

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Un peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Année universitaire : 2012-2013

N°/...../

Faculté de Médecine et d'Odonto-
stomatologie

THESE

**LES CANCERS COLORECTAUX CHEZ LES SUJETS JEUNES AU MALI :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, HISTOPATHOLOGIQUES
ET SUIVI (A PROPOS DE 35 CAS)**

Présentée et soutenue publiquement le 14/11/2013 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

Mr Roger SIDIBE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(*DIPLOME D'ÉTAT*)

Jury

Président :	Pr. Cheick Bougadary TRAORE
Directeur de thèse :	Pr. Bakarou KAMATE
Co-directeur de thèse :	Dr. Bourama COULIBALY
Membre :	Dr. Sékou KOUMARE

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- **Dieu**

Le tout- puissant, le tout miséricordieux, de m'avoir donné la santé et le courage de venir à bout de ce travail. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous. Amen !

- **A la mémoire de mon père feu Marc Sidibé et de ma mère feu Anne Marie Traoré**

Je me souviendrais toujours de vous. Que vos âmes reposent en paix.

- **A mes frères et sœurs (Réné, Joseph, Paul et Simone)**

Votre soutien ne m'a jamais fait défaut. Que nos liens fraternels se resserrent davantage !

- **A la mémoire de ma grande mère Mantiéni Traoré**

Dont la mort nous a arraché au moment où l'arbre qu'elle a planté était sur le point de produire. Vous avez été pour nous une grande mère exemplaire. Votre affection et votre attention à notre égard n'ont pas d'égale. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que vous avez consentis. Que Dieu le tout puissant vous accorde son paradis. Dort en paix grande mère !

- **A mon oncle Jean Marie Traoré**

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens. Ce travail vous fait l'honneur et est l'aboutissement d'énormes sacrifices consentis par vous.

Trouvez dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance.

- **A Mr Clément Maïga**

Vous avez été pour moi comme un père à travers vos soutiens moral, matériel et financier. Vous m'avez incité à travailler dur au moment où je ne connaissais pas l'importance des études; merci pour tout. Je vous réitère toute ma reconnaissance.

- **Au Docteur Fofana Kany Tounkara**

Chef de poste du centre de santé communautaire de Sanankoroba, vous êtes une femme très modeste et sincère ; une femme pour qui les valeurs humaines ont encore une très grande place. Tout au long de mon séjour j'ai bénéficié de vos connaissances, dans la plus grande courtoisie. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

- **A ma chère amie et compagne : Aimée Kamaté**

Ta venue dans ma vie plus qu'un moteur a été pour moi une source de motivation en plus. Que le seigneur nous accorde le meilleur et que ce sentiment que nous éprouvons l'un pour l'autre perdure et qu'il nous conduit vers le bonheur d'une vie de couple.

- **A la mémoire de tous les défunts des familles Sidibé et Traoré**

Vos affections demeurent dans nos cœurs et dans nos esprits. Que vos âmes reposent en paix et que la terre vous soit légère.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

- **A Dieu**

Ô Seigneur, je te rends grâce de m'avoir donné la faculté d'accomplir cette œuvre selon ta volonté. Je te prie de me guider dans mes futurs projets.

- **Aux parents, amis et connaissances**

Qui ont voulu nous manifester leur solidarité. Nous pensons particulièrement :

- **Aux Familles Sidibé, Traoré, Diarra, Kamaté, Maïga, Kah, Coulibaly, Théra** à Bamako, Ségou, Niono, Siribala, Koutiala, Sanankoroba.

Vous avez su, par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel, jonché de peines et d'obstacles que fut ma vie scolaire.

Veillez croire à ma grande admiration et soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

- **A mes Oncles et Tantes**

Je ne citerai pas de noms au risque d'en oublier certains. Je vous dis merci pour votre affection et recevez ici ma profonde reconnaissance.

- **A mes cousins et cousines**

Je ne citerai pas de noms au risque d'en oublier certains. Je vous dis simplement merci pour votre affection.

- **A mes neveux et nièces**

Je vous souhaite un avenir brillant en rappelant que le travail est libérateur.

- **A mes amis et collègues: Norbert Coulibaly, Ousmane Diop, Daouda Koné, Sadou Cissé, Mamadou Lassine Keïta, Alassane B Maïga, Mahamadou B Cissé** et tous ceux qui n'ont pas pu être cités ici pour leur soutien moral.

- **A tous les amis et voisins de Niamakoro, Faladiè et Sanankoroba**

Je vous dis tout simplement merci.

- **A tous mes maîtres du primaire, du secondaire, et de la FMOS**

Je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de pouvoir vous exprimer mes sentiments de gratitude. L'enseignement que vous nous avez dispensé avec compétence et dévouement restera un précieux souvenir qui guidera ma vie professionnelle.

Recevez ici chers maîtres, l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A tous les personnels du service d'Anatomie et de Cytologie Pathologique du CHU du point G pour leur esprit de franche collaboration.

- **Aux Pr. Cheick Bougadari Traoré et Bakarou Kamaté**

Je vous suis reconnaissant pour l'encadrement reçu. C'est l'occasion pour moi de vous exprimer mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

- **Aux Docteurs Coulibaly et Mallé pour leur assistance.**
- **A mes amis et camarades de promotion de la FMOS(Quatrième promotion du Numerus Clausus)**

Vous qui m'aviez soutenu lors des dures épreuves par une assistance sereine, une franche collaboration dans un esprit d'unité, merci pour tout. Ce travail est le fruit de votre engagement de tous les jours. A vous tous je souhaite du courage car nous avons des défis à relever.

- **Aux personnels du centre de santé de référence de Niono**

Pour leur soutien moral et leurs sages conseils.

- **A tout le personnel du centre de santé communautaire de Sanankoroba en reconnaissance de leur collaboration.**
- **A tous les étudiants ressortissants de la région de Ségou**

Je suis ravi pour la contribution apportée dans la réalisation de ce travail qui arrive à bon point.

- **A tous les membres et sympathisants de l'Association des Etudiants Nionois en Santé(AENSA)**

J'ai été sensible au soutien et aux encouragements.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Merci.

HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY

A notre Maître et Président du jury, Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Maître de conférences agrégé en Anatomie et Cytologie pathologiques à la FMOS.
- Chef du service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques au CHU du Point G.
- Chercheur et Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali.
- Collaborateur du registre national des cancers au Mali.

Cher Maître,

- C'est un signe d'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.
- Votre abord facile a été possible grâce à votre simplicité.
- L'intérêt que vous portez à vos étudiants et la clarté de votre enseignement font de vous un maître model.
- Veuillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre très haute considération.

A notre Maître et juge, Docteur Sékou Bréhima KOUMARE

- Spécialiste en chirurgie générale à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU du Point G.
- Chargé de cours à l'INFSS

Cher maître,

- Votre disponibilité, votre simplicité et votre compréhension nous ont marqué dès le premier abord.
- Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution.
- Nous vous en sommes reconnaissants et nous vous témoignons de notre gratitude.

A notre Maître et Co-directeur de thèse Docteur Bourama Coulibaly

- Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologiques.
- Praticien hospitalier au CHU du Point G.
- Collaborateur du registre national des cancers au Mali.

Cher Maître,

- C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de codiriger cette thèse.
- Votre humanisme, votre souci de bien faire, votre courage et votre sens élevé des responsabilités font de vous un maître exemplaire.
- L'étendue de vos qualités morales et sociales suscite une grande admiration.
- Vous êtes un pédagogue émérite.
- Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse, Professeur Bakarou KAMATE

- Maître de conférences en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS.
- Chercheur et Praticien hospitalier au CHU du Point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali.
- Collaborateur du registre national des cancers au Mali.

Cher Maître,

- Nous nous souviendrons de la confiance que vous nous avez placés en nous confiant ce travail.

- Votre simplicité, votre abord facile, votre dynamisme, et surtout la clarté de votre enseignement font de vous un Maître de qualité exceptionnelle.
- Cher Maître, nous ne trouverons certainement pas la formule pour exprimer notre reconnaissance et notre entière gratitude.

LEXIQUE DES
SIGLES ET
ABBREVIATIONS

LEXIQUE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CIM: Classification Internationale des Maladies

CIM-O: Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie

CIRC: Centre International de Recherche sur le Cancer

CCR: Cancer Colorectal

CS Réf: Centre de Santé de Référence

FMOS: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

CHU-GT: Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHU-PG: Centre Hospitalier Universitaire du Point G

H-M: Hôpital du Mali

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

HNPCC: Human Non Polyposis colorectal cancer

TNM: Tumeur Nodule Métastase

GIST: Gastro-Intestinal Stromal Tumor

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I- Introduction	1-2
II- Objectifs	3
III- Généralités	4-26
IV- Matériel et Méthodes	27-28
V- Résultats	29-40
VI- Commentaires et Discussion	41-44
VII- Conclusion	45
VIII- Recommandations	46-47
IX- Résumé	48
X- Références Bibliographiques	49-51
XI- Annexes	52-58

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Le cancer désigne une prolifération de cellules indifférenciées qui, échappent au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissent les tissus voisins les détruisant, et se répandent dans l'organisme en métastases [14].

De part sa fréquence dans le monde, le cancer colorectal demeure de nos jours un véritable problème de santé publique.

La fréquence, les facteurs de risque, la gravité et les modalités thérapeutiques de ces tumeurs ont fait l'objet de nombreux travaux dans le monde [1, 5, 11].

En France le cancer colorectal est le cancer le plus fréquent avec 200000 nouveaux cas et 16000 décès par an pour une fréquence de 14%; le cancer du côlon représente 65% des cas [6,7].

En Afrique certains travaux ont permis d'évaluer la fréquence et le pronostic de ces affections [11, 21, 22]. Il représente le 2^e cancer digestif après celui de l'estomac.

Au Mali quelques travaux ont été réalisés sur le cancer colorectal tant sur le plan épidémiologique que sur le plan thérapeutique [11, 27]. Ces études ont permis l'évaluation de la fréquence et de la mortalité de ces cancers à caractère rétrospectif. Il représente 3,70% [27] de l'ensemble des cancers et 16% des cancers digestifs. Il est le 2^e cancer digestif après celui de l'estomac [10].

Selon les données du registre des cancers de Bamako; de 2008 à 2010, le cancer colorectal a occupé chez l'homme le 5^{ième} rang de l'ensemble des cancers avec une fréquence de 4,9%, chez la femme il occupe le 6^{ième} rang avec une fréquence de 3,3%. Le nombre de cas recensés s'élevait à 320, l'incidence était de 1,4 pour 100.000 habitants [27].

Peu d'études ont été effectuées sur les aspects histopathologiques des cancers colorectaux au Mali. Cancers de la personne âgée en Europe, ils surviennent de plus en plus chez les sujets jeunes dans les pays en développement. Selon les données du registre des cancers ; de 1994 à 1996, 47,4% des patients atteints de cancer du côlon sont âgés de moins de 46 ans [20].

Afin de mieux appréhender ces aspects épidémiologiques et histopathologiques, nous avons décidé de mener cette étude.

OBJECTIFS

II- Objectifs

1- Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, histopathologiques et suivi des cancers colorectaux chez les sujets jeunes au Mali.

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des cancers colorectaux survenant chez les sujets jeunes.
- Déterminer le profil sociodémographique des patients.
- Décrire les aspects histopathologiques des cancers colorectaux chez les sujets jeunes au Mali.
- Evaluer le suivi des patients à 6 mois.

