

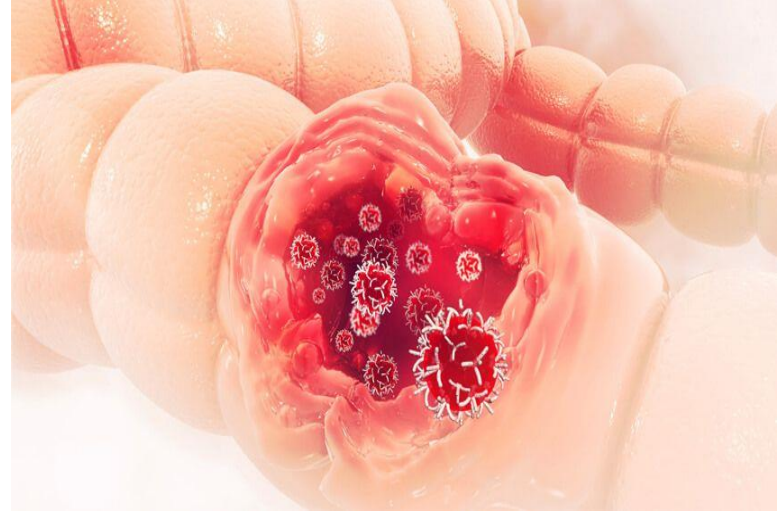


Cancer du colon

DR S. BOUSSAFSAF

Maitre assistant en chirurgie générale
Service de chirurgie oncologique
Centre Anti Cancer de Sétif

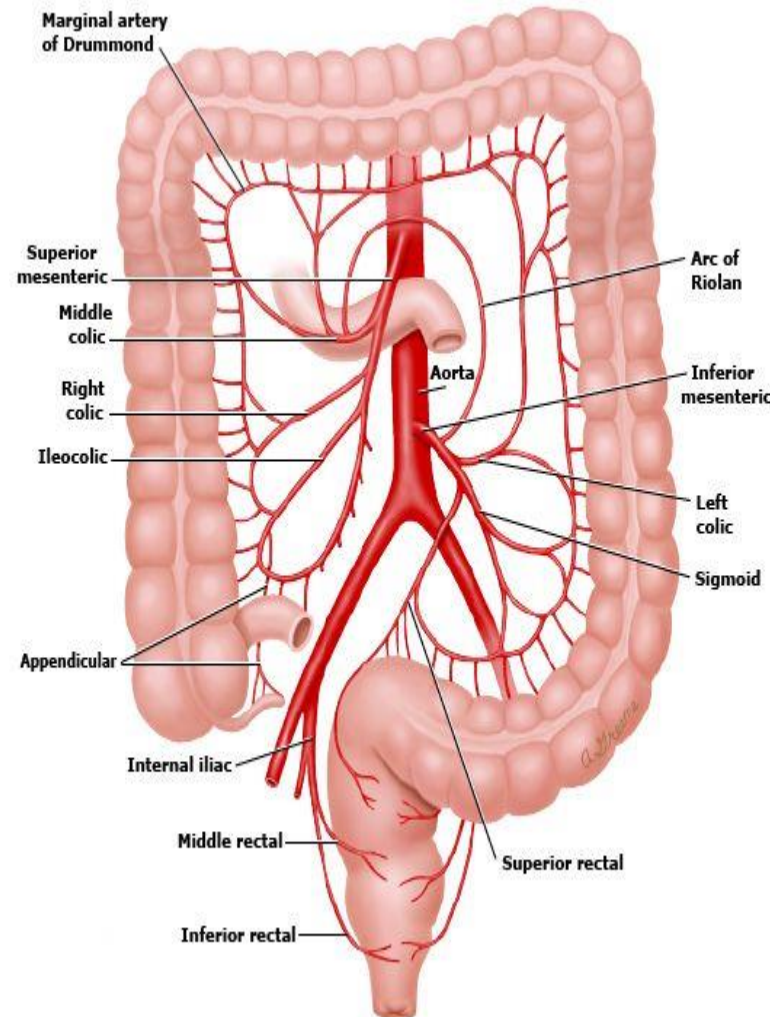
Introduction



- Premier cancer digestif
- Pronostic meilleur si diagnostique précoce
- Prise en charge est multidisciplinaire

