

**Université Ferhat Abbas Sétif I**  
**Faculté de médecine de Sétif**

**Cours destiné aux étudiants de 4<sup>e</sup> année de médecine**  
**Module de gastro-entérologie**



# **Cancer du colon**

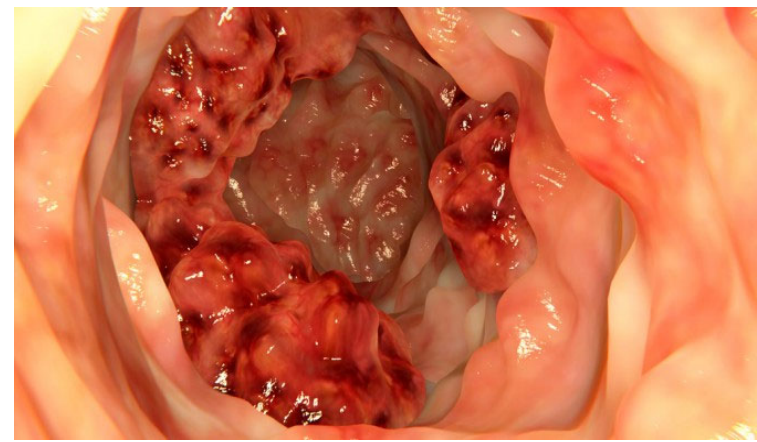
**PR Y. NACEREDDINE**

Service de chirurgie oncologique  
Centre de lutte contre le Cancer de Sétif

# Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer une tumeur colique
- Connaitre les principes thérapeutiques de sa prise en charge
- Les principes du dépistage

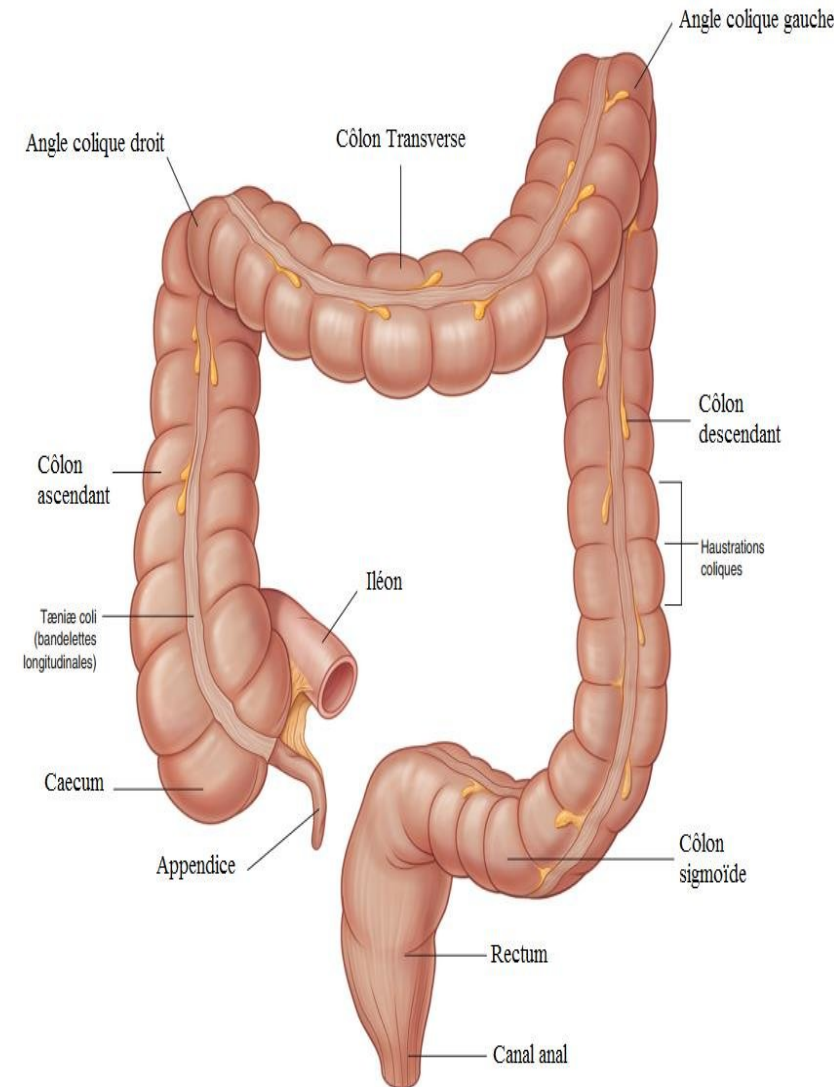
# Introduction



- Ensemble des tumeurs malignes développées au dépend de la paroi du tube digestive située entre la valvule de Bauhin jusqu'à la charnière recto sigmoïdienne
- Pronostic meilleur si diagnostic précoce
- Prise en charge est multidisciplinaire

