

CANCERS COLO-RECTAUX

Cancer du colon

Frikha Mohamed Foued

frikha_sah@yahoo.fr

CHU Habib Bourguiba

Service de Chirurgie Générale et Digestive Sfax

3^{ème} année médecine

Année 2024-2025

I- INTRODUCTION

Adénocarcinome.

Localisation sigmoïdienne. ++

Diagnostic : Colonoscopie + biopsies.

Cancer du colon droit : Infection + Saignement.

Cancer du colon gauche : sténose.

Traitement : chirurgie + chimiothérapie.

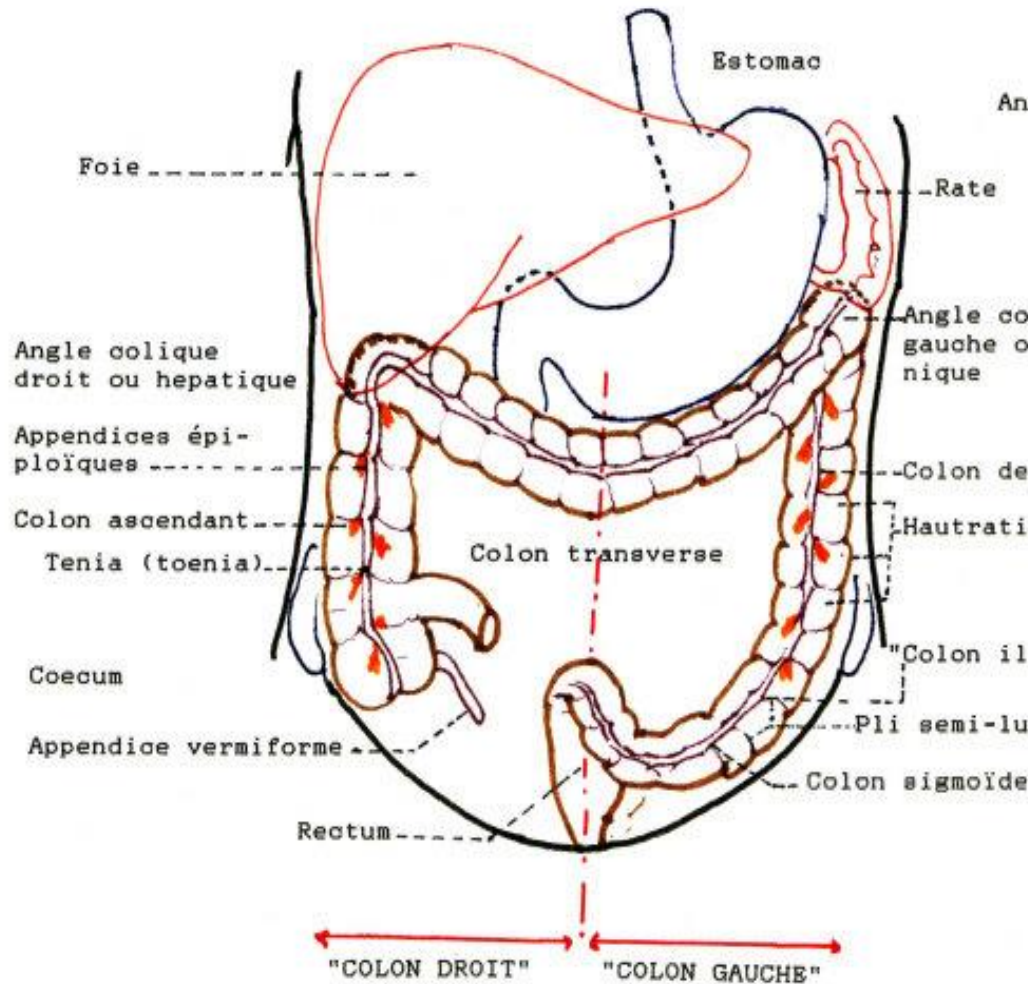
Amélioration du pronostic : diagnostic précoce
dépistage du polype.

II ANATOMIE CHIRURGICALE :

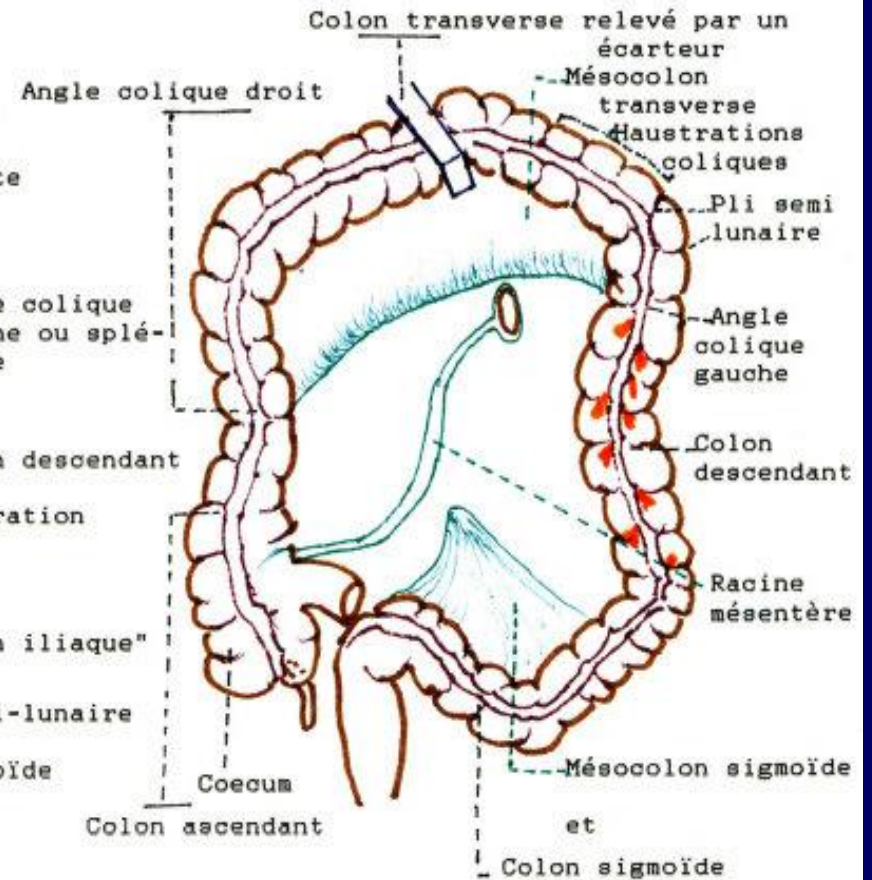
GROS INTESTIN EN PLACE dans l'ABDOMEN

VUE ANTERIEURE

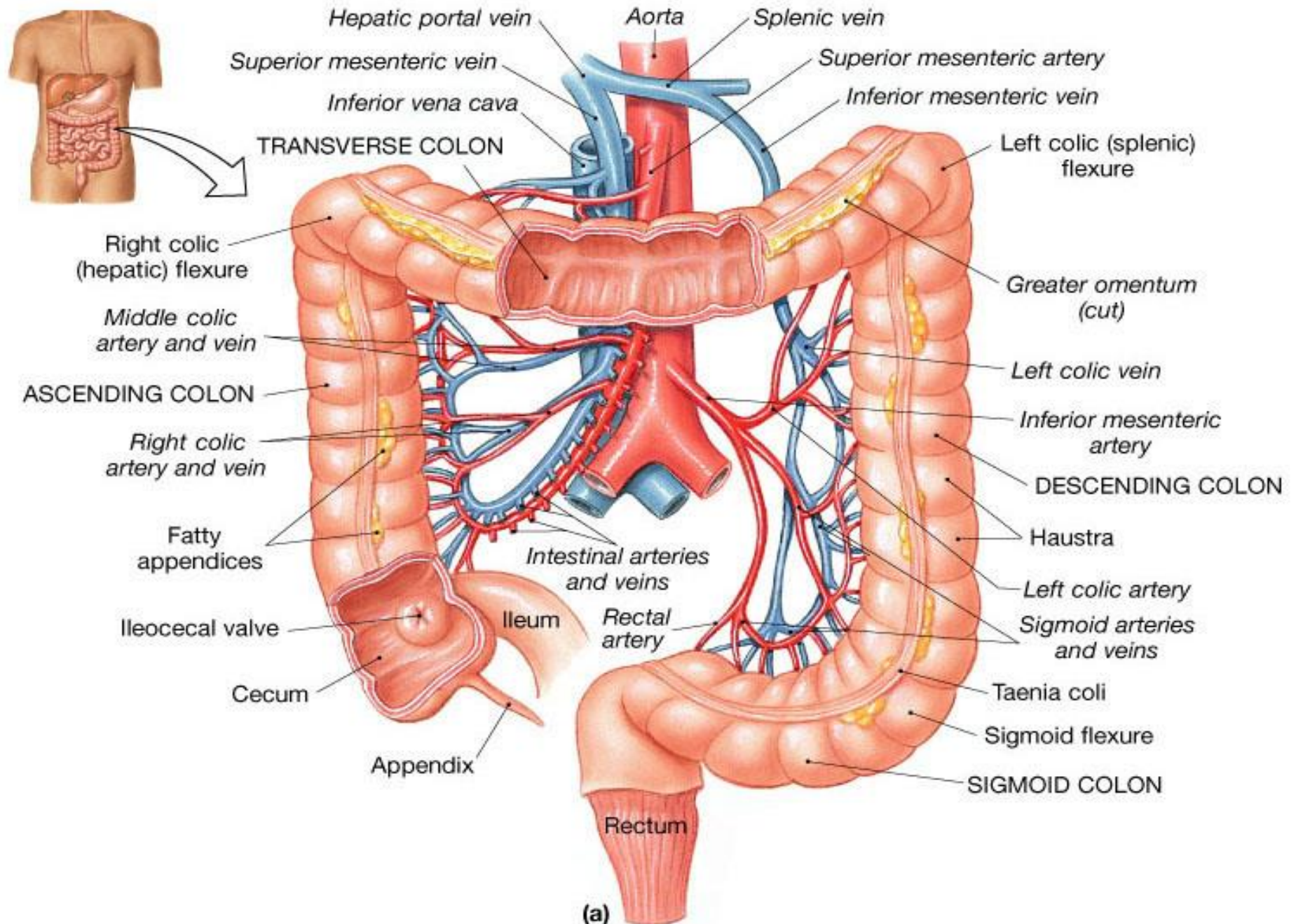
L'ENSEMBLE du COLON avec LE COLON TRANSVERSE RELEVÉ



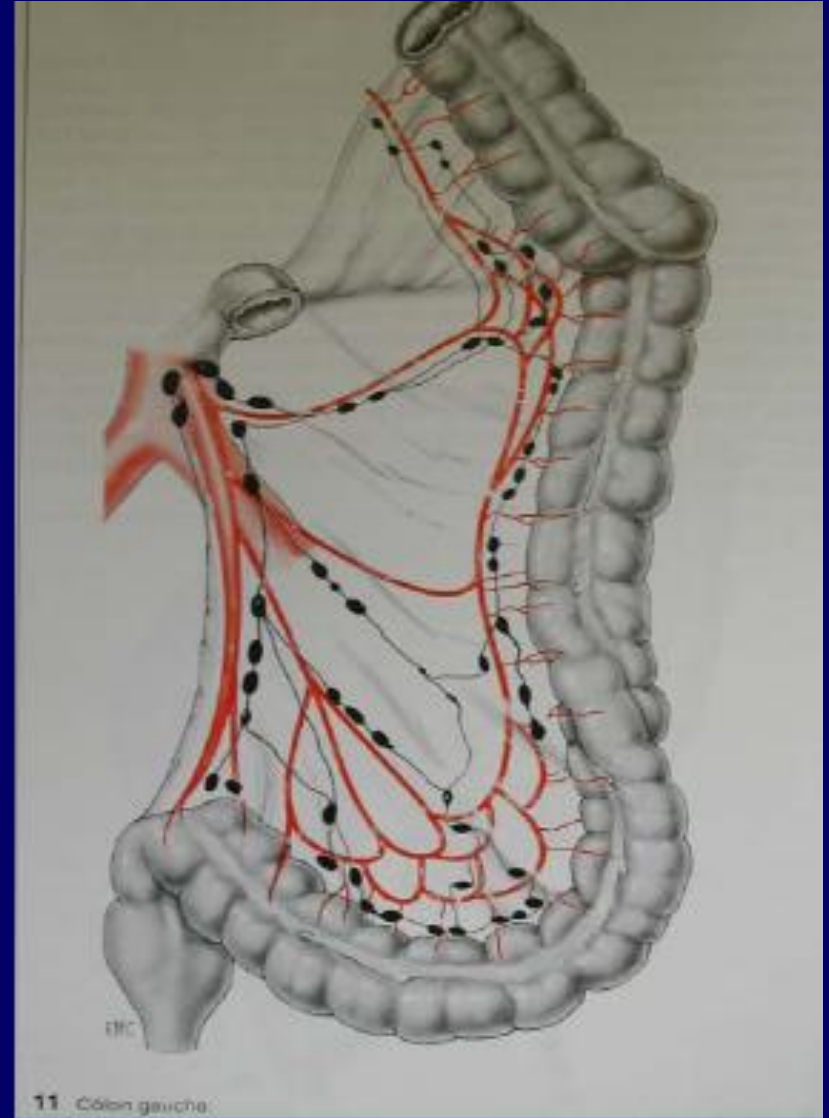
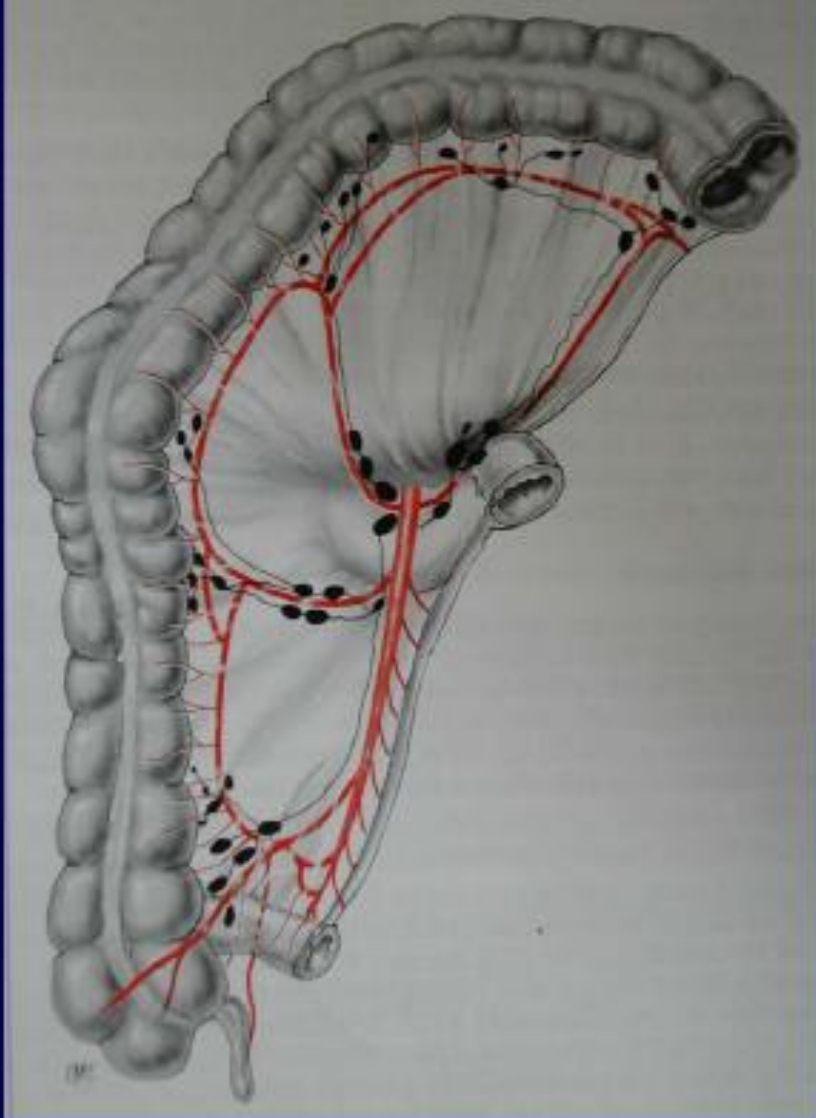
(Territoires vasculaires, Chirurgie)



** Les mésocolons ascendant et descendant sont accolés au péritoine pariétal postérieur (fascia de Toldt)



DRAINAGE LYMPHATIQUE



III- EPIDEMIOLOGIE

A- Epidémiologie descriptive :

1. Age :

50-70

Avant 40 ans (mauvais pronostic).

2. Sexe :

Sexe ratio = 1.

B- Epidémiologie causale :

1. Etats précancéreux : Condition + Lésion précancéreuse.

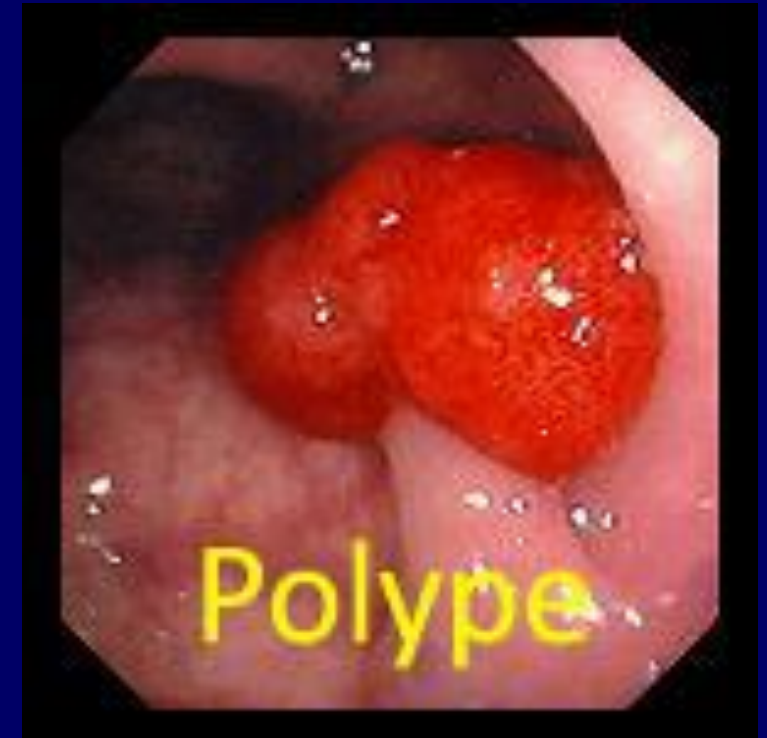
Condition précancéreuse : état clinique associé à un risque élevé de survenu de cancer.

Lésion précancéreuse : anomalie histologique sur laquelle va survenir le cancer : "Dysplasie".

Dysplasie haut grade = cancer "in situ".

***Polype adénomateux :**

- Filiation polype, cancer.
- Risque de dégénérescence :
 - Type histologique (adénomes vilieux)
 - Taille
 - Durée d'évolution.



***Facteurs héréditaires :**

- Polypose** : Polypose Adénomateuse Familiale PAF.



Normal → Adénome → Carcinome



Polypose

Polype Adénomateux



Adénome vilieux



Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer : HNPCC : Syndrome de Lynch :

Réunion des 3 critères d'Amsterdam :

- 3 sujets atteints de cancer colo rectal dont un est uni aux 2 autres par un lien de parenté de 1er degré.
- 2 générations successives.
- Un des malades le diagnostic de cancer colo rectal <50 ans.

***Maladies inflammatoires de l'intestin :**

°RCH.

°Crohn.

2. Facteurs d'environnement :

Facteurs alimentaires.

Régimes pauvres en fibres végétales et riches en graisses et en protéines animales.



IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A- Adénocarcinome : 97%

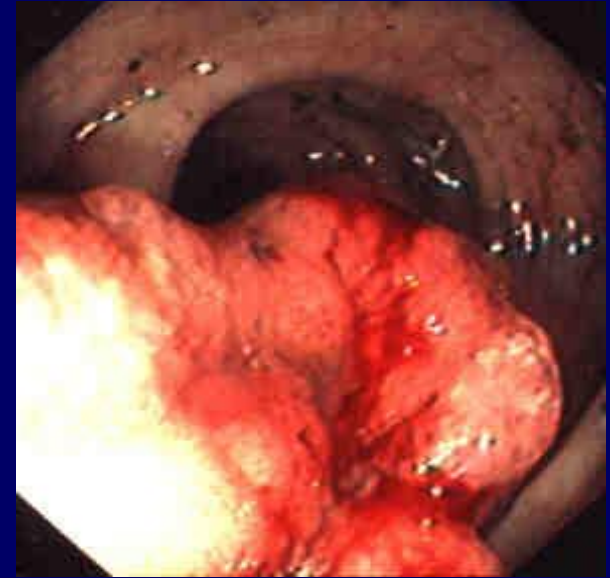
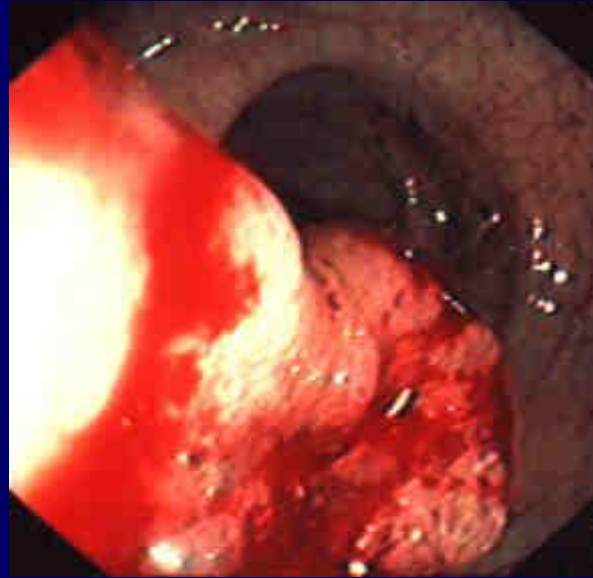
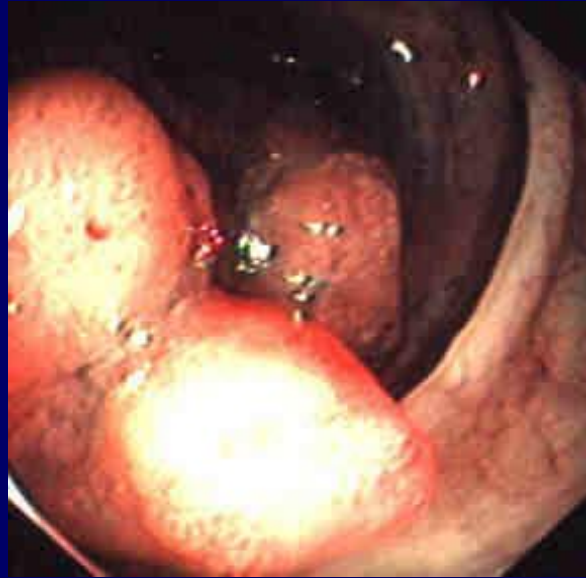
1. Macroscopie

* Aspects :

- Forme végétante : Fréquente dans le colon droit.
- Forme infiltrante : Sténose serrée. Fréquente dans le colon gauche.

Ulcéro-infiltrante ou ulcéro-végétante. +++

* Sièges : 2/3 des cas : **côlon sigmoïde.**



Cancer du colon
Aspect Végétant et Ulcéro-végétant

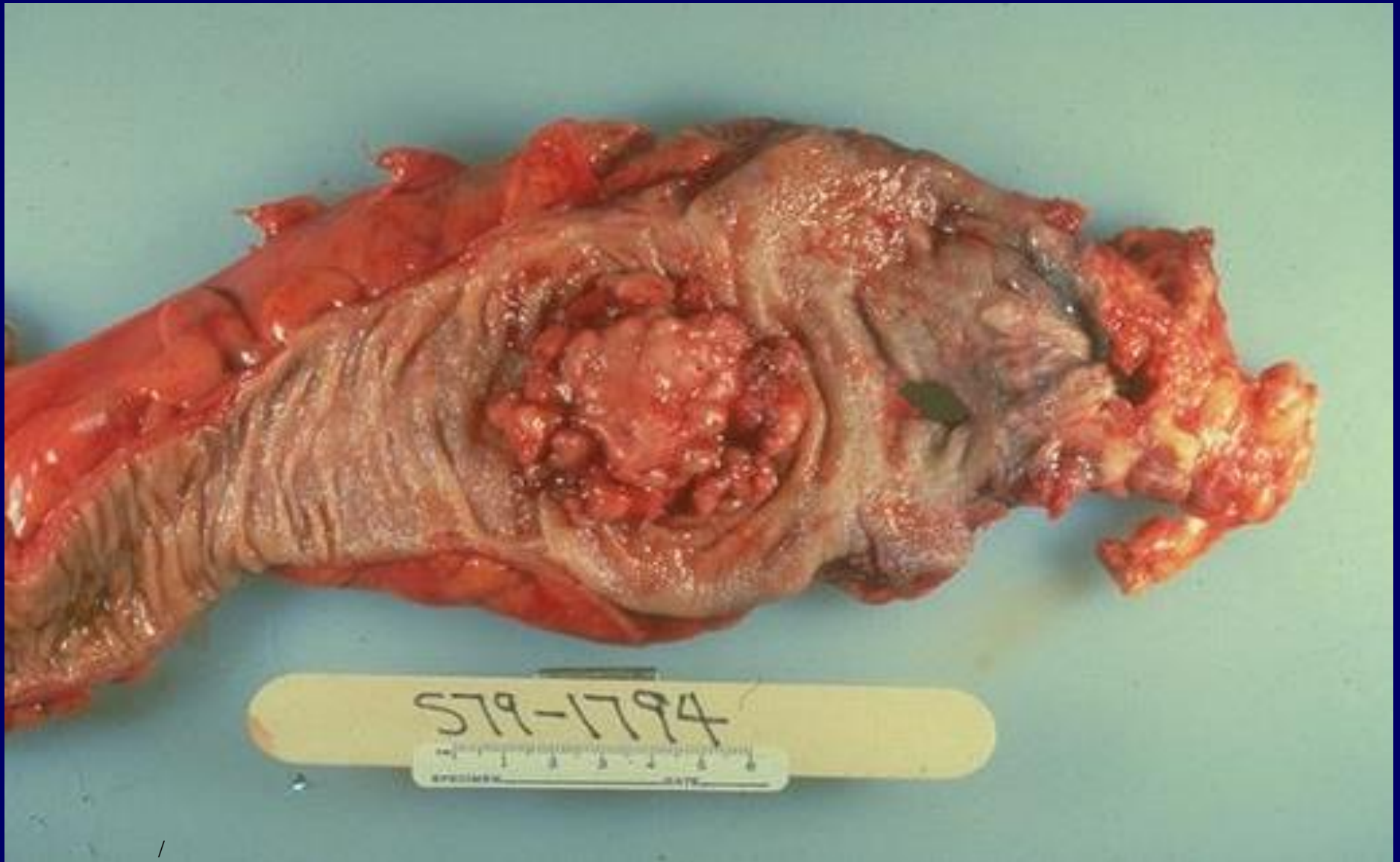
Cancer du sigmoïde



Gros Cancer Obstructif



Cancer du Colon



2. Microscopie :

- * **Adénocarcinome** lieberkuhnien

Degré de différenciation : facteur pronostic.

- * **Adénocarcinome colloïde muqueux ou mucineux** : mauvais pronostic.

3. Mode d'extension :

a- Pariétale :

*En profondeur : De la muqueuse vers la séreuse.

Risque métastatique : corrélé au degré d'infiltration.

*Latéralement : Lésion circonférentielle.

*En hauteur : Longitudinale.

b- Extra murale :

*Par contiguïté : Organes de voisinage.

Extension péritonéale.

* Par voie lymphatique : Valeur pronostic ++.

Pas de saut de relais ganglionnaire.

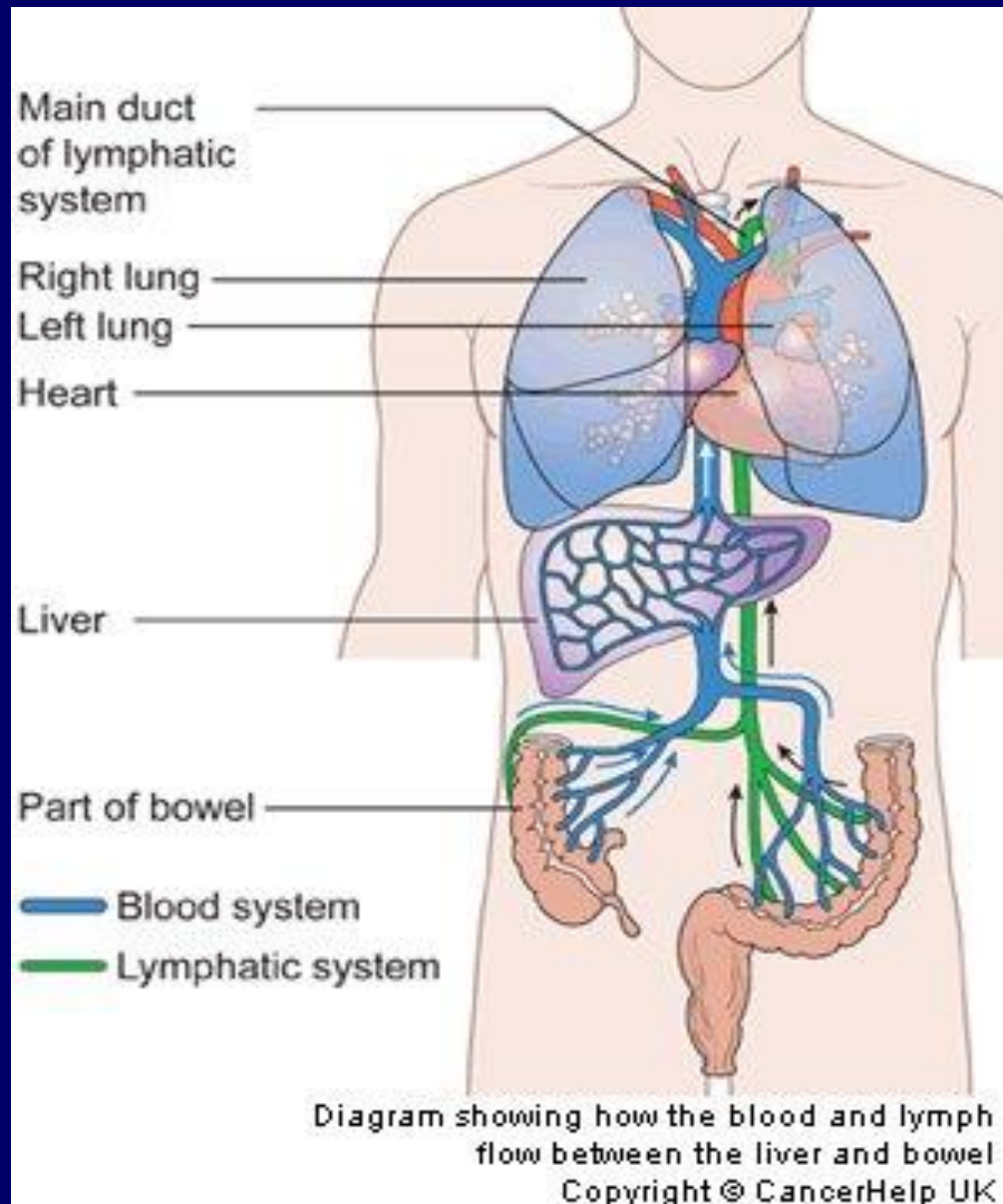
* Par voie veineuse : Mauvais pronostic.

métastases hépatiques++, pulmonaires.



**Obstruction de la lumière
colique**

Voies des Métastases



=>PTNM: (UICC 2017) :

*** Analytique**

T : Tumeur

Tis : Carcinome in situ

T1 : Tumeur limitée sous Muqueuse

T2 : Tumeur envahissant musculature

T3 : Tumeur envahissant séreuse

T4 : Organe voisinage à travers son péritoine ou perforation

N : Nodes

No : Pas d'envahissement ganglionnaire

N1 : 1-3 ganglions péri coliques

N2 : ≥ 4 ganglions péri coliques

M : Métastases

M0 : pas de métastase

M1 : métastases à distance

*** Synthétique**

Stade I : T1, T2, et N0 M0

Stade II : T3 T4 N0 M0

Stade III :

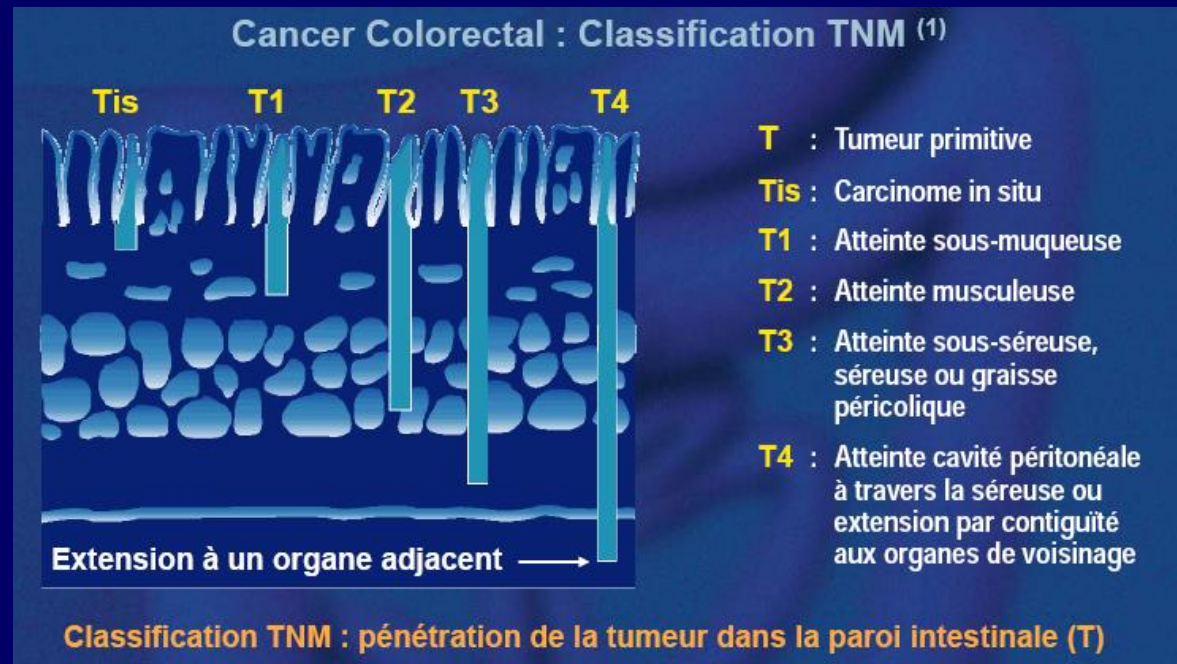
Stade III A = pT1, T2, N1 M0 = envahissement ganglionnaire

Stade III B = pT3, T4, N1 M0

Stade III C = tous T, N2 M0

Stade IV: tous T, tous N, M1

4. Classification :



V- CLINIQUE : FORME TYPE : CANCER SIGMOÏDE

A- Conditions de découverte :

1. Symptômes évocateurs :

*Troubles du transit : - Constipation

- Diarrhée

- Alternance diarrhée constipation

*Douleur abdominale

*Hémorragies intestinales :

Ne jamais le rattacher à des hémorroïdes.



2. Symptômes moins évocateurs : trompeurs

Anémie hypochrome microcytaire : saignement occulte

3. Diagnostic évoqué devant :

Complication : occlusion, perforation, hémorragie

Surveillance d'un patient à risque

Fortuite : examen systématique

Devant des troubles digestifs chez un homme de la cinquantaine il faut évoquer le diagnostic et demander une colonoscopie.

B- Examen Physique : négatif

* A la palpation :

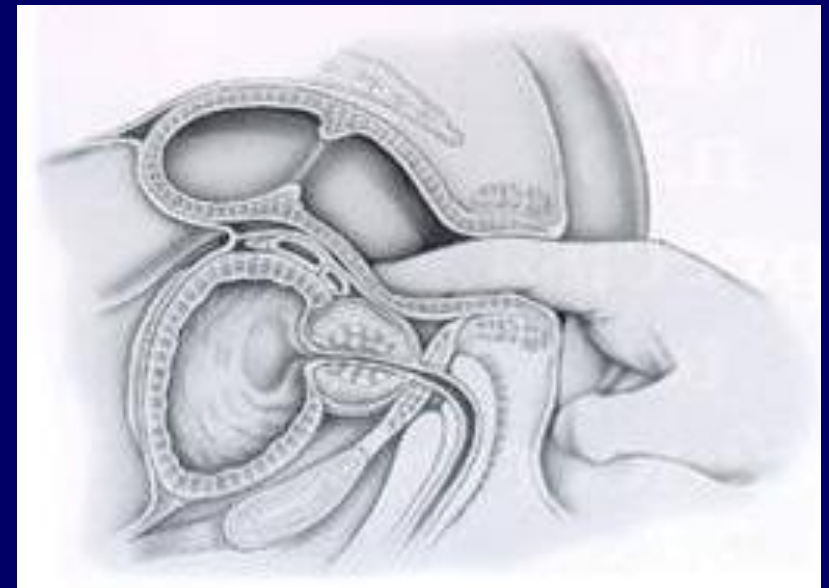
Ballonnement.

Masse abdominale.

* Toucher rectal :

Normal.

Tumeur prolabée dans le Douglas.



VI- DIAGNOSTIC

A- Diagnostic positif :

1. Coloscopie + Biopsies :

- Tumeur => siège + nature (biopsies).

Recherche de lésions associées (Tumeur ou polype).

Forme type : lésion infiltrante, dure, irrégulière, saignant au contact.



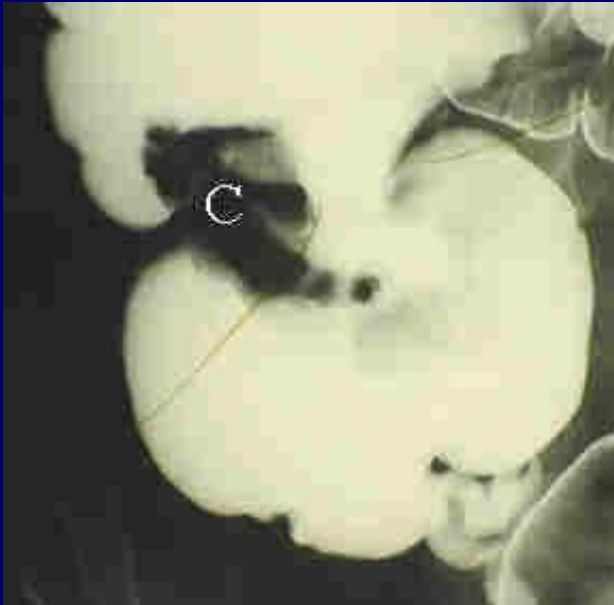
2. Lavement baryté :

*Indications :

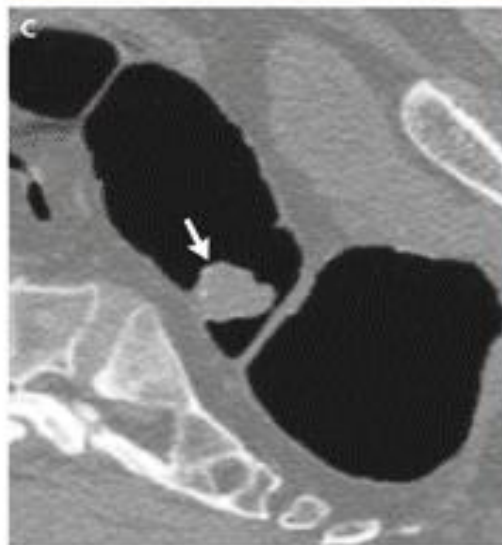
- Colonoscopie incomplète
- Sténose infranchissable

Double contraste : mucographie (petites lésions).

Lésions du côlon gauche : sténose localisée, irrégulière et excentrée
: Sténose en virole.



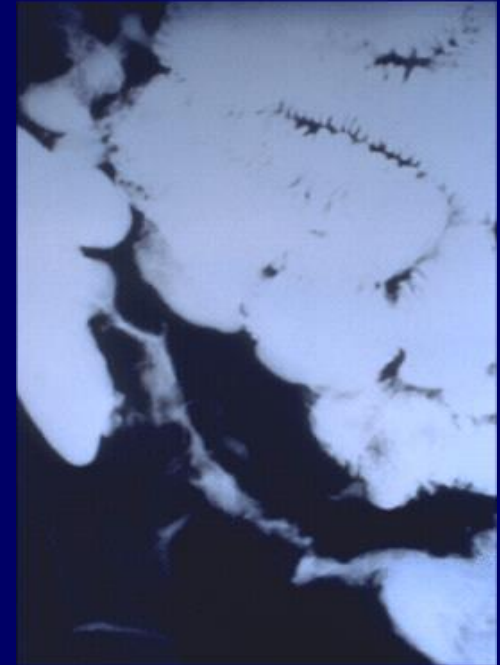
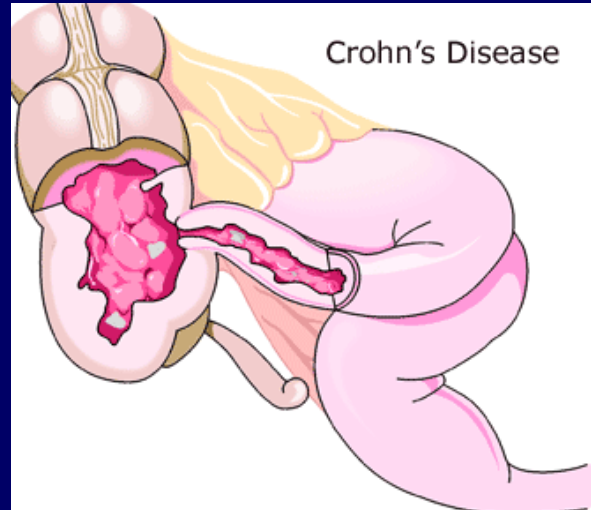
Colonoscopie virtuelle



B- Diagnostic différentiel :

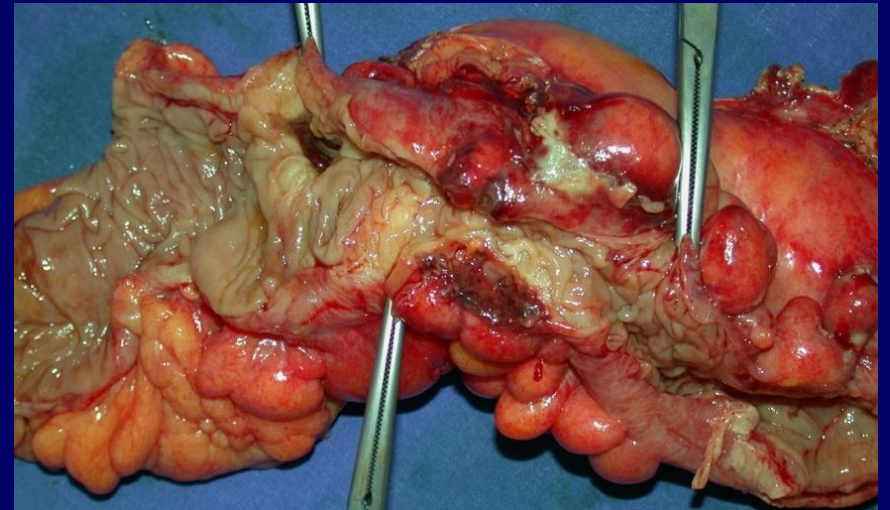
1. A droite :

- *Appendicite dans sa forme tumorale
- *Tuberculose iléo-cæcale
- *Maladie de crohn colique



2. A gauche:

Sigmoïdite diverticulaire : Formes pseudo tumorales



Sigmoïdite diverticulaire

3. Devant une complication :

☐ En cas d'occlusion :

*Volvulus colon pelvien :

Clinique : triade de Von Wahl (résistance élastique, tympanisme, immobilité).

ASP : image en double jambage

Lavement à l'hydrosoluble : image d'arrêt en bec d'oiseau ou en flamèche.

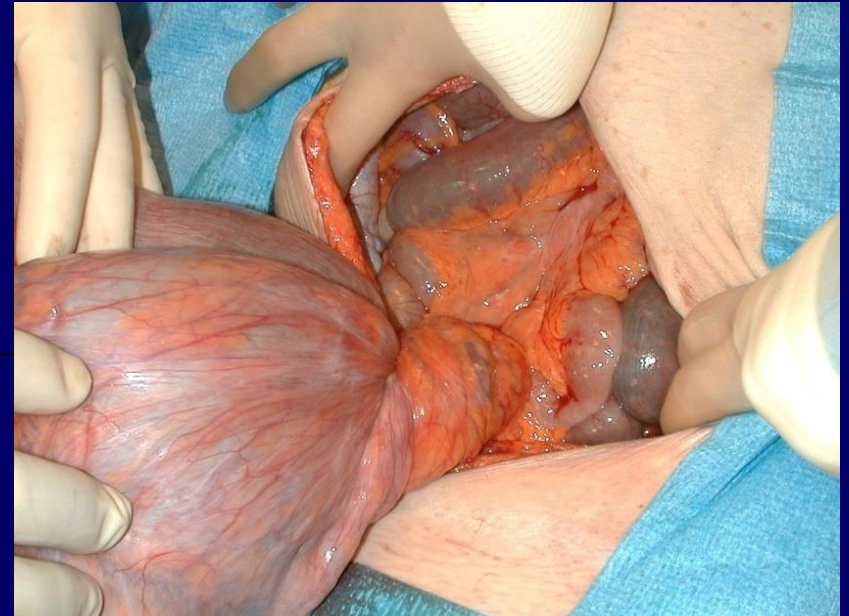
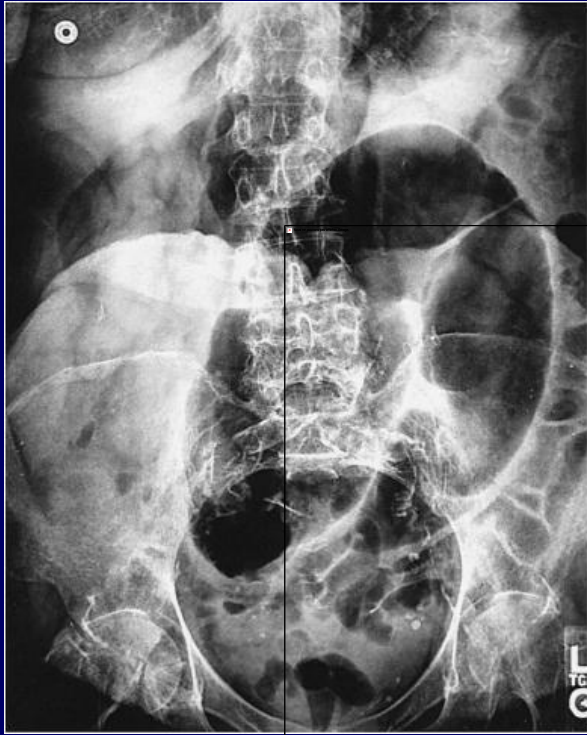
Coloscopie : diagnostique et thérapeutique.

☐ En cas d'abcès péri néoplasique :

-A droite : Abcès appendiculaire

-A gauche : Sigmoidite abcédée

Volvulus



VII- FORMES CLINIQUES :

A- F. topographique :

1. Cancer de la valvule iléo-caecale : syndrome de Koenig.

2. Cancer cæcum + Cancer colon ascendant :

Complication infectieuse +++

Hémorragie : anémie

3. Cancer Angle colique droit :

Symptômes empreintes biliaires.

4. Cancer du colon descendant :

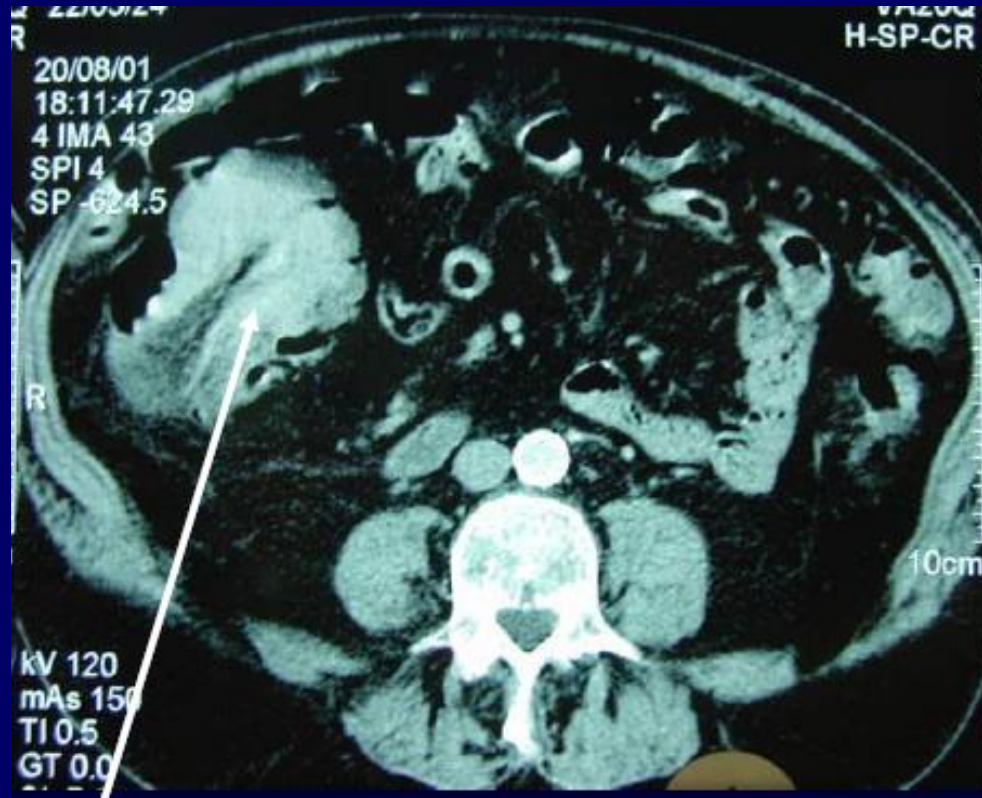
Sténose ++ occlusion

Envahissement paroi abdominale latérale.

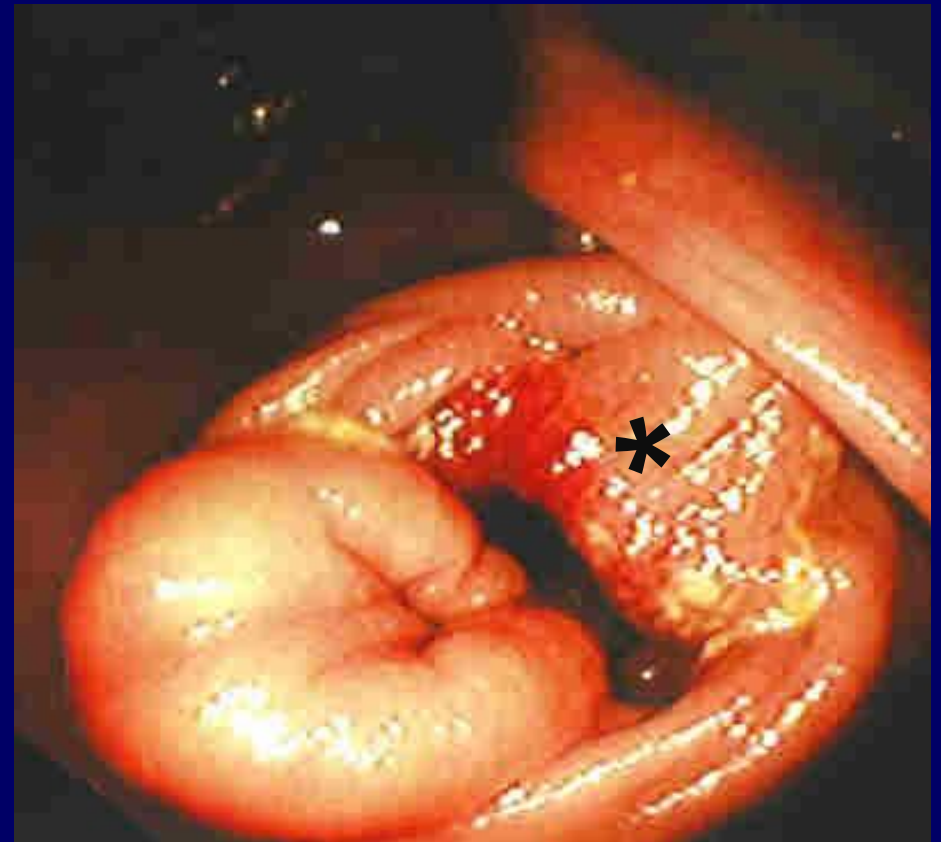
5. Cancer jonction recto-sigmoïdienne

Symptômes : colique que rectale.

6. Cancers multiples synchrones : 2-10%



Cancer du caecum



Cancer de la valvule



Cancers multiples synchrones

B- Formes compliquées

1. Occlusion colique néoplasique : 10-15%

Colon gauche

Début insidieux : Arrêt des matières et des gaz.

Examen : météorisme

- ASP : niveaux hydro aériques colique plus haut que large $\pm$ niveaux hydro aériques grêliques si valvule incontinente.
- Lavement aux hydrosolubles : Image en trognon de pomme.
- TDM avec opacification basse : sténose.

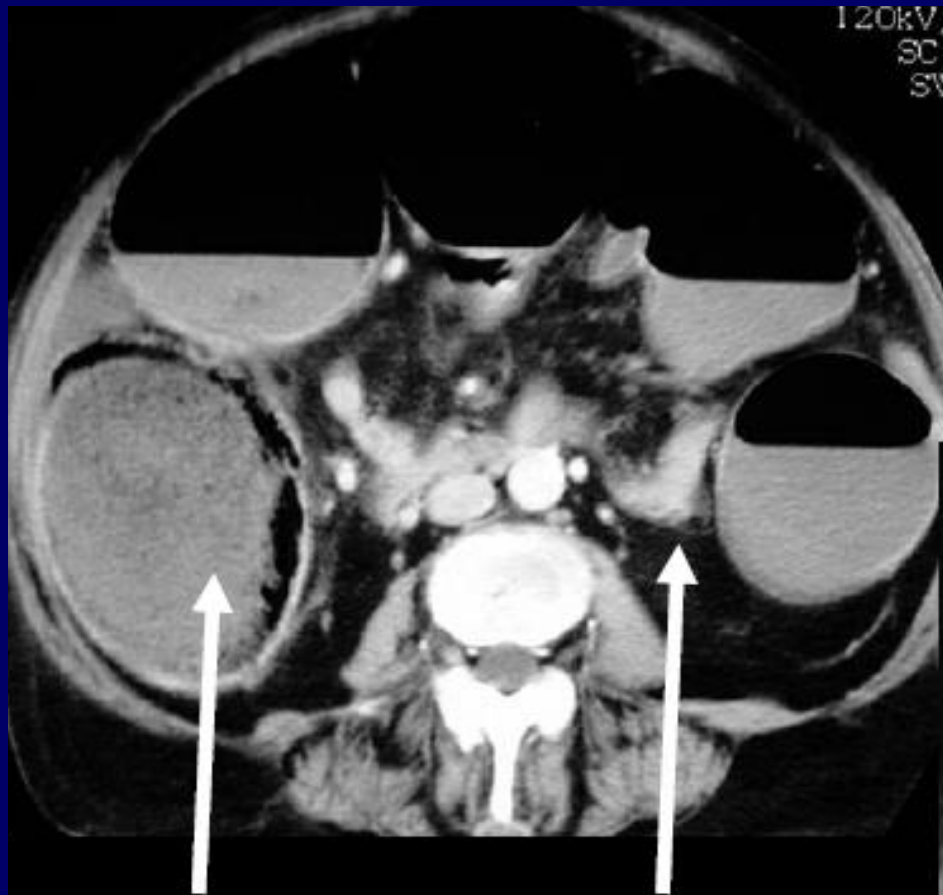
Occlusion colique



Niveaux hydroaériques périphériques, plus hauts que larges

120kV
SC
SW

SCANNER



Colon dilaté Grêle plat en amont

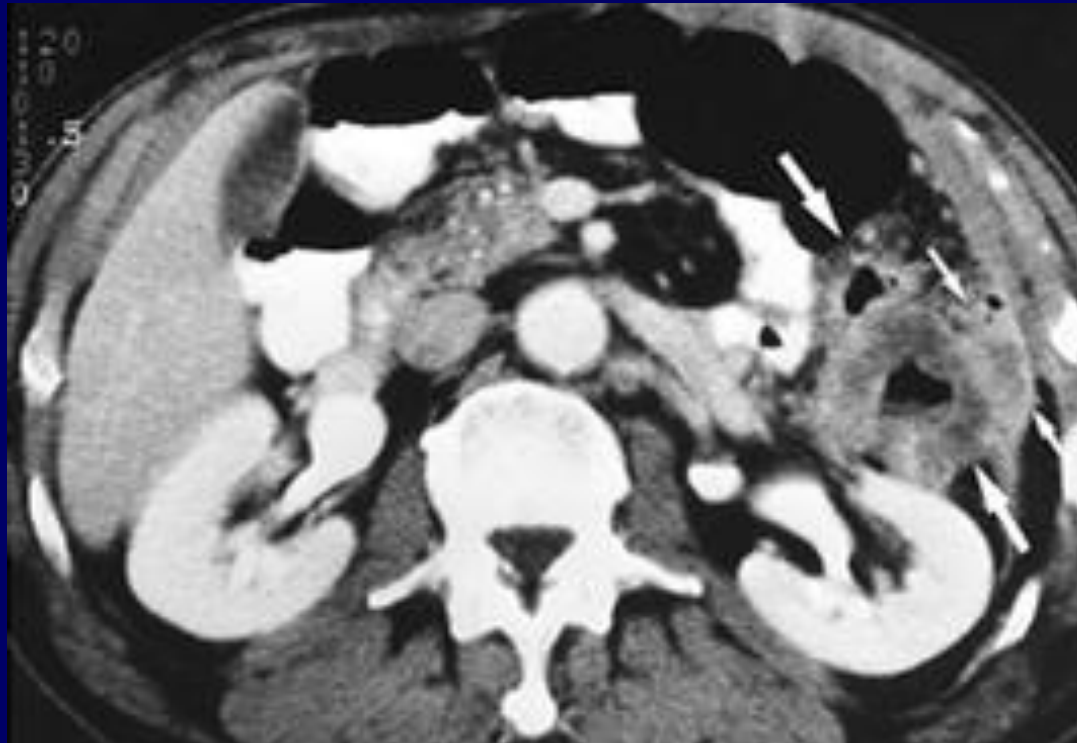
**Occlusion colique
sur cancer de la charnière
recto-sigmoïdienne**

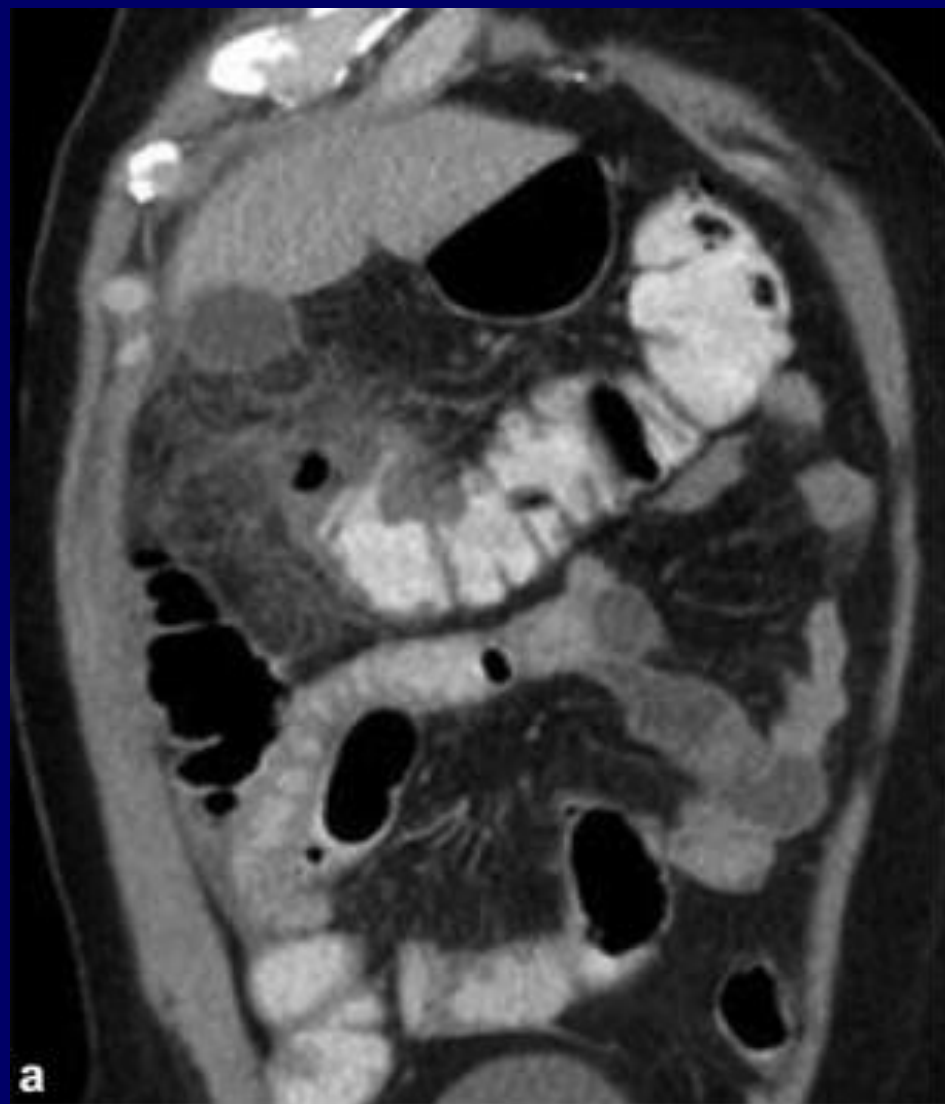


2. Infection : Perforation tumorale en péritoine cloisonné.
Fréquente colon droit (caecum).

* Abcès péri néoplasique :

- Clinique : Signes d'infection profonde
Empattement douloureux de la fosse iliaque droite.
- TDM : image hétérogène : collection





3. Péritonite généralisée :

Perforation diastatique (caecum) en amont d'une tumeur sténosante du colon gauche.

Péritonite asthénique.

ASP debout : pneumopéritoine géant.

Pronostic grave.

4. Fistules :

- * Sigmoido-vésicale ou colo vésicale

- * Colo-gastrique





Perforation du coecum

C- Formes évoluées :

1. Métastases hépatiques :



2. Métastases pulmonaires :



3. Métastases péritonéales : mauvais pronostic.



VIII/ BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

A- Bilan d'extension :

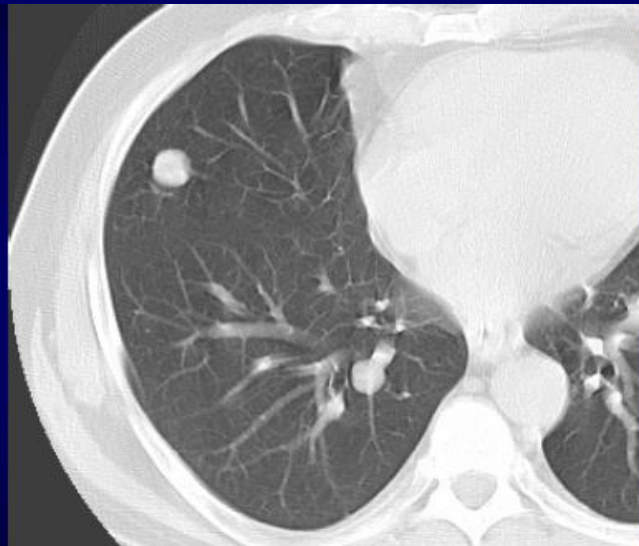
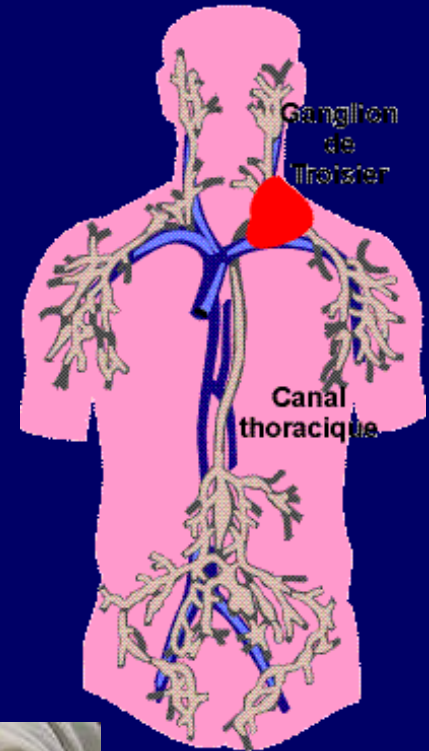
1. Clinique :

- Hépatomégalie, ascite, ganglion de Troisier
- Touchers pelviens : nodule du Douglas (carcinose)

2. Echographie abdominale :

- Métastases hépatiques

3. Radio thorax : Métastases pulmonaires



4. Biologie ACE :

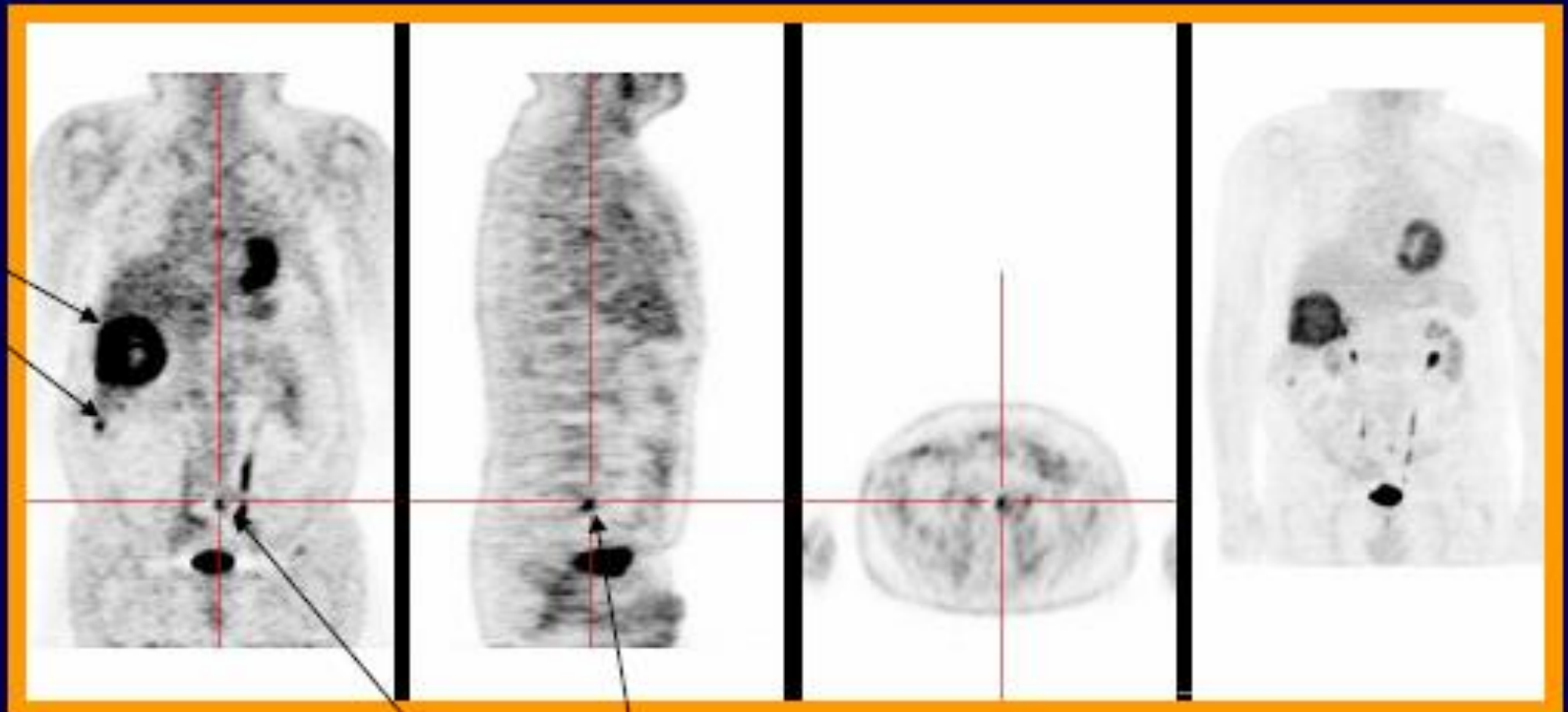
Référence pour la surveillance post-opératoire après chirurgie curative.

Réascension de son taux témoigne : récurrence locale
à distance+++

5. Autres qui peuvent être nécessaires : Scanner abdomino-pelvien, IRM, TDM pulmonaire, Pet scan.

TEP : Tomographie par émission de positrons
imagerie fonctionnelle 18FDG : métastases/récidives

Foie



Ganglion

B- Bilan d'opérabilité

- 1. Interrogatoire**
- 2. Examen clinique**
- 3. Radio thorax, ECG**
- 4. Biologie**

IX- TRAITEMENT

A- Méthodes :

1. Chirurgie :

a- Préparation du malade :

- ☐ Préparation générale : correction d'une tare.
- ☐ Préparation psychologique : prévenir d'un éventuel anus artificiel.

b- Voies d'abord :

- Voie médiane
- Voie coelioscopique

c- Exploration per-opératoire :

*T : siège, volume, mobilité, adhérences par rapport aux organes de voisinage.

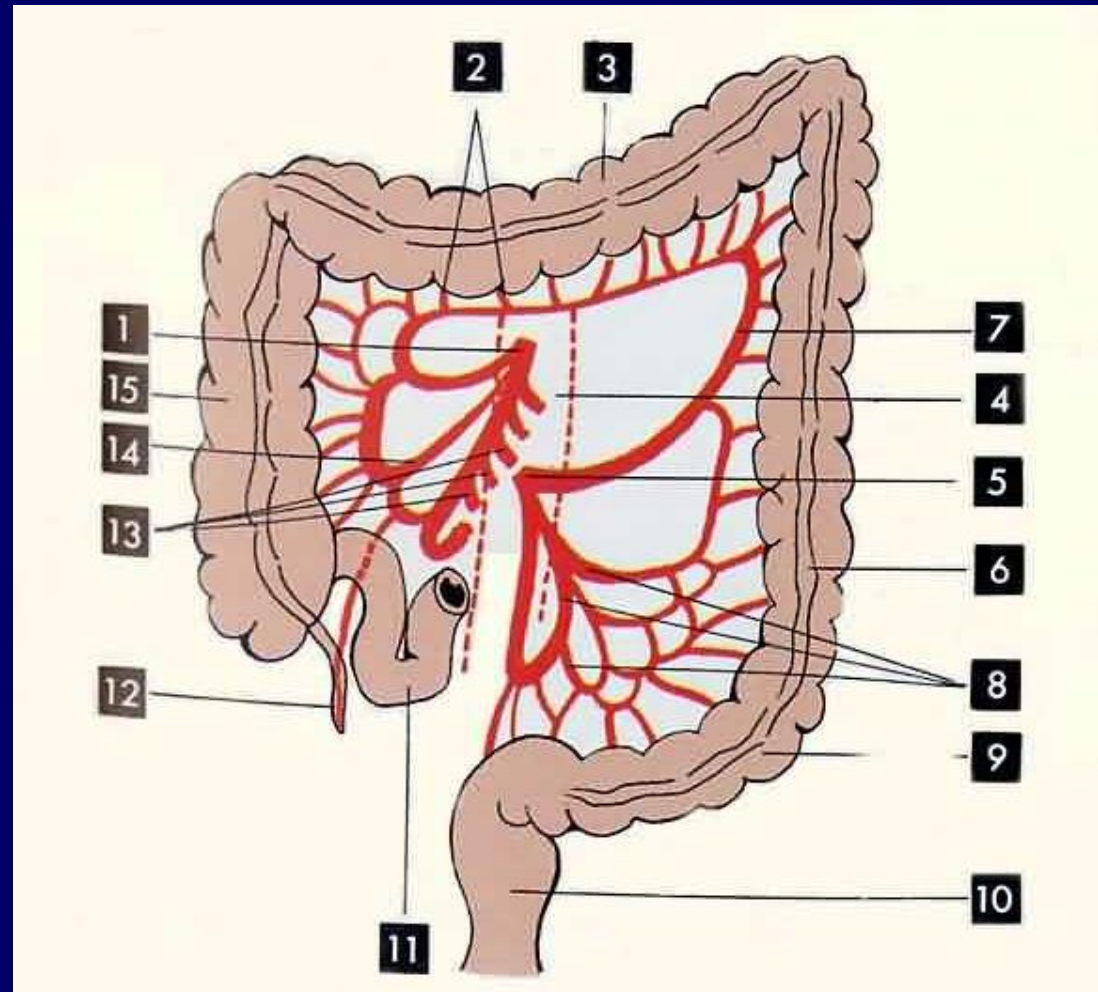
*N : relais ganglionnaires

*M : foie à la recherche de métastases (palper + écho per-opératoire)

d- Chirurgie curative :

□ Principes :

- Exérèse de la tumeur primitive avec des marges de colon sain.
- Ligatures des vaisseaux à l'origine : méso colon et ganglions de drainage.



□ Technique :

* Hémi colectomie droite :

- Exérèse colon droit dernière anse iléale, 2/3 droit du transverse.

* Hémi colectomie gauche vraie :

- Exérèse colon gauche, 1/3 gauche du transverse.

* Colectomie segmentaire basse : sigmoïdectomie.

- RDC : .immédiat : anastomose colorectale.

.différé : si les conditions locales ou générales sont mauvaises

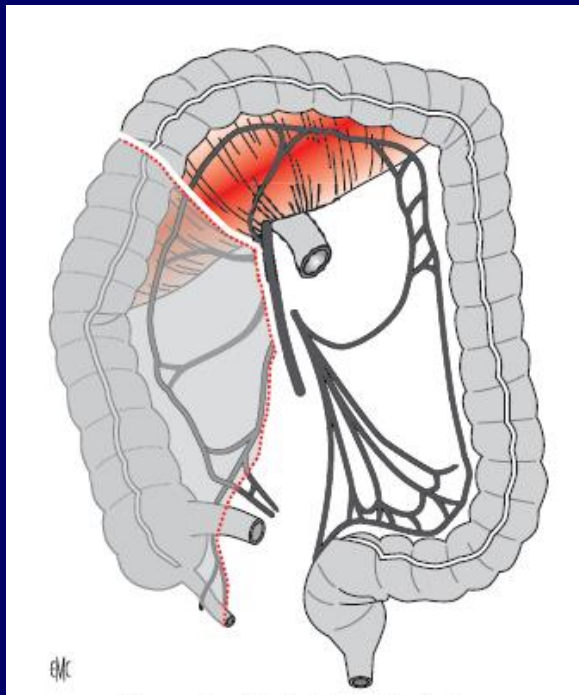
□ 2 bouts à la peau : Bouilly Wolkman

□ 1 bout d'amant à la peau, moignon rectal fermé et laissé dans le pelvis : Hartmann

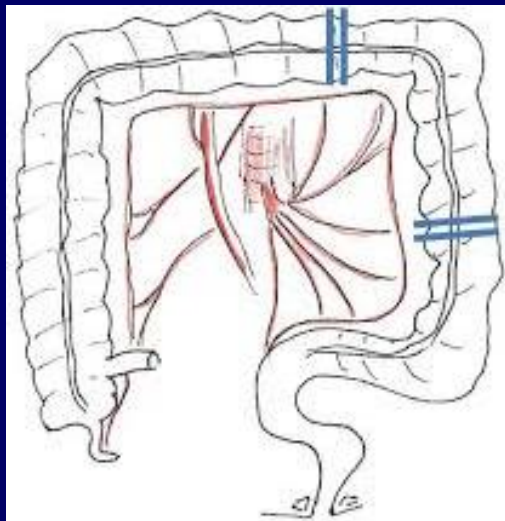
□ RDC à distance

* Colectomie segmentaire haute

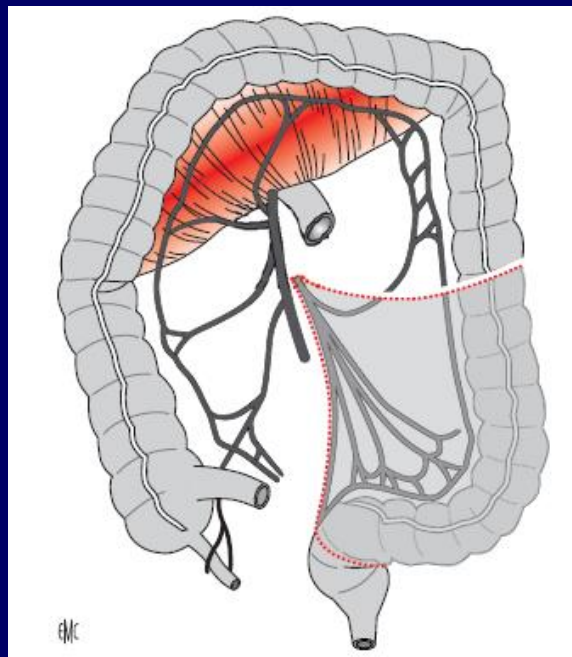
* Colectomie élargie



Hémi-colectomie
droite



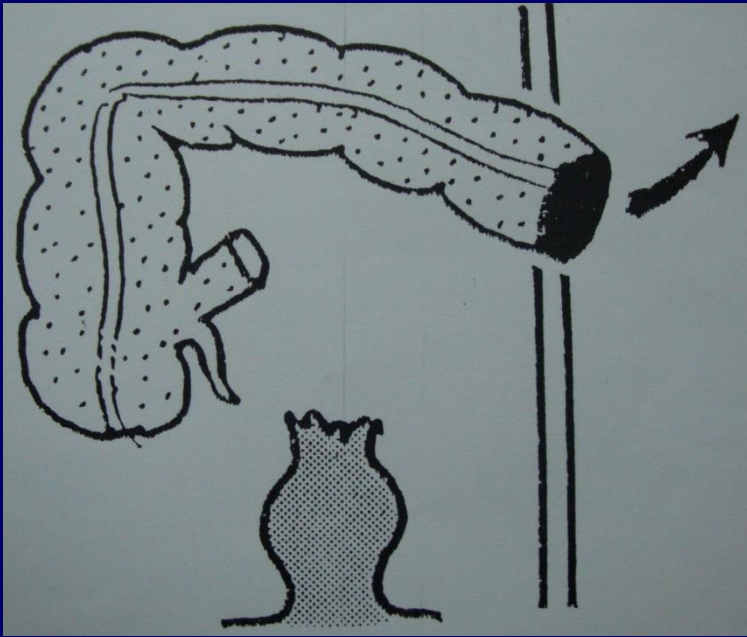
Colectomie segmentaire haute



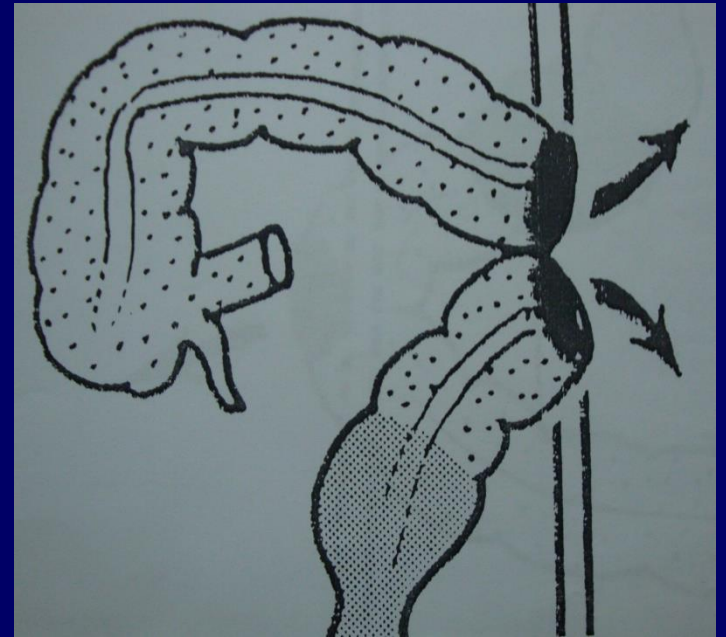
Sigmoïdectomie

Hémi-colectomie
gauche

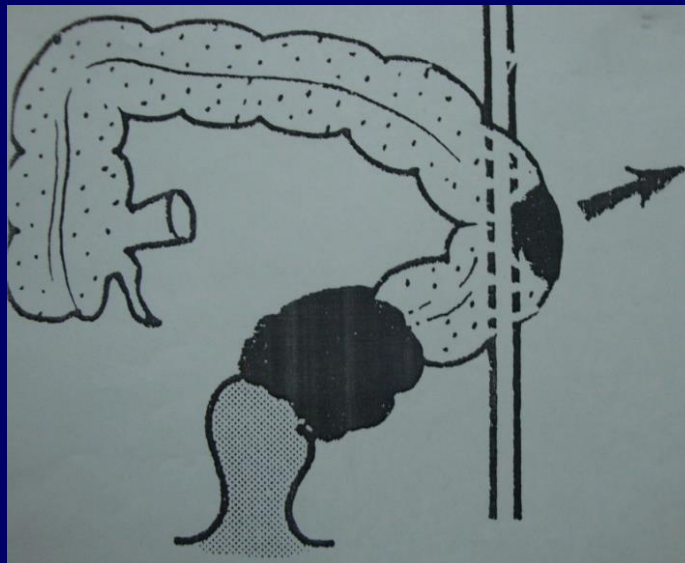




Hartmann



Bouilly Wolkman



**Colostomie de
proche amont**

2. Traitement non chirurgical :

- Chimiothérapie adjuvante : après chirurgie curative.
- Chimiothérapie : 5-FU : 6 mois (FUFOL).
: stade III UICC.
- Endoprothèse : en cas de stenose.
- Résection endoscopique d'un polype.
- Radiofréquence, Micro-onde : métastases hépatiques.

Prothèse colique

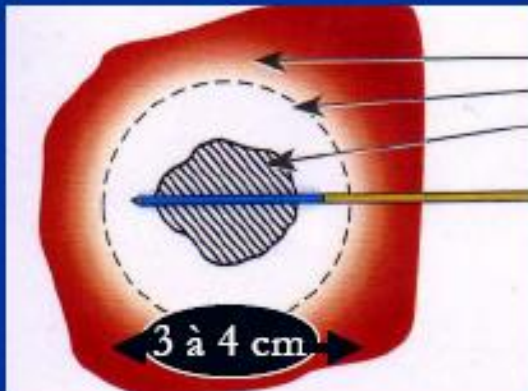
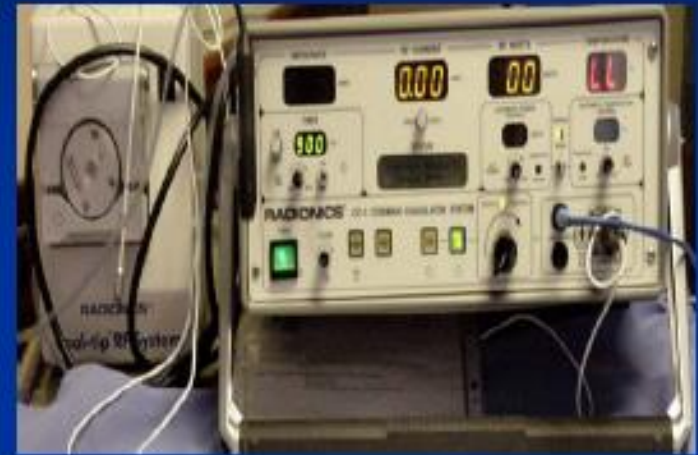




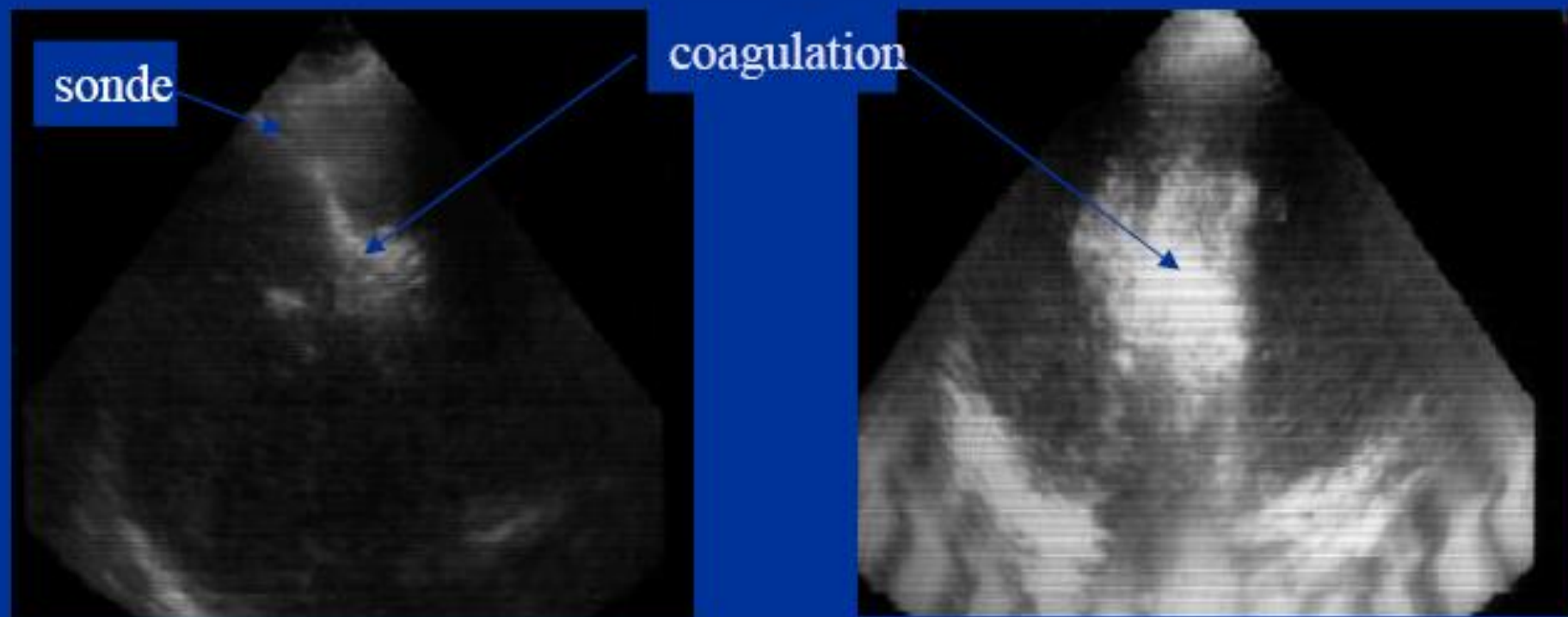
Exérèse endoscopique d'un polype

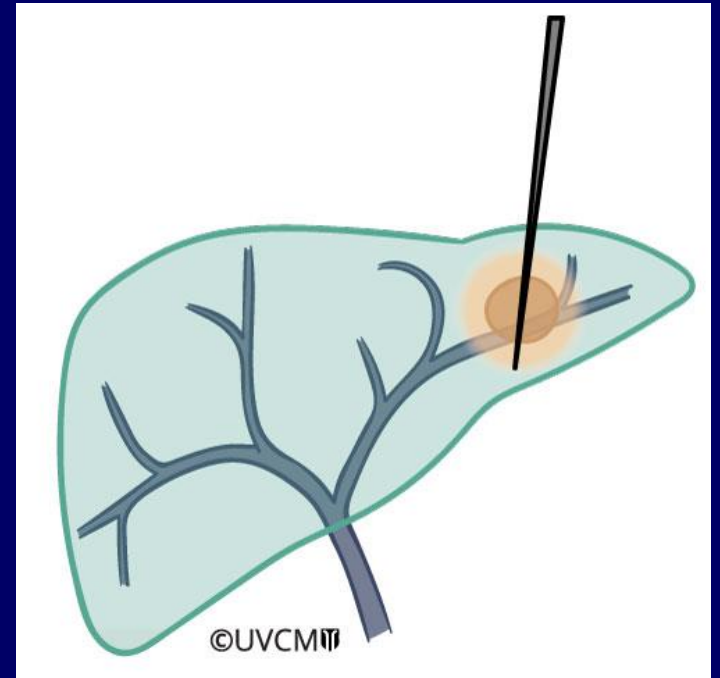
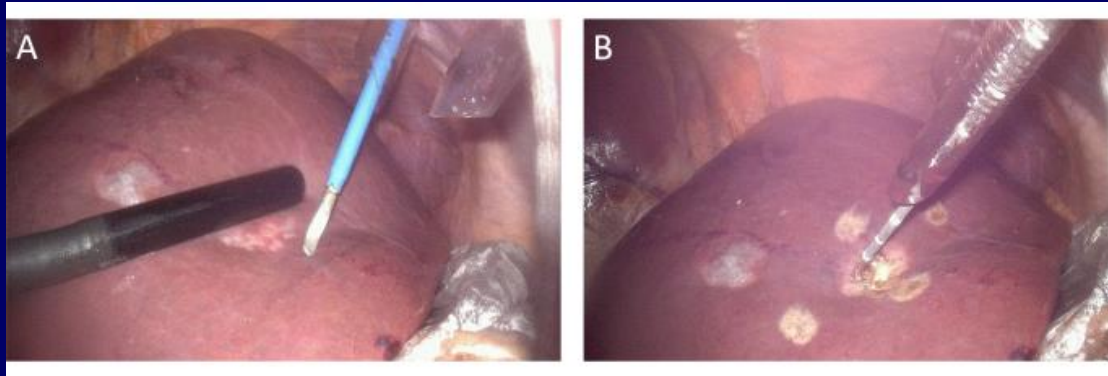
La radiofréquence

- Générateur d'ondes de radiofréquence
- Agitation ionique locale – réchauffement tissulaire
- Nécrose de coagulation thermique
- Par voie percutanée ou en per opératoire
- Seule ou associée à une résection



Radiofréquence





Micro-ondas

B- Indications :

1. Formes non compliquées :

- a- Cancer du colon droit : Hémicolectomie droite.
- b- Cancer du Colon gauche : Hémicolectomie gauche.
- c- Cancer du Sigmoides : Colectomie segmentaire basse.
- d- Cancer de l'angle colique gauche : Colectomie segmentaire haute.
- e- Cancer du colon transverse : Colectomie droite ou gauche.

2. Formes compliquées :

- a- occlusion :

Occlusion



Traitement médical

Occlusion cède

Traitement à froid

Occlusion ne cède pas



Chirurgie

Colon droit

Hémi-colectomie droite

Colon gauche

Colostomie première de décharge par voie élective, en amont de la tumeur, suivie vers le 10ème jour par l'exérèse colique avec rétablissement de la continuité.

Colectomie segmentaire + rétablissement immédiat.

Colectomie Totale + Anastomose iléo-rectale.
Si lésions coliques pré-perforatives ou lésions synchrones.

Exérèse sans anastomose (Bouilly Wolkman ou Hartmann).

b- Abscès périnéoplasique : exérèse sans rétablissement de la continuité.

A droite si les conditions anatomiques le permettent, le rétablissement immédiat peut être réalisé.

(Drainage radiologique puis chirurgie) !!

c- Péritonite : Perforation tumorale : exérèse sans rétablissement de la continuité.

Perforation diastatique en amont d'une lésion du côlon gauche : colectomie totale sans anastomose.

3. Traitement des cancers localement avancés et/ou métastatiques :

Traitement chirurgical des métastases (synchrones, métachrones) :

Leur traitement “ idéal ” est chirurgical.

4. Cas particuliers :

a- Cancers multiples synchrones : colectomie T. ou sub T.

b- Polypose recto-colique familiale et RCH : colo-proctectomie totale et anastomose iléo-anale.

c- Syndrome de Lynch : colectomie T+ anastomose iléo rectale.

d- Après exérèse endoscopique d'un polype qui s'avère dégénéré :

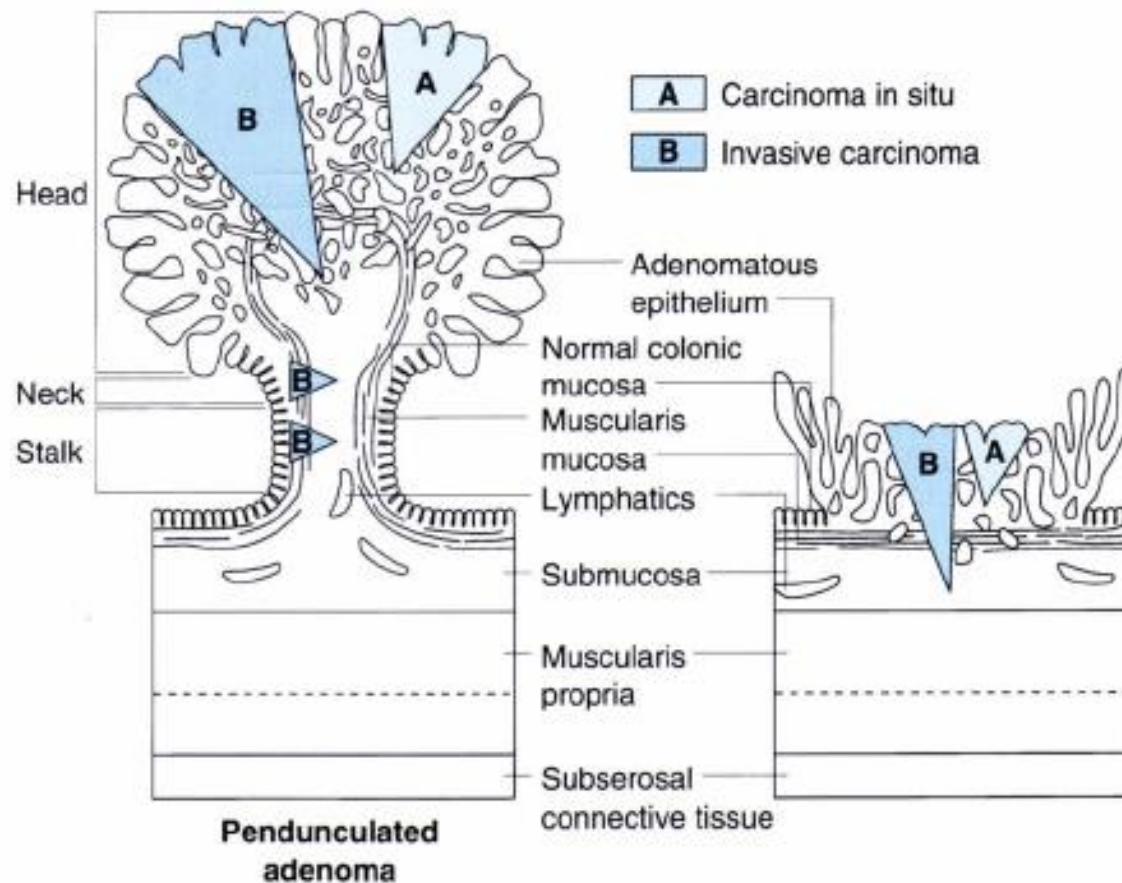
→ En cas de cancer in situ, et si les marges de résection sont saines : pas de nécessité d'exérèse complémentaire.

→ En cas de cancer invasif :

L'exérèse endoscopique n'est curative que si l'examen anatomopathologique complet de la totalité du polype confirme l'absence d'envahissement du pédicule.

Si non une exérèse chirurgicale complémentaire est indiquée.

Adenomatous Polyp



C- Résultats :

Survie 5 ans : 50%

95 % stade I

80 % stade II

50 % stade III

5 % stade IV

D- Surveillance post opératoire :

Dépistage : récurrences locales, métastases.

Bilan à chaque consultation :

- Examen clinique

- Echographie abdominale (scanner abdomino-pelvien)

- Radio du thorax (scanner thoracique)

- Dosage des phosphatases alcalines

- ACE.

TEP scan : indiquée pour la localisation des récurrences en cas d'élévation de l'ACE chez un patient déjà opéré.

F- Traitement préventif :

Dépistage et éradication des polypes adénomateux.

Dépistage dans les populations à risque élevé et très élevé.

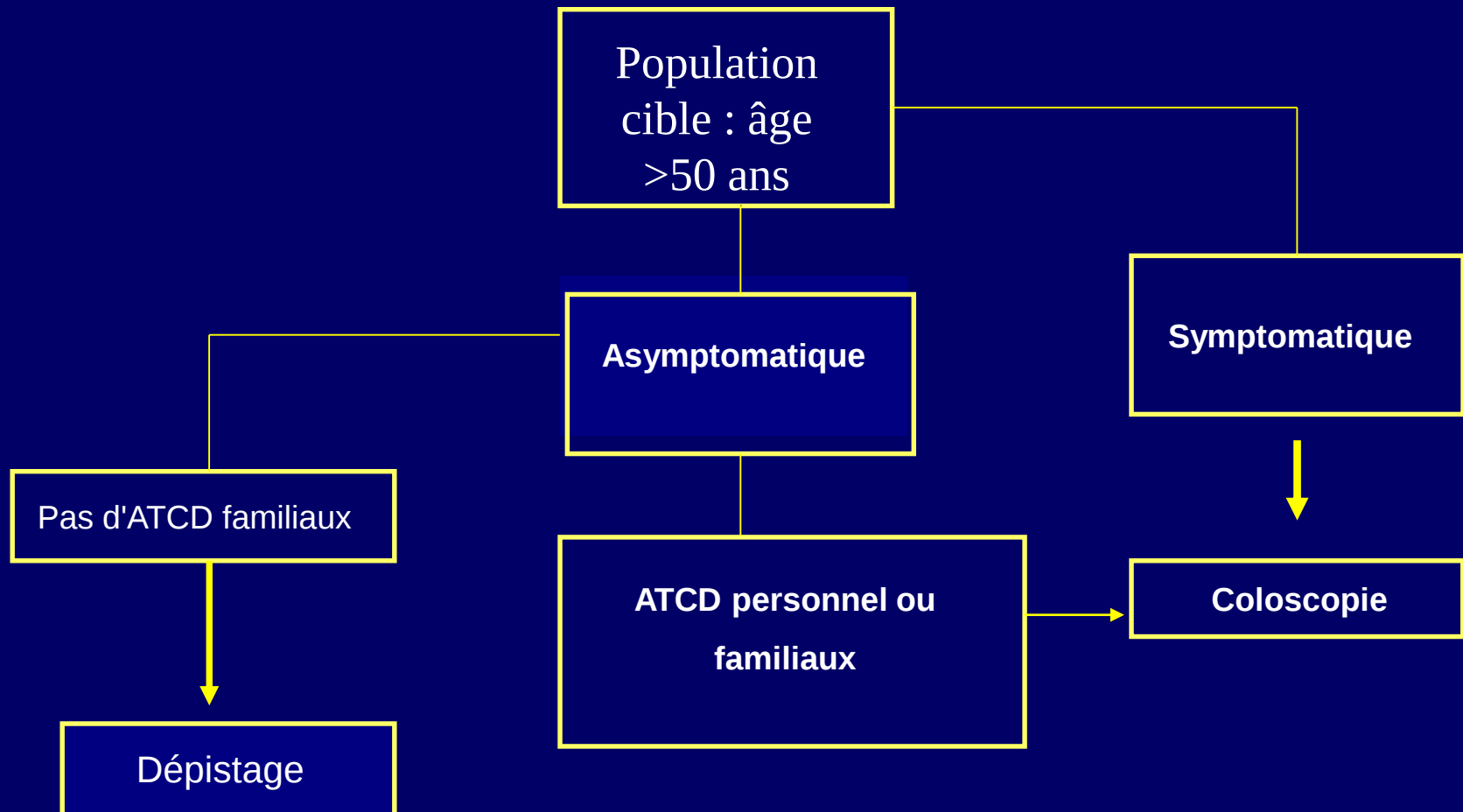
Prévention du cancer colique : des conseils diététiques :
augmentation de la consommation de légumes
réduction globale des apports caloriques
augmentation de l'activité physique.

Hémoccult



Recueil de selles fraîches 3 jours consécutifs

Stratégie de dépistage organisé du CCR basé sur une population cible



X- PRONOSTIC

- **Les facteurs de pronostic utiles à la décision thérapeutique :**
 1. Niveau d'invasion de la tumeur dans la paroi T.
 2. Extension ganglionnaire (traitement adjuvant).
 3. Caractère complet ou non de l'exérèse.
 4. Degré de différenciation et la présence d'emboles.

XI- CONCLUSION

- Cancer fréquent.
- Diagnostic coloscopie + biopsies.
- Traitement : précoce pour améliorer le pronostic.
- Intérêt du dépistage chez les populations à haut risque.

Evaluation



Le cancer du colon peut se compliquer :

- A- Perforation
- B- Hémorragie
- C- Abscès périnéoplasique
- D- Hypertension portale
- E- Sténose

Quelles sont les affections néoplasiques qui sont incriminées dans la genèse du cancer du colon ?

- A- La rectocolite ulcéro-hémorragique
- B- La colite ischémique
- C- La polypose familiale diffuse
- D- La colite pseudo-membraneuse
- E- Le polype colique vilieux

Quelle est La forme anatomo-pathologique la plus fréquente au cours du cancer du colon primitif ?

- A- Adénocarcinome
- B- Sarcome
- C- Tumeur carcinoïde
- D- Tumeur épidermide
- E- Spino-cellulaire

Parmi les facteurs exogènes incriminés et favorisant l'apparition du cancer du colon, lesquels sont vrais ?

- A- Régime riche en graisses
- B- Consommation de fruits
- C- Alimentation riche en protéine animale
- D- Aliments chauds
- E- Aliments riche en fibres

Les marqueurs tumoraux demandés au cours de la surveillance d'un cancer du colon réséqué sont :

- A- Le Ca 19-9
- B- Le CA 125
- C- L'ACE
- D- L'alfa foeto-protéine
- E- Le béta HCG

Cas clinique :

Patiente âgée de 67 ans consulte pour hémorragie digestive basse extériorisée sous forme de rectorragies évoluant depuis 2 semaines. Cette patiente est connue porteuse d'une rectocolite hémorragique évoluant depuis 13 ans et elle est en rémission depuis 5 ans.

Le toucher rectal est sans particularités, en dehors du fait que sur le doigtier il y a un peu de sang mélangé aux matières. L'examen de l'abdomen ne trouve pas de masse palpable, ni d'hépatosplénomégalie, ni d'ascite.

Une rectosigmoidoscopie montre une lésion bourgeonnante irrégulière de 4 cm de diamètre saignant au contact, siégeant à 20 cm de la marge anale avec un rectum et un colon sigmoïde hyperhémisés tout autour.

L'examen anapath avait conclu à un adénocarcinome lieberkuhnien moyennement différencié.

1/ Les lésions suivantes quelles sont celles qui prédisposent au cancer du colon ?

- A- La polypose rectocolique familiale
- B- La rectocolite hémorragique
- C- La diverticulose colique
- D- La sigmoïdite
- E- L'adénome vilieux

2/ Une colonoscopie totale est indiquée pour quelles raisons ?

- A- Rechercher un autre cancer
- B- Rechercher des lésions de rectocolite hémorragique sur le reste du colon.
- C- Rechercher des lésions d'angiodysplasie du colon droit
- D- Rechercher des polypes
- E- Rechercher une diverticulose colique

3/ Parmi les examens suivants, quels sont ceux qui sont utiles dans le cadre du bilan d'extension.

- A- Dosage de l'antigène carcino-embryonnaire
- B- Echoendoscopie
- C- Echographie abdominale
- D- Radiographie du thorax
- E- Scintigraphie osseuse

4/ La patiente a été opérée elle a eu une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale protégée par une iléostomie. L'examen de la pièce opératoire avait conclu à un adénocarcinome lieberkuhnien moyennement différencié du sigmoïde de 5 cm de diamètre envahissant toutes les tuniques de la paroi colique sans envahissement ganglionnaire. Le reste du colon était le siège de rectocolite hémorragique en rémission sans lésions de dysplasie.

A quel stade de TNM correspond cette description anatomopathologique ?

- A- T1 N0
- B- T2N+
- C- T3N+
- D- T3N0
- E- T4N+

5/ Le pronostic d'un cancer du colon dépend :

- A- De son aspect macroscopique
- B- De son degré de différenciation
- C- De son extension en profondeur
- D- De l'atteinte ganglionnaire
- E- Du caractère complet ou non de l'exérèse

-Quelles sont les affections qui sont incriminées dans la genèse du cancer du colon ?

A- La rectocolite ulcéro-hémorragique

B- La colite ischémique

C- La polypose familiale diffuse

D- La maladie de crohn colique

E- Le polype colique vilieux

Le cancer du colon droit :

- A- Peut se compliquer d'infection
- B- Saigne plus que le cancer du colon gauche
- C- Nécessite une colectomie totale
- D- Peut se compliquer de perforation
- E- Peut donner une hypertension portale

Le traitement palliatif du cancer du colon peut comporter :

- A- Une résection antérieure du rectum avec une métastasectomie
- B- Une colostomie d'amont
- C- Un curage ganglionnaire
- D- Une amputation abdomino-périnéale
- E- Une ligature vasculaire à l'origine

Les éléments pré néoplasiques du cancer colique sont :

- A- Syndrome de Gardner
- B- Hypertension portale
- C- Polype villeux
- D- Rectocolite ulcéro hémorragique
- E- Colite pseudomembraneuse

Le traitement d' un cancer du colon droit non compliqué
stade p T3N+M0 doit comporter :

- A- Une chimiothérapie
- B- Une hémicolectomie droite
- C- Une radiothérapie
- D- Une ligature de l'artère mésentérique supérieure à son origine
- E- Une résection du mésocolon droit

Le bilan de surveillance post opératoire d'un cancer du colon doit comporté :

- A- Un examen abdominal
- B- Une échographie abdominale
- C- L'ACE
- D- Un dosage des phosphatases alcaline
- E- Une FOGD

Parmi les examens suivants, quels sont ceux qui sont utiles dans le cadre du bilan d'extension d'un cancer du colon :

- A- Dosage de l'antigène carcino-embryonnaire
- B- Echo endoscopie
- C- Echographie abdominale
- D- Scanner thoracique
- E- Scintigraphie osseuse

Pour le cancer du colon :

A- L'adénocarcinome est la forme histologique la plus fréquente

B- Le cancer du colon droit se complique le plus de sténose

C- Le cancer du colon gauche se complique le plus de saignement

D- Le polype peut se transformer en cancer

E- Le traitement se base sur la chirurgie et la chimiothérapie

Les éléments de mauvais pronostic du cancer du colon sont :

- A- L'extension en profondeur
- B- L'absence d'envahissement vasculaire
- C- L'engainement péri nerveux
- D- L'existence de métastase hépatique
- E- L'absence de métastase ganglionnaire

Les signes radiologiques de l'occlusion colique néoplasique sont :

- A- Des niveaux hydro aériques plus haut que large
- B- Des niveaux en marche d'escalier
- C- Des niveaux périphériques
- D- Des niveaux en arceaux
- E- Peuvent être associés à des niveaux gréliques

La localisation la plus fréquente du cancer du colon :

- A- Colon droit
- B- Angle colique gauche
- C- Colon sigmoïde
- D- Colon transverse
- E- Coecum

Les complications du cancer du colon sont :

- A- Occlusion
- B- Hémorragie
- C- Perforation in situ
- D- Péritonite par perforation diastatique
- E- Colite ischémique