GENERALITES

III- Généralités :

A- Rappels anatomiques et histologiques [13]

1- Anatomie :

➤ Côlon :

Compris entre l'iléon et le rectum, c'est un tube plus large que l'intestin grêle auquel il fait suite par la valve iléo-cæcale.

a- Description macroscopique :

Le côlon auquel sont rattachés le cæcum et l'appendice mesure environ 1 à 1,20 mètres et décrit un trajet sinueux: le côlon ascendant se coude au niveau de la face inférieure du foie. Le côlon transverse barre la carte abdominale jusqu'à l'angle splénique. Le côlon descendant lui fait suite. Le côlon sigmoïde est flexueux et se prolonge par le rectum qui se termine par le canal anal. Le cæcum est situé au-dessous d'un plan transversal passant par la limite supérieure de l'orifice iléo-colique. Il est mobile dans la cavité abdominale normalement situé dans la fosse iliaque droite.

- ✓ Le côlon ascendant vertical jusqu'à l'angle colique droit, est fixé par l'accolement du méso côlon.
- ✓ L'angle droit ou hépatique, en général plus ouvert que l'angle gauche est situé entre la face inférieure du foie en avant et le rein en arrière.
- ✓ Le côlon transverse décrit une courbe concave en arrière et en haut, sa face supérieure suit le grand épiploon, sa face inférieure surplombe les anses de l'intestin grêle.
- ✓ Le côlon gauche ou splénique est fixé comme l'angle droit.
- ✓ Le côlon descendant: compris entre l'angle splénique et la crête iliaque est rétro péritonéal et suit le bord externe du rein gauche.
- ✓ Le côlon iléo-pelvien comprend deux parties: le côlon iliaque et le côlon pelvien ou sigmoïde.

b- Vascularisation

Il est irrigué par:

- les branches de l'artère mésentérique supérieure qui sont:
 - ✚ L'artère colique droite inférieure ou artère iléo-colique.

- ✚ L'artère colique droite supérieure ou artère colique gauche.
- ✚ L'artère colique médiane (inconstante).

- les branches de l'artère mésentérique inférieure qui sont:
 - ✚ L'artère colique gauche supérieure ou artère colique gauche.
 - ✚ L'artère colique gauche inférieure ou artère sigmoïdienne.

Chaque artère est accompagnée par une veine du même nom.

c- Les lymphatiques

Les vaisseaux lymphatiques accompagnent les vaisseaux sanguins. Ceux de l'artère mésentérique supérieure drainent par les ganglions épi coliques, para coliques, intermédiaires et centraux vers le canal thoracique. Ceux de l'artère mésentérique inférieure passent par les ganglions juxta-aortiques.

➤ Rectum :

Il commence au niveau de la 3^{ème} vertèbre sacrée et se termine par l'anus.

a- Description macroscopique

Il fait suite au côlon sigmoïde et se termine par l'anus. Il est long de 15 à 20 centimètres et ressemble plutôt à un S qu'à un segment rectiligne. Il commence par la jonction recto-sigmoïdienne, suit la concavité du sacrum jusqu'à la pointe du coccyx où il se coude pour traverser le périnée. Il a 3 parties:

- ✚ Le recto-sigmoïde: fait suite au côlon à l'endroit où celui-ci perd son méso côlon. Il est court, très étroit et se trouve en regard de la 3^e vertèbre sacrée.
- ✚ L'ampoule rectale: est dilatée et forme avec le recto-sigmoïde le rectum pelvien (rectum mobile).
- ✚ Le canal anal: partie périnéale du rectum (rectum fixe) est très rétrécie.

Les chirurgiens divisent arbitrairement le rectum en 3 étages: tiers supérieur, tiers moyen et tiers inférieur.

b- Vascularisation :

Trois artères irriguent le rectum:

- ✚ 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.

c- Les lymphatiques :

Le drainage lymphatique se fait par trois voies:

- ✚ La voie supérieure ravitaille la chaîne ganglionnaire mésentérique inférieure (ganglion de Mondor).
- ✚ La voie moyenne est tributaire des nodules lymphatiques iliaques internes.
- ✚ La voie inférieure draine les ganglions inguinaux.

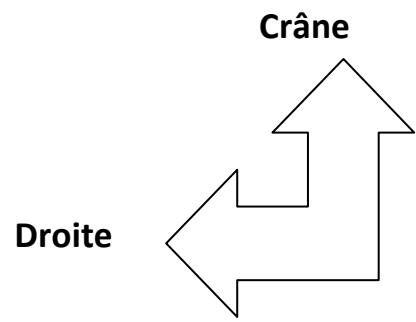
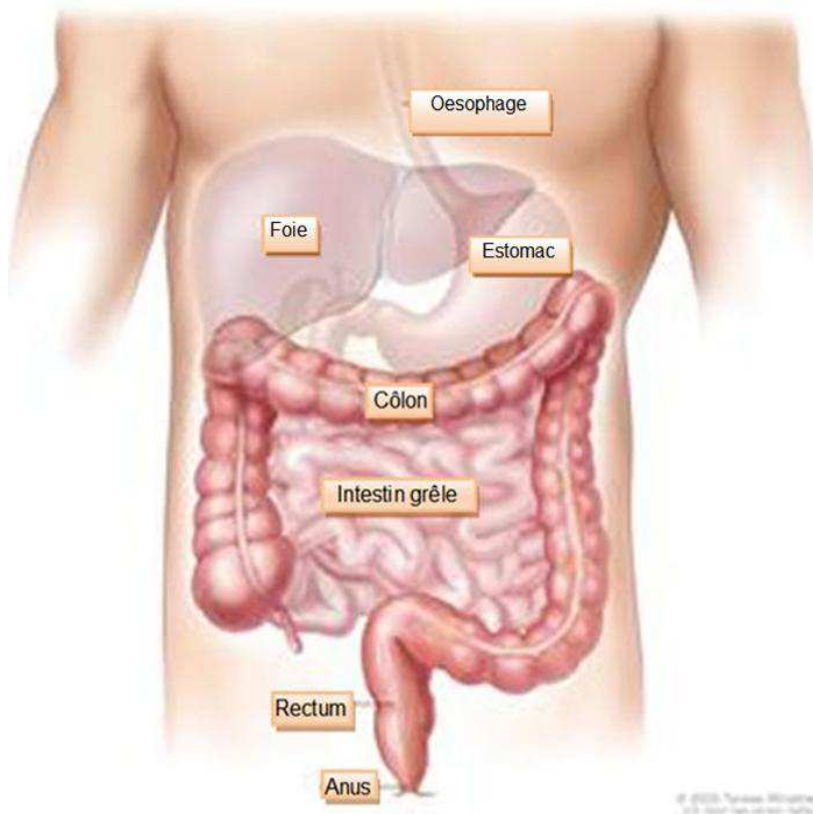


Figure 1 : Situation anatomique du côlon et du rectum [30]

2- Rappels histologiques: la paroi colorectale comprend 4 tuniques de dedans en dehors

a- La muqueuse:

Elle comprend un épithélium superficiel rectiligne avec des cryptes. Il est fait de deux types de cellules: les enterocytes ou cellules absorbantes souches et les cellules caliciformes.

Sous l'épithélium, le chorion contient des glandes tubuleuses appelées glandes de Lieberkühn qui s'abouchent à la surface. Entre les cellules, sont éparpillées des cellules endocrines tandis que les cellules de Paneth sont disposées au fond des glandes.

On note également dans le chorion et la sous muqueuse un tissu lymphoïde de type MALT.

b- La sous muqueuse:

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

c- La couche musculaire:

Elle est constituée d'une couche circulaire interne et d'une couche longitudinale externe discontinue.

Les plexus d'Auerbach entre les deux couches musculaires sont faits surtout de nerf adrénergique et de cellules argyrophiles ou argyrophobes.

d- La séreuse ou adventice:

C'est un tissu conjonctif contenant des vaisseaux et des nerfs.

Le côlon se distingue du grêle par l'absence de valvules conniventes et de villosités; et par le caractère discontinu de la couche musculaire externe.

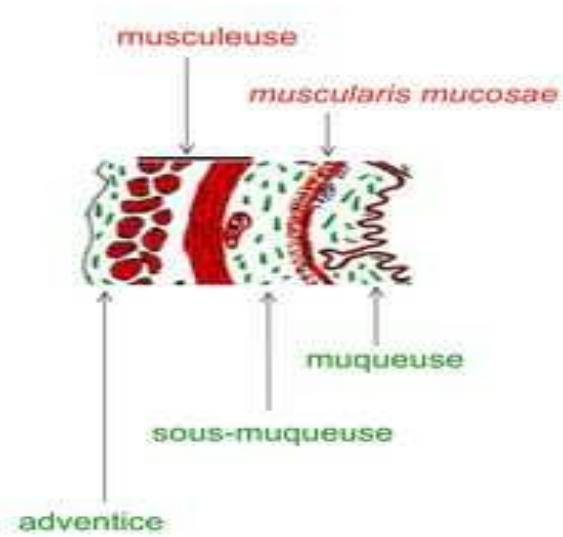


Figure 2 : Image histologique montrant les différentes couches de la paroi colrectale [32]

glandes de LIEBERKUHN



Figure 3 : Image histologique d'une glande de Lieberkühn [32]

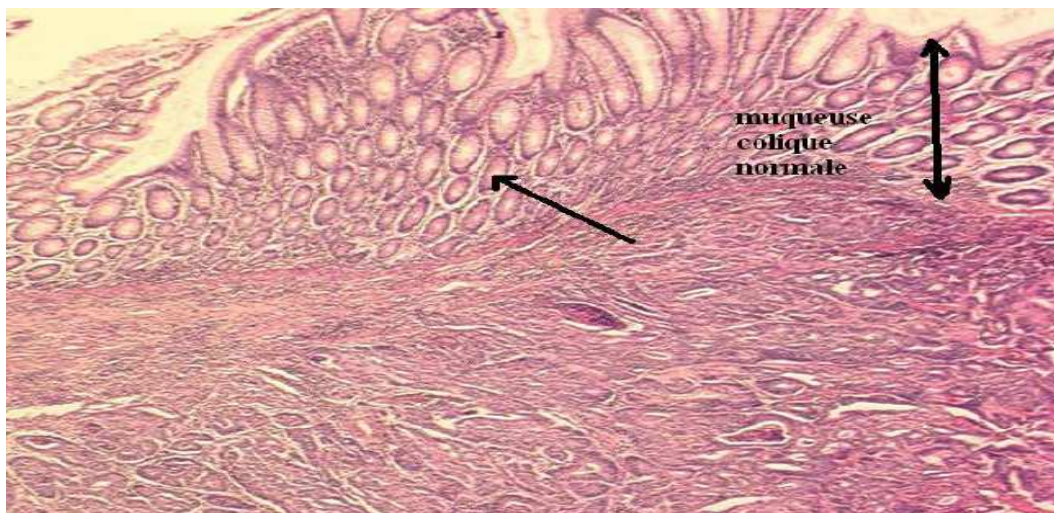


Figure 4 : image histologique montrant les cellules de la muqueuse colorectale [31]

B- Généralités sur les cancers colo-rectaux (CCR)

1- Epidémiologie

1-1- Incidence

La fréquence des CCR est de 14% en France où ils représentent le premier cancer [6,7]. Le CCR est classiquement rare en Afrique [21, 22] et représente le 2^e cancer digestif après celui de l'estomac. Au Bénin les CCR représentent 10,63% des cancers du tube digestif [19]. Au Mali ils représentent 4,9% chez l'homme et 3,3% chez la femme, de l'ensemble des cancers [27].