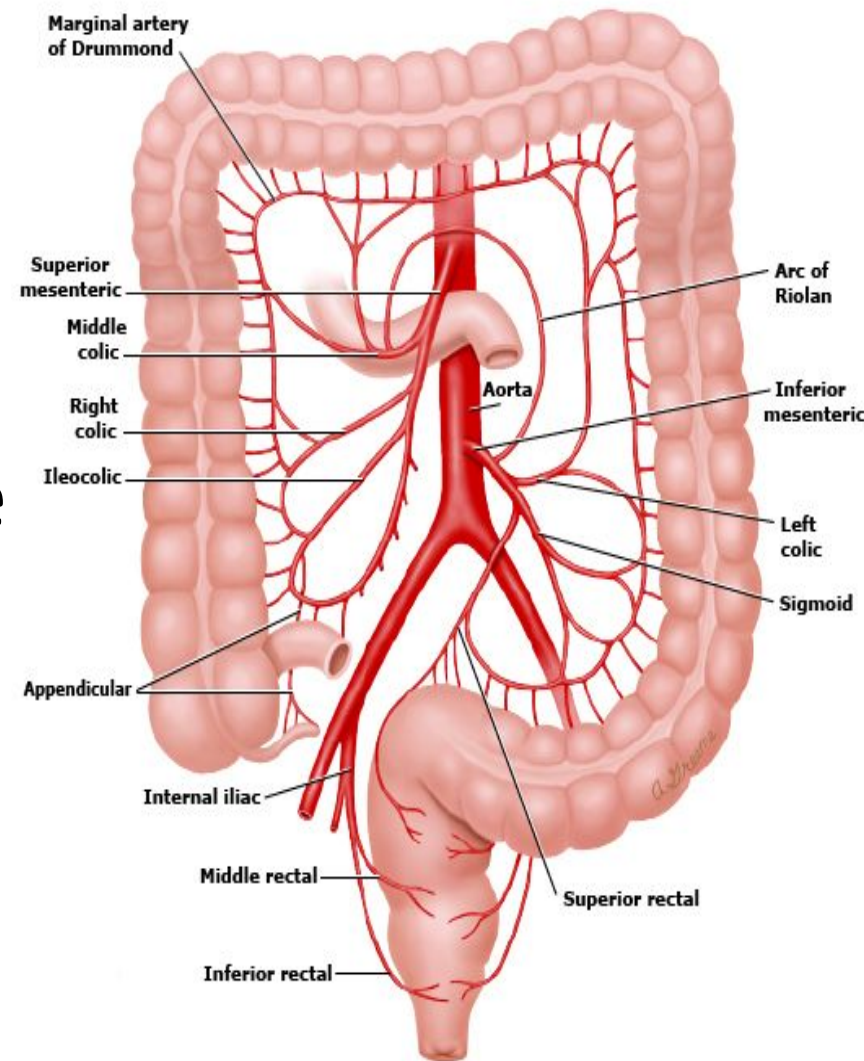
# Rappel anatomique (1)

- 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



# Les cancers colorectaux: un problème de santé public



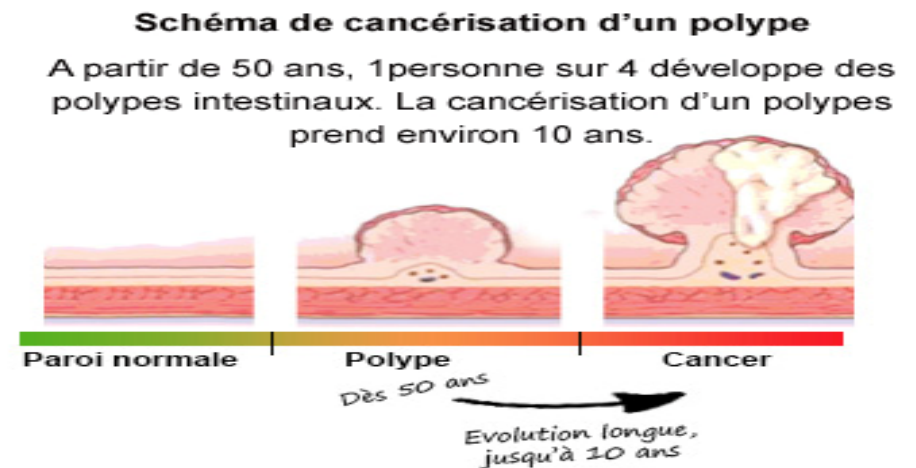
1 CANCER  
DIGESTIF

2 CANCER  
LE PLUS  
FREQUENT

3 CAUSE DE MORTALITÉ  
PAR CANCER  
8 DÉCÈS PAR JOUR

# Epidémiologie

- Age moyen: 65 ans
- Homme supérieur à la femme
- Le polype est la première étape avant le cancer
- La filiation polype-cancer ne fait actuellement aucun doute
- 80% des cancers colorectaux naissent à partir d'un polype
- Tous les polypes ne se transforment pas en cancer:  
**taille > 1 cm, contingent vilieux > 25%, présence de dysplasie de haut grade**





# Facteurs de risque

- FR moyens: (3,5%) population générale supérieur à 50 ans
- FR élevé: (6-10%)
  - ATCD personnel de CCR ou adénome
  - ATCD familiaux 1<sup>er</sup> degrés avant 60 ans de CCR ou d'adénome
  - MICI
- FR très élevé: (>80%)
  - susceptibilité héréditaire au CCR:
    - Polypose adénomateuse familiale (PAF)
    - Syndrome de Lynch (HNPCC)



# Anatomopathologie

- Adénocarcinome lieberkuhnien **73%**
- Adénocarcinome atypique **17%**
- Autres types: lymphomes, sarcomes...

