

***Conduite à tenir devant un
cancer colique gauche en
occlusion***

Z. Sina Rahme

Badra Youssef

Tours le 22/06/2006

Fréquence :

- 70% des causes d'occlusions coliques
- 16 % des cancers colorectaux
- 50% colon gauche (45 % sigmoïde)
- 4 à 7 % de localisations synchrones

L'attitude thérapeutique

- Score ASA
- Degré d'occlusion
- Stade TNM
- Topographie +/- localisations tumorales multiples

ASA élevé + Age avancé

- Éviter stomie + intervention lourde
- Durée opératoire courte
- Durée d'hospitalisation réduite

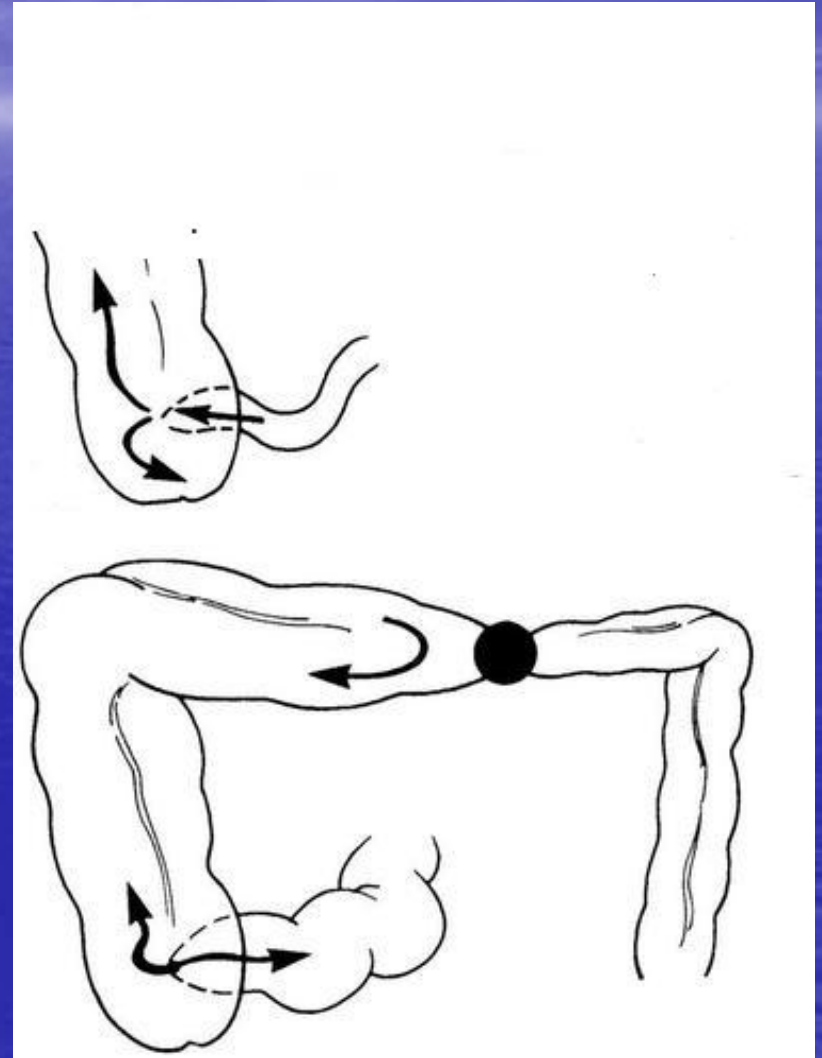
Préparation et bilan pré-op

- **SNG + aspiration**
- **SAD**
- **Rééquilibration hydro électrolytique**
- **Antalgiques**
- **Antispasmodiques**
- **Réanimation**

Degré de l'occlusion

Dilatation d'amont:

- Du côlon +++
 - si lésion distale : 2/3 cas
 - valvule de Bauhin continente
- Du grêle parfois



Radiographie (ASP)