1-2- Age et sexe

Le risque de survenue des CCR se situe en Afrique autour de 45-60 ans. Le risque augmente régulièrement avec l'âge. En France le risque apparaît vers 45 ans et l'incidence maximale se situe entre 50 et 70 ans. Au Bénin le sex-ratio est de 1,5 avec un âge moyen de 51,2 ans [19]. L'âge moyen est de 46 ans avec un sex-ratio de 3/1 en Côte d'Ivoire [5]. Au Mali le sex-ratio est de 1,4 avec un âge moyen de 47,4 ans pour le cancer colique [12] et pour le cancer rectal par le même auteur 2,2 avec un âge moyen de 55 ans [11]. La prédominance masculine est classique [19].

1-3- Facteurs Favorisants

1-3-1- Facteurs de risques alimentaires

Plusieurs études ont montré l'influence du régime alimentaire dans les survenues du CCR. L'alimentation riche en graisses animales, en protéines semble favoriser la survenue du CCR. Les rôles de l'excès calorique, des hydrates de carbones raffinés, du fer, de l'alcool et du tabac ont été évoqués [13]. Par contre les légumes verts, les fibres alimentaires, les mucilages auraient un rôle protecteur. Le rôle protecteur du calcium et des vitamines oligo-éléments reste à discuter [17].

1-3-2- Facteurs génétiques

Les CCR surviennent dans environ 10% des cas dans un contexte familial sur une vision à mode de transmission autosomique dominante. Les affections prédisposantes sont représentées par essentiellement:

- Le polype adénomateux qui peut être: un adénome, un adénome tubulovilleux.
 - a- La polypose adénomateuse familiale
- Polypose de Peutz-Jegher: il s'agit de formation tissulaire pseudotumorale caractérisée par un mélange anormal de cellules normalement présentes au niveau de l'intestin ou même de l'ensemble du tube digestif. Elle s'associe à une lentiginose (affection cutanée caractérisée par de nombreuses taches pigmentaires parfois saillantes) péri-orificielles. Chaque polype est constitué par un axe conjonctif contenant des fibres musculaires et revêtu de cellules intestinales très muco-sécrétantes.
- Le syndrome de Gardner: il s'agit d'une association de multiples polyposes recto-coliques et d'autres lésions tels que un ostéome, un fibrome, une tumeur fréquente sans polypose ou HNPCC survient dans environ 10% des cas dans un contexte familial sur une vision à mode de transmission autosomique dominante. Les affections prédisposantes sont représentées essentiellement par : le polype adénomateux qui peut être un adénome tubuleux un adénome villositaire ou un adénome tubulovilleux.

1-3-3- Maladies inflammatoires :

La rectocolite ulcéro-hémorragique= RCH

La maladie de Crohn= MC

La transformation maligne de la MC et de la RCH se fait généralement après 10 ans d'évolution. Le risque est 10 fois plus élevé que dans la population normale.

1-3-4-Maladies infectieuses :

- La schistosomiase intestinale
- Elle peut entraîner des lésions recto-coliques, soit discrètes, soit fibrosantes et sténosantes, soit encore végétantes et pseudotumorales. La biopsie révèle la présence d'œufs de bilharzies, intramuqueux, souvent rétractés ou calcifiés.

- C'est généralement *Schistosoma mansoni* ou *Schistosoma intercalatum* qui est responsable des lésions; mais, *Schistosoma japonicum*, agent de la bilharziose artérioveineuse, peut intervenir, lui aussi [9].

1-3-5- Les sels biliaires et la pullulation bactérienne

Le déficit en sels biliaires réduirait le risque de survenu des CCR: les sels biliaires ont une action trophique sur la muqueuse colorectal favorisant la formation des cancers. Cette théorie a été avancée pour expliquer la prévalence élevée des CCR chez les cholecystectomisés [12,19].

La pullulation bactérienne entraîne la déconjonction des sels biliaires qui deviennent des graisses animales, les quelles sont connues cancérigènes sur le colo-rectum.

2- Diagnostic

2-1- Diagnostic clinique :

Les CCR peuvent être découverts chez un patient présentant des signes cliniques évidents ou lors de la surveillance chez un sujet à risque.

2-1-1- Signes cliniques communs à toutes les localisations

Les signes d'appel clinique sont communs à l'ensemble des CCR et s'accompagnent d'une altération de l'état général plus ou moins marquée. Les troubles du transit à type de constipation récente (plutôt dans les localisations gauches), diarrhée (plutôt dans les localisations droites) ou alternance diarrhée et constipation.

L'hémorragie digestive basse fréquemment révélatrice (30 à 40% des cancers du côlon saignent) avec une hémorragie de faible abondance. Il s'agit le plus souvent de rectorragies. La méléna s'observe fréquemment dans les cancers du cæcum ou peut être remplacée par des cellules bordeuses tout simplement. L'hémorragie peut passer inaperçue et se révéler par une anémie microcytaire ferriprive.

Les douleurs abdominales sont présentes dans 40% des cancers coliques, leur siège dépend de celui du cancer. Souvent peu évocatrices à type de pesanteur abdominale avec ballonnement, elles peuvent parfois simuler une pathologie appendiculaire, vésiculaire ou gastrique.

A un stade plus tardif, elles se manifestent par des syndromes occlusifs: crises douloureuses paroxystiques avec distension abdominale et arrêt plus ou moins franc du transit se terminant par l'émission de gaz ou de selles.

Des complications peuvent révéler les CCR: occlusion intestinale aiguë, perforations diastasiques (dans 75% des cas) ou tumorales (dans 25% des cas); hémorragie abondante. Rarement, il peut s'agir de métastases ganglionnaires, hépatiques, péritonéales et pleuro-pulmonaires.

2-1-2- Signes particuliers au cancer du côlon gauche :

Il est habituellement sténosant avec des crises occlusives révolutives ou une occlusion aiguë. Dans le cancer du sigmoïde, les touchers pelviens permettent de retrouver une tumeur probable dans le cul de sac de Douglas ou de percevoir les nodules de carcinome péritonéal.

2-1-3- Signes particuliers au cancer du rectum

- Les rectorragies sont les signes révélateurs les plus fréquents. Elles accompagnent les selles ou sont émises isolément. Elles peuvent s'associer à des émissions glaireuses, fréquentes et impérieuses. Un syndrome rectal (épreintes, ténésmes et faux besoins) est le témoin d'une tumeur assez volumineuse.
- L'existence de douleur dans les formes basses (inférieur à 8-10 centimètres de la marge anale), le diagnostic est évoqué au toucher rectal: il permet de percevoir la tumeur dure, saignant au contact (doigtier ramenant du sang). Le toucher rectal est complété par la rectoscopie avec biopsie pour l'histologie.

2-1-4- Examens complémentaires

a- Endoscopies digestives basses :

La rectoscopie à tube rigide peut être faite en consultation. Elle fait le diagnostic des cancers rectaux inaccessibles au toucher rectal en montrant la tumeur le plus souvent ulcéro-végétante et permet de faire des biopsies. Elle doit être complétée par une colonoscopie sauf si la tumeur est sténosante et infranchissable. La colonoscopie doit être demandée à chaque fois que sa réalisation est possible.

Elle permet de visualiser la tumeur et de faire des biopsies. Elle doit s'efforcer d'être complète afin de rechercher sur le reste du côlon des polypes associés (15 à 30% des cas) ou un cancer synchrone (5% des cas).

b- Le lavement baryté :

Lorsque la colonoscopie n'a pas été complète (sténose infranchissable) ou non réalisable, il faut recourir au lavement baryté, la tumeur vue sur tous les clichés se présente sous la forme d'une lacune ulcérée ou d'une virole (sténose ulcérée et excentrée). Plus rarement, il s'agit d'une lacune circonscrite, d'une sténose localisée, d'une ulcération voire d'une simple perte du liséré muqueux.

c- L'échoendoscopie :

Plus utile pour le bilan d'opérabilité que pour le diagnostic. Elle permet de voir l'extension pariétale de la tumeur et les ganglions juxta tumoraux [19].

d- Le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire(ACE) :

L'ACE est le principal marqueur des cancers recto-coliques. Sa valeur médicative est très faible et sa recherche n'a pas donc d'intérêt diagnostic. La 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. Le dosage de l'ACE ne doit pas être demandé que lors du bilan préopératoire et sera surtout utile dans la surveillance biologique post opératoire si son taux était élevé au départ. L'exérèse chirurgicale entraîne une chute du taux d'ACE en deux mois environ. Une réascention du taux d'ACE signe la récurrence et apparaît quatre mois en moyenne avant les signes cliniques.

e- 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.

f- La numération formule sanguine

Elle est nécessaire pour le bilan d'opérabilité. Elle permet d'apprécier le degré de l'anémie.

g- La coproculture

Elle permet de rechercher les hématies dans les selles macroscopiquement inobservables. Ce test est utilisé aussi dans les campagnes de dépistage mais est très sensible avec des faux résultats positifs [4].

2-2- Diagnostic positif

Le diagnostic de CCR évoqué devant une rectorragie, un trouble du transit avec ou sans douleur abdominale chronique ou aiguë, une péritonite par perforation, sera confirmé par l'endoscopie digestive basse avec biopsie pour l'histologie.

En plus de l'histologie, il y a aussi l'immunohistochimie et la biologie moléculaire.

2-3- Diagnostic différentiel

On peut discuter: une tumeur bénigne (adénome vilieux ou tubuleux); l'endoscopie et l'histologie ont toutes leur valeur diagnostique.

- a- Les ulcérations vénériennes rectales: les prélèvements bactériologiques retrouvent à l'examen les germes. L'histologie infirme le diagnostic de cancer rectal.
- b- La rectocolite ulcéro-hémorragique: l'endoscopie et l'histologie posent le diagnostic.
- c- Les colites parasitaires: l'examen parasitologique des selles, l'endoscopie et l'histologie dressent le diagnostic.
- d- Les hémorroïdes: devant la rectorragie, il est nécessaire de faire un toucher rectal. L'anuscopie montre les hémorroïdes internes mais avant le diagnostic des hémorroïdes internes, il faut explorer tout le cadre colique pour exclure une tumeur haute située.

C- Anatomie pathologique [9]

➤ Les tumeurs primitives

❖ Le Carcinome

Le carcinome représente plus de 95% des tumeurs malignes primitives du côlon et du rectum. Il est fréquent et survient à l'âge moyen de 60 ans, parfois avant 40 ans.

1- Topographie :

Les CCR siègent dans:

- 30% des cas dans le rectum
- 45% des cas dans le sigmoïde
- 4% des cas dans le côlon gauche
- 6% des cas dans le côlon droit

Dans 5% des cas, le CCR comporte une 2^e localisation (cancer synchrones).

