

# **SEMIOLOGIE DES CANCERS COLO-RECTAUX**

**Dr Ibrahima KA , Chirurgie Générale, HOGGY**

# Objectifs

- Définir le cancer colo-rectal (CCR).
- Décrire les signes cliniques du CCR.
- Décrire le syndrome rectal.
- Décrire les lésions endoscopiques du CCR.
- Citez 4 formes topographiques de CCR.
- Décrire 3 complications du CCR.

## **DEFINITION**

Il s'agit des néoformations malignes primitives ou secondaires développées aux dépens de la paroi colique ou rectale.

# INTERET

Cancer colorectal ou adénocarcinome est le premier cancer digestif en Occident et rare en Afrique.

Diagnostic → Endoscopie basse + biopsie et étude anatomopathologique

Traitement est essentiellement chirurgical.

Pronostic du cancer colorectal a été sensiblement amélioré par les progrès diagnostiques et thérapeutiques.

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

**Topographie** : Colon 2/3, rectum 1/3.

**Macroscopie** : bourgeonnantes, ulcéro-bourgeonnantes

Ulcéro-infiltrantes.

**Microscopie** : adénocarcinomes 97%.

# **INTERROGATOIRE**

**Antécédents personnels ou familiaux de polype, de  
cancer colo-rectal, syndrome de LYNCH**

**Etat général**

**Chronologie des signes**

# SIGNES FONCTIONNELS

**Douleurs abdominales** : peuvent être localisées en n'importe quel point de l'abdomen correspondant soit au siège de la tumeur soit à une topographie erratique dont l'exemple typique est la douleur de la fosse iliaque droite par distension cœcale en amont d'une tumeur du colon gauche.

**Type** de crampes ou de simples sensations de ballonnement, paroxystiques entrecoupées d'accalmies et soulagées par l'émission de gaz ou de selles et les antispasmodiques.

# SIGNES FONCTIONNELS

**Hémorragie digestive** : rectorragies d'abondance variable

mais pouvant être massives et recouvrir les selles,

Hémorragie occulte entraînant une anémie ferriprive,

méléna.

Ainsi tout patient présentant une rectorragie ou une anémie ferriprive doit bénéficier d'une coloscopie car l'erreur est de les attribuer à des hémorroïdes.

# SIGNES FONCTIONNELS

**Troubles du transit récents** : constipation, diarrhée ou alternance diarrhée constipation.

**Syndrome rectal** : faux besoins avec écoulement glaireux ou muco-sanglant, épreintes avec coliques suivies d'une exonération minime ou afécale, de ténesme avec sensation douloureuse de corps étranger intra-rectal.

**Syndrome de Koenig** : crises douloureuses abdominales avec ballonnement post prandiale cédant avec des borborygmes et/ou une débâche de gaz ou de selles.

# SIGNES PHYSIQUES

Une **défense** ou une **contracture** par perforation au  
siège de la tumeur ou diastatique

Une **masse abdominale** surtout à droite.

Un ganglion du **Troisier**

Une **hépatomégalie** tumorale

# SIGNES PHYSIQUES

**TR systématique** : masse tumorale rectale située entre 8 et 10 cm de la marge anale par la palpation d'une lésion indurée en « lobe d'oreille » dont il faut le bilan d'extension.

Distance du pôle inférieur de la tumeur à la marge anale

Position (antérieure, postérieure, latérale circonférentielle)

Caractère franchissable ou non, mobilité, fixité

Palpation d'adénopathies péri-rectales, rectorragies, méléna

Nodules du cul de sac de Douglas

**TV**: invasion de la cloison recto-vaginale, métastases ovariennes.

# **SIGNES GENERAUX**

Altération de l'état général;

Ascite;

Ictère;

Fièvre;

