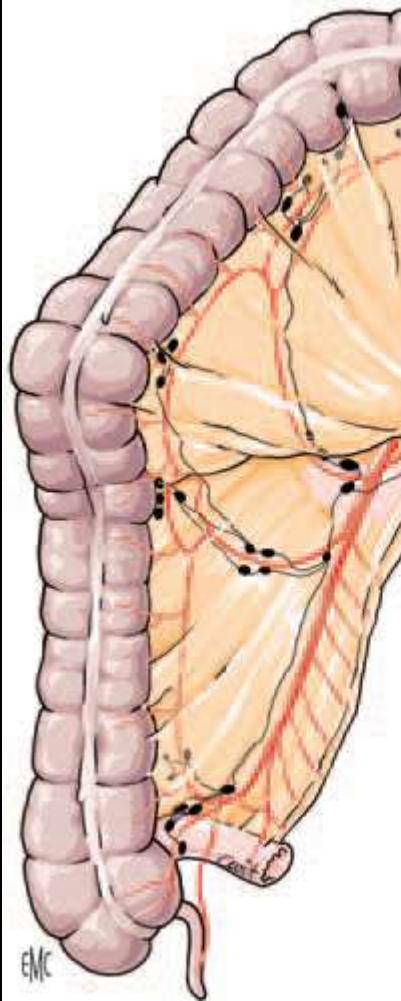
# 1. La chirurgie

a. Voie d'abord :

- Médiane
- Coelioscopie ++

**b. Principes de la chirurgie carcinologique (à visée curative ):**

- Résection d'au moins 5cm de part et d'autre de la tumeur
- Curage ganglionnaire :
  - **Colon droit** : ligature vasculaire colique au bord droit de l'AMS.
  - **Colon gauche** : ligature à 1 cm de l'origine de l'AMI ou immédiatement après naissance ACSG
- Minimum ganglionnaire : 12 ganglion





## c. Les gestes

- Hémicoloctomie gauche vraie:

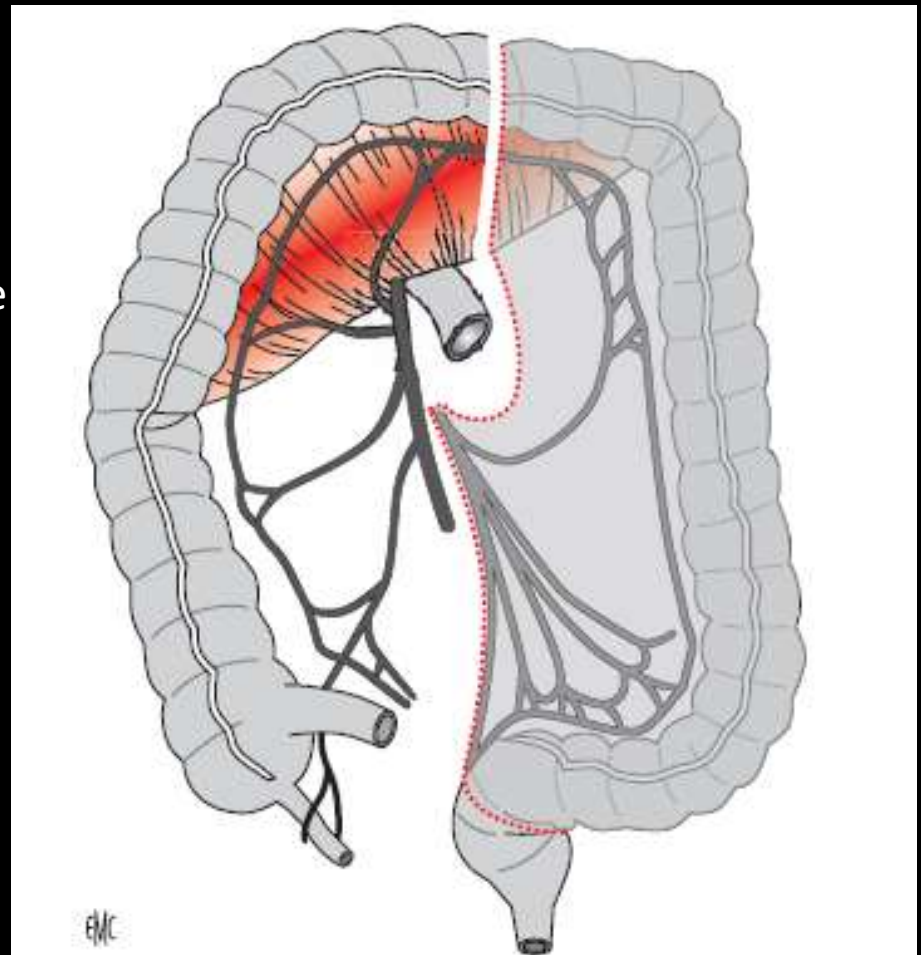
1/3 gauche CT +

colon descendant +

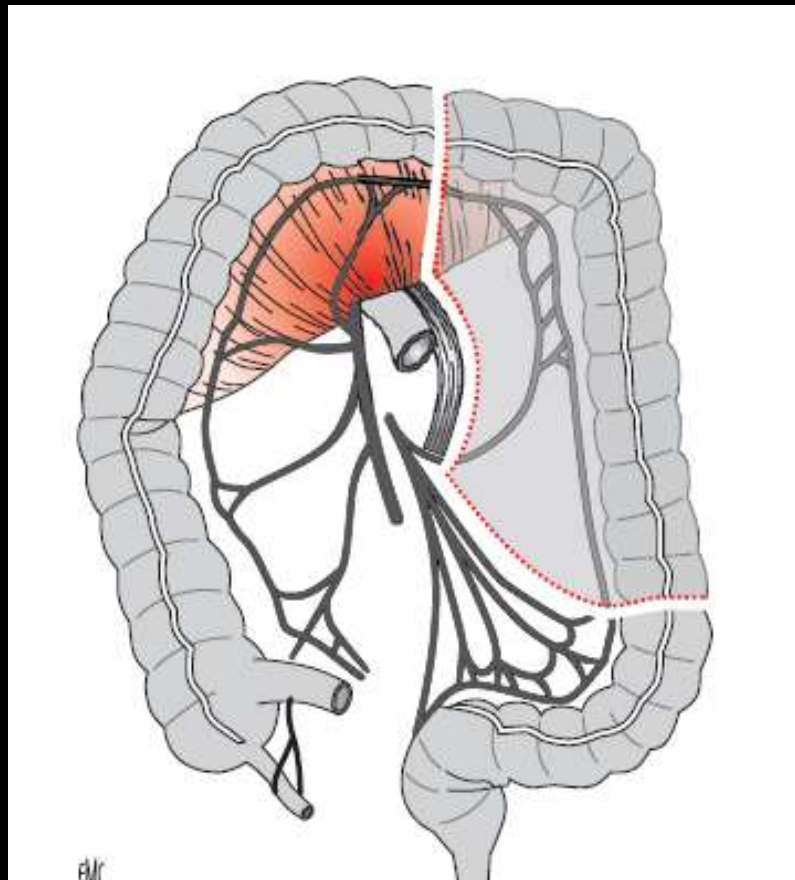
sigmoïde

Ligature Vx AMI à 1cm de son origine

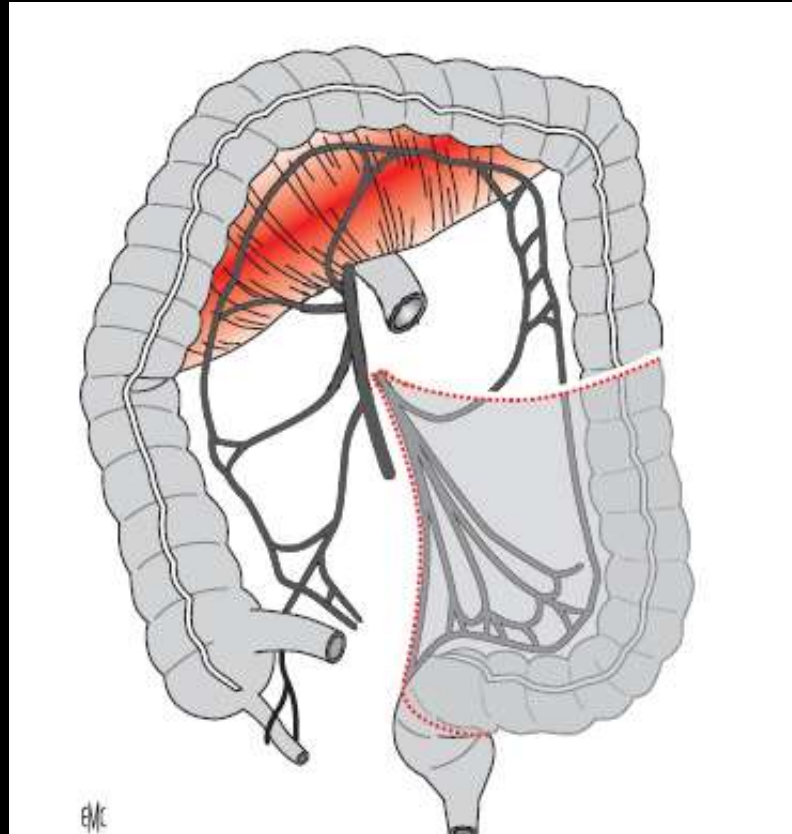
Anastomose colorectale



- Colectomie segmentaire haute :  
Emporte l'ACG + 1/3 G CT + Colon descendant

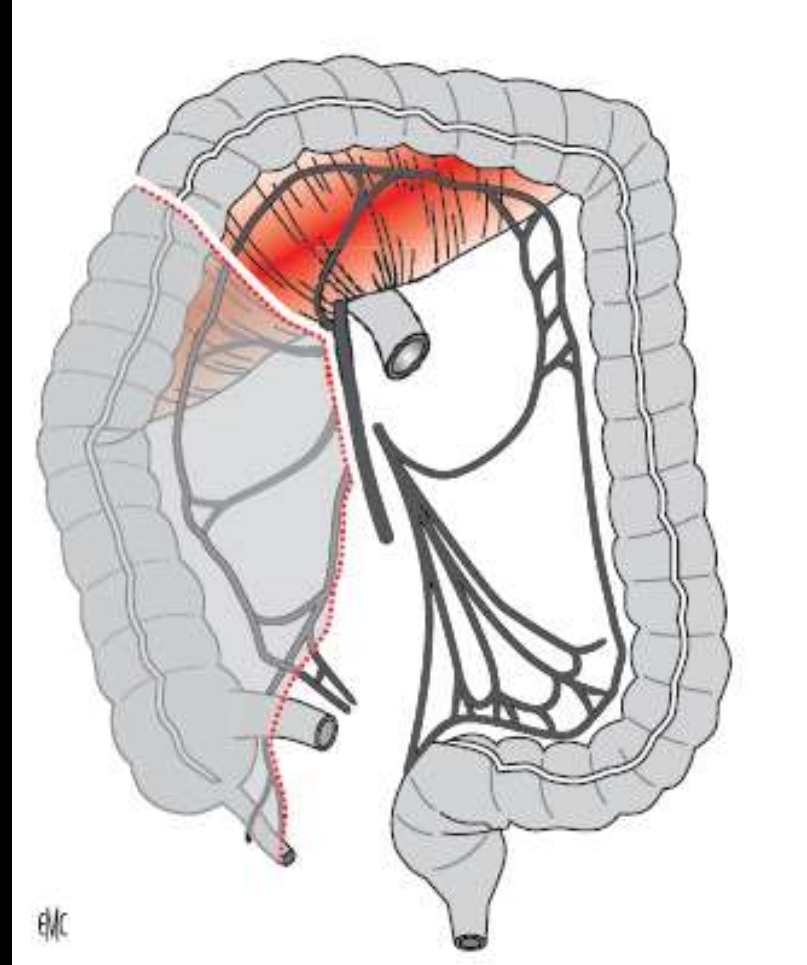


- Coloctomie segmentaire basse (sigmoïde) :



- Hémicoloctomie droite :

20 derniers cm du grêle +  
coecum +  
colon ascendant +  
ACDt +  
1/3 droit du colon transverse



Ligature des vaisseaux coliques droits sur le flanc droit de l'AMS

- Colectomie totale ou subtotale
- Colectomie élargie :  
Exérèse en mono bloc évitant l'éfraction  
tumorale des organes envahis  
(Grêle, Utérus, Rein, Uretère)

## 2. La chimiothérapie

Adjuvante (Post opératoire) ou palliative

Diminuer la récurrence Loco Régionale

Augmenter la survie

# CONCLUSION

- Cancer fréquent.
- Diagnostic : colonoscopie + biopsies
- Traitement doit être précoce pour améliorer le pronostic
- Chimiothérapie augmente la survie
- Intérêt du dépistage chez les populations à haut risque