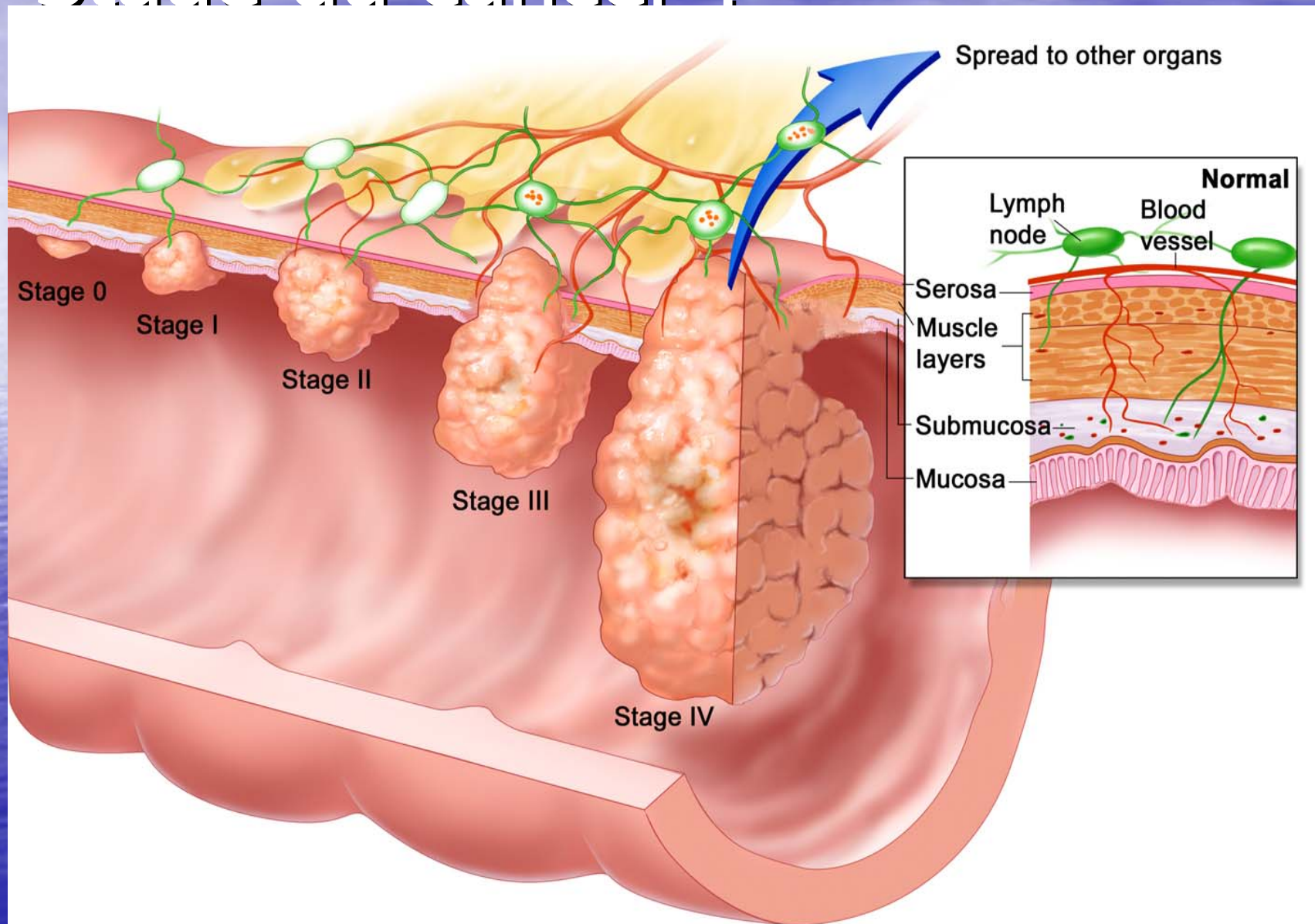


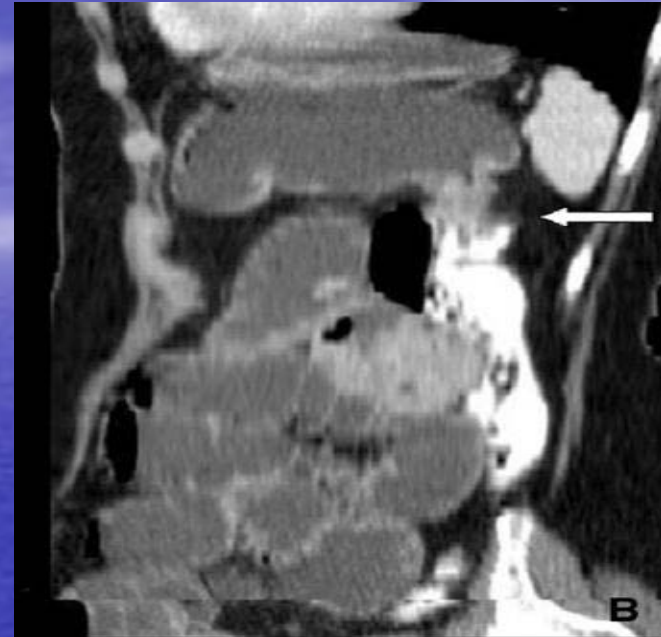
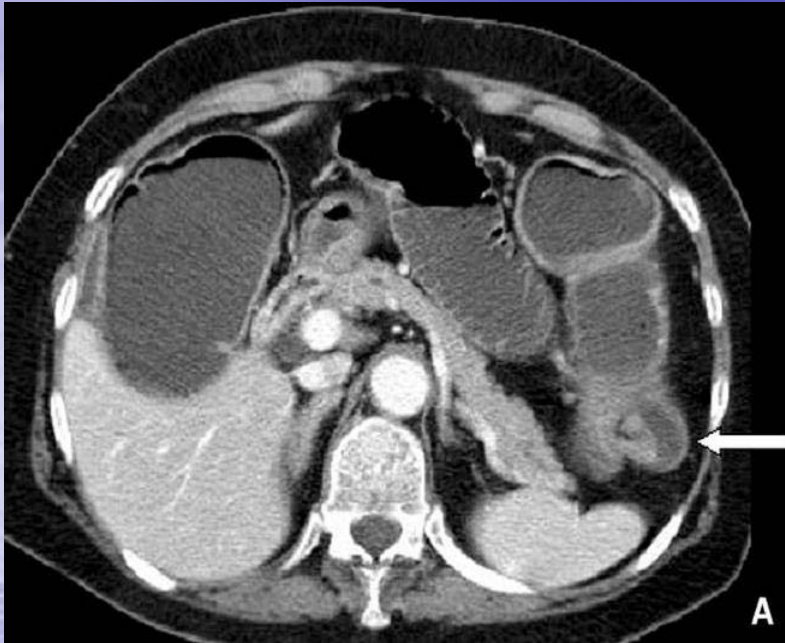
**Dilatation côlon droit
(grêle peu dilaté)**

