

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE DE BAMAKO



REPUBLIQUE DU MALI



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2022-2023

Thèse N° / / M...

TITRE:

**EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU RECTUM
DANS LE SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE DU CHU MERE-
ENFANT LE LUXEMBOURG DE JANVIER 2016 à AOUT 2023**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29 / 11 / 2023
devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par M. Ibrahima KONE

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**)

JURY:

Président : Mr Bakary Tientigui Dembélé (professeur)

Membre : Mr Makan Siré Tounkara (Médecin)

Co-directeur de thèse : Mr Madani LY (Médecin)

Directeur de thèse : Mr Pierre Adégné Togo (Professeur)

Dédicace et remerciement

Je rends grâce :

-A ALLAH, Seigneur de l'univers, le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Maître du jour de la rétribution, de m'avoir donné la vie, la santé et l'opportunité de mener à terme cette thèse. C'est Toi [Seul] que nous adorons, et c'est Toi [Seul] dont nous implorons secours. Guide-nous sur le droit chemin, le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru ta colère, ni des égarés. Et je demande paix et salut sur le Prophète Mohamed, sa famille et ses fidèles compagnons. Ce travail est une infime partie de tes immenses grâces.

Je dédie ce travail :

-A MA MERE ROKIATOU KONE

Tu es la meilleure des personnes qu'ALLAH m'a offerte ; courageuse et dévouée tu nous as entouré d'une affection sans pareille. Les mots me manquent pour te qualifier, tout ce que j'aurai à dire ne saurait exprimer à fond le sacrifice et l'endurance que tu as dû subir pour nous élever. Toi qui as su répondre à notre appel dans les moments difficiles, toi qui as su nous enseigner les règles de bonne conduite, de dignité, de sagesse et le respect de soi et des autres ; je ne saurai te remercier. Ce modeste travail est le fruit de tes efforts. Je ne trouve pas les mots exacts pour exprimer ce que je ressens. Tu as été un grand soutien. Puisse ALLAH récompenser tous les sacrifices consentis. Je te souhaite longue vie remplie de succès et de bonheur pour que nous puissions nous rendre utile pour toi.

-A MON PERE LASSINA KONE

De tous les pères, tu es le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, la rigueur, l'organisation, le courage, la rage de réussir, l'honnêteté et la responsabilité. Merci d'avoir été toujours là pour moi, de m'avoir donné la force de continuer et d'avancer. Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta bonté, ta persévérance et ton perfectionnisme ; les mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel. Que dieu te préserve des malheurs de la vie afin

que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin..... Je n'espère ne jamais te décevoir, ni trahir ta confiance.

REMERCIEMENTS

-A mon oncle : Dr Harouna KONE

Merci pour les conseils, les encouragements, les soutiens financiers et merci d'être toujours là pour m'aider à terme de cette thèse, sachez que ce travail est le fruit de votre effort.

-A mes tantes : Anchatou Dagnioko, Fatoumata Camara, Djelika Berthé, Oumou Diarra, Bassitan Doumbia, Rokia Keita

Les mots me manquent pour exprimer ici tout l'effort que vous avez fourni

-A mes frères et mes sœurs : Oumar Koné, Fatoumata Koné, Abibatou Koné, Mariam Koné, Afouchata Koné, Cheick Tidjane Koné, Aly Koné

Une famille exceptionnelle qui depuis tout petit, m'a apporté amour, amitié, bonheur, réconfort, assistance et j'en passe. Vous êtes ma fierté et j'espère de tout cœur devenir un jour le vôtre.

-A mes cousins et cousines : Abdoulaye Koné, Salia Koné, Drissa Koné, Safoura Koné,

Vous êtes ma force, la raison pour laquelle j'essaie d'être un exemple chaque jour dans ce bas monde. Merci pour les conseils les soutiens financiers sachez que ce travail est aussi pour vous.

-A mes maîtres

Dr Madani Ly, Dr Mansour Diarra, Dr Mamadou Coulibaly, Dr Aboul Karim Konaté, Dr Saye Zakari, soyez remercié pour la qualité de la formation, pour votre patience et votre accompagnement tout au long de cette thèse. Recevez notre profonde reconnaissance, que le bon Dieu vous récompense.

-A mes collègues thésards du service d'oncologie : Mahamadou Traoré, Youssouf Cissé, Diakaridia Koné

Merci pour la bonne ambiance de travail, les marques de sympathie et les nombreux services rendus. A tous je souhaite très bonne carrière.

-A mes aînés : Dr Harouna Koné, Dr Allaye Bah, Dr Ouattara Khalilou Madani, Dr Kalifala Samaké, Dr Ramata Ly, merci pour l'encadrement, les conseils et les connaissances transmises. Que Dieu vous aide tout au long de vos carrières professionnelles.

- A L'équipe infirmière du service d'oncologie Médicale

Major Affou Sanogo, Major Mariam Tamboura, Major Safiatou Diarra, Boubacar Coulibaly, Faty Diarra, Kadiatou Keita, Hawa Tembely, Hawa Coulibaly, Fatim Maiga, Inna Dembélé, merci pour tous ces bons moments et pour cette ambiance familiale que vous faites régner dans le service, que cette harmonie demeure à jamais entre nous.

A mes amis de la chambre B9 : Dr Grégoire Dembélé, Dr Abdoulaye Togola, Dr Ibrahim Djiguiba, Dr Moussa Nimaga, Dr Jean Marie Dembélé, Koman Doumbia, Abdoulaye Konaté, Mohamed Keita, Domba Koné, Daouda Mariko, Vamara Dembélé

Merci pour votre hospitalité durant le temps passé ensemble

-A la 13ème Promotion du Numérus Clausus

Vous avec qui j'ai démarré cette aventure qui a été riche en joie, en peine souvent, en difficulté mais surtout en entre aide et en solidarité. Je ne pouvais espérer mieux, merci pour tous ces moments. Vous représentez une deuxième famille pour moi. Je vous souhaite à tous une bonne suite dans vos futures carrières.

- Grand merci à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail, qu'Allah vous récompense.

-A toutes les victimes du cancer et à tous ceux qui œuvrent dans la lutte contre le cancer dans le monde.

Chers honorables maitres

C'est doté d'un grand plaisir et un honneur que nous avons appris à vos côtés.

L'enseignement que nous avons reçu de vous, restera une référence. Vous ne serez jamais remerciée assez pour la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos coté. Qu'il me soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance. Puisse le Seigneur vous prêtez une longue vie et vous combler de sa grâce tout au long de vos vies respectives.

A tous mes enseignants, du primaire à la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie pour l'éducation, l'enseignement et le savoir que vous m'avez donné.

A tous les autres que je n'ai pas pu citer leurs noms par oubli merci pour tout.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY : Bakary Tientigui Dembélé

- **Professeur titulaire en Chirurgie générale à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie**
- **Diplômé en pédagogie en Science de la santé à l'Université de Bordeaux**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- **Chef de filière IBODE de l'Institut National de Formation en Science de Santé (INFSS)**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA)**
- **Secrétaire général de la société malienne de colo proctologie.**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone.**

Cher Maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos grandes qualités d'enseignant et de chercheur font la fierté de toute une nation.

Votre simplicité et vos qualités pédagogiques font de vous un maître incontestable, admirable et un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude

NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE : Adégné Pierre Togo

- **Professeur titulaire en Chirurgie Générale à la FMOS**
- **Chef du Service de chirurgie Générale au CHU Gabriel Toure**
- **Spécialiste en Cancérologie Digestive**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique francophone.**

Cher Maitre,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse ;

Vous nous faites ainsi profiter de votre sagesse, de vos immenses connaissances et de votre grande expérience ;

Nous vous prions de trouver ici, cher maître, l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Professeur Makan Siré TOUNKARA

- **Maitre de recherche en hépato gastro entérologie du CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société malienne des maladies de l'appareil digestif SOMMAD**
- **Membre de la société malienne de médecine Militaire**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE et au CHU LUXEMBOURG**
- **Praticien au centre médico-chirurgical des armées de Bamako**
- **Commandant des armées du Mali**

Cher Maitre,

Merci de l'intérêt que vous avez accordé à ce travail en acceptant de prendre part au jury. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre humanisme et votre simplicité imposent respect et admiration.

Permettez-nous cher Maître de vous adresser l'expression de nos sentiments les plus distingués.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr Madani LY

- **Spécialiste en oncologie médicale et en hématologie,**
- **Chef du service d'oncologie médicale du CHUME Luxembourg,**
- **Vice- Président de l'ONCOMALI,**
- **Secrétaire administratif de la SOMAO,**
- **Chargé de cours d'oncologie médicale à FMOS et à l'UKM.**
- **Médecin amis des patients**

Cher Maitre,

Vous nous avez fait un immense honneur en nous acceptant dans votre unité. Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos grandes qualités tant humaines que scientifiques, vos enseignements, votre sens élevé de la responsabilité, votre abord facile et surtout votre quête de la perfection dans le travail. Cher Maître, vous avez cultivé en nous l'esprit d'équipe, l'endurance, la persévérance, le travail bien fait et surtout la patience. Puisse ALLAH vous accorder une longue vie avec une santé de fer et pleine de succès dans vos projets.

LISTE DES ABREVIATIONS

5-FU : 5-fluoro-uracile

AAP : Amputation abdomino-périnéale

ACE : Antigène carcino-embryonnaire

ADK : Adénocarcinome

ADP : Adénopathies.

AJCC : American Joint Committee on Cancer

al : alius (plur. masc. alii, fem. aliea, neutre alia), traduit en français par et autre

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

PFA : Polypose adénomateuse familiale

ASA : American Society of Anaesthesiology

ATCD : Antécédents

AVC : Accident vasculaire cérébral

CA 19-9 : Carbohydate Antigène 19-9

CCR : Cancer colorectal

CDD : Circonstance de découverte

CDS : le cul de sac de Douglas

CGG : Curage ganglionnaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CR : Cancer du rectum

CT : Chimiothérapie

DES : Diplôme d'étude de spécialisation

EER : Échographie endorectale

FMOS Faculté de Médecine et Odontostomatologie

HNPCC : Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer

HP : Helicobacter Pylori

HTA : Hypertension Artérielle

ID : Identifiant

IRM : Imagerie par résonance magnétique

NFS : Numération formule sanguine

PAC : Port à Cathéter

PS : Performance Statuts

R0 : Berges de résection microscopiquement indemne de tumeur résiduelle,

R1 : Berges de résection microscopiquement envahies,

R2 : Tumeur résiduelle macroscopique (constatation chirurgicale)

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RCT : Radio-chimiothérapie

RCC : Radio-chimiothérapie concomitante

SPSS : Statistical package for social sciences

TDM TAP : Tomodensitométrie Thoraco-abdomino-pelvienne

TNM : T =Tumeur primitive, N= Ganglion régional, M : Métastase

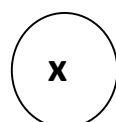
TR : Toucher rectal

TV : Toucher vaginal

UICC : Unité Internationale Contre le Cancer

USTTB : Université des Sciences des Techniques et Technologie de Bamako

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: La classification de UICC (TNM)	15
Tableau II: Répartition des patients selon l'année d'inclusion.....	26
Tableau III : Répartition en fonction de la tranche d'âge.....	27
Tableau IV: Répartition en fonction de la profession	28
Tableau V: Répartition des patients en fonction de facteurs de risques.....	28
Tableau VI: Répartition en fonction des circonstances de découverte.....	29
Tableau VII: Répartition selon les statuts performance OMS.....	29
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du temps d'évolution des signes	30
Tableau IX: Répartition en fonction des types de lésions	30
Tableau X: Répartition en fonction des marqueurs biologiques	31
Tableau XI: Répartition des patients en fonction de la coloscopie.....	31
Tableau XII: Répartition en fonction des types histologiques et du degré de différenciation	32
Tableau XIII: Répartition en fonction de la localisation du cancer	32
Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du site métastatique	33
Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'échographie pelvienne.....	33
Tableau XVI: Répartition des patients selon la classification TNM.....	34
Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de la stadification	34
Tableau XVIII: Répartition des statuts performance OMS des patients en fonction de la stadification TNM.....	35
Tableau XIX: Répartition des patients selon les types de chimiothérapie	35
Tableau XX: Répartition des patients selon le protocole thérapeutique	36
Tableau XXI: Répartition de type de chimiothérapie en fonction du statut de performance	36
Tableau XXII: Répartition de type de chimiothérapie en fonction de la stadification TNM	37
Tableau XXIII: Répartition selon le statut des patients	37
Tableau XXIV: Variation de la durée médiane de survie des patients en fonction du sexe	38
Tableau XXV: Variation de la durée médiane de survie en fonction du siège de la maladie.....	39
Tableau XXVI: Variation de la durée médiane de survie en fonction de la stadification.....	40
Tableau XXVII: Variation de la durée médiane de survie selon l'âge à 40 ans.....	41

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le rectum et le canal anal.....	6
Figure 2: Anatomie du rectum	7
Figure 3: Les différentes couches du rectum.....	8
Figure 4: Échographie endorectale d'une tumeur rectale T3 (flèches).....	11
Figure 5: Aspect macroscopique du cancer du rectum.....	13
Figure 6: Les différents aspects histologiques de l'adénocarcinome	14
Figure 7: Aspects histologique A et B.....	15
Figure 8: Répartition en fonction du sexe.....	27
Figure 9: Répartition de la survie des patients selon le sexe	38
Figure 10: Répartition des patients selon le siège de la maladie.....	39
Figure 11: Analyse de la survie en fonction du stade de la maladie	40
Figure 12: Répartition de la survie des patients selon l'âge à 40 ans.....	41

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
-----------------------------	----------

2. OBJECTIFS	3
2.1. Objectif général	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
3. GENERALITES	4
3.1. Définition	4
3.2. Rappel	4
❖ Epidémiologie	4
❖ Anatomie	5
3.2...1. Situation	5
3.2...2. Vascularisation	7
3.2...3. Histologie du rectum	7
3.3. Facteur de risque	8
3.4. DIAGNOSTIC	9
❖ Diagnostic clinique et paraclinique	9
❖ Circonstance de découverte (CDD)	9
❖ Diagnostic de gravité	9
3.5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES	10
❖ La coloscopie	10
❖ La rectoscopie au tube rigide	10
❖ Échographie endorectale (EER)	11
❖ IRM pelvienne	11
❖ Scanner Thoraco-abdomino-pelvien ou TDM TAP	11
❖ La radiographie thoracique et l'échographie abdominale	12
❖ La coproculture	12
❖ Examens Biologiques	12
❖ L'examen Anatomopathologique	12
3.6. TRAITEMENT	17
❖ Principe du traitement	17
❖ But du traitement :	17
3.6...1. Moyens chirurgicaux	19
3.6...2. Moyens médicamenteux	19
3.6...2.1. Radiothérapie	19
3.6...2.2. Chimiothérapie	20
3.6...2.3. Radio-chimiothérapie	20
3.7. EVOLUTION ET PRONOSTIC	21

❖ Facteurs pronostiques.....	21
❖ Prevention	21
3.8. SURVEILLANCE	21
❖ Éléments de surveillance Périodicité	21
❖ Stratégie de surveillance.....	22
4. METHODOLOGIE	23
❖ Cadre d'étude.....	23
❖ Type et période d'étude	24
❖ Population.....	24
❖ Critères d'inclusion	24
❖ Critères de non-inclusion.....	24
❖ Méthodes	24
❖ Variables étudiées	24
❖ Considération éthique	25
5. RESULTATS	26
5.1. La Fréquence	26
5.2. Aspects diagnostiques	27
5.2...1. Caractéristiques socio-démographiques	27
❖ Sexe.....	27
❖ Tranche d'âge	27
❖ Profession	28
5.2...2. Caractéristiques cliniques	28
❖ Facteurs de risques	28
❖ Circonstances de découvertes.....	29
❖ Performance statuts OMS.....	29
❖ Temps d'évolution des signes	30
❖ Types de lésions.....	30
5.2...3. Caractéristiques paracliniques.....	31
❖ Données biologiques.....	31
❖ Données endoscopiques.....	31
❖ Données scanographiques.....	33
5.3. Aspects thérapeutiques.....	35
5.4. Pronostics	37
6. COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....	42
6.1. Critique de la méthodologique	42

6.2.	Caractères socio-démographiques.....	42
6.3.	Sur le plan clinique.....	43
6.4.	Sur le plan Histologique	44
6.5.	Sur le plan paraclinique	45
6.6.	Sur le plan thérapeutique	45
6.7.	Pronostic	46
6.7...1.	L'évolution	46
6.7...2.	Survie de cancer du rectum	47
7.	CONCLUSION	48
8.	RECOMMANDATIONS	49
9.	REFERENCES	50
10.	ANNEXES.....	56
10.1.	Fiche d'enquête :.....	56

1. INTRODUCTION

Le cancer du rectum représente avec les cancers colorectaux un problème majeur de santé publique [1,2]. Il est intégré le plus souvent dans le lot des cancers colorectaux (CCR) lesquels occupent le troisième rang des cancers dans le monde avec 1,9 million de nouveaux cas par an et le deuxième rang en terme de décès avec 935173 cas en 2021[3].

