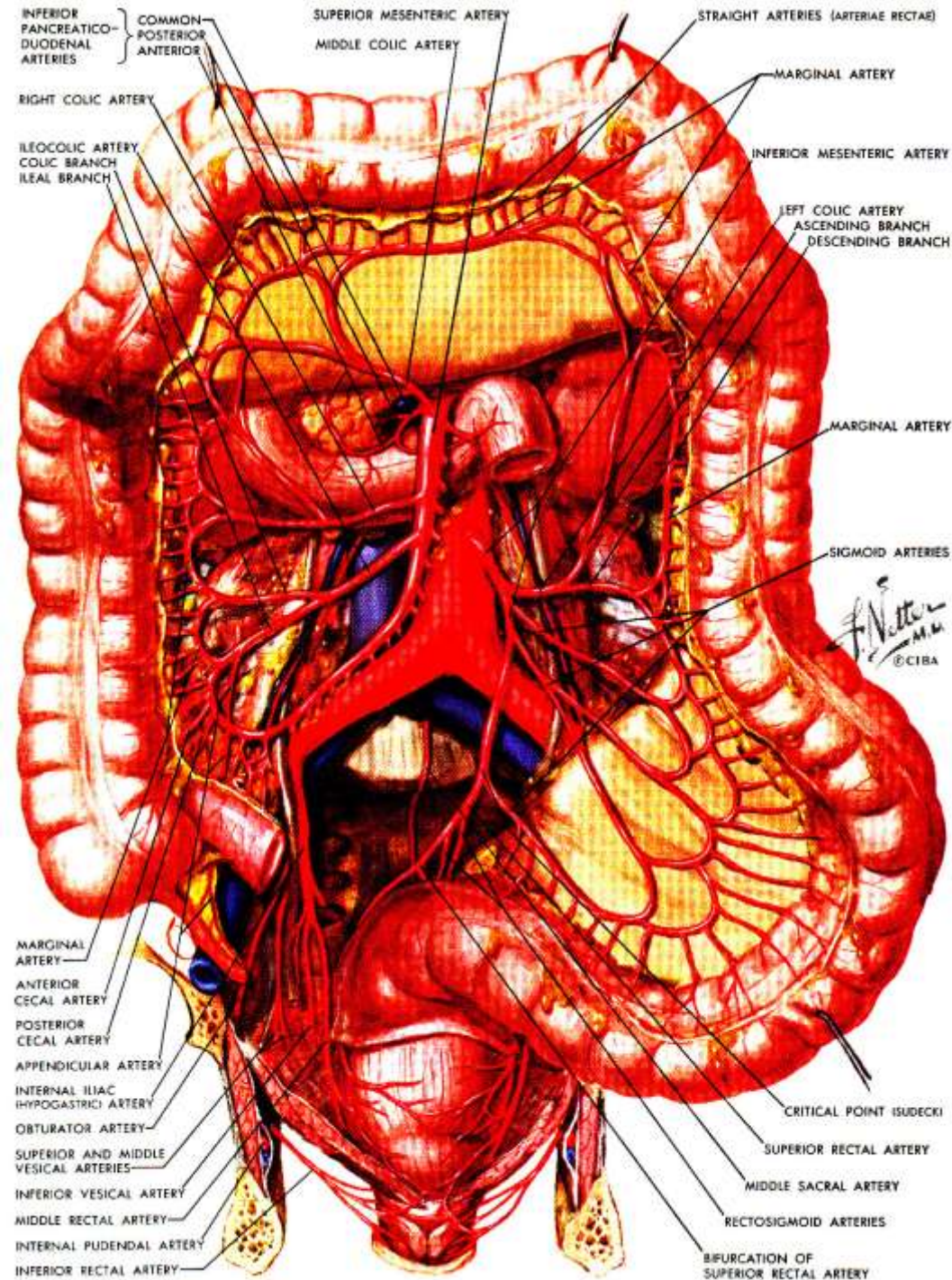
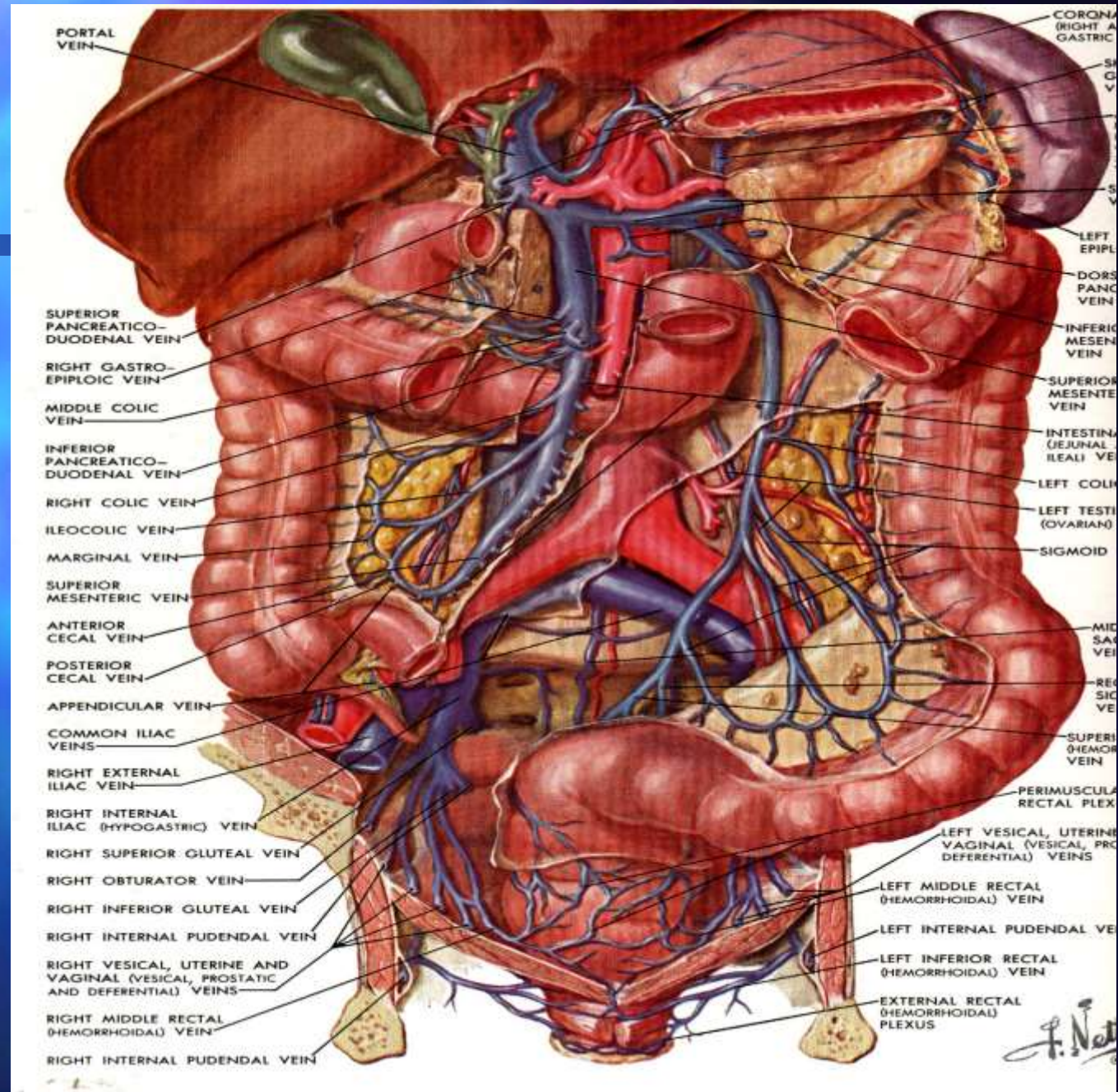


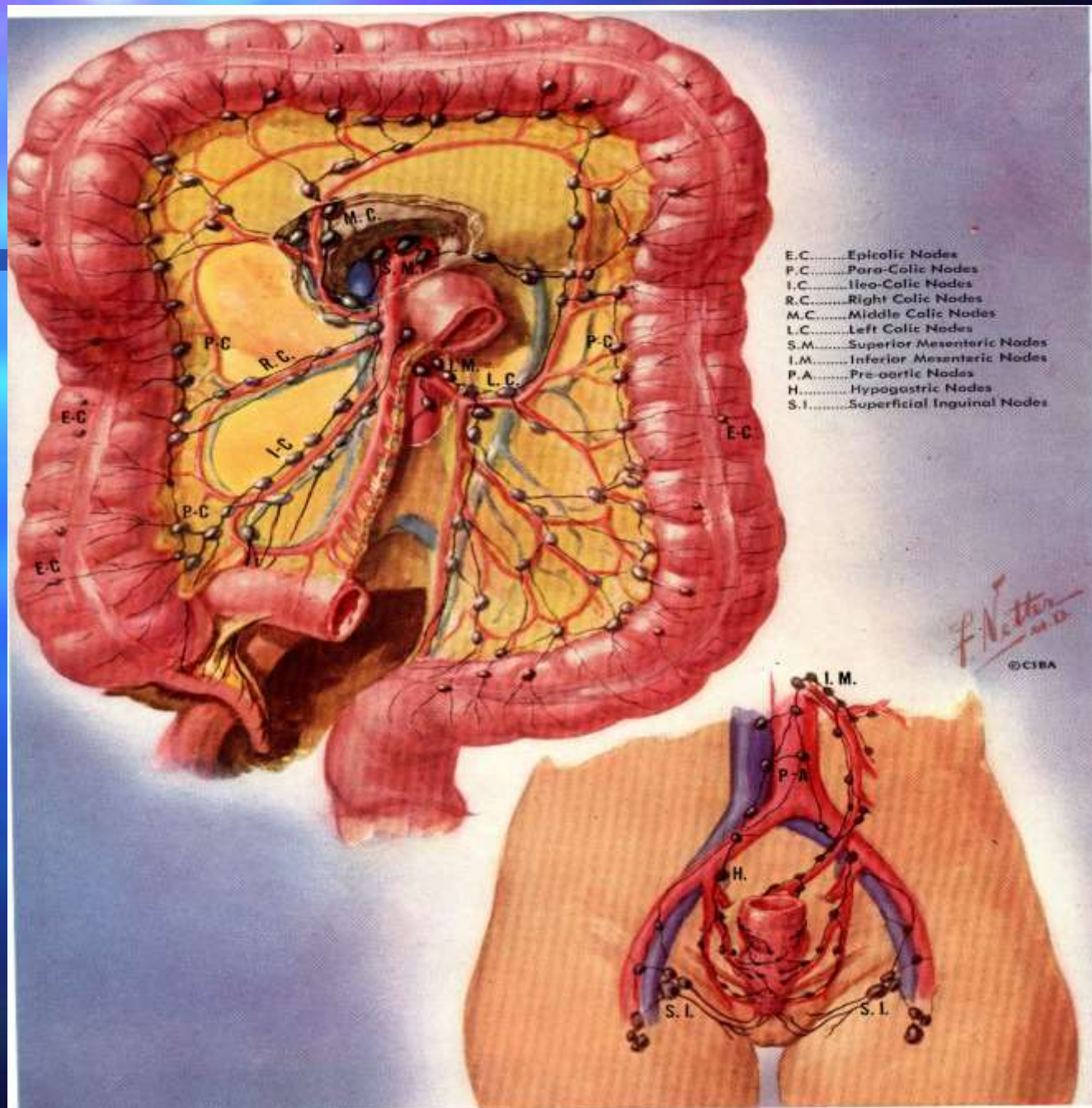
LE COLON

ANATOMIE



ANATOMIE





LE CANCER DU COLON

Considérations générales

- Se place au 2e rang après le cancer pulmonaire
- Incidence maximale à l'âge de 65-75 ans, le rapport hommes /femmes est de 1,7
- Aux Etats-Unis 150. 000 nouveaux cas par an , 60.000 décès annuellement

Étiopathogénie

- ❑ 95% adénocarcinomes
- ❑ 5% des patients présentent des cancers synchrones à étiopathologie multiple
- ❑ il y a un très grand risque de cancers métachrones

Etiopathogénie

■ Facteurs génétiques

- adénomes
- Polypose adénomateuse familiale
- cancer colonique héréditaire autosomal dominant:
 1. Syndrome des cancers familiaux (Lynch II)
 - apparition à des jeunes âges
 - fréquemment sur le côlon ascendant
 - concomitamment avec d'autres adénocarcinomes ayant une localisation extracolique

Étiopathogénie

2. Cancers héréditaires avec localisation spécifiquement colonique (Lynch I) , mêmes caractéristiques, la concomittance avec d'autres cancers en moins

- ❑ **Facteurs prédisposants** – la colite ulcéreuse, la maladie de Chron, etc.
- ❑ **Facteurs diététiques:**
 - les graisses alimentaires stimulent la sécrétion de la bile, conduisant à l'augmentation de la concentration des acides biliaires dans les matières fécales
 - alimentation pauvre en fibres végétales

Facteurs de risque

- Âge : plus de 50 ans
- Affections prédisposantes :
 - colite ulcéreuse (plus de 10 ans)
 - maladie de Crohn
 - polypose adénomateuse familiale
 - syndr. du cancer du côlon héréditaire non polyposique
 - polypes coliques comme antécédents
- Antécédents hérédo-colatéraux de cancer colorectal ou polypes

Morphopathologie

□ Macroscopique

- type ulcéreux? (plus rare)
- type polypoïde (végétant)
- type infiltratif (linite colonique)

□ Microscopique

- 95% adénocarcinomes avec 3 degrés de différenciation:

- 1er degré :tumeurs différenciées
- 2e degré : tumeurs faiblement différenciées
- 3e degré: tumeurs non différenciées

Dissémination

- **Directe** - infiltration de la paroi en sens circulaire et longitudinal
- **Intra-luminale** , par desquamation de cellules cancéreuses colorectales
- **Contamination péritonéale**
- **Dissémination lymphatique**
- **Dissémination hématogène**

Stadialisation

■ Classification de Dukes (Dukes 1932)

Stade A – tumeur limitée à la paroi intestinale

Stade B – tumeur affectant ou traversant la séreuse

Stade C – affection lymphonodulaire présente:

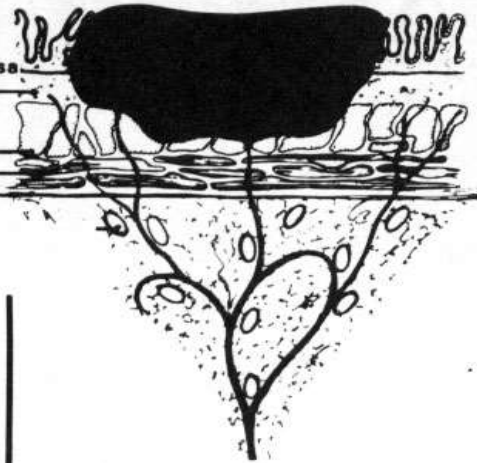
C1 – nodules apicaux non affectés

C2 – nodules apicaux affectés

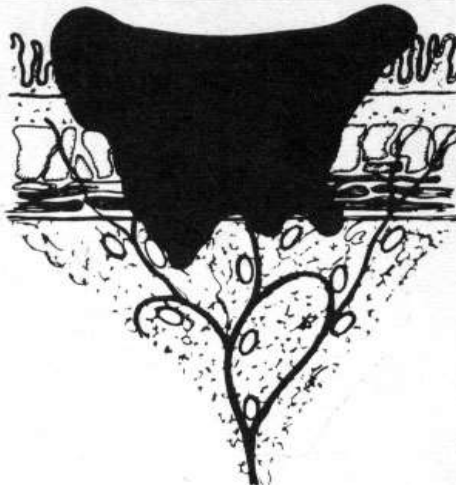
Stade D - présence de métastases à distance ou envahissement d'autres organes.