**NHA de type colique
(flancs)**

**Absence d'air au niveau de
l'ampoule rectale**

Stade du cancer ?

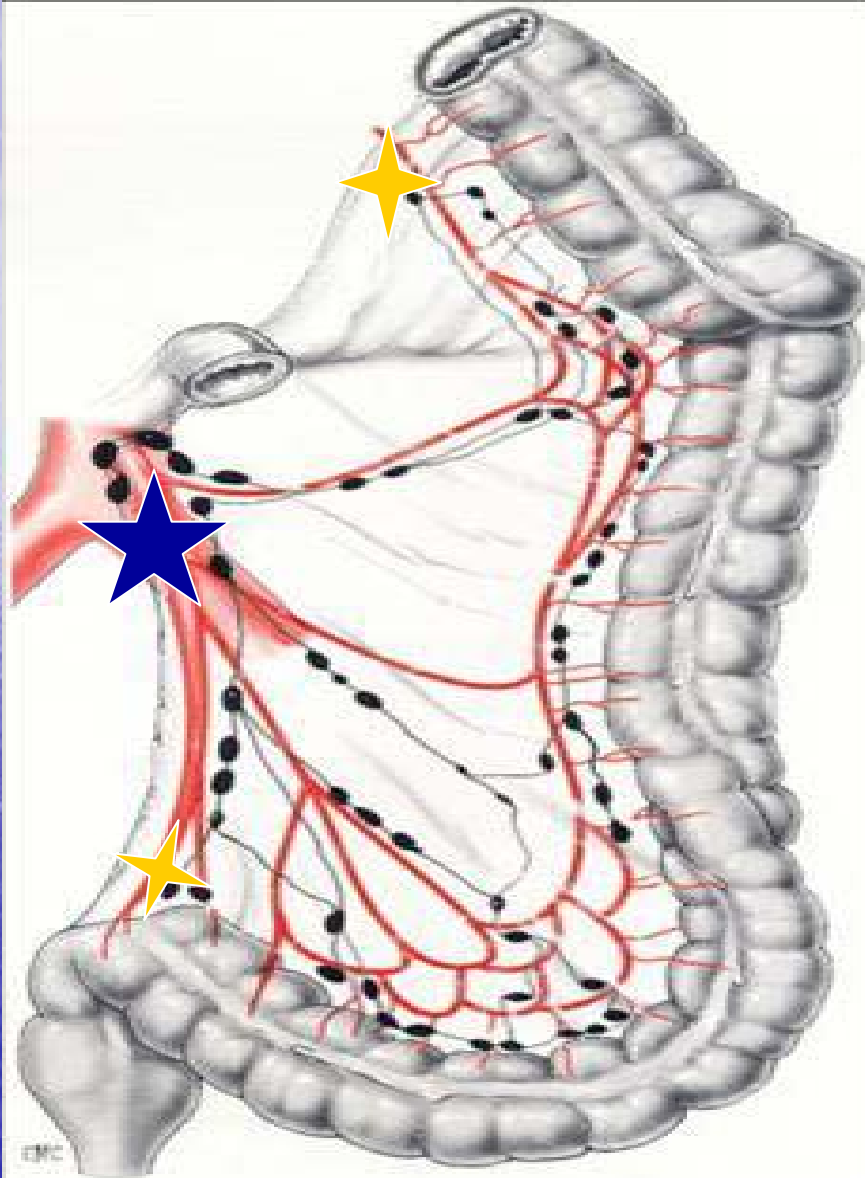




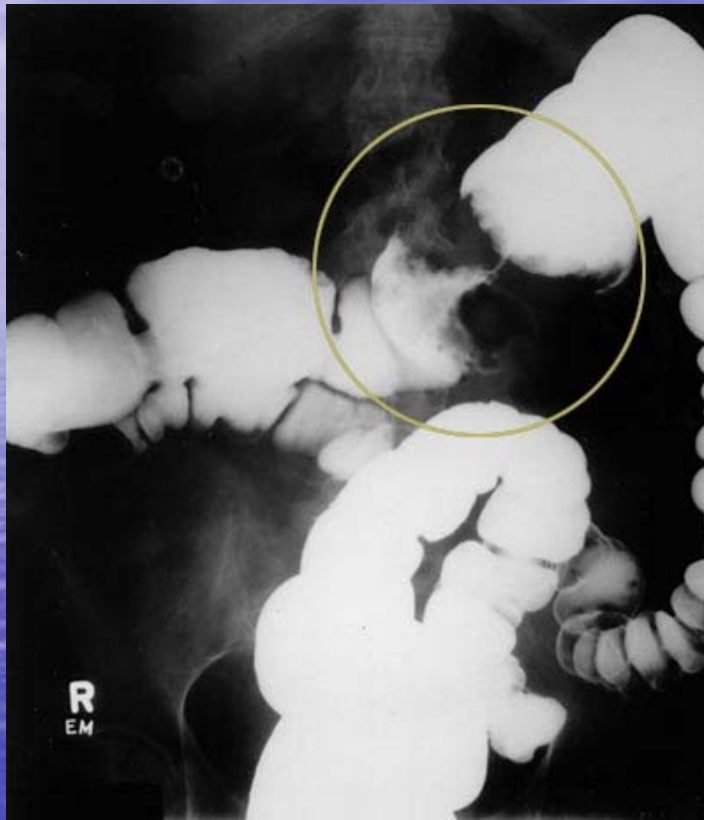
- **Métastases Foie/Poumons**
- **Au niveau local :**