C'est une maladie du sujet âgé avec 15 000 nouveaux cas par an en France en 2015 tout stade confondu et une moyenne d'âge au diagnostic de 70 ans. Le risque de développer un cancer rectal augmente avec l'âge avec un pic d'incidence à l'âge de 85 ans (416 pour 100 000 hommes) et le type histologique le plus fréquent est l'adénocarcinome [1,4].

Les taux d'incidence varient d'un continent et d'un pays à l'autre, les plus élevés sont rapportés dans les registres d'Amérique du Nord, Europe, et les plus faibles sont enregistrés en Afrique en raison d'une faible incidence des polyposes et des facteurs de risques tels que l'obésité, régime pauvre en fruits et légumes, la sédentarité et le tabagisme [5].

En Afrique, en 2021 les cancers colorectaux représentaient 3,7% des nouveaux cas de cancer et étaient responsables de 5% des décès par cancer. L'Afrique noire représente une zone à faible risque de cancer du rectum à cause de la pauvreté de l'alimentation en graisses animales [3].

En Côte d'Ivoire, le cancer du rectum représente 5,1% de mortalité chez l'homme et 5,8 % chez la femme. Il est au quatrième rang des cancers dans les deux sexes [6].

Au Congo en 2020, il occupait la 5^e place avec une incidence de 6,3 pour 100.000 habitants, responsables de 4,4% des décès par cancer [7].

Au Maroc il représente le deuxième cancer digestif après celui de l'estomac et la troisième cause de mortalité par cancer après les cancers du sein et du poumon [8].

Au Mali en 2014 une étude rétrospective sur une durée de 07 ans menée dans le CHU Point G avait retrouvé 113 cas des cancers colorectaux dont le cancer du rectum présentait 44%. Ces cas étaient en augmentation d'année en année et s'observaient chez une population souvent jeune (23% avant 30 ans, 60% avant 50 ans). Selon le Globocan

2021, il représentait le 4^e cancer avec 429 nouveaux cas soit une incidence de 6 pour 100000 habitants, et était au 7^e rang de décès avec 334 cas [3,9] au Mali.

Devant une augmentation progressive du nombre de cas de cancer du rectum d'année en année, l'importance du problème sur le plan de la santé public, et devant une absence d'étude sur le sujet dans le service d'oncologie médicale du CHU Mère-Enfant le Luxembourg, c'est dans ce contexte que cette étude a été réalisée pour analyser le profil épidémiologique et d'évaluer la prise en charge du cancer du rectum dans le service d'oncologie médicale de CHU Mère-Enfant le Luxembourg.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

- Evaluer la prise en charge du cancer du rectum

2.2. Objectifs spécifiques

- 1-) Déterminer la fréquence hospitalière du cancer du rectum ;
- 2-) Décrire les caractéristiques socio-démographiques ;
- 3-) Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques du cancer du rectum ;
- 4-) Déterminer le pronostic du cancer du rectum

3. GENERALITES

3.1. Définition

Le cancer du rectum est une tumeur maligne développé au niveau de la paroi du rectum.

3.2. Rappel

❖ Epidémiologie

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent et la deuxième cause de décès par cancer dans le monde [5,10], près d'un million de cancers colorectaux sont diagnostiqués et près d'un demi-million de personnes en meurent chaque année[11], le cancer du rectum (CR) représentant environ un tiers de ces cas. A ce titre, en Europe le cancer Colorectal représente 24,8% de toutes les tumeurs malignes et est en passe d'occuper le premier rang dans les pays occidentaux tous sexes confondus. Sa proportion par rapport à l'ensemble des cas de cancer se majore de 27,3% tous les 5 ans [3].

En France, 44 872 nouveaux cas de cancers colorectaux dont 15 000 nouveaux de rectum ont été diagnostiqués en 2017 [11]. Il est le troisième cancer incident, après les cancers de la prostate et du poumon, chez l'homme et le deuxième, après le cancer du sein, chez la femme. Malgré les progrès thérapeutiques, chaque année, près de 18 000 décès sont attribués aux cancers colorectaux [12]. Les cancers rectaux représentent environ 30% des cas de cancers colorectaux [13,14]. Dans 95 % des cas, ils sont diagnostiqués après 50 ans [1].

Aux Etats-Unis, le cancer colorectal représente, la deuxième cause de cancer chez l'homme et chez la femme. Il est actuellement la deuxième cause de mortalité par cancer après le cancer du poumon. La prise en charge de la pathologie colorectale repose essentiellement sur la chirurgie. Le cancer du rectum représente un tiers de la pathologie colorectale et, bien que souvent associé à la pathologie colique, il doit être considéré comme une pathologie indépendante [4].

En Chine, le cancer colorectal (CCR) est le quatrième cancer le plus fréquent en Chine et l'incidence du cancer du rectum est plus élevé que celle du colon, des données rétrospective des régions locales Sanghai, Pekin et Guangdong démontrent que le cancer

du rectum représente 59,4% de la population total d'environ 80000 patients atteints de cancer colorectal [15].

En Afrique, en 2021, les cancers colorectaux représentaient 3,7% des nouveaux cas de cancer et étaient responsable de 5% des décès par cancer [3], et l'Afrique a longtemps été considérée comme une zone à faible risque [10,16].

Le cancer colorectal est le deuxième cancer digestif au Maroc après celui de l'estomac. Cependant son incidence est moins élevée que celle des pays occidentaux (2.5 à 3.3/100 000 habitants) mais rejoint celle des pays du Maghreb dont ce cancer touche les sujets jeunes dans 27% des cas [17].

En Algérie, son incidence annuelle est de 31,8 cas pour 100 000 habitants, soit une moyenne annuelle de 1500 cas incident. Le cancer du rectum (CR) se situe au 2^{ème} rang des cancers digestifs [18].

En Côte d'Ivoire, il représente 5,1% de mortalité par cancer chez l'homme et 5,8 % chez la femme. Il est au quatrième rang des cancers dans les deux sexes [6].

Ce pendant au Niger, les cancers du rectum représentent 29 à 41 % des cancers colorectaux [19].

Au Congo, ils occupaient la 5^e place tous genres confondus avec une incidence de 6,3 pour 100.000 habitants, responsables de 4,4% des décès par cancer [7].

Au Mali en 2014 une étude rétrospective sur une durée de 07 ans mener dans le CHU Point G avait retrouvé 113 cas des cancers colorectaux dont le cancer du rectum présentait 44%. Ces cas étaient en augmentation d'année en année et s'observaient chez une population souvent jeune (23% avant 30 ans, 60% avant 50 ans), selon Globocan 2021, il représentait le 4^e cancer avec 429 nouveaux cas soit une incidence de 6%, et était au 7^e rang de décès avec 334 cas [3][9].

❖ Anatomie

3.2...1. Situation

Le rectum constitue la dernière partie du tube digestif. Il fait suite au côlon et s'étend jusqu'à l'anus. Il est situé dans le bassin, en avant du sacrum et du coccyx, les deux os

situés à l'extrémité de la colonne vertébrale. Il est situé en arrière de la vessie et de la prostate chez les hommes, et du vagin et de l'utérus chez la femme.

De forme cylindrique, le rectum mesure entre 15 et 18 centimètres de long et présente un diamètre variable : étroit au niveau de sa jonction avec le côlon, il s'élargit au niveau de l'ampoule rectale (zone de stockage des selles). Il se resserre au niveau du canal anal qui va s'aboucher à l'anus. La surface externe du rectum est bosselée et recouverte par le mésorectum (tissu graisseux qui contient des vaisseaux sanguins et des ganglions lymphatiques)

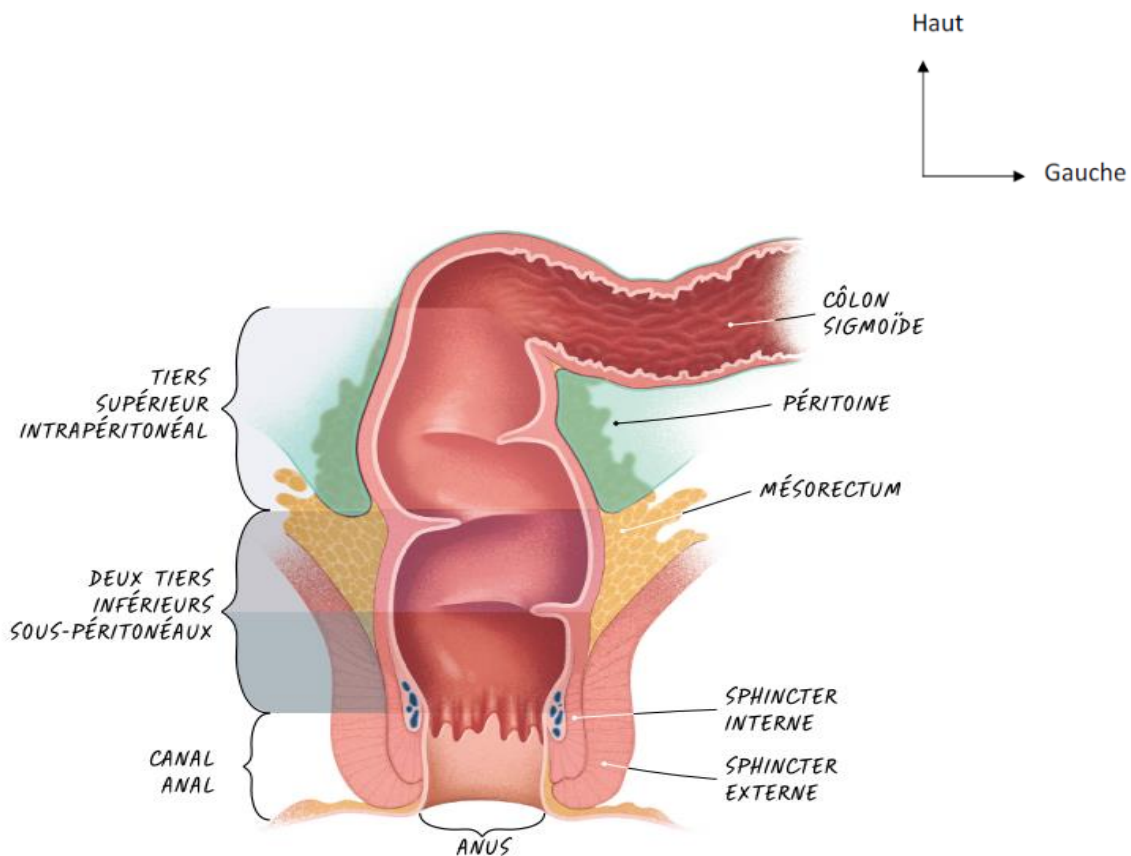


Figure 1: Le rectum et le canal anal

Il est divisé en trois segments [20] :

- bas rectum : 0 à 5 cm de la marge anale ou à 2 cm ou moins du bord supérieur du sphincter ;
- moyen rectum : > 5 à 10 cm de la marge anale ou de > 2 à 7 cm du bord supérieur du sphincter ;
- haut rectum : > 10 à 15 cm de la marge anale ou à plus de 7 cm du bord supérieur du sphincter

- jonction rectum-sigmoïde > 15 cm ou au-dessus du corps de la 3^{ème} vertèbre sacrée.

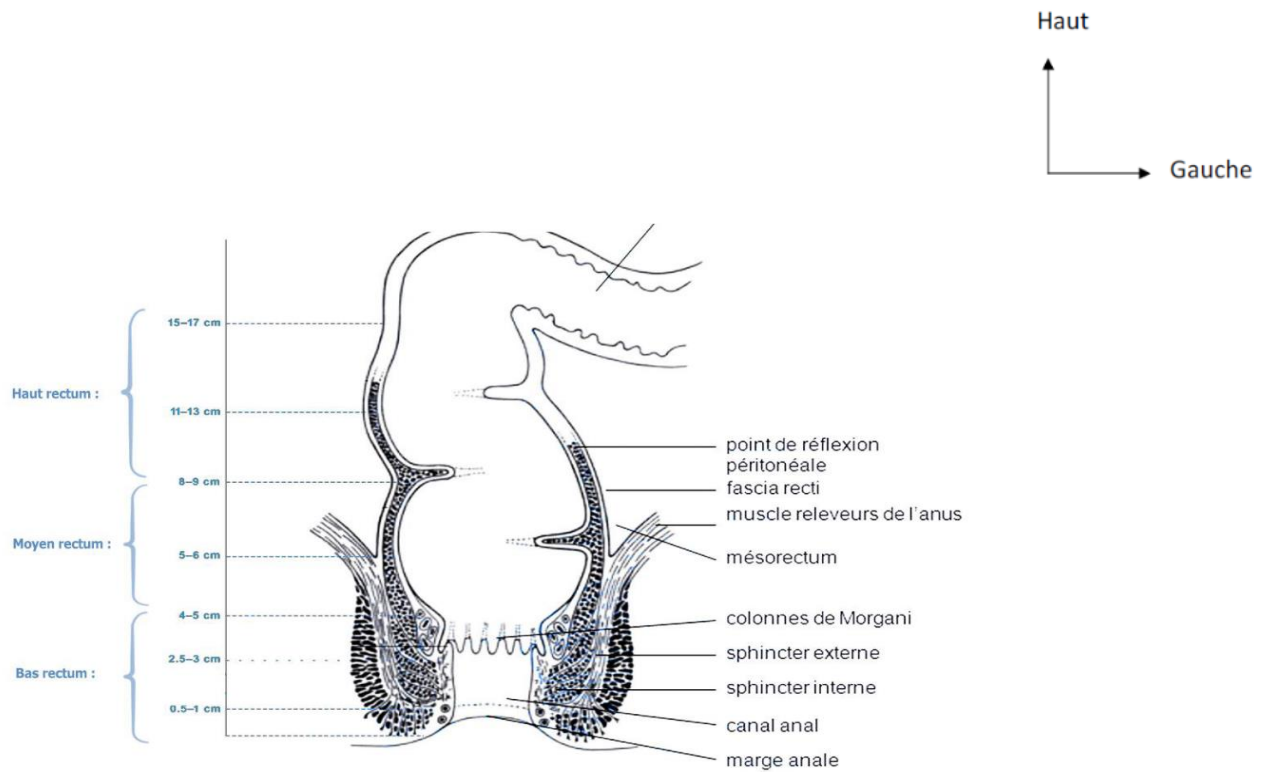


Figure 2: Anatomie du rectum

3.2...2. Vascularisation

Le rectum est irrigué par trois artères :

-L'artère rectale supérieure branche de l'artère mésentérique inférieure irrigue le tiers supérieur ; -L'artère rectale moyenne naît de l'artère iliaque interne irrigue le tiers moyen ; -L'artère rectale inférieure qui naît de l'artère pudenda (honteuse) irrigue le tiers inférieur. Les veines ont les mêmes noms que les artères et drainent le sang vers la veine porte.

3.2...3. Histologie du rectum

La paroi du rectum, comme celle du côlon, est constituée de quatre couches différentes (successivement de l'intérieur vers l'extérieur) [21]:

-la muqueuse (couche la plus interne) : Elle comprend un épithélium superficiel rectiligne avec des cryptes.

-la sous-muqueuse : C'est un tissu conjonctif séparé de la muqueuse par la musculaire muqueuse.

-la musculuse (deux couches de fibres musculaires) : Elle est constituée d'une couche circulaire interne et d'une couche longitudinale externe discontinue.

-la séreuse (couche externe) : C'est un tissu conjonctif contenant des vaisseaux et des nerfs.

