

LES TUMEURS DE L'INTESTIN GRELE ET DU COLON

Pr ABDELLOUCHE

I-LES TUMEURS BENIGNES:

Elles sont rares , latentes, se manifestent par une sub-occlusion, une invagination ou un volvulus.

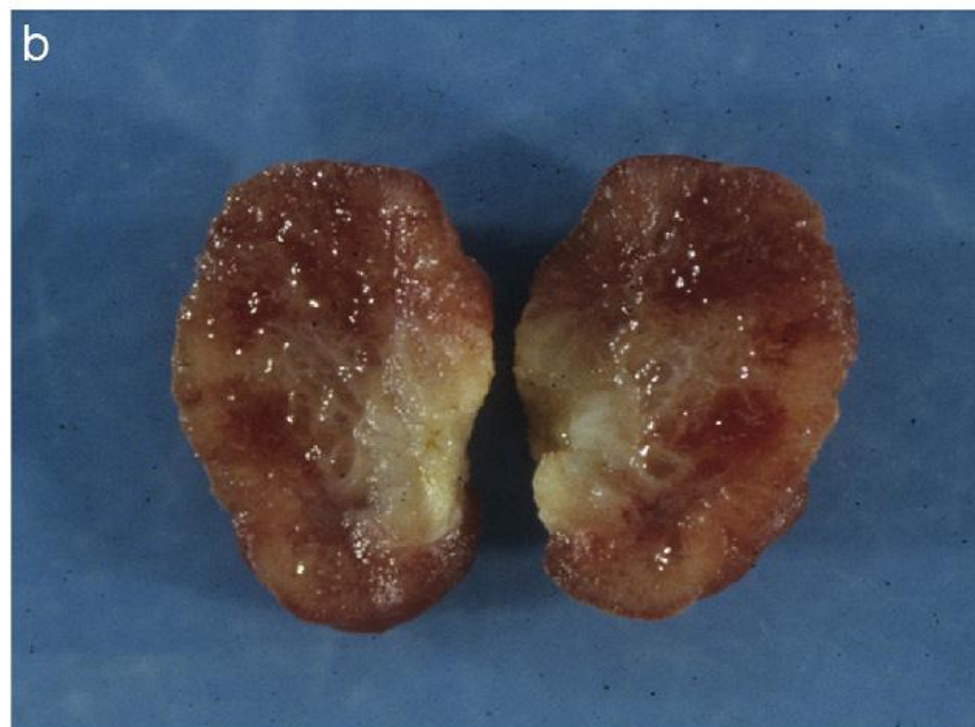
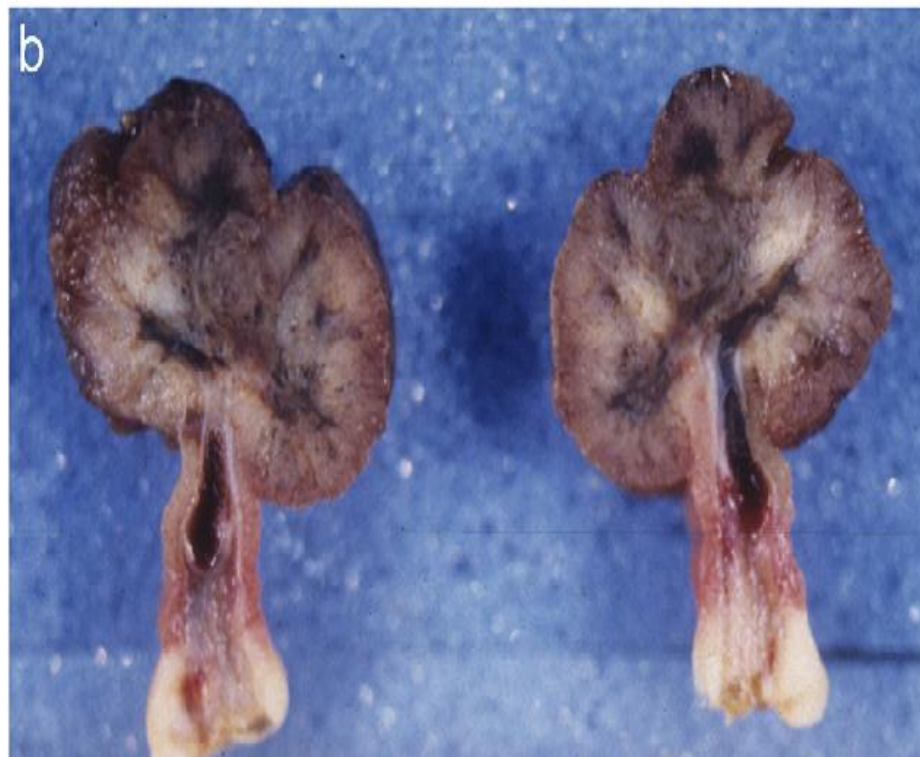
A- Les tumeurs bénignes épithéliales:

A1- Les adénomes: joue un rôle capital dans la carcinogenèse et se place au centre des problèmes de prévention des cancers intestinaux.

Macroscopie:

- sont de couleur rose à rouge +/- foncé
- Ils peuvent être arrondis ou polylobés, sessiles ou pédiculés
- Leurs taille varie de 2 à > 60mm
- Les lésions villeuses (molles, formant une fine mosaïque en surface) et sont souvent de grande taille (>20mm)



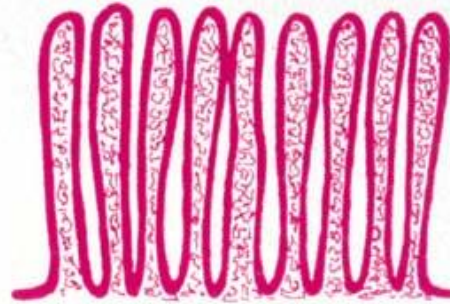


Microscopie:

- Adénome tubuleux: plus de 80% de composante tubuleuse
- Adénome vilieux: au moins 80% de composante vilieuse
- Adénome tubulo-vilieux: de 20% à 79% de composante vilieuse
- Adénome festonné (rectocolique)
- Adénome plan: lésion plane inférieure à 1cm avec une dépression centrale



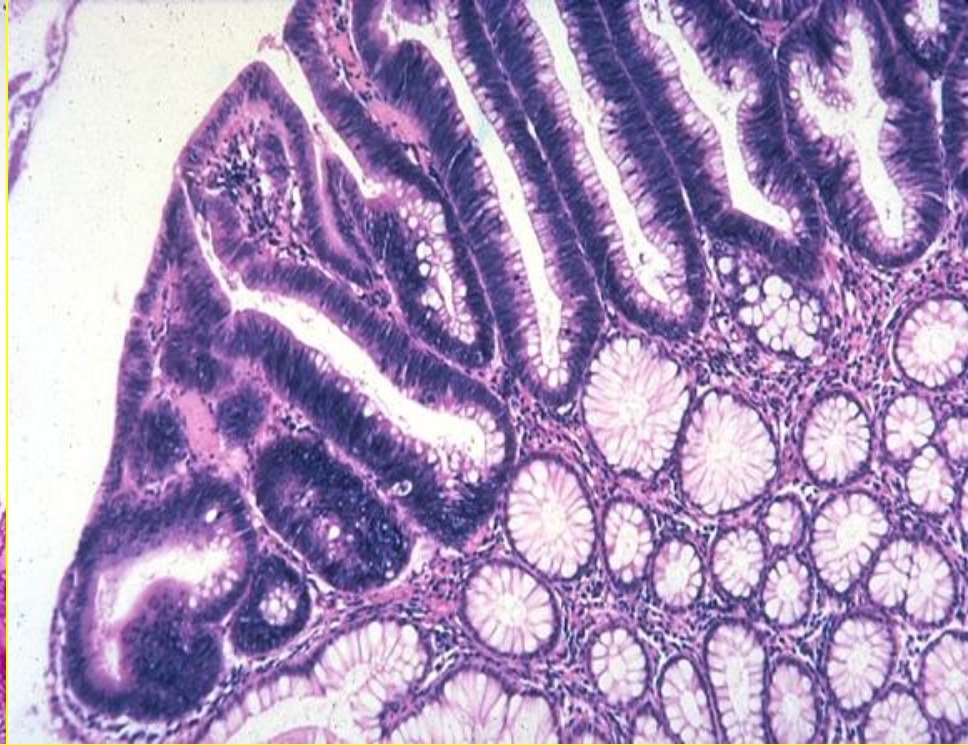
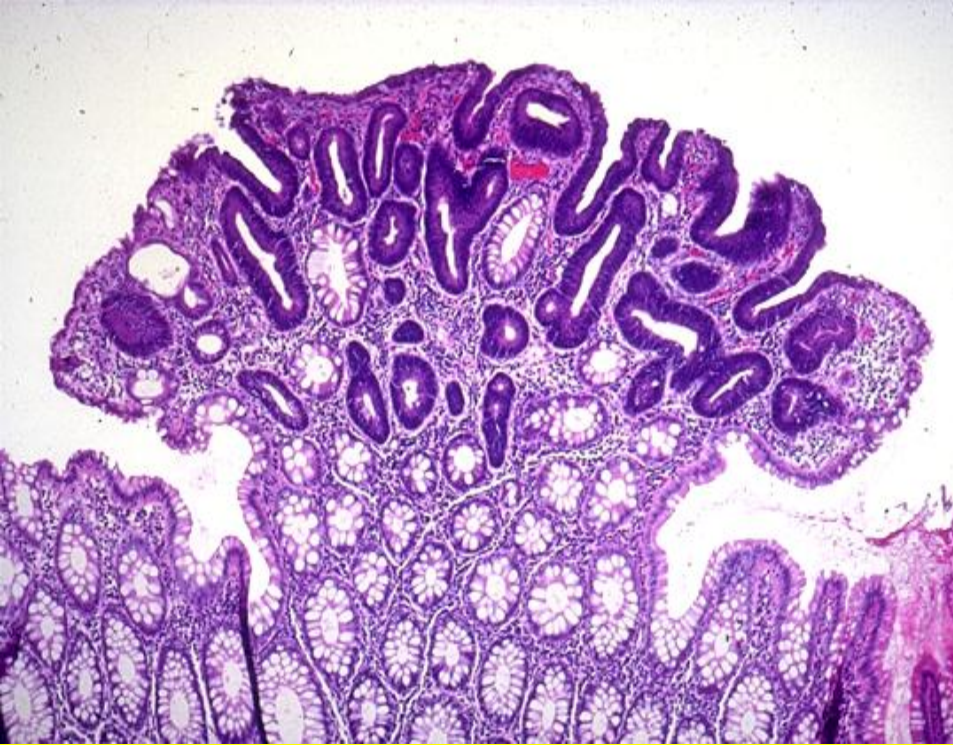
tubular