 - **Contraste « sus lésionnel - sous lésionnel »**
 - **Lésion et adénopathies**

TDM THORACO ABDOMINO PELVIEN

Le cancer : topographie

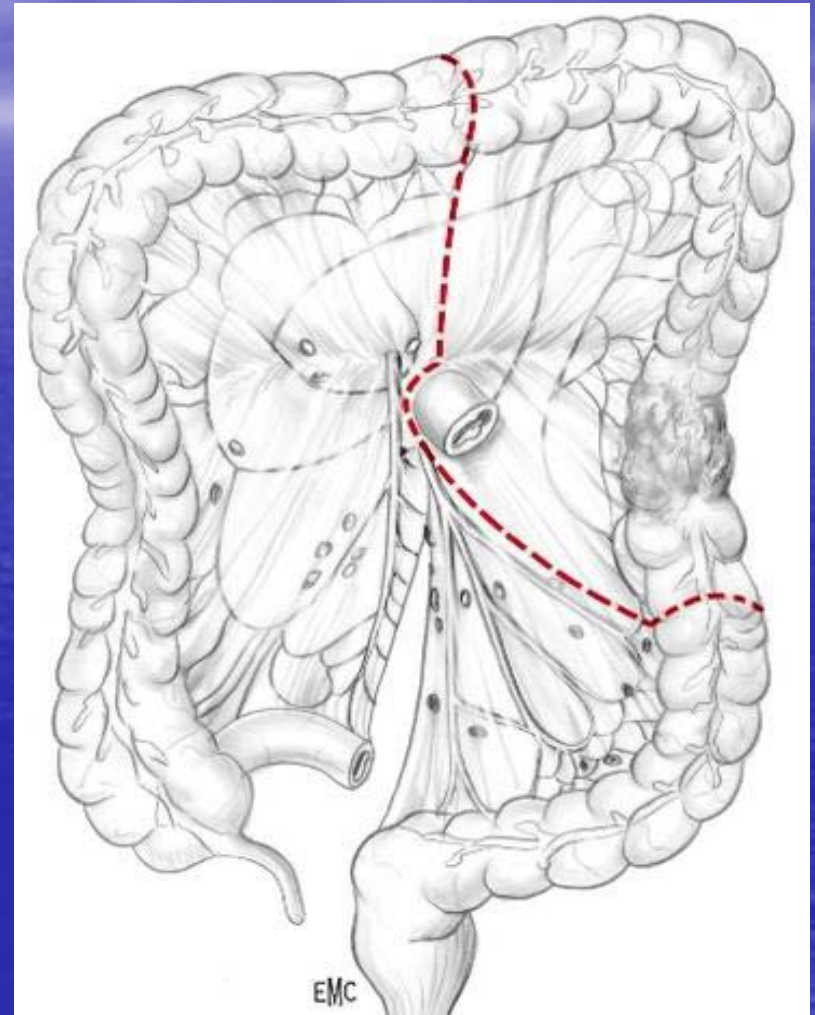
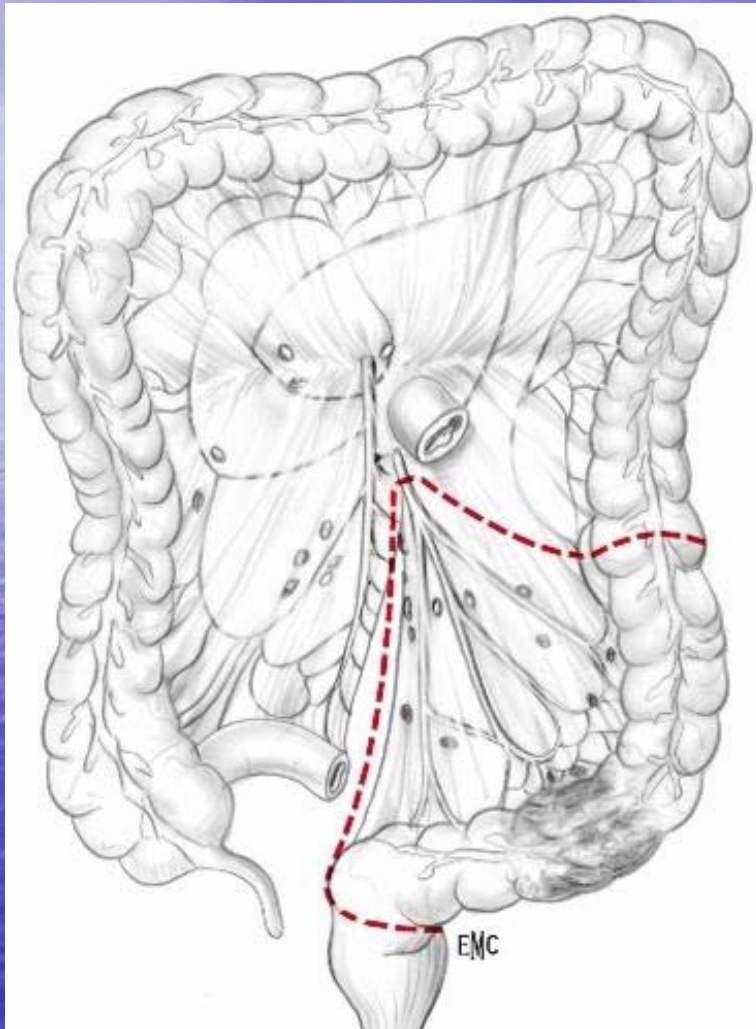