**Tableau 2 : Classification TNM 8<sup>ème</sup> édition 2017**

### **La tumeur primitive T**

<b>Tx</b>	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur
<b>T0</b>	Pas de signe de tumeur primitive
<b>Tis</b>	Carcinome in-situ : intra-épithélial
<b>T1</b>	Tumeur envahissant la sous-muqueuse
<b>T2</b>	Tumeur envahissant la musculature
<b>T3</b>	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péri-rectaux non péritonisés
<b>T4</b>	
<b>T4a</b>	Tumeur perforant le péritoine viscéral
<b>T4b</b>	Tumeur envahissant directement les autres organes Ou structures avoisinantes

### **Adénopathies régionales N**

<b>Nx</b>	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies Régionales
<b>N0</b>	Pas de métastases ganglionnaires régionales
<b>N1a</b>	Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional
<b>N1b</b>	Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
<b>N1c</b>	Nodule(s) tumoraux, c.-à-d. Satellite(s) dans la sous-séreuse ou dans les Tissus non péritonisés péri-rectaux sans métastase ganglionnaire régionale.
<b>N2a</b>	Métastase dans 4 à 6 ganglions lymphatiques régionaux
<b>N2b</b>	Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques Régionaux

### **Métastases à distance M**

<b>M0</b>	Pas de métastase à distance
<b>M1a</b>	Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon Ovaire, ganglion(s) lymphatique(s) autre que régional
<b>M1b</b>	Métastases dans plusieurs organes
<b>M1c</b>	Métastases péritonéales avec ou sans autre organe atteint

# 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)

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
- **Toute rectorragies doit être explorée par une colonoscopie totale même si des hémorroïdes sont présentes**

# Bilan d'extension (1)

- I. Clinique: masse abdominale fixe, HPM, ascite, gg  
Troisier, 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'opérabilité

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

# Traitement (1)

- ❑ Buts: .Corriger les conséquences physiopathologiques
  - . 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 et préparation du malade
2. Chirurgie
3. chimiothérapie

# Traitement (2)

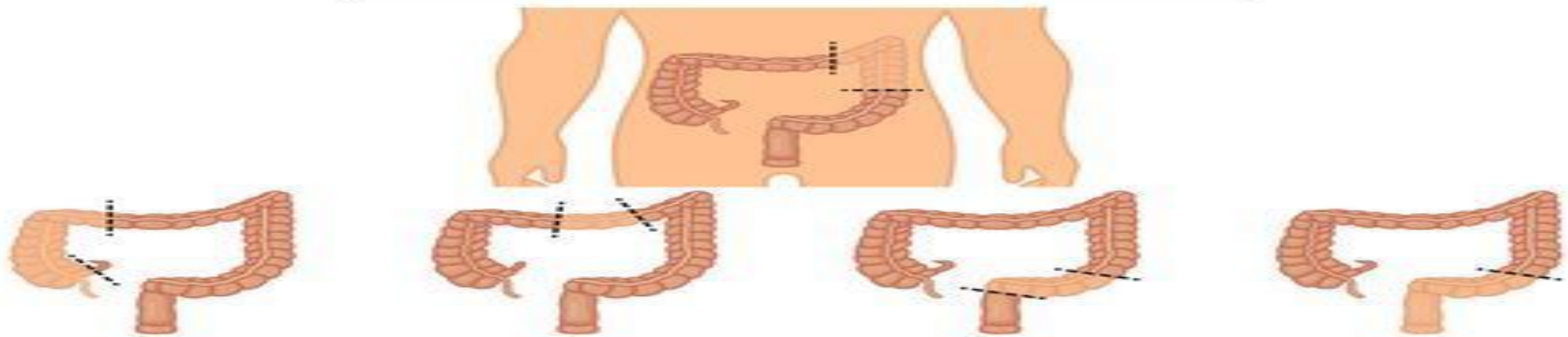
❑ Indication: après réunion de concertation pluridisciplinaire

## I. Stade non métastatique chirurgie:

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

- Héli colectomie droite
- Héli 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. Rythme de surveillance: clinique chaque 3 mois pdt 3 ans puis chaque 6 mois pdt 2 ans

- **Echographie abdominale/ TDM TAP** chaque 4 mois pdt 3 ans puis chaque 6 mois pdt 2 ans.