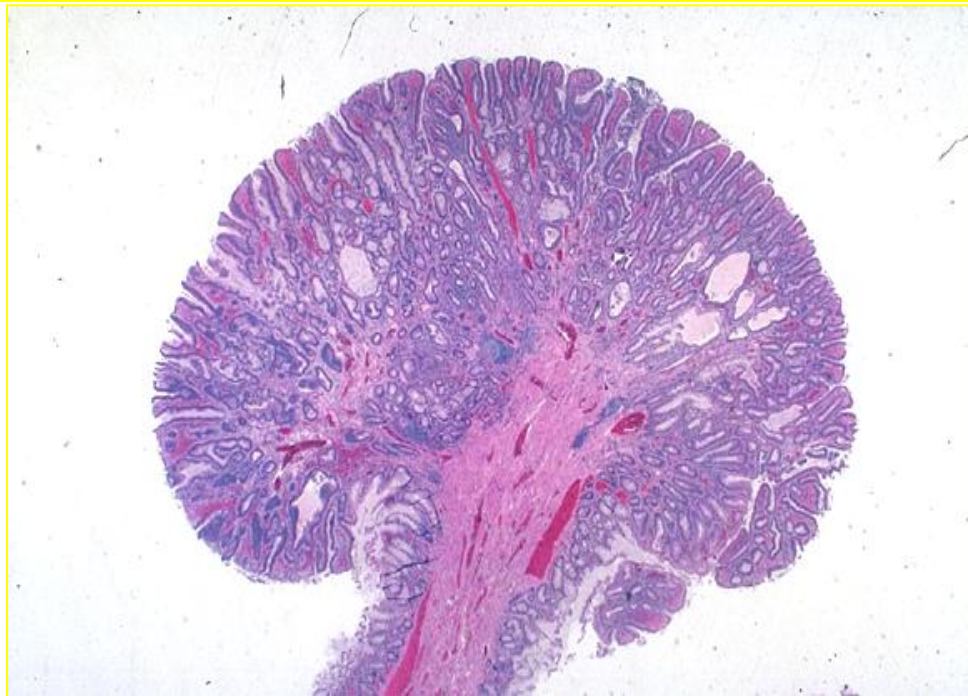
villous



tubulovillous

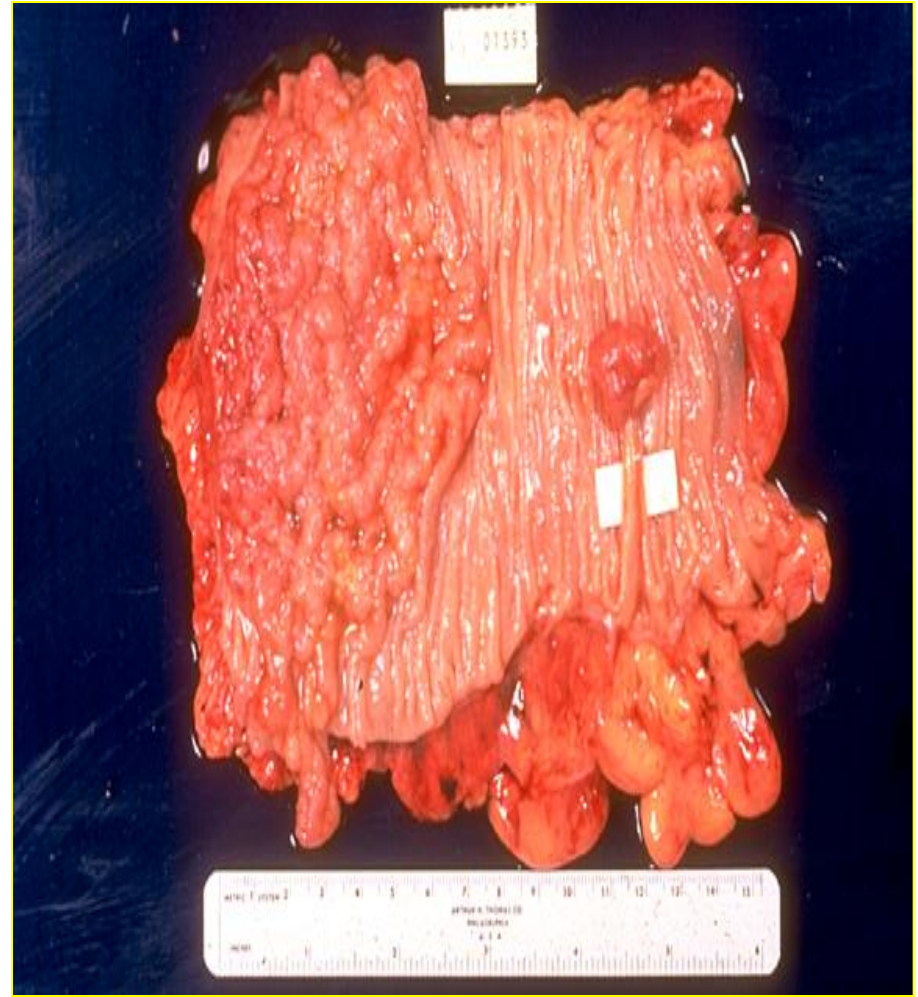


Tubular adenoma





Villous adenoma



Villous and tubular adenomas

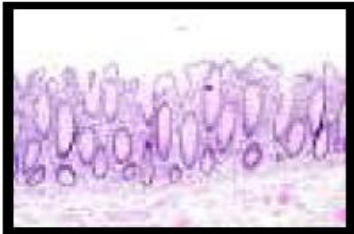
Filiation adénome-cancer

- La séquence adénome – cancer ne fait pas de doute :
- Les adénomes sont rares dans les pays à faible risque de CCR, et plus fréquents dans les pays à risque élevé.
- L'association polype et cancer est fréquente, principalement lorsque les polypes sont nombreux.
- Des reliquats adénomateux sont souvent constatés à l'examen anatomopathologique des carcinomes colo-rectaux.
- Les facteurs qui influent la transformation maligne sont:
 - - La taille (la transformation maligne est présente dans 0,3% des adénomes de moins de 1 cm, 9% des adénomes de 1 à 2 cm et 28% des adénomes de plus de 2 cm
 - - L'aspect vilieux (les adénomes tubuleux ont un faible % de cancérisation (3 à 4%) comparés aux adénomes vilieux (18 à 40%)
 - - Le degré de dysplasie
 - - et le nombre
- La fréquence des cancers développés sur un adénome est estimée entre 60 et 80%