Classification de Dukes

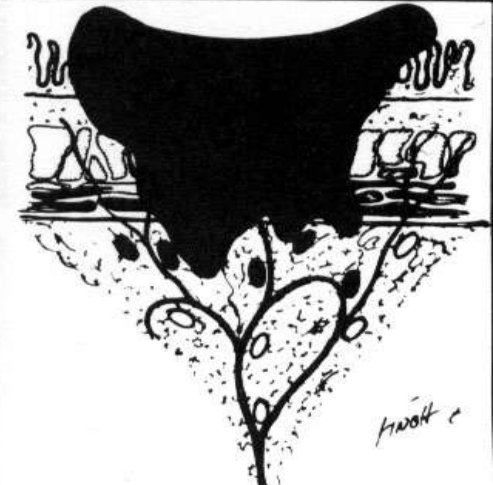
MUCOSA
muscularis mucosa
SUBMUCOSA
MUSCULARIS
circular
longitudinal
Serosa



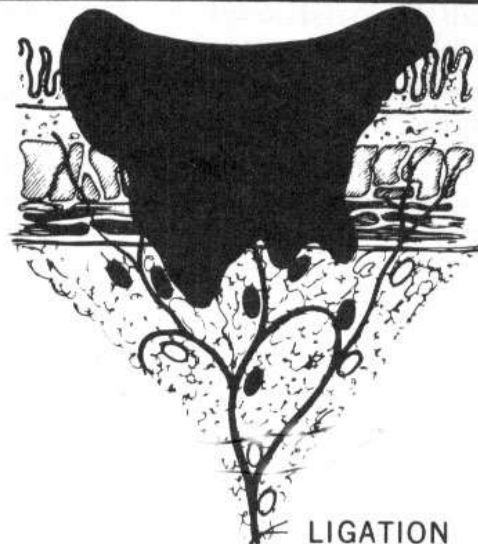
A.



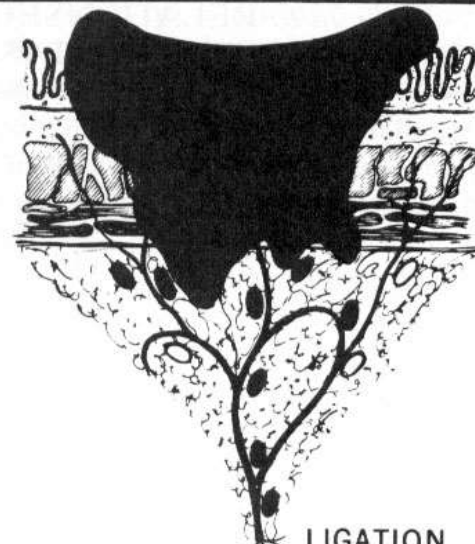
B.



C.



C.1



C.2

Stadialisation

□ Système TNM(1992)

Tumeur primaire (T):

T0- il n'y a pas de tumeur primaire

Tis- carcinome "in situ"

T1- la tumeur envahit la submuqueuse

T2- la tumeur envahit la musculaire

T3- la tumeur dépasse la musculaire et pénètre dans la subséreuse ou dans les tissus non péritonéaux péricoliques

T4- la tumeur envahit le péritoine viscéral ou d'autres organes et structures i

Stadialisation

Lymphonodules régionaux (N):

Nx- lymphonodules régionaux qu'on ne peut pas évaluer

N0- sans métastases dans les lymphonodules régionaux

N1- métastases dans 1-3 lymphonodules péricoliques ou périrectaux

N2- métastases dans 4 ou plusieurs lymphonodules péricoliques ou périrectaux

N3- métastases dans tout lymphonodule le long d'un tronc vasculaire

Métastases à distance (M):

Mx- on ne peut pas mettre en évidence des métastases à distance

M0- il n'y a pas de métastases à distance

M1- présence de métastases à distance

Stadialisation

Stadiul	Tumora	Noduli	Meta.	Dukes
Stadiul 0	Tis	N0	M0	
Stadiul I	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	
Stadiul II	T3	N0	M0	B
	T4	N0	M0	
Stadiul III	Orice T	N1	M0	C
	Orice T	N2, N3	M0	
Stadiul IV	Orice T	Orice N	M1	D

Tableau clinique

□ A. Symptomatologie

- - troubles du transit intestinal
- - rectorragies avec sang rouge ou noir
 - modifications des selles
- Douleurs , météorisme
- évacuation incomplète, ténésmes
- anémie
- pertes de poids, manque d'appétit

L'Examen clinique est très important

Examens par imagerie

- **Radiologie** – lavement baryté :
 - “trognon de pomme” pour localisations gauche
 - Images lacunaires massives pour localisation droite
- **Rectosigmoïdoscopie** + Biopsie
- **Scanner**
- **Echographie** abdominale, endoluminale, etc.

Examens par imagerie

- Investigations supplémentaires
 - Urographie
 - Cystoscopie
 - Radiographies osseuses
 - Radiographies du thorax
 - RMN

Radiologie



Endoscopie



Endoscopie

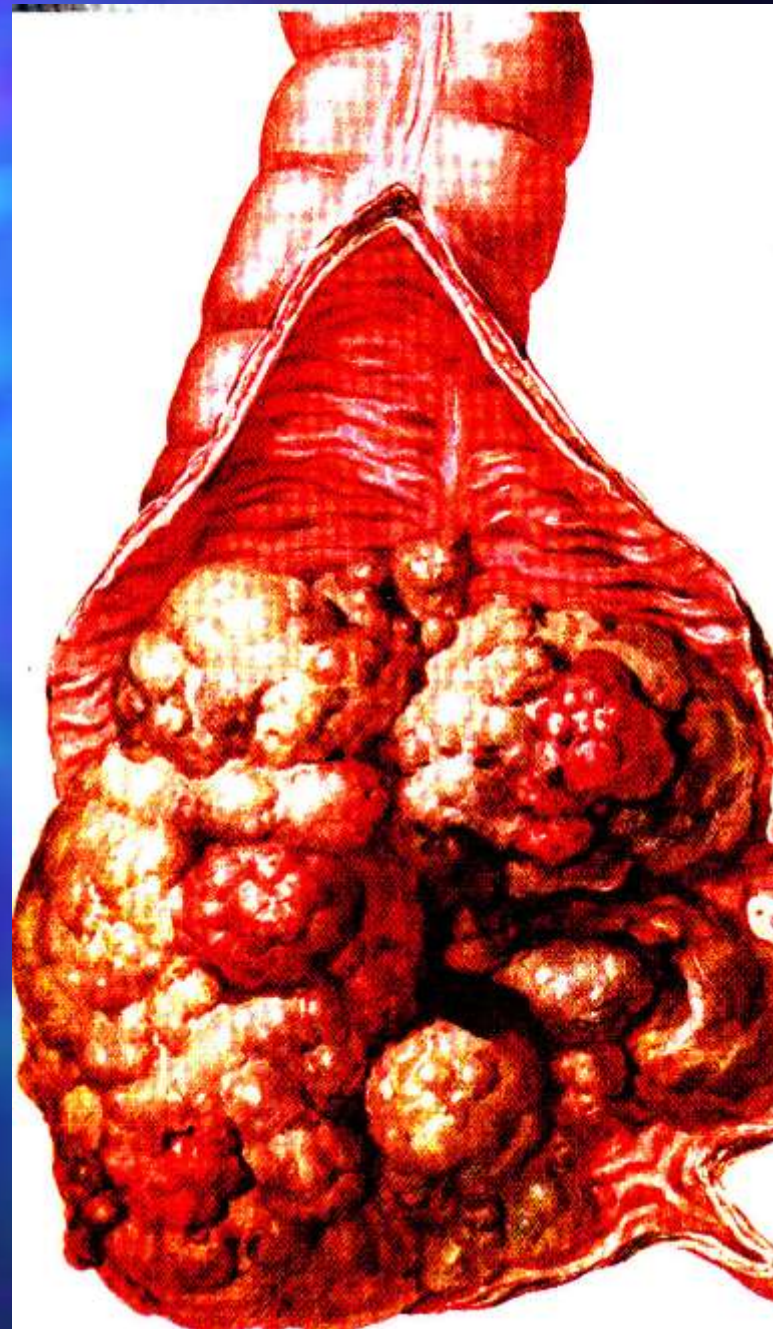


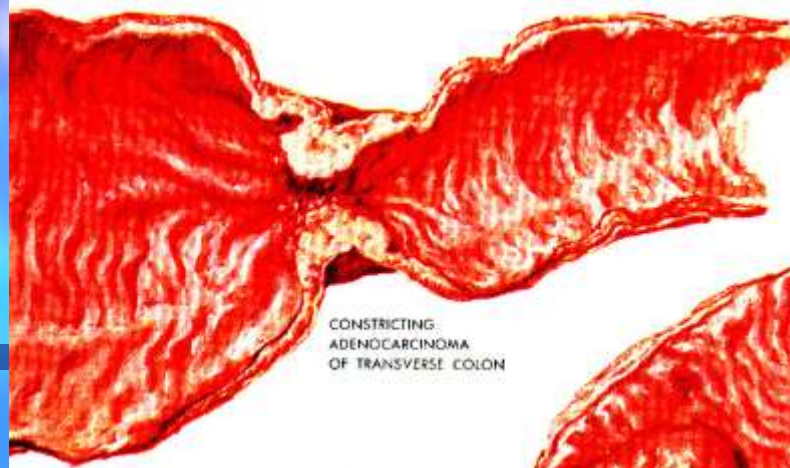
Endoscopie



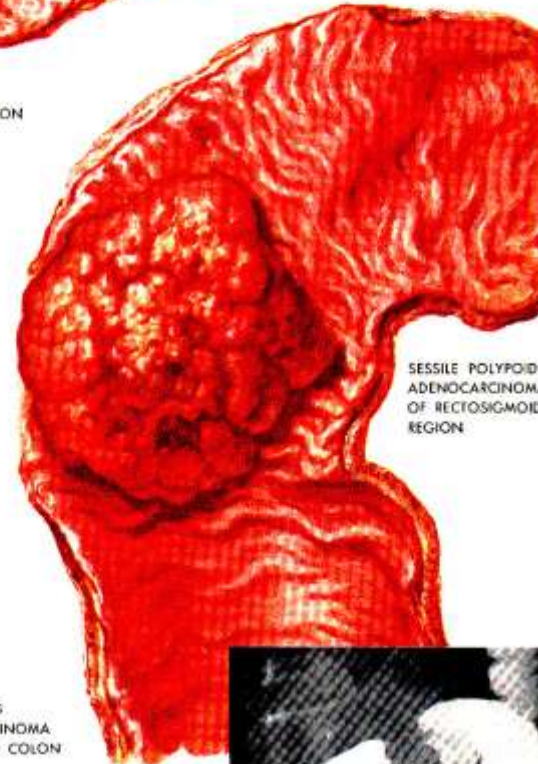
Scanner







CONSTRIC-
TIONS
ADENOCARCINOMA
OF TRANSVERSE COLON



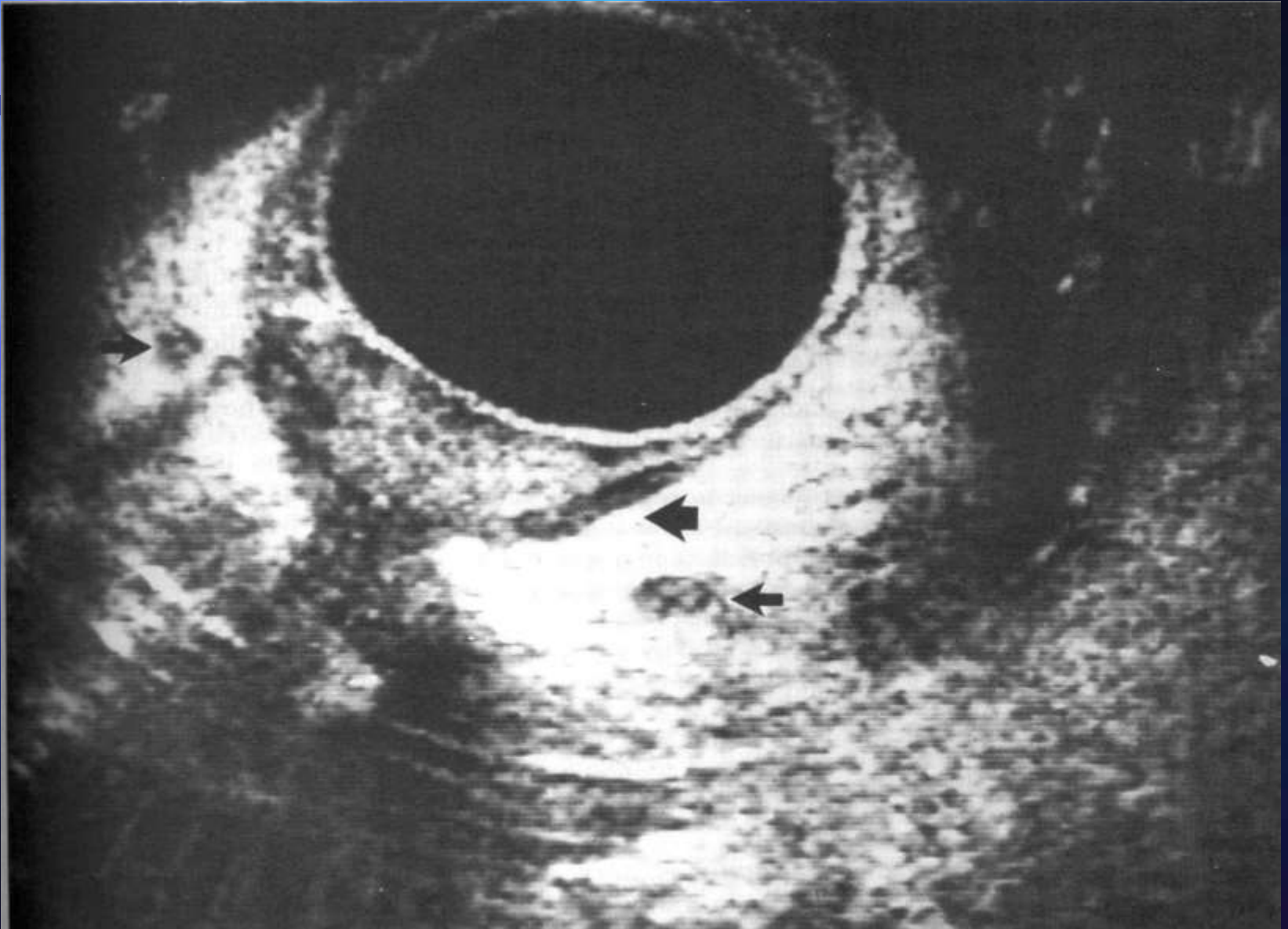
SESSILE POLYPOID
ADENOCARCINOMA
OF RECTOSIGMOID
REGION