Maladie veineuse thrombo-embolique,

**Examen général de tous les appareils et systemes.**

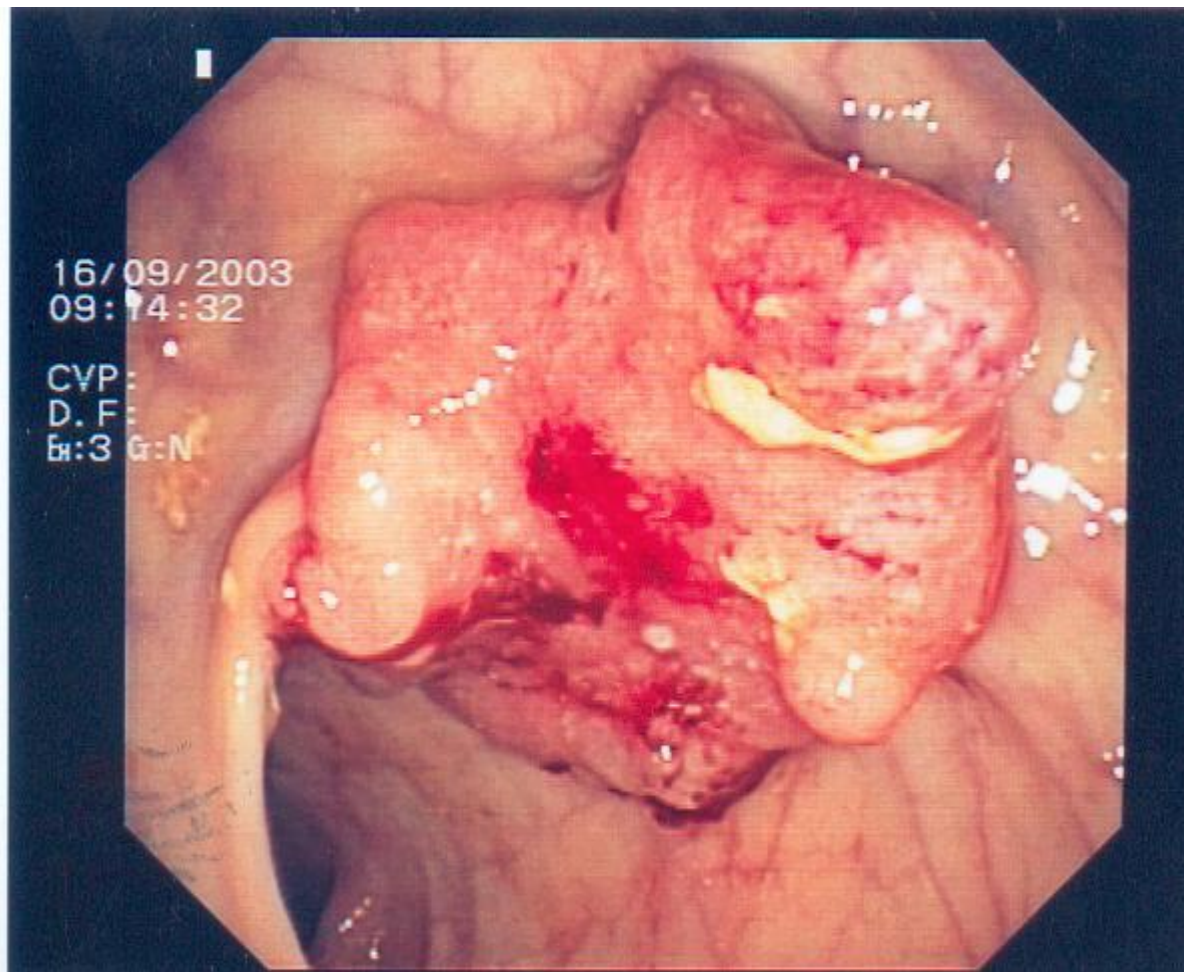
# EXAMENS COMPLEMENTAIRES

## *Coloscopie, Rectosigmoidoscopie*

- La localisation de la tumeur
- Sa description : ulcéro-bourgeonnante, dure, saignant au contact, franchissable ou non
- Biopsies multiples sur la tumeur
- Examen du reste du cadre colique : polypes, cancers synchrones