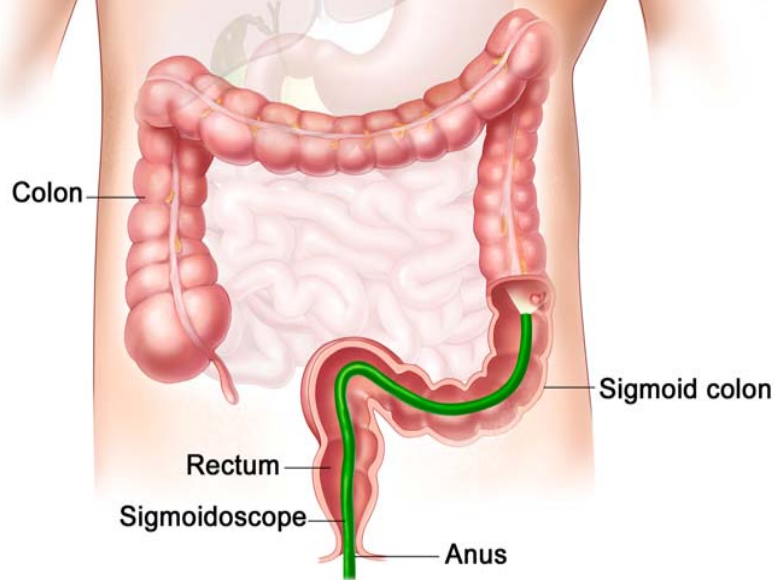
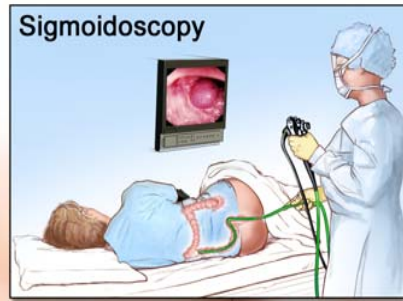
CÔLON G & RECTUM



LAVEMENTS AUX HYDROSOLUBLES

Chirurgie carcinologique?





➤ Difficile en urgence

➤ Parfois dangereuse

➤ Souvent incomplète
(sigmoïdoscopie)

ENDOSCOPIE + BIOPSIES

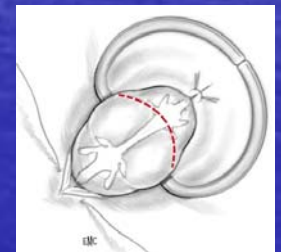
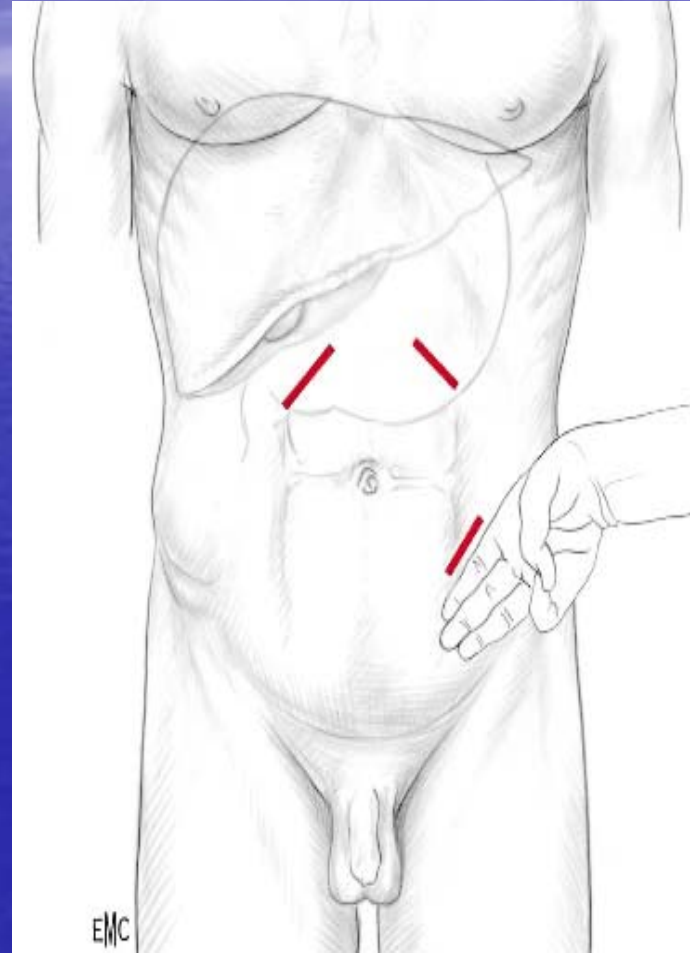
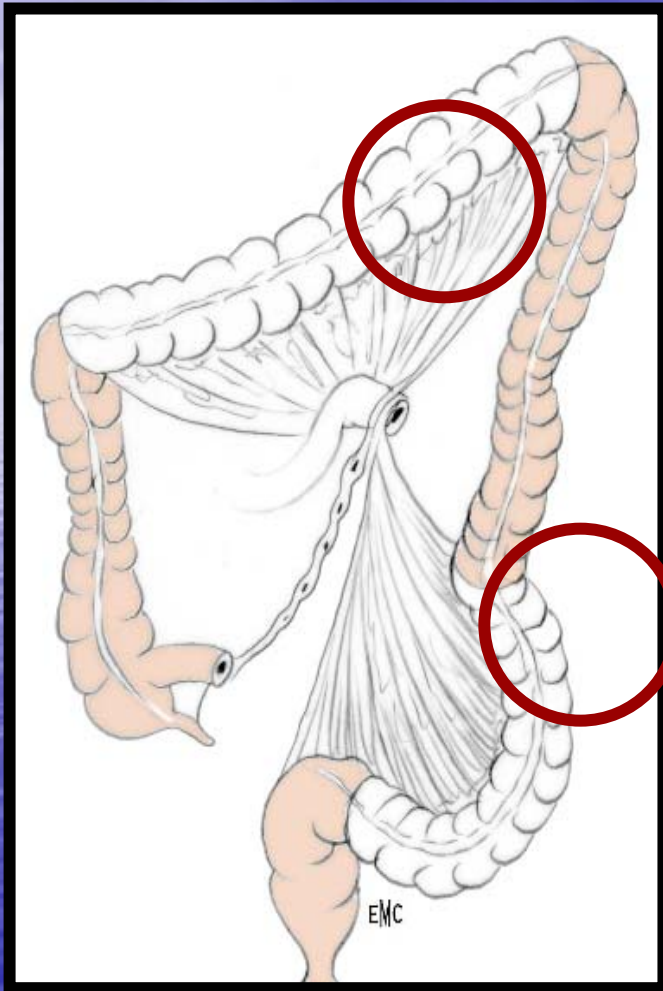
Deux grandes stratégies:

- Temps multiples : 2 temps (Classique)
ou 3 temps
- Temps unique : Résection + anastomose

Chirurgie en 2 temps :

- **1 . Résection après colostomie de proche amont**
- **2 . Intervention de Hartmann**
- **3 . Résection + anastomose protégée**

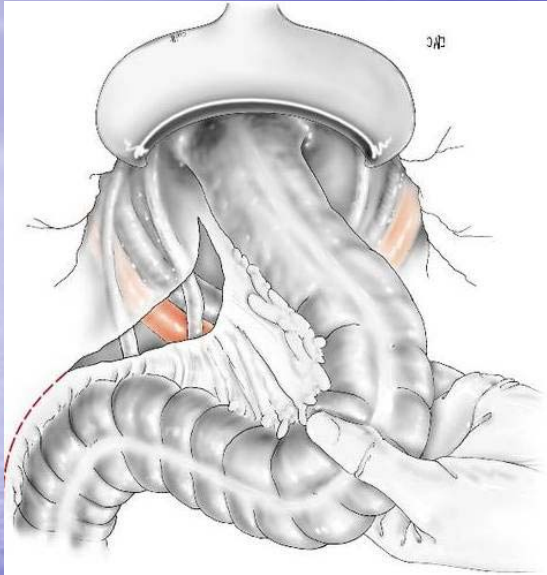
Colostomie de proche amont



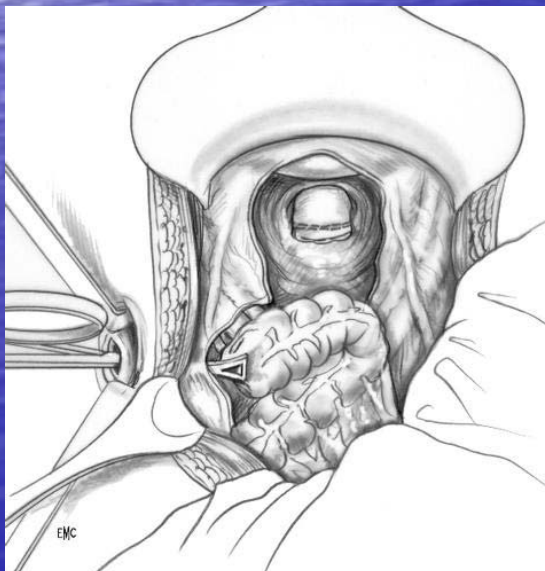
Résection après colostomie de proche amont