INFILTRATING
ADENOCARCINOMA
OF SIGMOID COLON



Echographie



Essentiel dans le diagnostic

■ **Côlon droit:**

- amaigrissement inexplicable et/ou anémie
- saignements occultes dans les fécales
- inconfort dans l'abdomen droit
- tumeur abdominale palpable
- le lavement baryté et la colonoscopie tranchent sur le diagnostic

Essentiel dans le diagnostic

□ Côlon gauche:

- modifications du transit intestinal
- sang rouge dans les selles
- signes d'occlusion
- aspect caractéristique radiologique et colonoscopique

Le rectum :

- rectorragie
- altérations du transit
- évacuation incomplète, ténesmes
- tumeur palpable; explorations rectoscopiques

Complications

- Occlusion
- Hemorragie digestive inférieure
- Perforation – tumorale
- diastatique
- Infection : tumorale -scléro- lypomatose
péritumorale
- Pénétration et /ou fistule

Diagnostic différentiel

- ❑ Maladies du tractus digestif supérieur
- ❑ Autres causes d'anémie
- ❑ Appendicite
- ❑ Hémorroïdes
- ❑ Diverticulose , polypose , colite ulcéreuse, maladie de Crohn

Traitement

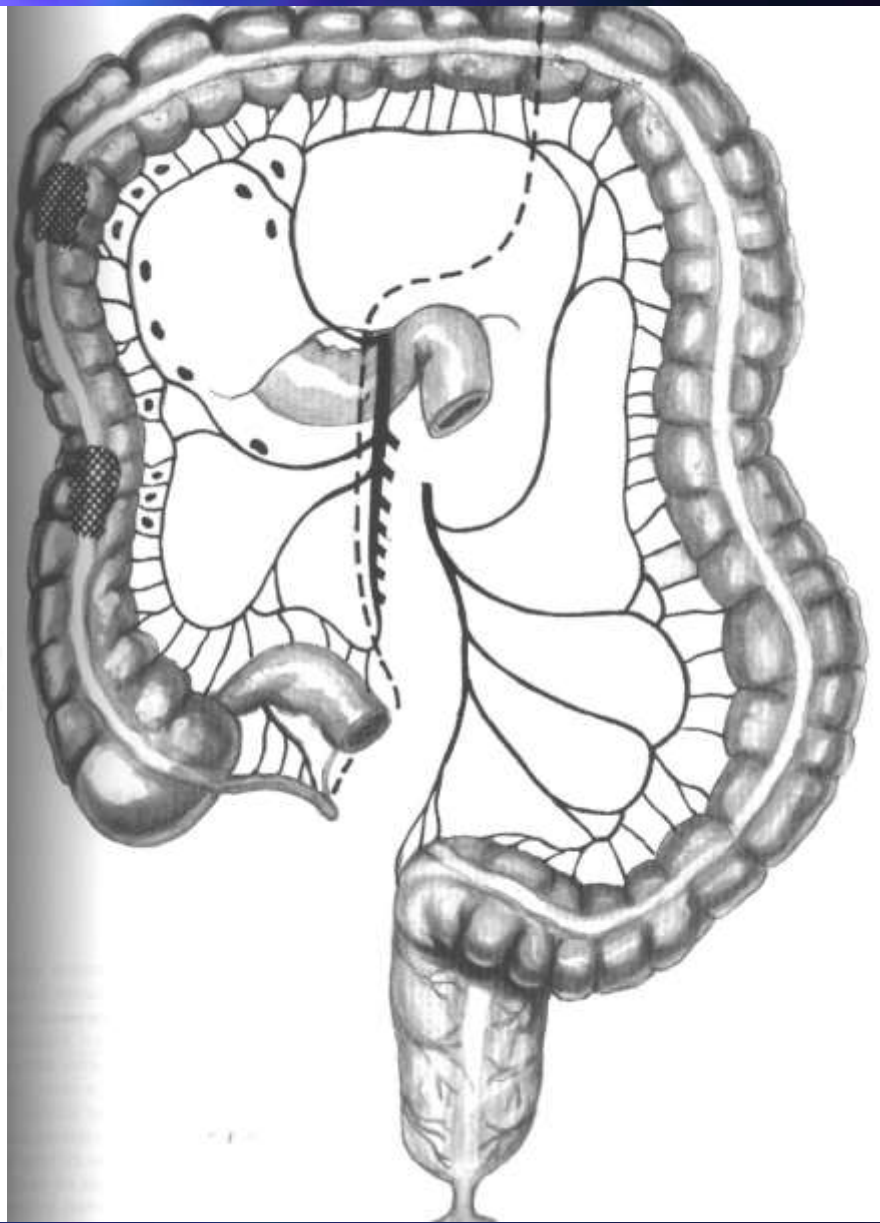
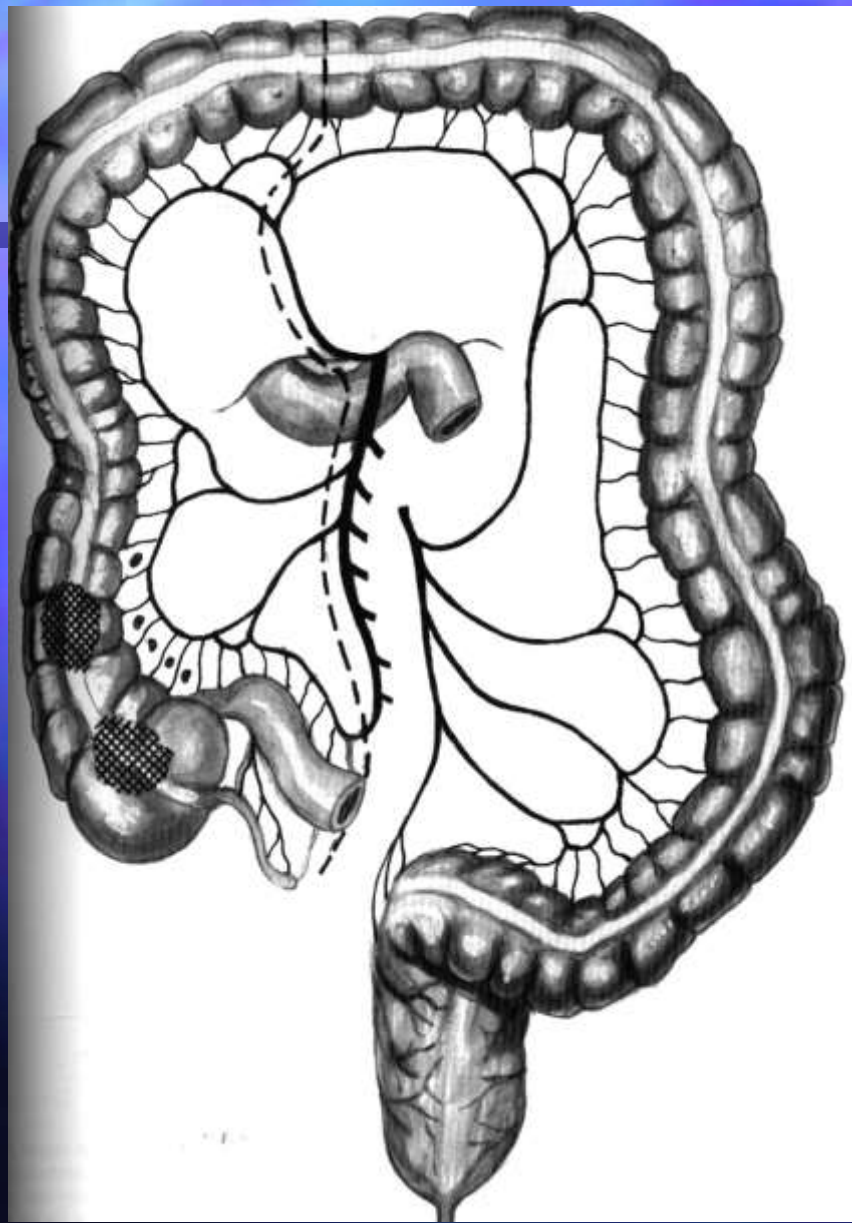
- Chirurgical - radical
 - palliatif: ACN *, opération de Hartmann , colojéjunostomie, etc.
- Excision des lésions polypoïdes
- Electrocoagulation
- Photocoagulation au laser
- Radiothérapie
- Thérapie adjuvante- en cas de résection curative
 - palliative

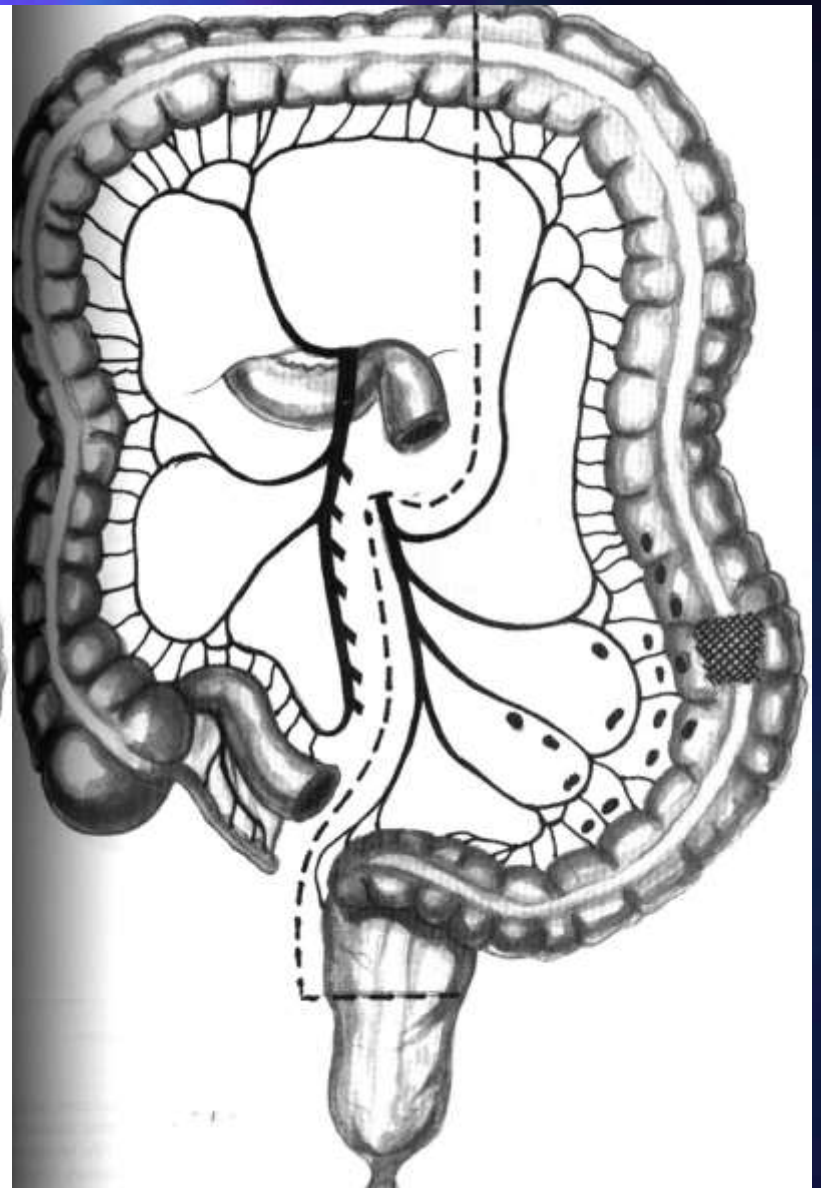
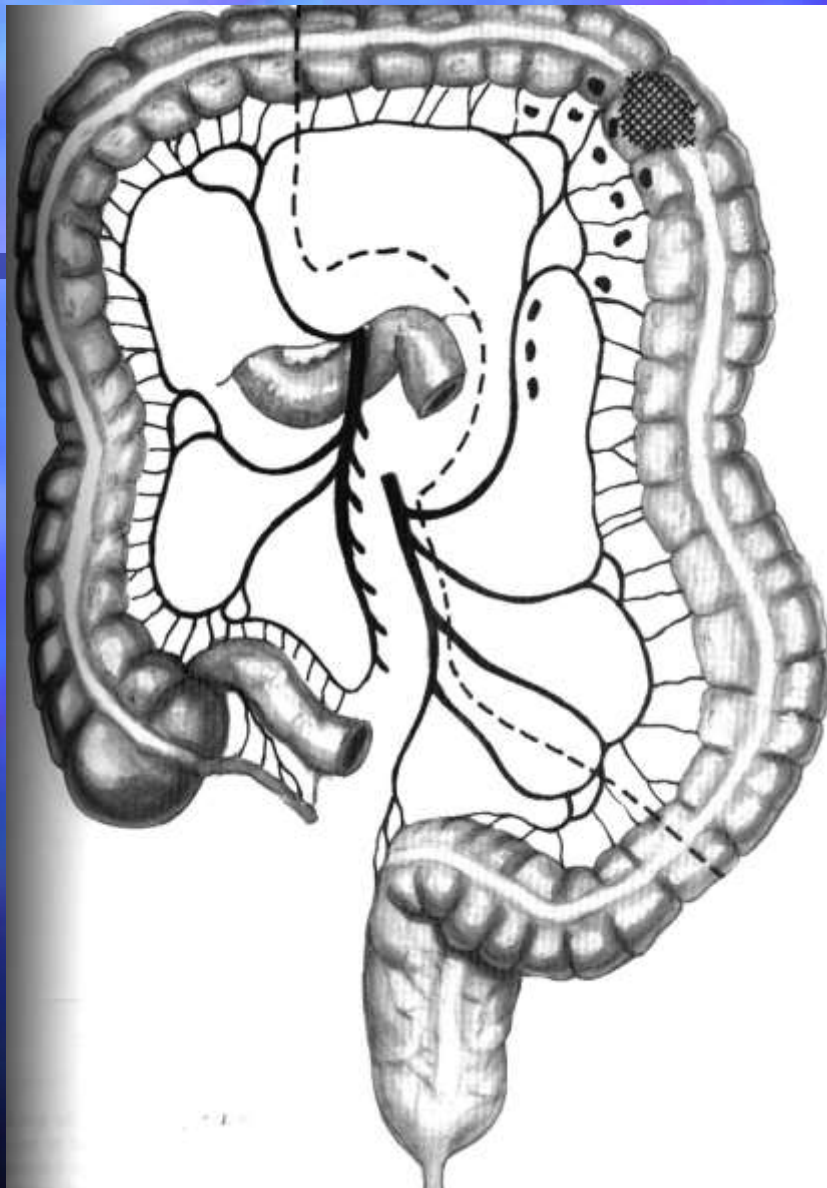
Chirurgical - Radical