*Aspect endoscopique d'un adénocarcinome colique ulcéro-bourgeonnant*



**Rectosigmoïdoscopie**  
**Lésion dure , irrégulière ,bourgeonnante et hémorragique**

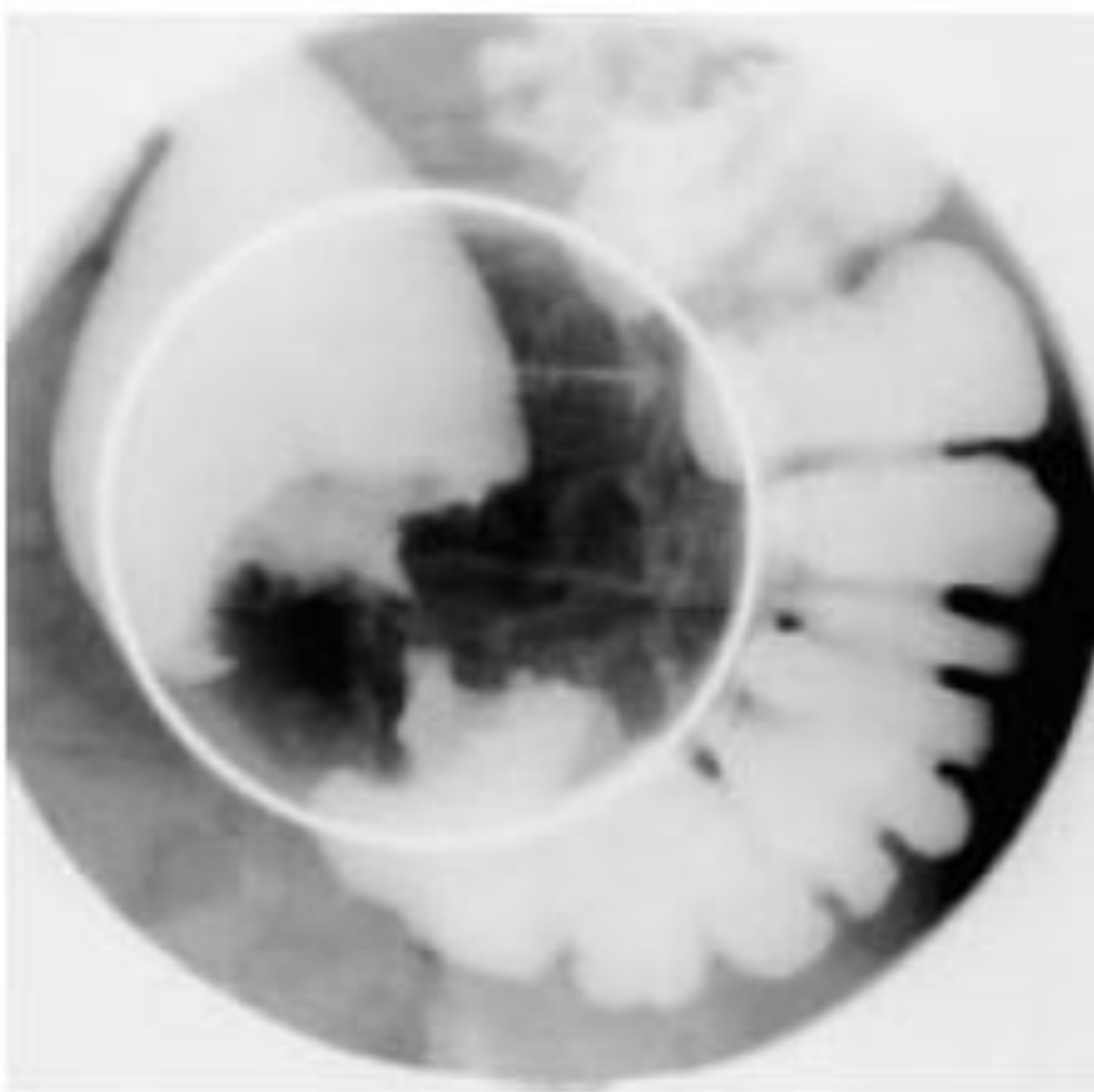