2- Aspects macroscopiques :

Ces aspects, dans la majorité des cas, sont responsables de la symptomatologie et des moyens diagnostics. Le siège est recto-sigmoïdien dans 75% des cas environ; ce qui est important à noter puisqu'en pareille situation, le cancer est accessible par les gestes simples que sont le toucher rectal et la recto-sigmoïdoscopie. La découverte des autres localisations exige des moyens compliqués tels que la radiographie et la fibroscopie. Les CCR sont encore petits, ulcéreux ou polypoïdes, quand on les découvre, avec une taille inférieure à 3 centimètres. Leur diamètre habituel est de 4 à 6 centimètres. Ils sont généralement ulcéro-végétant dans le côlon droit et le rectum, ulcéro-infiltrant en virole dans les autres segments coliques. On comprend que, suivant ces aspects, le signe d'alerte soit la présence de sang dans les selles, une constipation, une diarrhée, un tableau de subocclusion intestinale ou des hémorroïdes par gêne de la circulation veineuse. Les formes végétantes pures, ulcérales pures et infiltrantes pures en squirrhe sont rares. Il est bon de noter que l'ulcération néoplasique se trouve entourée d'un bourrelet dont seul le versant interne est carcinomateux; le versant externe est revêtu par une muqueuse hyperplasiée et enflammée dont l'unique prélèvement biopsique peut être cause d'erreur diagnostique. Dans 5% des cas en moyenne, il existe deux ou même trois localisations simultanées ou successives, étagées le long des segments colorectaux. L'examen du côlon en amont et en aval, pourra conduire à l'identification de poly adénomes associés et de complications comme une ulcération sur la partie dilatée en amont ou ulcération stercorale, une colite, une péricolite et même une perforation.



Figure 5 : Aspect macroscopique du cancer colorectal [31]

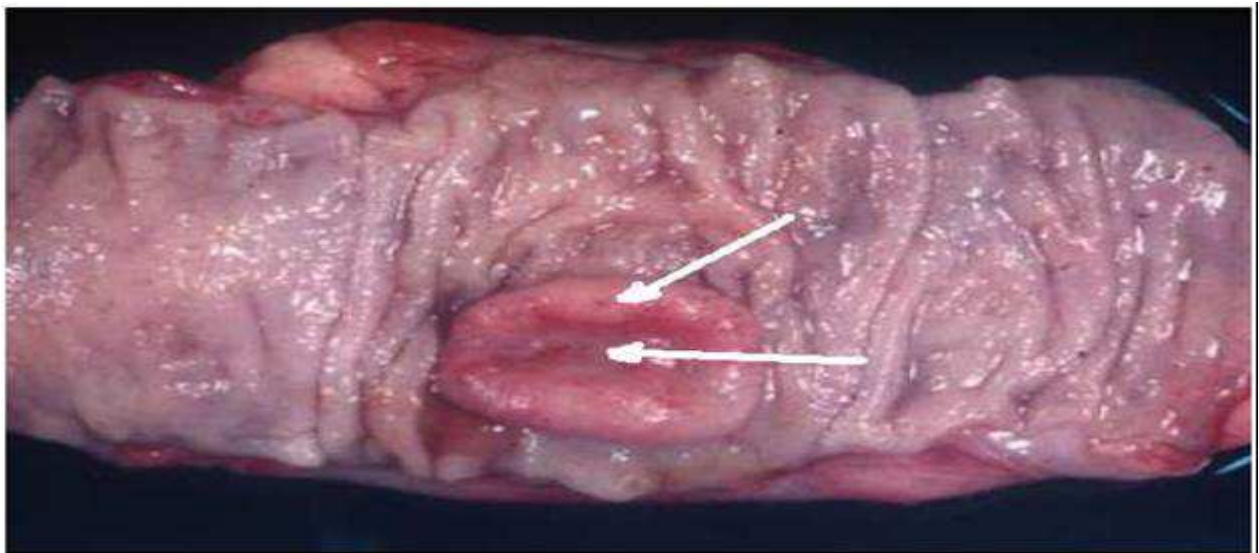


Figure 6 : Aspect ulcerobourgeonnant du cancer colorectal [31]

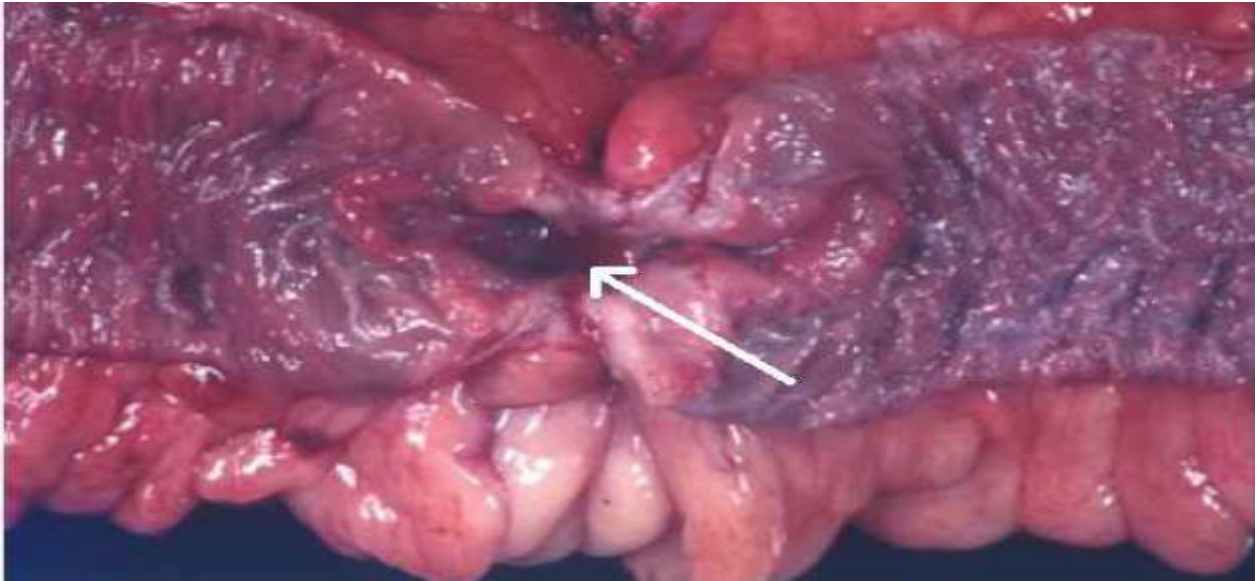


Figure 7 : Aspect Stenosant du cancer colorectal [31]

3- Aspects microscopiques :

- Le carcinome intra-épithélial: il s'agit des foyers épithéliaux, peu différenciés et proliférants, rencontrés parfois en pleine muqueuse, mais remaniant surtout un poly adénome ou une tumeur vilieuse. Beaucoup d'auteurs refusent de les considérer comme de véritables cancers et donnent le nom de dysplasie ou dysplasie atypique.
- Le Carcinome invasif est généralement fait de cellules cylindriques sécrétant plus ou moins du mucus. Son stroma est presque toujours très inflammatoire et les micro-abcès y sont habituels. C'est le plus souvent un adénocarcinome dit lieberkühnien, différencié ou moyennement différencié avec des structures tubuleuses, tubulopapillaires, alvéolaires ou même poly adénoïdes. Il prend parfois une forme vilieuse, ou encore une forme cordonale et peu différenciée qui pourrait simuler un carcinoïde.

Le carcinome colloïde vient immédiatement après le carcinome lieberkühnien par sa fréquence notamment dans le sigmoïde.

- En revanche le carcinome mucipare à cellules isolées en bague à chaton et le carcinome indifférencié sont rares.
- Il existe d'exceptionnels carcinomes malpighiens métaplasiques purs ou combinés à des structures adénocarcinomateuses.

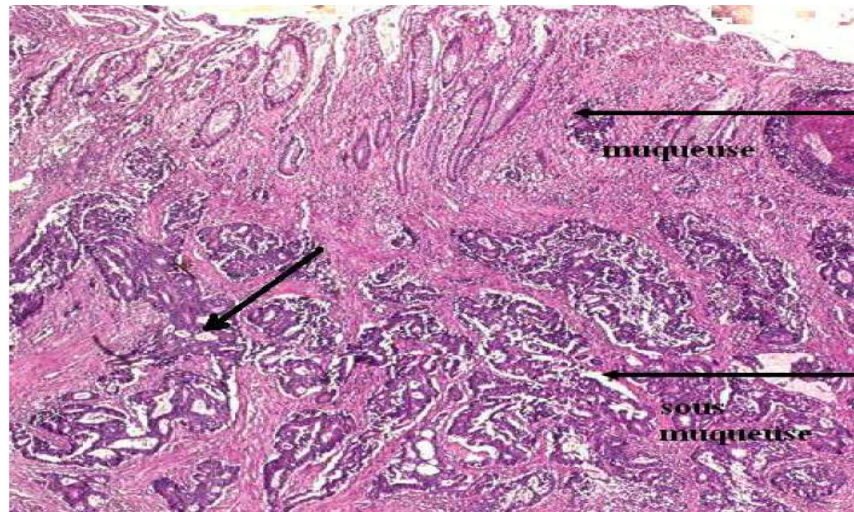


Figure 8 : image histologique du cancer colorectal [31]

- Les autres tumeurs
- ❖ Les carcinoïdes: Non négligeables par leur fréquence.

Les autres tumeurs sont excessivement rares:

- ❖ Les GIST
- ❖ Les sarcomes des tissus mésenchymateux notamment léiomyosarcomes ou éventuelle mélanome primitif.
- ❖ Le lymphome malin représente environ 0,50% des cancers primitifs colorectaux. Il se voit avant 18 ans ou aux environs de 40 ans; il est ulcéro-végétant sauf dans le rectum ou il peut être polypoïde; il est isolé, ou associé à un tableau d'hémopathie maligne.
- Tumeurs secondaires

Elles sont exceptionnelles et présentent un point de départ très variés. La métastase en fourreau péri rectal, issu d'un carcinome gastrique, singulièrement d'une linite plastique, doit être signalée, non seulement par ce qu'elle peut être précessive et simuler un cancer de voisinage est moins anecdotique: estomac, ovaire, vessie, vésicule biliaire, foie ... Une fistule peut s'en suivre.

4- Extension

- L'extension pariétale: née de la muqueuse, la tumeur envahit successivement les autres couches de la paroi, puis les organes de voisinage.
- L'extension ganglionnaire:

Dans les cancers du côlon, l'extension ganglionnaire suit les pédicules vasculaires mésentériques supérieurs à droite et inférieurs à gauche.

Les relais ganglionnaires sont les groupes para coliques au contact de l'organe intermédiaire et pédiculaire à la racine des pédicules.

L'extension ganglionnaire pédiculaire est de très mauvais pronostic car difficilement extirpable par le chirurgien.

Dans le cancer rectal, l'extension ganglionnaire suit la vascularisation qui est assurée pour la partie supérieure par les branches de l'artère mésentérique inférieure alors que les parties moyennes et inférieures sont vascularisées par les artères hémorroïdales moyennes et inférieures (branche de l'artère hypogastrique).

- L'extension métastatique: il s'agit des métastases hépatiques puis viennent les localisations pulmonaires, osseuses, péritonéales et cérébrales.