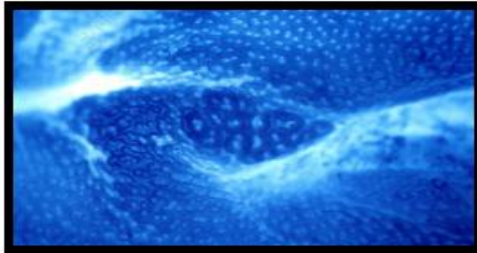
Carcinogénèse colique

Séquence adénome - carcinome

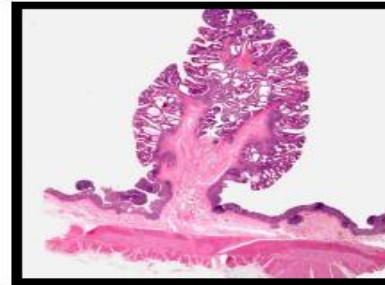
côlon normal



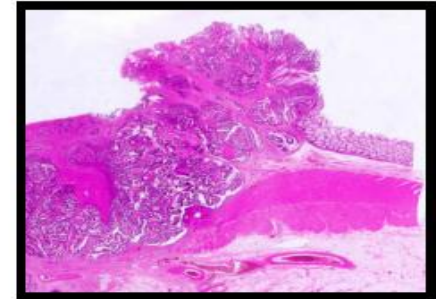
Cryptes aberrantes



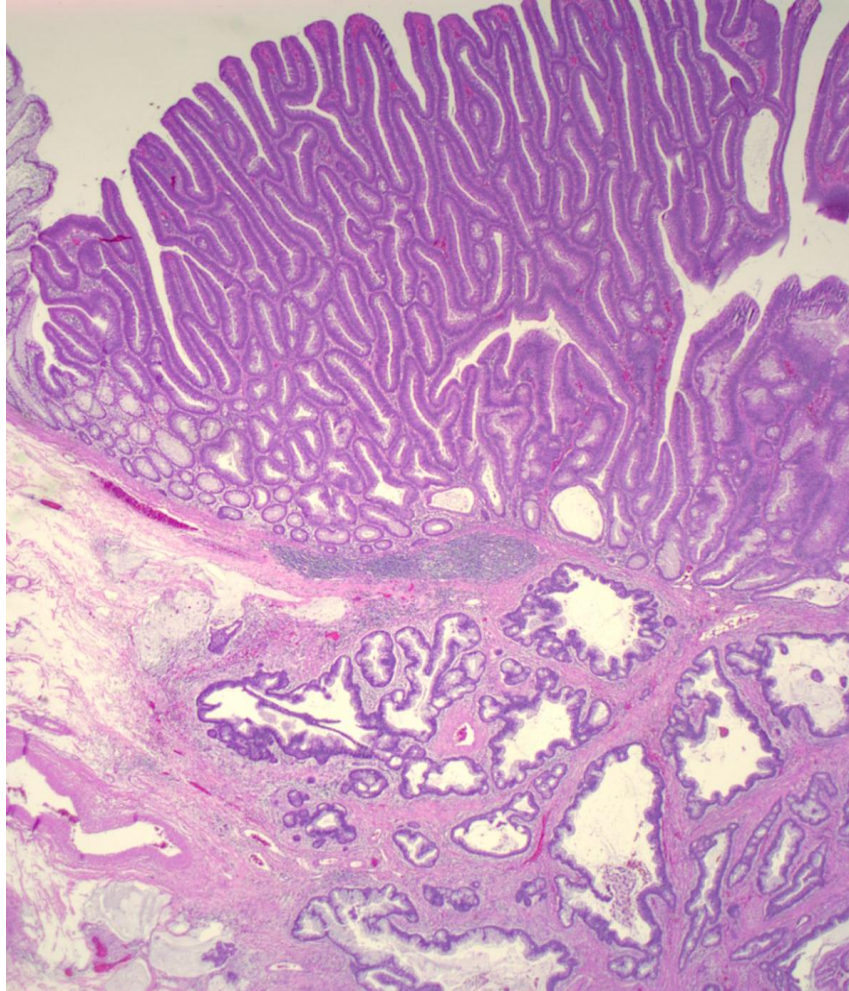
Adénome



Carcinome

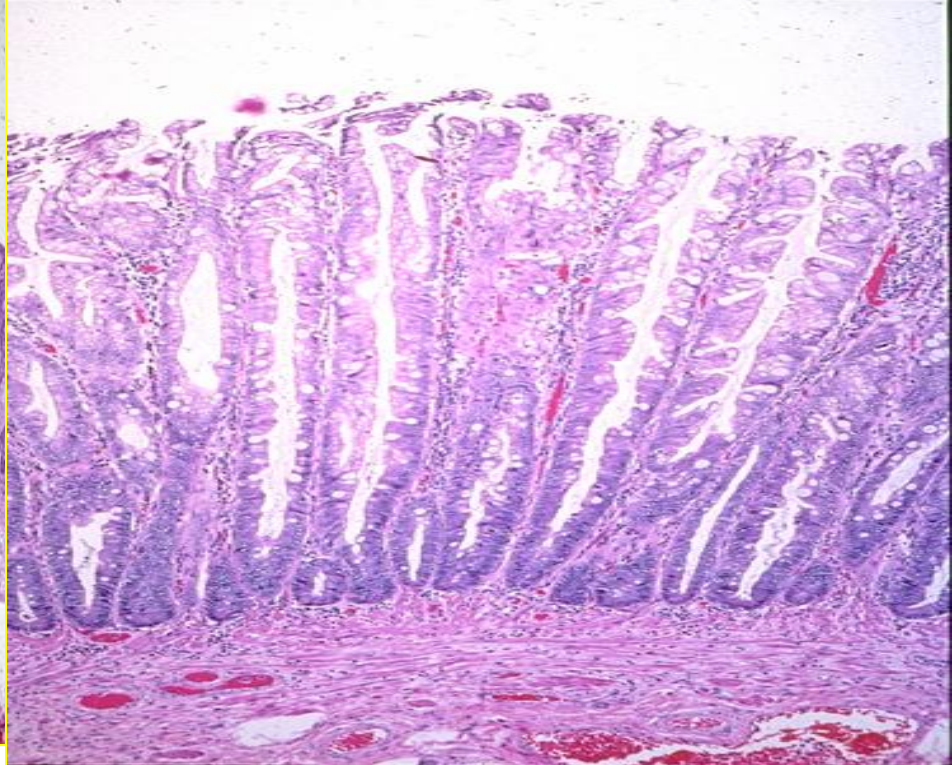


Adénocarcinome colique sur adénome villeux

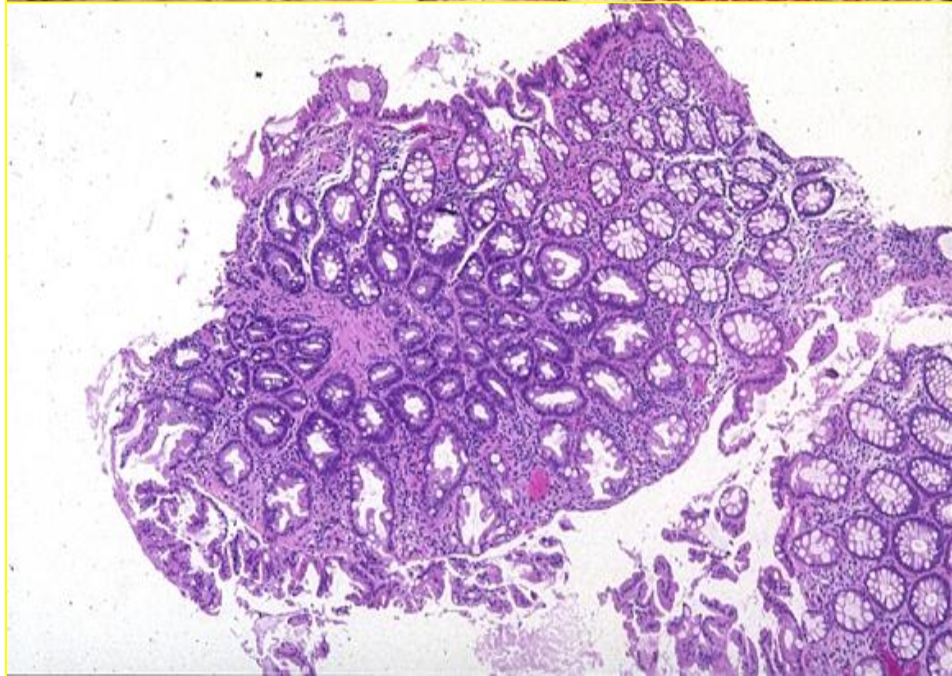


A2-. Polypes hyperplasiques:

- Presque tjrs multiples
- Son incidence augmente > 40ans, avec une predominance masculine
- Colon sigmoïde - rectum+++
- Macro:Élévation lenticulaire de 3 à 5mm
- Micro: Allongement des glandes, bordées de cellules de hauteur irrégulière, d'aspect festonné très caractéristique (1/3>) sans lésions dysplasiques.