- **ACE** chaque 3 mois pdt 3 ans puis chaque 6 mois pdt 2 ans

## II. 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 une 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

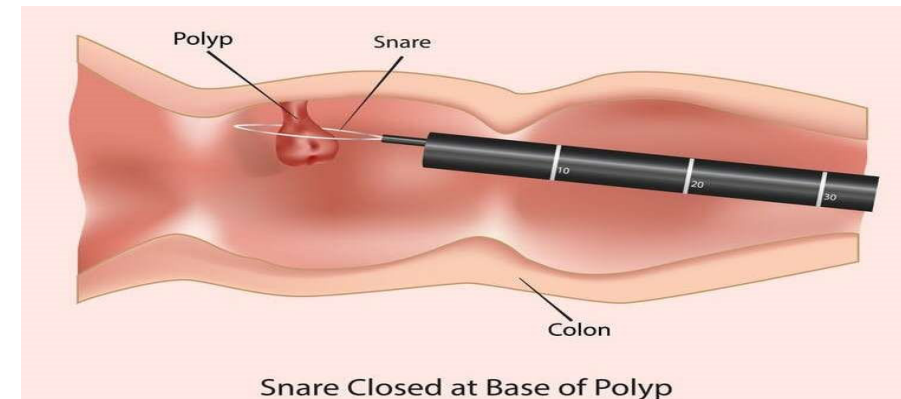
## II. Prévention secondaire:

- 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**

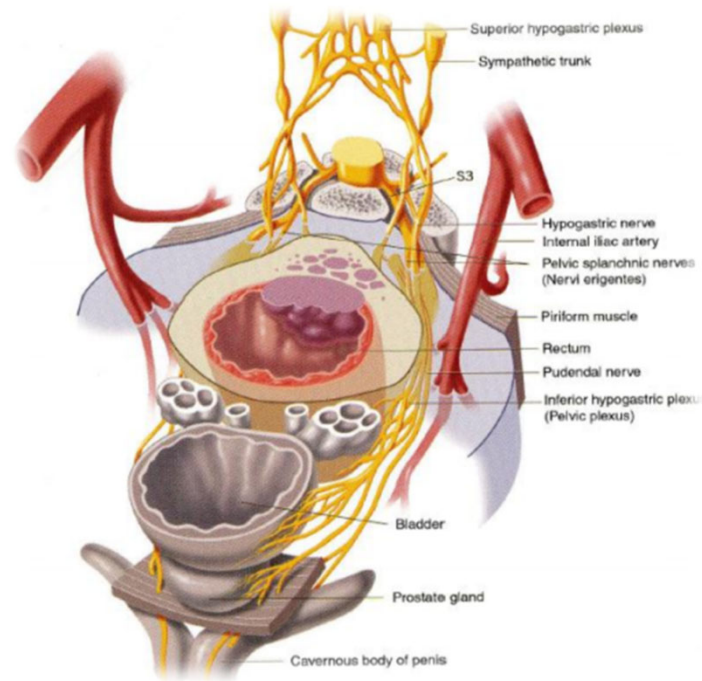
LE DÉPISTAGE  
DU CANCER  
COLORECTAL  
TOUS LES 2 ANS,  
C'EST  
IMPORTANT



**MARS BLEU**

mois de  
sensibilisation  
au cancer colorectal

**Cours destiné aux étudiants de 4<sup>e</sup> année de médecine**  
**Module de gastro-entérologie**



# **Cancer du rectum**

**PR Y. NACEREDDINE**

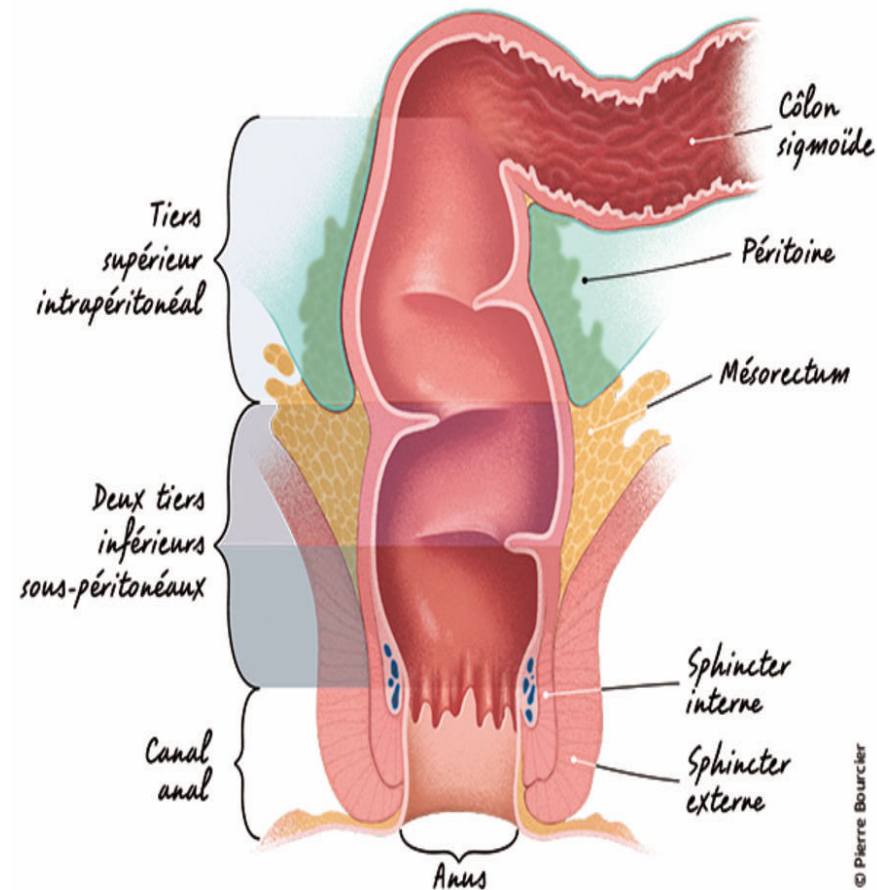
Service de chirurgie oncologique  
Centre de lutte contre le cancer de Sétif