# EXAMENS COMPLEMENTAIRES

**Lavement baryté ou aux hydrosolubles** est demandé

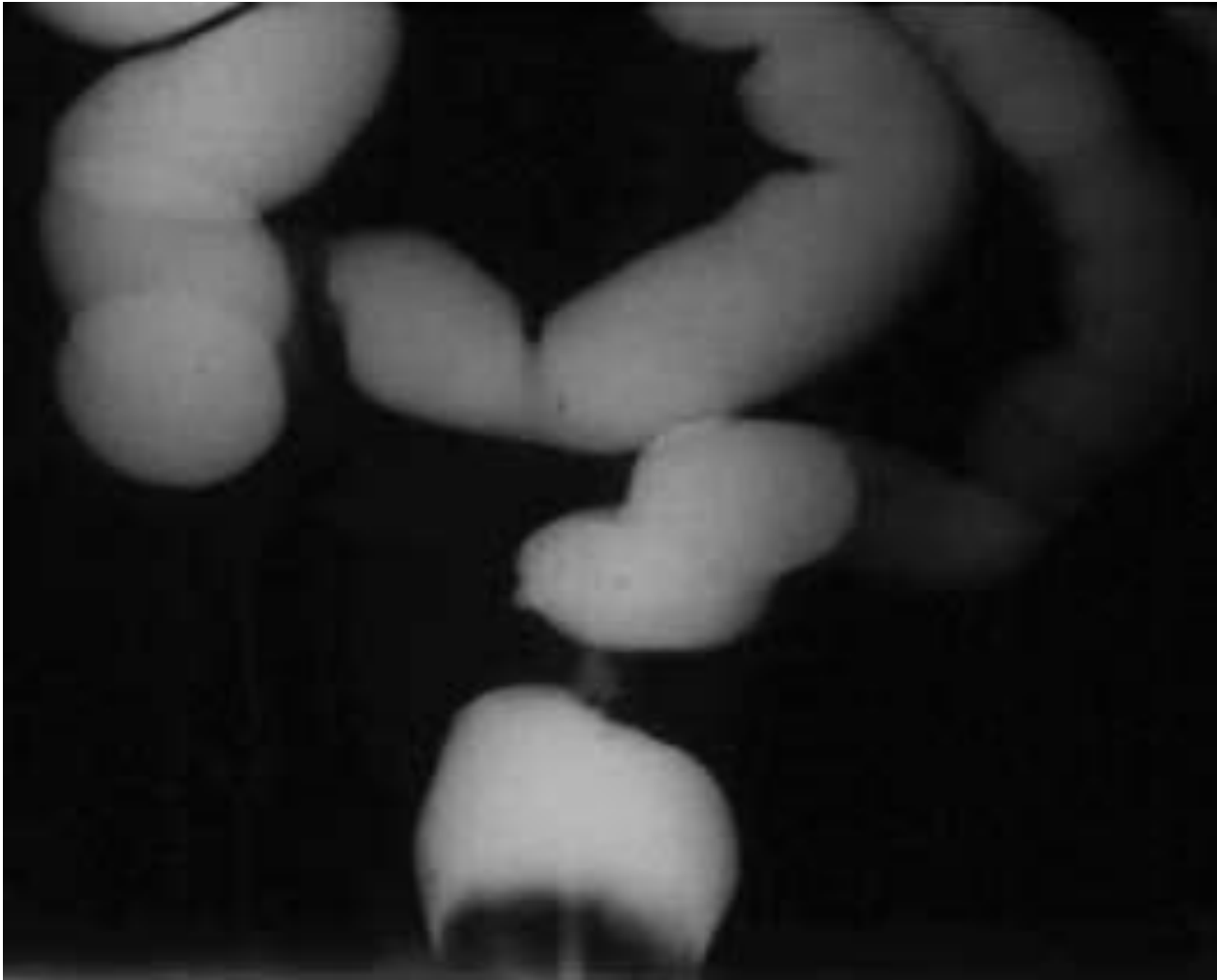
Lorsque la coloscopie n'est pas complète ou impossible

