

# **CANCER DU COLON** **EN OCCLUSION**

Cours DES février 2006

# INTRODUCTION

- Cancer colique = 70% des causes d'occlusion colique
- 16% des cancers colorectaux (CCR) sont diagnostiqués au stade d'occlusion
- 2/3 des cancers au delà du tiers gauche du transverse

# AFFIRMER LE DIAGNOSTIC (1)

- **Interrogatoire** :
  - ATCD personnels et familiaux
  - rectorragies
  - symptomatologie de troubles du transit colique d'aggravation progressive
  
- **Examen clinique** :
  - météorisme abdominal diffus bien supporté
  - arrêt des matières et des gaz
  - vomissements (tardifs)

# AFFIRMER LE DIAGNOSTIC (2)

- **ASP** :
  - niveaux hydroaériques coliques +/- grêle
  - distension colique d'amont
- **Lavement aux hydrosolubles**: seulement si pas de scanner
- **Tomodensitométrie**:
  - détermine le siège de la lésion
  - informe sur la nature complète ou non de la sténose
  - informe sur l'état du colon d'amont

# PRISE EN CHARGE PREOPERATOIRE

- Bilan préopératoire :
  - NFS, groupe, RAI, glycémie, ionogramme, créatinémie
  - ECG
  - mise à jeun, sonde nasogastrique en aspiration douce
  - radiographie pulmonaire
  - perfusion IV pour correction des troubles hydro électrolytiques
  - sonde urinaire

# EVOLUTION

- **Reprise du transit permettant**
  - Coloscopie pour biopsies et histologie
  - Dosage d'ACE
  - Préparation digestive (?) en vue d'une chirurgie colique à froid
- **Non reprise du transit ou signes d'aggravation** (cæcum préperforatif, signes d'irritation péritonéale)
  - Chirurgie

# BUTS DU TRAITEMENT

- Lever l'obstacle
- Traiter l'étiologie
- Morbidité et mortalité faibles
- Durée d'hospitalisation réduite

# PRINCIPES DE CHIRURGIE COLIQUE (1)

- Laparotomie médiane
- Exploration de toute la cavité abdominale
  - péritoine (carcinose)
  - foie (métas)
  - cadre colique (tumeur synchrone)
  - grêle
- Prélèvement de liquide péritonéal pour la cytologie
- Vérification du positionnement de la sonde gastrique

# PRINCIPES DE CHIRURGIE COLIQUE (2)

- Soins postopératoires :
  - sonde gastrique jusqu'à reprise du transit
  - perf IV pour équilibration hydro électrolytique
  - antalgiques
  - anticoagulants préventifs
  - sonde urinaire en fonction diurèse et fonction rénale
  - penser au bilan d'extension du cancer

# COLON DROIT (1)

- **Tumeur extirpable** :
  - indication d'hémi colectomie droite avec anastomose d'emblée
  - ligature de l'artère iléo cæco colo appendiculaire à son origine sur la mésentérique supérieure
  - anastomose iléo colique mécanique ou manuelle

# COLON DROIT (2)

- **Tumeur inextirpable**  
(envahissement locorégional)
  - dérivation palliative entre grêle et colon  
(by pass) mécanique ou manuelle

# COLON GAUCHE (1)

- Colectomie sub totale avec anastomose iléo rectale
  - Mortalité 3 à 13%
  - Risque de fistule 4%
  - Avantages :
    - tient compte de la souffrance et de la distension du colon d'amont
    - tumeur synchrone
  - Inconvénient : débit de selles, selles nocturnes, fuites

# COLON GAUCHE (2)

- Colectomie segmentaire avec lavage colique peropératoire
  - Mortalité 0 - 11%
  - Risque de fistule 0 -4%
  - Augmente le temps opératoire (30 à 40 min)
  - Intervention pour opérateur entraîné et malades en bon état général

# COLON GAUCHE (3)

## ■ Colostomie latérale de proche amont

- Avantages : permet la réalisation du bilan de cancer puis la préparation colique
- Chirurgie à froid 10 à 15 jours plus tard
- Attitude recommandée par la conférence de consensus de 1998
- Inconvénients : ne voit pas l'état du colon d'amont (souffrance), mortalité cumulée 2,7 à 10%

# COLON GAUCHE (4)

- Colectomie segmentaire sans rétablissement de continuité (Hartmann)
  - Avantages :
    - intervention rapide chez des malades fragiles
    - sécurité en cas de contamination septique de la cavité abdominale
  - Inconvénient : 40 à 70% de ces malades seront rétablis
  - Mortalité: 10%

# COLON GAUCHE (5)

## ■ Autres techniques:

- Colectomie segmentaire protégée par une iléostomie
- Colostomie latérale transverse droite puis colectomie segmentaire 10 jours après puis fermeture de la colostomie 3 mois après: compliqué, gros sacrifice colique
- Colostomie latérale palliative
- Prothèse métallique auto expansive

# CONCLUSION

- Prise en charge non univoque
- Choisir la technique la plus simple, la plus sûre, la plus confortable pour le malade en fonction de son état général et de sa probable espérance de vie
- Tenir compte de l'expérience de l'opérateur