



LE CANCER DIGESTIF

LA
2025-2026
Promotion 2023-2026

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE





SOMMAIRE

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE





LE CANCER DU COLON

OBJECTIFS

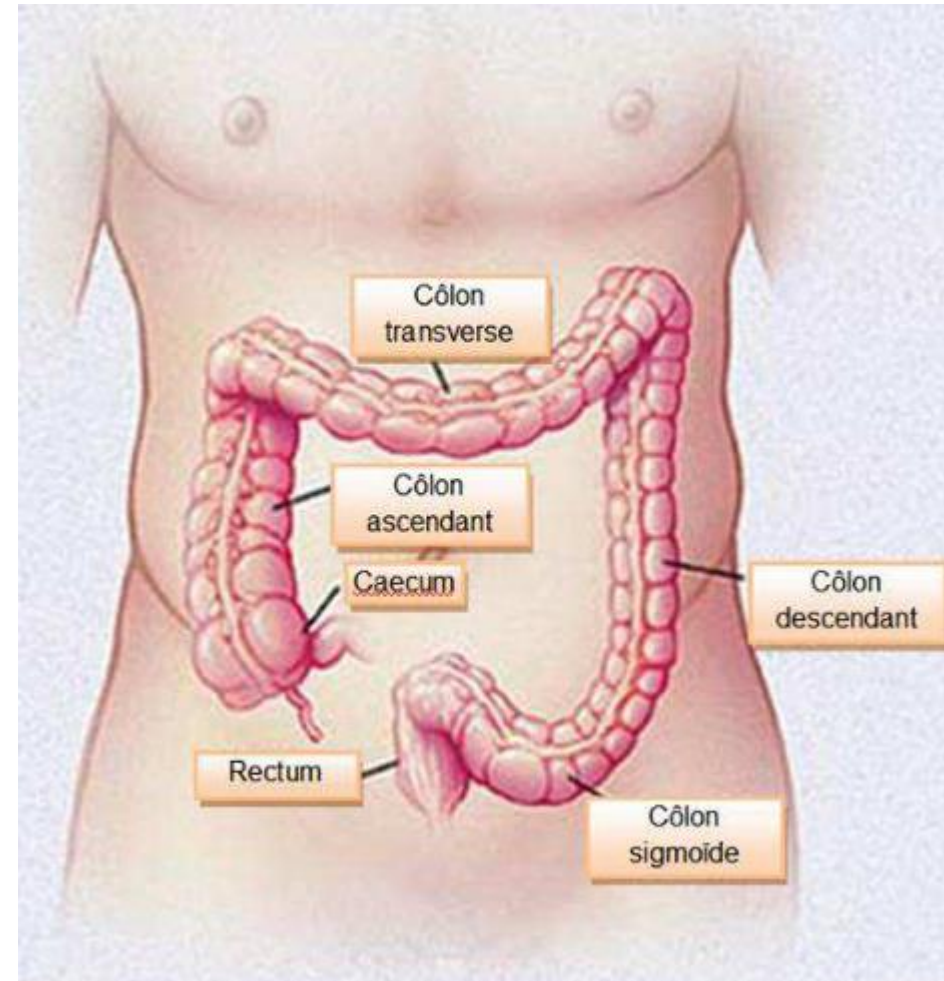
- Comprendre anatomie et physiologie du côlon
- Identifier carcinogenèse et facteurs de risque
- Connaître dépistage et signes cliniques
- Explorer stratégies diagnostiques et thérapeutiques
- Situer le rôle infirmier dans prévention, soins et surveillance



■ ANATOMIE DU COLON

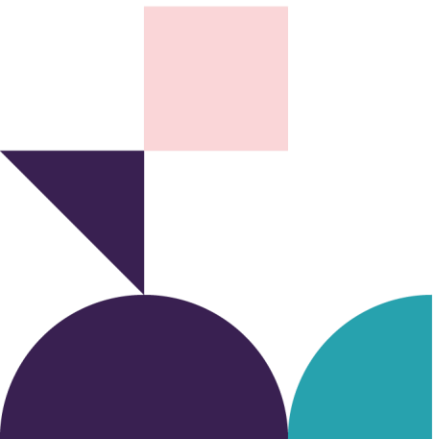
Caecum, ascendant, transverse, descendant, sigmoïde, rectum