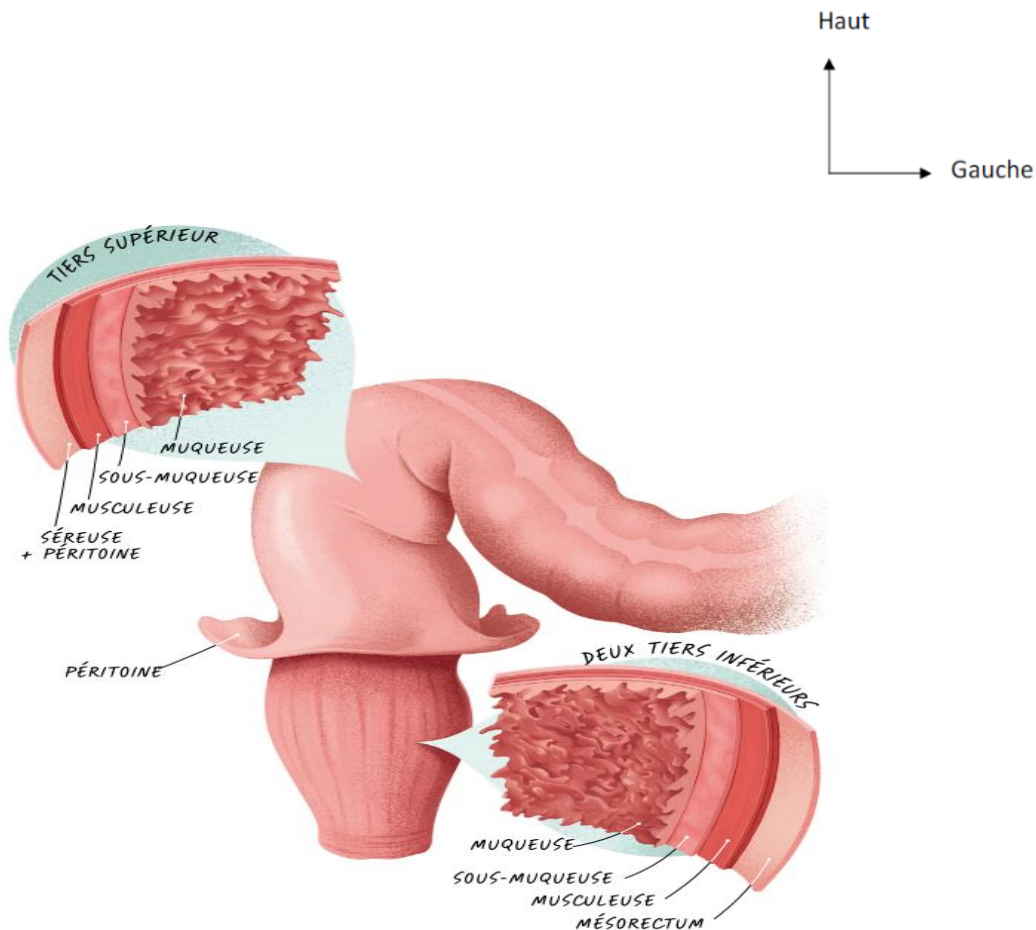


Figure 3: Les différentes couches du rectum

3.3. Facteur de risque

-L'âge (90 % des personnes atteintes ont plus de 50 ans) et certaines habitudes de vie augmentent le risque de développer un cancer du rectum [22,23].

On peut citer :

-Une alimentation trop riche, notamment en graisses animales, une consommation importante de viande rouge [3],

-l'inactivité physique, le surpoids, ainsi que la consommation d'alcool et de tabac.

-Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (comme la maladie de Crohn, et la rectocolite hémorragique) ou de certaines maladies génétiques comme la polypose adénomateuse familiale, le syndrome de Lynch ou HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer) [24].

-Un antécédent familial de cancer du côlon ou du rectum est également un facteur de risque [25].

3.4. DIAGNOSTIC

❖ Diagnostic clinique et paraclinique

Il repose sur l'examen clinique (l'interrogatoire et l'examen physique) et les examens complémentaires (qui confirment le diagnostic)

❖ Circonstance de découverte (CDD)

Un cancer du rectum peut être suspecté devant plusieurs signes dont [22] :

-les rectorragies, la survenue de douleurs abdominales ; une alternance entre diarrhée et constipation ; un syndrome rectal (épreintes, ténésmes et faux besoins) est le témoin d'une tumeur assez volumineuse.

❖ Diagnostic de gravité

❖ signes fonctionnels [26]:

-Rectorragie : signe d'alarme

-Syndrome rectal de Bensaude: Ténésme (sensation de corps étranger intra rectal), Epreintes (douleurs rectale avant l'exonération), Faux besoins (envie impérieuse d'aller à la selle avec émission de glaires parfois sanglantes)

-Troubles du transit : diarrhée ou constipation ou alternance des 2

-Troubles urinaire

-Les douleurs abdominales sont plus rares.

-Des complications peuvent révéler le cancer : hémorragies digestive, occlusion, perforation, métastase, Syndrome paranéoplasique (fièvre à long court, neuropathie périphérique).

❖ L'examen physique

Toucher rectal (TR)

En décubitus sur plan dur, cuisse fléchie, faisant pousser le patient, l'ampoule rectale étant vide.

-On peut explorer le bas et le moyen rectum,

-Apprécier : le type de tumeur : ulcéro-végétante (la plus fréquente, le doigt bute contre une saillie dure en « bourrelet », bourgeonnant, chou-fleur irrégulier, friable, sessile à base indurée, la taille de la tumeur, siège exact par rapport aux parois rectales et par rapport à la marge anale, le caractère infiltrant de la tumeur, son caractère mobile ou fixé par rapport aux parois pelviennes et aux structures pelviennes antérieures

-Il sera compléter chez la femme par un TV appréciant la cloison recto-vaginale,

-Chez l'homme il peut découvrir un adénome de prostate associé,

-Permet d'explorer le cul de sac (CDS) de Douglas découvrant parfois un nodule de carcinose péritonéale.

-La découverte d'une hépatomégalie irrégulière est évocatrice de métastases hépatiques.

-La palpation des creux inguinaux recherche des adénopathies (ADP).

3.5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

❖ La coloscopie

Explorer le rectum et totalité du côlon pour y déceler d'éventuelles anomalies et les localiser. La coloscopie permet également d'effectuer des prélèvements (biopsie). La coloscopie avec biopsie est l'examen de référence pour le diagnostic des cancers colorectaux [27].

❖ La rectoscopie au tube rigide

Elle permet la réalisation de biopsies multiples, est réalisée sans anesthésie en position genupectorale ou en décubitus latéral gauche sur un rectum vide. Elle apprécie comme la coloscopie l'extension circonférentielle, la taille et l'aspect de la lésion, et mesure avec précision la distance entre le pôle inférieur de la tumeur et la marge anale.

❖ Échographie endorectale (EER)

Évaluer l'extension de la tumeur dans la paroi du rectum et l'atteinte des ganglions proches du rectum, de préciser la localisation de la tumeur, sa taille et enfin sa distance par rapport à anus ; cet élément est important pour déterminer le type de chirurgie à réaliser [28,29].

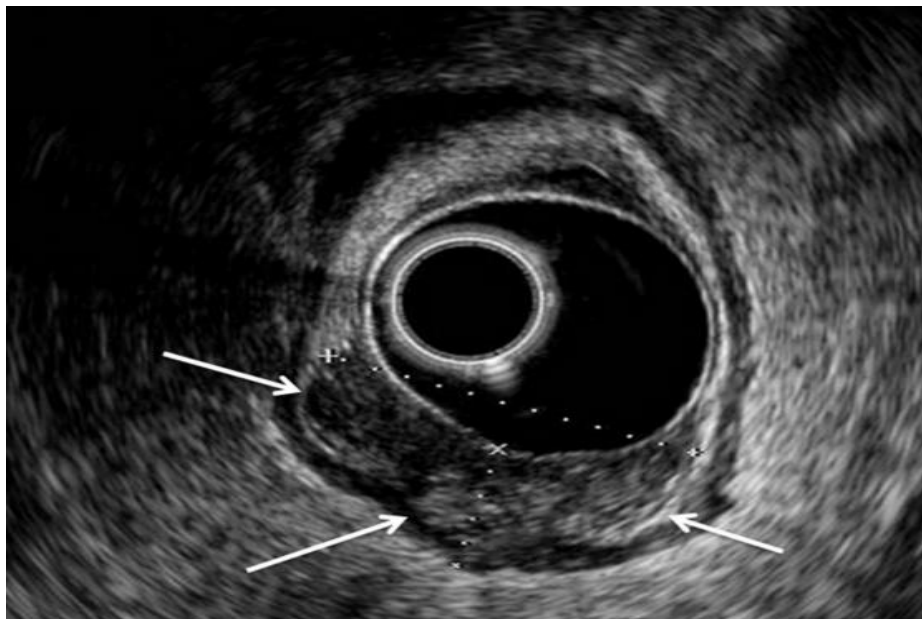


Figure 4: Échographie endorectale d'une tumeur rectale T3 (flèches)

❖ IRM pelvienne

L'IRM pelvienne est l'examen de choix pour le bilan d'extension locorégionale essentiellement pour les tumeurs rectales évoluées T3 ou T4 pour déterminer la marge de résection circonférentielle et pour les tumeurs du bas rectum en précisant l'extension à l'appareil sphinctérien. Les limites de cette technique sont l'étude de l'extension ganglionnaire et l'interprétation de la réaction desmoplastique [29,30].

❖ Scanner Thoraco-abdomino-pelvien ou TDM TAP

Repérer la présence ou non d'une anomalie dans les autres organes (foie, poumons...), si c'est le cas, déterminer sa taille et sa localisation. Le scanner ne donne aucune indication sur le type de cellules dont il s'agit. C'est l'examen de choix pour détecter les complications postopératoires précoces de la chirurgie de réduction tumorale et de la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique [30].

❖ **La radiographie thoracique et l'échographie abdominale**

Elles ont un intérêt dans le bilan d'extension. Les métastases pulmonaires apparaissent le plus souvent sous forme d'opacités macro nodulaires à la radiographie.

❖ **La coproculture**

Ce test est utilisé aussi dans les campagnes de dépistage mais est très sensible avec des faux résultats positifs. Elle permet de rechercher les hématies dans les selles macroscopiquement inobservables [31,32].

❖ **Examens Biologiques**

Il est systématique avant de débiter le traitement,

-Le bilan biologique standard : NFS, Transaminase (Evaluer la fonction hépatique), La clairance de la créatinine (fonction rénale),

-Le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) [23]:

C'est une protéine secréter par certains cancers dont le cancer du rectum.

Le CA 19-9 (Carbohydrate Antigène) est sans ou de peu d'intérêt (mauvaises spécificité et sensibilité). La mesure d'ACE n'est pas absolue car sa sensibilité est de 36% pour les cancers A et B de Dukes et de 80% pour les cancers D de Dukes. Sa spécificité est faible [23].

❖ **L'examen Anatomopathologique**

C'est l'examen indispensable pour le diagnostic du cancer du rectum. Il permet d'étudier les caractéristiques des cellules tumorales (histologie).

Il permet également la différenciation histopathologique des cellules tumorales en les classant en quatre grades de malignité [21]:

-tumeur bien différenciée (grade I), -moyennement différenciée (grade II) -peu différenciée (grade III) et les tumeurs indifférenciés (grade IV)[33].

➤ **Macroscopie :**

Quatre formes macroscopiques sont fréquentes [34]:

- Formes végétantes (35%) : masses exophytiques largement implantées faisant saillie dans la lumière colorectale ;
- Formes ulcéro-infiltrantes (35%) : ulcération limitée par un bourrelet (aspect en lobe d'oreille) ; l'ulcération peut s'étendre à la totalité de la circonférence réalisant une sténose serrée en virole.
- Formes ulcéro-végétantes (30%) ; -Les cancers infiltrants sont rares (1%).

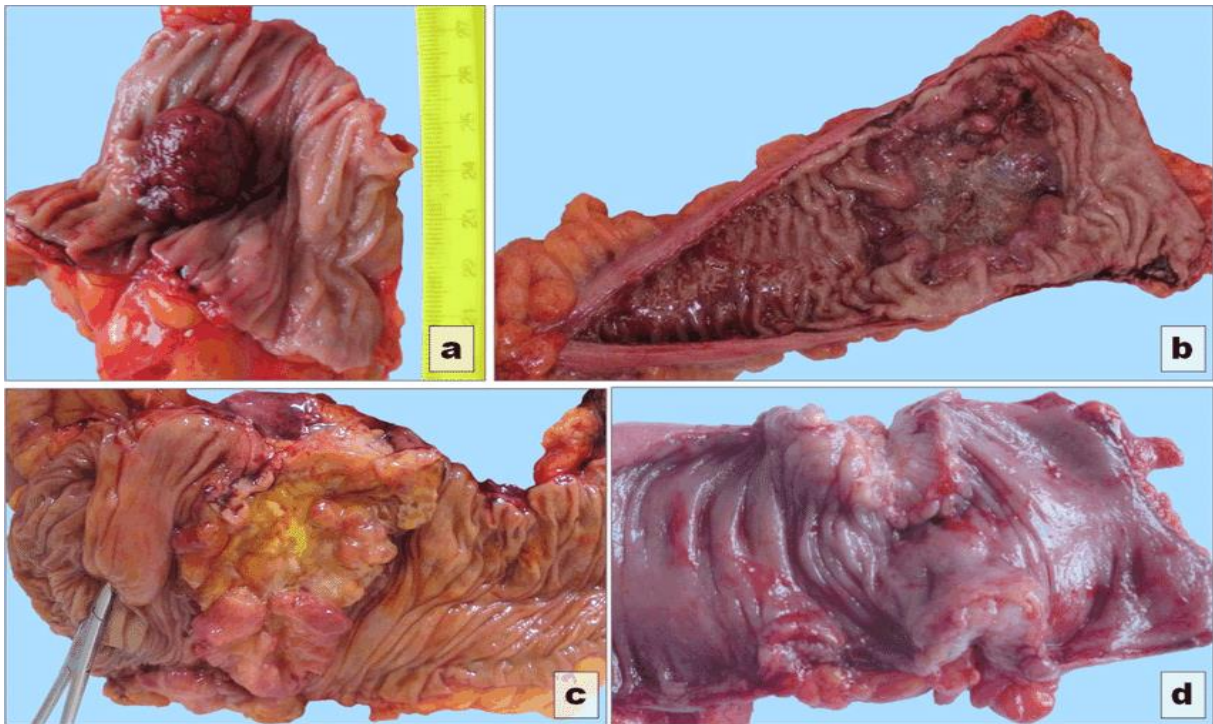


Figure 5: Aspect macroscopique du cancer du rectum

A : Végétant, B : Ulcéro-infiltrant, C : Ulcéro-végétant, D : Infiltrant

➤ **Microscopique** [35]

-Les adénocarcinomes représentent 94% des cancers colorectaux [26]. Le grade histologique de malignité défini par le degré de différenciation est un facteur prédictif aussi bien de l'envahissement locorégional que de la dissémination métastatique.

- Adénocarcinome bien différencié : Les tumeurs bien différenciées sont uniquement constituées de structures glandulaires, proches des glandes de Lieberkühn.

- Adénocarcinome moyennement différencié : Les tumeurs moyennement différenciées comportent de nombreuses structures glandulaires (avec lumière) et des zones plus compactes.
- Adénocarcinome peu ou indifférencié Les tumeurs peu différenciées présentent peu de lumières glandulaires et un stroma qui est souvent réduit (aspect compact).