5- Classification

a- Classification de Dukes/Osler-coller:

Elle comprend 4 stades

Stade A: la tumeur a envahi la muqueuse et la sous muqueuse

Stade B

Stade B1: la tumeur a envahi la musculuse

Stade B2: la tumeur a envahi la séreuse sans toucher les organes voisins adjacents

Stade C:

Stade C1: la tumeur a atteint les ganglions proximaux

Stade C2: la tumeur a atteint les ganglions distaux

Stade D: la tumeur a fait des métastases lointaines

b- Classification TNM (OMS):

T: Tumeur primaire

TX: la tumeur ne peut pas être estimée

Tis: la tumeur primaire n'est pas évidente, carcinome in situ

T1: la tumeur a envahi la sous muqueuse

T2: la tumeur a envahi la musculuse

T3: la tumeur a envahi la sous séreuse ou les tissus péri coliques non péritonéaux

T4: la tumeur a envahi le péritoine viscéral ou les organes voisins

N: Nodules lymphatiques régionaux

NX: l'atteinte des nodules lymphatiques régionaux ne peut pas être estimée

N0: pas de métastase lymphatique

N1: métastase dans 1 à 3 nodules lymphatiques péri coliques

N2: métastase dans 4 ou plus de nodules lymphatiques péri coliques

N3: métastase dans tous les nodules du tronc vasculaire correspondant

M: Métastase à distance

MX: la présence de métastase à distance ne peut pas être estimée.

M0: pas de métastase à distance

M1: présence de métastase à distance

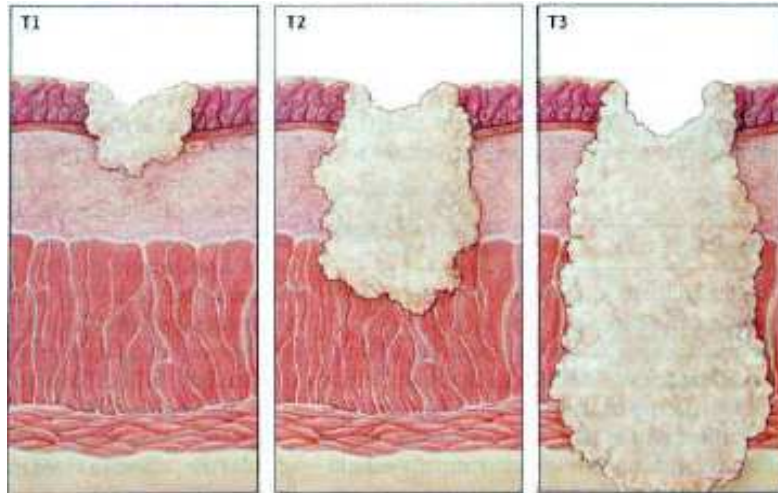


Figure 9: image histologique de la classification TNM du cancer colorectal [31]

6- Traitement

6-1- Moyens

6-1-1- Moyens chirurgicaux

Le traitement chirurgical représente la seule thérapeutique capable de guérir ces cancers colorectaux.

- La chirurgie à visée curative doit enlever la tumeur et le côlon adjacent en passant à 5 centimètres au minimum de part et d'autre de la lésion. Elle est complétée par un curage ganglionnaire en enlevant le méso côlon. Le type de chirurgie dépend du siège de la tumeur et les conditions de l'intervention à froid ou en urgence. En situation d'urgence, l'intervention a pour but de traiter la complication et si possible de résecter la tumeur sans prendre le risque d'une anastomose. Cette intervention sera suivie de la deuxième au cours de laquelle, la résection tumorale et ou le rétablissement de continuité colique seront réalisés.
- La chirurgie palliative consiste en une dérivation interne ou une colostomie si la tumeur est recto-sigmoïdienne.

6-1-2- Radiothérapie et chimiothérapie

Le bénéfice d'une association radiothérapie + chimiothérapie adjuvante suivant la chirurgie a été démontré mais augmente la mortalité post opératoire.

La chimiothérapie post opératoire 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 côlon.

Son intérêt n'est pas par contre démontré dans les stades B et D de Dukes.

Dans les cancers du rectum, la radiothérapie préopératoire [23] diminue le risque de récurrence locale et doit être réalisée actuellement pour les stades B et C de Dukes. Elle est souvent utilisée comme traitement palliatif lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas possible ou nécessaire, leurs résultats sont discutés [12].

6-1-3- Traitement endoscopique

Réséction à l'anse diathermique de polype dégénéré.

Laser pour les cancers rectaux sténosants inopérables ou hémorragiques.

- Cancers invasifs sans métastases:

Exérèse complète précédée d'une radiothérapie puis chimiothérapie adjuvante.

- Cancers invasifs avec métastases hépatiques:

Dans 10 à 15% des cas lors du bilan d'extension initiale ou ultérieurement au cours du suivi systématique, des métastases sont découvertes. Leur exérèse chirurgicale doit toujours être discutée car lorsqu'elle est possible, elle permet une survie à 5 ans de 20 à 30% malgré une récurrence dans 2/3 des cas. Les résultats sont meilleurs quand les nodules ont moins de 5 cm de diamètre et sont peu nombreux (inférieur à 4) ou qu'ils soient uni ou bilatéraux. Cette exérèse est associée donc à celle de la tumeur primitive. Si les nodules ne sont pas extirpables, on essayera une chimiothérapie comme traitement palliatif.

- Cancers rectaux non extirpables:

Chirurgie palliative, chimiothérapie, traitement endoscopique, traitement symptomatique.

6-2- Surveillance post opératoire

Elle a pour but de rechercher une récurrence, des métastases, des nouveaux polypes adénomateux ou d'un cancer métachrone.

Le protocole de surveillance habituellement utilisé est le suivant: échographie du foie, radiographie thoracique, le dosage de l'ACE et l'hémogramme tous les 3 mois pendant 2 ans. Au cours de cette période, plus de 80% des métastases et des récurrences sont dépistées. Au-delà de 2 ans, le même bilan sera fait en post opératoire si elle avait été incomplète en post opératoire puis annuellement. Après 2 ans successifs normaux, on pourra revenir au rythme d'une colonoscopie tous les 3 ans, puis tous les 5 ans.

Tout polype repéré fera l'objet d'une exérèse complète. En cas d'exérèse incomplète, le suivi du patient sera simplement clinique et un traitement symptomatique sera mis en œuvre dès que nécessaire.

4-Pronostic

Les tumeurs sans métastases avec une exérèse complète, ont généralement un pronostic bon.

Lorsqu'il y'a des métastases, le pronostic est mauvais [5, 6, 21].

La survie globale à 5 ans tous stades confondus est de 80% en Europe. Il est fonction de l'extension tumorale. Ainsi la survie à 5 ans est de:

- 90% pour les patients classés Dukes A
- 55% pour les patients classés Dukes B
- 30% pour les patients classés Dukes C
- 10% pour les patients classés Dukes D

5- Prévention

Elle consiste à:

- Un dépistage systématique chez les sujets à risque élevés: TR, colonoscopie, recherche de sang dans les selles, dosage l'ACE.
- Equilibrer le régime alimentaire: apport de fibres alimentaires, fruits et légumes, réduction des graisses animales.
- Une surveillance et/ou traitement de toutes les pathologies précancéreuses.

MATERIEL
ET
METHODES

IV- Matériel et méthodes

1- Cadre de l'étude :

Cette étude a été effectuée dans le service d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHU du point G.

Il est le seul au Mali qui héberge le registre national des cancers en collaboration avec le centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

2- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective et transversale.

3- Période d'étude :

Elle s'est déroulée du 1er Janvier 2011 au 30 Avril 2013 soit une période de 28 mois.

4- Population d'étude :

4-1- Critères d'inclusion :

- Patient ayant un cancer colorectal confirmé par l'histologie durant la période d'étude.
- Patient ayant un âge inférieur ou égal à 45 ans.

4-2- Critères de non inclusion :

- Patient ayant un cancer colorectal non confirmé par l'histologie et en dehors de la période d'étude.
- Patient ayant un âge supérieur à 45 ans.

5- Collecte des données :

La collecte des données a été faite à l'aide de:

- Registre d'accueil des patients comportant les données socio-démographiques, les variables qualitatives et quantitatives
- Comptes rendus d'anatomie pathologique (histologique)
- Dossiers des patients

- Certaines questions ont été posées aux patients qu'on a pu rencontrer au moment de l'enquête.

6- Variables de l'étude :

- Variables socio-démographiques: Age, sexe, adresse, profession, ethnie
- Variables cliniques: diagnostic clinique, localisation de la tumeur, traitement
- Variables histologiques
- Taille de la tumeur
- Type histologique
- Stadification

7- Gestion des données :

- La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 17.0.
- Le traitement des textes et des tableaux a été effectué à l'aide des logiciels Word et Excel 2007.
- Le test statistique utilisé était le test χ^2 pour comparer nos résultats. Il était considéré comme significatif pour une probabilité p inférieure à 0,05.

8- Ethique et Déontologie :

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et de déontologie.

Tous les patients ont été informés de l'importance et de la pertinence de l'étude, ils ont tous donné leur accord verbal après un consentement éclairé répondant aux critères d'inclusion.

RESULTATS

V- Résultats:

1- Données épidémiologiques:

1-1- Fréquence hospitalière:

Du 1^{er} janvier 2011 au 30 Avril 2013 nous avons colligé **35 cas** de cancer chez les patients de moins de 46 ans; représentant **20,35% (35/172)** de l'ensemble des cancers colorectaux au service d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHU du point G.

1-2- Répartition des patients selon le sexe :

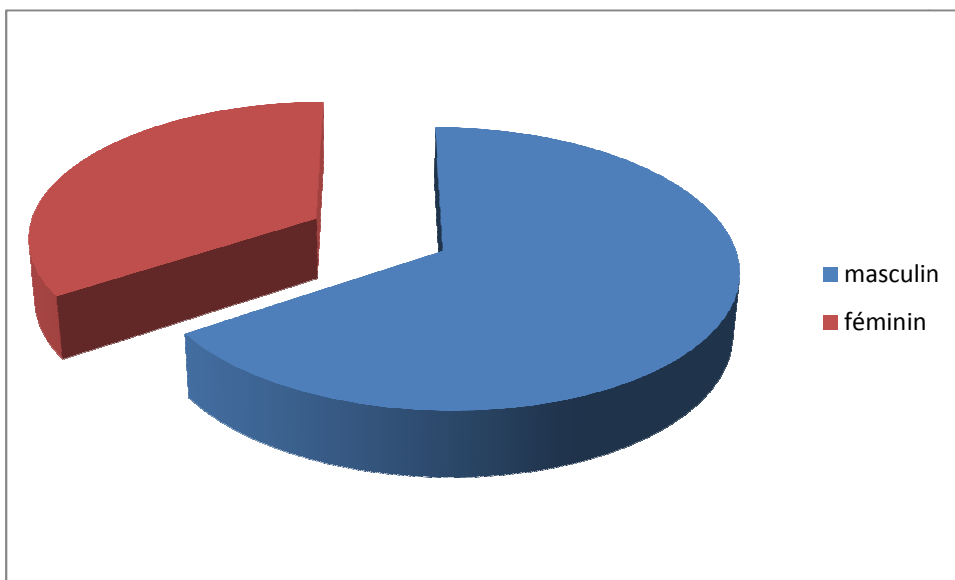


Figure 10: répartition des patients selon le sexe

Nous avons observé une prédominance masculine avec une fréquence de **66,6%** et un sex-ratio de **1,9**.