Image caractéristique en « **trognon de pomme** »

Sténose circonférentielle de hauteur variable d'allure néoplasique avec un défilé, court, irrégulier, tortueux avec perte du lisère muqueux



*Aspect radiologique sur un lavement baryté d'une néoplasie colique végétante et infiltrante circonférentielle et sténosante*



## **Lavement baryté**

**sténose irrégulière excentrée avec perte de liseret de sécurité ou lacune intra-rectale**

# EXAMENS BIOLOGIQUES

- **L'antigène carcinoembryonnaire (ACE)** sert à la surveillance post thérapeutique.
- La numération formule sanguine montre une **anémie ferriprive**.

# EXTENSION

Le diagnostic de cancer colorectal posé un bilan d'extension est fait.

Il comprend :

Un bilan clinique local, régional, général

Un bilan paraclinique.

l'échographie et la radiographie des poumons

une tomодensitométrie thoraco-abdomino-

pelvienne dans le cancer du colon. Dans le cancer du rectum

une

écho-endoscopie rectal et/ou l'imagerie par résonance

nucléaire

suffisent.

- Classification TNM de l'IUCC est faite avant d'entreprendre le traitement. (annexe).

# FORMES TOPOGRAPHIQUES

**Cancer du rectum :** Il est souvent révélé par des rectorragies et un syndrome rectal. Le toucher rectal permet le diagnostic dans 80% des cas et de faire un bilan d'extension. Les biopsies confirment le diagnostic de cancer à la réponse anatomopathologique.

**Cancer de la chagrière recto-sigmoïdienne et du sigmoïde :**  
Il est souvent compliqué d'occlusion en relation avec son caractère circonférentielle.

# FORMES TOPOGRAPHIQUES

**Le cancer du colon droit :** Il est souvent infecté ; la masse est palpable car le colon droit est superficiel et annoncé par un méléna.

**Le cancer du colon gauche :** il est sténosant, cause souvent d'occlusion intestinale aigue basse mécanique avec risque d'atteinte urétérale gauche avec urétéro-hydronéphrose unilatérale.

# FORMES TOPOGRAPHIQUES

**Le cancer des angles coliques droit et gauche :** ils se compliquent très souvent d'occlusion intestinale aiguë. À gauche il s'étend vers la rate, la queue du pancréas alors qu'à droite il envahit le duodénum, le foie, le rein droit.

**Le cancer du caecum :** volontiers latent, révélé tardivement par un méléna, une anémie ferriprive, une masse ou une forme abcédée de la fosse iliaque droite.

# FORMES COMPLIQUEES

- **Abcès péri-tumoral** : il est le plus souvent latent avec hyperleucocytose isolée. La TDM montre la collection.

Non traité elle évolue vers la péritonite ou la fistulisation dans les organes de voisinages.

- **L'occlusion intestinale aiguë** : elle révèle le cancer du sigmoïde et des angles coliques. Le lavement aux hydrosolubles montre une image d'arrêt complet avec un défilé tortueux et serré.

# FORMES COMPLIQUEES

**La perforation :** elle est surtout fréquente dans les cancers du colon gauche.

Elle peut se produire au niveau de la tumeur favorisée par l'infection péritumorale ou en amont au niveau du caecum réalisant la perforation diastatique du caecum

Le tableau réalisé est une péritonite stercorale d'évolution souvent mortelle.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montre souvent un pneumopéritoine massif.

# FORMES COMPLIQUEES

**Hémorragie digestive** : elle peut être massive et recouvrir les selles. Toute hémorragie digestive basse : rectorragie ou méléna nécessitent une **coloscopie** pour ne pas passer à côté d'un cancer.

# CONCLUSION

Cancer encore rare en Afrique mais dont la fréquence augmente depuis quelques années.

Diagnostic est tardif car les signes sont souvent noyées dans ceux d'une colopathie fonctionnelle.

Intérêt du TR et endoscopie + biopsies.