- Référence +++
- Colostomie par voie élective
- Exérèse carcinologique À J 8 – 15
- Mortalité cumulée 2.7 % à 10 %
- Voie élective interdite si souffrance du colon d'amont et / ou + occlusion du grêle

2. Intervention de Hartmann



- **Mauvaises conditions (occlusion+perforation)**
- **Chirurgie carcinologique**
- **Rétablissement dans 3 mois**

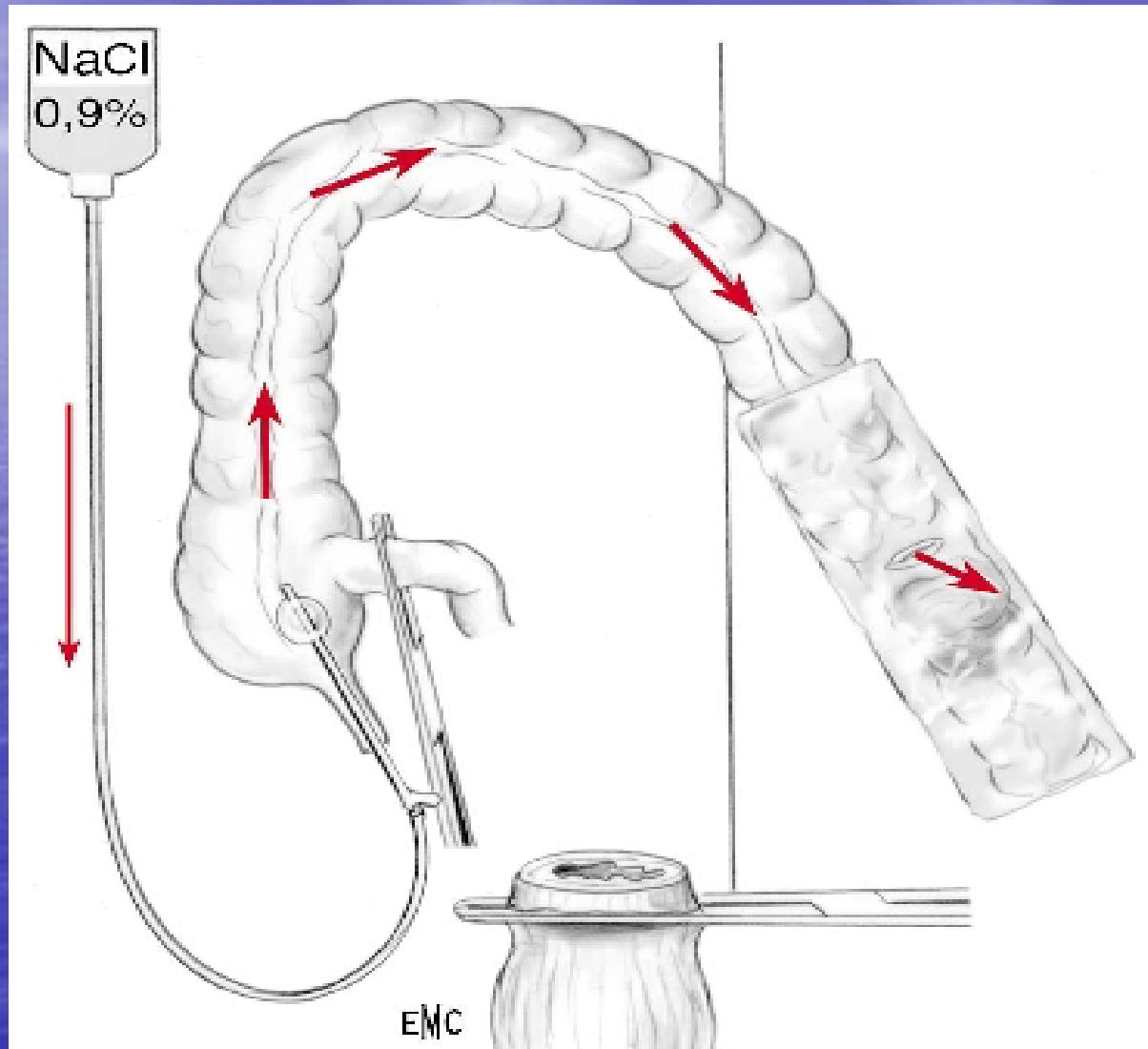


- **Rétablissement impossible 30%**
- **Mortalité 10%**

Interventions en 1 Temps

- *1. Résection – Anastomose en 1 temps + lavage colique peropératoire*
- *2. colectomie sub-totale-Anastomose*

