

CANCER DU COLON

I. DEFINITION

- Se sont toutes les tumeurs rencontrées de la région sigmoïdo-rectale jusqu'à la jonction iléo-caecale. Les tumeurs les plus fréquentes du tube digestif
- Peuvent se révéler par des complications , le plus souvent une occlusion .
- Pour améliorer le pronostic il faut un dépistage précoce (par colonoscopie chez les sujets a risque)

II. RAPPEL ANATOMIQUE

- C'est la partie du tube digestive qui fait suite au grêle, de la jonction iléo-cæcal jusqu'au rectum
- *Cinq portions* : le caecum, colon ascendant, colon transverse, colon descendant, colon iliaque, colon pelvien et sigmoïde.

1) Sur le plan chirurgical

- *Colon droit* est vascularisé par artère mésentérique supérieur et la veine mésentérique supérieur (AMS et VMS)
- *Colon gauche* est vascularisé par artère mésentérique inférieur et la veine mésentérique inférieur.(AMI et VMI)

2) Les rapports

- *Colon droit*

En avant : paroi abdominale, intestin grêle

En arrière : urètre droit , muscle psoas , rein droit.

En haut : vésicule biliaire et foie

- *Colon transversal* :

En haut : duodénum, pancréas, estomac et rate , intestin grêle .

- *Colon gauche* :

En haut : rate et rein gauche , *queue du pancréas* .

En bas : vessie utérus et annexes chez la femme

En arrière : uretère gauche

3) Drainage lymphatique

- *Groupe ganglionnaires epicolique* : sur la paroi colique
- *Groupe ganglionnaire para coliques* : une bordure du colon
- *Groupe ganglionnaires intermédiaires* : le long des pédicules vascularisés (grand tronc vasculaire)

- **Groupes ganglionnaires centraux** : a l'origine de pédicule vascularisé(grand tronc vasculaire).

4) Innervation

➤ **Extrinsèque**

Le parasymphatique qui vient du nerf pneumogastrique (vague) pour le colon gauche et par le nerf para sympathique sacre pour le colon gauche

➤ **Intrinsèque**

Constitue le par le plexus de Meissner Auer Bach

III. EPIDEMIOLOGIE

- Son incidence 25-30 cas par 100000
- Kc du colon gauche est le plus fréquents
- L un des plus fréquents de cancers digestifs
- 50% dans la localisation sigmoïde
- Plus frequent chez les hommes que chez les femmes

IV. ETIOPATHOGENIE

1. Facteurs génétiques : 3 circonstances

a- polypose colique familiale diffusée Maladie héréditaire à transmission autosomique dominante, la dégénérescence des polypes est inévitable aboutissant à l'apparition d'un ou plusieurs cancers, la maladie est liée à une mutation du gène APC, localisé au niveau du bras long du 5eme chromosome .

b- syndrome du K colique familial. (syndrome de LYNCH) : a transmission du Kc se fait sur le mode autosomique (hereditaire).

c- Kc colique sporadique : le risque d'apparaître d'un Kc chez un individus qui a un membre de sa famille présentant un Kc sera multiplié par 2 ou 3 fois par apport au reste de la population.

2. Facteur d'environnement :

Maladie prédominante dans l'occident, rare en Afrique

3. Facteur alimentaire :

- régime riche en graisse animale
- riche en cholestérol
- pauvre en fibre végétale
- tabagisme

4. Pathologie colique favorisante

- **Les polypes adenomateuses** : étapes précancéreuses

- **RCH** : peut dégénérer au delà de 10ans
- **Maladie de CRHON** : le risque de dégénérescence est accru au delà de 18ans
- **ATCD** de cancer colique ou de polypes

V. ANA PATHOLOGIE

1. Macroscopique : cancer invasif

- **Tumeur bourgeonnant (en chou-fleur)** : faisant saillie dans la lumière , c'est la plus fréquente .
- **Ulcéral végétante** : a la base d'implantation large
- **Infiltrant et sténosante** : épaissement de la paroi colique , se complique souvent par une occlusion .

2. Microscopique

- L'adénocarcinome 98 %(le plus fréquent) (muqueux glandulaires de la paroi colique). Bien, moyennement, peu différencié ou indifférencié appelé alors anaplasique
- Coloides
- Les tumeurs endocrines rares (carcinoïdes)
- Sarcome (rare)
- Lymphosarcome (rare)
- Leomyosarcome (rare)

3. Extensions

❖ Extension locale :

Se fait latéralement, les cellules cancéreuses progressent dans la paroi colique de façons concentriques.

Les tumeurs naissent au niveau de la muqueuse, atteint les sous muqueux, musculaux, la séreuse et les organes de voisinage

❖ Extensions ganglionnaires :

Il est possible que la tumeur atteint la sous muqueuse (riche en vx).