# Définition

- Cancers épithéliaux de la paroi rectale représentés essentiellement par les adénocarcinomes
- On exclue: Carcinomes épidermoïdes, Tumeurs mésoenchymateuses, Mélanomes malins

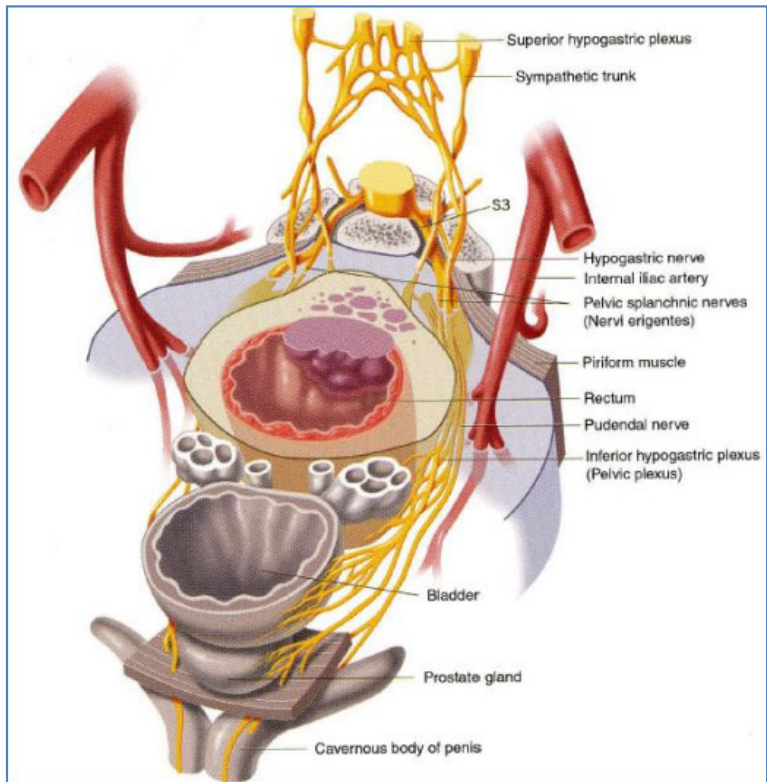
# Rappel anatomique

- La dernière portion du tube digestif entre 15-18 cm de longueur. Allant de la charnière recto sigmoïdienne (S3) jusqu'à la marge anale
- Le rectum est divisé en 3 portions:
  - **Bas Rectum** : [0-5 cm ] ou  $\leq 2$  cm du Bord supérieur du sphincter
  - **Moyen Rectum** : [5-10 cm ] ou 2 à 7 cm du bord supérieure sphincter
  - **Haut Rectum** : [10-15 cm ] ou  $> 7$  cm du Bord supérieur du sphincter





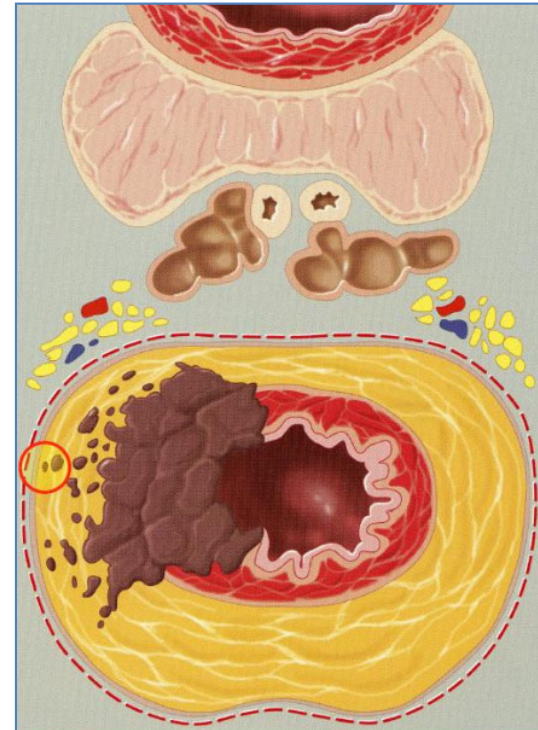
# Entité anatomique particulière, impliquant une prise en charge nettement différente de celle du colon