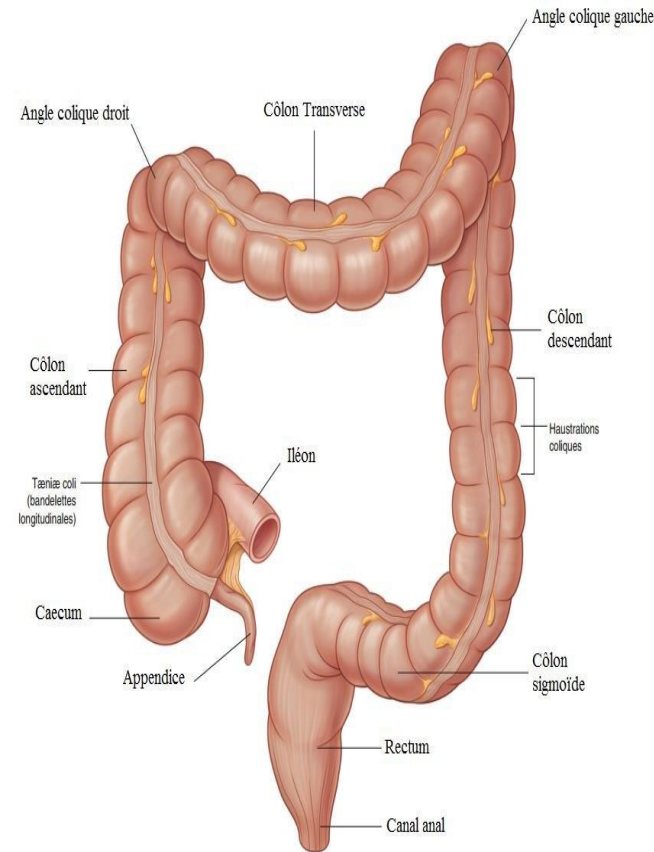
Rappel anatomique (1)

- Le côlon est le segment intestinal allant de la valvule de Bauhin à la jonction recto-sigmoïdienne, située à plus de 15 cm de la marge anale en rectoscopie et/ou au-dessus du corps de la 3ème vertèbre sacrée
- Colon droit: cœcum-colon ascendant-angle colique droit-tiers droit du transverse
 - vascularisé par les branches droite de l'artère mésentérique supérieur

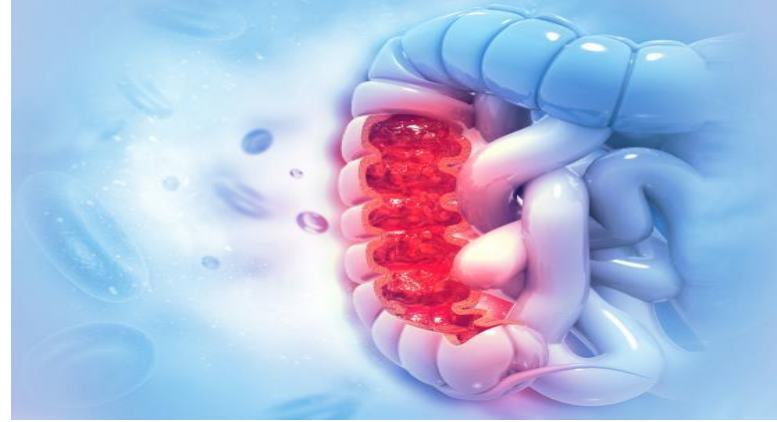


Rappel anatomique (2)

- colon gauche: 2/3 gauche du transverse- angle colique gauche- colon descendant- colon iliaque – colon sigmoïde
- Vascularisé par l'artère mésentérique inférieure



Epidémiologie

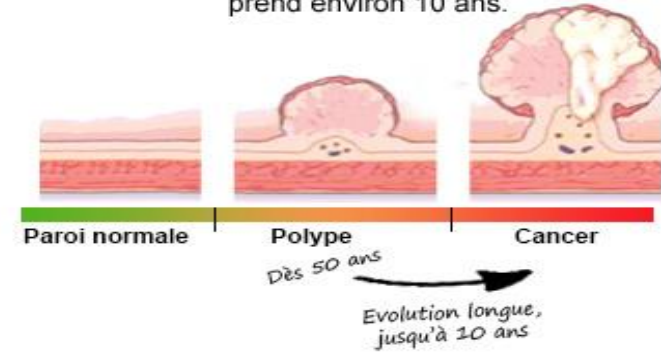


- le cancer colorectal se situe au 3ème rang (20 % de tous les cancers) après le cancer de la prostate et celui du sein
- Premier cancer digestif, 2/3 des cancers colorectaux
- Age moyen: 65 ans
- homme supérieur à la femme

Facteurs de risque

Schéma de cancérisation d'un polype

A partir de 50 ans, 1 personne sur 4 développe des polypes intestinaux. La cancérisation d'un polype prend environ 10 ans.



- FR moyens: population générale supérieur à 50 ans
- FR élevé: 1- ATCD personnel de CCR ou adénome
2- ATCD familiaux 1^{er} degrés avant 60 ans de CCR ou d'adénome
3- MICI
- FR très élevé: susceptibilité héréditaire au CCR:
Polypose adénomateuse familiale (PAF)
Syndrome de Lynch (HNPCC)

Anatomopathologie

- Adénocarcinome liberkunien 80
- Adénocarcinome atypique 20

Diagnostic positif(1)

I. Circonstance de découverte:

- Dépistage
- Rectorragies
- Symptômes digestifs: douleurs abdominales, troubles du transit (alternance constipation-diarrhées)
- Masse abdominale
- Altération de l'état général
- HPM
- Ganglion de Troisier
- Complications: OIA, anémie ferriprive sans cause évidente

Diagnostic positif(2)

II. Examen clinique:

Interrogatoire:

A. Facteurs de risque

B. Signes fonctionnels:

1- Douleurs abdominales: type de crampe, paroxystique, cédant à l'émission des gaz

Syndrome de Koening: crampes cédant par les débâcles diarrhéique

2 -Hémorragies digestive:

Sang mélangé aux selles(colon gauche)

Méléna (colon droit)

Anémie ferriprive

Diagnostic positif(3)

3- troubles digestifs

C- signes généraux: altération de l'état général, anorexie ,asthénie, amaigrissement

□ Examen physique:

-Inspection: pâleur cutanéomuqueuse

-Palpation: souvent normal, parfois masse à droite , sensible, dure, irrégulière, mal limitée, fixe

- . HPM

- . Ascite

- . ganglion de troisier

-TR: masse dans le douglas si tumeur du sigmoïde, sang, nodule de carcinose

III. Complications:

- . OIA (colon gauche)

- . Péritonite par perforation

- . Hémorragie digestive

- . Surinfection

Diagnostic positif(4)

IV. Examen complémentaires

colonoscopie totale:

- Siège de la tumeur, taille, circonférence , sténosante ou non
- Biopsie multiples

Bilan d'extension (1)

I. Clinique: HPM, ascite, gg T, nodule de carcinose, douleurs osseuses

II. Biologique: marqueurs tumoraux: ACE
bilan hépatique

III. Imagerie:

. TDM thoraco abdomino pelvienne:

- Extension loco régionale(uretère, duodénum, pancréas, paroi abdominale)

- extension gg

- Métastase hépatique, pulmonaire

- Carcinose péritonéale, ascite

. Signes d'appels: scintigraphie osseuse, TDM cérébrale

Bilan d'extension (2)

Tis : carcinome intra- épithelial

T1 : tumeur envahissant la sous-muqueuse

T2 : tumeur envahissant la musculieuse

T3 : tumeur envahissant la sous-séreuse

T4 : tumeur pénétrant le péritoine viscéral et/ou envahissant au moins une structure/organe de voisinage

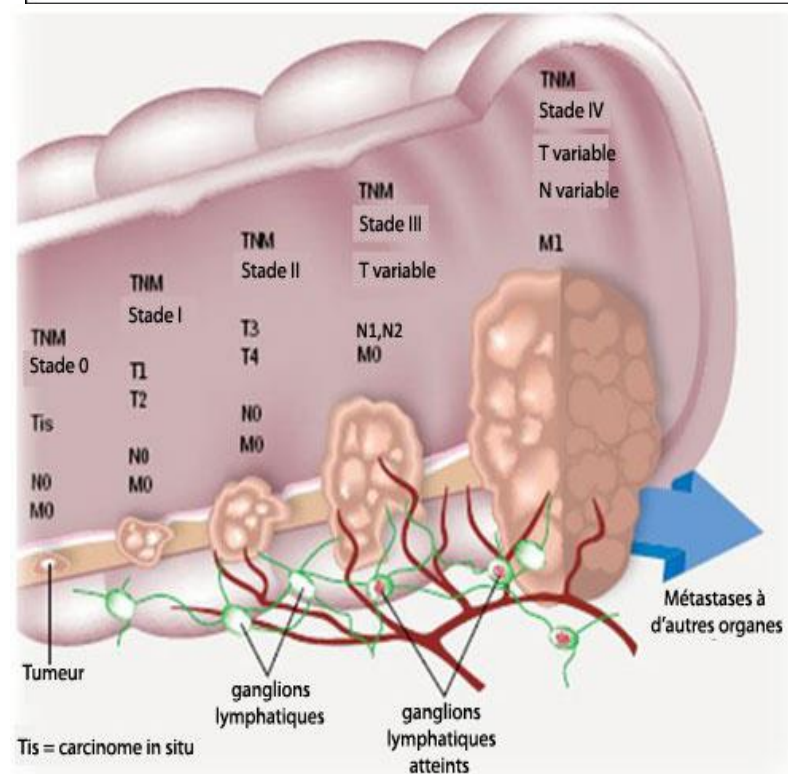
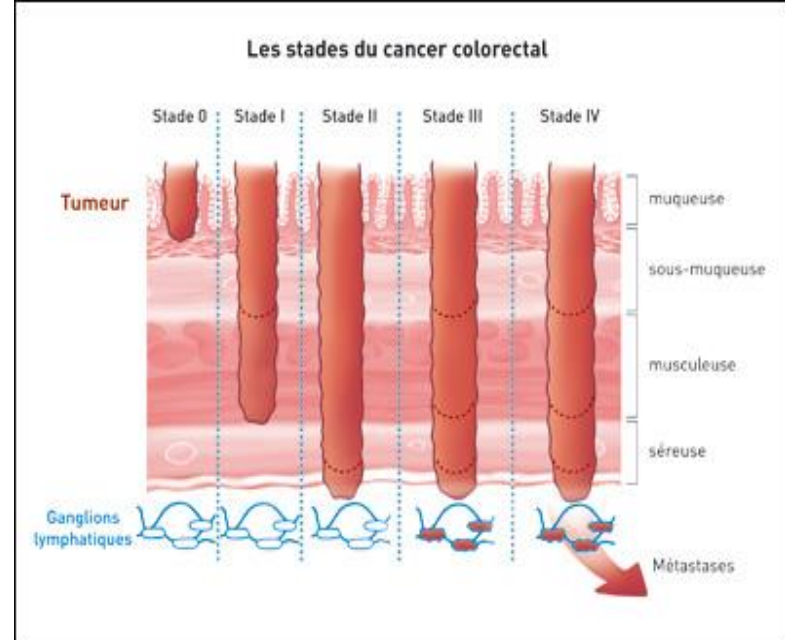
N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale

N1 : métastase dans 1 a 3 ganglions lymphatiques régionaux

N2 : métastase ≥ 4 ganglions lymphatiques régionaux

M0 : pas de métastase a distance

M : métastases a distance



Bilan d'opérabilité

- Clinique: âge, tares associées, état nutritionnel
- Biologie
- Electrique: ECG

Traitement (1)

- ❑ Buts: .corriger les conséquences physio-pathologiques
 - . Résection carcinologique de la tumeur
 - . Rétablir un transit digestif correct
 - . Eviter les récives et les complications
 - . Assurer un confort de vie

- ❑ moyens:

1. Médicaux: réanimation
2. Chirurgie
3. chimoithérapie

Traitement (2)

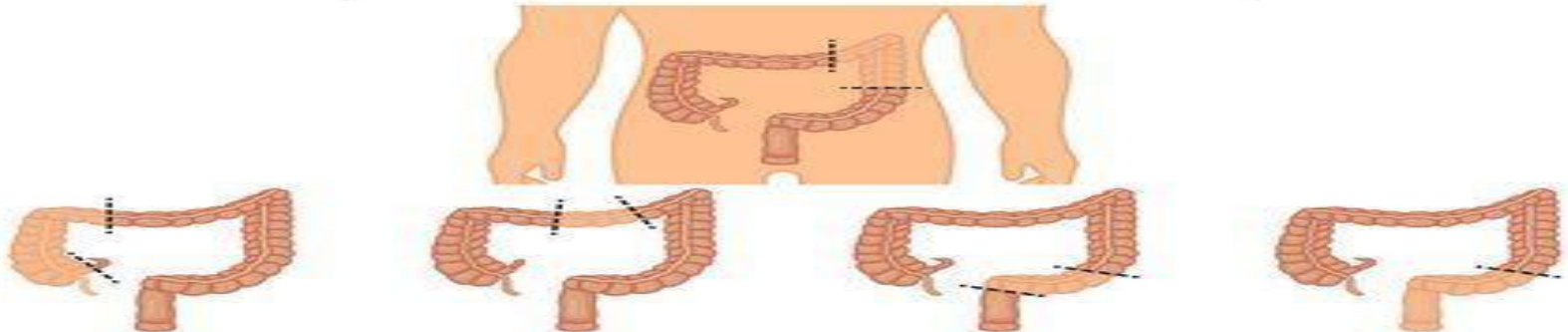
□ Indication: après réunion de concertation pluridisciplinaire