❖ Extensions métastatiques :

Foie, poumon,cerveau, os, par voie portal,

Ces métastases sont dites synchrones quand elles sont découvertes en même temps que la tumeur.

On dit que la tumeur est metachrones quand elles sont découvertes après traitement

4. Synthèse des extensions : (Classification)

Réalise par les différents classifications anatomopathologie dont les plus utilisés sont : classifications de Dukes et classifications de ASTLER collar

Classifications Dukes

- *Stade A* : atteint la sous muqueuse
- *Stade B* : tumeurs envahissent la musculature sans atteindre ganglionnaires (N-)
- *Stade C* : extensions de métastases ganglionnaires (N+)
- *Stade D* : existence de métastases à distances (M+)

VI. ETUDES CLINIQUE

Cancer de sigmoïde non compliqué

1. Signes fonctionnels :

- **Trouble de transit** : - Constipation (d'apparition récente)
- Diarrhée
- Alternance constipation / diarrhée
- **Rectorragie et selles glaireuses** : accompagnante ou indépendante des selles
- **Douleurs** : colique intermittente avec ballonnement abdominal cèdent par émission des selles et des gazes, sensations de gênes ou pesanteurs abdominales

2. Signes généraux :

- ❖ Altération de l'état général.
- ❖ Asthénie
- ❖ Amaigrissement
- ❖ Anorexie

3. Signes physiques

- **Inspection** : léger ballonnement abdominal en cas de syndrome occlusif (meteorisme).
- **Palpation** :
 - Chez le sujet maigre paroi abdominale mince, rechercher une tumeur colique (masse profonde, irrégulière, sensible, siège au niveau de la fosse iliaque gauche)
 - Il faut évaluer sa mobilité et sa fixité.
 - La palpation recherche aussi une ascite (témoigne de la carcinose péritonéale) ou une hépatomégalie métastatique .
- **TR** : peut percevoir la tumeur (si elle est prolapsée dans le cul de sac de Douglas et peut ramener de sang)
- **Recherche du ganglion de Troisier** (glg sus claviculaire gauche)

VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. Biologie

- **FNS** : anémie hypochrome liée a des hémorragies distillantes (rectorragie ..)
- **Hémocultures** : recherche de sang dans les selles

2. Imagerie

- **ASP** : il peut révéler - une distension colique aérée
 - Une stase stercorale au dessus d une sténose
 - Pneumopéritoine en cas de perforations coliques
- **Lavement Baryté** :
 - Indiqué quand la coloscopie est incomplète ou irréalisable.
 - L'acuité de l'examen peut être majorée par le double contraste pour visualiser les tumeurs de petite taille qui se traduit par :
 - *Sténose* : image en virole : c'est un défilé irrégulier en fractures raccordées de manière brutale au colon sain.
 - *Lacune* : image de soustraction peut être latéral ou centrale
 - *Ulcérations* : Simple rigidité pariétale
 - Cet examen permet de
 - préciser le *siège* de par rapport à l'image anal,
 - présence *d'autre localisation* néoplasique
 - et la *morphologie* du colon

Scanner (colo scanner), IRM (colo IRM) → diagnostique +bilan d'extension .

Echographie abdominal : bilan d'extension seulement .

3. Endoscopie : Coloscopie total :

- Examen complémentaire majeur, demande en première attention devant tout signe évocateur chez des sujets a risques.
- Elle est réalise sous neuroleptanalgesie car l'insufflation colique est douloureuse
- Elles nécessitent une préparation colique : lavage colique
- L'examen permet de :
 - visualiser la tumeur,
 - son aspect,
 - le siège,
 - la marge anale,
 - biopsie
 - recherche d autre localisation sous ou sus tumoral ou des polypes
- Parfois elle est remplacé par la rectosigmoidoscopie

VIII. FORMES CLINIQUES :

A. formes topographiques :

1) Kc du caecum :

- Peu sténosante souvent surinfecté,
- se manifeste par DLR de la FID,
- hémorragie distillantes,
- parfois masse de FID, et
- parfois fièvre persistante en raison de l'infection fréquente de la tumeur.

Lorsque la tumeur intéresse la valvule de Bauhin : [syndrome de KOENIG](#)

2) Kc de l'angle colique Droit:

- DLR au niveau de hypochondre droit évoque une pathologie Hépatobiliaire, pancréatique ou gastrique,
- envahissement rapide des organes de voisinages (vb et foie)

3) Kc du colon transverse :

- il se manifeste par une masse péri ou sous ombilicale,
- il est rapidement sténosant
- avec trouble de transit type occlusif
- il peut envahir estomac entraînant une fistule gastro-colique

4) Kc du colon gauche :

- peut se révéler par : - une occlusion intestinale aigüe.
- masse du flan à gauche.
- l'extension se fait vers le pancréas, sein gauche et estomac.

5) Kc multiples (droite et gauche) :

- la polyposose familiale
- RCH.

B. formes compliquées :

1) *Forme occlusive :*

- peuvent se voir dans toutes les localisations
- mais préférentiellement pour le cancer du colon gauche

2) *Péritonites*

➤ localisée :

- Par infection péri- tumorale constituant un abcès qui est due
 - à la perforation de la Tumeur ou
 - à sa fistulisation par nécrose tissulaire.
- L'abcès se traduit par une douleur localisée trouble de transit, fièvre persistante

- La palpation abdominale peut percevoir une zone emportée ou une tuméfaction douloureuse,
- l'abcès périnéo-plasique peut :
 - s'ouvrir dans un viscère de voisinage provoquant une fistule interne ou
 - se rompre dans la grande cavité péritonéale entraînant une péritonite aiguë généralisée
- généralisée : sont dues :
 - rupture d'un abcès péri-tumoral.
 - perforation de la tumeur dans la cavité péritonéale.
 - perforation diastatique : située à distance de la tumeur elle est due à la distension colique en avant d'une tumeur sténosante située le plus souvent au niveau de caecum

3) Forme fistulisée :

- | | | |
|-----------------------------|---|---|
| • Fistule gastro-colique | → | Leur manifestation clinique : diarrhée |
| • Fistule duodéno-colique | → | |
| • Fistule iléo-colique | → | |
| • Fistule colo-cutanée | → | écoulement de matière fécaloïdes |
| • Fistule sigmoïdo-vésicale | → | fécalurie et pneumaturie |

Le diagnostic est fait par *coloscopie fistulographie* ou par *lavement opaque*, scanner ...

IX. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1) Cancer de caecum :

- *Appendicite pseudo tumorale* : masse de la FID, sujet âgé dans un contexte infectieux.
- *Abcès appendiculaire*
- *Tumeur rétro péritonéale* : masse de la fosse iliaque droite
- *TBC. Iléo caecale* : LB aspect biloculé du caecum, retraction de caecum et sténose iléale
- *Kc appendiculaire* : se traduit par une masse : mucocele appendiculaire : une distension de l'appendice par ces sécrétions muqueuses en amont d'un cancer sténosant.
- *Pseudo tumeur embryonnaire* : plastron de la fosse iliaque droite le diagnostic est évoqué lors d'un syndrome dysentérique.
- *Tumeurs bénignes* : lipome de la valvule de Bauhin.

2) Cancer du sigmoïde :

- Sigmoïde diverticulaire

3) Tous les cancers coliques

- RCH.
- CROHN
- Sténose bénigne
- Séquelle de colique ischémique segmentaire
- Sténose bénigne
- Tumeurs bénignes –lipome, polype et Tumeur villeuse
- Compression extrinsèque par cancer des voisinages
- Endométriose colique : douleur + rectorragie en période menstruelle .

X. Traitement :

A- Chirurgical :

1- Palliatif : il a pour but de traiter les conséquences du Kc , par deviation intestinale.

➤ **Dérivations internes :**

Elles visent à rétablir le transit intestinal par une anastomose latero-laterale court-circuitant la tumeur

✓ Anastomose :

- Iléo transverse
- Iléo sigmoïdienne
- Colo colique : trasvers-sigmoïdienne

➤ **Dérivations externes (les stomies) :**

- Consiste à aboucher a la peau un segment intestinal de manière a se que les matières s'écoulent a l'extérieur ou elles sont recueillies par un dispositif collecteur
- Elles peuvent être :
 - ✓ Ileostomie
 - ✓ Colostomie : latérale sur baguette ou terminale en canon de fusil
 - ✓ Au niveau du sigmoïde : intervention de Baully Volkman

2- Curatif : Se sont des exérèses

- Colostomie segmentaire : Emportant le segment colique tumoral et les tissus péri tumoraux, la continuité digestive est assurée par une anastomose colo colique.
 - Hémicolectomie droite, gauche
 - Colectomie sub total
 - Colectomie total : pancollectomie.
 - Colectomie élargie : au organes de voisinages
- Vis-à-vis de s métastases hépatique on peut réaliser :
- Métastasectomie : une seul métastase
 - Segmentectomie hépatique : un segment du foie .
 - Hépatectomie : une grande partie du foie .

B- Endoscopique :

C'est la résection endoscopique d'un polype dégénéré avec étude anatomo-pathologique.

C- Chimiothérapie :

Plusieurs produits peuvent être utilisés : le 5-FU avec d'autres produits, par voie générale ou par voie orale.

D- Indication :

Pour le Kc non compliqué non métastatique : résection quelle que soit la localisation
La chimio en cas d'extension ganglionnaire et dans le stade de C de DUKES

XI. La surveillance (post op) :

Sur l'examen clinique, la coloscopie, l'écho et le dosage des marqueurs tumoraux (++)
(ACE et le CA 19/9), leur augmentation fait suspecter une récurrence ou métastase.
Surveillance régulière.