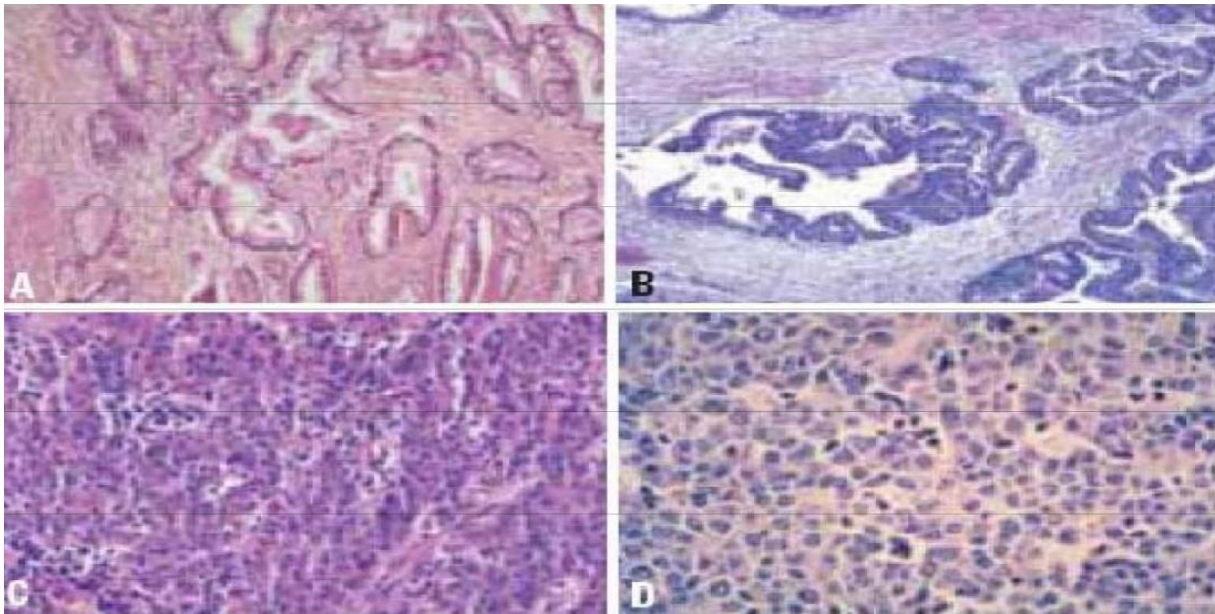


Figure 6: Les différents aspects histologiques de l'adénocarcinome

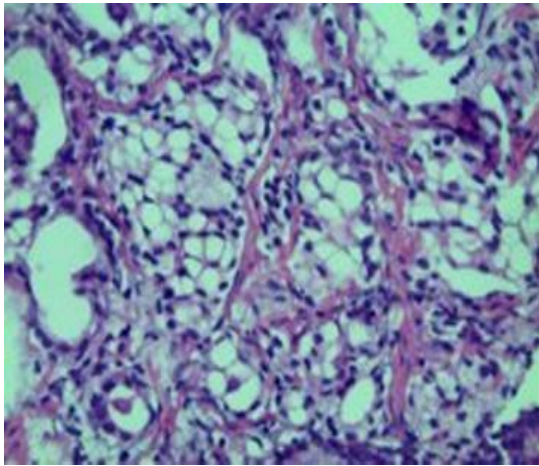
A. adénocarcinome bien différencié B. adénocarcinome moyennement différencié

C. adénocarcinome peu différencié. D. adénocarcinome indifférencié.

-Adénocarcinome colloïde ou mucineux : il représente 17% des tumeurs et se caractérise par de larges plages de mucus parsemées de cellules tumorales indépendantes.

-Adénocarcinomes à cellules en bague à chaton : Plus de 50% des cellules tumorales sont des cellules indépendantes avec une gouttelette de mucus intra cytoplasmique. Cette forme est rarement primitive.

A



B

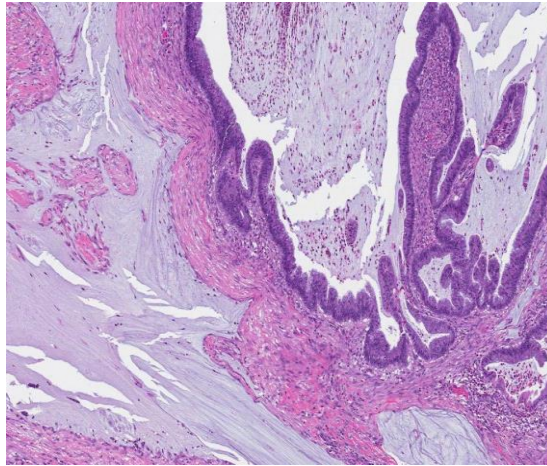


Figure 7: Aspects histologique A et B

A : Adénocarcinome des cellules en bague à chaton (indépendante)

B : Adénocarcinome mucineux ou colloïde

Classification Anatomopathologique

La classification actuellement en vigueur est celle de l'UICC (Unité International Contre le Cancer) (TNM 8ème édition 2017) [36].

Les ganglions régionaux du rectum sont :

Les ganglions rectaux (hémorroïdal) supérieurs, moyens et inférieurs, ganglions iliaques internes (hypogastrique), ganglions sacrés latéraux, pré-sacrés et promontoire sacré ; ganglions mésentériques inférieurs ; ganglions inguinaux en cas d'atteinte du canal anal

❖ **La classification de référence internationale est la classification de UICC (TNM) [20]**

Tableau I: La classification de UICC (TNM)

T : Tumeur primitive

Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse

T2	Tumeur envahissant la musculature Tumeur
T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péri-coliques et péri-rectaux
T4	Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures et/ou perforant le péritoine viscéral
T4a	Tumeur perforant le péritoine viscéral
T4b	Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures

N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales
N0	Pas de métastase ganglionnaire régionale
N1	Métastase dans 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
N1a	Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional
N1b	Métastase dans 2-3 ganglions lymphatiques régionaux
N1c	Nodule(s) tumoral en satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus péri-coliques, ou péri-rectaux sans métastase ganglionnaire régionale
N2	Métastase dans 4 ou plus ganglions lymphatiques régionaux
N2a	Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux
N2b	Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux

M : Métastases à distance

M0	Pas de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance
M1a	Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s) autre que régional
M1b	Métastases dans plusieurs organes ou péritonéale
M1c	Métastases dans le péritoine avec ou sans atteinte d'autres organes

❖ La classification résiduelle (R) AJCC (American Joint Committee on Cancer)

-R0 : Berges de résection microscopiquement indemne de tumeur résiduelle,

-R1 : Berges de résection microscopiquement envahies,

-R2 : Tumeur résiduelle macroscopique (constatation chirurgicale)

❖ **Stadification TNM**

Stade I : T1N0M0, T2N0M0

Stade II : T3N0M0, T4N0M0

Stade III : quel que soit le T, N1, N2 ou N3, M0

Stade IV : quel que soit le T ou le N, M1

❖ **La classification de Dukes [37]**

Stade A : Atteinte de la muqueuse ou de la sous muqueuse ou de la musculuse sans atteinte de la sous séreuse.

Stade B : Atteinte transpariétale au-delà de la sous-séreuse.

Stade C : envahissement ganglionnaire.

C'est une classification qui a été adaptée pour le cancer du côlon.

3.6. TRAITEMENT

❖ **Principe du traitement**

La stratégie thérapeutique est définie en accord avec le patient et en lien avec le médecin traitant sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui part ses modalités tient en compte de son âge, du Performance Statu (PS), de ses comorbidités, du stade TNM, des caractéristiques biologiques de la tumeur et de la situation sociale, et ensuite les différents aspects de la maladie et des traitements sont expliqués au patient et à ses proches [38].

❖ **But du traitement :**

-Guérir le malade ; - Stabiliser les lésions ; -Prévenir les récives et complications

Critères d'opérabilité et de résécabilité de la tumeur

✓ **Les critères opérabilité :**

-L'âge : La prise en charge de patients de plus en plus âgés conduit à adapter les stratégies thérapeutiques à cette population particulière. Au-delà de 85 ans, le traumatisme chirurgical doit être limité au maximum.

-Le sexe et la morphologie du patient : l'abord chirurgical du rectum peut être difficile chez l'homme en raison de l'étroitesse du pelvis.

-Les comorbidités : elles sont appréciées en collaboration avec l'anesthésiste et l'oncogériatre pour les patients âgés. En ce qui concerne le bilan préanesthésique il est recommandé d'utiliser la classification de l'American Society of Anaesthesiology (ASA) :

1. patient en bonne santé, 2. atteinte modérée d'une grande fonction, 3. atteinte sévère d'une grande fonction, 4. atteinte sévère de plusieurs grandes fonctions, 5. patient moribond ayant une espérance de vie inférieure à 24 heures.

En cas d'opérabilité compromise, des stratégies alternatives à la chirurgie radicale doivent être discutées en RCP.

✓ **Les critères de résécabilité**

-En préopératoire : en cas de lésion accessible au doigt (tumeurs des tiers inférieur et moyen du rectum), le toucher rectal réalisé par un clinicien expert (éventuellement sous anesthésie), renseigne sur les possibilités de résection de la lésion (per coelioscopie). Il est à combiner au toucher vaginal chez la femme. Une tumeur est considérée comme non résécable cliniquement ou à risque de résection R1 (facteur pronostique péjoratif) si elle est fixée à un organe ou une structure de voisinage au toucher rectal et radiologiquement si la marge circonférentielle est < 1 mm en IRM. La non résécabilité de type R1 (résidu microscopique probable) ou R2 (résidu macroscopique probable) est temporaire ou définitive en fonction de la réponse au traitement néoadjuvant et du chirurgien.

-En peropératoire : l'exploration peut mettre en évidence une extension imprévue aux organes de voisinage interdisant la résection. Si le patient n'a pas eu de traitement préopératoire, il est conseillé d'interrompre l'acte chirurgical en vue d'un traitement néoadjuvant, éventuellement sous couvert d'une colostomie. Chez un patient ayant reçu un traitement préopératoire et en cas d'extension pelvienne résiduelle postérieure (sacrum), latérale (vasculaire, urétérale, nerveuse), antérieure (vessie, prostate chez l'homme, utérus, vagin chez la femme), une exérèse macroscopiquement incomplète (R2) ne doit pas être envisagée. Les conditions doivent alors être réunies pour qu'un geste d'exérèse élargie à visée curative (exérèse monobloc) puisse être réalisé.

❖ **Moyens et Méthodes**

3.6...1. Moyens chirurgicaux

Enlever la tumeur et ses relais ganglionnaires, Rétablir la continuité digestive, Préserver la fonction sphinctérienne, Eviter les récidives, Préserver la qualité de vies.

*Amputation abdomino-périnéale (AAP) : Exérèse en totalité de l'ampoule rectale, de l'appareil sphinctérien et du canal anal dans le cas des tumeurs proches de l'appareil sphinctérien (moins de 1 cm du sphincter) ;

*Résection antérieure du rectum : Le rectum sera sectionné au-dessous de la tumeur en respectant une marge de sécurité de 5 cm et la continuité digestive sera rétablie par une anastomose colorectale ;

*Résections inter sphinctérienne : Exérèse en totalité de l'ampoule rectale avec respect du sphincter externe+ anastomose colo anale ;

*Intervention de Hartmann : résection sans rétablissement de continuité+ colostomie iliaque gauche ;

*Le type de l'intervention est dicté par le siège de la tumeur par rapport à l'appareil sphinctérien.

3.6...2. Moyens médicamenteux

3.6...2.1. Radiothérapie

Elle est réalisée dans le cancer du bas ou moyen du rectum, à titre curatif ou palliatif.

L'irradiation peut être réalisée par [39,40] :

-Radiothérapie externe : afin de diminuer les complications de la radiothérapie

-Radiothérapie endocavitaire : (radiothérapie de contact) : envisageable pour certaines tumeurs. La dose peut être délivrée durant une période de 5 semaines (25 séances) ou de 5 jours (5 séances) selon l'avis de la RCP. Dans le 1er cas, la chirurgie est réalisée dans un délai de 6 à 8 semaines après la radiothérapie. Dans le 2^{ème} cas, elle est réalisée dans un délai inférieur à 10 jours ou différée (6 semaines).

Au cours de la radiothérapie, une surveillance, au moins une fois par semaine, est réalisée pour évaluer la tolérance au traitement (état général, nutritionnel, etc.).

Les adénocarcinomes rectaux sont modérément radiosensibles.

3.6...2.2. Chimiothérapie

Les protocoles utilisés dans le cancer colorectal, dans le cadre de l'AMM, associent principalement [39]:

Le 5-fluoro-uracile, l'oxaliplatine, l'irinotecan, la capécitabine, la leucovorine (acide folinique), la mitomycine C ;

Le choix des molécules est discuté en RCP. Ce choix tient compte du stade et des caractéristiques de la tumeur, de l'état général du patient, des maladies associées, et du projet thérapeutique du patient (possibilité de résection des métastases). La réalisation de la chimiothérapie nécessite, généralement, la pose d'une voie veineuse centrale (chambre à cathéter implantable ou cathéter tunnélisé ou PAC). La chambre implantable ne nécessite pas de soins particuliers en dehors des cures et ne limite pas la réalisation des activités quotidiennes.

En adjuvante (post opératoire) une chimiothérapie systématique par l'association 5-fluorouracile (5fu) + lévigation pendant un an ou 5FU+ acide folique pendant 6 mois réduirait significativement la mortalité pour les stades C des cancers du rectum.

L'adénocarcinome du rectum répond bien à la CT seule comme la montré l'étude Cunningham [39].

Avant chaque cure de CT, le bilan standard comprend un examen clinique (température, poids, taille, état général, examen de l'abord veineux, mesure de la pression artérielle, examen cutané, évaluation de la tolérance aux cures précédentes et recherche d'effets secondaires) et des examens biologiques dont la nature est à adapter au traitement reçu.

En fonction des résultats, la cure de chimiothérapie peut être reportée ou les doses sont éventuellement adaptées.

3.6...2.3. Radio-chimiothérapie

Elle est utilisée en néoadjuvante par CAP50 (50 GY pendant 5 semaines + Capecitabine), C'est le traitement de référence dans les cancers du bas et moyen rectum localement avancé avant la chimiothérapie ; cette séquence est complétée par la chimiothérapie adjuvante qui est efficace dans la prévention de récurrence locale.

-En cas de tumeur cT2N+, cT3N0, cT3N+, cT4N0, à l'imagerie préopératoire la stratégie consiste une RCT hypo-fractionnée avec du 5-FU [41].

3.7. EVOLUTION ET PRONOSTIC

❖ Facteurs pronostiques

En dépit des progrès réalisés dans son dépistage et sa prise en charge, son pronostic reste sombre, l'extension intra pariétale de la tumeur et l'existence de métastases ganglionnaires sont les facteurs pronostiques les plus importants comme le montrent les taux de survie à 5 ans [8,29]:

-80 à 100% pour les cancers limités à la muqueuse (Dukes A)

-60% pour les cancers envahissant la séreuse (Dukes B)

-40% pour les cancers avec envahissement ganglionnaire (Dukes C)

-10% pour les cancers avec métastases à distance (Dukes D).

❖ Prévention

-Chez les parents du 1er degré d'une personne atteinte d'un cancer colorectal, l'attitude est de préconiser une coloscopie dès l'âge de 50 ans. En cas d'examen négatif, il doit être répété tous les 5 à 10 ans jusqu'à 75 ans, (ce qui correspond à 3 à 5 coloscopies).

-Une coloscopie de dépistage est recommandée à partir de 50 ans* en cas d'antécédents familiaux multiples de CCR au deuxième ou troisième degré quel que soit l'âge de survenue.

-Une coloscopie de dépistage est recommandée à partir de 50 ans* en cas d'antécédent familial au premier degré d'adénome avancé ou non avancé quel que soit l'âge de survenue [42].

3.8. SURVEILLANCE

❖ Éléments de surveillance Périodicité

Les éléments de surveillance reposent sur : Examen clinique, coloscopie, la TDM TAP (Tomodensitométrie Thoraco-Abdomino-Pelviennne), la radiographie du thorax ; échographie hépatique et abdomino-pelviennne, le bilan standard dont la NFS (numération formule sanguine), le bilan hépatique, Dosage ACE.

❖ Stratégie de surveillance

La surveillance se repose :

-Dans les 5 premières années :

- Examen clinique tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois.
- Échographie abdominale et radiographie de thorax en alternance avec scanner thoraco-abdomino-pelvien tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans.
- Coloscopie à 3 ans puis délai en fonction de la découverte ou non d'adénomes.
- Dosage d'ACE trimestriel.
- Scanner thoraco-abdominopelvien en remplacement de l'échographie et de la radiographie de thorax en cas de patient obèse.
- EER peut être proposée en l'absence d'amputation (écho trans-vaginale possible chez la femme).
- IRM pelvienne si AAP ou si conservation du rectum et de l'anus après traitement néoadjuvant (habituellement RCT) et exérèse locale ou simple surveillance.

-Après 5 ans :

On peut proposer un examen clinique, une échographie, une radiographie de thorax et une coloscopie dont la fréquence sera fonction de la découverte éventuelle d'adénomes.