Polype hyperplasique

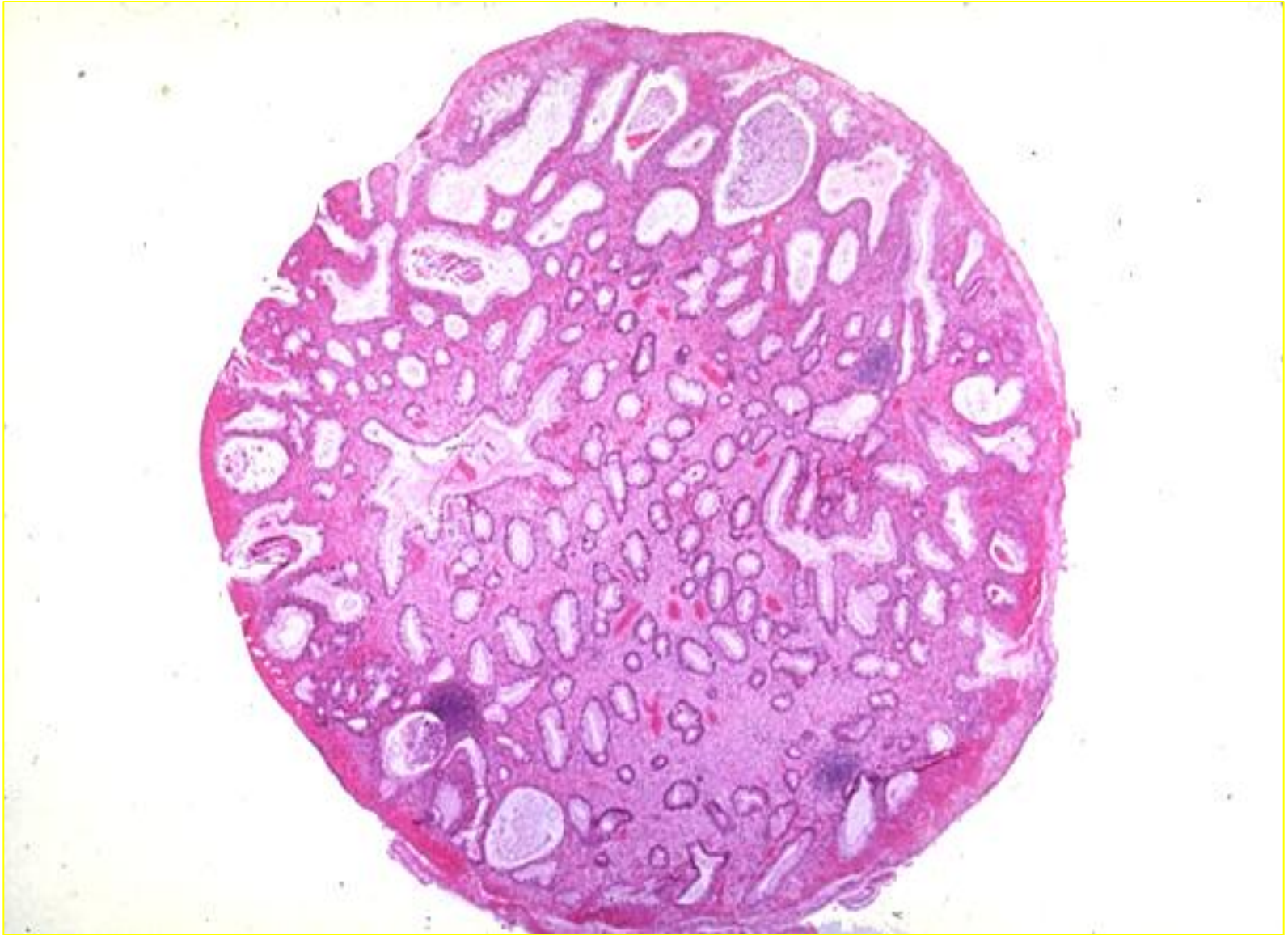


A3- Polype juvénile:

- Lésion de sujet jeune avec un maximum de fréquence entre 2 et 8 ans
- Rectum+++ , sigmoïde++
- Solitaire 76%, multiple dans 24%
- Macro : aspect caractéristique, masse sphérique à surface lisse , rouge vif ou sombre comportant un pédicule court

➤ Micro:

- Formations kystiques bordées par un épithélium parfois cylindrique, le plus souvent cubique ou aplati, à lumière remplie du mucus,
- Elles sont svt le siège de remaniements inflammatoires; abcès, érosions épithéliales, hémorragie
- le chorion est abondant, œdémateux et congestif, riche en éléments inflammatoires.



Polype Juvénile

A4- Polype de peutz jeghers:

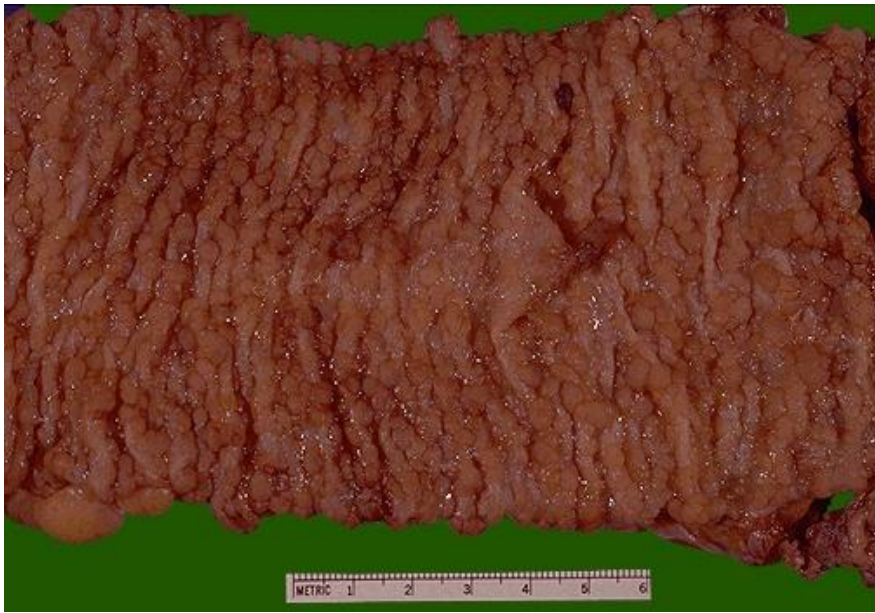
- Il appartient surtout à la polypose décrite par Peutz et Jeghers
- Il peut exister à titre exceptionnel à l'état de polype solitaire
- Sera abordé dans le chapitre des polyposes

B1- Polyposes intestinales:

B1-1 les polyposes à caractère génétique:

1- la polypose recto colique familiale: rare, affection très kcse. Macro: collection de polypes adenomateux ou vilieux , pediculés ou non , de taille variée, il existe deux formes:

- ❖ la forme majeure: la muqueuse est recouverte par de nombreux polypes on dit que le colon ressemble à un tapis de haute laine



Polypose familiale: Aspect en tapis de laine



❖ la forme mineure: les polypes sont disséminés sur une muqueuse normale

- micro: un polype prélevé sur une polypose est identique à un polype solitaire du même type .
- Les lésions associés:

❖ Le syndrome de Gardner: il associe une polypose RCF , des tumeurs multiples épithéliales et conjonctives.

❖ Le syndrome de Turcot: rare, associe des tumeurs cérébrales





PAF atténuée

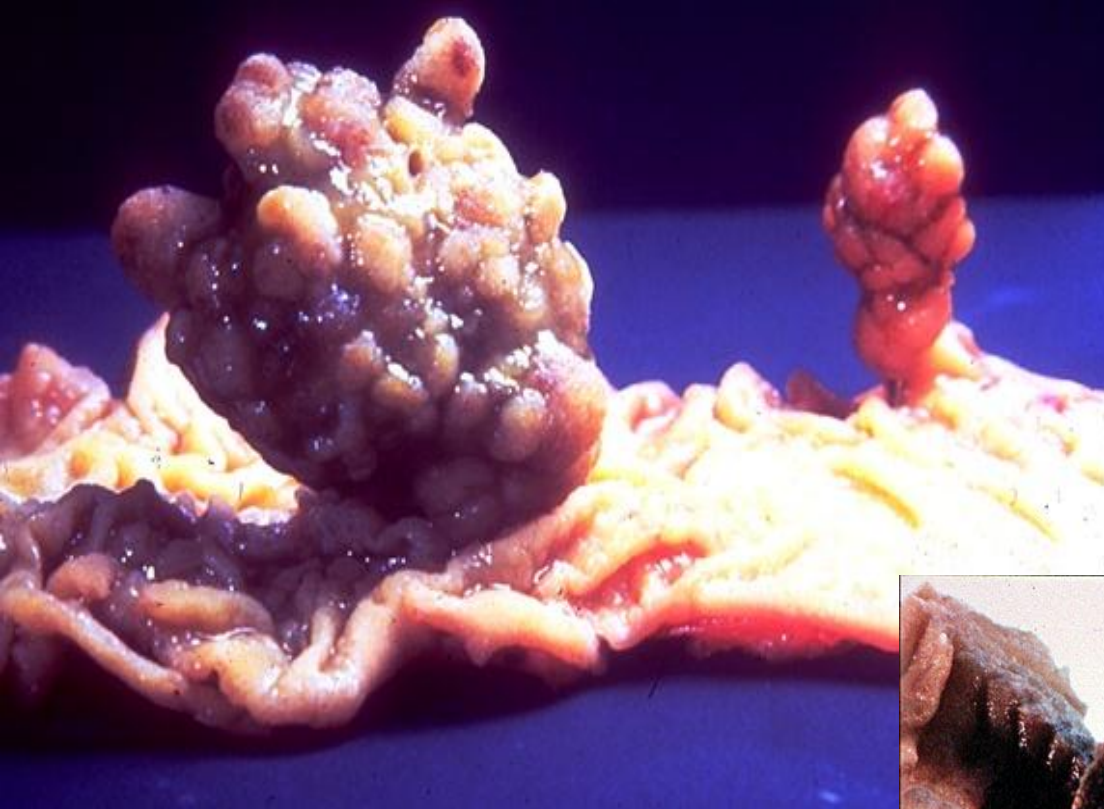


2- Le syndrome de Peutz-Jeghers: polyposes diffuse de tout le tractus digestif prédominant sur le grêle et une lentiginose periorificielle.