**Cône pelvi-périnéal**  
**Pelvis postérieur**



**Possibilité d'irradiation**



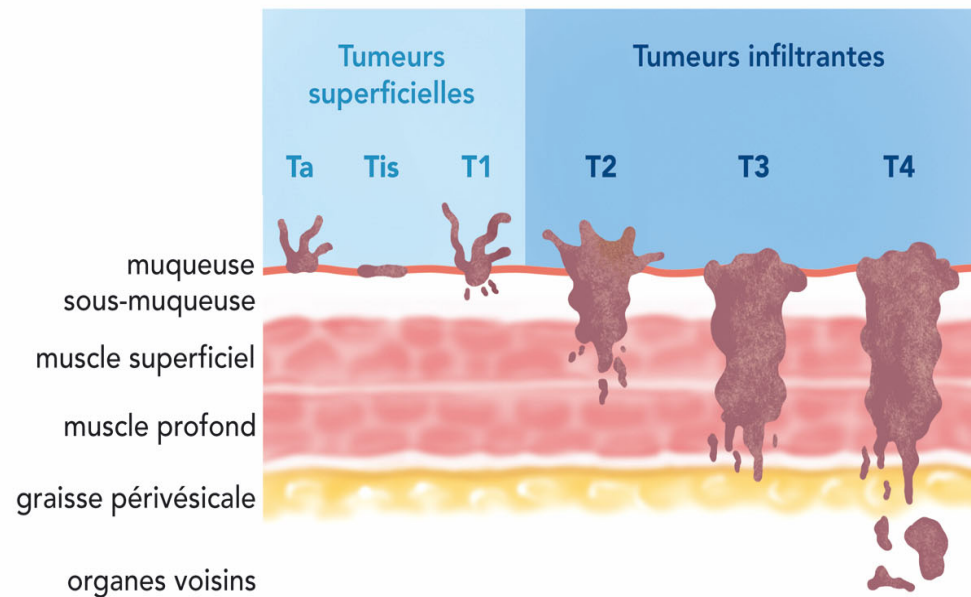
**Sac embryologique entourant son méso**  
**Organes adjacents: Urinaire, sexuel, vasculaire**  
**sphinctérien**



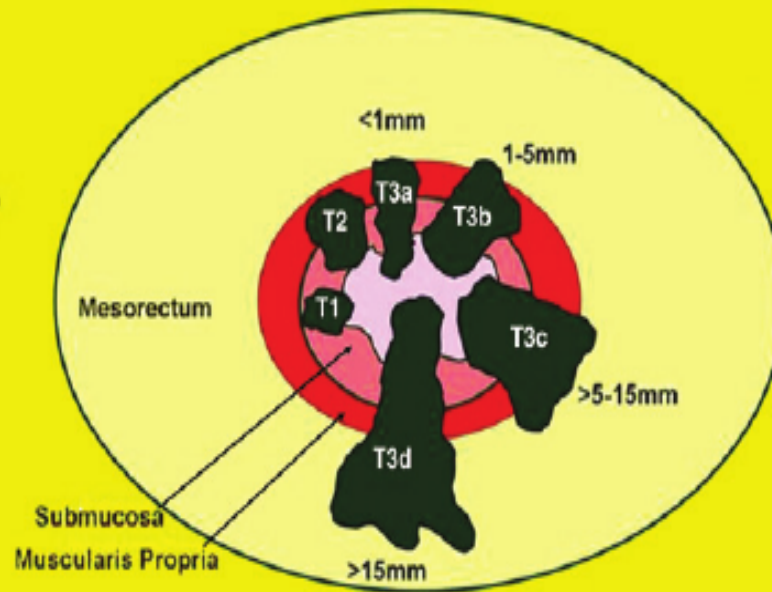
**Exérèse chirurgicale spécifique:**  
**carcinologique et fonctionnelle**



# Les stades du cancer



<b>Tx</b>	<b>Primary tumor cannot be assessed</b>
<b>T0</b>	<b>No evidence of primary tumor</b>
<b>T1</b>	<b>Tumor invades submucosa but does not extend into circular muscle layer</b>
<b>T2</b>	<b>Tumor invades but does not penetrate MP</b>
<b>T3</b>	<b>Tumor invades subserosa through MP</b>
<b>T3a</b>	• Tumor extends <1mm beyond MP
<b>T3b</b>	• Tumor extends ≥1-5mm beyond MP
<b>T3c</b>	• Tumor extends >5-15mm beyond MP
<b>T3d</b>	• Tumor extends >15mm beyond MP
<b>T4</b>	<b>Tumor invades:</b>
<b>T4a</b>	• Peritoneal reflection
<b>T4b</b>	• Others organs