4. METHODOLOGIE

❖ Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service d'oncologie médicale du centre hospitalier Universitaire mère enfant le Luxembourg (CHU-ME).

Il s'agit d'un hôpital de troisième niveau de référence dans la pyramide sanitaire du Mali situé à Hamdallaye (commune IV du district de Bamako).

Il est bâti sur une superficie de 3431 m² ; Le centre hospitalier « Mère-Enfant » a été inauguré le 24 Novembre 1998 et a débuté ses activités en Mai 1999. Il appartient à la fondation pour l'enfance dirigée par l'ex première dame de la république du Mali et présidente de la fondation.

L'hôpital le Luxembourg comprend 18 services dont le service d'oncologie médicale qui a été ouvert en 2016 et qui comprend :

- Un bureau de chef de service (salle de consultation 1)
- Un bureau du Major
- Une deuxième salle de consultation (salle de consultation 2)
- Quatre salles d'hospitalisations de deux lits dont trois sont ordinaires et une VIP équipée chacune d'une toilette
- Une salle des internes et psychologue
- Une salle de garde
- Une salle de préparation des produits de chimiothérapie
- Une salle de chimiothérapie ambulatoire (hôpital de jour) qui comporte deux lits d'hospitalisation et 12 fauteuils
- Une unité de dispensation des produits de chimiothérapies
- Trois toilettes dont deux sont dans la salle de chimiothérapies

Le personnel est constitué de :

- . Trois (03) oncologues médicaux, un médecin généraliste et cinq internes
- . Un pharmacien (responsable de l'unité de dispensation) et un interne en pharmacie
- . Neuf (09) infirmiers
- . Deux (02) Techniciennes supérieures
- . Sept (07) Techniciens de santé (dont trois bénévoles)
- . Deux Techniciennes de surface
- . Deux secrétaires (dont une bénévole)

. Une (01) psychologue.

❖ **Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude analytique à collecte de donnée rétrospective sur 06 ans et 8 mois qui s'est déroulée du 01 Janvier 2016 au 31 Aout 2023 dans le service d'oncologie médicale du centre hospitalier universitaire mère enfant le Luxembourg.

❖ **Population**

Notre étude portait sur tous les patients répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

❖ **Echantillonnage**

Nous avons réalisé un recrutement exhaustif en sélectionnant tous les patients répondant aux critères d'inclusions.

❖ **Critères d'inclusion**

Les patients inclus dans cette étude étaient ceux pris en charge entre 2016 et 2023 dans le service d'Oncologie médicale chez qui, le diagnostic de cancer du rectum était confirmé par un examen histologique.

❖ **Critères de non-inclusion**

N'ont pas été inclus dans cette étude :

Les patients qui n'ont pas voulu participer à notre étude.

❖ **Méthodes**

Nous avons élaboré une fiche d'enquête pour la collecte des données composé de :

Une fiche d'enquête élaborée par nous-même et corrigée par notre directeur de thèse ;

Un recueil d'information des malades

❖ **L'analyse des données**

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels Excel 2019 et SPSS 25.0.

❖ **Variables étudiées**

-Variables sociodémographique

Age, sexe, Mode de vie, profession.

-Variables cliniques

Motif de consultation ou d'hospitalisation :

Signes paracliniques

Biologie : ACE, CA19-9, NFS

Imagerie : IRM pelvienne, Radiographie, Echographie abdomino-pelvienne, Scanner thoraco-abdomino-pelvien, coloscopie, biopsie.

Les facteurs de risques

- Diabète
- Tabagisme
- Alcool
- Antécédents

* personnels : Hémorroïde, HTA, Diabète, Tabac

* familiaux : Notion de cancer familial, parent du premier ou de deuxième degré, polypose adénomateuse familiale

Les données thérapeutiques

- Le traitement.
- L'évolution.

❖ **Considération éthique**

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été observés.

Il n'y avait pas de conflit d'intérêt.

5. RESULTATS

5.1. La Fréquence

Du 1^{er} janvier 2016 au 31 Aout 2023 (soit sur une durée de 6 ans et 8 mois), 216 cas de cancer du rectum ont été colligés dans le service. Pendant cette période, sur un effectif de 4907 malades cancéreux, les colorectaux ont représentés 13,12% des cas.

Sur un effectif de 1714 de cancer du tube digestifs les cancers colorectaux représentaient 31,62% des cas.

Sur un effectif de 542 de cancer colorectal, le cancer du rectum représentait 39,85% des cas.

Tableau II: Répartition des patients selon l'année d'inclusion

Année	Effectifs	Pourcentage
2016	21	9,7
2017	23	10,6
2018	31	14,4
2019	44	20,4
2020	37	17,1
2021	23	10,6
2022	25	11,6
De Janvier à Aout 2023	12	5,6
Total	216	100

Le pourcentage des patients pris en charge varie entre 9,7 et 20,4 % par an.

L'année 2019 constitue celle où il a été enregistré le plus de cas soit 44 patients.

5.2. Aspects diagnostiques

5.2...1. Caractéristiques socio-démographiques

❖ Sexe

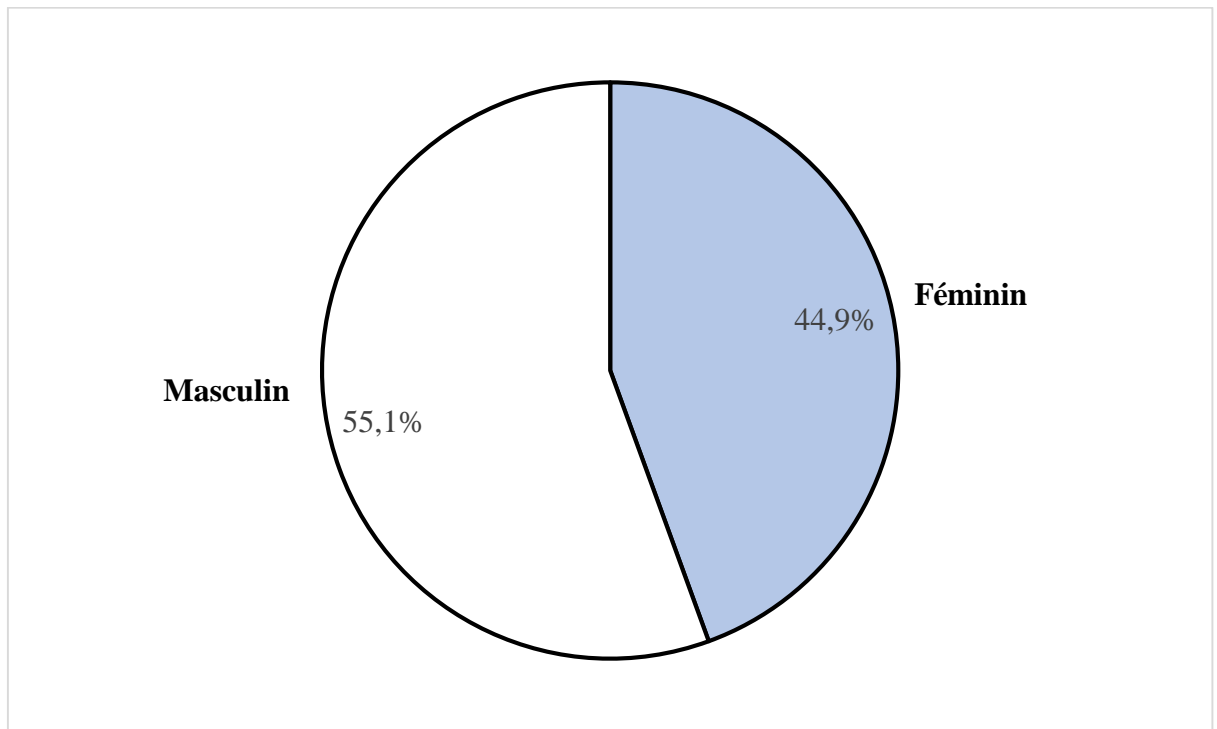


Figure 8: Répartition en fonction du sexe

Le sexe masculin prédominait soit 55,1% des cas.

❖ Tranche d'âge

Tableau III : Répartition en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif (n)	Pourcentage (%)
19-40 ans	57	26,4
41-60 ans	101	46,8
61 ans et plus	58	26,8
Total	216	100

La tranche d'âge allant de 41-60 ans était majoritaire avec 46,8% des cas. L'âge moyen était 50,81 + /- 14,94 ans avec un extrême d'âge de 19 à 85 ans.

❖ Profession

Tableau IV: Répartition en fonction de la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	80	37
Commerçante	32	14,8
Agriculteur/Éleveur	28	13
Entrepreneur	20	9,3
Ouvrier	19	8,8
Fonctionnaire	17	7,9
Sans Emploi	14	6,5
Elève/Étudiant	6	2,8
Total	216	100

Les ménagères représentaient 37% de nos patients.

5.2...2. Caractéristiques cliniques

❖ Facteurs de risques

Tableau V: Répartition des patients en fonction de facteurs de risques

	Effectifs	Pourcentage
Tabac	N=216	%
Oui	36	16,7
Alcool		
Oui	18	8,3
Obésité		
Oui	21	9,7
Age		
Age moins 50 ans	107	49,5
Age plus 50 ans	109	50,5
Graisse animale		
Oui	202	93,5

Une alimentation riche en graisse animale était plus représentée avec 93,5% des cas.

❖ Circonstances de découvertes

Tableau VI: Répartition en fonction des circonstances de découverte

	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Douleur	N=216	%
Oui	203	94
Trouble de transit		
Oui	163	75,5
Syndrome hémorragique		
Oui	158	73,1

Les circonstances de découverte étaient surtout la douleur 94%, les troubles du transit 75,5% des cas, et le syndrome hémorragique 73,1%.

❖ Performance statuts OMS

Tableau VII: Répartition selon les statuts performance OMS

Performance OMS	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
1	90	41,7
2	118	54,6
3	6	2,8
4	2	0,9
Total	216	100

Le statut de performance de l'Organisation Mondiale de la Santé a été coté au grade 2 chez 54,6% de nos patients.

❖ Temps d'évolution des signes

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction du temps d'évolution des signes

Evolution des signes	Effectifs	Pourcentage
Moins d'un mois	3	1,4
1 à 6 mois	96	44,4
Plus de 6 mois	117	54,2
Total	216	100

La majorité de nos patients avait consulté après un délai d'évolution de plus de 6 mois soit 54,2%.

❖ Types de lésions

Tableau IX: Répartition en fonction des types de lésions

Types de lésions	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Hémorragique	26	12,1
Ulculo-Vegetant	188	87,0
Ulculo-Vegetant Sténosant	2	0,9
Total	216	100

Les lésions ulcéro-vegetantes étaient majoritaire soit 87% des cas.

5.2...3. Caractéristiques paracliniques

❖ Données biologiques

Tableau X: Répartition en fonction des marqueurs biologiques

	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
ACE	N=216	%
Élevé	113	52,3
Normal	103	47,7
CA19-9		
Élevé	15	6,9
Normal	201	93,1

L'antigène carcino-embryonnaire (ACE) était élevé chez 52,3% des patients.

❖ Données endoscopiques

Tableau XI: Répartition des patients en fonction de la coloscopie

Coloscopie	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Non	14	6,5
Oui	202	93,5
Total	216	100

Les patients ayant réalisés la coloscopie représentaient 93,5%.

Tableau XII: Répartition en fonction des types histologiques et du degré de différenciation

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
	N=216	%
Type histologique		
Adénocarcinome Liberkunien	203	94,0
Adénocarcinome Mucineux	7	3,2
Adénocarcinome à cellule indépendante	6	2,8
Degré de différenciation		
Bien différencié	10	4,6
Moyennement différencié	201	93,1
Peu différencié	5	2,3

L'adénocarcinome Liberkunien était le type histologique le plus fréquent soit 94% et 93,1% était moyennement différencié.

Tableau XIII: Répartition en fonction de la localisation du cancer

Siège	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Haut	4	1,9
Moyen	82	38,0
Bas	130	60,2
Total	216	100

Le cancer du bas rectum était la localisation la plus fréquente dans la présente étude soit 60,2%.

❖ Données scanographiques

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du site métastatique

Métastase	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Hépatique	52	55,9
Pulmonaire	38	40,9
Osseuse	2	2,15
Cérébral	1	1,1
Total	93	100

Le premier site métastatique était le foie suivi du poumon.

Tableau XV: Répartition des patients en fonction de l'échographie pelvienne

Echographie pelvienne	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Non	187	86,6
Oui	29	13,4
Total	216	100

L'échographie pelvienne a été réalisée chez 13,4% des patients.

Tableau XVI: Répartition des patients selon la classification TNM

	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
T	N=216	%
1	2	0,9
2	18	8,3
3	62	28,7
4	134	62,1
N		
0	58	26,9
1	80	37,0
2	45	20,8
3	22	10,2
4	11	5,1
M		
0	123	56,9
1	93	43,1

La métastase a été observée chez 43,1 % des personnes atteintes du cancer du rectum.

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de la stadification

	Effectifs (n)	Pourcentage %
Stade TNM	N=216	%
I	13	6,0
II	34	15,7
III	76	35,2
IV	93	43,1
Total	216	100

Le stade IV TNM était le plus observé chez 43,1% des personnes atteintes du cancer du rectum.

Tableau XVIII: Répartition des statuts performance OMS des patients en fonction de la stadification TNM

Stade	Statut OMS				Total N= 216
	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	4 N (%)	
Stade I	9 (4,2)	4(1,9)	0(0,0)	0(0,0)	13(6,1)
Stade II	28(13,0)	4(1,9)	2(0,9)	0(0,0)	34(15,4)
Stade III	27(12,5)	46(21,5)	3(1,5)	0(0,0)	76(35,3)
Stade IV	26(12,0)	64(29,8)	1(0,5)	2(0,9)	93(43,2)

Chi²= 34,770, p <10⁻³

Les patients au statuts performance OMS à 4 étaient à 0,9% au stade IV TNM.

5.3. Aspects thérapeutiques

Tableau XIX: Répartition des patients selon les types de chimiothérapie

Chimiothérapie	Effectif (n) N=208	Pourcentage (%) %
Oui	208	100
Type de chimiothérapie		
Adjuvante	25	12,1
Palliative	87	41,8
Néoadjuvante	96	46,1

Deux cent huit (208) patients ont été traités par chimiothérapie dont 12,1% en adjuvant, 41,8% en palliatif et 46,1% en néoadjuvant.

Tableau XX: Répartition des patients selon le protocole thérapeutique

Protocole	Effectif (n)	Pourcentage (%)
	N	%
Folfox	167	80,3
Folfox puis Folfiri	29	13,8
Xelox	6	2,9
Paclitaxel puis Folfox	2	1,0
Folfox puis Folfiri-Avastin	1	0,5
Folfox puis Folfiri puis Folfirinox	1	0,5
LV5FU2 puis Paclitaxel	1	0,5
LV5-FU puis Folfox puis Folfiri	1	0,5
Total	208	100

Le protocole Folfox était majoritairement utilisé chez 80,3 % des patients dans notre étude.

Tableau XXI: Répartition de type de chimiothérapie en fonction du statut de performance

Statut OMS	Types de Chimiothérapie			Total N= 208
	Adjuvante	Néoadjuvante	Palliative	
	n (%)	n (%)	n (%)	
1	9(4,2)	33(16,3)	48(22,9)	90(43,4)
2	16(8,3)	63(30,2)	39(18,1)	118(56,6)
3	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
4	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)

Chi²=233,341, p <10⁻³

La chimiothérapie néoadjuvante a été le type de chimiothérapie la plus utilisée chez les patients présentant un statut de performance OMS 2 soit 30,2%.

Tableau XXII: Répartition de type de chimiothérapie en fonction de la stadification TNM

Statut TNM	Types de Chimiothérapie			Total N= 208
	Adjuvante n(%)	Néoadjuvante n(%)	Palliative n(%)	
Stade I	5(2,3)	7(3,2)	1(0,0)	13(5,5)
Stade II	6(2,7)	28(12,3)	0(0,0)	34(34,3)
Stade III	14(5,9)	61(26,9)	1(0,5)	76(28,3)
Stade IV	0(0,0)	0(0,0)	85(28,3)	85(31,9)

$\text{Chi}^2=428,252, p < 10^{-3}$

La chimiothérapie palliative a été fait chez 28,3% des patients en stade IV.