1-3- Age:

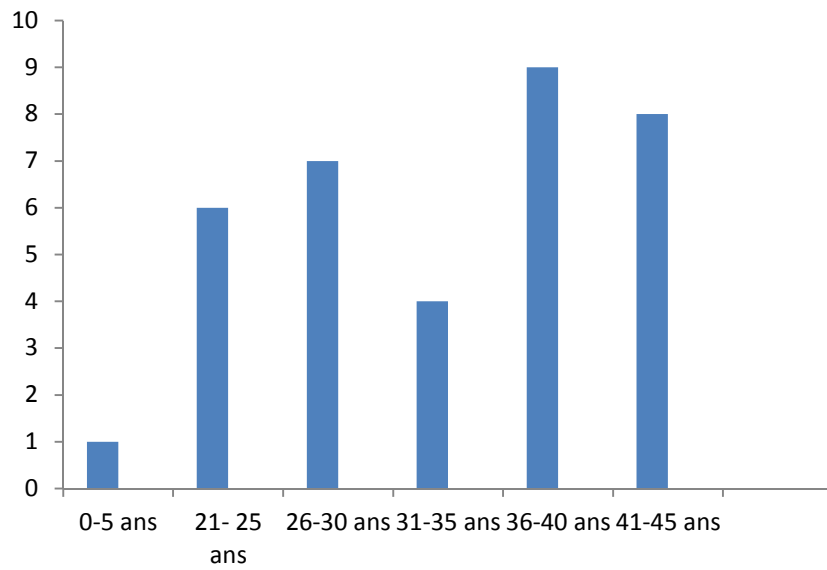


Figure 11: répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âge **36 à 40 ans** était la plus représentée avec un effectif de **9 patients** soit **25,7% des cas**. La moyenne d'âge était de **33,51±9,24 ans** avec des extrêmes allant de **4 à 45 ans**.

1-4- Profession:

Tableau I: répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	11	31,4
Cultivateur	6	17,1
Commerçant	4	11,4
Libérale	4	11,4
Artisan	3	8,7
Fonctionnaire	1	2,9
élève/étudiant(e)	2	5,7
Libérale	4	11,4
Autres	4	11,4
Total	35	100

Les ménagères étaient les plus représentées avec un effectif de **11 patientes** soit **31,4 % des cas**.

Autres: berger, apprenti chauffeur, pêcheur

1-5- Résidence:

Tableau II: répartition des patients selon la résidence

Région de provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Kayes	2	5,7
Koulikoro	3	8,6
Ségou	3	8,6
Mopti	2	5,7
Bamako	24	68,6
Autres	1	2,9
Total	35	100,0

La majorité des patients résidait dans la ville de Bamako avec un effectif de **24 patients** soit **68,6 % des cas**.

1-6- Ethnie:

Tableau III: répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	10	28,6
Peulh	8	22,9
Dogon	4	11,4
Malinké	3	8,6
Sonrhäi	3	8,6
Minianka	2	5,7
Soninké	1	2,9
Autres	4	11,4
Total	35	100,0

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec un effectif **de 10 patients** soit **28,6% des cas**.

Autres: Sénoufo, Bozo, Inconnu

1-7- Structure hospitalière:

Tableau IV: Répartition des patients selon la structure hospitalière

Structure hospitalière	Effectif	Pourcentage (%)
CHU GT	12	34,3
CHU PT G	12	34,3
Centres Privés	6	17,1
Hôpitaux Régionaux	3	8,6
Hôpital du Mali	2	5,7
Total	35	100

La majorité des patients venait des CHU du Point G et de Gabriel Touré avec un taux de **68,6% des cas**.

2-Les facteurs favorisants:

- Seulement **7 patients (20% de l'effectif total)** ont été interrogés. Aucun d'eux n'avait un antécédent personnel de cancer.

Tableau V: Antécédents familiaux de cancer chez les patients interrogés

Antécédents familiaux	Effectif	Pourcentage (%)
cancer colorectal	2	28,58
autres cancers	1	14,28
autres maladies	1	14,28
Néant	3	42,86
Total	7	100

Parmi les patients interrogés, certains avaient des antécédents familiaux de cancer colorectal (**28,58%**); un seul patient avait des antécédents familiaux de cancer du sein (**14,28%**).

- Régime alimentaire

Parmi les **7 patients** interrogés; seulement **3 patients** ont affirmés avoir un régime varié contenant des fruits et légumes.

Tableau VI: répartition des patients interrogés selon la consommation de tabac

Mode de vie tabac	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	2	28,58
Non	5	71,42
Total	7	100

Seulement **2 patients** étaient fumeurs (**28,58%**).

Tableau VII: répartition des patients interrogés selon la consommation d'alcool

Mode de vie alcool	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	1	14,28
Non	6	85,72
Total	7	100,0

La consommation d'alcool a été retrouvée chez **un patient (14,28%)**.

2-Siège du cancer:

Tableau VIII: répartition des patients selon le siège du cancer

Localisation de la tumeur	Effectif	Pourcentage (%)
Rectum	18	51,4
Anus	4	11,4
Cæcum	3	8,6
Angle colique droit	2	5,7
Jonction recto-sigmoïdienne	2	5,7
Colon transverse	1	2,9
angle colique gauche	1	2,9
Sigmoïde	1	2,9
Indéterminé	3	8,6
Total	35	100,0

Le rectum était la localisation la plus fréquente avec un effectif de **18 patients** soit **51,4 % des cas**.

3- Type histologique:

Tableau IX: répartition des patients selon le type histologique

Type histologique	Effectif	Pourcentage (%)
Adénocarcinome colloïde (muco-sécrétant)	18	51,4
Adénocarcinome liéberkühnien	9	25,6
Carcinoïde	3	8,6
Carcinome épidermoïde	1	2,9
GIST	1	2,9
Autres	3	8,6
Total	35	100,0

L'adénocarcinome colloïde (muco-sécrétant) a été le plus représenté avec un effectif de **18 patients** soit **51,4 % des cas**.

Autres: Lymphome non hodgkinien, ostéosarcome fibroblastique (métastase), Lymphome de Malt.

Tableau X: répartition des patients selon le siège de la tumeur et le type histologique

Localisation de la tumeur	Type Histologique					Total
	ADK	ADK colloïde	Carcinome épidermoïde	Carcinoïde	Autres	
Cæcum	0	1	0	0	2	3
Angle colique droit	0	1	0	1	0	2
Colon transverse	0	1	0	0	0	1
angle colique gauche	0	1	0	0	0	1
Sigmoïde	0	1	0	0	0	1
Jonction recto-sigmoïde	1	1	0	0	0	2
Rectum	7	7	1	2	1	18
Anus	0	4	0	0	0	4
Total	8	17	1	3	3	32

ADK= Adénocarcinome

Nous avons observé une relation entre le siège de la tumeur et le type histologique. $\chi^2 = 25,99$; $P = 0,01$

Tableau XI: répartition des patients selon le type histologique et la classification de Dukes

Type histologique	Classification de Dukes		Total
	Stade A	Stade C	
Adénocarcinome liéberkühnien	8	0	8
Adénocarcinome colloïde (muco-sécrétant)	15	3	18
Carcinome épidermoïde	1	0	1
Carcinoïde	3	0	3
GIST	0	1	1
Autres	3	0	3
Total	30	4	34

Nous n'avons pas observé de stade B.

Les adénocarcinomes colloïdes muco-sécrétants représentaient **15 cas au stade A de Dukes** et **3 cas au stade C de Dukes**. $\chi^2 = 10,30$; $P = 0,64$

Il n'existe pas de relation entre le type histologique et la classification de Dukes.

4-Classification TNM

Tableau XII : Taille de la tumeur (T)

Classification T	Effectif	Pourcentage (%)
T1	1	2,9
T2	2	5,7
T3	2	5,7
Total	5	14,3
Patients non classés	30	85,7
Total	35	100,0

T1: tumeur a envahi la sous muqueuse.

T2: la tumeur a envahi la musculieuse.

T3: la tumeur a envahi la sous séreuse ou les tissus péri coliques non péritonéaux.

T4: la tumeur a envahi le péritoine viscéral ou les organes voisins.

Sur les 5 patients ayant bénéficié d'une classification TNM, les stades T2 et T3 étaient les plus représentés avec 80% (4 Cas/5) de l'effectif.

Tableau XIII: Atteinte ganglionnaire (N)

Classification N	Effectif	Pourcentage (%)
NX	1	2,9
N0	2	5,7
N1	2	5,7
Total	5	14,3
Patients non classés	30	85,7
Total	35	100,0

NX: l'atteinte des nodules lymphatiques régionaux ne peut pas être estimée

N0: pas de métastase lymphatique

N1: métastase dans 1 à 3 nodules lymphatiques péri coliques

Sur les 5 patients ayant bénéficié d'une classification TNM, les stades N0 et N1 étaient les plus représentés avec 80% (4 Cas/5) de l'effectif.

Tableau XIV: présence de métastase (M)

Classification M	Effectif	Pourcentage (%)
MX	4	11,4
M0	1	2,9
Total	5	14,3
Patients non classés	30	85,7
Total	35	100,0

MX: la présence de métastase à distance ne peut pas être estimée.

M0: pas de métastase à distance

M1: présence de métastase à distance

Chez un seul patient, il n'y avait pas de métastase à distance. La métastase n'était pas connue chez 4 patients.

Tableau XV : répartition des patients selon le suivi à 6 mois

Suivi à 6 mois	Effectif	Pourcentage (%)
Evolution favorable	4	11,4
Décédé	7	20,0
perdus de vue	21	60,0
Total	32	91,4
Non précisé	3	8,6
Total	35	100,0

Après 6 mois de suivi, l'évolution était favorable chez **4 patients** soit **11,4% des cas**; **7 patients** sont **décédés** soit **20% des cas**; **21 patients** sont **perdus de vue** soit **60% des cas**.

Tableau XVI: répartition des patients selon le suivi à 6 mois et la classification de Dukes

Suivi à 6 mois	Classification de Dukes		Total
	Stade A	Stade C	
Evolution favorable	3 (8,6%)	1 (2,9%)	4
Décédé	5 (14,3%)	2 (5,7%)	7
perdus de vue	20 (58%)	1 (2,9%)	21
Total	28	4	32

Après 6 mois de suivi, le taux d'évolution favorable était de **8,6% (3/8) au stade A** était supérieur à celui **du stade C (2,9%)**.

Le taux de décès au **stade C 5,7% (2/3)** était supérieur à celui **du stade A 14,3%(5/8)**.

Nous n'avons pas observé de relation entre le suivi à 6 mois et la classification de Dukes. $\chi^2 = 3,37$; $P = 0,16$

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

VI- Commentaires et Discussion:

1- Les limites:

Notre étude qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2011 au 30 Avril 2013 a connu quelques difficultés.

Certains de nos patients étaient perdus de vue au moment de l'enquête, d'autres étaient décédés ce qui rendait difficile l'établissement de nos questionnaires. Le régime alimentaire n'a pas pu être comparé à celui d'un groupe témoin.

2- Fréquence:

La proportion des cancers colorectaux chez les sujets jeunes représentait 20,34% dans notre étude. Ces données restent supérieures à celles rapportées par Soro K.G et al en côte d'Ivoire [24], Tohmé C et al au Liban [25], Amira A et al en Tunisie [2] qui ont trouvé respectivement 15,5%, 13,2% et 10,05%. Les données antérieures du registre avaient trouvées une fréquence plus élevée soit 47,4% (330/696). La différence entre nos résultats et ceux des autres auteurs pourrait s'expliquer par la présence des facteurs de risques.

