



Cancer du côlon

IL EST RELATIVEMENT FRÉQUENT. IL PEUT ÊTRE GUÉRI S'IL FAIT L'OBJET D'UN DÉPISTAGE CE QUI PERMET DE LE TRAITER À TEMPS. LE DÉPISTAGE SE FAIT PAR UNE COLOSCOPIE (EXAMEN RÉALISÉ PAR UN GASTROENTÉROLOGUE DE L'INTÉRIEUR DU COLON À L'AIDE D'UN ENDOSCOPE.

Le dépistage est proposé pour les patients ayant un membre de la famille atteint d'un cancer du côlon, et en cas de saignement par l'anus, mais aussi pour tout patient âgé de plus de 50 ans.

L'intestin grêle véhicule le bol alimentaire de l'estomac vers le gros intestin.

L'intérieur du colon est tapissé d'une muqueuse qui peut être le siège d'une prolifération cellulaire tumorale.

Ce cancer (le plus souvent un adénocarcinome) se développe à la fois vers l'intérieur du colon et l'épaisseur de la paroi colique.

Ces lésions peuvent saigner, ce qui se traduit par l'émission de sang rouge ou l'exonération de selles noirâtres. Un saignement chronique, non détecté par le patient, peut être à l'origine d'une anémie. L'apparition de tels symptômes motive, la réalisation dans les plus brefs délais d'une coloscopie. C'est le seul examen qui permette d'une part la visualisation directe de la tumeur et surtout la réalisation de biopsies.

- Lorsque la lumière colique est totalement obstruée par cette prolifération, les matières ne peuvent plus progresser, on parle d'occlusion colique.
- Lorsque toute la paroi colique est envahie, la tumeur poursuit son développement aux organes adjacents.

Une fois le diagnostic de cancer du côlon établi, il convient de s'assurer de l'absence de localisation secondaire (de métastase). Un scanner abdominal, une radiographie des poumons et la recherche de marqueurs tumoraux dans le sang est indispensable. La première étape du traitement de l'adénocarcinome colique est chirurgicale, en absence de lésions secondaires. La simple résection de la tumeur ne suffirait pas à assurer une guérison car il peut exister dans les réseaux lymphatiques (notamment les ganglions) périphériques de la lésion des cellules tumorales. C'est pourquoi l'ensemble du segment colique porteur de la lésion doit être retiré.

Ainsi

- Lorsque le cancer siège sur le colon droit, l'ablation du colon droit (colectomie droite) est réalisée. Le circuit est ensuite rétabli en branchant l'intestin grêle sur le colon transverse.
- Lorsque le cancer du côlon siège sur le colon transverse, l'ablation du colon transverse (colectomie transverse) est réalisée. Le circuit est ensuite rétabli en branchant le colon droit sur le colon gauche.

- Lorsque le cancer siège sur le colon gauche, l'ablation du colon gauche (colectomie gauche) est réalisée. Le circuit est ensuite rétabli en branchant le colon transverse sur le rectum.
- Lorsque le cancer siège sur le rectum, l'ablation du rectum (proctectomie) est réalisée. La résection réalisée, le circuit est rétabli en branchant (en anastomosant) le colon gauche sur un petit segment de rectum persistant ou directement sur la marge anale.
- Lorsque le cancer siège très bas sur le rectum, c'est-à-dire à proximité de l'an us, l'ablation du rectum et de l'an us est réalisée. Le circuit anatomique « normal » ne peut alors être rétabli. La partie terminale du colon gauche est extériorisée à travers la paroi. Les matières seront ultérieurement recueillies dans une poche (colostomie ou anus artificiel).