5.4. Pronostics

Tableau XXIII: Répartition selon le statut des patients

Statut des malades	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
Décédé	152	70,4
Vivant	33	15,3
Perdue de vue	31	14,3
Total	216	100

Le taux de décès a été observé chez 70,4% des patients.

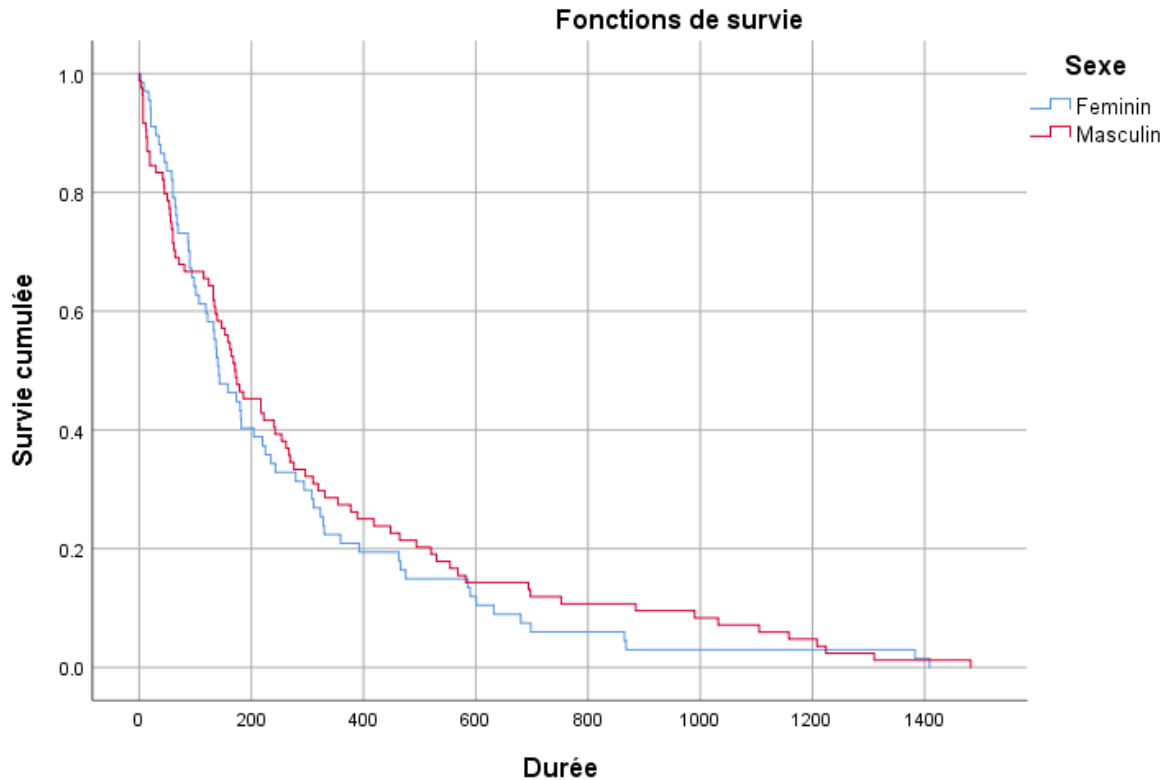


Figure 9: Répartition de la survie des patients selon le sexe

Les taux de survie diminuent de façon similaire et sans proportionnelle chez les hommes que chez les femmes en fonction du temps. Cependant à partir de 180 j le taux de décès était plus élevé chez les femmes.

Tableau XXIV: Variation de la durée médiane de survie des patients en fonction du sexe

Sexe	Estimation	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 %	
			Borne inférieure	Borne supérieure
Féminin	142	22,8	97,3	186,7
Masculin	171	26,7	118,7	223,3
Global	164	15,2	134,2	193,8

La survie médiane des patients du sexe masculin était plus élevée 171 jours, Khi-caré : 0,48, P= 0,49

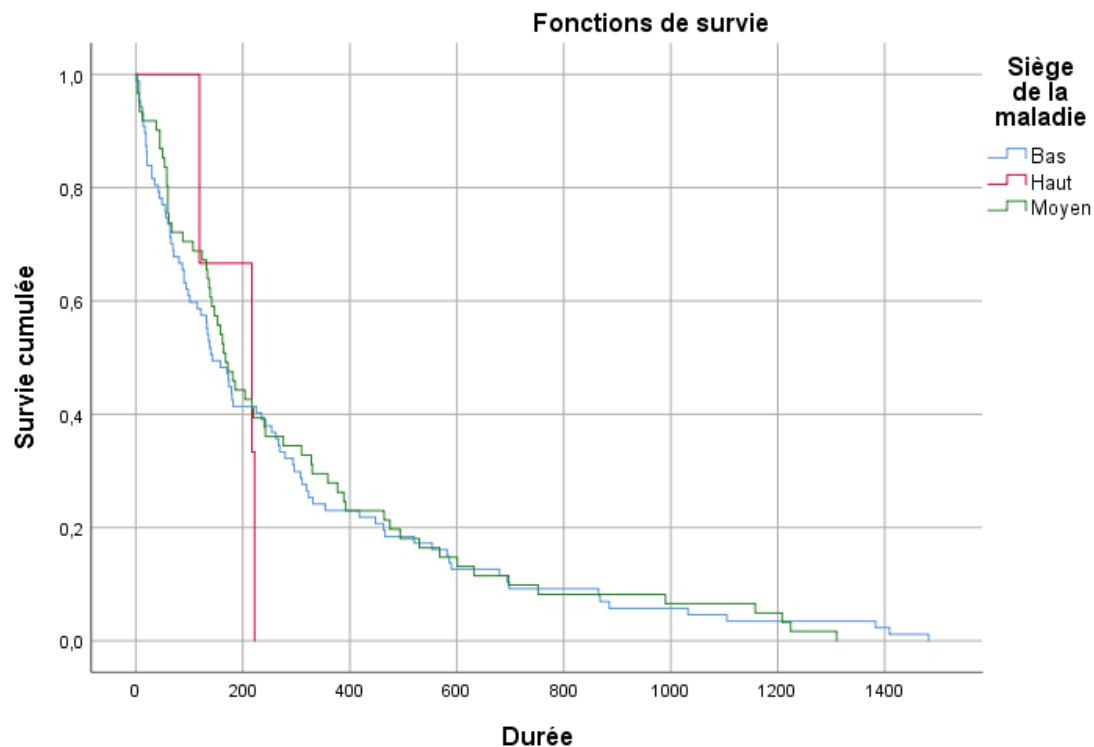


Figure 10: Répartition des patients selon le siège de la maladie

On constate que les patients ayant un cancer au niveau du haut rectum sont susceptible de décéder plus vite (Chance de survie très faible). Au-delà de 200 jours leur chance de survie devient nulle.

Tableau XXV: Variation de la durée médiane de survie en fonction du siège de la maladie

Siège du rectum	Estimation	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 %	
			Borne inférieure	Borne supérieure
Bas	143	21,2	101,4	184,6
Haut	217	80,0	60,2	373,8
Moyen	168	18,4	131,9	204,1
Global	164	15,2	134,2	193,8

Les patients ayant un cancer du haut rectum avaient une survie médiane de 217 jours, Khi-caré : 0,32, P= 0,85.

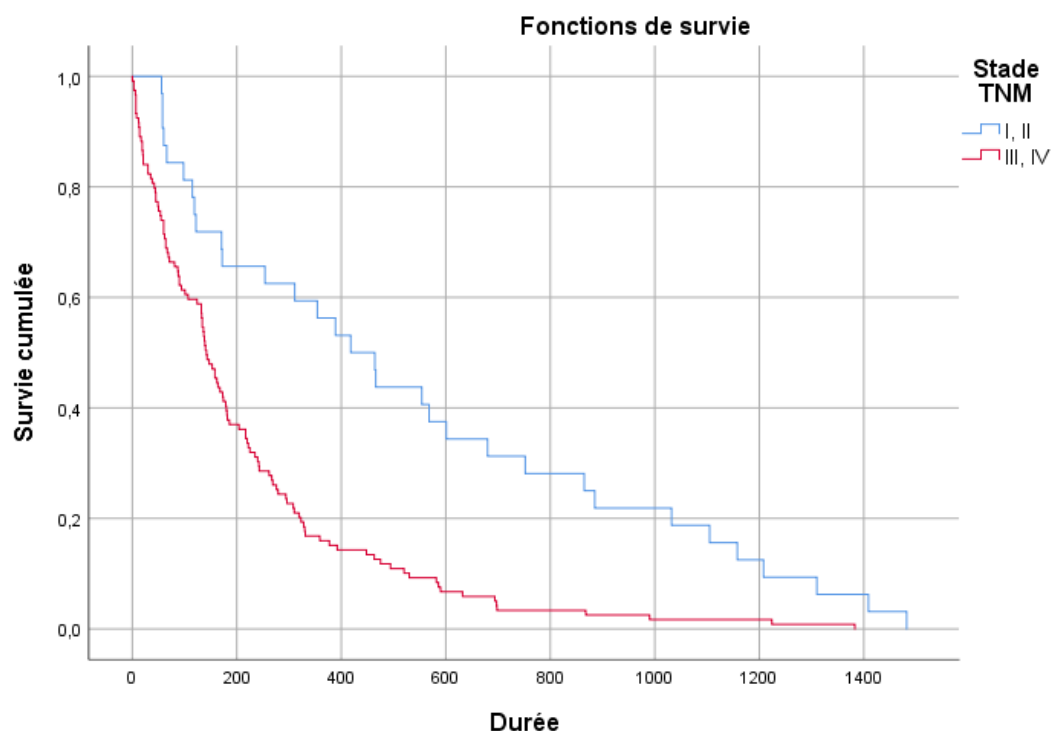


Figure 11: Analyse de la survie en fonction du stade de la maladie

Le taux global de survie des patients ayant un cancer au stade I et II est supérieur au taux de survie des stades III et IV. La survenue de décès est constamment plus tardive avec les stades I et II.

Tableau XXVI: Variation de la durée médiane de survie en fonction de la stadification

Survie stade	Estimation	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 %	
			Borne inférieure	Borne supérieure
I et II	418	79,2	262,8	573,2
III et IV	142	11,3	119,9	164,1
Global	164	15,2	134,2	193,8

Les stades I et II avaient une survie de médiane plus élevée que les stades III et IV dans notre étude avec une khi-caré =18,78, $P < 0,05$.

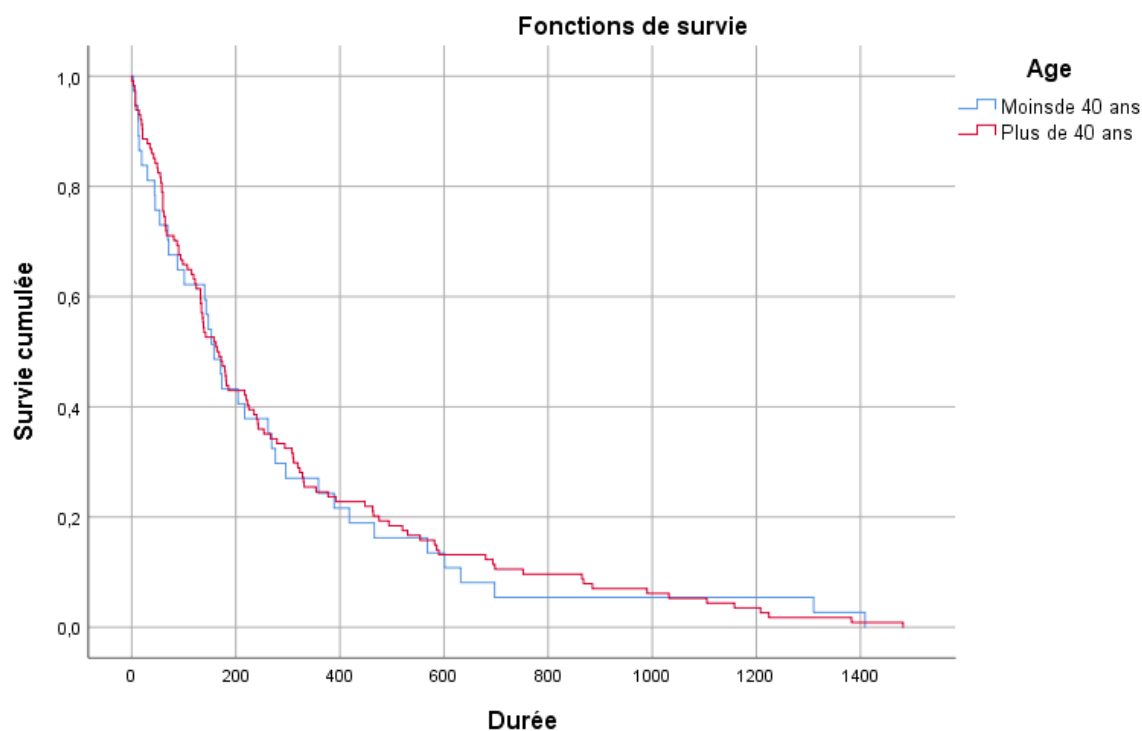


Figure 12: Répartition de la survie des patients selon l'âge à 40 ans

Le taux de survie diminuait de façon similaire dans les groupes de moins de 40 ans comme ceux de plus de 40 ans.

Tableau XXVII: Variation de la durée médiane de survie selon l'âge à 40 ans

Survie âge	Estimation	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 %	
			Borne inférieure	Borne supérieure
<40 ans	158	20,0	118,7	197,3
>40 ans	164	18,4	127,9	200,1
Global	164	15,2	134,2	193,8

La survie médiane des patients ayant un âge inférieur à 40 ans était à 158 jours. Khi-caré = 0,46, P=0,5

6. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

6.1. Critique de la méthodologique

Ce travail a porté sur l'évaluation de la prise en charge du cancer du rectum dans le service d'oncologie du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg ». Il s'agissait d'une étude analytique rétrospective sur une période de 06 ans et 8 mois (Janvier 2016 à Aout 2023). L'approche méthodologique que nous avons adoptée a eu des avantages et des inconvénients.

a) Avantages

- Nous avons recueilli les données à partir de divers supports déjà disponibles, ce qui nous permis de confronter les différentes sources et d'en tirer des résultats synthétisés.
- La période d'étude a permis de recenser tous les cas, de connaître les caractéristiques du cancer du rectum, de faire une mise au point des pratiques thérapeutique du cancer du rectum et de réaliser un suivi classique pour une durée de cinq ans.

b) Inconvénients

- Nous avons pu noter quelques insuffisances tels que l'absence de données informatisées pour certains dossiers.
- L'enquête téléphonique pour le suivi des patients s'est heurtée dans certains cas à des numéros téléphoniques erronés ou souvent mal relevés sur les dossiers et dans d'autres cas à des réticences de la part des patients ou de leurs personnes contacts à participer à l'enquête.

6.2. Caractères socio-démographiques

Sexe

Le sexe masculin prédominait avec 55,1% des cas soit une sex-ratio de 1.22. Notre résultat était similaire à ceux de House EL *et al* au Maroc en 2014 [43] et de Fortuné BLA *et al* au Congo en 2022 [7] qui avaient trouvés respectivement une prédominance masculine de 53,16 %, avec une sex-ratio de 1,3 et de 55,1% avec une sex-ratio de 1,2. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par une plus grande indépendance financière des hommes leur donnant une accessibilité plus facile aux soins de santé et l'exposition plus grande des hommes à l'alcool, tabac... facteurs de risque du cancer du rectum.

Tranche d'âge

La tranche d'âge 41 à 60 ans était la plus représentée avec 46,8% des cas avec une moyenne d'âge de 50,81 ans. Ce résultat est proche à ceux de Coulibaly B *et al* dans une étude au CHU Point G en 2006 [44] et de Fortuné BLA *et al* au Congo en 2022 [7] qui avaient retrouvés respectivement une moyenne âge de 47,8 ans et de 54,1 ans.

Le cancer du rectum était autrefois considéré comme une maladie des personnes âgées, survient de plus en plus chez les jeunes ; Ce résultat pourrait s'expliquer par le faible taux d'espérance de vie et le changement de vie à l'occidentale, l'analphabétisme plus prononcé au niveau des groupes plus âgés ne favorisant pas le recours à la médecine moderne [10].