3- Age:

La tranche d'âge 36-40 ans était la plus représentée, la moyenne d'âge était de 33,51±9,24 ans avec des extrêmes allant de 4 à 45 ans. Ces données sont supérieures à celles rapportées par Fadlouallah M et al au Maroc [15] qui ont trouvé un pic entre 30-36 ans, une moyenne d'âge de 28 ans avec des extrêmes allant de 17 à 40 ans. Vu la taille de notre échantillon, nous ne pouvons pas dire qu'une tranche d'âge est beaucoup plus exposée qu'une autre.

4- Profession:

Les ménagères et les cultivateurs étaient les plus représentés avec respectivement 31,4% et 17,1% des cas. Ces données sont proches de celui de N'Garial [18] et Dao [10] au Mali. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce sont les deux catégories de profession qui sont les plus représentées au sein de la population malienne.

5- Résidence:

La ville de Bamako était la résidence de la plus part de nos patients avec une fréquence de 68,6% des cas. Cette prédominance a été rapportée par l'étude de Dao [10]. Ceci serait dû d'une part au fait que le seul service d'Anatomie et de Cytologie pathologiques du domaine publique du pays se trouve à Bamako et d'autre part, par l'absence de plateau technique au niveau des hôpitaux régionaux.

6- Ethnie:

Les bambaras représentaient 28,6% de notre effectif, suivis des peulhs 22,9% des cas. Dao [10] rapportait des proportions comparables. Cela peut s'expliquer par le fait que ces ethnies sont les plus fréquentes de la population malienne en général.

7- Sexe:

Dans notre étude, il apparaît une nette prédominance du sexe masculin avec un sex-ratio de 1,9. Cette prédominance contraste avec les données de Soro K.G et al en Côte d'Ivoire [24], Amira A et al en Tunisie qui ont trouvé une prédominance féminine avec respectivement un sex-ratio de 0,75 et 0,66. Traoré B H [27], Traoré C B et al [28] au Mali ont trouvé une prédominance masculine avec respectivement un sex-ratio de 1,4 et 1,2. Vu notre échantillon on ne peut pas dire qu'un sexe est beaucoup plus exposé qu'un autre.

8- Facteurs étiologiques:

Dans notre étude parmi les patients interrogés aucun n'avait un régime alimentaire riche en fruits et légumes, et en fibres alimentaires (facteurs protecteurs). Certains étaient fumeurs (n=2), ou alcoolique (n=1). Des antécédents familiaux de cancer colorectal (n=2), ou du sein (n=1) sont retrouvés. Les antécédents familiaux de cancer ont été incriminés dans la littérature [21, 22]. Ces facteurs se rapprochent de ceux rapportés par Soro K.G et al en Côte d'Ivoire [24], Amira A et al en Tunisie [2], Tohmé C et al au Liban [29].

Vu le nombre de patients interrogés dans notre étude (20% de l'effectif total), nous ne pouvons que renforcer des hypothèses déjà formulées par les autres auteurs.

9- Siège:

Le rectum était la localisation la plus fréquente avec un effectif de 18 patients soit 51,4 % des cas. Ces données sont différentes de celles rapportées par Amira A et al en Tunisie [2] et Soro K.G et al en Côte d'Ivoire [24] qui ont trouvé respectivement une prédominance de la jonction recto-sigmoïdienne (68,36% des cas) et du côlon droit (42,86% des cas). Cela pourrait s'expliquer par l'accès plus facile du rectum que du côlon ce qui a fait que la majorité de nos prélèvements était des biopsies rectales.

10- Type histologique:

Le type histologique le plus fréquent était l'adénocarcinome (74,3% des cas). On notait aussi un cas de lymphome de malt, et un cas de lymphome non hodgkinien. Ces données se rapprochaient de celles rapportées par Amira A et al [2] en Tunisie, Tohmé C et al [25] au Liban qui ont trouvé respectivement 99,2% et 41,9%. Nos résultats sont différents de ceux rapportés par Soro K.G et al [24] en Côte d'Ivoire qui ont trouvé une prédominance de l'adénocarcinome et des lymphomes avec des proportions identiques soit 42,86% des cas. Cette différence peut s'expliquer par la petite taille de l'échantillon de Soro K.G et al (7 patients) sinon l'adénocarcinome reste le type histologique majoritaire comme le confirme les autres auteurs.

11- La classification de Dukes

Le stade le plus représenté était le stade C avec un effectif de 2 patients (2/3) soit 66,66% des cas. Ces données sont supérieures à celles d'Amira A et al [2] en Tunisie qui ont trouvé une prédominance du stade B (56,25% des cas) suivi du stade C (41% des cas). Cela pourrait s'expliquer par le fait que le diagnostic est posé à un stade tardif ce qui complique la prise en charge.

12- La classification TNM

Les stades **T2 et T3** étaient les plus représentés avec un effectif de **4 patients** soit **40% chacun**.

Les stades **N0 et N1** étaient les plus représentées avec des proportions identiques soit **40% chacun**.

Dans **80% des cas** la présence de métastase à distance ne pouvait pas être évaluée (Mx).

Ces données diffèrent de celles rapportées par Tohmé C et al [25] au Liban qui ont trouvé des stades TNM avancés (stade 3 et 4= 55,8%). Cela pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon.

13- La survie

Après 6 mois de suivi, l'évolution était favorable chez 4 patients soit 11,4% des cas; 7 patients sont décédés soit 20% des cas; 21 patients sont perdus de vue soit 60% des cas. Ces données sont différentes de celles de Soro K.G et al [24] qui ont trouvé une mortalité globale de 57,14%, un patient perdu de vue et un patient guérit. Cela pourrait s'expliquer par la méconnaissance de la pathologie cancéreuse au sein de la population malienne qui reste jusqu'à présent comme un sujet tabou.

CONCLUSION

I- Conclusion:

Cette étude a montré une incidence élevée du cancer colorectal chez les sujets jeunes. Histologiquement, ces cancers sont dominés par l'adénocarcinome de type colloïdal. Leur pronostic à court et moyen terme est mauvais du fait du stade clinique. Une meilleure connaissance des facteurs étiologiques potentiels notamment environnementaux devront faire l'objet d'études ultérieures. Ces résultats pourront servir à la sensibilisation des populations. D'autres études à plus grande échelle sont nécessaires pour étudier ces aspects chez les sujets jeunes.

RECOMMENDATIONS

VII- Les recommandations:

Au terme de notre étude, dans le souci d'améliorer la prise en charge dans notre pays des cancers en général et de ceux du côlon et du rectum en particulier, il nous est apparu nécessaire de formuler quelques recommandations.

- Aux autorités sanitaires et publiques:

- ❖ Elaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les cancers colorectaux.
- ❖ Vulgarisation de l'éducation sanitaire des populations sur la pathologie digestive.
- ❖ Equipement des principales structures hospitalières d'un service d'anatomie et de cytologie pathologiques.
- ❖ Equipement des blocs opératoires de matériel d'examen extemporané.
- ❖ Mettre suffisamment du formol à la disposition des structures hospitalières.
- ❖ Dotation du laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques de personnel et de matériels.
- ❖ Encouragement des médecins à la formation aux spécialités d'anatomie et de cytologie pathologiques, de gastro-entérologie, de chirurgie digestive, d'oncologie par l'attribution de bourses d'étude.

- 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.
- ❖ Demander systématiquement un examen anatomopathologique de toutes les pièces opératoires.
- ❖ Fixation immédiate et correcte des pièces opératoires en entier au formol à 10% avant leur envoi pour l'examen anatomopathologique.
- ❖ Sensibilisation des patients aux différents signes d'appel.

- **Aux populations**

- ❖ Consultation systématique d'un médecin devant toute symptomatologie digestive.
- ❖ Adoption d'une alimentation équilibrée riche en apport de fibres alimentaires et en fruits et légumes, pauvre en graisses animales.

RESUME

VIII- RESUME:

- Introduction

Le but était de décrire les particularités du cancer colorectal du sujet jeune au Mali.

- Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective et transversale sur une période de 28 mois qui s'est déroulée dans le service d'Anatomie et de Cytologie pathologiques du CHU du point G. Elle a analysé les aspects épidémiologiques, histopathologiques et suivi de ces patients.

- Résultats

Au terme de l'étude, nous avons colligé 35 cas de cancer colorectal chez les sujets jeunes. La proportion était de 20,34% par rapport au nombre total de cas diagnostiqués durant cette période. Ainsi le cancer du rectum a occupé le 1^{er} rang avec une fréquence de 51,4% des cas.

La tranche d'âge 36-40 ans était la plus touchée. L'âge moyen était de 33,51±9,24 ans avec des extrêmes allant de 4 à 45 ans.

Nous avons observé une prédominance masculine, avec un sex-ratio de 1,9.

Les ménagères et les cultivateurs ont été les plus touchés avec respectivement 31,4% et 17,1% des cas.

Parmi les facteurs favorisants incriminés dans notre étude se trouvait les antécédents familiaux de cancer colorectal et du sein, le tabagisme, l'alcoolisme.

Le Type histologique le plus fréquent était l'adénocarcinome avec une fréquence de 74,3% des cas.

La plus part de nos patients ont été perdus de vue (60%), 20% sont décédés, 11,4% avaient une évolution favorable.

Cette étude montre que le cancer colorectal du sujet jeune est fréquent au Mali. Les adénocarcinomes sont les plus fréquents. Le pronostic est mauvais.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

IX- Références

1. Adam R. Levi F. Navaro F. Brienza S. Lecouturier S. Depres-Brummer P. et al.
Traitement combiné des métastases hépatiques non résécables de cancer colorectal par chronochimiothérapie systématique et hépatectomie secondaire. *Gastroenterol clin Biol*, 1992; 16 : 46.
2. Amira A.T. Lilia K.B.M. Meriem K.Ahlem L. Lasaad G. Monia D. et al.
Etude épidémiologique, anatomopathologique et évaluation des facteurs pronostiques des adénocarcinomes mucineux vs non mucineux (A propos d'une série de 196 patients). *La Tunisie Médicale*, 2010 ; 88 (1) : 12 – 17.
3. Amouyal G. Marty O. Amouyal P. Palazzo L. Roseau G. Ponsot P. et al.
Apport de l'endoscopie dans le diagnostic des adénopathies métastatiques des cancers digestifs. *Gastroenterol clin Biol*, 1991; 15 : 136.
4. Arveux P. Bedenne L. Milan C. Durand G. Faivre J.
Le coût d'une campagne de dépistage de masse du cancer colorectal par le test Hemocult. *Gastroenterol Clin Biol*, 1991; 15 : 15.
5. Attia Y. Soubeyrand J. Gaudet D. Malan K. Kouakou N. Motte M. et al.
Le cancer colique en côte d'Ivoire: Etude clinique et épidémiologique. *Médecine d'Afrique Noire*, 198; 28 : 353-358.
6. Bossej J.F. Pavy J.J. Hamers H.P. Pelissier E. Gillet M. Manton G. et al.
Association concomitante de 5-Fluo-uracile, acide folinique et radiothérapie dans les cancers rectaux localement avancés. *Gastroenterol Clin Biol*, 1996; 16 : 47.
7. Buecher B. Schmitz A. Lerebours F. Thuille B. Thomas G. Olschwang S.
Vers un allotype de deuxième génération du cancer colique. *Gastroenterol Clin Biol*, 1995; 19 : 1004-1009.
8. Burtin P. Boyer J.
Conférence de consensus 1994 sur le traitement du cancer du rectum: que peut-on attendre de l'échographie endo-rectal? *Gastroentero Clin Biol*, 1995; 19 : 1001-1003.
9. Cabane F. et Bonenfant J.L.
Anatomie pathologique: principes de pathologie générale, de pathologie spéciale et d'otopathologie. Maloin; Paris, 1986; (2) : 848- 856.