I. Stade non métastatique chirurgie:

Chirurgie première suivie de chimiothérapie si N+, M+, complication, embolies vasculaires et lymphatiques

- Hémi colectomie droite
- Hémi colectomie gauche
- Colectomie segmentaire
- Colectomie totale ou sub totale

COLECTOMIE



Traitement (3)

II. Métastase résécable:

- Chirurgie: colon et métastase
- Chimiothérapie adjuvante ou néo adjuvante

III. Métastase non résécable:

- chimiothérapie
- Colectomie si tumeur symptomatique

Résultats

I. Surveillance à court terme:

A. Complications précoce:

lâchage de sutures: fistule, péritonite post opératoire

Hémopéritoine

OIA, complication de la colostomie, abcès de la paroi

B. Complications tardives:

Récidives, diarrhées chronique

II. Surveillance à long terme: récidives

III. Survie: . **Tumeur limitée à la paroi:** 90 % de survie à 5 ans

. Présence de métastases: jusqu'à 1 % de survie à 5 ans

Conclusion(1)



- Ce cancer peut être évité car il est presque toujours précédé d'une tumeur bénigne : le polype ou adénome qui peut être détecté et enlevé par voie endoscopique pour prévenir son apparition.
- Lorsque ce cancer est dépisté à un stade précoce, c'est à dire encore localisé à la paroi, son exérèse permet de guérir le patient

Conclusion(2)

- **QU'EST-CE QUE LE DEPISTAGE ?** C'est l'identification par des tests ou des examens, des personnes susceptibles d'avoir un polype précancéreux ou adénome ou encore un cancer au début alors même qu'elles ne présentent aucun symptôme
- **COMMENT LE REALISER ?** la recherche de sang occulte dans les selles (test hémocult)
- Il se réalise en déposant 3 jours de suite avec une spatule en bois un petite quantité de selle sur un dépliant en carton contenant du gaiac. Le test est révélé par l'adjonction d'un réactif qui le fait virer au bleu en présence de sang



Conclusion (3)

I. Prévention primaire

Consommation de légumes et fruits activité physique

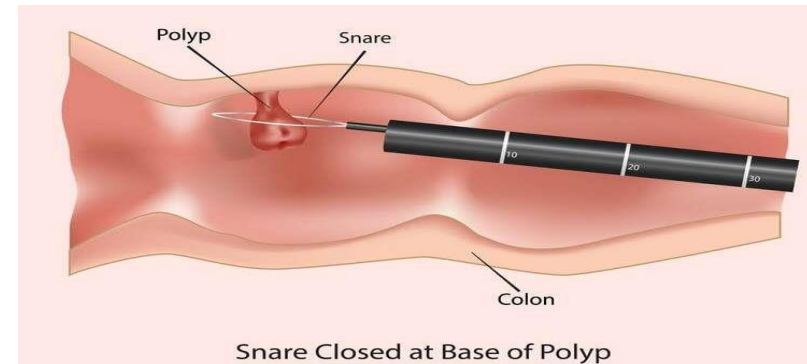
II. Prévention secondaire:

- À partir de 50 ans hémocult
- coloscopie de dépistage:

ATCD F cancer CR, syndrome oncogénétique (PAF, HNPCC)

ATCD P adénome, CCR MICI ancienne 12 ans

Hémocult +



**ENTRE
50 ET
74 ANS**

**DÉTECTÉ TÔT,
LE CANCER
COLORECTAL
SE GUÉRIT
DANS 9 CAS
SUR 10**



SIMPLE

RAPIDE

INDOLORE

**PRIS EN
CHARGE
À 100%**

**VOUS AVEZ
ENTRE
50 ET 74 ANS**

**LE DÉPISTAGE
DU CANCER
COLORECTAL
TOUS LES 2 ANS,
C'EST
IMPORTANT**



MARS BLEU

**mois de
sensibilisation
au cancer colorectal**