

DOSSIER ECN 2014 (glehen)

Un patient de 34 ans est adressé aux urgences pour douleurs abdominales diffuses évoluant depuis plusieurs jours d'intensité croissante. Il n'a pas d'antécédent particulier. Il décrit une constipation inhabituelle depuis 1 mois avec parfois du sang dans les selles. Il présente un arrêt des matières et des gaz depuis 24h mais pas de nausée ni vomissement. A l'examen clinique, l'abdomen est météorisé et sensible dans son ensemble sans défense. Les orifices herniaires sont libres, le toucher rectal sans particularité. Le patient est apyrétique.

Le bilan biologique est le suivant :

GB= 11000

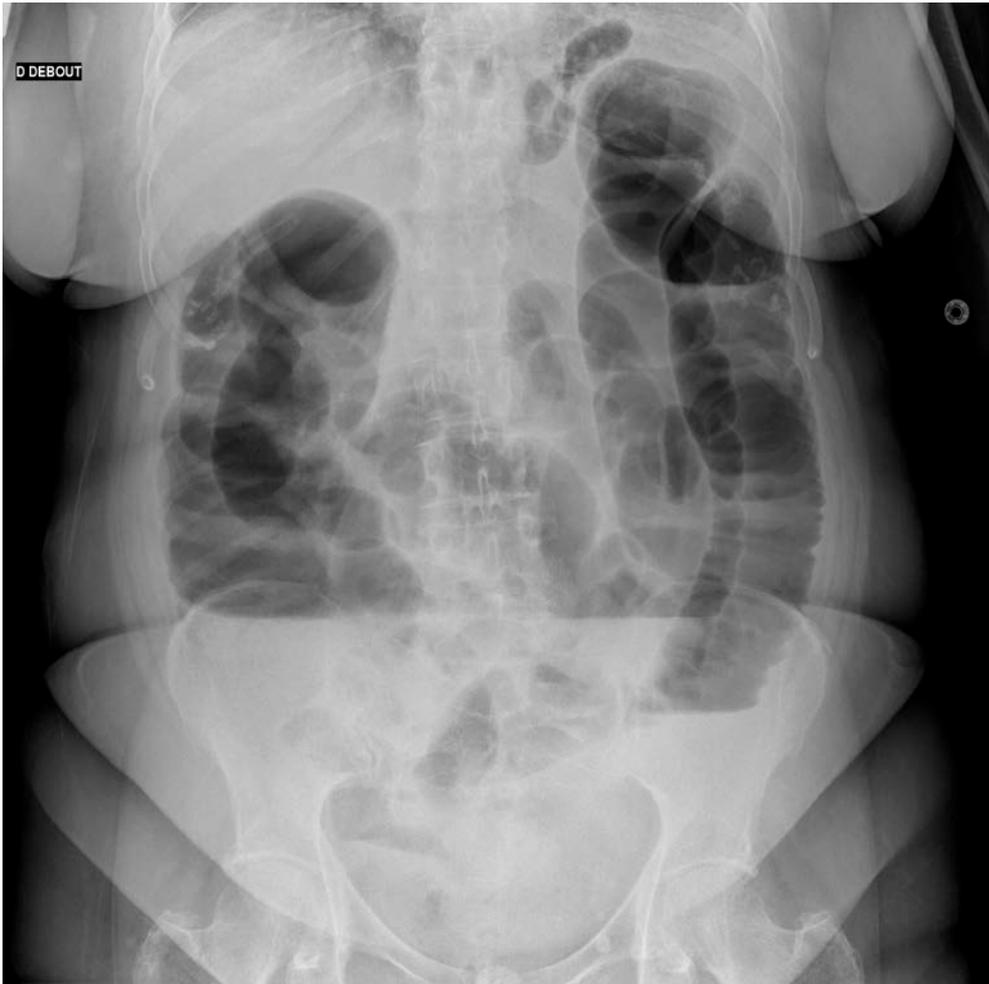
Hb = 9.7g/l, VGM = 60 fl , CCMH = 25 g/dl

Plaquettes : 252000

CRP<5

Na⁺ = 140 mmol/l; K⁺ = 3.5 mmol/l; créat = 95 μmol/l; protidémie = 75 g/l

Un cliché de l'abdomen sans préparation et un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste ont été réalisés.





QUESTION 1 : (20 pts)

Quelle est votre hypothèse diagnostique ? Argumentez.