Technique du lavage peropératoire



Technique du lavage peropératoire

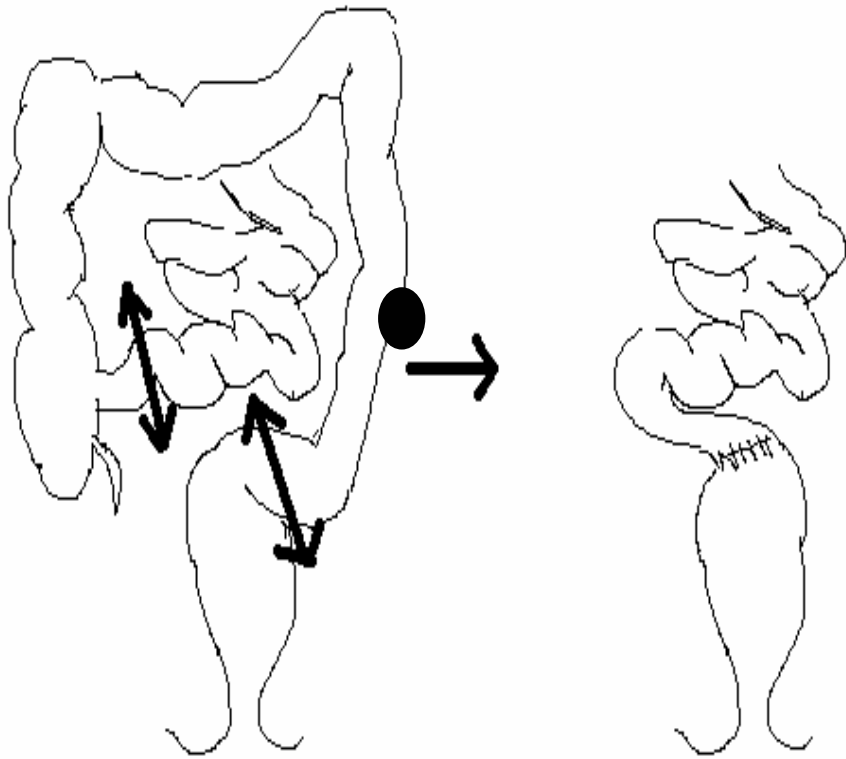
- **Avantages:**

- 1 seul temps
- Fuites anastomotiques faibles
- Mortalité acceptable
- Durée d'hospitalisation (13 à 18 j)

- **Inconvénients :**

- Expérience de l'opérateur
- Allonge le temps opératoire
- Localisation(s) synchrone(s)

3°) Colectomie sub-totale d'amont



Colectomie totale avec anastomose iléorectale

- règle en un temps :
 - occlusion d'amont
 - et cancer
- Mortalité 3 à 13%
- Morbidité 8%
- **Diarrhées**
+ faux besoins

Colectomie sub totale pour cancer du côlon gauche en occlusion :

Avantages :

- Exérèse d'1 colon pathologique
- Localisations multiples
- Mortalité 6.6 %
- Morbidité 10 %

Inconvénients:

- Geste lourd
- Risque rupture colique per- op.
- Perte hydro électrolytique+++ post op.
- Conséquences fonctionnelles

Prothèse transanale auto-expansive



Figure 1: Patient de 75 ans avec métastases hépatiques avancées. Endoprothèse lors de tumeur sténosante au niveau de la zone de transition recto-sigmoïdienne.

Chirurgie «élective»
rapidement possible

COMPLICATIONS

Perforation : 4%
hémorragie

ECHECS 8 à 12%

SI PALLIATIVE

10%
obstructions
10 %
migrations

REFERENCES 1

- 1)Arnaud JP,Bergamaschi R.Emergency subtotal/total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the colon.1994;37:685-688
- 2)Deen KL,Madoff RD,Goldbery SM,Rothenberger DA .Surgical management of left colon obstruction:the university of Minnesota experience. *Am coll surg* 1998; 187 :537-576
- 3)Dudley HA,Radcliffe AG,McGeehan D.Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. *Br J Surg* 1980;67:80-81
- 4)Forloni B,Reduzzi R,Paludeti A, Colpani L,Gavallari G,Frosali D.Intraoperative colonic lavage in emergency surgical treatment of left-sided colonic obstruction .*Dis colon Rectum* 1998;41:23-27

REFERENCES 2

- 5) Stewart J, Diament RM, Brennan TG. Management of obstructing lesions of left colon by resection, on table lavage and primary anastomosis. *Surgery* 1993;114:502-505
- 6) The SCOTIA Study group. Single Stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction : a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. *Br J Surg* 1995;82:1622-1627
- 7) Thompson WH, Carter SS. On table lavage to achieve safe restorative rectal and emergency left colonic resection without covering colostomy. *Br J Surg* 1986;73:61-63
- 8) Torralba JA, Robles R, Parrilla P, Lujan JA, Liron R, Pinero A et al. Subtotal colectomy vs intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1998;41:18-22

Merci pour votre Attention