Rôle : absorption eau et électrolytes, flore intestinale riche



■ CARCINOGENESE

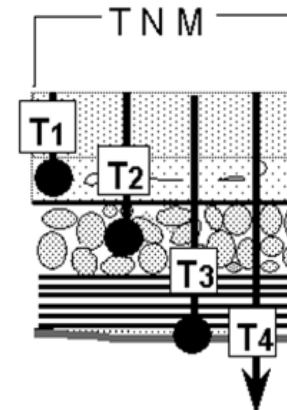
- Séquence : muqueuse normale → petit adénome → adénome → adénocarcinome (cancer)
- 95 % adénocarcinomes
- Facteurs génétiques + environnementaux



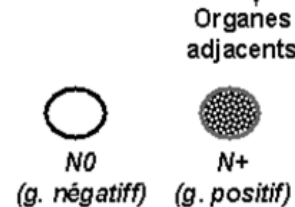
CLASSIFICATION TNM

- T = taille et extension de la tumeur
- N = atteinte ganglionnaire
- M = métastases

T = Tumeur



N = Ganglion



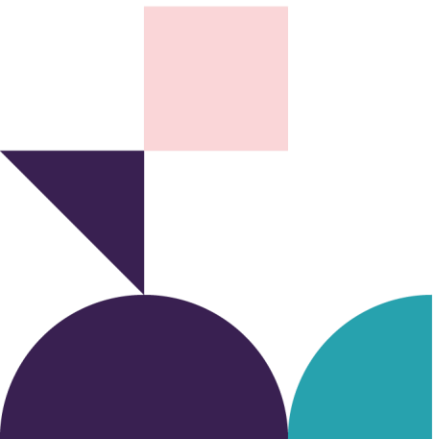
M = Métastase

M+ = métastase présente
M0 = pas de métastase

- Tis: (*in situ*) intra-épithéliale ou chorion
- T1: Tumeur limitée à la sous-muqueuse
- T2: Tumeur limitée à la musculuse
- T3: Tumeur limitée à la sous-séreuse
- T4: Tumeur envahissant la séreuse ou un organe de voisinage
- N0: pas d'envahissement ganglionnaire
- Nx: ganglions non évalués
- N1: 1 à 3 ganglions métastatiques régionaux
- N2: 4 ganglions métastatiques régionaux ou +
- M0: pas de métastases
- M1: métastases à distance (dont gg sus-clav)

■ EPIDEMIOLOGIE

- 42 000 nouveaux cas/an en France
- 2e cause de mortalité par cancer
- Âge moyen : 71 ans
- Plus fréquent dans les pays développés



■ FACTEURS DE RISQUE

- Âge
- Alimentation : graisses ↑ / fibres ↓
- Maladies inflammatoires chroniques (MICI)
- Antécédents familiaux (PAF, syndrome de Lynch)
- Présence d'adénomes

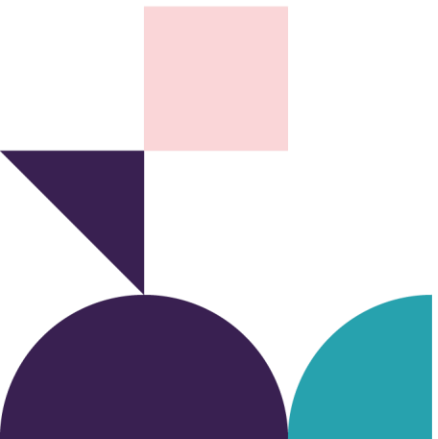
PREVENTION ET DEPISTAGE

- Dépistage organisé : Hemoccult/FOBT tous les 2 ans (50-74 ans)
- Coloscopie si test positif ou risque élevé
- Prévention : alimentation équilibrée, activité physique



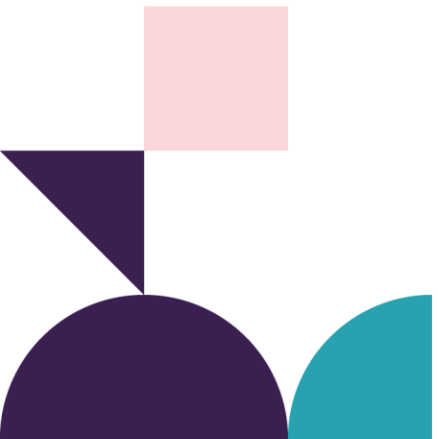
■ SIGNES CLINIQUES

- Longtemps asymptomatique
- Douleurs abdominales, troubles du transit
- Rectorragies, anémie ferriprive
- Syndrome rectal si tumeur basse



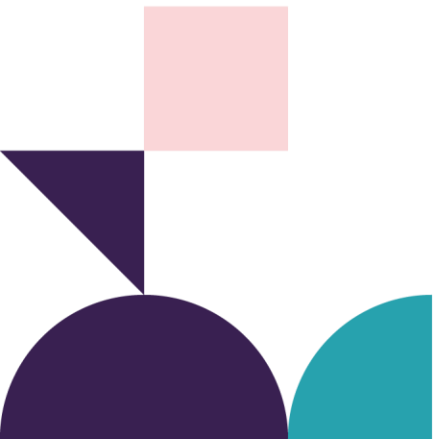
■ EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Coloscopie + biopsies
- Scanner TAP pour extension
- ACE (suivi mais pas diagnostic)



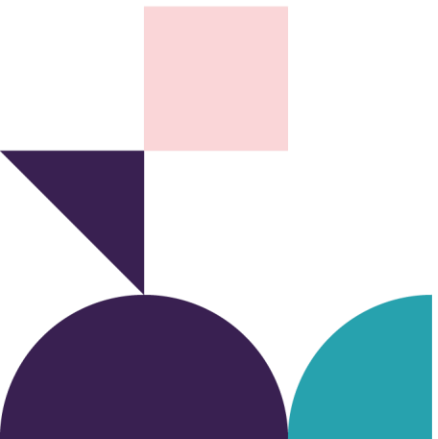
▀ STRATEGIES THERAPEUTIQUES

- Forme localisée : chirurgie + curage ganglionnaire
- Stade III (N+) : chirurgie + chimio adjuvante (FOLFOX)
- Stade IV (M+) : chimio +/- chirurgie des métastases
- Soins de support à tous les stades



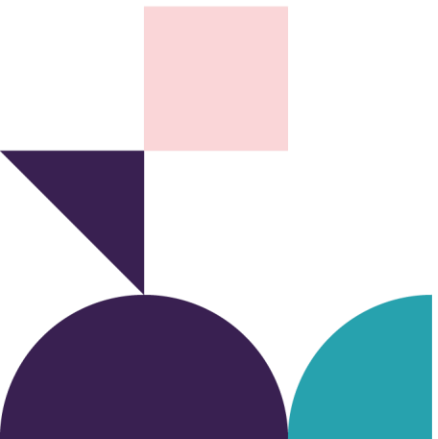
■ SYNTHÈSE

- Cancer fréquent, prévention essentielle
- Facteurs de risque : adénomes, MICI, génétique
- Dépistage efficace → réduction mortalité
- Chirurgie = traitement principal, chimio si ganglions ou métastases
- Rôle infirmier transversal



■ QUIZZ FINAL

- Exemple de questions :
- 1. Facteur de risque principal du cancer colorectal ?
- 2. Âge du dépistage organisé ?
- 3. Examen clé pour diagnostic ?
- 4. Traitement de base des formes localisées ?

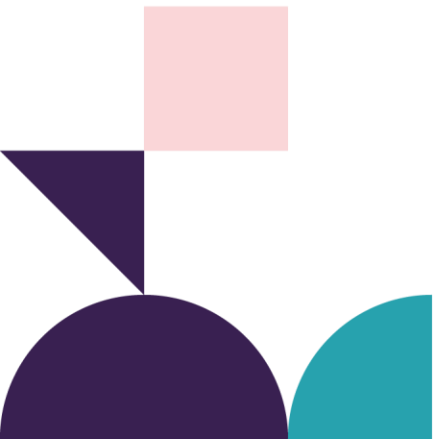




LE CANCER DU PANCREAS

■ Généralités

- Organe allongé (~15 cm), en arrière de l'estomac
- Fonctions : exocrine (digestion) & endocrine (insuline, glucagon)
- 95 % adénocarcinomes canaux, 5 % tumeurs neuroendocrines



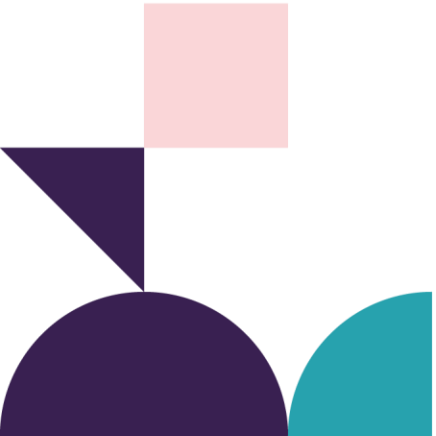
 **EPIDEMIOLOGIE**

6^e cancer en incidence (~11 600 cas/an en France)

4^e cause de mortalité par cancer (~10 000 décès/an)

Âge moyen : 60–70 ans

Incidence en hausse, pronostic très sombre

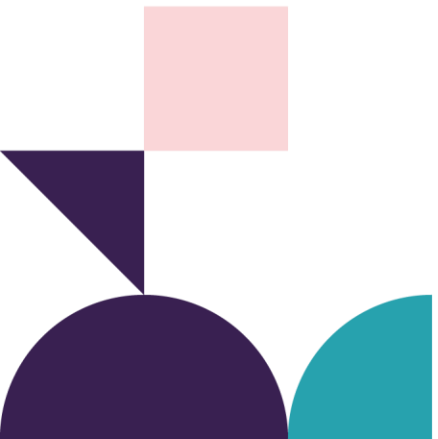


FACTEURS DE RISQUE

- Tabac (principal facteur reconnu)
- Pancréatite chronique, surtout formes héréditaires
- Mutations génétiques (BRCA2, FAMMM)
- Lésions précancéreuses : TIPMP, cystadénome mucineux

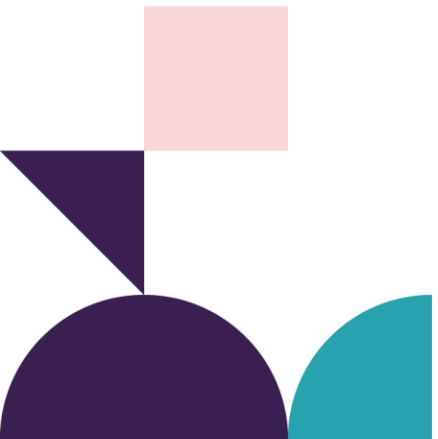
■ SIGNES D'ALERTE

- Triade : ictère progressif, douleur épigastrique, altération de l'état général
- Autres : phlébite inexpliquée, diabète récent > 40 ans, pancréatite aiguë



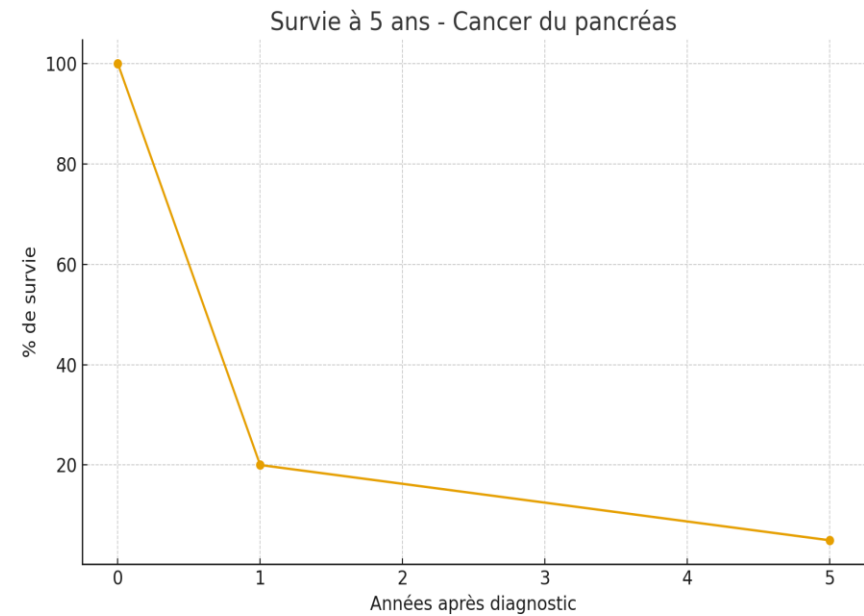
■ EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Biologie : CA 19-9 pour suivi (non diagnostic)
- Imagerie clé : scanner abdomino-pelvien
- IRM pancréatique, échoendoscopie, parfois PET-scan
- Histologie indispensable (ponction/biopsie)



PRONOSTIC

- Survie médiane \approx 12 mois
- Survie à 5 ans \approx 5 %
- Chirurgie curative : 10–20 % à 5 ans
- Tumeurs neuroendocrines (5 %) \rightarrow meilleur pronostic



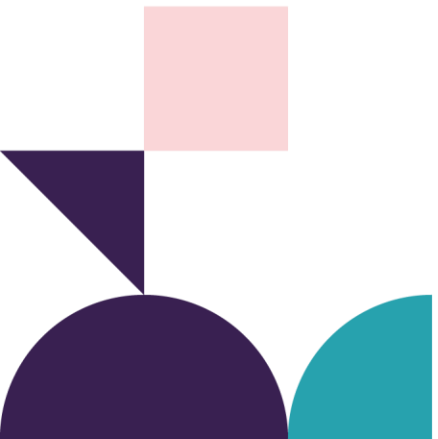
▀ STRATEGIES THERAPEUTIQUES

- Forme résécable : chirurgie + chimio adjuvante
- Forme localement avancée : chimio ± radiothérapie
- Forme métastatique : traitement palliatif (chimio, soins de support)



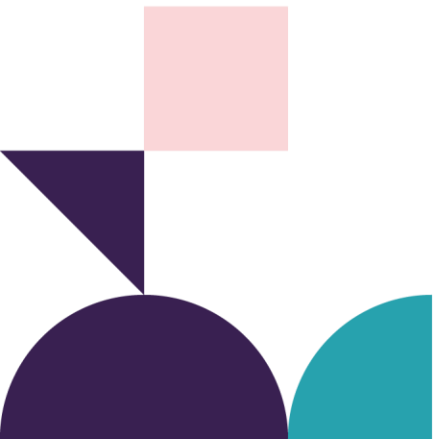
▀ SOINS DE SUPPORT / RÔLE INFIRMIER

- Antalgie (morphiniques fréquents)
- Soutien nutritionnel adapté
- Soutien psychologique du patient et de la famille
- Gestion des complications (prothèse biliaire/duodénale, suivi diabète)



■ SYNTHESE

- Adénocarcinome pancréatique → cancer de très mauvais pronostic
- Diagnostic tardif, pas de dépistage de masse
- Prise en charge : chirurgie si possible, sinon chimio/palliatif
- Rôle clé des soins de support infirmiers

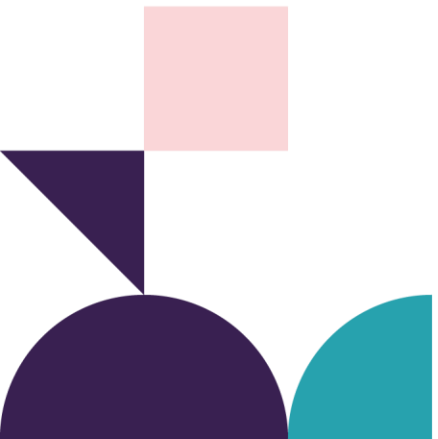




LE CANCER DU FOIE

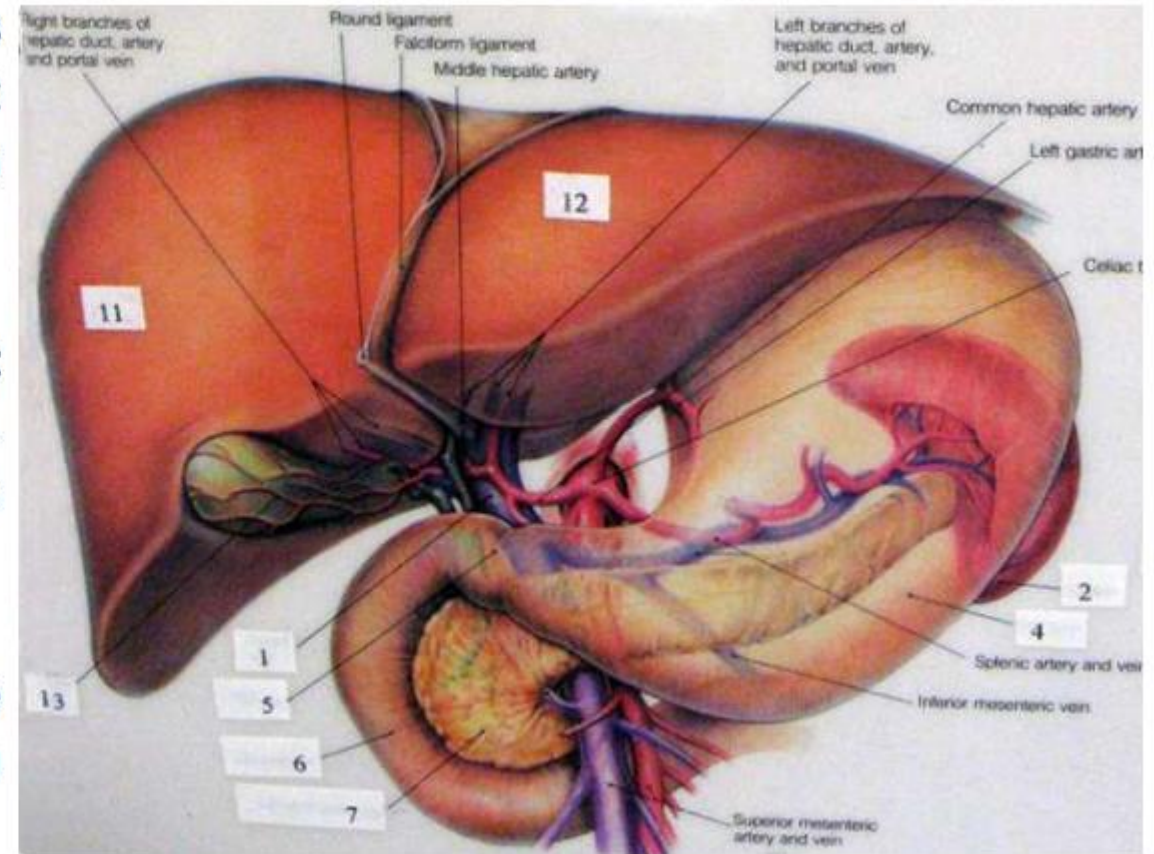
▀ OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Identifier les caractéristiques principales du carcinome hépatocellulaire (CHC)
- Connaître les facteurs de risque et l'intérêt du dépistage
- Repérer les signes cliniques et examens complémentaires
- Comprendre les grandes lignes de la prise en charge thérapeutique
- Identifier le rôle infirmier



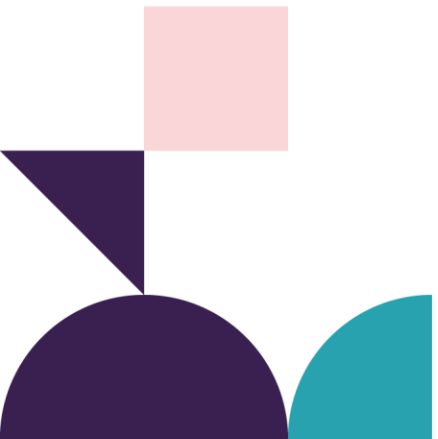
ANATOMIE DU FOIE

- Le foie est **l'organe solide le plus volumineux du corps humain**. Il peut peser jusqu'à **1,5 kg**. Il est situé dans la partie supérieure droite de l'abdomen.
- Le foie est divisé en **2 lobes, le lobe droit** (le + volumineux) et le **lobe gauche**. Chaque lobe est divisé en plusieurs **segments**.
- Le foie est recouvert par une **couche de tissu conjonctif** appelée **capsule** ou **capsule de Glisson**.



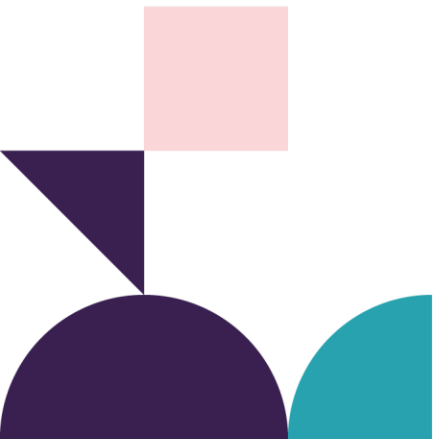
▀ TYPES DE TUMEURS HEPATIQUES

- Bénignes : kystes, angiomes, adénomes, hyperplasie nodulaire focale
- Malignes : primaires (CHC, cholangiocarcinome) et secondaires (métastases hépatiques)
- Les métastases hépatiques sont plus fréquentes que les cancers primitifs



■ EPIDEMIOLOGIE

- 5e cancer mondial
- $\approx 9\,000$ nouveaux cas/an en France (estimation)
- Survie à 5 ans généralement faible
- Plus fréquent chez l'homme; incidence accrue avec hépatites B/C

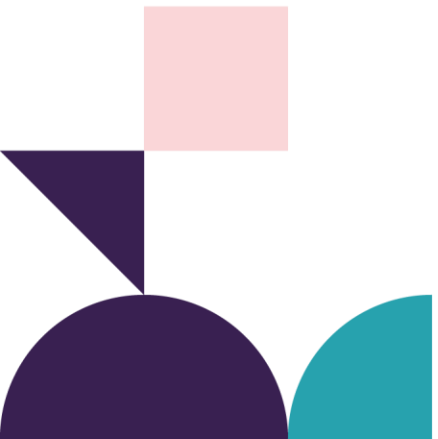


Facteurs de risque - CHC

| Facteur de risque | Remarques |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Cirrhose (toutes causes) | Alcool, hépatites B/C, hémochromatose |
| Hépatite B | Peut donner CHC sans cirrhose |
| Aflatoxines Zones | endémiques; contamination céréales |
| Autres | Hémochromatose, drogues, etc. |

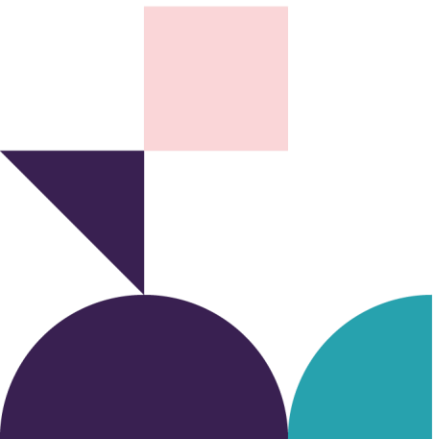
■ PREVENTION ET DEPISTAGE

- Prévention : vaccination contre hépatite B; lutte contre alcoolisme
- Dépistage chez sujet cirrhotique : tous les 6 mois
- Surveillance : examen clinique, AFP, échographie +/- IRM



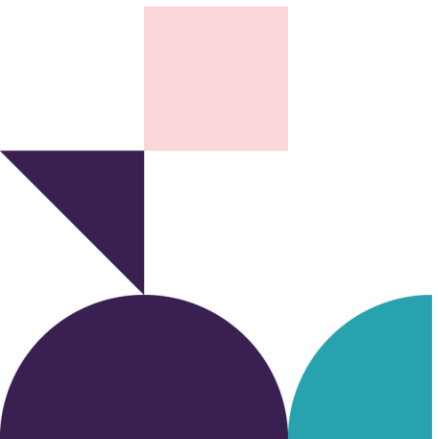
▀ SIGNES CLINIQUES

- Souvent asymptomatique longtemps
- Douleurs en hypochondre droit
- Altération de l'état général
- Complications de la cirrhose : ascite, hémorragie, encéphalopathie



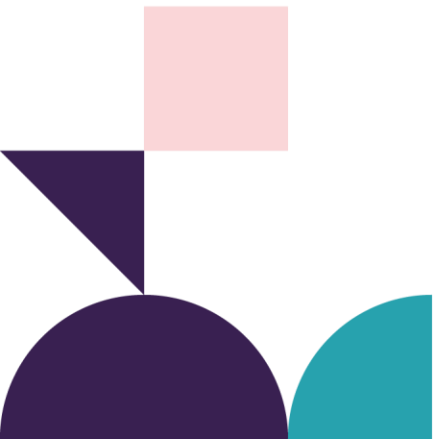
■ DIAGNOSTIC

- Biologie : alpha-foetoprotéine ↑ (non spécifique)
- Imagerie : scanner, IRM, échographie de contraste
- Histologie : biopsie si imagerie non typique



■ BILAN D'EXTENSION

- Local : nombre et taille des lésions (scanner/IRM hépatique)
- À distance : scanner thoraco-abdomino-pelvien +/- scintigraphie osseuse
- Évaluer fonctions hépatiques et état général (score OMS)



Stratégies thérapeutiques - CHC

Curatif

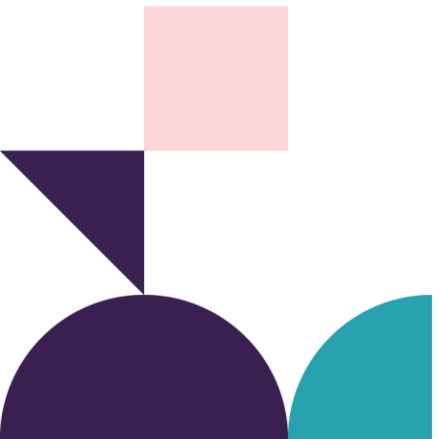
Chirurgie
Radiofréquence
Non curatif

Chimio-embolisation
Traitements ciblés (sorafénib)
Support

Soins de support
Contrôle symptômes

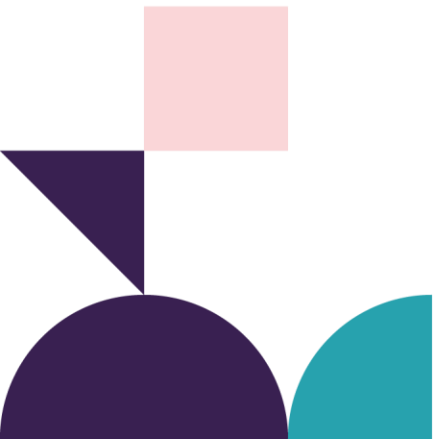
■ PRONOSTIC

- Transplantation : survie ~70% à 5 ans (si critères de sélection)
- Résection / radiofréquence : survie 50–60% à 5 ans selon cas
- Récidive fréquente; traitements non curatifs associent survie limitée



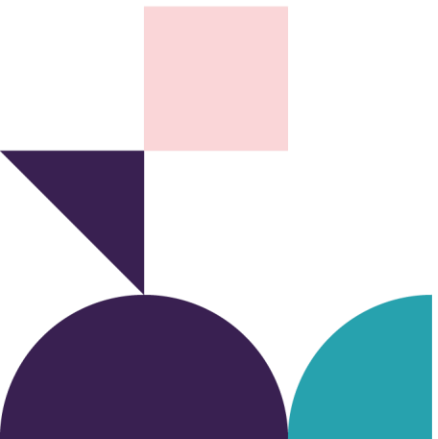
■ SYNTHÈSE CHC

- Facteurs de risque : cirrhose (alcool, hépatites), aflatoxines
- Dépistage : sujet cirrhotique tous les 6 mois (clinique, AFP, échographie)
- Diagnostic : Imagerie (scanner/IRM typique) +/- biopsie
- PEC : curative (chirurgie, radiofréquence, greffe) / Non-curative (chimio-embolisation, ciblés)
- Rôle IDE : surveillance, éducation, accompagnement, préparation examens



CONCLUSION

- Le cancer du foie est souvent découvert tardivement et reste grave
- Prévention et dépistage sont des enjeux majeurs
- Rôle infirmier central : dépistage, éducation, accompagnement, soins de support





BIBLIOGRAPHIE

[Moodle-univ-lyon1.fr](https://moodle-univ-lyon1.fr)