- **Occlusion aigue (3) colique (2)** sur probable **cancer (3)** (adénocarcinome par argument de fréquence) du colon **sigmoïde (1)** sans signe de complications
- Arguments :
 - o Cliniques :
 - Tableau clinique d'**occlusion digestive basse** (colique) avec arrêt des matières et gaz sans nausées ni vomissement (1)
 - En faveur d'un cancer : notion de **trouble du transit (1)** récent avec constipation et notion de **rectorragies (1)**
 - pas d'antécédent notamment chirurgicaux (pour une bride), et pas de signe de hernie étranglée
 - pas d'argument pour une perforation diastatique du caecum : pas de défense, apyrexie
 - o biologiques :
 - **anémie microcytaire hypochrome (2)** évoquant une hémorragie digestive chronique en faveur d'un processus tumoral

- radiologiques :
 - ASP : NHA (1) plus haut que large (1), périphériques, avec haustrations coliques (1), suivant le cadre colique jusqu'au sigmoïde traduisant une occlusion d'origine colique sur un obstacle au niveau du sigmoïde, absence d'aération rectale.
 - TDM : dilatation colique, aspect irrégulier et épaissi (1) de la paroi colique « en trognon de pomme » (2) évoquant une tumeur du colon sigmoïde. Pas d'épanchement liquidien ou aérien sur la coupe présentée.

QUESTION 2 : (10 pts)

Il est décidé de réaliser une colostomie de décharge latérale de proche amont par voie élective.

Quels sont les 2 objectifs de cette prise en charge ?

- lever l'occlusion (éviter la perforation diastatique du caecum) (5)
- réaliser un bilan complet (5) (extension et autre localisation) avant exérèse chirurgicale.

QUESTION 3 : (10 pts)

Quelles étaient les 3 autres options thérapeutiques pour traiter le problème urgent ?

- endoscopique : mise en place d'une prothèse colique (5) pour lever l'occlusion et chirurgie secondaire après bilan
- chirurgicales :
 - sigmoïdectomie sans rétablissement (3) de la continuité (intervention de Hartmann)
 - colectomie totale avec rétablissement (2) de la continuité par anastomose iléorectale

QUESTION 4 : (20 pts)

Comment compléter vous le bilan ?

- endoscopie : coloscopie (5) transanal et par la stomie pour exploration du segment d'aval (1) et d'amont (1), avec biopsie (1) de la lésion pour examen anatomopathologique (2) avec recherche d'une instabilité des microsatellites (1).
- radiologie :
 - radiographie thoracique ou scanner thoracique complémentaire (++) (3)
 - TEP-Scanner au 18FDG à la demande en cas de doute sur une lésion métastatique
- Biologie:

- Dosage **ACE (1)**
- **Etude génétique (2)** sur prélèvement sanguin : recherche de mutation des gènes hMSH2, hMLH1 et hMSH6 si phénotype MSI +
- **Consultation oncogénétique (3)**

QUESTION 5 : (15 pts)

En reprenant l'interrogatoire, le patient vous informe que son père est décédé d'un cancer du colon à l'âge de 55 ans, et qu'une de ses tantes (la sœur de son père) a été opérée il y a 2 ans d'un cancer de l'endomètre.

Quelle information vous apporte ces données ? Justifiez

Que doit vous faire discuter cette information concernant la prise en charge chirurgicale ultérieure ?

- Probable **syndrome de Lynch (5)** (syndrome HNPCC : Human Non Polyposis Colorectal Cancer) car présence des **3 critères d'Amsterdam (2)**
 - 3 sujets atteints d'un cancer appartenant au spectre du syndrome HNPCC (colon-rectum, endomètre, ovaire, grêle, voies urinaires) **(1)**
 - 1 uni au 2 autres au premier degré (père lié au premier degré avec son fils et sa sœur) sur 2 générations successives **(1)**
 - un des cancers révélés avant 50 ans **(1)**
- L'existence du syndrome de Lynch doit faire discuter une **colectomie totale (5)** prophylactique

QUESTION 6 : (10 pts)

Le patient est réopéré 15 jours plus tard. L'étude anatomopathologique vous répond qu'il s'agissait d'un adénocarcinome classé pT3N1M0.

Planifiez la suite de la prise en charge sans la surveillance.

- discussion du dossier en **RCP (2)**
- mise en place d'une **chambre implantable (1)**
- indication de **chimiothérapie adjuvante (5)** car adénocarcinome de stade III (N+) par 12 cures de FOLFOX 4
- **dépistage familial (2)** et consultation oncogénétique pour la famille

QUESTION 7 : (15 pts)

Comment surveillez vous votre patient à long terme ?

- **cliniquement (3)** tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- radiologiquement :

- **échographie abdominale (3)** tous les 3 à 6 mois pendant **3 ans** puis tous les 6 mois pendant **2 ans** (ou TDM abdopelv)
- **radiographie thoracique** annuelle (ou TDM thoracique) **(2)** pendant 5 ans
- **coloscopie** tous les **2 ans** car HNPCC **(5)**
- durée de la surveillance **5 ans** au total sauf coloscopie à vie **(2)**

Ref : Thesaurus national de cancérologie digestive (www.snfge.asso.fr)