

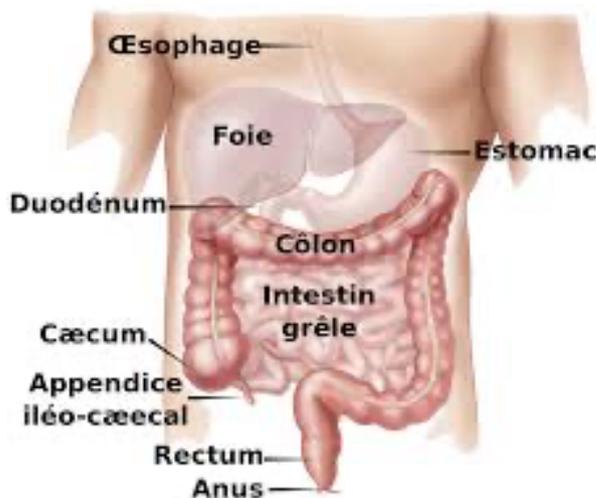


TUMEURS DIGESTIVES

Cancer du côlon

GÉNÉRALITÉS

Anatomie, physiologie



Organe **central** de l'abdomen

Entouré d'autres organes digestifs

- Grêle, foie, pancréas

Colon forme **un cadre dans l'abdomen**, faisant suite à l'intestin grêle ; abouchement au niveau du **caecum** (zone de l'appendice), qui se poursuit par colon **ascendant**, colon **transverse**, puis le colon **descendant**, puis **sigmoïde** et enfin **rectum** et anus.

Colon possède une paroi particulière

Paroi du côlon	
Muqueuse	Contact avec les selles
Sous muqueuse	Transition
Muscleuse	Muscle pour faire progresser les selles
Séreuse	Tissus de soutien

Le côlon **absorbe l'eau** pour assécher les selles et **maintenir l'équilibre hydro-sodé**

Le côlon est porteur d'une **flore intestinale** : bactéries dans le tube digestive

- Non pathogène
- Mais peut le devenir

Carcinogène

Carcinogénèse intestinale	
Définition	Se développe à partir des glandes <ul style="list-style-type: none"> - Adénocarcinome : 95% - 5% : lymphome ou neuroendocrine
Description	Phénomène multi étapes Facteurs génétiques ou environnementaux qui vont donner un adénome : polype Va grossir jusqu'à >1cm qui va être susceptible de développer le cancer

ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUES

Épidémiologie

15% des cancers
 42 000 nouveau cas en France
17 000 décès
2^e mortalité du cancer après poumons
 Incidence **en augmentation**
 H/F : pareil

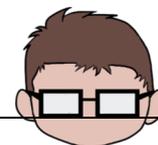




Age moyen : 71 ans

Facteurs de risque	Âge	<p>Age +++ Plus l'âge est élevé plus on a des polypes → Fréquence des adénomes chez le sujet décédé d'une autre cause, lors de l'autopsie on retrouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 55 ans : 12% ont des polypes - 65 -74 ans : 33% ont des polypes 	
	Alimentaire	Effet néfaste des graisses animales , et bénéfique des fibres	
	MICI	<p>RCH et Crohn Ça donne une inflammation de la muqueuse = plaie chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entraîne un risque de dysplasie (modification de l'aspect et fonctionnement des cellules) pouvant entraîner un cancer <p>→ Surtout pour la RCH Et pour Crohn Colique Majoration du risque en cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Pancolite +++ facteur de risque → Évolution longue de la maladie >8-10 ans → Association avec des cholangites sclérosantes primitives : maladie des sels biliaires qui entraîne une inflammation et un risque de dysplasie et de cancer 	
	Génétique	<p>Antécédent familial de cancer colorectal = entraîne un sur-risque de cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédent au premier degré <p>Maladie génétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polypose adénomateuse familiale (PAF) - Le Syndrome de Lynch HNPCC 	
	PAF	<p>1% des cancers colorectaux Nombreux +++ polypes colorectaux Mutation du gène APC Gène dominant +++ Lorsqu'on a le gène, maladie à pénétrance importante = maladie à coup sûr et donne un cancer dans 100% des cas Dépistage des enfants = colectomie préventive</p>	
	HNPCC	<p>Hereditary non polyposis colorectal cancer 3% des cancers colorectaux Association familiale de cancers digestifs, gynécologiques, urinaires → Mutation de gènes réparateurs de l'ADN</p>	
	Lésion précancéreuse	<p>Les adénomes (polypes) +++ Sur 1000 adénomes, 25 deviendront cancer après évolution de 10 à 20 ans. Les polypes villosités ou > 1cm, risquent de dégénérer plus facilement Coloscopie : permet de voir, mais aussi l'exérèse de polypes</p>	
	Prévention, dépistage	Sujet à risque très élevé	<p>Maladie génétique : PAF et HNPCC Coloscopie +++</p>
		Sujet à risque élevé	<p>Maladies inflammatoires du colon ATCD familiaux ou personnels Coloscopie +++</p>
		Sujet à risque moyen	<p>Population générale Dépistage par hémoculture +++</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doit être fait de 50 à 74 ans (populations asymptomatiques) tous les deux ans <p>Test pas très sensible, on rate 50% des cancers (qui ne saignent pas) S'il y a du sang, sera vu +++ Apparition de tests immunologiques qui sont très efficaces</p>
PRISE EN EN CHARGE			
Signes cliniques	<p>Très longtemps asymptomatique. Douleur abdominale Altération de l'état général</p>		