3- Polypose juvénile:

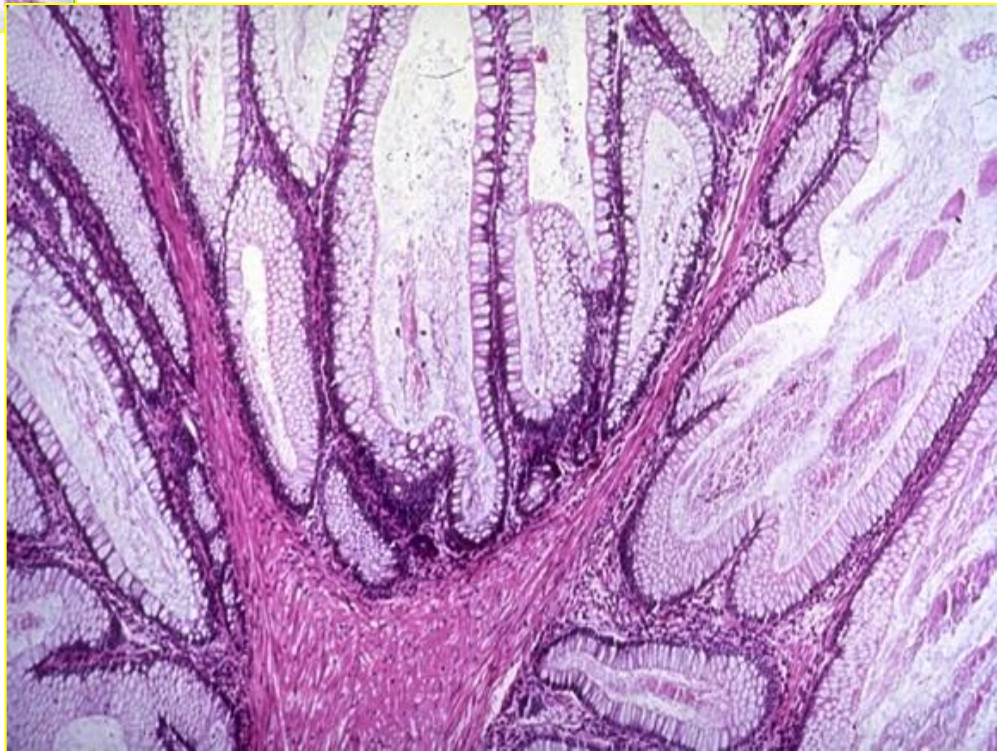
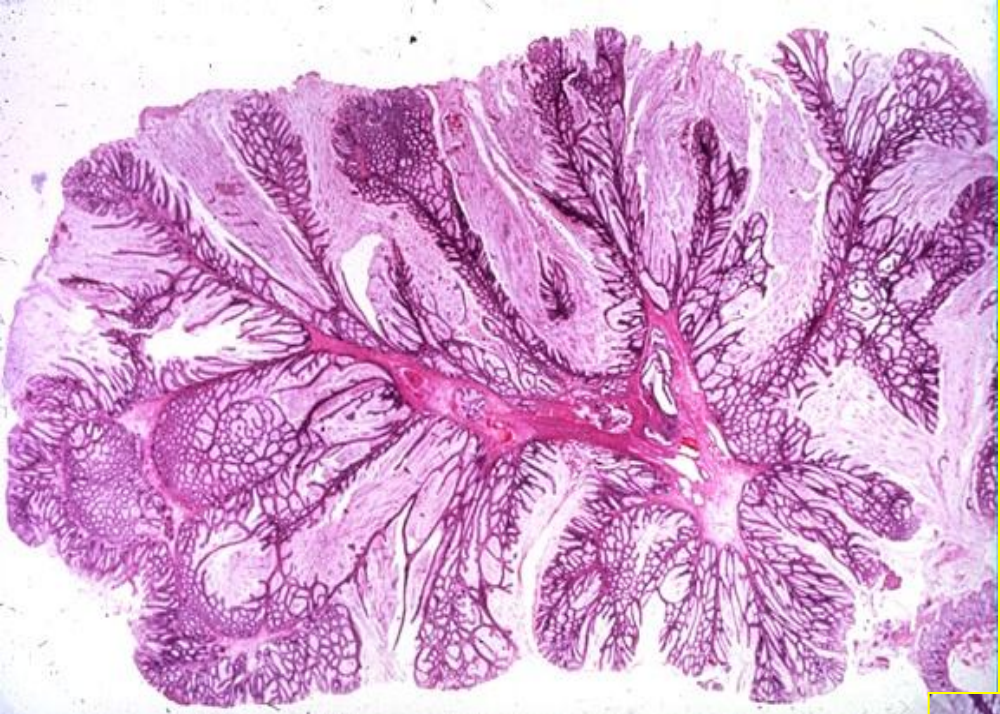
- se voit entre 7 à 15 ans
- Siège sur n'importe quel sgt du tube digestif mais quasi constant sur le rectum
- Leurs nbre varie entre 30 à 300

4- La maladie de Cowden: il s'agit d'un syndrome dermatologique avec participation gastro-intestinale (polypose colique et gastrique d'aspect inflammatoire)



Polype Peutz-Jeghers





5- Polypose complexe: Elle associe divers aspects : juvénile , Peutz-Jeghers , hyperplasique et adenomateux.

B2- Les polyposes non familiales: sont représentées par :

1. Polyposes par multiplicité des polypes hyperplasique
2. Le syndrome de CRONKHITE CANADA:
 - Cryptes tortueuses dilatées kystiques
 - Œdème, augmentation des éléments mononuclés, PNE
≠ polypes juvéniles : Ø ulcération surface

3- Polyposes conjonctives: lipomes, leiomyomes, neurinomes...

4- Lésions inflammatoires:

- La polypose bilharzienne: elle est faite de glandes hypersecretantes et kystiques avec importante réaction granulomateuse au contact du parasite
- Pseudopolypose digitiforme: c'est la régénération de la muqueuse dans la maladie de CROHN; RCUH, colites infectieuses...
- La pneumatose kystique: bulles aériques s\ muqueux ou s\ séreux

II- LES TUMEURS MALIGNES:

1- Introduction :

Toute prolifération néoplasique maligne primitive ou secondaire prenant naissance à partir le tube digestif; Les tumeurs colorectales font partie des tumeurs les plus fréquentes chez l'homme (15% de l'ensemble des cancers) , elle représente un problème majeur de santé publique.

Il s'agit en très grande majorité de tumeurs épithéliales(ADK dans 94% des cas)

les tumeurs épithéliales bénignes sont en majorité des adénomes qui constituent la lésion précancéreuse à partir de laquelle se développent la grande partie des cancers.

2 - Épidémiologie:

- Age de survenu est sup. à 45 ans
- Légère prédominance masculine avec un sex-ratio de 1.5
- **.Distribution géographique:** L'incidence est:
 - Plus élevée: en Amérique du nord ,Europe occidentale, Australie ,
 - Intermédiaire: Europe du nord ,Europe de l'est
 - Rare: Amérique du sud ,Asie ,Afrique

3- Les Lésions Pré Cancéreuses:

- Polypose adénomateuse familiale
- SYNDROME DE GARDNER
- SYNDROME DE TURCOT
- Les adénomes
- Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales :

4. Etude clinique:

- Douleurs abdominales
- Troubles du transit
- Rectorragies, émission de mucus ,
- Complications :occlusion ,abcès péricolique, perforation, colite ischémique
- Adénopathie de troisier
- Tumeur prolabée dans le cul de sac de douglas
- AEG , hépatomégalie , douleurs thoracique
- Anémie ou fièvre inexpliquée

5- Etude Anatomopathologique:

➔ Tumeurs malignes épithéliales: Les carcinomes représentent :
97%

1. Macroscopie :

Forme végétante : rarement pures Masse exophytique ,sessile, volontiers volumineuses, bosselée , irrégulière , friable faisant saillie dans la lumière colique ,

Forme infiltrante squirrheuse : Revêt l'aspect d'une tumeur dure rétractant la paroi colique , aboutissant à une sténose +OU – serrée

Forme ulcéro-infiltrante : ulcération entourée d'un bourrelet grossièrement circulaire

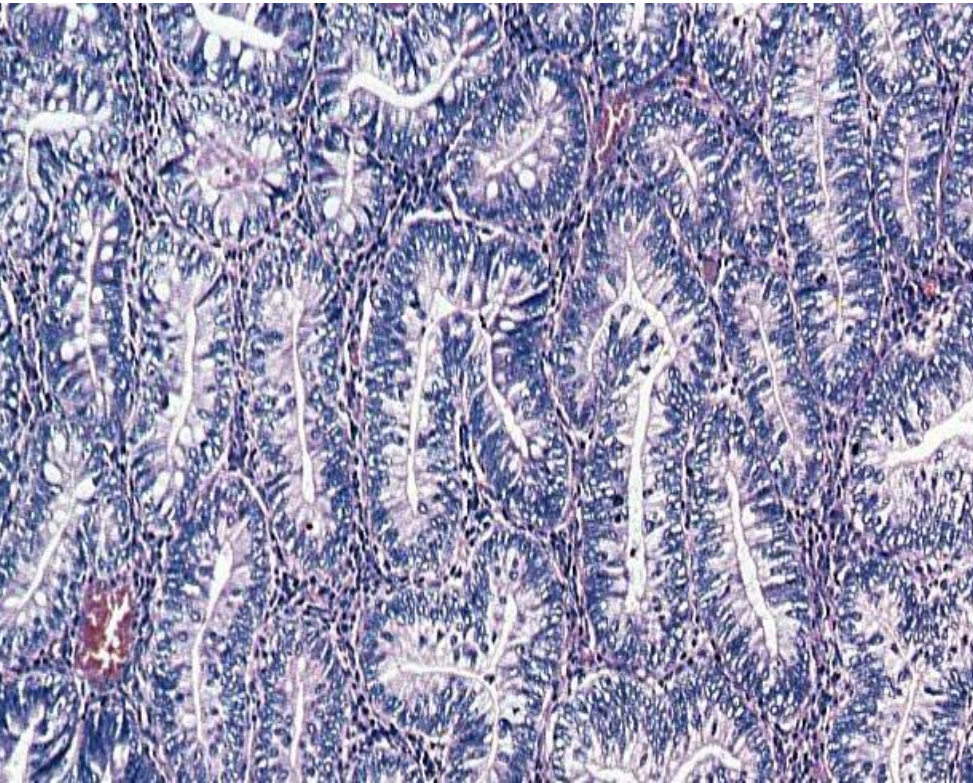
Forme ulcéreuse pure : creusant la paroi ,elle est rare. le + souvent c'est une lésion mixte , ulcéro-infiltrante ,ou ulcéro-végétante. Les petits KC sont en général polyploïde