# Diagnostic positif(1)

## A. Clinique: 1. signes fonctionnels:

- **Rectorragies** : signe d'alarme+++
- **Syndrome rectal de Bensaude**:
  - Ténesme: sensation de corps étranger intra rectal
  - Epreintes: douleurs rectale avant l'exonération
  - Faux besoins: envie impérieuse d'aller à la selle avec émission de glaires parfois sanglantes
- **Troubles du transit**: diarrhée ou constipation ou alternance des 2
- **Troubles urinaire**

## 2. signes généraux: souvent absent AEG

### 3. Examen physique: -toucher rectal ++++++

- Le toucher rectal est l'examen clé pour l'évaluation d'une tumeur rectale, permettant d'orienter le type de chirurgie, en complémentarité avec les données de l'imagerie.
- préparation du malade +++: le patient doit être informé de la nature de l'examen, confiant et détendu. La décontraction du patient est primordiale pour que l'examen soit indolore et informatif pour le chirurgien.
  - L'examen s'effectue après vidange vésicale et exonérations.
  - position genu pectorale, soit en décubitus dorsal cuisses écartées ou au mieux en décubitus latéral genou fléchis (moins humiliante).

-Le doigtier doit être largement lubrifié, et l'index palpe d'abord la marge anale, appréciant l'extension anale d'un cancer du très bas rectum, la présence de marisque ou d'hémorroïdes.

L'index est introduit plus profondément, après avoir demandé une nouvelle fois au patient de se détendre, il explore les quatre faces de l'ampoule rectale, puis la tumeur en appréciant ses caractéristiques et son extension au plan profond.

## Intérêt pour le chirurgien

- Évaluation de la tumeur: siège de la tumeur, taille, caractère circonférentiel, caractère sténosant.
- Mobilité par rapport au plan profond.
- Distance par rapport au bord supérieur du sphincter.
- Apprécier la base d'implantation d'une tumeur villeuse et évaluer les possibilités de résection par voie locale.
- Évaluation de la fonction: tonicité des muscles releveurs.
- Évaluation de la réponse thérapeutique après radiothérapie néo adjuvante, en complément de l'IRM et de l'écho endoscopie: réponse tumorale, distance par rapport au bord supérieur du sphincter. L'état de la marge anale et la recherche d'une dermite radique seront aussi à rechercher lors de cet examen.

# Diagnostic positif(3)

- Examen général: pâleur, HPM, gg troisier
- Autres modes de révélation:
  - Complications: hémorragies digestive, occlusion, perforation, métastase
  - Syndrome paranéoplasique: fièvre à long court, TVP, neuropathie périphérique, acanthosis nigricans

# Diagnostic positif(4)

## B. Examens complémentaires:

- **rectosigmoidoscopie** à tube rigide + biopsies multiples

**DIAGNOSTIC** : Repose sur le TR, endoscopie et biopsie





# Bilan d'extension(1)

## A. Clinique:

- **loco régional**: TR( fixité de la tumeur, signes urogénitaux
- **Général**: HPM, ascite, Carcinose, GG troisier, Ex pulmonaire et osseux

## B. Par aclinique:

1. **Echo endoscopie**: +++extension pariétale,+/- organes de voisinage, distance au sphincter, extension gg péri rectale, extension en hauteur
2. **IRM pelvienne**: ++infiltration du mésorectum, gg régionaux, sphincter anal (tumeurs T3,T4)
3. **TDM thoraco abdomino pelvienne**
4. **Colonoscopie totale**: cancer colique synchrone ou polype
5. **En fonction des symptômes**: scintigraphie osseuse, uroscan, cystoscopie

## **Ce qu'attend le chirurgien de l'IRM**

- **Cartographie de la tumeur** : siège, distance par rapport au pôle supérieur du sphincter interne, dimension, siège et pourcentage d'envahissement sur la circonférence, suspicion de tumeur mucineuse.
- **Degré d'envahissement du mésorectum.**
- **L'atteinte du fascia recti** et son siège.
- **L'atteinte des organes de voisinage** et son type.
- **L'atteinte ganglionnaire** méso rectale et pelvienne.
- **L'atteinte du sphincter interne** : siège et hauteur.
- **L'atteinte du sphincter externe** et les releveurs de l'anus.

# Bilan d'opérabilité

1. **Terrain:** l'âge physiologique, comorbidité
2. **Etat nutritionnel:** perte de poids, albuminémie, protides totaux
3. **Marqueurs tumoraux:** ACE, suivi post opératoire
4. **Bilan pré opératoire standard**

# Diagnostic différentiel

1. hémorroïdes
2. cancer prostatique
3. cancer du col de l'utérus ou du vagin envahissant la cloison recto-vaginale
4. l'endométriose rectale
5. les sténoses inflammatoires rectales : radiques (après trt d'un cancer gynécologique), ischémiques, amibiases, maladie de Nicolas – Favre.
6. ulcère solitaire du rectum ou certaines rectites spécifiques (tuberculose, maladie de Crohn, syphilis)

# Traitement(1)

## ❑ Buts:

Résection carcinologique de la tumeur(marges saines+ curage gg)