Profession

Dans notre étude les ménagères représentaient 37% suivit des commerçants et des cultivateurs qui représentait successivement 14,8% et 13%. Ces résultats sont comparables à celui de Bougouma A *et al* dans une étude au Burkina Faso au centre Hospitalier de Ouagadougou en 2012 [27], qui avait retrouvé des cadres moyens (26,8%), étaient les plus représentés, suivis des cadres supérieurs (21%) et des étudiants et élèves (16,1%).

Ces résultats pourraient s'expliquer par le coût de l'examen qui reste relativement élevé pour la plupart de nos malades, l'insuffisance des moyens et de personnel spécialisé pour le diagnostic dans les provinces où se rencontrent souvent d'autres catégories de la population) et l'ignorance rencontrée dans les groupes à niveau socio-économique bas.

6.3. Sur le plan clinique

Temps d'évolution des signes

Dans la population d'étude la majorité de nos patients avaient consulté après un délai d'évolution de plus de 6 mois soit 54,2%. Ce résultat est similaire à ceux de Ngo-Nonga B *et al* dans une étude Camerounaise en 2011 [45] et de Elhairech D *et al* au Maroc en 2013[8], qui trouvait respectivement dans leur étude une évolution des signes supérieur à 6 mois presque chez tous leurs patients soit 58,4% et 55,9%. Ce retard de diagnostic peut être dû aux erreurs de diagnostic amenant à traiter le patient pour hémorroïdes pendant plusieurs mois.

Performance OMS

Dans notre étude le statut de performance de l'Organisation Mondiale de la Santé a été coté au grade 2 chez 54,6% de nos patients. Ce résultat est différents à ceux de Dieng MM

et al dans une étude au Sénégal en 2019 [22] et Fortuné BLA *et al* [7] qui avaient trouvés respectivement le statut performance OMS 0 chez 41,4% et OMS 1 chez 59,2% des patients.

Il y avait une association entre le statut performance OMS et le stade d'évolution de la maladie avec une différence statistiquement significative avec un $p < 0,001$.

Ce qui pourrait expliquer par le retard de la prise en charge du cancer du rectum dans notre pays.

Facteur de risque

Dans notre étude, seulement 16,7% de nos patients étaient tabagiques, Ces résultats sont comparables à celui de de House ELH *et al* [43], 24,16% tabac. L'implication du tabagisme comme facteur de risque dans la cancérogenèse rectale n'est pas clairement identifiée,

Signes

Dans notre étude la douleur prédominait chez 94% des patients atteintes du cancer du rectum, ces résultats sont similaires à ceux Fortuné BLA *et al* au Congo en 2022 et de Konaté I *et al* dans une étude réalisée au CHU Aristide Le Dantec de Dakar en 2012 qui avaient retrouvé respectivement 49% de douleur [7] et 24,1% de douleur [46]. Ces résultats concordent avec les circonstances de découvertes décrites dans la littérature et sont déterminantes pour de la prise en charge initiale des patients.

6.4. Sur le plan Histologique

Type Histologique

-L'adénocarcinomes Liberkunien est la variété histologique qui domine dans notre série avec 94% des cas. Ce résultat est compatible à ceux relevés par House ELH *et al* au Maroc en 2014 et Darré T *et al* au TOGO en 2014, et de Toumi A *et al* en Tunisie en 2010 et de Fortuné BLA *et al* au Congo en 2022 qui avaient retrouvés respectivement de 88 %, 91,2 % et 77,55 % et 87,7% des cas des adénocarcinome Liberkunien [7,34,43,47]. Ceci concorde avec les données de la littérature.

Stade

-Le diagnostic de cancer du rectum est fait tardivement chez la majorité de nos patients, ainsi dans notre série les stades avancés (III et IV) étaient les plus fréquentes et représentaient respectivement 35,2%, 43,1%, ces résultats sont semblables à ceux reportées par Darré T *et al* au Togo en 2014 [34], et de Fortuné BLA *et al* à Congo en 2022 [7], qui rapportaient respectivement 33,3% , 56,1% et 46%, 12% au stade III et IV. Ce qui

pourrait s'expliquer par le traitement à la médecine traditionnelle en première intention, la pauvreté entraînant le retard de la prise en charge.

Aspect Macroscopique

-Dans notre étude les aspects macroscopiques étaient dominés par les formes ulcéro-vegetantes soit 87%, ces résultats étaient différents à celui de Darre T *et al* dans une étude au Togo en 2014 qui trouvait les formes végétantes (24 cas, 42,1%) [34].

Ces résultats pourraient s'expliquer par le stade d'évolution avancée chez la plupart de nos patients.

Siège du cancer

Le cancer du bas rectum a été le siège le plus fréquent dans notre étude soit 60,2% des cas; ce résultat est comparable à ceux de Alaoui MEL *et al* dans une étude à double série (Série A 1981 à 1985) et Série B (2005 à 2011) [48] au Maroc en 2012 et Simon DN *et al* en Côte d'Ivoire en 2022 [6] qui trouvait respectivement 45%, 56,3%, 31% des cancer au niveau du bas rectum, et s'oppose à celui de Gordah AN *et al* en Tunisie en 2010 qui trouvait 43,5% au niveau du moyens rectum [26]. Ce qui pourrai s'expliquer par une discordance avec les données du toucher rectales (TR).

6.5. Sur le plan paraclinique

Biologie

-Parmi nos malades, 52,3% avaient un taux de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) élevé, ces résultats sont supérieur à celui de Arfa N *et al* dans une étude tunisienne en 2006 qui avait retrouvé une élévation de ACE chez 34,07 % des cas [49]. Cette élévation de l'ACE est un facteur de mauvais pronostique est le plus souvent liée au volume tumoral [49].

Imagerie

Parmi nos malades l'extension à distance étaient observé chez 87 patients, à type de métastase hépatique chez 56,3%, ces résultats sont comparables à ceux de Arfa N *et al*, et Simon DN *et al* qui avaient respectivement retrouvé dans leurs études de métastase hépatique chez 30% et 82% des patients.

Ceci pourrait s'expliquer par la prise en charge tardive des patients atteints de cancers du rectum dans notre pays.

6.6. Sur le plan thérapeutique

-Le protocole de chimiothérapie Folfox était majoritairement utilisé dans notre étude soit 80,3% des patients. Le même protocole était le plus utilisé par Amaye DEGP *et al* à l'hôpital de Dakar au Sénégal en 2022 [50] et de Fortuné BLA en Congo en 2022 [7].

C'était le protocole le mieux indiqué dans notre étude et était en rapport avec l'efficacité de ces schémas (association de 5-FU, d'acide folinique et d'oxaliplatine) dans le traitement du cancer colorectal localement avancé ou métastatique.

-Dans notre étude 96 des patients soit 46,1% ont fait la chimiothérapie néoadjuvante ; et 12,1% en adjuvante ; 41,8% en palliative. Ce résultat est similaire à celui de Elhairech D *et al* qui avait trouvé dans une étude à l'hôpital Militaire de Marakech, 11,4% des patients en néo-adjuvante, 35,3% en adjuvante et 2 cas en palliative [8]. Ce qui pourrait s'expliquer par l'échantillonnage.

-Dans la présente étude la chimiothérapie palliative a été fait chez 28,3% des patients en stade IV. Il y avait un rapport entre le type de chimiothérapie et le stade TNM c'est ainsi que la chimiothérapie palliative était plus souvent administrée au stade IV TNM ce qui était en rapport avec le stade localement avancé de la maladie. Ce résultat est inférieur à celui de Konaté I *et al* [10] dans une étude au Sénégal en 2012 qui réalisait la chimiothérapie palliative chez 33,8% des patients.

Ce qui pourrait s'expliquer par le retard de la prise en charge du cancer du rectum et l'ignorance de la maladie dans notre pays entraînant de métastase à distance.

-Dans notre étude la chimiothérapie néoadjuvante a été le type de chimiothérapie la plus utilisée chez les patients présentant un statut de performance OMS 2 soit 29,2%.

Le type de chimiothérapie était lié au statut performance OMS c'est ainsi que la chimiothérapie néoadjuvante était plus souvent administrée au statut performance OMS à 2 ce qui était en rapport avec le stade localement avancé de la maladie. La chimiothérapie adjuvante était administrée seulement dans le statut performance OMS 1 et 2.

6.7. Pronostic

6.7...1. L'évolution

Concernant le devenir des patients, à la fin de l'étude, 152 (70,4%) étaient décédés et 64 (29,6%) étaient vivants. Parmi ces derniers, 33 (51,6%) étaient toujours suivis et 31 (48,4%) étaient perdus de vue. Ces résultats sont comparables à celui de Fortuné BLA *et*

al au Congo en 2022[7] qui trouvait , 34 (69,4%) décédés et 15 (30,6%) étaient vivants. Parmi ces derniers, 7 (46,7%) étaient toujours suivis et 8 (53,3%) étaient perdus de vue. Ce qui pourrait s'expliquer par le retard de diagnostic des patients.

6.7...2. Survie de cancer du rectum

-Dans notre étude, la survie médiane dans les stades I et II était meilleure que dans les stades III et IV. Ces résultats sont comparables à celui de Mesli SN et *al* dans une étude Algérienne en 2016[18] qui avait observé une faible survie dans les stade III et IV de la maladie par rapport aux stades I et II.

-La survie médiane globale était de 164 jours. L'analyse de la survie en fonction du sexe ne retrouvait pas de différence significative $P=0,490$. De même en comparant la survie en fonction de l'âge, entre les patients moins de 40 ans et les patients de plus de 40 ans. Le siège de la tumeur n'avait aucune différence significative sur la survie entre le haut, moyen et bas rectum. Ces résultats sont comparable à celui de Mesli SN et *al* dans une étude Algérienne en 2016 [18], qui trouvait dans son étude la survie médiane globale à 40 mois $\pm 2,937$ mois, et ne trouvait pas de de différence significative en fonction du sexe ($P=0,661$). De même en comparant la survie en fonction de l'âge, entre un groupe de patients moins de 50 ans et un groupe âgé plus de 50 ans. Le siège de la tumeur n'avait aucune différence significative sur la survie entre le haut, moyen et bas rectum.

Ce qui pourrait s'expliquer par le retard soins médicaux, et l'ignorance de la maladie par la population.

7. CONCLUSION

Au terme de notre étude, on notait que le cancer du rectum survient à un âge relativement jeune soit un âge moyen de survenue de 50,81 ans et plus souvent à un stade tardif. Nous avons noté une prédominance masculine. La forme histologique prédominante était l'adénocarcinome Lieberkuhnien. La stratégie thérapeutique était liée au stade d'évolution de la maladie. La chimiothérapie selon le protocole FOLFOX a administré chez la quasi-totalité des patients soit en néoadjuvante, adjuvante ou en palliative. L'amélioration de la survie du cancer du rectum dépend du diagnostic précoce mais il reste fâcheux dans notre contexte vu que la majorité des patients viennent dans à des stades tardifs.

8. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, dans le souci d'améliorer les connaissances, la prise en charge et l'intérêt du dépistage des cancers du rectum dans notre pays le Mali, il est indispensable de formuler quelques recommandations.

Aux autorités sanitaires et publiques

- ✓ Mise en place d'une politique nationale de lutte contre le cancer du rectum par des campagnes d'information, d'éducation, de communication pour un dépistage précoce chez les sujets à risque.
- ✓ Renforcer la capacité des structures hospitalières en matériel d'endoscopie digestive basse.
- ✓ Créer au sein des hôpitaux du district et des régions une unité d'anatomie et de cytologie pathologiques.
- ✓ Encourager la formation des médecins aux spécialités d'oncologie, d'anatomie pathologique, et de chirurgie digestive par l'attribution des bourses études.
- ✓ Créations des centres radiothérapies.

Au corps médical

- ✓ Vulgarisation à la pratique systématique de la fibroscopie œsogastroduodénale et de la colo-rectoscopie devant toutes symptomatologies digestives et chez les personnes à risque.
- ✓ Demande systématiquement un examen anatomopathologique de toutes les pièces opératoires du rectum.
- ✓ Informer et sensibiliser la population sur le cancer du rectum afin d'obtenir une meilleure prise en charge.

A la population

- ✓ Consultation systématique d'un médecin devant toute symptomatologie digestive.
- ✓ Réduire la consommation excessive de graisse animale, tabac et l'alcool au profit de la consommation régulière de fibres alimentaires, fruits et légumes.

9. REFERENCES

1. Faury S, Zenad D, Laguette V, Rullier E, Denost Q, Quintard B et al. Perspective temporelle et qualité de vie des patients atteints d'un cancer du rectum : une étude exploratoire. Bull Cancer. 2019;(5):1-22.
2. Bouzida M, Gacem S, Zahi N, Benachour S, El F, Bouhraoua D et al. Quel impact pronostique de la localisation tumorale dans les cancers coliques. Ann Algériennes Chir. 2020;51(2):1-10.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
4. Martinive P, Vandaele D, Lennerts E, Polus M, Coimbra C, Kohnen L, et al. La radiothérapie dans le cancer du rectum: quand, comment et pourquoi? Rev Med Liege. 2014;69(1):37-46.
5. Abid M, Mansouri MA, Ballah Y, Brahim M, Hammani A, Kordjani Z. Intérêt de la radiothérapie hypo-fractionnée dans la prise en charge des adénocarcinomes du rectum localement avancés. Batna J Med Sci. 2017;4(2):159-62.
6. Simon DN, Stephen KJP, Marc DL, Ev OA, Lynda GB, Eric K et al. Aspect IRM du cancer du rectum en milieux tropical. J Radiol Médecine Nucléaire d'Afrique. 2022;138-42.
7. Fortuné BLA, Litingui MTM, Zerbo NAJ, Ndingossoka RJ, Ngatali CFS, Ndounga E et al. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des cancers colorectaux au CHU de Brazzaville. J Med Biomed Sci. 2022;23(4):52-6.
8. Elhairech D, Achour A. Cancer du rectum : aspect clinique et thérapeutique dans le service de chirurgie générale à l'hôpital militaire de Marrakech. Fac Médecine Pharm - Marrakech [Internet]. 2013;1-4. Available from: /bibleothèque FMPM/
9. Noemie G, Ly M, Badiaga Y, Dembele AK, Bathily M, Kone A et al. Particularites Epidemiologique et clinique du cancer colorectal dans le service d'hématologie oncologie medicale du point G de Bamako au Mali de 2005 a 2011 : 113 cas. Mali Med. 2013;32-6.