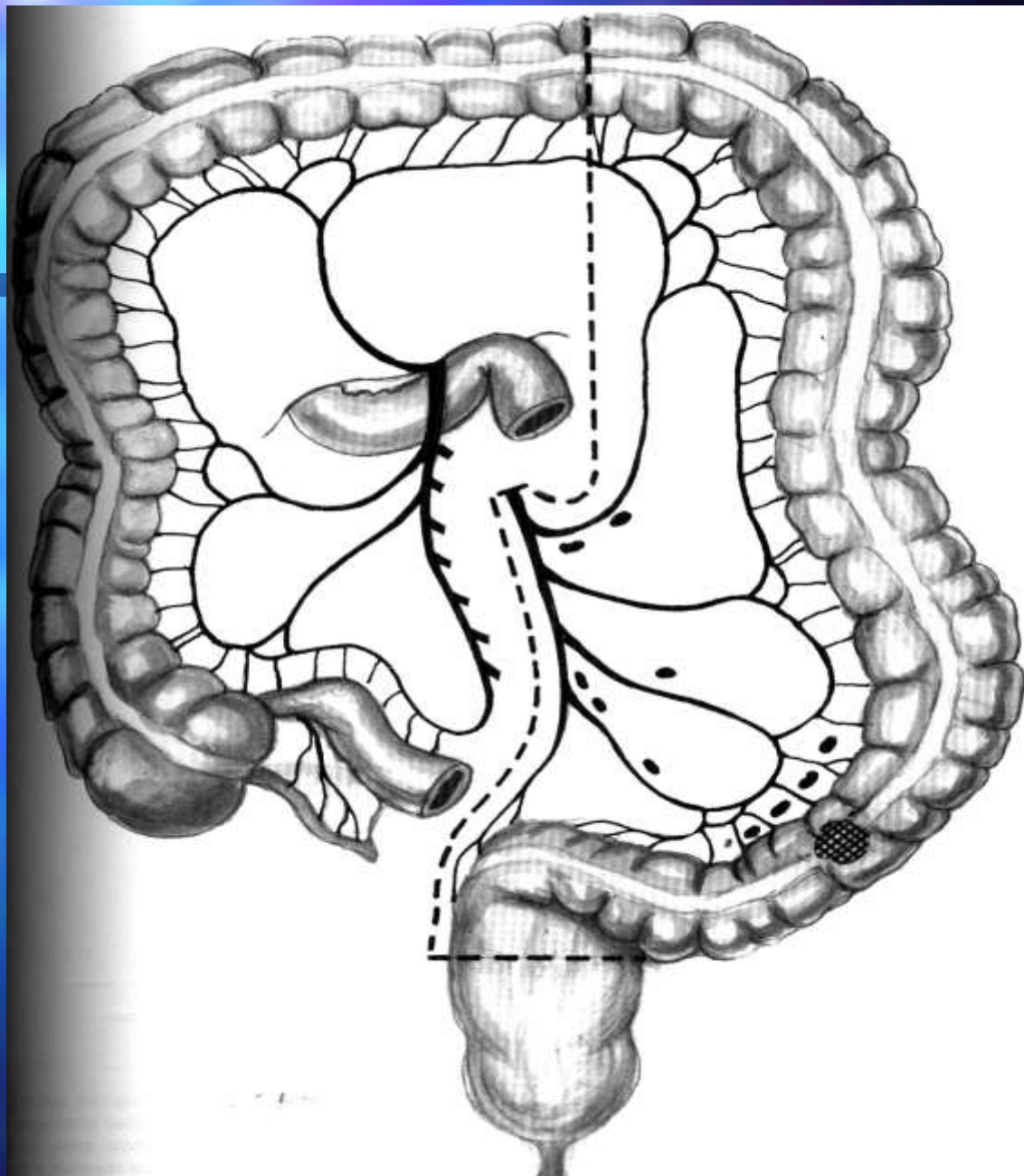
- Hémi-colectomie droite
- laparo classique
- Hémi-colectomie gauche
- Colectomie segmentaire:
 - transverse
 - sigmoïdienne

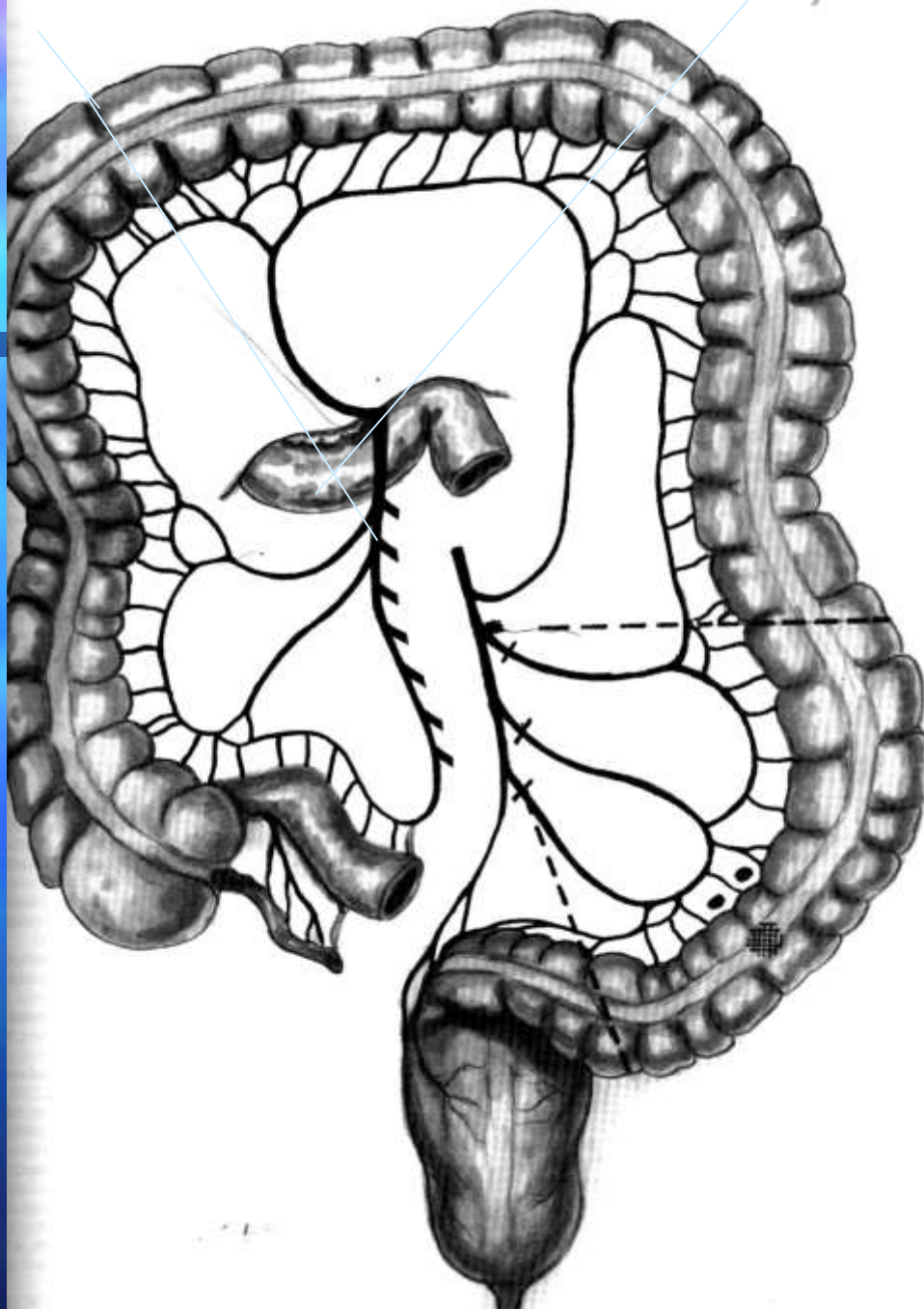


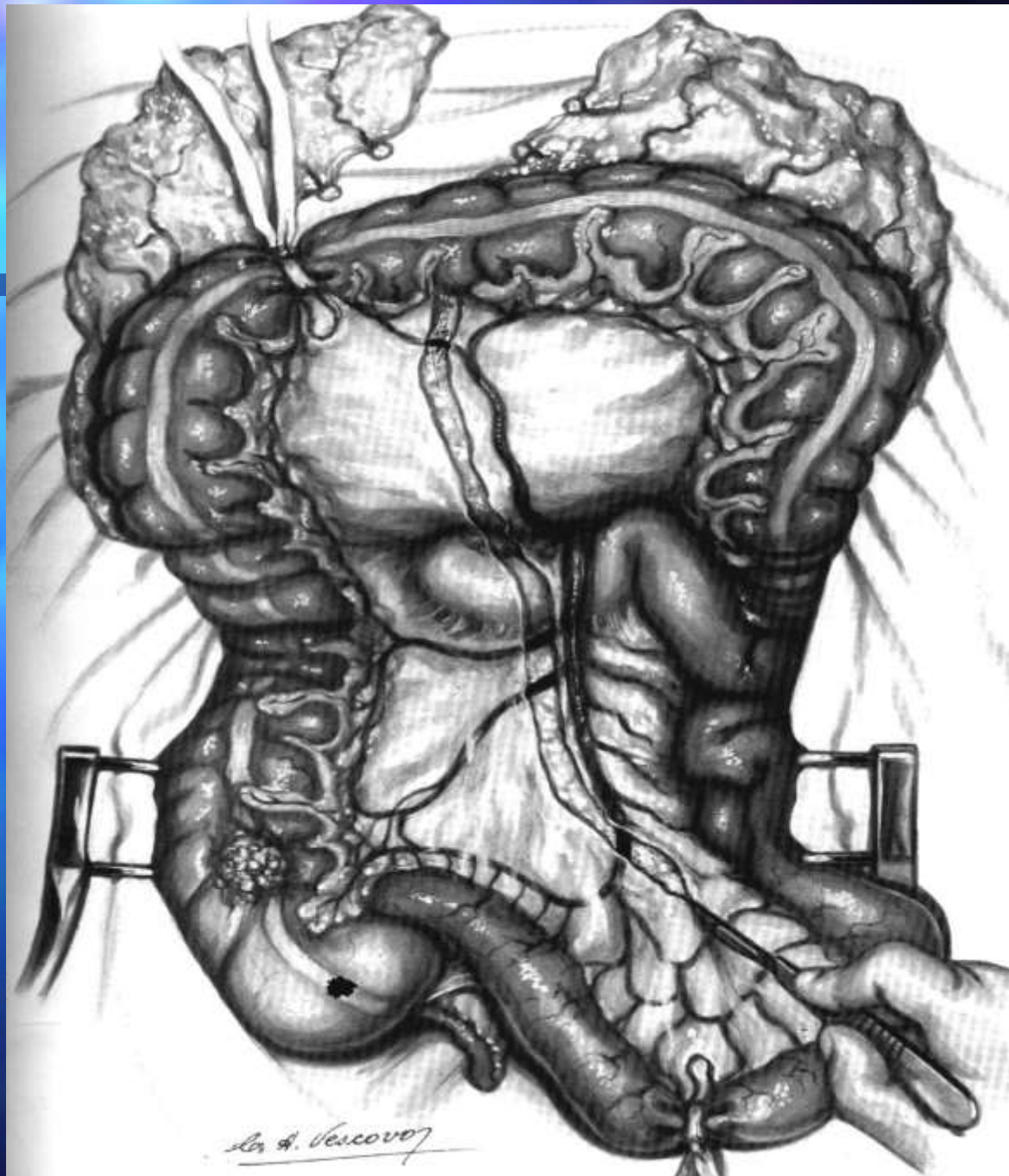
(résection large avec lymphadénectomie)