Préservation sphinctérienne et éviter les lésions nerveuses réduisant les séquelles génito-urinaires

## ❑ Moyens

1. **Médicaux:** réanimation( correction des tares, ATB )
2. **Radiothérapie:** diminution de la taille de la tumeur et le taux de récidence
3. **Chimiothérapie systémique:** diminution des taux de récidence et de métastases
4. **Chirurgie:**
  - Résection antérieur du rectum avec anastomose colorectale basse
  - Proctectomie totale avec exérèse extra fasciale totale du mésorectum et anastomose colo-sus anale
  - Résection intersphinctérienne avec anastomose colo anale
  - Amputation abdominopérinéale

# Traitement(2)

## □ Indications:

1. Radiothérapie préopératoire /radio chimiothérapie pré op: pour les tumeurs du tiers moyen et inférieur en cas d'atteinte du mésorectum ou en cas de présence d'adénopathie
2. Chirurgie: par laparotomie ou laparoscopie ou transanale endoscopique
  - Amputation abdomino périneale : Exérèse en totalité de l'ampoule rectale, de l'appareil sphinctérien et du canal anal dans le cas des tumeurs proches de l'appareil sphinctérien (moins de 1 cm du sphincter)
  - Résection par voie abdominale: résection antérieure du rectum, Le rectum sera sectionné au dessous de la tumeur en respectant une marge de sécurité de 5 cm et la continuité digestive sera rétablie par une anastomose colorectale
  - Résections inter sphinctérienne :Exérèse en totalité de l'ampoule rectale avec respect du sphincter externe+ anastomose colo anale
  - Intervention de Hartmann : résection sans rétablissement de continuité+ colostomie iliaque gauche
  - Le type de l'intervention est dicté par le siège de la tumeur par rapport à l'appareil sphinctérien

- **Haut rectum:** chirurgie première le plus souvent sauf pour les lésions localement avancées (T4): résection antérieur du rectum
- **Moyen rectum:** radiothérapie néo adjuvante suivie d'une proctectomie totale avec exérèse extra fasciale totale du mésorectum et anastomose colo sus anale (T3-T4 ou N+) si non chirurgie première
- **Bas rectum:** radiothérapie néo adjuvante suivie d'une résection intersphinctérienne avec anastomose colo anale ou amputation abdominopérinéale (si atteinte du sphincter) (T3-T4 ou N+) si non chirurgie première
- **NB: la chimiothérapie systémique est indiquée en post opératoire en cas de présence d'adénopathie métastatique à l'étude anatomopathologique de la pièce de résection**

# Facteurs pronostic

## 1. Cliniques :

- . Age : les formes des sujets jeunes (< 40 ans) seraient de plus mauvais pronostic,
- . Siège du cancer : les cancers du bas rectum sont de mauvais pronostic
- . Cancer révélé par une complication : occlusion  
Perforations

## 2. Anatomopathologie :

- Degré de différenciation de la tumeur
- Degré d'infiltration pariétale
- Envahissement ganglionnaire
- Engainement tumoral périnerveux



# Conclusion

- Le trt du cancer du rectum a évolué au cours de ces dernières années
- Intérêt du TR dans le diagnostic précoce
- La Radiothérapie diminue le risque de récurrence locorégionales
- Intérêt de la prévention

LIMITER LA CONSOMMATION  
DE VIANDES ROUGES  
ET CHARCUTERIES

LIMITER LA CONSOMMATION  
DE BOISSONS SUCRÉES

LIMITER LA CONSOMMATION  
D'ALCOOL

NE PAS CONSOMMER  
DE COMPLÉMENTS  
ALIMENTAIRES POUR  
LA PRÉVENTION  
DES CANCERS

POUR LES MÈRES :  
SI POSSIBLE,  
ALLAITER  
SON ENFANT

APRES UN DIAGNOSTIC  
DE CANCER :  
SI POSSIBLE, SUIVRE CES  
RECOMMANDATIONS

# RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DES CANCERS

Pour réduire le risque de cancer, il est aussi important  
de ne pas fumer, de ne pas être exposé à la fumée du tabac,  
et d'éviter l'exposition excessive au soleil.

Suivre ces recommandations permet également de réduire  
les apports en sel, en acides gras trans et saturés.  
Ensemble, elles contribuent à prévenir d'autres  
maladies chroniques.

World  
Cancer  
Research  
Fund



American  
Institute for  
Cancer  
Research

LIMITER LA CONSOMMATION DE  
«FAST FOOD» ET AUTRES ALIMENTS  
TRANSFORMÉS RICHES  
EN MATIÈRE GRASSE,  
AMIDON OU SUCRE

AVOIR UNE  
ALIMENTATION  
RICHE EN  
CÉRÉALES COMPLÈTES,  
LÉGUMES SECS  
ET EN FRUITS  
ET LÉGUMES

ÊTRE  
PHYSIQUEMENT  
ACTIF

MAINTENIR UN  
« POIDS SANTÉ »