10. Dao K.
Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des cancers du tube digestif au Mali (A propos de 70 cas). Thèse de Médecine FMPOS, Bamako(Mali), 2008 : 66-67.
11. Diallo G. Ongoïba N. Maïga M.Y. Yena S. Traoré A.H. Diallo A. et al.
Cancer du rectum (A propos de 67 cas). Mali Médical, 1995; 10 (4) : 36-38.
12. Diallo G. Ongoïba N. Maïga M.Y. Yena S. Traoré A.H. Diallo A. et al.
Cancers coliques: A propos de 29 cas. Mali Médical, 1995; 10 (3) : 33-35.
13. Dictionnaire Atlas d'Anatomie. G-0746: 748.
14. Dictionnaire Larousse. Paris, 2011 : 154.
15. Fadlouallah M. Benzoubeir N. Errabih I. Kkrami H.E. Ahallat M. Ouazzani L. et al.
Le cancer colorectal chez le sujet jeune: à propos de 40 cas. J. Afr. Cancer (Mai 2010) 2: 112-115
16. FaHorusso V. Ritter O. Vadémécum clinique du diagnostic au traitement. 16^e édition, Paris; 2001.
17. Faivre J. Cancer du côlon impact internat, octobre 1997; (2) : 247-254.
18. N'Garial K. Etude des cancers colorectaux dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital national du point G à Bamako (à propos de 96 cas). Thèse de médecine. Bamako, 1995 : 32.
19. Pandounou N. Bagnan K.O. Kodjo H. Agbo N.
Les cancers colorectaux à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou (A propos de 10 cas observés en 7 ans). Médecine d'Afrique Noire, 1994; 41(5) : 300-303.
20. Parkin D.M. Welan S.L. Ferlay J. Teppo L & Thomas DB (eds).
Cancer incidence in five continents, vol.VIII. (IARC scientific publications, n°155). Lyon: IARC press; 2002.
21. Peghini M. Barabe P. Touze J.E. Morcill R. Veillard J.N. Diagne L. et al.
Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal: Apport de 18000 endoscopies effectuées à l'hôpital principal de Dakar. Médecine tropicale, 1990; 20(2): 205-208.
22. Peghini M. Rajaonarison P. Pecarrese J.L. Razafindramboa H. Richard J. Morin D. Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar: Apport de 14000 endoscopies effectuées au centre hospitalier de

- Soaviandriana à Antananarivo. Médecine d'Afrique Noire, 199 ; 44(10) : 518-521.
23. Seit J.F. Giovanni M. Sauvan R. Houvenaeghel G. Monges G. Delpero J.R. et al.
Confirmation d'une élévation de la gastrinémie basale chez les patients porteurs d'un cancer colorectal ou de polyadénomes. Gastroenterol Clin Biol, 1992; 16: 137.
24. Soro K.G. Coulibaly A. Yapo P. Assohoun K.T. Koffi G.M. Ehua S.F. et al.
Les cancers colorectaux du sujet jeune de 30 ans au plus, en pratique hospitalière. Cah Santé Publique, 2006; 5 (2) : 36-40.
25. Tohme C. Labaki M. Hajj G. Abboud B. Noun R. Sarkis R. et al.
Le cancer colorectal du sujet jeune: présentation, caractéristiques clinico-pathologiques et pronostic. J Med Liban, 2008; 56(4) : 208-214.
26. Toure A. Contribution à l'étude des cancers au Mali (A propos d'une statistique de 1378 cas). Thèse de médecine ENMP. Bamako (Mali), 1986.
27. Traoré B.H. Incidence et mortalité par cancer dans le District de Bamako: données du registre des cancers de Bamako 2008-2010. Thèse de Médecine FMPOS. Bamako (Mali), 2011; 11-M-84.
28. Traore C.B. Kamaté B. Chendjou B. Touré A. Bayo S.
Aspects épidémiologiques et histologiques du Cancer colorectal au Mali: A propos de 141 cas. Revue Africaine de pathologie, 2007; 6(1) : 8-13.
29. Votte A. Cattan D. Dupas J.L.
Traitement des tumeurs carcinoïdes du tube digestif. Gastroenterol Clin Biol, 1995; 19: 1031-1040.
30. www.colorectal-cancer.ca/IMG/jpg/Picture29.jpg&imgrefurl
31. [www.dcem1p7.free.fr/Anapath/TP6 Anapath.pdf](http://www.dcem1p7.free.fr/Anapath/TP6%20Anapath.pdf)
32. www.Histoblog.viabloga.com/images/glandes_SM_t.800.JPG

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : cancers colorectaux chez les jeunes au Mali

Q1.N° Fiche d'enquête :...../

Q2.N° du dossier :..... /

Q3.Nom :/

Q4.Prénom(s) :/

Q5.Age (ans) :..... /

Q6.Sexe :..... /

1= masculin

2= féminin

Q7. Profession : /

1= Cultivateur

2= Pêcheur

3= Eleveur

4= Commerçant(e)

5= Fonctionnaire

6= Artisan

7= Elève/Etudiant (e)

8= Libérale

9= Autres (à préciser) :...../

Q8.Ethnie: /

1= Bambara

2= Bobo

3= Bozo

4= Dogon

5= Malinké

6= Minianka

7= peulh

8= Mossi

9= Soninké

10= sonrhäi

11= Touareg

77= Indéterminée

13= Autre (à préciser) :...../

Q9.Adresse habituelle :..... /

Q10.Région de provenance :..... /

1=Kayes

5= Mopti

9= Bamako

2= Koulikoro

6= Tombouctou

10= Autres (à préciser)

3= Sikasso

7= Gao

77= Indéterminée

4= Ségou

8= Kidal

Q10.Nationalité: /

1= Malienne **2=** Autres (à préciser) **77=** Indéterminée

Q11.Etat civil : /

1= Marié(e) **2=** Célibataire **3=** divorcé(e)
4= veuf (Ve) **5=** Autres (à préciser) **77=** Indéterminé

Q12. Centre de santé de consultation : /

1= HGT **5=** CS. Réf CI **9=** CS. Réf CV **13=** Autres (à préciser)

2= HPG **6=** CS. Réf CII **10=** CS. Réf CVI **77=**
Indéterminée

3= H.M **7=** CS. Réf CIII **11=** H.Régionaux

4= H.Kati **8=** CS. Réf CIV **12=** Privé

Q12.Motif de la consultation : /

1= Douleurs **2=** Troubles du transit **3=** Hémorragies digestives basses

4= Autres (à préciser)

Q13= Antécédents personnels : /

1= Cancer colorectal **2=** Autres cancers (à préciser)
3= Autres maladies (à préciser) **4=** Néant

Q14.Antécédents familiaux :/

1= Cancer colorectal **2=** Autres cancers (à préciser) **3=** Autres maladies
(à préciser)

4= Néant

Q15.Mode de vie :/

-Tabac : **1=** Oui **2=** Non

-Alcool : **1=** Oui **2=** Non

-Tabagisme familial :...../

1= Oui 2= Non

-Régime alimentaire :...../

1= Patates douces : Nombre de fois par semaine

2= Ignames : Nombre de fois par semaine

3= Pomme de terre : Nombre de fois par semaine

4= Fruits et légumes : Nombre de fois par jour

Q16.Nature du Prélèvement :..... /

1= Biopsie

2= Résection tumorale

3= Colectomie

4= Colectomie + curage

Q17.Localisation de la tumeur: /

1= Caecum

2= Colon ascendant

3= Angle colique droit

4= Colon transverse

5= Angle colique gauche

6= Colon descendant

7= Sigmoide

8=Jonction recto-sigmoïdienne

9= Rectum

10= Anus

77=Indéterminée

Q18.Taille de la tumeur (cm) :...../

Q19.Aspect macroscopique :...../

1= ulcération

2=Ulcérobougeonnant

3= Polype

4= Infiltration

Q20.Type histologique :..... /

1= adénocarcinome

2= Adénocarcinome colloïde (mucosécrétant)

3=Adénocarcinome à cellules indépendantes

4=carcinome épidermoïde

5= Carcinoïde

6= GIST

7= Autres types (à préciser)

Q21.Classification TNM :..... /

1= T1

5= NX

9= N3

2= T2

6= N0

10= MX

3= T3

7= N1

11= M0

4= T4

8= N2

12= M1

Q22.Classification de Dukes : /

1= Stade A

2= Stade B

3= Stade C

4= Stade D

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: **Sidibé** Prénoms: **Roger**

E-mail: Sidiberoger85@yahoo.fr Tel : (00223) 76 12 18 61 / 68131316

Titre: **Les cancers colorectaux chez les sujets jeunes au Mali: Aspects Epidémiologiques, Histopathologiques et Suivi (à propos de 35 cas).**

Année universitaire: **2012-2013**

Ville de soutenance: **BAMAKO**

Pays d'origine: **MALI**

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

Secteurs d'intérêt: Anatomie Pathologique, Chirurgie digestive, Gastro-entérologie, Oncologie, Santé publique.

RESUME:

-Introduction

Le but était de décrire les particularités du cancer colorectal du sujet jeune au Mali.

-Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective et transversale sur une période de 28 mois qui s'est déroulée au service d'Anatomie et de Cytologie pathologiques du CHU du point G. Elle a analysé les aspects épidémiologiques, histopathologiques et le suivi de ces patients.

-Résultats

Au terme de l'étude, nous avons colligé 35 cas de cancer colorectal chez les sujets jeunes. La proportion était de 20,34% par rapport au nombre total de cas diagnostiqués durant cette période. Ainsi le cancer du rectum a occupé le 1^{er} rang avec une fréquence de 51,4% des cas. La tranche d'âge 36-40 ans était la plus touchée. L'âge moyen était de 33,51±9,24 ans avec des extrêmes allant de 4 à 45 ans. Nous avons observé une prédominance masculine, avec un sex-ratio

de 1,9. Les ménagères et les cultivateurs ont été les plus touchés avec respectivement 31,4% et 17,1% des cas. Parmi les facteurs favorisant incriminés dans notre étude se trouvent les antécédents familiaux de cancer colorectal et du sein, le tabagisme, l'alcoolisme. Le Type histologique le plus fréquent était l'adénocarcinome colloïde avec une fréquence de 51,4% des cas. La plus part de nos patients ont été perdus de vue (60%), 20% sont décédés, 11,4% avaient une évolution favorable. Cette étude montre que le cancer colorectal du sujet jeune est fréquent au Mali. Les adénocarcinomes sont les plus fréquents. Le pronostic est mauvais. D'autres études à plus échelle sont nécessaires pour étudier ces aspects chez les sujets jeunes.

Mots clés : Cancer, Côlon, Rectum, Sujet jeune, Epidémiologie, Histopathologie, Suivi.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.