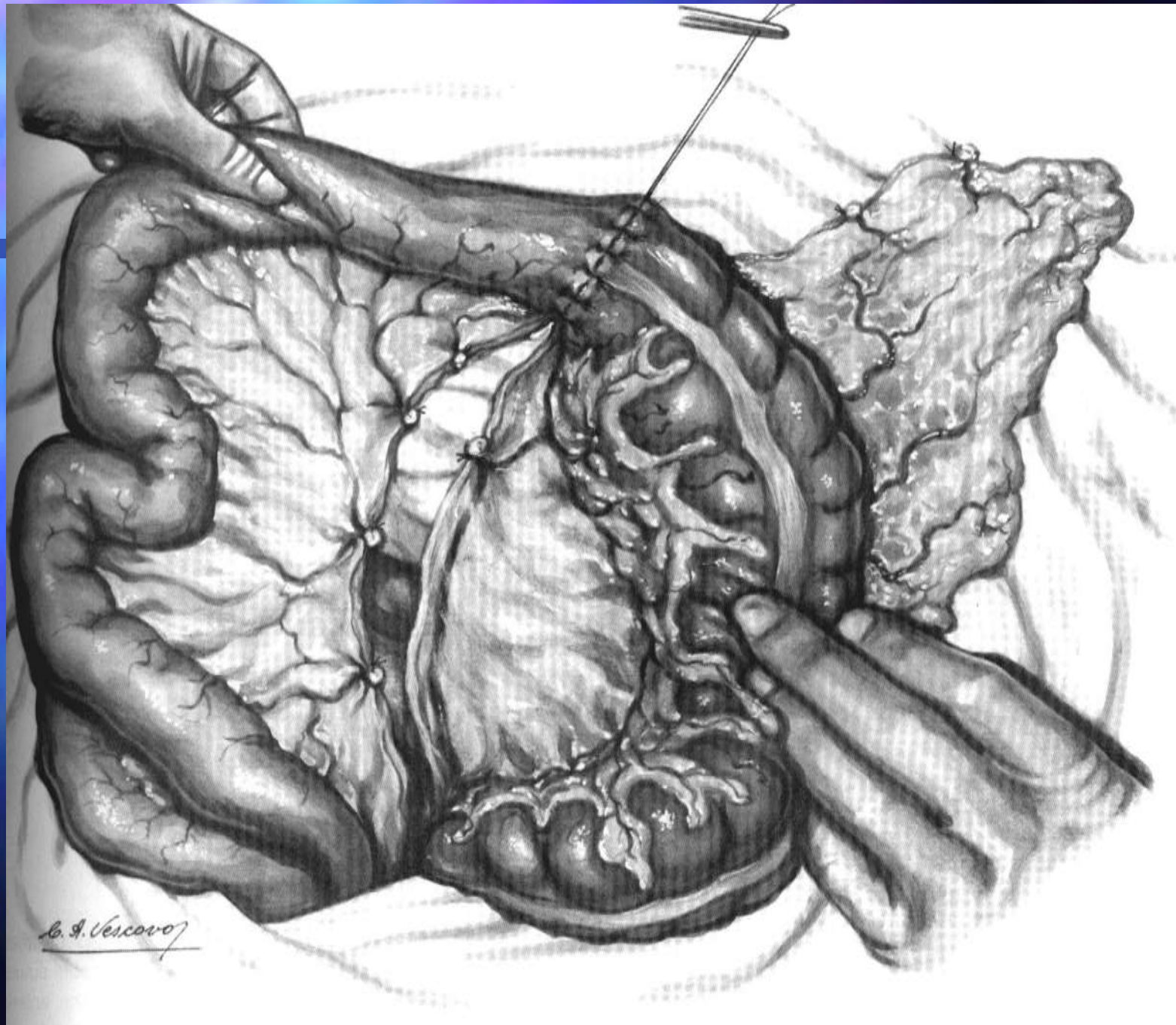


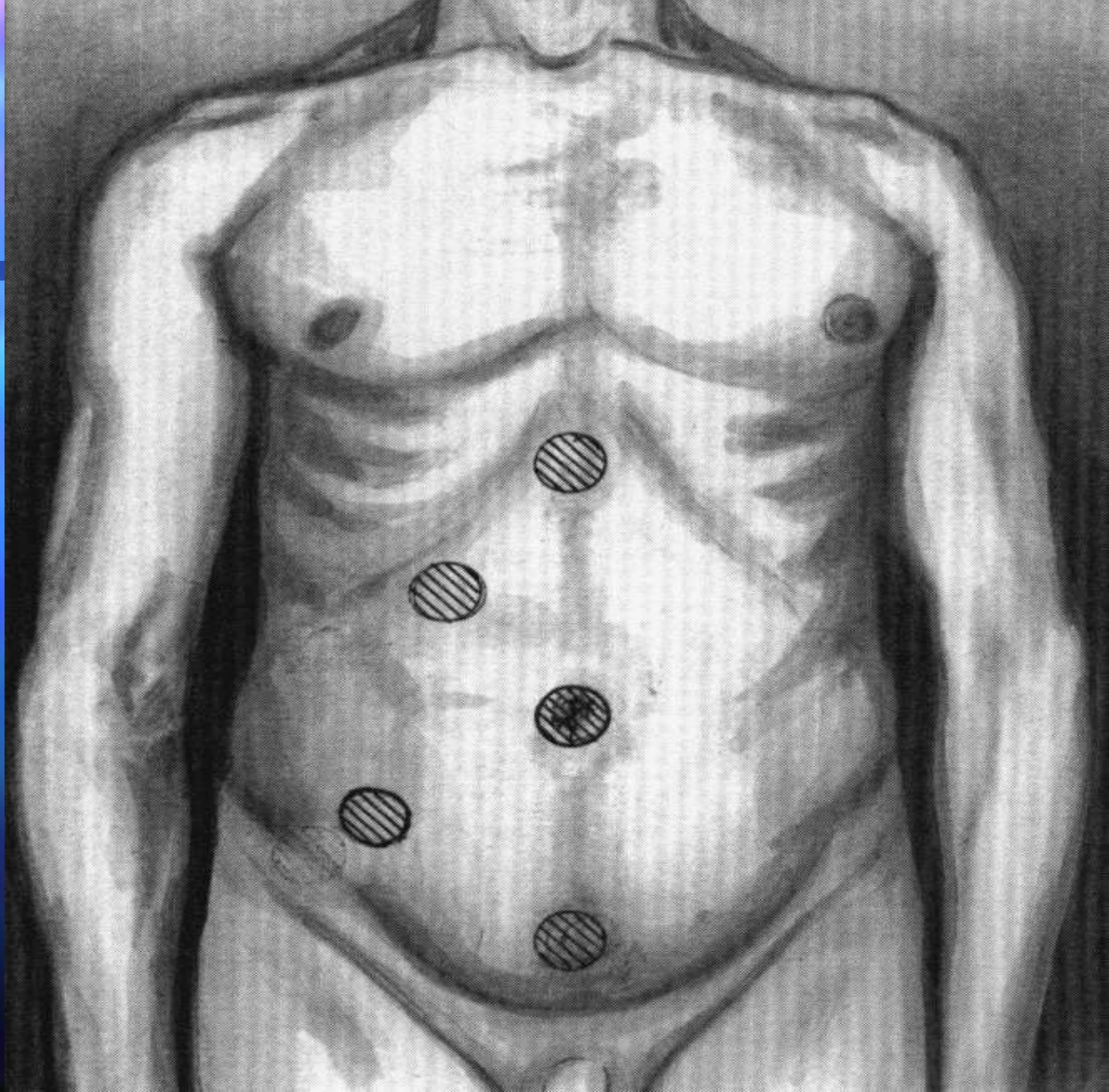


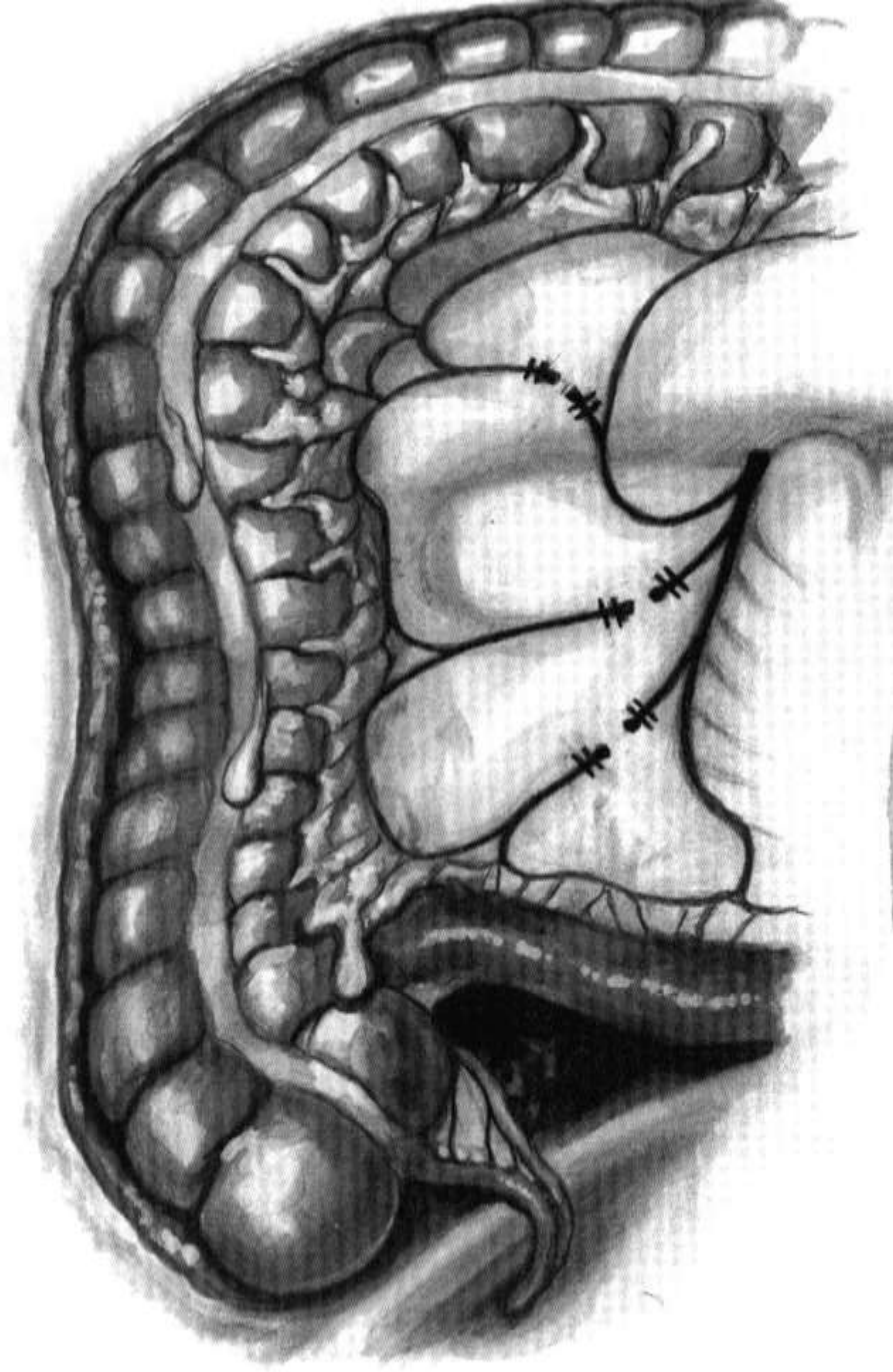
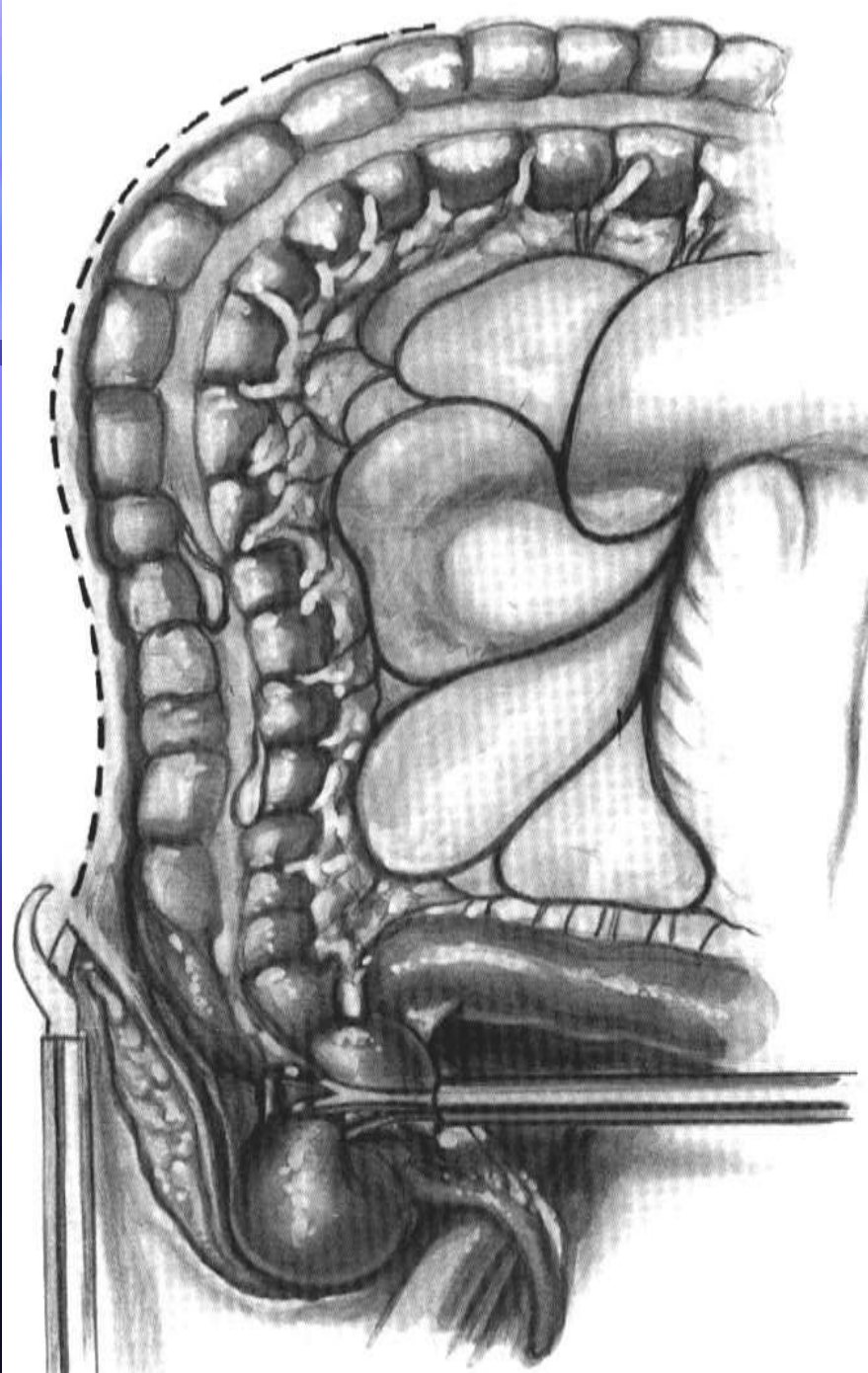