Troubles du transit d'apparition récente

- Chez quelqu'un avec transit normal, apparition de troubles et en âge de développer un cancer

Hémorragies digestives

- Visible ou non
- Rectorragies (rectum ou colon gauche)
- Méléna (colon droit)

Anémie

- Carence en fer, perte de fer = ferriprive quelque par

Syndrome rectal = ténésmes (contractions douloureuses en fin de selles)

Examen clinique avec masse

Complications

- Occlusion
- Perforation : péritonite
- Infection : septicémie, abcès

Ascite, ganglions

Coloscopie : **biopsie** pour l'examen histologique

- Décrire la tumeur
- Localisation

→ Recherche d'une autre tumeur, polype

→ Complété par un colo-scanner pour chercher d'autres lésions

Biologie	ACE : marqueur tumoral : antigène carcino embryonnaire Ni suffisamment sensible ni spécifique pour faire diagnostic , peut être élevé dans autres cancers digestifs et absent dans beaucoup de cancer
Morphologie	Scanner thoraco-abdomino-pelvien Recherche de métastases : <ul style="list-style-type: none"> - Pulmonaire - Hépatique - Péritoine Peu de métastases osseuses et cérébrales Pet scan discutable
Opérabilité	Maladie cardiaque grave ? Comorbidité ?

Variable en fonction du stade de la maladie

Tout stades confondus : 40%

Localisé : 90% de survie

Localisé atteinte ganglionnaire = 50%

Métastatique : 10%

Bilan extension négatif : Pas de métastases à distance	
Traitement chirurgical	Colectomie (droite, gauche, transverse, sub-totale) Stomie : pas obligatoire - Condition opération normale : pas de poche général. Curage ganglionnaire : → Méso côlon : endroit où les vaisseaux vont trouver leur support , contient les ganglions.
Examen anapath : → pièce opératoire : coupe, étude, envahissement , profondeur : stade TNM (tumeur non métastase)	
Envahissement ganglionnaire : stade 3 de la maladie	
Traitement adjuvant	Chimiothérapie Décision prise en RCP : oncologues, gastro-onco, chirurgiens, radiologues, anapath... N'existait pas avant 90 5 FU (5 fluoro uracile) Folfox : - 5FU + oxaliplatine - 12 cures à dose de 1 tous les 15 jours, 6 mois de traitement

Diagnostic et bilan d'extension

Pronostic

Stratégies thérapeutiques





		<ul style="list-style-type: none"> - Perfusion continue pendant 48 heures →Contre-indiqué chez les cardiaques avancés <p>EI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muscite - Paresthésie à l'oxaliplatine - Nausées, vomissement
	Métastases à distance : M+ stade 4	
	Chimiothérapie	<p>Dans un premier temps, avant de se poser la question de la chirurgie.</p> <p>Décision en RCP + de la chirurgie améliore le pronostic 15 à 20% des patients ont des métas opérables d'emblée ou après chimiothérapie Les classiques ou alors EVGF</p>
	Chirurgie des métastases	<p>Hépatiques +++</p> <p>Pulmonaires +++</p>
	Palliatif	<p>Prothèse colique : passage des selles pour lever l'occlusion Stomie de décharge</p> <p>Soins de support</p> <ul style="list-style-type: none"> - A tous les stades de la maladie - Prise en charge à 100% ALD <p>→ PEC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur, nutritionnelle, psychologique

SURVEILLANCE	
Objectif	<p>Surveillance de l'adénocarcinome.</p> <p>Dépister une récidive de la maladie : métastases</p> <p>Dépister un adénome ou un cancer métachrone (survient après cancer, mais n'était pas présent)</p> <p>Surveillance uniquement chez le patient en capacité de supporter le traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient grabataire poly-patho., antécédent lourd : ...pas besoin de lui dire vous avez une métastase, mais non opérable, LOL
De la récurrence du cancer colorectal	<p>Tous les 3 à 6 mois puis annuel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'altération générale, clinique, imagerie (scanner TAP, écho abdo, radio thoracique) <p>75 à 80% des récurrences surviennent dans les 2 ans</p> <p>Barrière à 5 ans, récurrences rares après ça</p> <p>10 à 20% des récurrences non traitables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement à visée palliative (chirurgie) pour prolonger la survie mais pas guérir
Apparition d'autres adénomes ou cancer métachrone	Coloscopie surveillance à 3 ans puis tous les 5 ans si normale