2. Microscopie :

A. Tumeurs épithéliales:

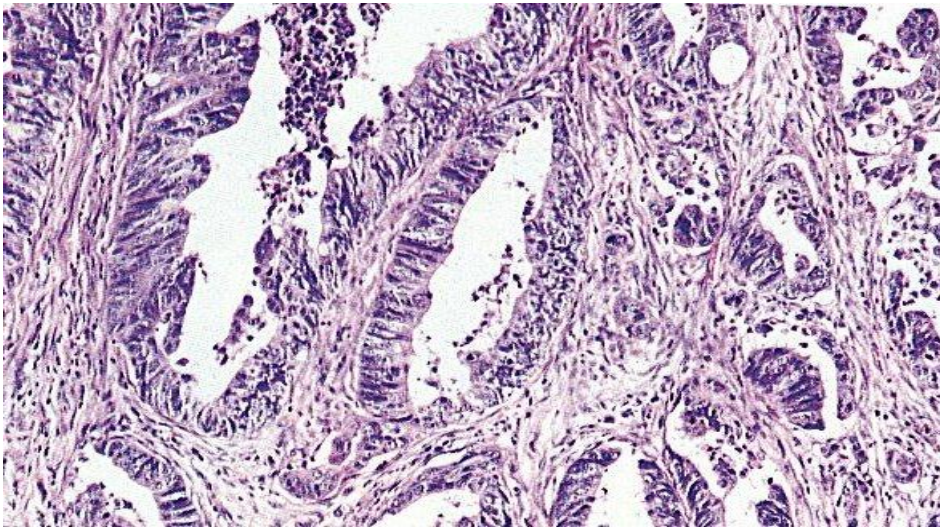
• 1. Adénocarcinome :

- 95% des KC colorectaux , 3 groupes en fonction de leur différenciation et des anomalies cytonucléaires. On distingue :
- **ADK bien différencié de grade I (>95% de comp. glandulaire):** 70 à 75 %.
- Il est fait de structures tubulo-glandulaires avec un épithélium uni stratifié fait de cellules cylindriques hautes présententt les caractères cytologiques des cellules tumorales (atypies, & mitoses)

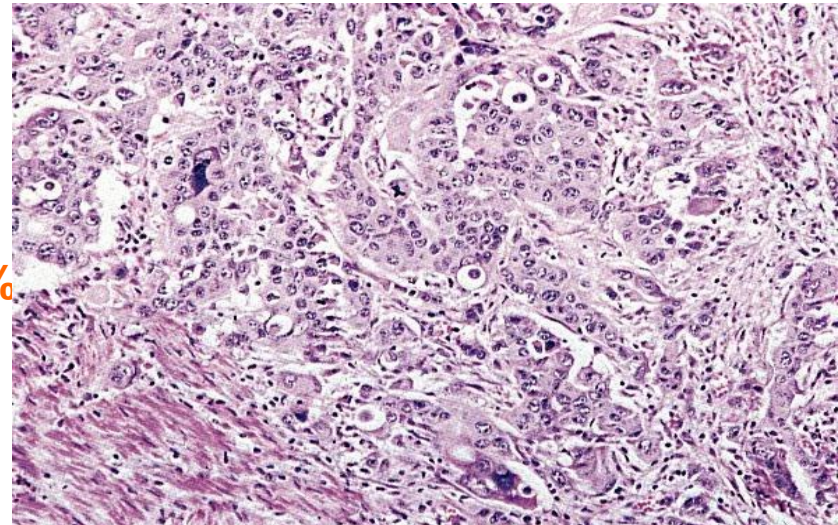


→ ADK moyennement différencié de grade II : 50-95% de comp. Glandulaire) soit : 10%

- comporte à côté des tubes glandulaires irréguliers des massifs cellulaires pleins.

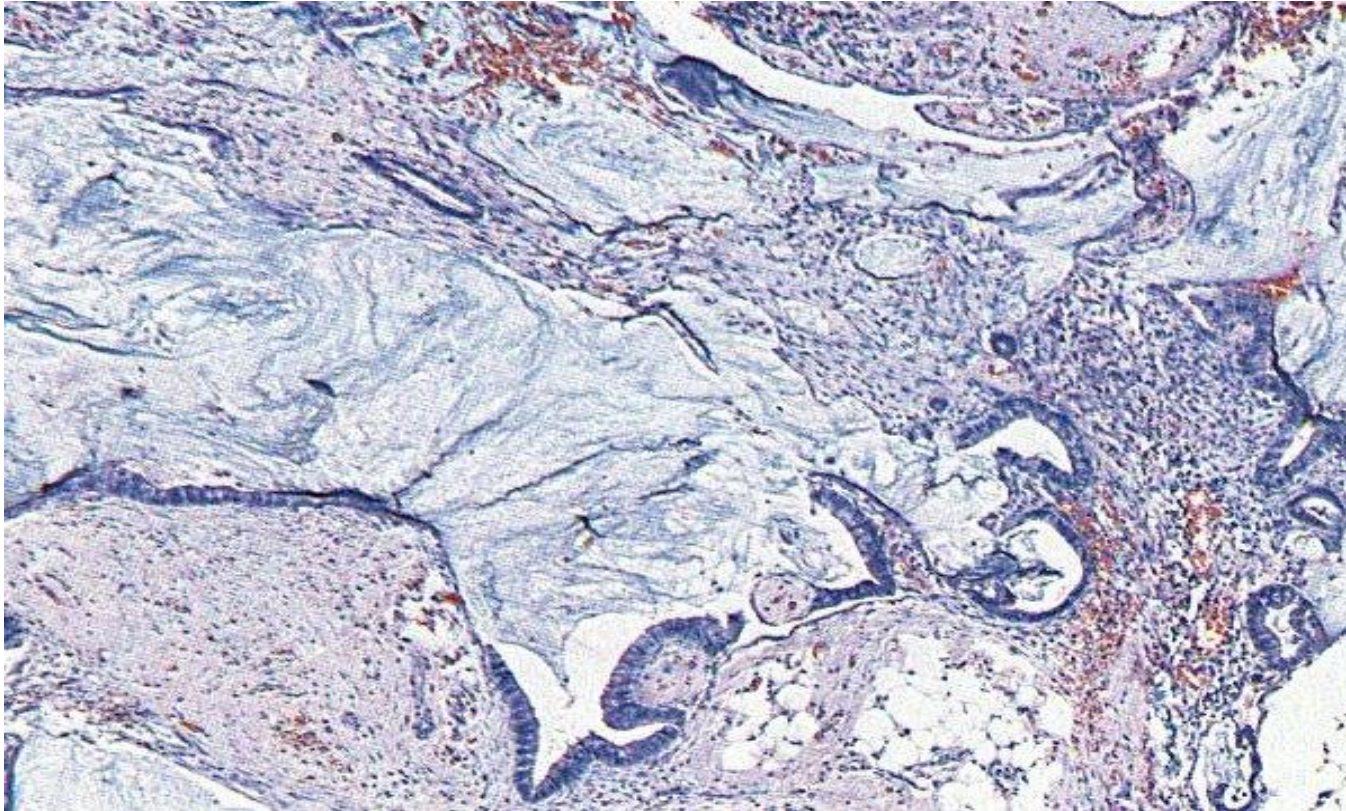


→ ADK peu différencié de grade III (< 50% de composante Glandulaire)



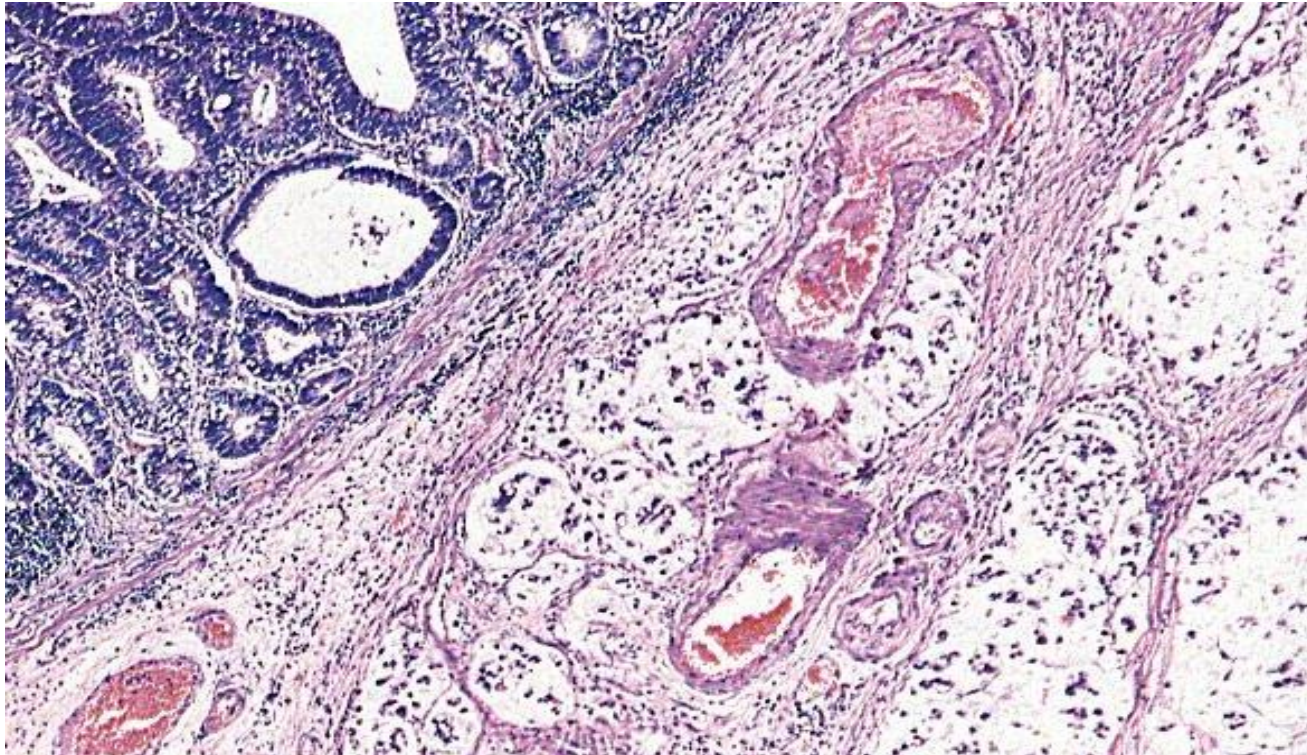
2. ADENOCARCINOME MUCINEUX ou COLLOIDE MUQUEUX: 10 à 15 %

Larges plages de substance mucoides plus de 50% de sub mucineuse parsemée de cellules tumorales isolées en bague à chaton ou groupées en tubes



3. Carcinome à cellules indépendantes, à cellule en bague à chaton :

- Rares , 1%
- Caractéristiques des limites plastiques primitives
- Il infiltre toute la paroi s/f de cellules en bague à chaton et/ou cellules indifférenciées



4. Carcinome épidermoïdes

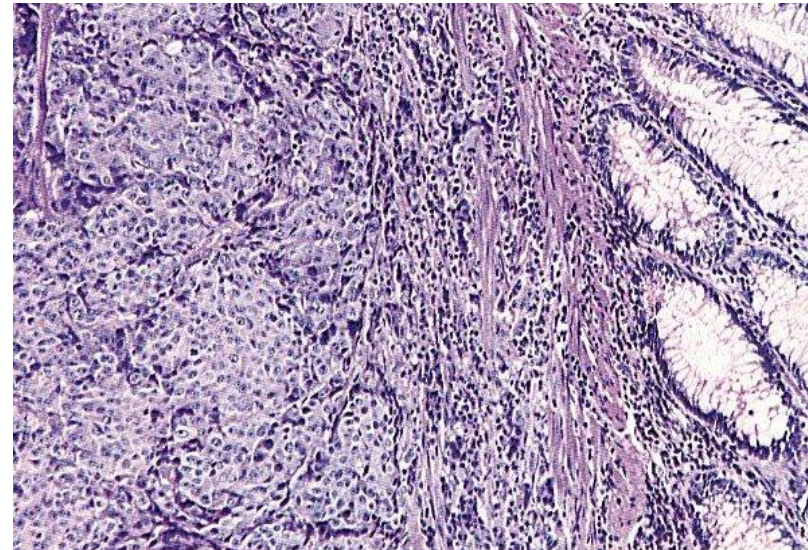
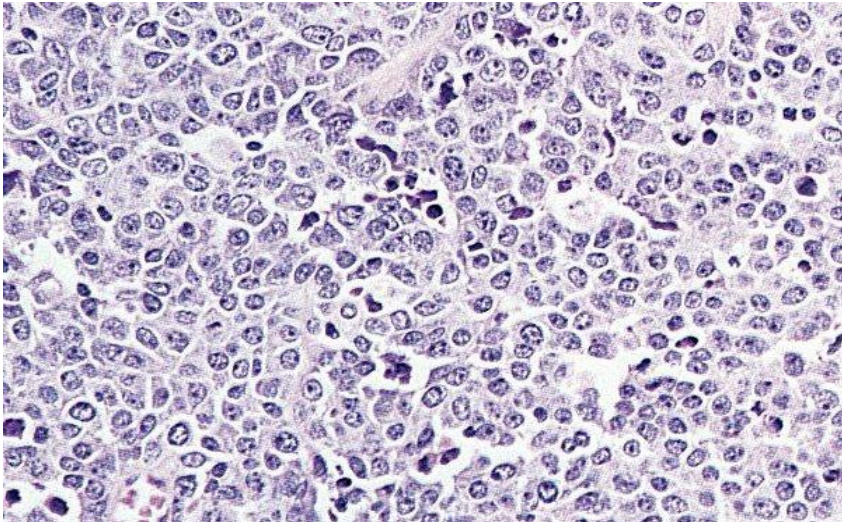
Exceptionnels (0.1%) Probablement secondaire à l'évolution d'une métaplasie malpighienne dans les polypes

5. Carcinome adénoquameux :

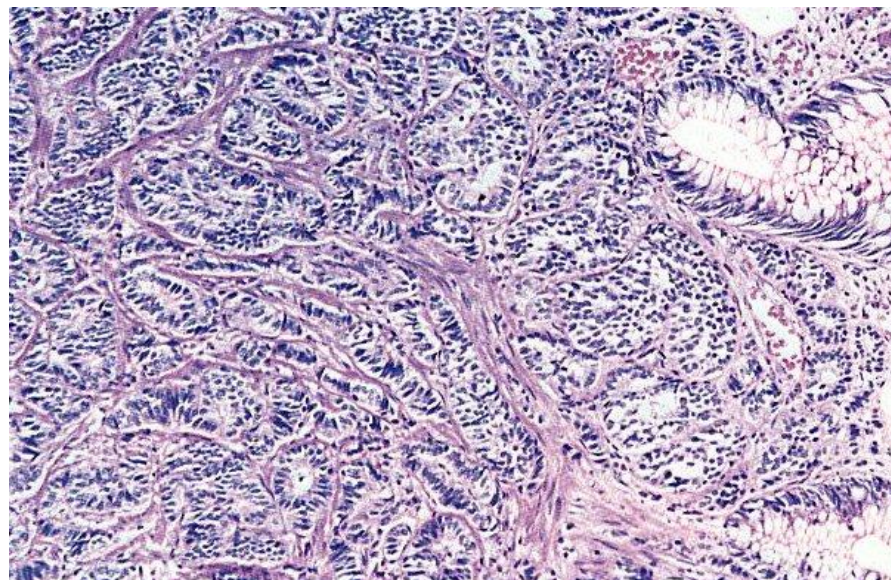
Exceptionnels. Tumeur comportant à la fois une composante glandulaire et malpighienne

6. Carcinome indifférencié :

Tumeur épithéliale maligne ne présentant pas de différenciation glandulaire, ni autre caractère (tel que la Muco-sécrétion) qui puisse indiquer le type cellulaire

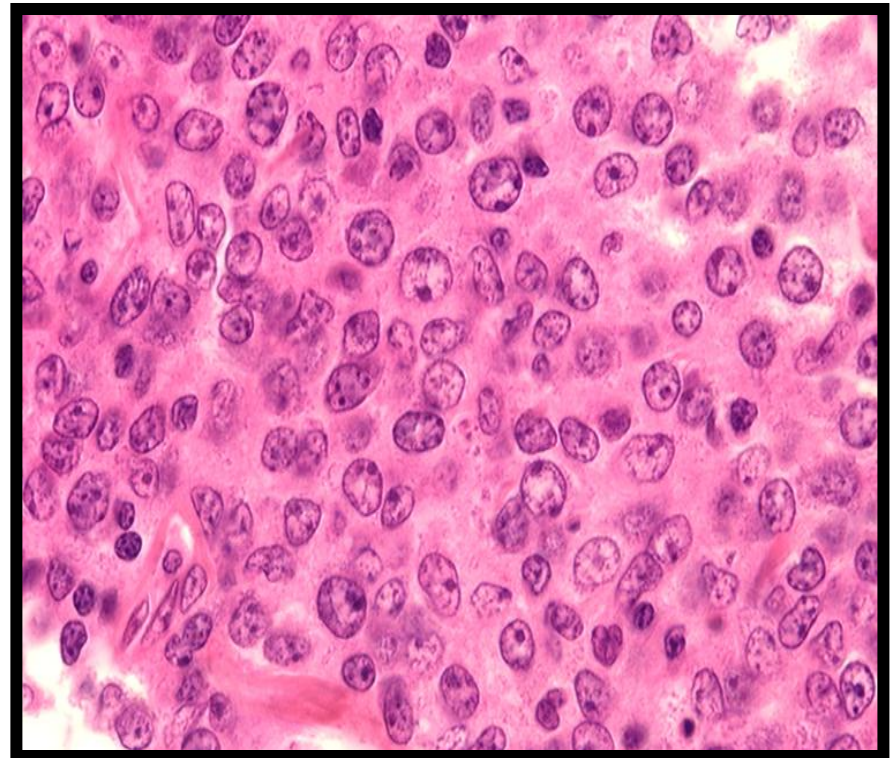
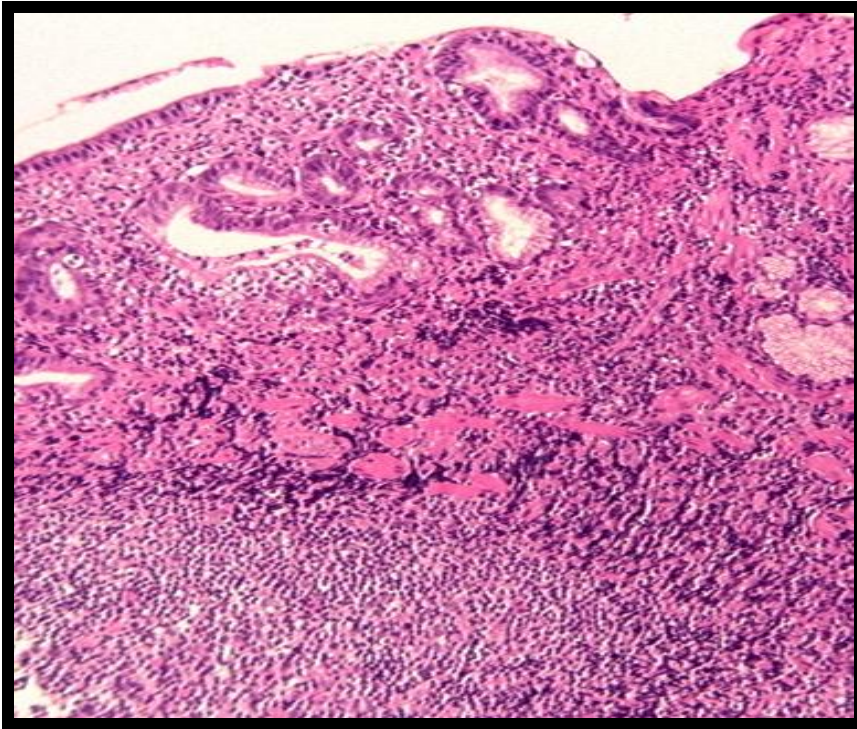


7. Tumeurs Carcinoides : rares



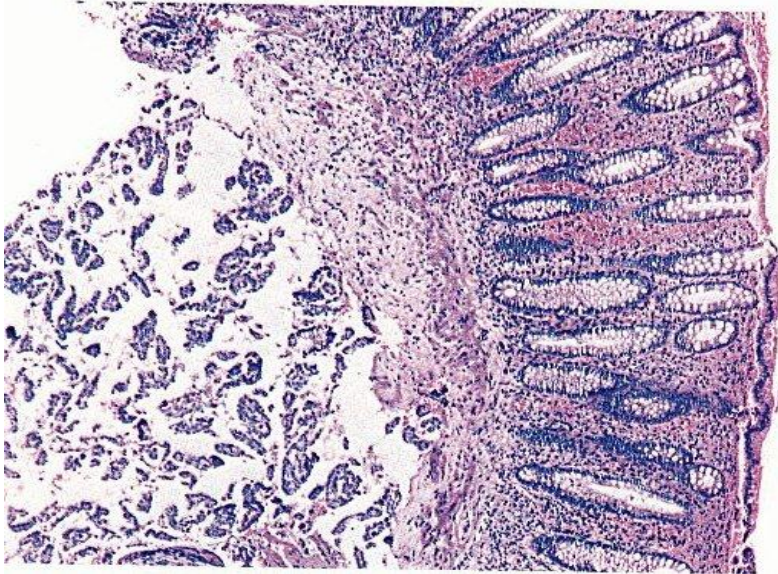
B- Tumeurs non épithéliales : LYMPHOME PRIMITIF DU TUBE DIGESTIF :

- plus rare que les LNH secondaires (moins de 1% des tumeurs coliques)

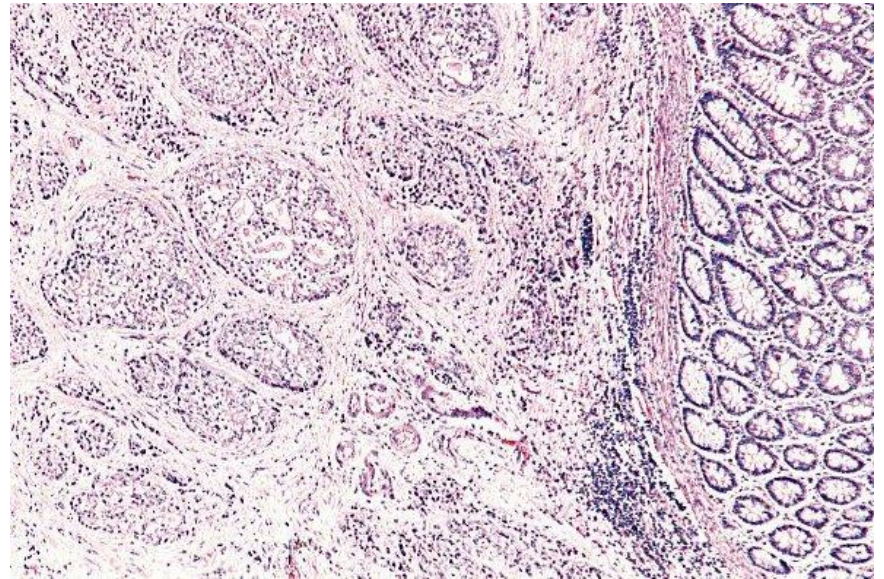


D. Tumeurs secondaires :

- Il peut s'agir :
- d'une localisation secondaire d'un LMNH , d'une leucémie
- Un envahissement d'un cancer de voisinage : anus , foie , vésicule biliaire, ovaire , prostate
- De métastases : poumon ,sein ...etc.



Paroi rectale envahie par un adénocarcinome de l'ovaire



Paroi rectale envahie par un carcinome de la prostate

6- Extension loco-regionale et à distance

- → **Locale**: précoce avec atteinte successive de la s/m, la musculuse et la séreuse
- → **Régionale** : péritoine et organes de voisinage
- → **Veineuse** : existe dès le franchissement de la MB, compte tenu de la présence de vaisseaux dans le chorion
- **Nerveuse et péri-nerveuse** : favorise les récives
- → **Lymphatique** :
 - le risque apparaît en cas d'atteinte de la s/ muq (27%)
 - Le nombre de ggl envahis par rapport au ggl examinés doit être précisé dans le compte rendu histologique
- → **Métastases à distance** :
 - Hépatiques 15 à 20% au moment du DC
 - Pulmonaires synchrones moins de 1%
 - Osseuses et cérébrales sont rares

7. Pronostic

A. Classifications histopronostiques : **Classification de DUKES**: Proposée par Dukes en 1932. Elle différencie 03 stades

Stade A : tumeur limitée à la paroi (muq, s/muq et/ou musculuse) sans atteinte ggl

Stade B : tumeur traversant la paroi colique sans atteinte ggl

Stade C : cancer avec atteinte ggl

C1 : envahissement ggl régional

C2 : envahissement ggl à distance

B- classification TNM

T- Tumeur primitive

Tx Tumeur primitive ne peut être évaluée

T0 Tumeur primitive non évidente

Tis Carcinome in situ: intra-épithélial ou intra-muqueux

T1 Tumeur infiltre la sous muqueuse

T2 Tumeur infiltre la musculuse

T3 Tumeur infiltre la sous séreuse ou le tissu péri-colique non péritonéalisé ou le tissu périrectal

T4 Pénétration du péritoine viscéral et/ou envahissement d'un organe de voisinage

T4a Pénétration du péritoine viscéral

T4b Envahissement d'un organe de voisinage

N- Ganglions lymphatiques régionaux

Nx Les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués

N0 Pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale

N1 Métastase dans 1–3 ganglions lymphatiques régionaux

N1a 1 ganglion lymphatique régional envahi

N1b 2–3 ganglions lymphatiques régionaux envahis

N1c dépôt(s) tumoral (aux), “satellites” dans la sous séreuse, ou le tissu péri-rectal ou le tissu péricolique non péritonéalisé sans métastase ganglionnaire lymphatique régionale

N2 Métastase dans 4 ganglions lymphatiques régionaux ou plus

N2a 4–6 ganglions lymphatiques régionaux envahis

N2b > 7 ganglions lymphatiques régionaux envahis

M- Métastase à distance

M0 Pas de métastase à distance

M1 Métastase à distance

M1a Métastase à distance confinée à un organe

M1b Plus d'un site métastatique ou atteinte du péritoine

8- Facteurs pronostiques

1. Facteurs histopronostiques :

Niveau d' invasion pariétal de la tumeur

Extension ganglionnaire

Type histologique : carcinome indifférencié ou mucineux (mauvais PC)

Emboles tumoraux , engainements péri-vx

Les limites de résection chirurgicales

2. Age : mortalité + importante chez les sujets de plus de 60 ans

3. Altérations génétiques : Mutation du gène P53 : pouvant induire une chimiorésistance

09- TRAITEMENT :

A. Traitement à visée curative :

→ **Traitement chirurgical** : L'exérèse chirurgicale complète de la tumeur et des ganglions tributaire est le seul traitement à prétention curative des cancers coliques invasifs.

→ **traitement adjuvant** :

Chimiothérapie : en complément ou à titre palliatif en cas de métastases

Radiothérapie : en cas de récurrence régionale

Immunothérapie :

B. Traitement palliatif : (destiné aux formes localement avancées et métastatiques)

C. Traitement préventif: Dépistage des sujets à risques