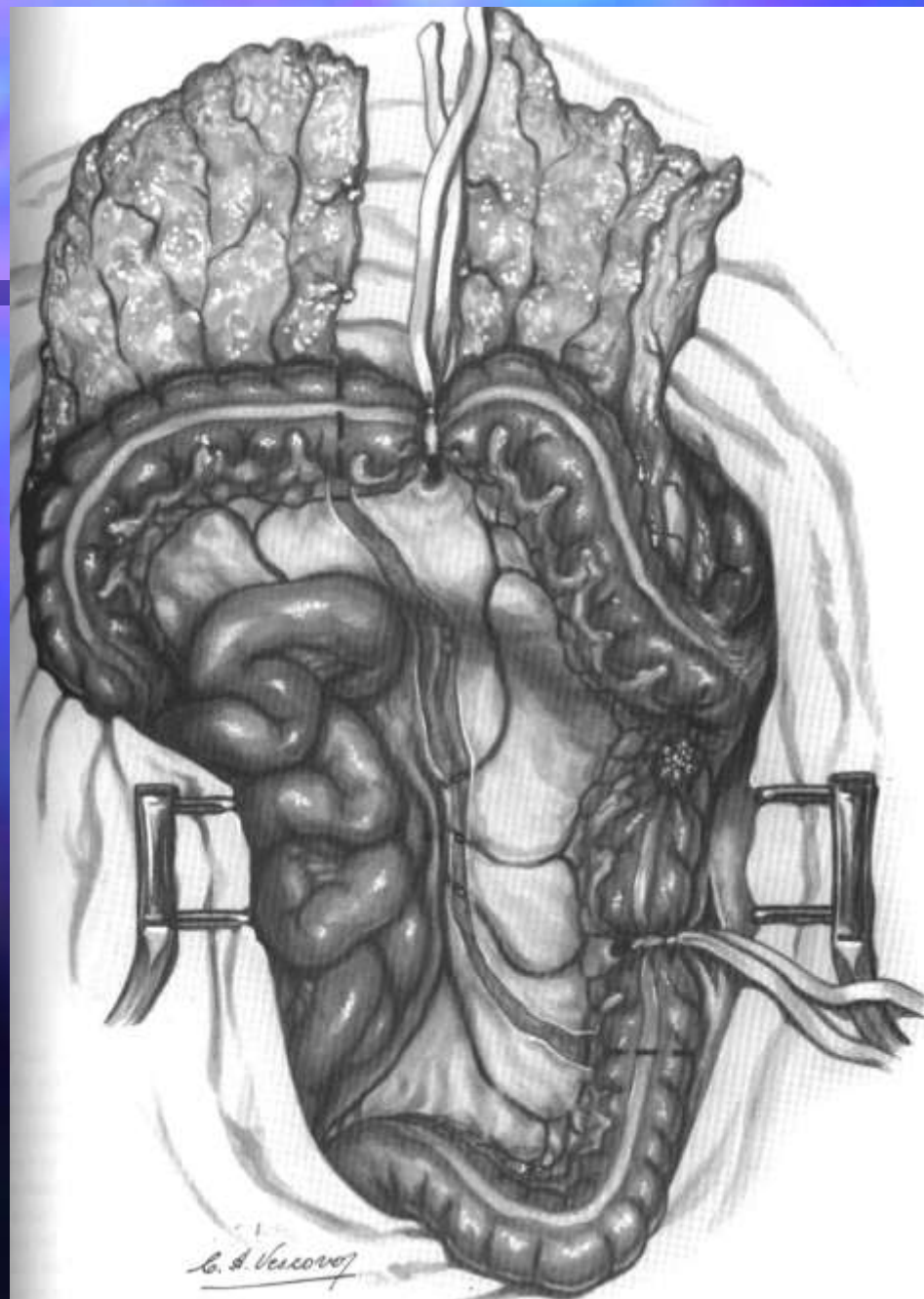


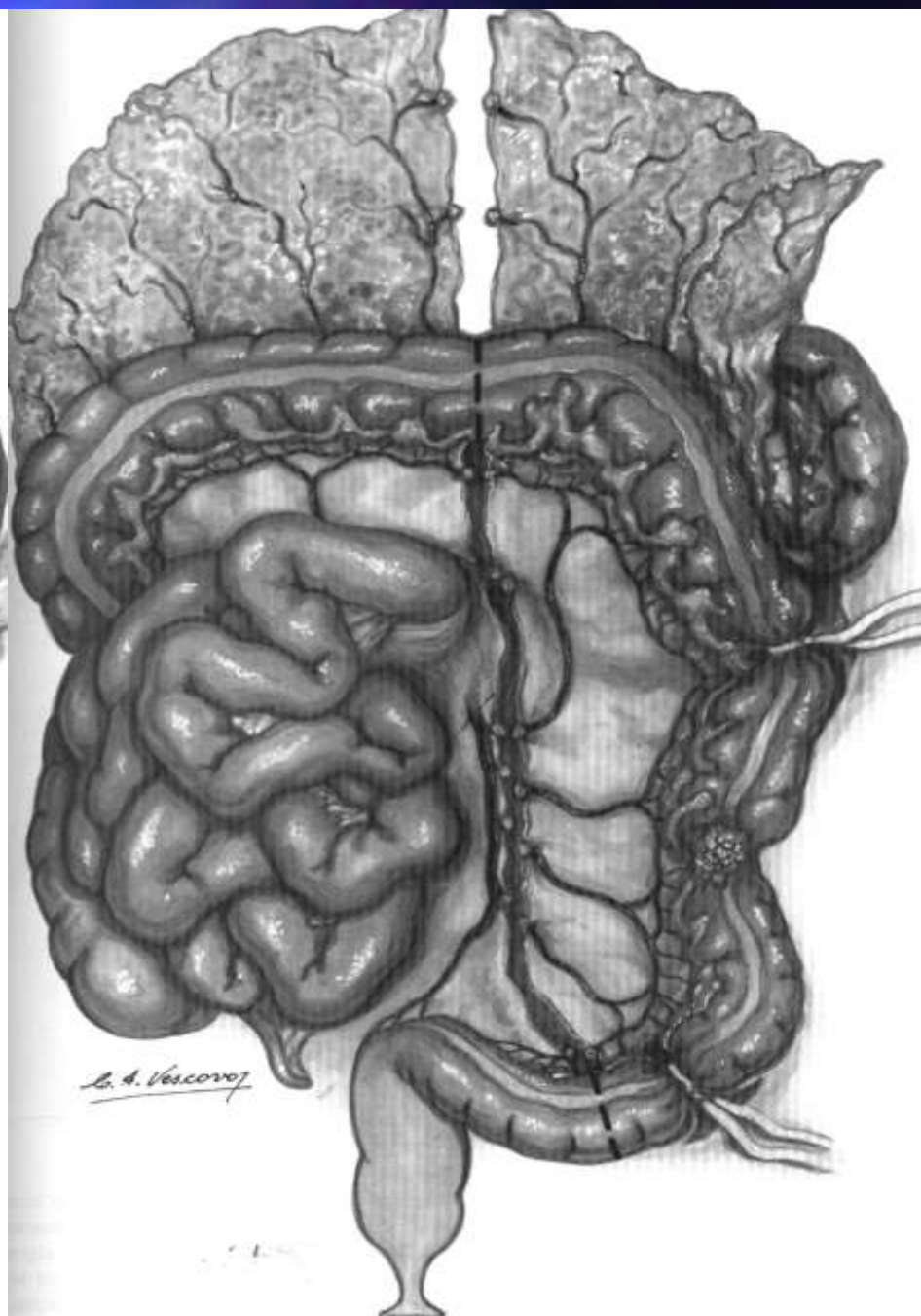
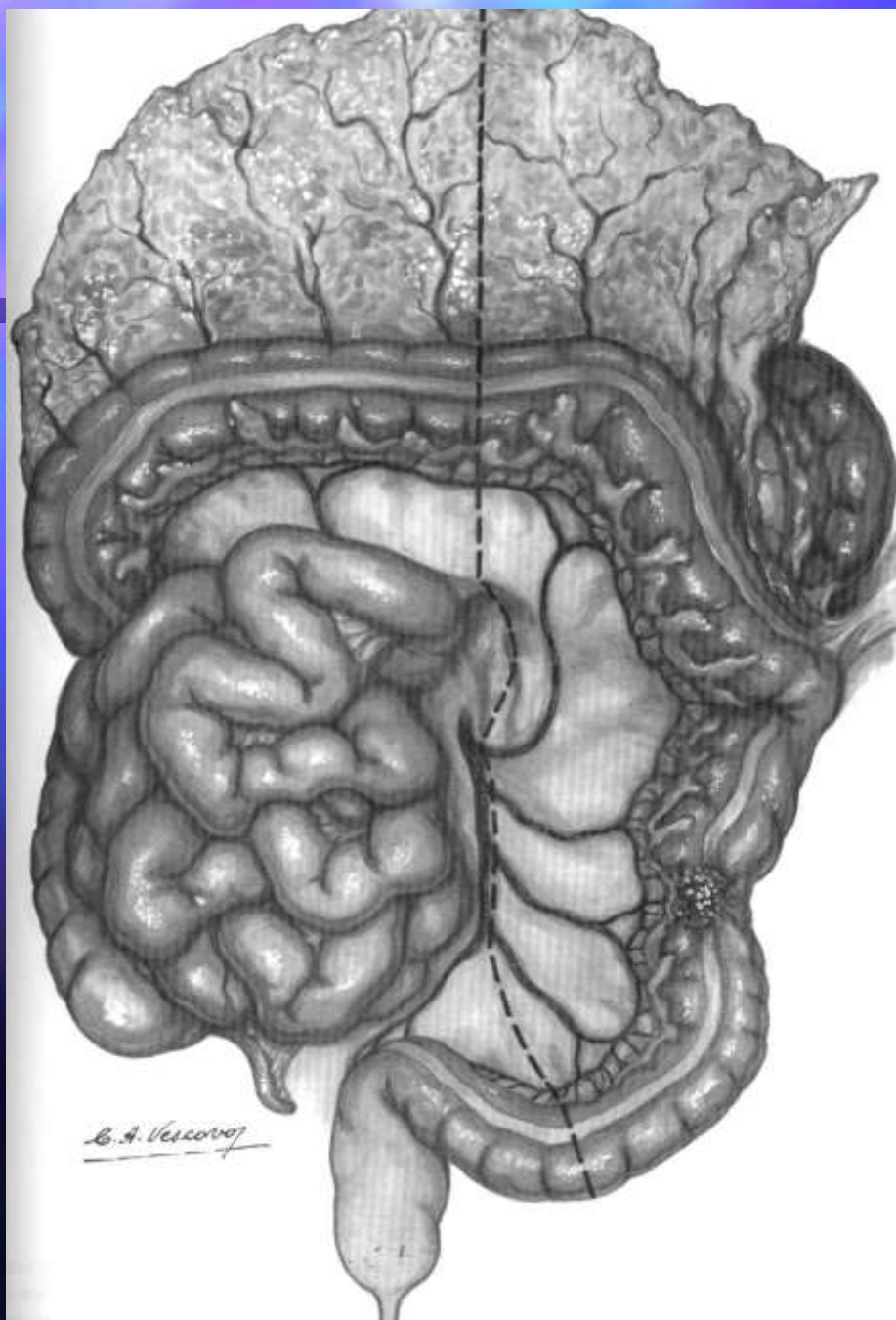


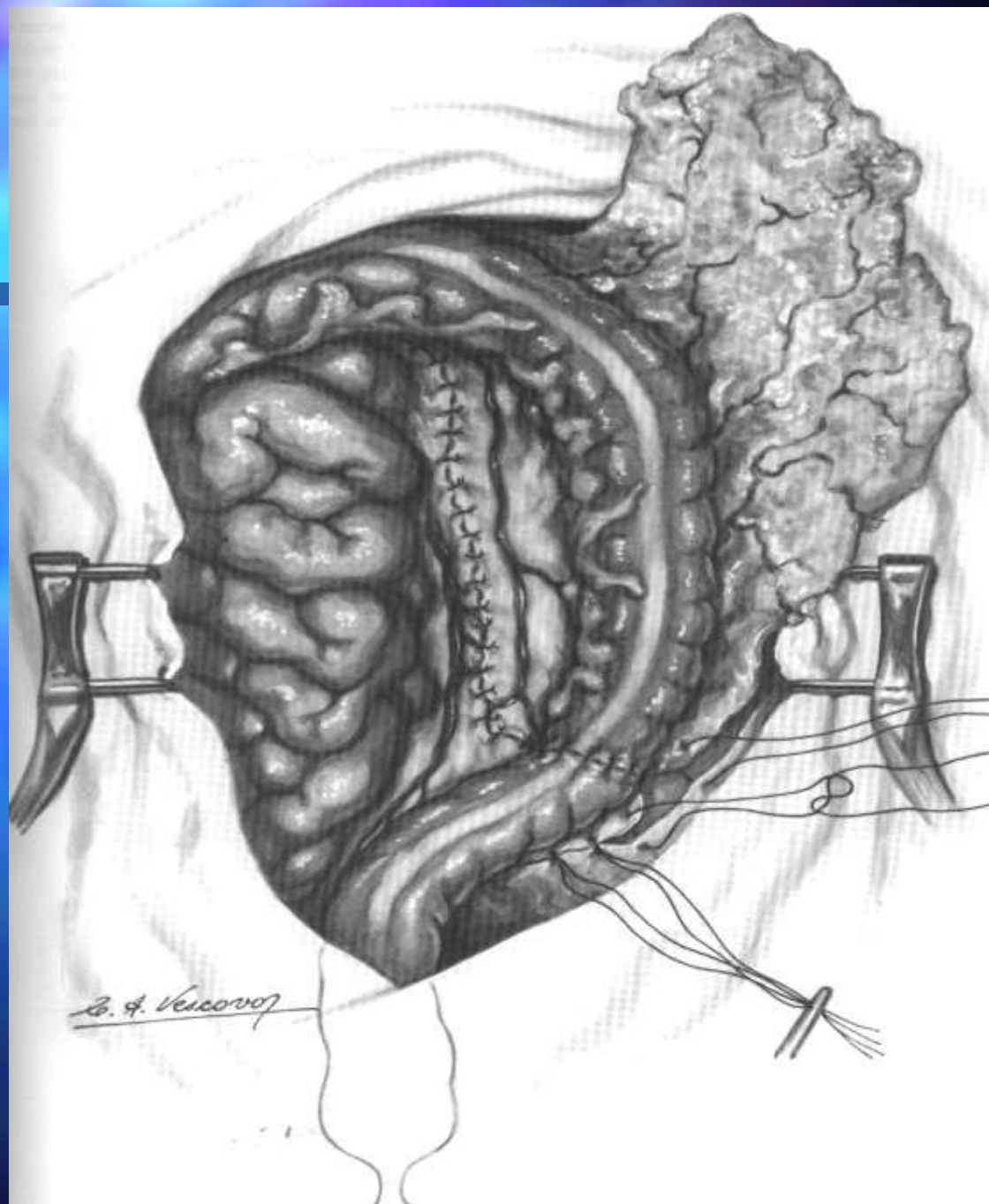


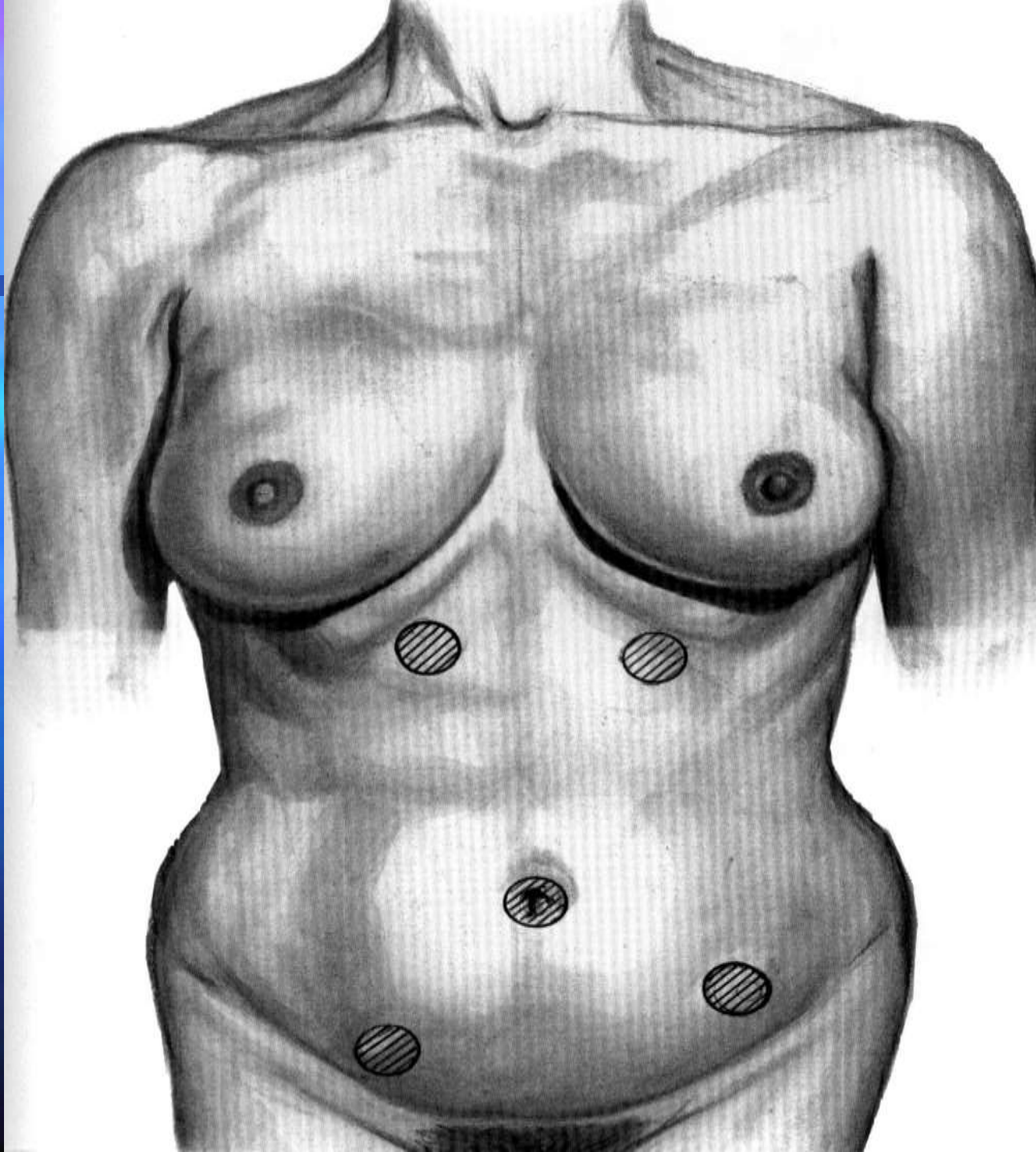


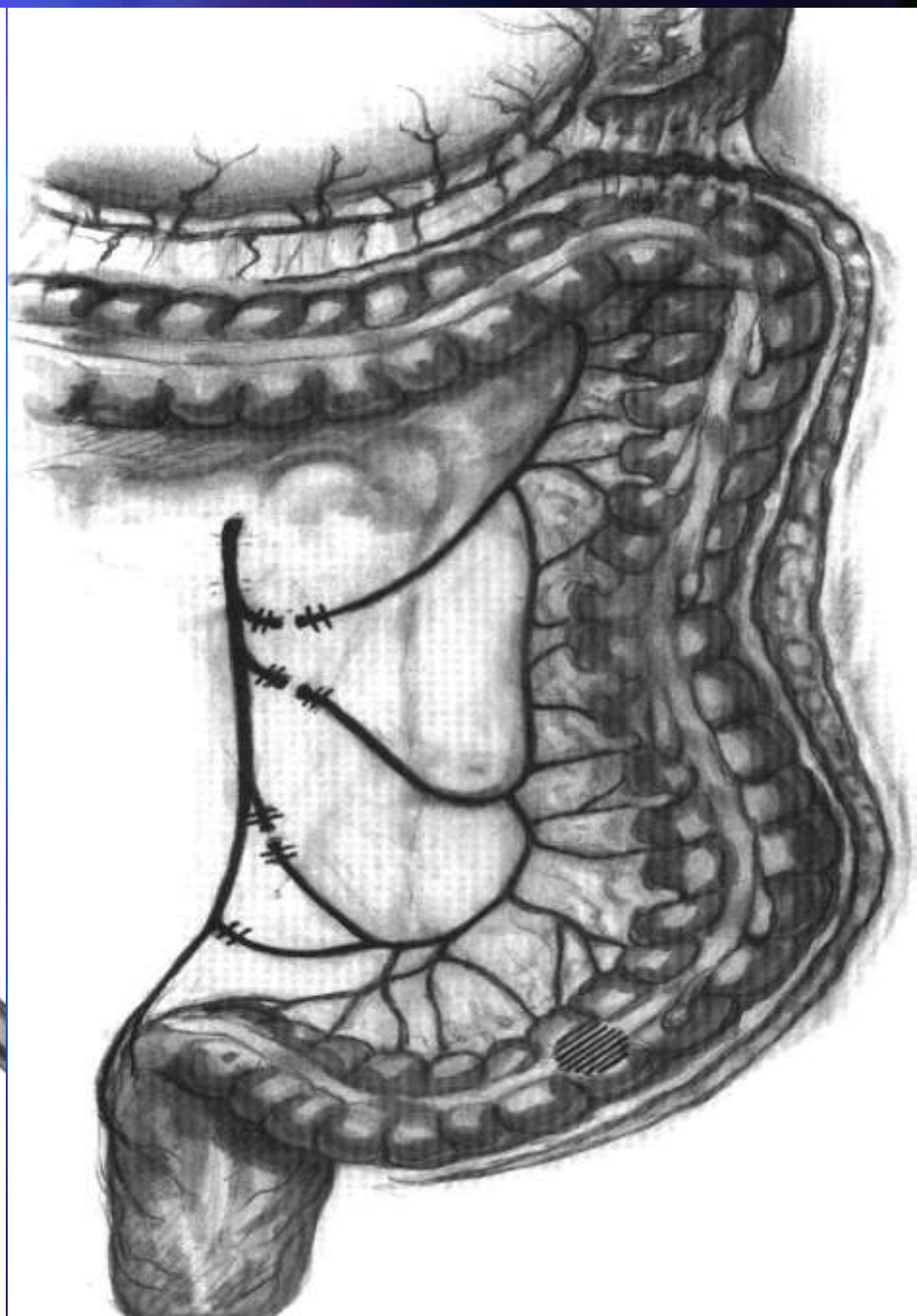
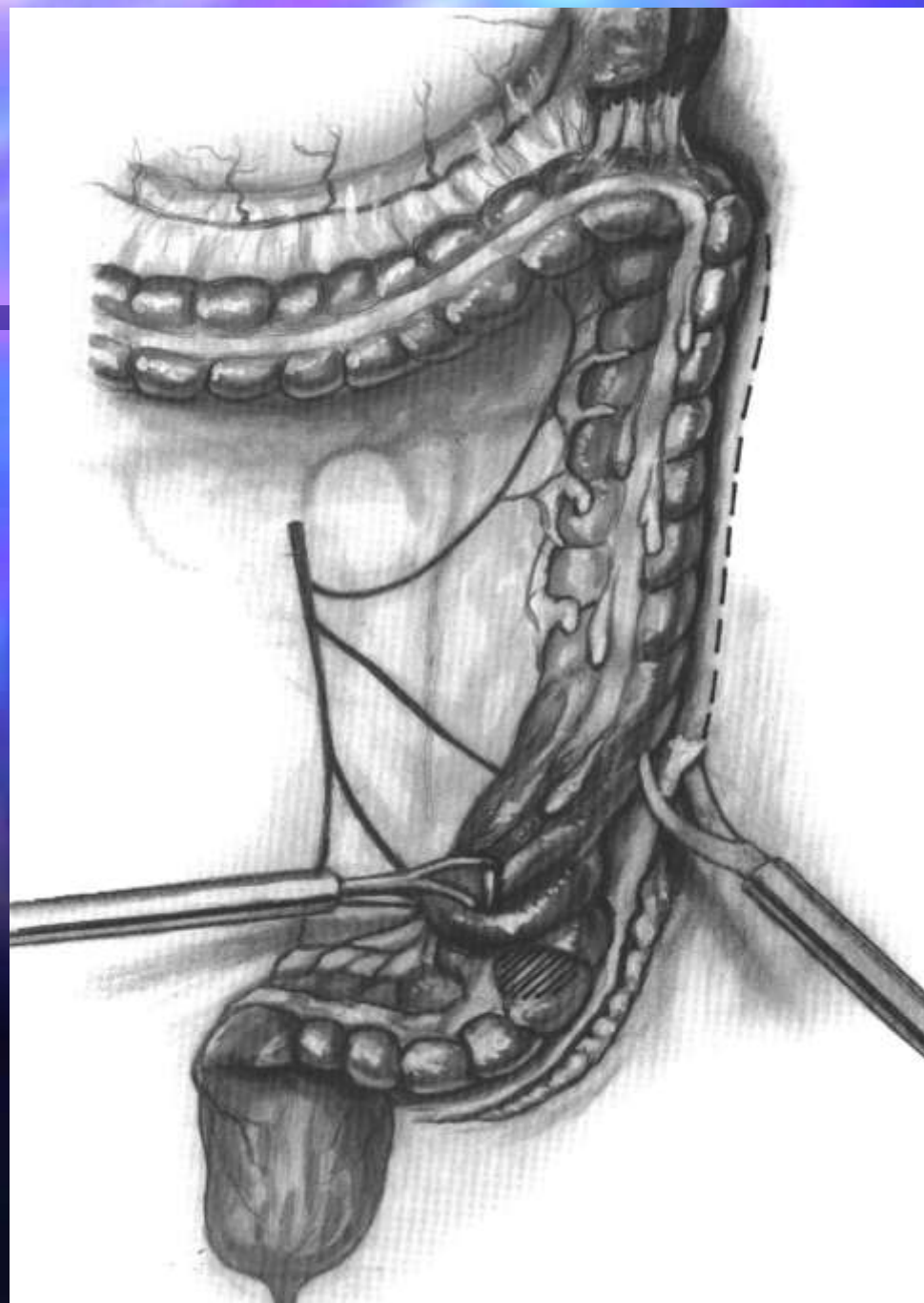


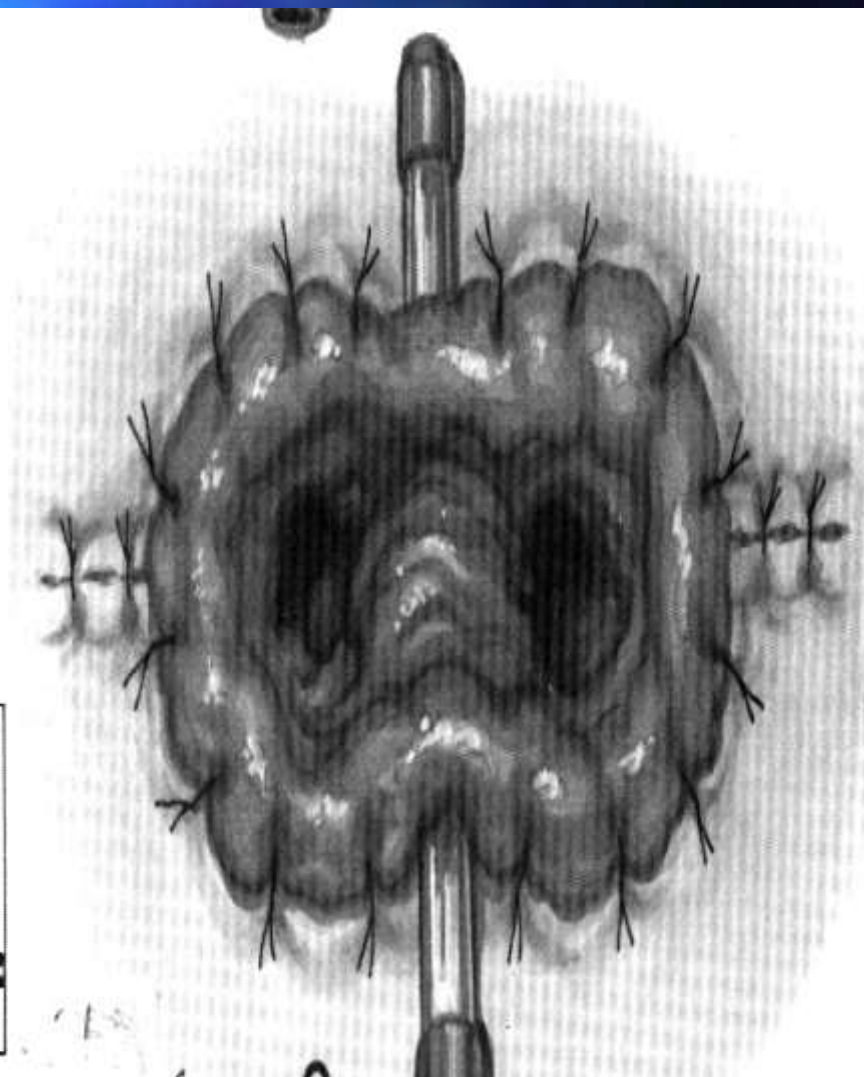
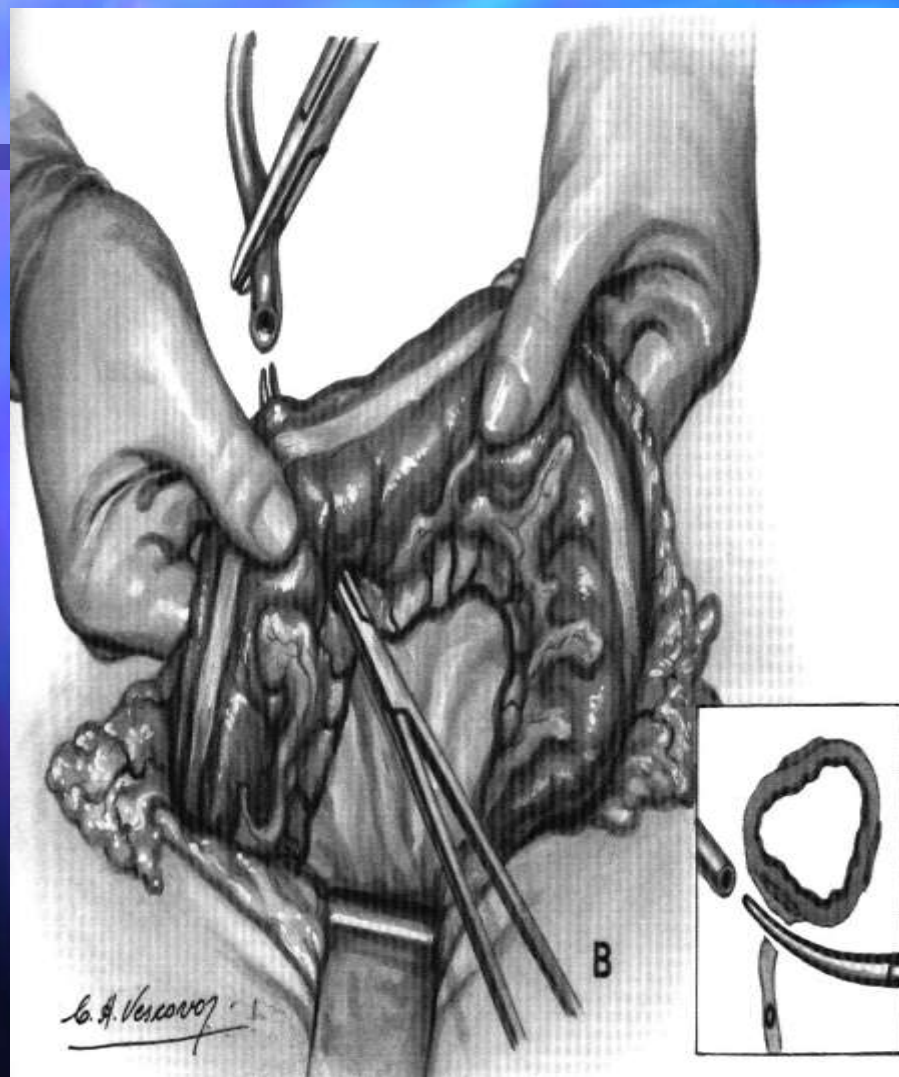


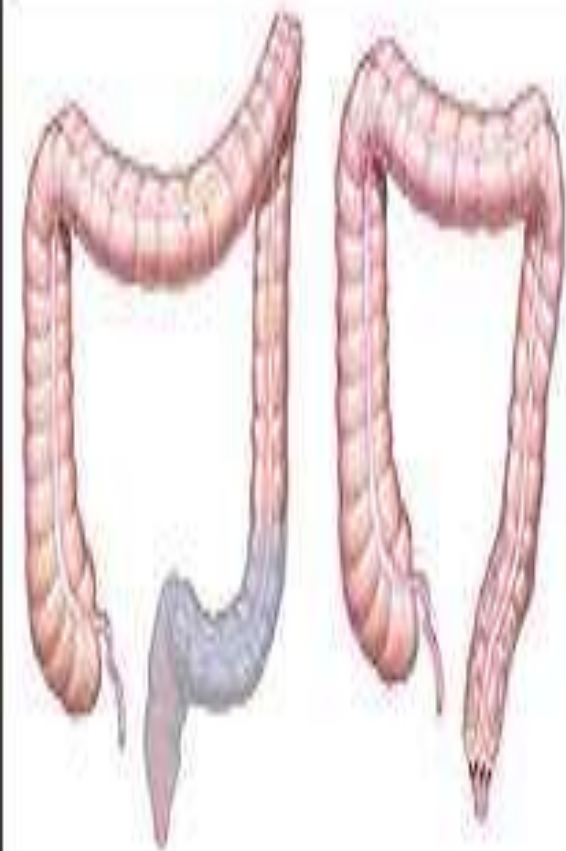




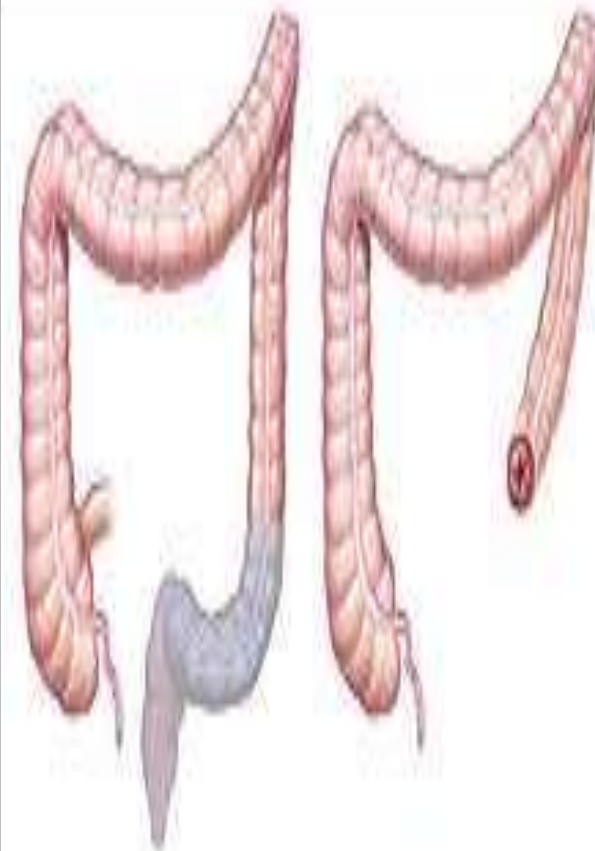






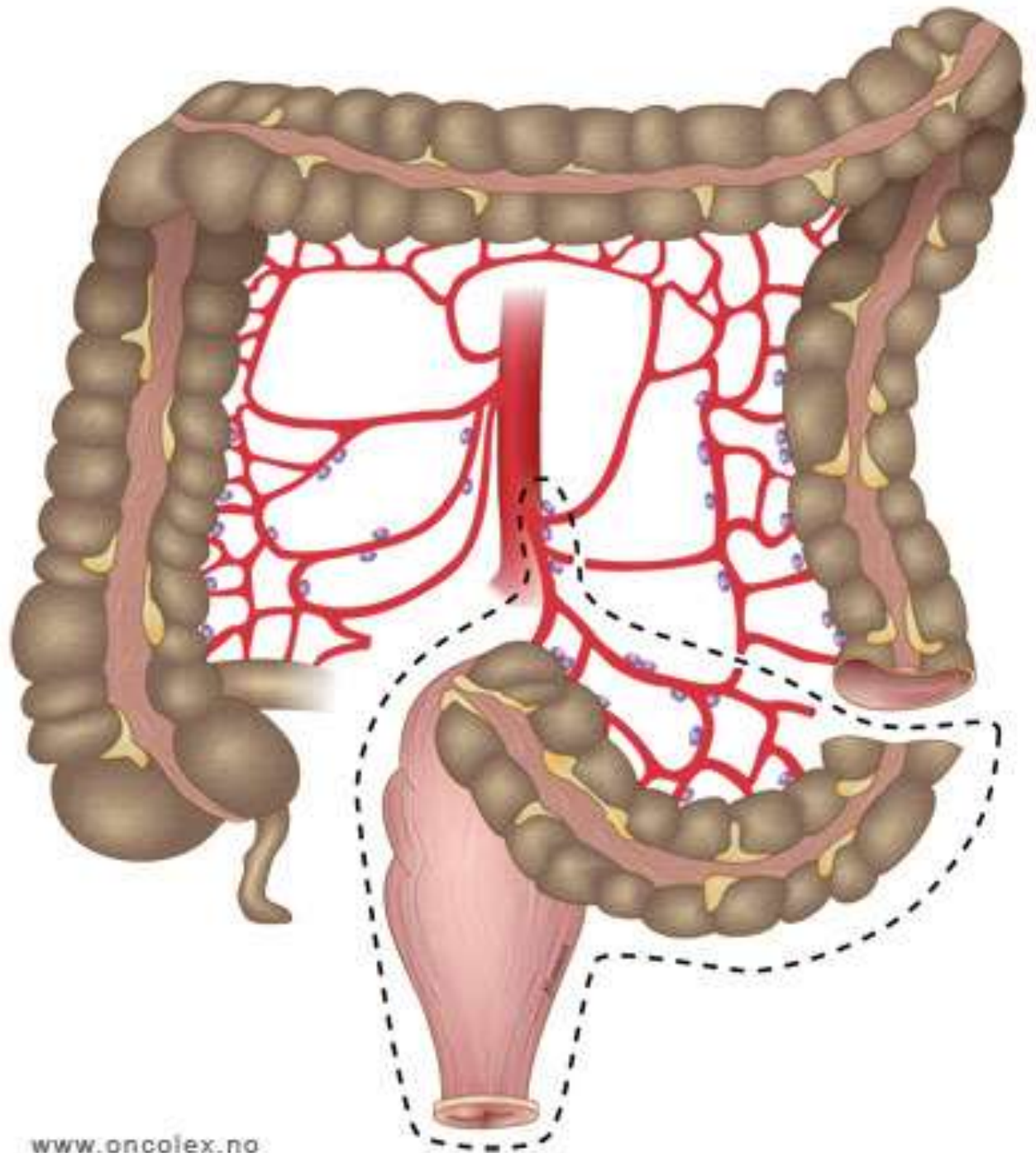


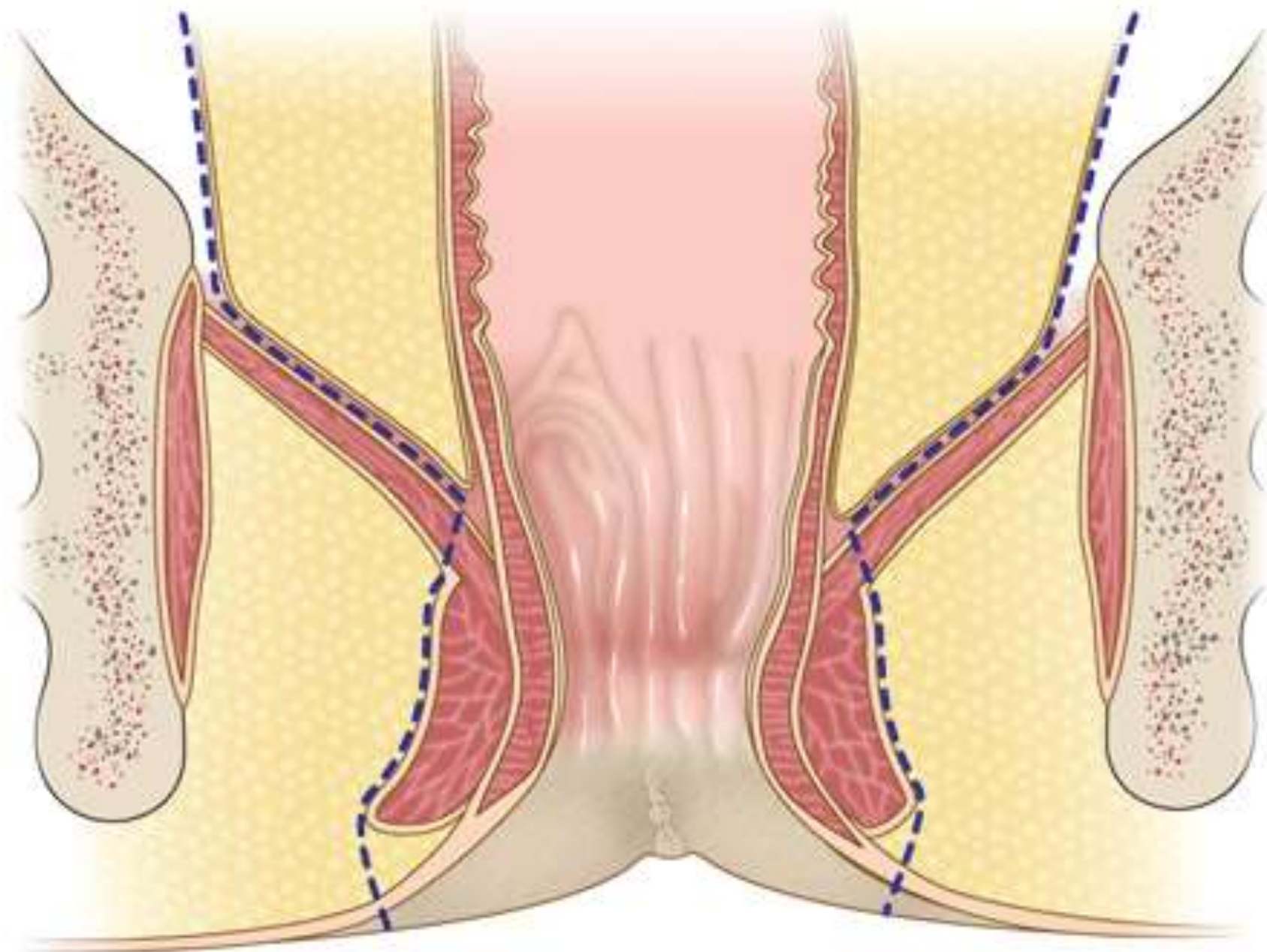
Low anterior resection. The sigmoid colon and a portion of the rectum are removed. The descending colon is reconnected to the remaining rectum.



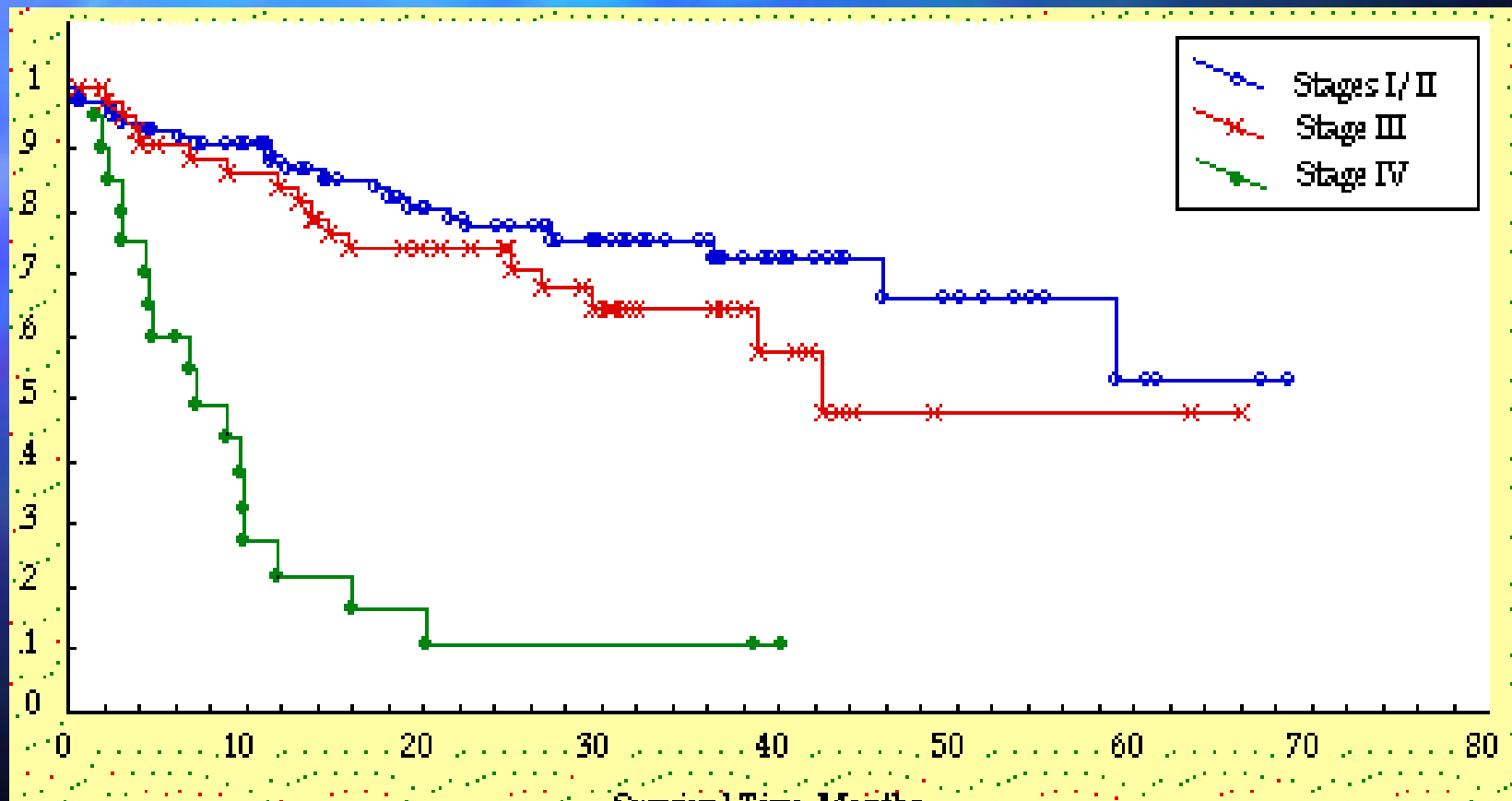
Abdominal perineal resection. Part or all of the sigmoid colon and the entire rectum and anus are removed. A colostomy is then performed.

Amputation du rectum





Pronostic



Pronostic