10. Konaté I, Sridi A, Ba PA, Cissé M, Gaye M, Ka I et al. Étude descriptive des cancers colorectaux à la clinique chirurgicale du CHU Aristide le Dantec de Dakar. *J Africain du Cancer*. 2012;4:233-7.
11. Maingon P, Rouanet P. Chimiothérapie neo-adjuvantes dans les cancers du rectum : perspectives. 2015;14(1):75-81.
12. Venzac M, Maquinghen S. Les cancers du côlon et du rectum en Auvergne. *Obs régional la santé Auvergne*. 2015;1-4.
13. Bachet JB, Benoist S, Mas L, Huguet F. Traitement néoadjuvant des cancers du rectum. 2021;1-25. Available from: <https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/>
14. Quéro L, Guillerm S, Castelnau-Marchand P, Labidi M, Hennequin C. Surveillance après un cancer du rectum. *Cancer/Radiothérapie* [Internet]. 2019;1-8. Available from: <https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/>
15. Gu J, Chen N. État actuel de prise en charge chirurgicale du cancer du rectum en Chine. *e-mémoires l'Académie Natl Chir*. 2015;14(2):45-50.
16. Jm C, Blegole C, Moussa B, Dri NJ, Aboua G, Yamossou F, et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du cancer du rectum à propos de 16 cas au CHU de Treichville. *Mali Médical*. 2005;21-3.
17. Belhamidi MS, Sinaa M, Kaoukabi A, Krimou H, Menfaa M, Sakit F, et al. Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer colorectal: à propos de 36 cas. *Pan Afr Med J*. 2018;30:1-6.
18. Mesli SN, Regagba D, Tidjane A, Benkalfat M, Abi-ayad C. Analyse des facteurs histo-pronostiques du cancer du rectum non métastatique dans une série ouest Algérienne de 58 cas au CHU-Tlemcen. *Pan Afr Med J*. 2016;1-7.
19. Hama Y, Rabiou S, Efared B, Sani R, Harouna YD, Nouhou H et al. Cancer du rectum et pauvreté : « une fracture médicale » ! *J Africain d'Hepato-Gastroenterologie*. 2017;1-4.
20. Hoeffel C, Marra MD, Azizi L, Tran Van K, Crema MD, Lewin M, et al. Bilan pré opératoire des cancers du rectum en IRM pelvienne haute résolution avec antenne

- en réseau phasé. *J Radiol*. 2006;87(12):1821–30.
21. Terris B, Brieu B, Chaussade S. Recommandations pour les cancers superficiels du tube digestif. *Acta Endosc*. 2017;1–6.
 22. Dieng MM, Gaye PM, Diouf D, Ka S, Fall MGG, Ba B et al. La radiothérapie des cancers du rectum : Etude monocentrique dans un institut africain de lutte contre le cancer, institut Joliot Curie de Dakar au Sénégal. *RAFMI*. 2019;6(2):33–42.
 23. Kassab A, Landolsi S, Miled A, Ahmed S Ben, Olfa G. Existe-t-il une relation entre les habitudes alimentaires en Tunisie et le cancer colorectal ? Éléments de réponse à partir d'un échantillon de population. *Immuno-analyse Biol Spec [Internet]*. 2013;28:327–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.immbio.2013.05.003>
 24. Faïk M. Le dépistage du cancer colo-rectal dans la population a haut risque. *Médecine du Maghreb*. 2000;81:33–4.
 25. Alaoui M El, Sahraoui S, Faid T, Abkari A. Le cancer du rectum : une cause exceptionnelle de rectorragie chez l'enfant . *Rev Mar Mal Enf*. 2021;50:36–40.
 26. Gordah AN, Hlali A, Elghoul M, Khalifa M, Manai MH et al. L'adénocarcinome rectal, caractéristiques cliniques et attitudes thérapeutiques à propos de 49 cas. *Rev Tunisienne la Santé Mil*. 2010;12:10–6.
 27. Bougouma A, Guingane NA, Sombie RA. La pathologie anorectale en milieu hospitalier à Ouagadougou (approche endoscopique) : aspects épidémiologiques et diagnostiques. *Médecine d'Afrique Noire*. 2012;59(2):89–94.
 28. Taieb J. Cancer colorectal et grossesse. *Hepato-Gastro*. 2013;20(8):602–6.
 29. Hoeffel C, Mulé S, Laurent V, Bouché O, Volet J, Soyer P. Bilan initial d'extension locorégionale d'un cancer rectal. *J Radiol Diagnostique Interv [Internet]*. 2014;95(5):486–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2014.02.004>
 30. Mormeche Y, Sehili S, Mormeche J, Chammekhi CH, Khelifi S BA et al. Apport de l'IRM dans la caractérisation tissulaire préopératoire des tumeurs rectales. 2023;1523.

31. Vallière S, Pasche O, Felley C, Cornuz J. Diarrhées aiguës: propositions de prise en charge ambulatoire. *Rev Med Suisse*. 2008;4:2586–90.
32. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Levillain R, Vallée JP, Tichet J et al. Comparaison des performances d'un test immunologique et d'un test au guaiac de recherche de sang occulte dans les selles dans le dépistage du cancer colorectal : influence de la localisation des lésions. *GASTROENTEROL CLIN BIOL*. 2009;33:A247.
33. Lasser P, Goharin A. Traitements locaux du cancer du rectum. *Ann Chir* 2000. 2000;125:213–21.
34. Darré T, Amegbor K, Bagny A, Sewa E, Tchangai B, Sakiye A, et al. Profil histo-épidémiologique des cancers colorectaux au Togo. *J Africain d'Hepato-Gastroenterologie*. 2014;8:226–9.
35. Selves J. Aspects histologiques et critères d'évaluation pronostique. *MEDECINE/SCIENCES*. 2009;25(1):9–11.
36. Bouzourene H. Le cancer du rectum: Une maladie qui concerne chirurgien, radiooncologue, oncologue médical et pathologiste. *Med Hyg (Geneve)*. 2003;61(2460):2332–5.
37. Benamr S, Mohammadine E, Essadel E, Lahlou K, Taghy A, Chad B, et al. Le cancer du rectum chez le sujet jeune facteur de mauvais pronostic. *Médecine du Maghreb*. 1998;68:23–6.
38. Maingon P, Simon JM, Canova CH, Troussier I, Besson N, Caillot, et al. Acquis et objectifs de la recherche clinique sur le cancer du rectum. *Cancer/Radiothérapie*. 2017;21(6–7):533–5.
39. Bacha D, Talbi G, Slama S Ben, Lahmar A, Gharbi L, Bouraoui S. Facteurs prédictifs de la réponse histologique au traitement néo-adjuvant dans les cancers du rectum. *Tunisie Medicale [Internet]*. 2019;97(11):1284 – 1290. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85078442128&partnerID=40&md5=71f40f48d3e2b8927f663a3eb8e29d1a>
40. Cherchar K, Boubnider MW, Bouzid C, Abdelouhab MH, Kheloufi M, Boudiaf Z et al. Mortalité et morbidité opératoire des cancers du rectum traités par résection

totale du mésorectum après radiothérapie courte : chirurgie immédiate versus différée. *Ann Algérienne Chir.* 2019;50(2):16–28.

41. Lefevre J, Benoist S. Enquête de pratique nationale française intergroupe sur la prise en charge des cancers du rectum en cas de situations complexes (AFC, AGEO, FCVD, FFCD, FRENCH, GERCOR, GRECCAR, SFCD, SFRO, SNFCP, SNFGE). *J Chir Viscérale.* 2015;152(5):1–26.
42. Heresbach D, Pienkowski P, Chaussade S, Barthet M, Bories E, Canard JM, et al. Prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. *SFED.* 2016;1–9.
43. House ELH, Ajbara W, Amsaguine S, Amrani ELN, Drissi H, Ahallat M et al. Profils épidémiologique et anatomoclinique d'une population marocaine atteinte de cancer colorectal. *J Afr Cancer.* 2014;1–5.
44. Coulibaly B, Traore D, Togola B, Dembele M, Traore I, Ongoiba N et al. Aspect épidémio-clinique du cancer du rectum. *Mali Medicale.* 2006;7–10.
45. Ngo-Nonga B, Mouafo Tambo F, Farikou I, Fouda JP, Ngowe Ngowe M BJ et al. Problématique du traitement du cancer rectal localement invasif dans un pays avec des ressources médicales limitées. *Louv Med.* 2011;130(9):349–52.
46. Konaté I, Sridi A, Ba PA, Cissé M, Gaye M, Ka I et al. Étude descriptive des cancers colorectaux à la clinique chirurgicale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. *J Afr Cancer.* 2012;4:233–7.
47. Toumi AA, Mahmoud LKB, Khiari M, Gharbi L, Dhraïef M, Khalfallah T et al. Étude épidémiologique , anatomopathologique et évaluation des facteurs pronostiques des adénocarcinomes colorectaux mucineux vs non mucineux . (A propos d'une série de 196 patients). *Tunis Med.* 2010;88(1):12–7.
48. Alaoui MEL, Hamid M, Aalala M, Raiss M, Benamer A, Sebbah F et al. Le profil épidémiologique et la prise en charge des cancers du rectum ont ils changé? *MAROC Med.* 2012;34(1):4–10.
49. Arfa N, Hamdani I, Gharbi L, Ben Abid S, Ghariani B, Mannai S et al. Survie et facteurs pronostiques des adénocarcinomes colorectaux : étude analytique uni- et

multifactorielle de 150 cas. Ann Chir. 2006;131:104-11.

50. Amaye DEGP, Codou TMMC, Sall I, N'diaye R, Diouf M, Fall O et al. Prise en charge des cancers colorectaux en occlusion à l'hôpital principal de Dakar : A propos de 37 cas. MALI Med. 2022;40-7.

10. ANNEXES

10.1. Fiche d'enquête :

I/ ID du patient

A) Numéro du dossier

.....

B) Nom

.....

C) Prénom

.....

D) Adresse

.....

E) Téléphone

.....

G) Lieu de résidence :

1=Bamako, 2=Kayes, 3=Koulikoro, 4= Sikasso, 5=Ségou, 6=Mopti, 7=Gao,

8=Tombouctou, 9=Kidal, 10= France, 11= indéterminé

H) Sexe/.... / 1=Masculin 2=Féminin

I) Age au Diagnostic/.../.../.../.../.../.../

II/ Données socio-économiques

A) Profession/... 1= Ménagère, 2= Agriculteur, 3=Secteur privé, 4= Retraité, 5= Elève/Etudiant 6= Autres.....

B) Statut matrimonial/ 1=Marié(e), 2=Veuf (Ve), 3= Divorcé(e), 4=Célibataire

C) Niveau d'étude// 1= Scolarisé, 2= Non scolarisé.

D) Type d'admission/ 1= Référence ; 2= Venu (e) de lui-même

III Antécédents :

A) Antécédents médicaux/ 1= Oui, 2= Non

2- Type d'antécédents médicaux et familiaux...../ 1= HTA, 2= Diabète, 3= HP, 4= Hépatite B, 5= VIH, 6= AVC, 7= Notion de cancer familial, 8= Asthme, 9= Autre

B) Antécédents Chirurgicaux/ 1= Oui, 2= Non

2- Type d'antécédents chirurgicaux/ 1= RAS, 2= Polype rectal, 3= Césarienne, 4= Chirurgie digestive, 5= Hernie inguinale, 6= Appendicectomie, 7= Amputation d'un membre

Inférieur, 8= Néphrectomie, 9= Hémorroïde, 10= Prostatectomie, 11= Autres

C) Mode de vie / 1= Tabac 2= Alcool 3= Ras 4= Autres....

IV/ Histoire de la maladie

1= Année/

2= Date de consultation/

3= Date de diagnostic /

4 = Evolution des signes,/ a= 1- 3 mois ; b= 3-6 mois ; c= Plus de 6 mois

V/ Données cliniques

1= Statut de performance OMS / a= OMS 1 ; b= OMS 2 ; c= OMS 3, d= OMS

2= Circonstances de découverte / a. Douleur, b. Rectorragie, c. Diarrhée, d. Constipation, e. Amaigrissement, f. Méléna, g. Asthénie, h. Anorexie, i. Absence de signe anémie

3= Examen physique

A. normal : B. Hépatomégalie...../ a= Oui b= Non

C. Adénopathie / 1= Oui 2= Non

D. Splénomégalie / 1= Oui 2= Non

E. Touché rectal (TR) / 1= Hémorragique, 2= Ulcéreuse, 3= Ulcéro-vegetante, 4= Normal

F. autre :

VI/ Données à l'imagerie

A. TDM TAP / a= Oui b= Non

1. siège.....

2. taille.....

3. Extension à distance/ a- Pulmonaires, b-Hépatiques, c-Osseuse, d-Cérébral, e-
Autres

4. Ganglions..... / a. Nombre..... b. Siège..... c. taille.....

B. Radio thorax/ 1= Oui 2= Non

C. Echographie abdominale/ 1= Oui 2= Non

D. IRM/ 1= Oui 2= Non

E. Coloscopie/ 1= Oui 2= Non

E1. Siège/ a= Bas rectum b= Moyen rectum c= Haut rectum

E2. Aspect macroscopie / a= tumeur végétant b= ulcérée c= ulcéro-
végétant, d= nécrotique e= ulcero-necrotico-vegetantes

VII/ Données à l'histologie

A. Type histologique

1. Adénocarcinome Liberkunien / a= ADK bien différencié, b= ADK
moyennement différencié, c-ADK peu différencié

2. ADK à cellules indépendantes

3. ADK mucineux ou colloïde

B. Stadification TNM 2020

Stade évolutif TNM :/--/

0=Stade 0 : TisN0M0

1= Stade I : T1 ; T2N0M0

2=Stade II : T3 ; T4N0M0

2a=Stade IIA : T3N0M0, 2b=Stade IIB : T4aN0M0

3=Stade III : quel que soit T ; N1N2M0

3a=Stade IIIA : T1T2 N1M0 ; T1N2aM0 3b= Stade IIIB : T1T2N2bM0 ; T2T3N2aM0 ; T3T4aN1M0, 3c=Stade IIIC : T3T4aN2bM0 ; T4aN2aM0 ; T4bN1N2M0

4a=Stade IVA : quel que soit T et N M1a 4b= stade IVB : quel que soit T et N M1b 4c= stade IVC quel que soit T et N M1c

VIII/ Traitement

1-) Radiothérapie...../ 1= Oui, 2 = Non

2-) Chirurgie / 1= Opéré, 2= Non opéré

A) But de la chirurgie : Chirurgie à visée diagnostic : 1= Oui ; 2= Non

3-) Chimiothérapie : / 1= Oui, 2= Non

3-1) Type de chimiothérapie / 1= Néoadjuvante 2= Adjuvante C=
Palliative

IX Evolution :

1 = Rémission / a= Oui b= Non

2= Stabilité / a = Oui b= Non

3= Perdue de vue / a= Oui b= Non

4= Récidive / a = Oui b= Non

4a= Local / ; 4b= Métastase...../ ; 4c= Date/

5= Décédé / a= Oui Non

Causes :.....

Fiche Signalétique (Français)

Nom : KONE

Prénoms : Ibrahima

Titre de la thèse : Evaluation de la prise en charge du cancer du rectum dans le service d'Oncologie médicale du Centre Universitaire et Hospitalier le Luxembourg.

Année de soutenance : 2022-2023.

Nationalité : Malienne

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Oncologie médicale, Radiothérapie, chirurgie.

Courriel : ibraka245@gmail.com

Tel : +223 91 20 47 71 / +223 65 18 81 89

Résumé

Le cancer colo-rectal représente, avec celui de l'estomac, les cancers digestifs les plus fréquents au Mali. Le but de cette étude était alors d'évaluer la prise en charge du cancer du rectum dans le service d'Oncologie médicale du CHU ME le Luxembourg.

Il s'agissait d'une étude analytique à collecte de donnée rétrospective allant de 1^{er} janvier 2016 à 31 Aout 2023. Elle a été portée sur deux cent seize cas du cancer du rectum avec un âge moyen de 50,81±14,94 ans ; la tranche d'âge la plus représentée a été celle des 41 à 60 ans.

Le sexe masculin était plus touché avec 55,01% cas soit un sexe ratio de 1,22. Les femmes au foyer représentaient 37% des cas.

L'adénocarcinome Liberkunien a été le type histologique le plus fréquent avec 94% de cas. La chimiothérapie selon le protocole Folfox a été principalement utilisé avec 80,3% des cas.

Le pronostic des cancers du rectum était lié au stade TNM, ainsi on notait un meilleur taux de survie dans les stades précoce I et II.

En conclusion, la fréquence du cancer du rectum augmente d'année en année, l'amélioration du pronostic dépend du diagnostic précoce de la maladie.

MOTS CLES : Cancer, chimiothérapie, Adénocarcinome Liberkunien. CHUME Luxembourg.

Material Safety Data Sheet (English)

Name : KONE First names : Ibrahima Nationality: Malian

Year of defense: 2022-2023.

Place of deposit : Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology of Mali.

Area of interest : Medical oncology. Radiotherapy, Surgery

Email: ibraka245@gmail.com

Cell : +223 91 20 47 71 / +223 65 18 81 89

Thesis title : Evaluation of the treatment of rectal cancer in the medical oncology department of the Luxembourg University and Hospital Center.

Summary

Colorectal cancer represents, along with stomach cancer, the most common digestive cancers in Mali. The aim of this study was to evaluate the management of rectal cancer in the Medical Oncology department of the CHU ME Luxembourg.

This was a retrospective analytical study spanning from January 2016 to August 2023. It covered two hundred and sixteen cases of rectal cancer with an average age of 50.81 ± 14.94 years; the most represented age group was 41 to 60 years old.

The male gender was more affected with 55.01% cases, i.e. a sex ratio of 1.22. Housewives accounted for 37% of cases.

Liberkunan adenocarcinoma was the most common histological type with 94% of cases.

Chemotherapy according to the Folfox protocol was mainly used with 80.3% of cases.

The prognosis of rectal cancers was linked to the TNM stage, thus there was a better survival rate in early stages I and II.

In conclusion, the frequency of rectal cancer increases from year to year, improving the prognosis depends on early diagnosis of the disease.

KEY WORDS: Cancer, chemotherapy, Liberkunan adenocarcinoma. University Hospital Luxembourg.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mes patients. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai jamais de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure