



Faculté de Médecine
de Batna




Cancers Colo-rectaux

Service de Chirurgie Générale
CHU de BATNA

Plan


- Epidémiologie
- Anatomie
- Anatomico-pathologie
- Carcinogénèse
- Diagnostic
- Bilan d'extension
- Traitement
- Surveillance
- Pronostic
- Dépistage

Epidémiologie 1

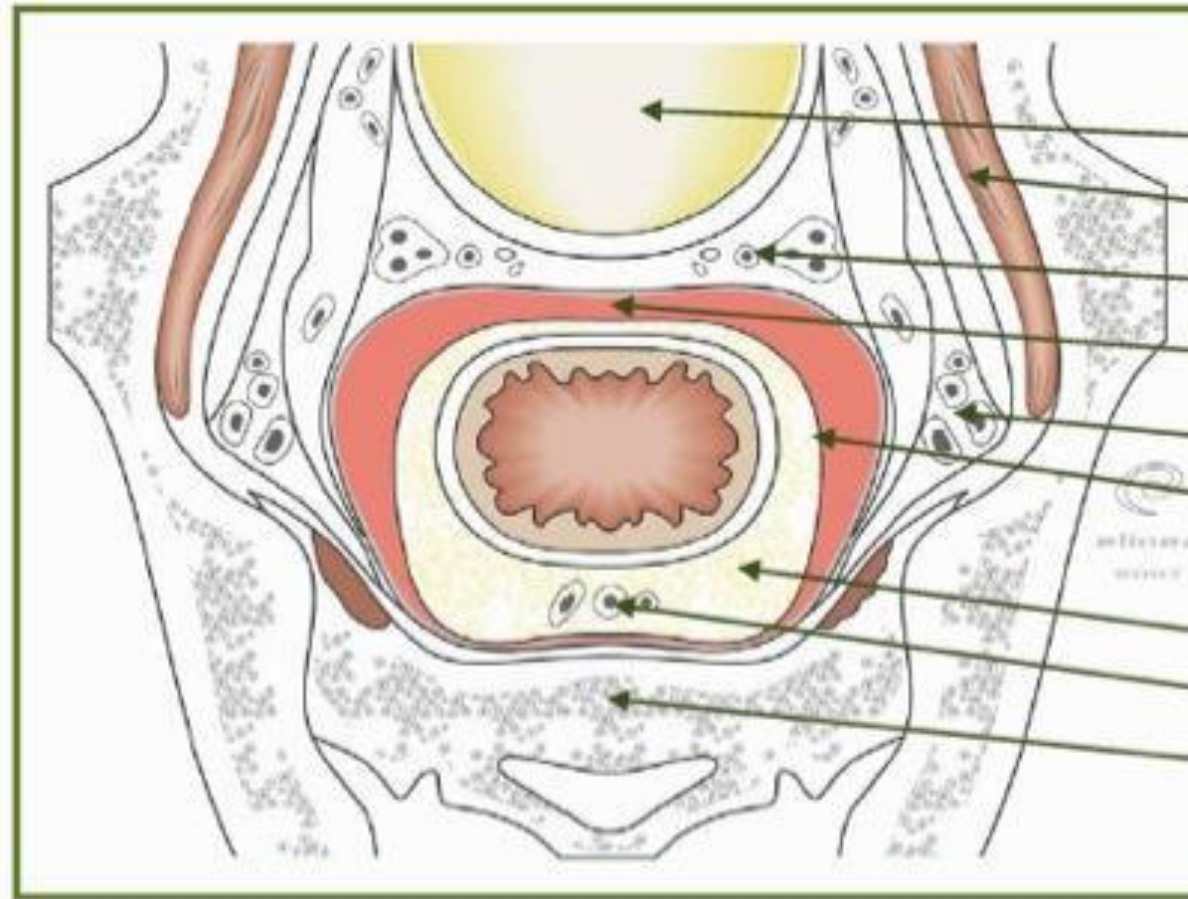
- **Rare avant 50 ans**, l'incidence du CCR  avec l'âge (âge moyen de survenue 70 ans).
- **Predom masculine** sexe ratio 1,5
- **45 000 nouveaux cas** en 2017 >> CCR 3^e rang des Kc ♂
>> 2^e rang ♀
- **Fort** incidence > 33 pour 100 000 en Australie, Nouvelle Zélande, en E
- **Faibl** incidence < 10 pour 100 000 en Inde, Chine, Japon, Corée du Sud de l'



Epidémiologie 2

- La mortalité du CCR en forte  depuis 1980
- 18 000 décès par an >> 2^e cause de mortalité ♂
>> 3^e cause ♀
- FDR modifiables alcool, tabac, sédentarité, obésité, alimentation pauvre en fibres, riche en viande rouge ou transformées
- 3 niv de risque :
 - moyen : pop gle > 50ans
 - Elevé : Atcd polypes, CCR, MICI, Acromégalie
 - Très élevé : Synd Lynch, PAF

Anatomie



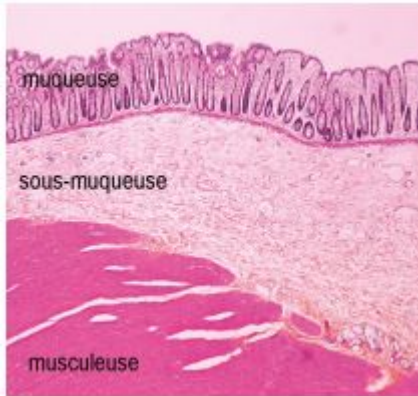
Vessie
Obturateur interne

Uretère droit
Cul-de-sac de Douglas

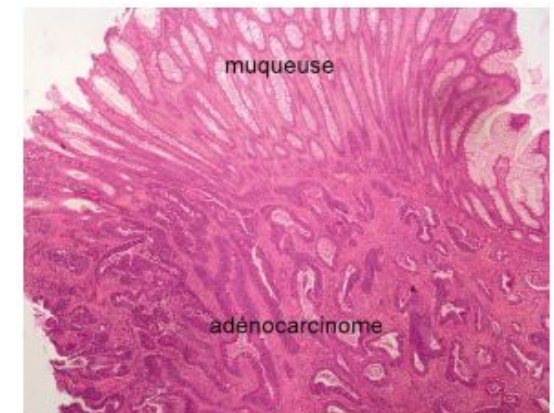
Vaisseaux iliaques
Fascia recti

Mésorectum
Vaisseaux rectaux sup.
Sacrum

Anapath



- **Plus de 95 %** CCR □ adénocarcinomes = ADK
lieberkuhnien +++ bien, moy, peu différencié
- **Rarement** ADK colloïde, médullaire ou à cell en
bague à chaton
- **Autres** lymphome, sarcome, GIST..



Cancérogenèse



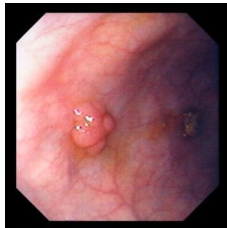
instabilité chromosomique

85 % LOH+ ..C gche



instabilité des microsatellites

15 % MSI+ ..C dt



- Degré de dysplasie ... *haut grade*
- Taille du polype *> 1 cm*
- Architecture *villeuse ou adénome plan*

Lésions précancéreuses

- Syndrome de Lynch *HNPCC*
- Polypose adénomateuse familiale *PAF*
- Polypose associée à *MUTYH*
- Polyposes hamartomateuses
- Syndrome de Peutz-Jeghers *LKB1/STK11*
- Polypose juvénile familiale *SMAD4/BMPR1A*
- Maladie de Cowden ou syndrome des hamartomes multiples *PTEN*



Diagnostic 1

- Modes de révélation

- Douleurs abdo
- Synd rectal

- Examen physique

- Masse abdo
- Ascite

Modification récente du transit et/ou trace de sang dans les selles après 45ans = Coloscopie totale

- AEG
- HPMG
- TVP
- Fièvre au long court
- Complications *occlusion, perforation*

Diagnostic 2

- Dg positif

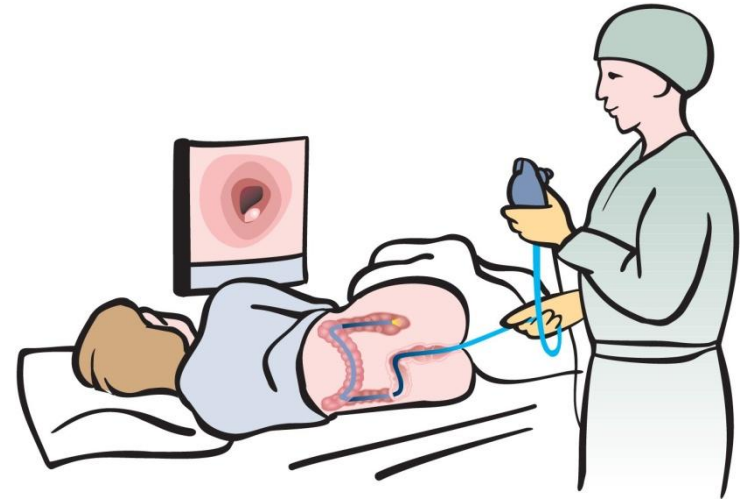
Coloscopie totale



Biopsie



Type histologique



Bilan d'extension

- **Clinique**

- Ascite
- HPMG
- ADP

Le bilan d'extension permet un staging tumoral précis +++

- **Imagerie**

- Echo endoréctale
- Pet scan

- **Biologique**

- Dosage ACE

Classification TNM (tumeur, *node*, métastase) [8].

T	Tumeur primitive
Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signes de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ : intraépithélial ou envahissant la lamina propria
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse
T2	Tumeur envahissant la musculuse
T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péricoliques et péirectaux non péritonéalisés

	Renseignements insuffisants pour classer les métastases régionales
N0	Pas de métastase ganglionnaire régionale
N1a	Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional
N1b	Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
N1c	Nodule(s) tumoral(aux), c'est-à-dire satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonéalisés péricoliques ou péirectaux, sans métastase ganglionnaire régionale
N2a	Métastase dans 4 à 6 ganglions lymphatiques régionaux
N2b	Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux
M	Métastases à distance
M0	Pas de métastases à distance
M1a	Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion[s] lymphatique[s]) autre que régional
M1b	Métastases dans plusieurs organes ou péritonéales

Traitement 1

Buts :

- Résection carcinologique
- Rétablir le circuit digestif
- Éviter les complications

Prise en charge multidisciplinaire +++

Moyens :

- Endoscopie
- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie



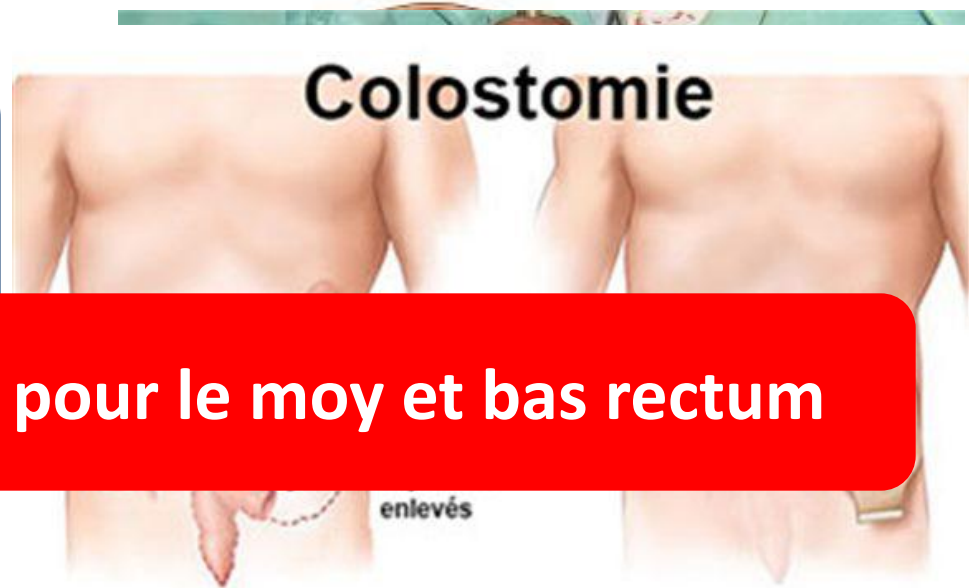
Traitement 2

Chirurgie :

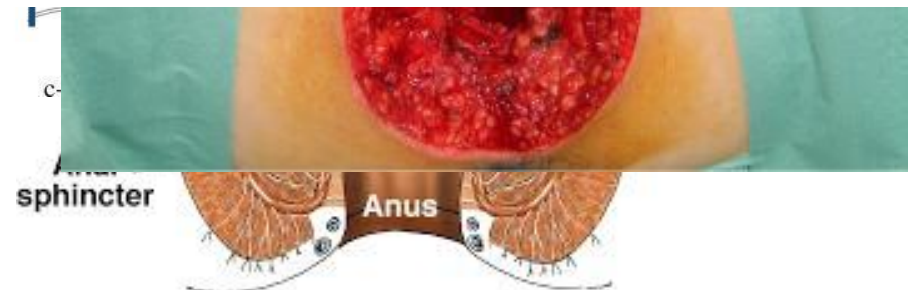
- Coloproctectomie
- R
- A

TME >> Téch de choix pour le moy et bas rectum

Colostomie



National Cancer Institute



Surveillance



Objectifs :

1. Déceler une récurrence locale
2. Déceler des métastases
3. Déceler un Kc métachrone

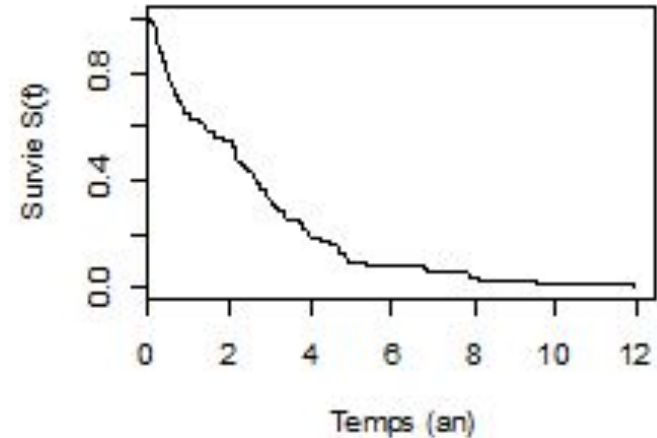
Modalités :

- Examen clinique/ 3mois
- Echo abdo + ACE/ 3mois
- Coloscopie 3ans après l'interv puis tt les 5ans

Pronostic

Facteurs pronostiques :

1. Degré d'infiltration pariétale
2. L'envahissement ggl
3. Qualité de l'exérèse chirurgicale



Survie à 5ans :

Stade I	80-95%
Stade II	40-60%
Stade III	20-45%
Stade IV	0-20%

Dépistage

Pourquoi ?

Pour qui ?

Participation d'au moins 50% population..



DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

74 ANS

CONTRE
LE CANCER
COLORECTAL,
UN NOUVEAU
TEST À FAIRE
CHEZ SOI

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

Merci..