



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But -Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie

Année : 2006- 2007

N°...../



CANCER COLORECTAL : ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE A DU C.H.U. DU POINT G

Présentée et soutenue publiquement le / / 2007
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mr Mohamed Chérif TRAORE

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

Jury

Président : Pr. Sambou SOUMARE

Membres : Dr Adama KOITA

Dr Bakarou KAMATE

Co-directeur : Dr Zimogo Zié SANOGO

Directeur de thèse : Pr. Djibril SANGARE

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A »
du CHU du point « G »

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN:

Anatole TOUNKARA

Professeur

1^{er} ASSESSEUR:

Drissa DIALLO

MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR:

Sékou SIDIBE

MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL:

Yénimégue Albert DEMBELE

Professeur

AGENT COMPTABLE:

Mme COULIBALY Fatoumata TALL

CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Ophtalmologie

Mr Bocar SALL

Orthopédie – Traumatologie - Secourisme

Mr Souleymane SANGARE

Pneumo-phtisiologie

Mr Yaya FOFANA

Hématologie

Mr Mamadou L. TRAORE

Chirurgie Générale

Mr Balla COULIBALY

Pédiatrie

Mr Mamadou DEMBELE

Chirurgie Générale

Mr Mamadou KOUMARE

Pharmacognosie

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Médecine interne

Mr Aly GUINDO

Gastro-entérologie

Mr Mamadou M Keita

Pédiatrie

Mr Siné Bayo

Anatomie-Pathologie-Histoembryologie

Mr Sidi Yaya Simaga

Santé Publique, **Chef de D.E.R**

Mr Abdoulaye Ag RHALLY

Médecine interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

▪ **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Chirurgie Générale

Mr Sambou SOUMARE

Chirurgie Générale

Mr Abdou Alassane TOURE

Orthopédie - Traumatologie, **Chef de D.E.R.**

Mr Kalilou OUATTARA

Urologie

Mr Amadou DOLO

Gynéco Obstétrique

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

ORL

Mme SY Assitan SOW

Gynéco-Obstétrique

Mr Salif DIAKITE

Gynéco-Obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO

Anesthésie-Réanimation

Mr Djibril SANGARE

Chirurgie Générale

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A »
du CHU du point « G »

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Niani Mounkoro	Gynécologie/ Obstétrique

▪ **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou Koné	Physiologie

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A »
du CHU du point « G »

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie
Mr Mamadou Ba	Biologie/ Parasitologie entomologie médicale

▪ **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A »
du CHU du point « G »

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
3. MAITRES ASSISTANTS	
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A »
du CHU du point « G »

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo Traoré	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou Diarra	Anthropologie Médicale

- **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie-Organique

- **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A »
du CHU du point « G »

- **DIEU** : le tout puissant, le très miséricordieux, le tout miséricordieux de m'avoir donné la santé et la chance de mener ce travail à terme. Son prophète **MAHOMET** paix et salut sur lui.
- **Ma grand-mère feu Djénéba SANGARE**
Je profite de ce travail pour te rendre un hommage mérité . au cours de son élaboration je n'ai cessé de penser à tes méthodes de combattre l'oisiveté dot vous étiez la seule à avoir le secret. Tu a été et tu seras toujours ma boussole morale
- **Mon père, Moussa N'golo TRAORE.** J'ai toujours voulu te ressembler dans toutes les entreprises de ma vie et ce travail est le reflet de l'éducation que j'ai reçue de toi. C'est l'occasion pour moi de te dire que je suis fier de t'avoir comme père.
- **Ma mère Aminata KONE.** Les mots me manqueront toujours pour décrire tes énormes sacrifices et tes multiples souffrances pour mon éducation. Tu as confiance à moi et je ne te décevrai pas. Je te dois tout dans cette vie, trouve ici tout l'amour et l'admiration que j'ai pour toi.
- **Mon tonton Issa N TRAORE.** Pour te dire tout ce que je pense, je risquerai d'être logorrhéique, donc en résumé je te dis MERCI. MERCI pour ton soutien, ton assistance sans faille, et tes précieux conseils. A travers ce travail retrouve ma profonde gratitude.
- **Ma tante Safiatou KOUYATE** c'est la langue française qui veut que je dise tante sinon tu es et restera une mère pour moi. Qu'est ce que tu ne m'as pas donné ? J'ai eu mon droit qui est d'avoir ton affection en retour je remplirai pleinement mon devoir de reconnaissance envers toi.
- **Aux familles TRAORE à et KOUYATE à Bamako**
vous avez été ma source d'inspiration. Retrouvez à travers ces quelques lignes ma très grande reconnaissance et tout mon respect.
A tous les malades particulièrement ceux porteurs ou prédisposés au cancer colorectal

REMERCIEMENTS

Au professeur Sadio YENA et famille

Cher maître vous nous avez enseignez en plus du savoir faire ,le savoir être. Votre sens de l'écoute fait de vous un maître remarquables .Merci professeur

Aux docteur :Sidiki KEITA,Ousmane KEITA,Soumila KEITA ,Pierre TOGO ,Moussa CAMARA,Lamine TRAORE,Lamine SOUMARE,Sekou COUMARE,Sidi SANGARE,Awa KAMISSOKO

Aux internes de la chirurgie A

A mes grands parents :Diarra KONE,Adama DIARRA,N'paie TRAORE merci pour vos encouragements et vos bénédictions

A mes amis : Bina SACKO,Papa Oumar TRAORE,Sidiki B GUINDO,Astan KEITA, merci pour la joie que vous m'avez donnée

A mes frères, sœur, cousins et cousines,vous avez été tous formidables avec moi.Je ne vous citerai pas au risque d'en oublier.

A tous mes oncles et tantes vous avez tous contribué à l'élaboration de ce travail, merci encore une fois.

A Mr et Mme BOUARE merci pour votre confiance

A l'AJDK(association des jeunes pour le développement de Kalaban Coura) pour m'avoir soutenu avec des conseils de pair

A tout le personnel de la chirurgie A

Le fil de la solidarité que tout le monde peut attraper est votre force

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Sambou SOUMARE

Vous nous faites un honneur en acceptant de présider notre jury. Cher maître votre rigueur scientifique, votre intégrité, et votre disponibilité ne constituent qu'une partie de vos qualités scientifiques et sociales. Vous nous avez enseigné le savoir-faire et le savoir- être. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et membre du jury

Docteur Adama KOITA

Praticien hospitalier au CHU du point G

Cher maître nous avons été séduits par votre modestie, votre amour pour la médecine, votre courage vous valent toute notre admiration. Permettez nous cher maître de vous adresser nos sincères remerciements.

A notre maître et membre du jury

Docteur Bakarou KAMATE

Spécialiste en anatomie pathologique

Votre disponibilité, votre dévouement pour la médecine , votre amour du travail bien fait font de vous un admirable maître .

Cher maître très respectueusement nous vous disons merci.

A notre maître et codirecteur de thèse

Docteur Zimogo Zié SANOGO

Votre dynamisme votre désir de savoir, votre attachement aux valeurs de la société font de vous un enseignant facile à comprendre. Nous garderons de vous un homme de science. Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Djibril SANGARE

Cher maître ce travail est le vôtre. Nous ne vous remercierons jamais assez d'avoir voulu nous confier ce travail et surtout de nous aider à le réaliser en ne ménageant aucun effort

Votre sérénité, votre sens élevé de l'innovation, votre culture font de vous un être admiré de tous Nous sommes honoré d'avoir appris à vos côtés. Soyez rassuré cher maître de notre profond respect.

ABBREVIATIONS

ABREVIATIONS

AMS : artère mésentérique supérieure

AMI : artère mésentérique inférieure

ASA: American Society Of Anesthesiology

ASSO: Association

CCR : Cancer colorectal

CHU : centre hospitalier universitaire

Cm : Centimètre

D : droite

EXT : Externe

G : gauche

Ggl : Ganglion

INRSP : institut national de recherche en santé publique

Id : Identique

INF : inférieur

INT : interne

Lig : Ligament

Sup : Supérieur

TNM : Tumeur, Nodule, Métastase

VMI : veine mésentérique inférieure

VMS : Veine mésentérique supérieure

5FU : 5 fluoro-uracile

SOMMAIRE

PAGES

INTRODUCTION : -----1- 2

Objectifs : -----3

GENERALITES : -----4 – 45

1. Epidémiologie : -----4 - 5

2. Etiopathogénie -----6 - 9

3. Rappels anatomiques et physiologiques : -----10 - 23

4 . Etude clinique -----24 - 45

NOTRE ETUDE : -----45 - 98

I. Méthodologie : -----46 - 47

II. Résultats : -----48 - 79

III. Commentaires et discussion : -----80- 88

IV. Conclusion et recommandations : ----- 89 – 90

BIBLIOGRAPHIE: ----- 91 – 98

ANNEXES

INTRODUCTION

Les cancers colorectaux (CCR) sont des néoformations prolifératives malignes développées au dépend des constituants du gros intestin.[14]

En France les cancers colorectaux représentent 15% de tous les cancers, ce taux est de 14,7% aux USA. [6]

En Asie, ADRIANO V.L [2] aux Philippines et NIMIT [26] en Thaïlande trouvent respectivement 3,77 et 2,53% de CCR sur l'ensemble des cancers

En Amérique latine CUELLO C. [14] et CORAL C.F [13] estiment la fréquence de cette entité nosologique à 2,2% en Colombie pour le premier et 2,4% en Equateur pour le second.

Les différentes études disponibles affirment que :

*La majorité de ces cancers se développent à partir d'un adénome, une tumeur bénigne facile à diagnostiquer et à traiter en coloscopie. L'exérèse endoscopique des adénomes réduit l'incidence du cancer de 76 à 90% [42].

* Parmi les facteurs pronostics les plus importants, on trouve le stade TNM, l'existence d'une complication (tumeur perforée ou en occlusion) et l'expérience du chirurgien [38].

En Afrique :

- Les CCR sont relativement peu fréquents : 1 à 3% des cancers
- L'âge de survenu de ces cancers est jeune, 46 ans en moyenne [22].
- Le diagnostic généralement tardif de cette maladie indique souvent des interventions mutilantes et fait redouter son pronostic [22]

Au Mali, dans une étude statistique portant sur 1378 cancers colligés en 6 ans à l'INRSP à l'institut d'ophtalmologie, dans les hôpitaux « Gabriel TOURE », du point « G » et de l'hôpital de Kati, Abdoulaye TOURE [39] a rapporté 51 cas de CCR

Au plan chirurgical, N.KOITA en 1982 a décrit le traitement de 14 CCR en chirurgie « A » à l'hôpital du point « G » [19]

Klingar N'GARIAL en 1995 a étudié les aspects chirurgicaux et le suivi à long terme de 96 CCR dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital du point « G » en 15ans

Mahamadou N'tji SAMAKE en 2001 a étudié 33 cas de cancers du colon en milieu chirurgical et endoscopique de l'hôpital du point « G »

Le but de cette étude est de faire le point de la prise en charge des CCR dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du point G au Mali.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer la prise en charge du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du point « G » du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2005

Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du point « G »
- ❖ Décrire les aspects cliniques et paracliniques
- ❖ Décrire les aspects thérapeutiques
- ❖ Déterminer les facteurs de mortalité et de morbidité liés à la chirurgie pour cancer colorectal dans le service.

GENERALITES

A-EPIDEMIOLOGIE

L'incidence annuelle globale des CCR aux USA est de 45 pour 100 000 habitants avec 2 /3 de localisation colique.

Cette incidence augmente d'environ 1 à 2% par an dans les pays Occidentaux **[18]**

Le cancer colorectal est la première cause de mortalité par cancer en France, avec environ 15000 décès par an. Il constitue 15% des cancers. Son incidence est de 50 cas pour 100 000 habitants par an avec près de 40 000 nouveaux cas par an. **[17]**

Environ 40 % de ces cancers touchent le rectum, 60 % le côlon où la localisation principale est le sigmoïde.

Dans les pays scandinaves, en Allemagne, Angleterre, et Suisse, l'incidence est de 13 à 18 pour 100 000 habitants **[6]**

Les fréquences les plus basses sont retrouvées en Asie (excepté au Japon) [8] en Afrique et en Amérique du Sud

En Afrique de 1950 à 1960 la fréquence relative se situe entre 1,3 et 3% de tous les cancers **[22]**

A Madagascar de 1988-1995, 81 cas de cancers colorectaux ont été retrouvés à l'hôpital de cancérologie d'Antananarivo. Le nombre de nouveaux cas est estimé à 60 par année pour une population de 10 millions d'habitants **[22]**

En Côte d'Ivoire, le cancer du colon est très rare, moins de 1% des hospitalisations, et 2,13% des cancers digestifs **[3]**

Au Sénégal les cancers colorectaux représentent 0,4% de l'ensemble des examens anatomopathologiques effectués en 25 ans, 2,5% de l'ensemble des cancers et 20% des cancers du tube digestif **[22]**

Au Togo : AYITE et al trouvent que les cancers colorectaux représentent 10,85% des cancers du tube digestif et 2,15% de l'ensemble des tumeurs malignes **[4]**

Au Bénin les cancers colorectaux représentent 9,80% de tous les cancers en milieu hospitalier (clinique universitaire de chirurgie viscérale de Cotonou) **[29]**

Au Niger les cancers colorectaux représentent 1, 2% de tous les cancers **[28]**

Au Mali selon les données du registre des cancers en 1995 les cancers colorectaux représentaient 3,8 % des cancers .

CHENDJOU .B .L a trouvé de janvier 1995 à décembre 2004 au laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP sur 1066 prélèvements colorectaux 141 cas de tumeurs malignes .Les cancers colorectaux représentaient ainsi 3,8% de l'ensemble des cancers ; 14,7% de tous les cancers digestifs occupant la 2^{ème} place derrière celui de l'estomac **[11]**.

Si le cancer colorectal peut survenir à l'âge de 15 ans, le risque ne devient important qu'à partir de 45 ans, et augmente régulièrement après cet âge .**[16]**

B- ETIOPATHOGENIE

1- Facteurs alimentaires

L'excès de graisse et de cholestérol joue un rôle potentiel dans la transformation des stérols biliaires par la flore bactérienne colique. [19]

Cette alimentation augmenterait la concentration intra colique en stérols et en acides biliaires secondaires. Ceux-ci stimuleraient la prolifération de l'épithélium colique.

La consommation d'huile d'olive diminuerait le risque de cancer colique.

Le régime pauvre en fibres végétales (ces fibres capteraient les sels biliaires et les substances carcinogènes, et diminuent le pH colique ce qui a pour conséquence de réduire la transformation des sels biliaires par la flore colique anaérobie en substance carcinogène) [18]

Le rôle favorisant des acides biliaires n'est pas démontré chez l'homme.

L'apport en vitamine D, en vitamine C et en vitamine E aurait un effet protecteur dans la prévention du cancer du côlon [18]

2- Tabagisme

Il est maintenant démontré que le risque de développer un cancer colique ou rectal est accru chez les hommes ayant fumé de 30 à 40 paquets-années et chez les femmes au-delà de 45 paquets années. [41]

3- Facteurs liés à l'environnement

Le niveau de risque apparaît dès la première génération au cours des migrations d'un pays de faible incidence à un pays de forte incidence.[7]

Cela est vrai pour les Japonais migrants à Hawaii, mais aussi pour les Norvégiens migrants aux USA ou les Polonais migrants en Australie ;

Cette augmentation de l'incidence qui se révèle 20-30 ans après la migration suggère que des modifications de l'environnement peuvent modifier le risque de cancer colorectal d'une manière significative.

4- Facteurs génétiques

4-1 Polypose adénomateuse familiale (PAF) : maladie héréditaire à transmission autosomique dominante.

La dégénérescence des adénomes est inéluctable, aboutissant à l'apparition d'un ou plusieurs adénocarcinomes.

La maladie est liée à une mutation du gène APC qui a été localisé au niveau du bras long du chromosome 5.

4 - 2 Syndrome des cancers colorectaux sans Polypose

(HNPCC: Hereditary Non Polyposes Colorectal Cancer) ou syndrome de Lynch, défini par les critères d'Amsterdam :

3 sujets atteints de CCR ou de pathologie du spectre HNPCC dans la même famille, dont 2 parents au 1er degré.

Deux générations successives concernées.

Diagnostic avant 50 ans chez un des patients.

La transmission du cancer se ferait sur le mode autosomal.

Ce syndrome serait lié à des mutations constitutionnelles du gène COCA1.

Des cancers d'autres localisations peuvent entrer dans le cadre de ce syndrome : cancer de l'endomètre le plus souvent, et plus rarement du grêle, du rectum, de l'ovaire, des voies urinaires excrétrices.

4-3 Cancer colique sporadique : le risque serait multiplié par 2 à 3 chez les sujets dont l'un des parents était atteint, par rapport au reste de la population, par 4 si deux parents du 1er degré étaient atteints, ou si le cancer était diagnostiqué avant 45 ans.

5- Pathologies recto-coliques favorisantes

5- 1 Adénome

Le risque de transformation d'un adénome en cancer varie en fonction de la taille, de l'importance de la composante villositaire au sein de l'adénome et du degré de dysplasie.

L'adénome peut être considéré comme un état précancéreux.

5-2 Rectocolite ulcero-hémorragique

L'étendue de la RCH est le facteur le plus important.

Le risque de survenue d'un cancer colorectal est multiplié par 14,8 en cas de pancolite et par 2,8 en cas d'atteinte distale.

Le risque de cancer colorectal augmente avec la durée d'évolution de la maladie et devient significatif après 10 ans d'évolution. Les localisations néoplasiques sont souvent multiples. **[17, 32,30]**

5- 3 Maladie de Crohn

Les patients entrés dans la maladie avant l'âge de 40 ans présentaient un cancer plus évolué que ceux atteints après 40 ans **[26]**.

Le risque de dégénérescence est accru au-delà de 8 ans d'évolution.

5-4 Syndrome de Gardner :

1/14000 naissances : Polypose rectocolique familiale. Il associe :

tumeurs desmoïdes (mésentère, paroi abdominale)

Ostéomes frontaux, maxillaires, os longs,

Kystes épidermiques multiples.

5-5 Syndrome de Turcot : Polypose rectocolique familiale

Tumeur maligne du système nerveux central.

5-6 Syndrome de Peutz Jeghers: l'âge moyen de survenue est de 22 ans.

Polypose du grêle, du duodénum, du côlon, de l'estomac.

Polype= hamartomes,

La cancérisation est exceptionnelle, une lentiginose cutanéomuqueuse périforificielle, (bouche anus) est associée.

5-7 Polypose juvénile :

Tout le tube digestif est atteint avec hémorragie digestive basse, il y a un risque de dégénérescence (composante adénomateuse)

6-antécédents personnels :

.cancer colorectal

. Cancer génital

. Cancer du sein

7- Anastomose uretéro-sigmoïdienne.

La dérivation des uretères dans le sigmoïde après cystectomie favorise l'apparition d'un cancer du colon à proximité de l'anastomose **[43]**

C - RAPPELS ANATOMIQUES DU GROS INTESTIN [31 ,32 ,36]

I-ANATOMIE DU COLON

1-Topographie

Le colon est la partie du tube digestif qui s'étend depuis la fin de l'intestin grêle dans la fosse iliaque droite au niveau de la valvule iléocæcale jusqu'à la jonction rectosigmoïdienne au niveau de la troisième vertèbre sacrée. La dénomination couramment usitée de «cadre colique » en indique la topographie abdominale périphérique.

D'un point de vue strictement morphologique, on peut lui décrire les différents segments suivants dans l'ordre :

Le caecum : cul de sac situé au dessous de la valvule de Bauhin et à 2cm de celle-ci, il porte l'appendice vermiculaire

Le côlon ascendant :(12-17 cm), occupe la fosse iliaque et la fosse lombaire droite

L'angle colique droit : est encore appelé angle hépatique

Le côlon transverse : (50 à 60 cm), va de l'angle colique droit à l'angle colique gauche

L'angle colique gauche : ou angle splénique est plus haut situé que l'angle hépatique

Le côlon descendant (14-20cm) : est cylindrique et de calibre plus réduit.

Le côlon sigmoïde (45-51cm) : il est intrapelvien,

2-Configuration externe

Reliefs visibles au niveau de l'ensemble du côlon :
Les bandelettes musculaires longitudinales : au nombre de trois (côlons iliaque et sigmoïde ne présentent que deux bandelettes), elles parcourent

toute la longueur du colon. Les bosselures ou haustrations coliques : séparés des sillons transversaux, elles apparaissent entre ces bandelettes et s'atténuent progressivement pour disparaître au niveau du rectum.

Les appendices épiploïques : Prolongements de la masse graisseuse des mésos, sont implantés le long des bandelettes. Les appendices épiploïques sont plus développés sur le côlon gauche (sigmoïde)

2 - Dimensions générales (valeurs moyennes) : 1,5 à 1,6 m de longueur

Le calibre qui diminue progressivement de 7 à 8 cm au niveau du cæcum et de 3 à 5 cm au niveau du côlon sigmoïde

3 - Structure : La paroi colique comporte quatre tuniques, superposées de dehors en dedans :

Séreuse, constituée par le péritoine viscéral (entourant la surface libre du côlon, jusqu'aux zones fixes) Musculeuse, formée de la superposition de deux couches : externe, longitudinale ; interne, circulaire

Sous muqueuse, lâche (plan de glissement entre les deux couches adjacentes) Muqueuse, dépourvue de plis circulaires (valvules conniventes) et de villosités (contrairement à l'intestin grêle)

4.-moyens de fixité du côlon

Le côlon est par endroit accolé à la paroi pariétale postérieure par le péritoine. Les portions mobiles sont : le caecum, le côlon transverse et le côlon sigmoïde. Ces portions sont mobiles car, comme l'intestin grêle, tapissées sur toutes leurs faces par un revêtement péritonéal qui par l'intermédiaire d'un méso (c'est-à-dire l'adossement de feuillets péritonéaux) les fixe à la paroi pariétale postérieure.

Les portions fixes sont : le côlon ascendant, l'angle droit, le côlon descendant et l'angle gauche.

6-vascularisation du côlon

Le côlon droit (cæcum, côlon ascendant, angle droit et la moitié droite du transverse) est vascularisé par des vaisseaux issus de **l'artère mésentérique supérieure**. Le Côlon gauche (moitié gauche du côlon transverse, l'angle gauche le côlon descendant et le côlon sigmoïde) est vascularisé par des branches de **l'artère mésentérique inférieure** .

6 - 1 vascularisation du côlon droit

6-1-1Vascularisation artérielle du côlon droit : elle est assurée par deux à quatre artères qui naissent du bord droit de l'artère mésentérique supérieure dans son segment pré duodénal.

. Artère colique supérieure droite

Elle est constante et naît très haut à l'endroit où l'artère mésentérique supérieure émerge de la face postérieure du pancréas Elle se divise près de l'angle droit en deux branches :
-l'une supérieure qui suit le bord mésentérique du côlon transverse en formant la partie droite de l'arcade de RIOLAN,

-l'autre, descendante, qui chemine près du côlon ascendant auquel elle forme une arcade vasculaire.

.Artère colique inférieure droite appelée aussi artère iléo-cæco-appendiculo-colique, elle est également constante.Un peu avant d'atteindre

l'angle iléo-cæcal elle se divise en ses branches terminales : artère colique inférieure proprement dite, artère appendiculaire, artères cæcales antérieure et postérieure, artère iléale.

. **Artère colique moyenne droite** : elle est inconstante

. **Artère colica media** : est également inconstante

6-1-2 Vascularisation veineuse du côlon droit : Les veines se jettent dans la veine mésentérique supérieure qui draine le sang veineux du grêle et du colon droit, et chemine à droite de l'artère mésentérique

6-1-3 Vascularisation lymphatique du côlon droit : Il existe plusieurs relais ganglionnaires :

Ganglions épicoliques : situés au contact même de la paroi colique
ganglions paracoliques : situés au contact de l'arcade vasculaire,
ganglions intermédiaires : situés le long des vaisseaux coliques supérieurs et inférieurs droits. Ces différents ganglions se drainent dans **le groupe principal** situé au contact des vaisseaux mésentériques supérieurs en avant du duodénum.

Sur le plan chirurgical, l'envahissement du groupe principal représente la limite des possibilités d'exérèse curative.

6-2 Vascularisation côlon gauche

6-2-1 Vascularisation artérielle du côlon gauche : Elle est tributaire de l'artère mésentérique inférieure et ses branches

.Artère colique supérieure gauche : elle naît habituellement du tronc de la mésentérique inférieure 3 à 4 cm après son origine. Elle se termine à 2 ou 3 cm de l'angle colique gauche en se divisant en deux branches : l'une ascendante pénètre dans le méso colon transverse et forme la partie gauche de l'arcade de RIOLAN ; l'autre descendante suit à 2cm de distance le bord mésentérique du côlon descendant et donne naissance à des vaisseaux droits.

.Artère colique moyenne gauche : elle est très inconstante.

.Tronc des sigmoïdiennes

Il se détache de la mésentérique inférieure 2 ou 3 cm au dessous de la colique supérieure gauche. Oblique en bas et à gauche, il se divise très vite en trois artères sigmoïdiennes (supérieure, moyenne, inférieure) qui pénètrent dans le méso sigmoïde et qui, arrivées à 2cm du bord mésentérique du côlon, se divisent chacune en une branche ascendante et une branche descendante qui s'anastomosent entre elles et avec les artères voisines

6-2-2 Vascularisation veineuse du côlon gauche Les veines se jettent dans la mésentérique inférieure. Celle-ci s'anastomosent avec la veine splénique pour former derrière le pancréas le tronc spléno-mésaraïque. Le confluent de ce tronc avec la mésentérique supérieure donne la veine porte qui draine tout le sang digestif vers le foie

6-2-3 Vascularisation lymphatique du côlon gauche : Le réseau lymphatique du côlon gauche se draine dans les groupes ganglionnaires suivants : **épicoliques** au contact de la paroi intestinal,

Paracoliques situé le long de l'arcade vasculaire colique gauche
intermédiaire au contact des artères sigmoïdiennes,

principal au niveau de l'origine de l'artère colique supérieure gauche, **central** à l'origine de l'artère mésentérique inférieure et qui se draine dans les ganglions latéro-aortiques gauches

7–Innervation du colon : Les nerfs viennent du plexus soléaire par les plexus mésentériques supérieur et, inférieur, satellite des artères

8–Rapports du côlon

1 Rapports du côlon droit Ces rapports postérieurs sont représentés en haut par les deuxième et troisième portions du duodénum et par la partie inférieure de la tête du pancréas. Plus bas, les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens et l'uretère droit sont en rapport avec le mésocolon ascendant mais, situés en arrière du fascia de Toldt.

En dedans, les rapports essentiels sont les anses grêles et surtout le mésentère et pédicule mésentérique supérieur.

En dehors, le côlon droit est séparé des muscles larges de l'abdomen par la gouttière pariéto-colique droite

8 –2 Rapports du côlon gauche

En arrière, les rapports s'effectuent à la partie haute avec la queue du pancréas. Plus bas, le côlon descendant et son méso sont en rapport avec le pédicule rénal gauche et la partie inférieure du rein gauche, l'uretère et les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens

En bas, le côlon sigmoïde forme une sorte de couvercle à la cavité pelvienne. Il entre ainsi en rapport avec l'utérus et ses annexes, particulièrement

l'annexe gauche à laquelle il est souvent uni par le ligament tubocolique. En dehors, le côlon descendant est séparé des muscles larges par la gouttière pariéto-colique gauche.

En dedans, les rapports s'effectuent avec les anses grêles recouvertes par le grand épiploon.

En avant, l'angle gauche est caché par le rebord costal

II ANATOMIE DU RECTUM

1-Limite : IL fait suite au colon iliopectinal et commence lorsque finit le mésocolon, c'est à dire à la hauteur de la troisième vertèbre sacrée .Il se termine par l'anوس.

2 - Direction Le rectum descend en avant du sacrum et du coccyx .Il décrit d'abord une courbe dont la concavité dirigée en avant est concentrique à celle du sacrum et du coccyx .En regard du sommet du coccyx, le rectum se coude et se porte obliquement en bas et en arrière

3 Division et dimensions : On distingue au rectum deux segments : l'un, supérieur ou pelvien, contenu dans la concavité pelvienne ; l'autre, périnéal ou anal, compris dans l'épaisseur de la paroi inférieure du bassin ou périnée La longueur totale est, chez l'homme adulte, de 12cm en moyenne, comprenant 10 à 12cm pour le segment pelvien, 2 à 3cm pour le segment périnéal

4 Configuration extérieure:la surface du rectum pelvien est parcourue de stries longitudinales formées par les faisceaux de fibres de la couche musculaire superficielle.Il est creusé sur ses faces latérales de sillons peu profonds dont le nombre et le siège sont variables.

5 Configuration intérieure : le rectum a une structure un peu différente de celle du colon

Tunique séreuse :

Outre les replis temporaires, il existe dans le rectum pelvien des replis permanents, semi lunaires, dirigés transversalement, appelés valvules rectales ou valvules de Houston. Sur le segment périnéal du rectum

ou canal anal, on trouve des colonnes et des valvules de Morgagni
Dans le canal anal, on distingue deux parties:l'une, muqueuse,l'autre cutanée
La Tunique musculaire : se compose d'une couche superficielle de fibres longitudinales et d'une couche profonde de fibres circulaires. Les fibres longitudinales profondes descendent jusqu'à l'anus .Les fibres superficielles présentent d'étroites connexions avec les fibres de la partie élévatrice du releveur de l'anus .

6 -Rapports principaux

En arrière : le rectum est en rapport avec le sacrum et le coccyx
-Face antérieure : ses rapports sont différents chez l'homme et chez la femme.
Chez l'homme, le rectum répond de haut en bas à la vessie, la prostate,les vésicules séminales et les uretères

Chez la femme, le rectum répond de haut en bas à l'utérus et au vagin, latéralement le rectum répond aux uretères .à de plexus nerveux :les lames sacro-pubiennes

7-Vascularisation du rectum

7-1 Artères du rectum

Artères hémorroïdales supérieures : naissent de l'artère mésentérique inférieure. Les hémorroïdales l'une: droite,l'autre gauche,divergent et se portent vers les parois latérales,droite et gauche .Elle donne des rameaux à la moitié correspondante du rectum pelvien

Hémorroïdales moyennes : branches de l'hypogastrique abordent la paroi latérale du rectum près de l'extrémité inférieure de l'ampoule rectale.

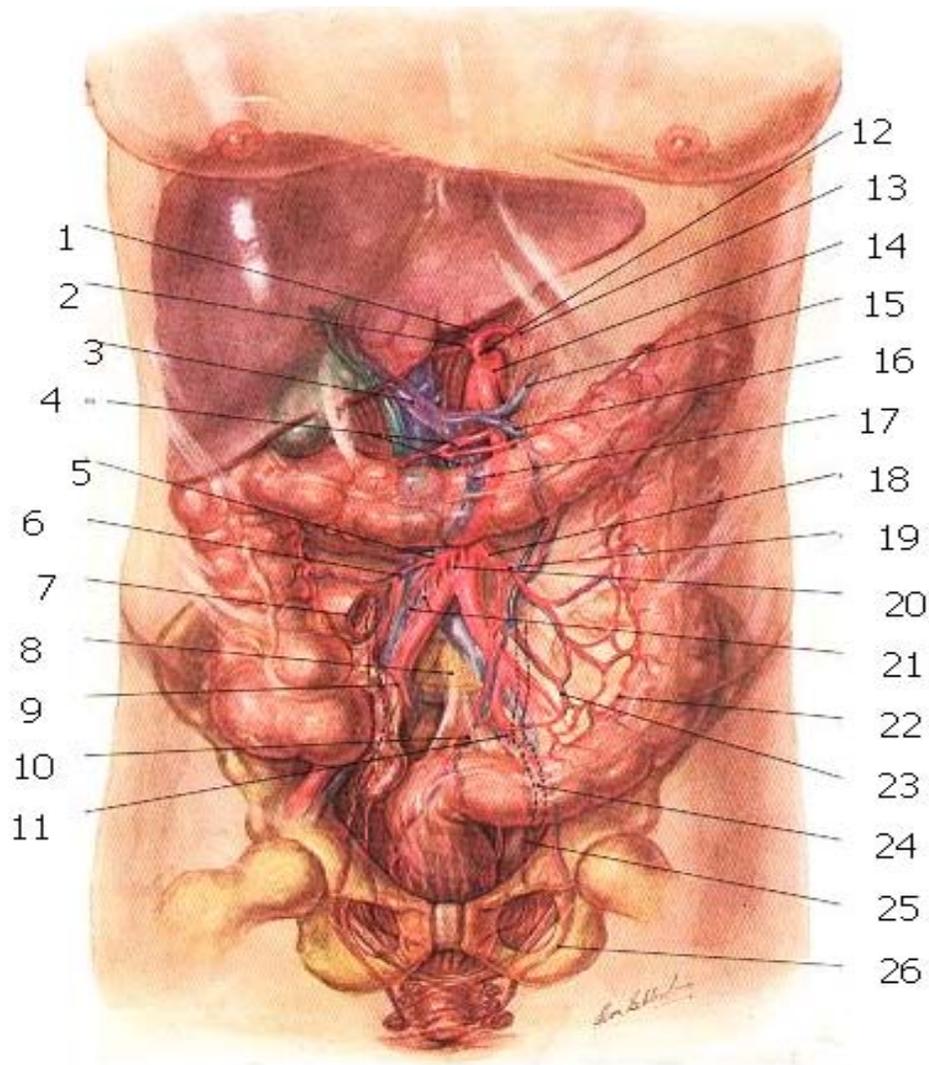
Artères hémorroïdales inférieures : au nombre de une à trois de chaque côté, se détachent de la honteuse interne quand celle-ci court sur la paroi externe de l'espace ischio-rectal. Elles traversent cet espace et se distribuent au sphincter externe de l'anus, à la paroi du canal anal et la peau de la marge de l'anus

7-2 Veines du rectum : appelées veines hémorroïdales, suivent à peu près le même trajet que les artères. Les veines hémorroïdales supérieures se jettent dans **la veine porte** par la veine mésentérique inférieure ; les veines hémorroïdales moyennes et inférieures vont **à la veine cave inférieure** par les veines iliaques internes. Ces veines naissent d'un riche plexus sous muqueux commun à ces trois groupes de veines. Ce plexus veineux, appelé plexus hémorroïdal, réalise ainsi une très importante anastomose porto-cave. Les branches d'origine des hémorroïdales inférieures se distinguent en veines sus sphinctériennes, trans-sphinctériennes et sous sphinctériennes.

Lymphatiques du rectum : Le drainage lymphatique du rectum se fait dans trois directions : vers les ganglions situés le long de l'artère sigmoïdienne, puis vers les ganglions péri-aortico-caves, vers les ganglions hypogastriques et les ganglions inguinaux

7-3 Les nerfs Le rectum est innervé par : les plexus hémorroïdaux supérieurs qui terminent le plexus mésentérique inférieur, les plexus hémorroïdaux inférieurs qui émanent des plexus hypogastriques. Le nerf hémorroïdal ou anal, branche du plexus sacré innerve le sphincter externe et la peau de la marge de l'anus

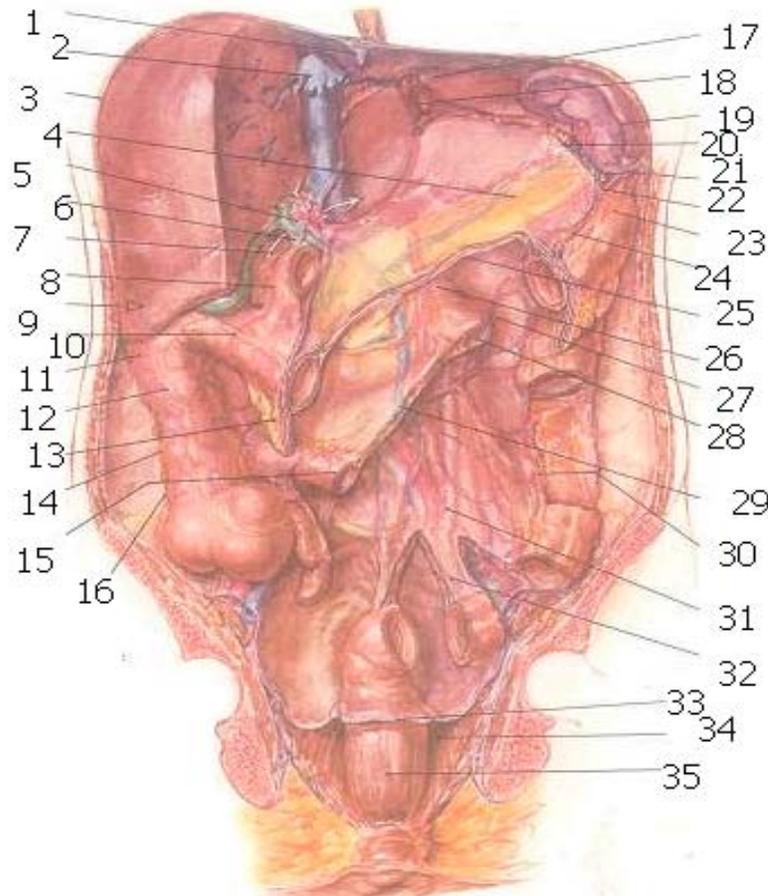
FIGURE 1 VASCULARISATION DU COLON ET RECTUM : artères et veines [31]



- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 - artère gastrique gauche | 8- 5 è vertèbre lombaire | 13- artère splénique |
| 2- artère hépatique | 9- artère et veine appendiculaire | 14- aorte |
| 3- veine porte | 10- vaisseaux hémorroïdaux sup | 15- veine splénique |
| 4- vaisseaux coliques transverses | 11- vaisseaux iliaques int. | 16- VMS |
| 5- vaisseaux coliques droite sup | 12- tronc caelique | 17- AMS |
| 6- vaisseaux iléo-coliques | 13 - artère splénique | 18- AMI |
| 7- iléon terminal | 23- vaisseaux du sigmoïde | 19- artère colique gauche sup |
| 20- artère jéjunale | 24- uretère | 25- vaisseaux hémorroïdaux moyens |
| 21- artère iléale | | |
| 22- artère marginale de Drummond | | |
| | 26- vaisseaux hémorroïdaux inférieurs | |

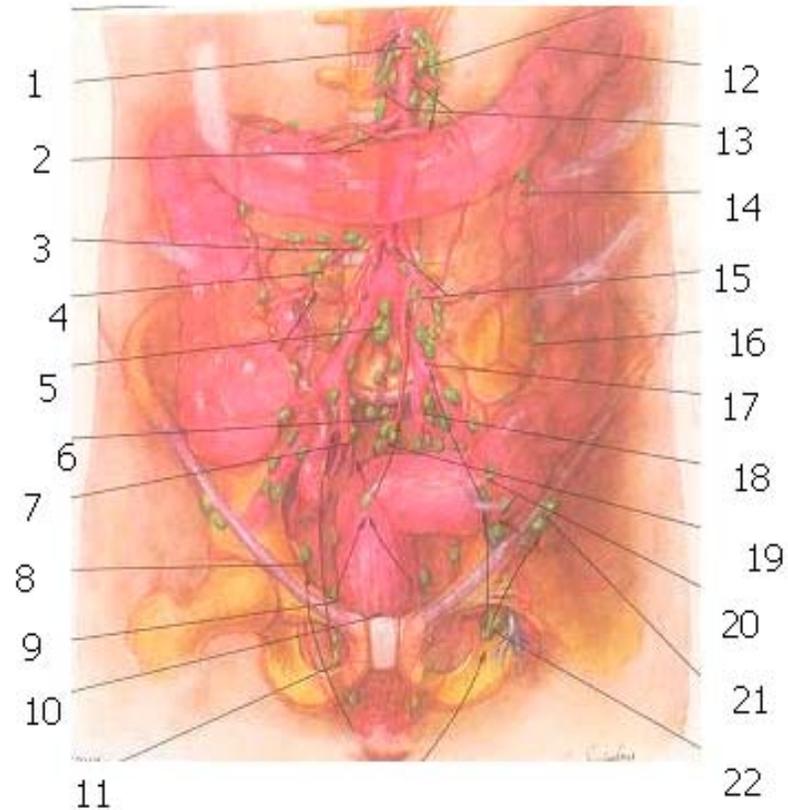
Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A » du CHU du point « G »

FIGURE 2 : COLON, RECTUM, ANUS ET PERINEE [31]



- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| 1- ligament falciforme | | | | |
| 2- VCI | | | | 6- lig hépato-duodéal |
| 3- Diaphragme | | | | 7- hiatus de Winslow |
| 4- Pancréas | | 8- duodénum | 24- lig gastro-colique | 5- |
| artère hépatique | 9- ligament hépato-colique | | 25- racine du mésocolon transverse | |
| 10- bandelette de l'épiploon | | 17- lig triangulaire G | 26- fascia de Treitz | |
| 11- angle droit du colon | | 18- oesophage | 27- rein | |
| 12- bandelette | | 19- rate | 28- jéjunum | 13- |
| grand épiploon | | 20- lig gastro-splénique | 29- AMS et VMS | 14- |
| bandelette de l'épiploon | 21- lig phrénico-colique G | 30- ligne de réflexion du mésocolon D | | |
| 15- iléon terminal | 22- lig gastro-splénique | 31- uretère | 16- | |
| ligne de réflexion du mésocolon G | 23- angle G du colon | 32- mésosigmoïde | 33- | |
| péritoine | 34- fossette iléocæcale sup | 35- rectum | | |

FIGURE 3 : VAISSEaux LYMPHATIQUES DU COLON ET DU RECTUM [31]



- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| 1- Ggl. du tronc coeliaque | 2- Ggl. intermédiaires et V.colique transverse | 3- A. et Ggl.colique droits |
| 4- A. et Ggl. Iléo-coliques | 5- Ggl. Préaortiques | 6- Ggl sacrés moyens |
| 7- Ggl et A. sacrés latéraux | 8- Ggl obturateurs | 9- Ggl et A. hémorroïdaux moyens |
| 10- rectum et principaux Ggl. épicoliques | 11-Ggl. Pararectaux | 12- Ggl. Paracoliques |
| 13- AMS | 14- arcade de Riolan | 15- AMS et colique sup gauche |
| 16- Ggl hémorroïdaux sup | 17-Ggl iliaque primitive | 18- Ggl.iliaques internes |
| 19- Ggl et A. inguinaux profonds | 20-Ggl iliaques ext. | 21-Ggl inguinaux superficiels |
| 22- Ggl | | |

D - RAPPELS PHYSIOLOGIQUES DU GROS INTESTIN [36]

1 PHYSIOLOGIE DU COLON

.Il a une double fonction : réabsorption et motricité.

1-1 Fonction de réabsorption

:Le colon droit termine la digestion, il résorbe les substances assimilables, (en particulier les graisses et les sucres) et digère la cellulose. Le colon gauche absorbe les liquides.

1-2 fonction de motricité : le côlon est le siège de trois types de mouvements **Mouvements de segmentation** qui restent localisés et ne se déplacent pas sur le cadre colique,

Mouvements antipéristaltiques du cæcum et de la partie initiale du côlon ascendant qui favorisent le processus de réabsorption qui se déroule à ce niveau,

Mouvement de masse enfin, appartenant uniquement au côlon transverse et au côlon gauche : il s'agit de grands mouvements péristaltiques survenant deux ou trois fois par jour et qui transportent chaque fois environ un tiers du contenu colique dans le rectum.

2 Physiologie du rectum : L'ampoule constitue un réservoir contractile qui a un rôle de stockage

L'anus assure la continence anale et contrôle la défécation

E – ETUDE CLINIQUE

I CANCER DU COLON

1 Anatomopathologie

1-1 Macroscopiquement

Le cancer invasif se traduit par

- une tumeur bourgeonnante faisant saillie dans la lumière colique
- ou une tumeur végétante ou ulcérovégétante, à implantation large
- ou une tumeur squirreuse plus rare : infiltrante et sténosante, épaississant et rigidifiant la paroi colique.

1-2 Microscopiquement les adénocarcinomes représentent 98% des cancers coliques Leur degré de différenciation est variable [30] .Ils peuvent être bien différenciés (lieberkhüniens) : moyennement de mouvements peu ou indifférenciés

Colloïdes Cellules contenant du mucus

Les sarcomes sont rares

1-3 Extension tumorale Elle se fait localement à travers la paroi colique , à distance vers les ganglions lymphatiques e vers d'autres viscères (métastase) L'extension métastatique se fait surtout par voie portale. La synthèse de l'extension tumorale est réalisée par les différentes classifications anatomopathologiques. Les plus anciennes sont la **classification de Dukes et celle d'Astler et Coller.**

La classification TNM introduit en outre la notion de cancer in situ ne dépassant la muqueuse et correspondant au stade 0. Elle est maintenant d'utilisation courante.

T correspond à la tumeur

T0:tumeur non démontrable cliniquement

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur confinée à la muqueuse ou la sous muqueuse

T2 : envahissement de la musculuse ou de la séreuse sans la dépasser

T3 : envahissement de toutes les couches du côlon, sans extension aux structures adjacentes

T4 : id T3 + fistules

T5 : envahissement au delà des organes adjacents

N correspond aux adénopathies

Nx : atteinte non enregistrée

N0 : ganglions non envahis

N1 : ganglions régionaux envahis

M correspond aux métastases

Mx : non évaluées, M0 : absentes, M1 : présentes

La lettre « p » précédant ces stades signifie que la stadification a été faite par l'anatomopathologiste, les lettres « us » qu'elle a été faite par l'échographiste.

2- Clinique

2-2 Diagnostic positif

Forme type : cancer sigmoïdien non compliqué

2-2-1 L'interrogatoire,

Précise les antécédents personnels ou familiaux et recherche les facteurs de risque.

Les signes fonctionnels :

troubles du transit :

- constipation d'apparition ou d'aggravation récentes
- diarrhée, alternance de diarrhée et constipation particulièrement évocatrice, surtout en l'absence de troubles du transit antérieurs
- rectorragie: émission de sang rouge par l'anus accompagnant ou indépendante des selles. Elles sont en règle peu abondantes.
- douleurs :
 - coliques intermittentes avec ballonnement abdominal cédant par l'émission de gaz et de selles.
 - sensation de gêne ou de pesanteur persistante du flanc gauche

Signes généraux

- asthénie, anorexie, amaigrissement
- parfois, fièvre au long cours traduisant la surinfection locale

2-2-2 Signes physiques:

- Inspection

apporte peu d'informations en dehors des complications occlusives

- Palpation

Elle recherche la tumeur colique :

- masse profonde, irrégulière, parfois sensible de la fosse iliaque gauche,
- et évalue sa mobilité ou sa fixation aux plans voisins traduisant leur envahissement.
- Les touchers pelviens doivent être effectués de principe.

Ils peuvent permettre de percevoir la tumeur si elle est prolabée dans le cul de sac de Douglas.

Le toucher rectal peut ramener un peu de sang rouge.

Ils sont souvent normaux.

2-2-3 Formes cliniques :

2-2-3-1 Formes topographiques :

Cancer du caecum :

Rarement sténosant, souvent surinfecté

Cancer de l'angle colique droit :

Il se manifeste par des douleurs de l'hypochondre droit évoquant des pathologies biliaire, pancréatique ou gastrique.

Cancer du côlon transverse :

Se présente comme une masse péri ou sous ombilicale

Il est rapidement sténosant, et entraîne des troubles du transit de type occlusif.

Cancer du côlon descendant :

Occlusif en raison du diamètre étroit de l'intestin à ce niveau.

-Les cancers de l'angle colique gauche s'étendent rapidement vers la rate, la queue du pancréas, l'estomac, le grand épiploon, le rein gauche.

Cancer du côlon iliaque :

Peut envahir l'uretère, la paroi abdominale.

Cancers multiples :

2-2-3-2 Formes compliquées :

Formes occlusives :

Peuvent se voir dans toutes les localisations, mais sont plus fréquentes pour le colon gauche. Elles sont parfois révélatrices.

Péritonite:

Localisée :

par infection péri-tumorale, constituant un abcès. Elle est due :

à la perforation de la tumeur,
à sa fissuration par nécrose tissulaire,

Généralisée : elle est due

. à la rupture d'un abcès péri-tumorale ,
. à la perforation de la tumeur elle même ,
. à une perforation diastatique située à distance du cancer, par distension colique en amont d'une tumeur sténosante.

2-2-3-3 Formes fistulisées : L'envahissement d'un viscère voisin par la tumeur, ou l'ouverture d'un abcès entraîne une fistule interne

2-2-3-4 Formes hémorragiques :

Les rectorragies ont le mérite d'attirer l'attention vers le côlon. Elles sont rarement abondantes, plus souvent distillantes entraînant une anémie hypochrome.

3 - Examens complémentaires**3-1 Biologie:**

La NFS peut révéler une anémie hypochrome.

Le dosage sérique de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) a une sensibilité et une spécificité faibles. La principale indication de ce dosage est la surveillance postopératoire.

La recherche de sang dans les selles, réalisée par **hémocult** est un moyen de dépistage de masse. En cas de positivité, une coloscopie est indiquée.

3-2 La radiographie d'abdomen sans préparation :

Peut montrer une distension colique aérique au dessus d'une sténose qu'elle localise,

Une stase stercorale au-dessus de cette sténose,

Un pneumopéritoine en cas de perforation.

3-3 La coloscopie totale constitue la principale investigation.

Elle visualise la tumeur:

- en précise le siège par rapport à la marge anale
- permet des biopsies
- explore le côlon infra et supra tumoral et le rectum, à la recherche d'une autre localisation ou de polypes associés dont elle permet l'exérèse.

3-4 La rectosigmoïdoscopie explore le rectum et le sigmoïde. Elle est indiquée en cas de tumeur colique gauche, mais ne permet pas de s'assurer de l'intégrité du côlon sus-jacent.

3-5 Le lavement opaque : Il reste indiqué quand la coloscopie a été incomplète ou irréalisable.

Le cancer se traduit par une image constante et fixe :

- sténose : image en virole, défilé irrégulier, anfractueux, raccordé de façon brutale au colon sain, avec parfois ébauche d'invagination.
- lacune : latérale ou ventrale, irrégulière, marécageuse, à base d'implantation large.
- ulcération dans une lacune,
- simple rigidité pariétale,

Cet examen précise en outre

- le siège de la tumeur par rapport à la marge anale,

Les examens complémentaires utiles à la décision thérapeutique, à réaliser de première intention sont l'échographie hépatique et la radiographie pulmonaire à la recherche de métastases.

4-Traitement :

Le traitement du cancer colique est en premier lieu chirurgical.

4-1 Chirurgical

L'exérèse curative a pour but la guérison du patient. Elle est basée sur l'éradication de la totalité des tissus cancéreux :

exérèse du segment tumoral avec une marge de colon sain sus et sous-jacent de 5 cm minimum, et du mésocolon, contenant les lymphatiques drainant la zone tumorale.

Lorsque l'intervention est programmée, et en l'absence d'occlusion, il est souhaitable de réaliser une préparation colique dont le but est d'assurer la vacuité colique. Elle peut être étalée sur plusieurs jours associant le régime sans résidu, les lavements évacuateurs avec une solution de Bétadine®, et l'antibiothérapie orale.

La nature de l'exérèse est fonction du siège, et de la taille de la tumeur

4-1-1 Colectomies segmentaires

La continuité colique est rétablie par anastomose colo-colique, termino-terminale ou latéro-latérale.

4-1-2 Hémicolectomie droite : en cas de cancer colique droit

Elle emporte : tout le colon vascularisé par l'artère mésentérique supérieure, 5 à 10 cm d'iléon terminal

La continuité digestive est rétablie par une anastomose iléo-transverse latéro-latérale ou termino-latérale.

4-1-3 Hémicolectomie gauche

Elle emporte tout le colon vascularisé par l'artère mésentérique inférieure : La continuité est rétablie par une anastomose transverso-rectale, termino-terminale ou latéro-terminale.

4-1-4 Colectomie sub-totale

Elle emporte en plus de la zone tumorale, tout le colon situé en amont de celle-ci. L'anastomose Iléo-colique ou rectale qui lui fait suite a l'avantage d'être plus sûre qu'une suture Colo-colique.

4-1-5 Colectomie totale

Elle emporte la totalité du cadre colique, de la dernière anse iléale à la jonction rectosigmoïdienne.

La continuité est rétablie par anastomose Iléo-rectale.

4-1-6 Colectomie élargie

En cas d'envahissement de tissus voisins, l'exérèse peut être étendue à la demande, à la paroi abdominale, au rein, à la vésicule biliaire, au pancréas, à l'estomac, au grêle, à l'utérus, aux ovaires, à la vessie.

4-1-7 Exérèse des métastases hépatiques :

Elle est réalisable lorsque la résection de toutes les métastases paraît possible sans exérèse hépatique majeure: métastase unique ou de petite taille.

4-1-8 La chirurgie palliative a pour but de traiter les conséquences du cancer : occlusion, hémorragie, péritonite. Elle peut constituer un premier temps thérapeutique préparant le patient à une exérèse curative.

Méthodes

4-1-9 Dérivations internes :

Elles visent à rétablir le transit intestinal par une anastomose latéro-latérale court circuitant la tumeur.

L'anastomose peut être:

-Iléo-transverse (iléo-transversostomie), iléo-sigmoïdienne (iléo-sigmoïdostomie)

- Colo-colique (transverso-sigmoïdostomie) .

Dérivations externes ou stomies :

Elles consistent à aboucher à la peau un segment intestinal de manière à ce que les matières s'écoulent vers l'extérieur ou elles sont recueillies par un dispositif collecteur

- d'une iléostomie: abouchement à la peau de l'iléon, une colostomie latérale ou d'une colostomie terminale

4-2 Méthodes endoscopiques

Destruction au laser, ou forage de tumeurs sigmoïdiennes sténosantes.

Cette méthode palliative reste d'exception, elle présente un risque élevé de perforation colique

4-3 Chimiothérapie

4-3-1 Systémique

les protocoles actuellement utilisés associent au 5FU de l'acide folinique. D'autres molécules tel l'irinotécan (Campto®) sont aussi utilisées.

4-3-2 Locale

Elle est destinée à traiter les métastases hépatiques.

La chimiothérapie intra-artérielle: consiste à perfuser le 5FU dans l'artère hépatique après cathétérisme de celle-ci

4- 4 Radiothérapie

a pour objectif de détruire les cellules néoplasiques résiduelles dans le lit tumoral après exérèse chirurgicale.

Elle est indiquée pour les tumeurs dépassant la paroi colique,

en cas d'exérèse incomplète, ou de récurrence locale.

4-5 Indications thérapeutiques et résultats

Cancers non compliqués non métastatiques :

C'est l'indication de la résection colique avec rétablissement immédiat de la continuité digestive.

Cancers multiples:

Colectomie ou coloproctectomie totales

Résultats :

Mortalité postopératoire:

Inférieure à 2%. Elle est due aux complications cardio-respiratoires et aux désunions anastomotiques. **[1]**

* Morbidité: **[1]**

- postopératoire

Complications médicales 2 à 6%

Désunions anastomotiques : 1 à 5%

- à distance:

séquelles pariétales: éventrations

* Survie à distance

globalement, à 5 ans, après chirurgie curative : 60 à 70%. **[6]**

Les taux de survie sont corrélés à l'extension locale, au degré de différenciation cellulaire, et au caractère curateur de la résection.

* Cancers compliqués :

Cancer occlusif :

La décision opératoire doit être rapide lorsque l'occlusion persiste malgré le traitement médical (aspiration naso-gastrique, lavements).

- chirurgie à minimum si patient à risque :

Colostomie sur baguette de proche amont, par voie élective.

Secondairement sera effectuée une colectomie emportant la tumeur et la colostomie avec rétablissement de la continuité digestive.

- intervention de Hartmann : si la possibilité de réintervention pour exérèse tumorale est limitée.

Chez les patients inopérables : forage de la sténose au laser
péritonite

- par perforation tumorale ou diastatique caecale :

. colectomie segmentaire de la zone perforée, avec stomies en amont et en aval

. rétablissement de la continuité dans un 2ème temps

. lavage péritonéal abondant et drainage

Cancer hémorragique:

colectomie segmentaire et colostomies d'amont et d'aval, après localisation du siège de l'hémorragie par coloscopie ou artériographie.

Cancer fistulisé:

exérèse colique segmentaire élargie aux organes envahis

* Cancers métastatiques

Métastases hépatiques synchrones

- unique, localisée à un segment hépatique, au cours d'une colectomie curative, chez un sujet en bon état : résection hépatique à la demande, métastasectomie ou segmentectomie.

- volumineuse, nécessitant une hépatectomie : colectomie seule, résection hépatique différée de trois mois, en l'absence d'évolutivité des métastases.

– multiples : chimiothérapie systémique postopératoire, éventuellement

chez les sujets jeunes, cathétérisme de l'artère hépatique en vue d'une chimiothérapie intra artérielle

5 Quelle surveillance après résection curative?

Le rythme de surveillance est souvent discuté. Il semble que l'on puisse s'accorder (consensus) sur le schéma suivant :

- contrôle clinique, échographique et éventuellement biologique au 3^{ème} mois postopératoire ;
- contrôle clinique, échographique, coloscopique et éventuellement biologique à 6 mois et à 1 an ;
- contrôle semestriel la 2^{ème} année puis annuelle jusqu'à 5 ans
- A partir de la 5^{ème} année, une coloscopie tous les 2 ou 3 ans

II CANCER DU RECTUM

1-Anatomie des lésions

1-1 Macroscopie : les différentes formes macroscopiques sont

- ulcéro-végétantes avec des bords friables à base indurée, irréguliers et bourgeonnantes, saignant au contact et une zone centrale ulcérée, nécrosée. C'est le plus fréquent.
- végétantes : masse unique en chou fleur, très rare. Il s'agit le plus souvent d'un adénome ou d'une tumeur villose transformée
- petits cancers : stade de début.
- ulcéro infiltrantes

1-2 Siège Le cancer siège le plus fréquemment au niveau de l'ampoule rectale (75%) [18]. Il peut siéger au niveau du bas rectum ou de la jonction recto-sigmoïdienne. La jonction recto-sigmoïdienne se projette au niveau de l'interligne entre la 2^{ème} et la 3^{ème} vertèbre sacrée.

- le bas rectum = 0 à 5 cm
- le moyen rectum = 5 à 10 cm
- le haut rectum = 10 à 15 cm

1-3 Extension

- Locale Extension intra-murale : elle se fait par envahissement progressif des couches de la paroi

- Locorégionale : envahissement par contiguïté : La tumeur envahit rapidement le tissu cellulo-adipeux péri rectal (mésorectum).

En arrière l'envahissement se fait vers l'espace pré-sacré. En avant vers le péritoine, la vessie et le vagin chez la femme. Latéralement l'envahissement se fait vers le releveur de l'anus et les ailerons du rectum, provoquant la fixation de la tumeur. Elle se fait également vers les uretères, dans le tissu celluleux de l'espace pelvi-rectal supérieur.

- Extension lymphatique : l'envahissement ganglionnaire est en général ascendant.

- Extension générale Elle se fait par voie veineuse (veine porte) métastases hépatiques, métastases pulmonaires ou osseuses. Rarement isolées, sans "relais" hépatique ;

Et par voie lymphatique : ganglions sus claviculaire (Ganglion de Troisier) qu'il faut considérer comme des métastases à distance

Classifications histologiques : Il faut actuellement utiliser la classification internationale TNM :

Tis : intra épithélial ou chorion T1 : Sous muqueuse

T2 : musculuse

T3 : graisse péirectale

T4 : organe de voisinage

N0 : pas de métastase ganglionnaire

Nx : pas de métastase ganglionnaire mais moins de 8 ganglions examinés

N1 : 1 à 3 ganglions régionaux

N2 : plus de 3 ganglions régionaux

M0 : pas de métastase

M1 : métastase à distance (dont ganglions sus claviculaire)

N.B. : l'examen d'au moins 8 ganglions régionaux est nécessaire à une évaluation correcte.

Microscopie :

L'adénocarcinome, à point de départ glandulaire est la forme histologique la plus fréquente (90% des cas) [36] il peut être bien différencié, moyennement différencié, peu différencié

- mucoïde ou colloïde, certaines cellules sécrétant en abondance du mucus.

- constitué par des cellules indépendantes, en bague à chaton, réalisant une limite rectale.

Les sarcomes sont rares : léiomyosarcomes, mélanosarcomes, tumeurs carcinoïdes.

2 Diagnostic

2- 1 Clinique

Diagnostic positif

Forme type : cancer de l'ampoule rectale

Signes fonctionnels : [43]

Rectorragies : dans 70 % des cas. Elles sont isolées, sans spécificité et doivent faire évoquer d'emblée le diagnostic

Les troubles du transit : sont à type de faux besoins, de sensations de plénitude rectale, d'épreintes (douleurs rectales précédant la défécation), de ténésme (tension douloureuse avec envies continues d'aller à la selle). L'association de ces signes constitue le syndrome rectal

Occlusion intestinale basse : caractérisée par un arrêt des matières et des gaz précoce, des vomissements tardifs.

Hématurie ou fécalurie et pneumaturie : évocatrices d'une fistule recto vésicale par envahissement vésical

Métrorragies ou écoulement vaginal fécaloïde traduisant une fistule recto-vaginale.

Altération de l'état général, asthénie, douleurs pelviennes

3-2 Signes physiques :

L'examen clinique est basé sur le toucher rectal.

Après inspection du périnée, il est effectué sur le patient en décubitus dorsal puis en position genu-pectorale, et permet d'explorer toutes les faces du rectum sur une hauteur de 8 à 10cm.

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

La palpation des creux inguinaux recherche des adénopathies.

3-3 Formes cliniques

- Cancer de la charnière rectosigmoïdienne. Les troubles sont identiques à ceux provoqués par les cancers sigmoïdiens

- Cancer du canal anal : les douleurs dominent la symptomatologie fonctionnelle. L'infiltration du sphincter peut aboutir à une incontinence fécale

4 Examens Complémentaires.

4-1 La rectoscopie par rectoscope rigide, précédée d'une anoscopie.

La rectosigmoïdoscopie par endoscope souple.

Elles permettent de visualiser la tumeur dont l'aspect macroscopique peut évoquer d'emblée le diagnostic : lésion dure, irrégulière, bourgeonnante, hémorragique ;
de faire des biopsies.

4-2 Le lavement opaque : peut montrer les tumeurs non accessibles au toucher rectal.

4- 2 L'échographie endorectale : permet avec une sensibilité supérieure à 90 % d'objectiver l'infiltration tumorale transpariétorectale, et de mettre en évidence des adénopathies latéro-rectales avec une sensibilité de 50 %. [36]

4-3 La tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire permettent de préciser l'extension tumorale extra rectale.

4-4 La coloscopie totale : nécessaire afin de vérifier l'absence de cancer colique synchrone (2 à 8% des patients), [43]

4-5 La cystoscopie : est indiquée en cas de suspicion d'envahissement vésical : hématurie, fécalurie, tumeur rectale antérieure.

4-6 Le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) : ne montre des taux supérieurs à la normale (5 ng/ml) que lorsque la tumeur est sécrétante.

4-7 L'échographie ou le scanner hépatique : sont systématiques pour rechercher des métastases, de même que la radiographie pulmonaire.

5 Traitement

Les décisions thérapeutiques doivent être prises par une équipe pluridisciplinaire, associant gastro-entérologues, chirurgiens, et oncologues. Elles sont fondées sur le degré d'extension de la tumeur.

5-1 chirurgical:

5-1-1 Curatif : a pour objectif de réséquer la totalité des tissus tumoraux. L'exérèse emporte la tumeur rectale en passant au large de celle-ci (au moins 2 cm en dessous sur la pièce non fixée), la totalité du méso rectum postérieur et latéral, les ganglions lymphatiques drainant le territoire concerné, voire les métastases hépatiques si celles-ci sont localisées.

5-1-2 Palliatif: il n'a pour but que d'améliorer le confort du patient : suppression du syndrome rectal, hémostasie, dérivation digestive en cas d'occlusion.

Méthodes

Les résection tumorales

***par voie trans anale:** la tumeur est abordée à travers l'anus
Cette méthode ne permet pas de réaliser de lymphadénectomie

***Résection rectale par voie abdominale (résection antérieure)**

Rétablissement de la continuité par anastomose colorectale

anastomose termino-terminale mécanique anastomose latéro-terminale manuelle

Les anastomoses plus basses sont effectuées par suture manuelle Colo-anale par voie trans-anale.

* **Intervention de Hartmann** : résection rectale et colostomie, la continuité digestive peut être rétablie secondairement

***L'amputation abdomino-périnéale** : emporte la totalité du rectum , l'atmosphère cellulo-lymphatique périrectale, les muscles releveurs de l'anus, l'anus et son appareil sphinctérien.

Elle est réalisée par une double voie d'abord: abdominale et périnéale

Lorsque la tumeur envahit des viscères voisins, l'exérèse peut être étendue à la vessie, à la prostate, ou au vagin

Chirurgie palliative:

- Les colostomies supra-tumorales terminales ou latérales, permettent de dériver les matières en cas d'occlusion intestinale provoquée par les tumeurs sténosantes, de rectite radique, de douleurs liées à la surinfection locale.

* Destruction tumorale locale

Plusieurs techniques sont utilisables :

- l'électrocoagulation par voie trans-anale
- la photo coagulation par laser

Ces méthodes peuvent être curatrices pour les petits cancers de moins de 3 cm de diamètre, limités à la paroi rectale et accessibles par voie trans-anale.

* **Radiothérapie externe:**

Elle a pour but de détruire les cellules tumorales et de faire diminuer le volume tumoral.

Elle peut être exclusive, la dose délivrée atteignant 50 Grays.

Ou associée à la chirurgie:

*** chimiothérapie**

Systémique : elle est utilisée :

- en tant qu'adjuvant à la radiothérapie et à la chirurgie,
- comme traitement des métastases hépatiques.

*** Indications thérapeutiques :**

Traitement à espérance curative (tumeurs non métastatiques)

- Tumeurs de l'ampoule rectale :

L'intervention de choix est la résection rectale par voie abdominale, avec lymphadénectomie mésentérique inférieure, et rétablissement immédiat de la continuité digestive par anastomose colorectale

- Tumeurs invasives (infiltration de la totalité de la paroi rectale, ou taille supérieure à 3 cm) du moyen rectum et du bas rectum :

Radiothérapie préopératoire à la dose de 45 grays.

Exérèse rectale 4 à 6 semaines après la fin de la radiothérapie, en fonction du siège tumoral:

- tumeurs sus sphinctériennes à moins de 2 cm de la ligne pectinée ou 4 cm de la marge anale : l'amputation abdomino-périnéale du rectum reste la technique de référence.
- tumeurs du rectum moyen, à plus de 4 cm de la ligne pectinée : la conservation sphinctérienne est possible à condition de respecter les règles carcinologiques :

En postopératoire :

si stade I (T1-T2, N0): pas de traitement complémentaire

Si stade II (T3, T4, N0) : chimiothérapie adjuvante +/- RT

Si stades III (tous T, N+) radiothérapie postopératoire de 20 Gys

Les tumorectomies ne sont proposées que pour les tumeurs d'un diamètre inférieur à 3 cm, mobiles par rapport au plan profond, ne dépassant pas la musculuse rectale (stades A ou B1), bien différenciées chez les patients ne pouvant bénéficier d'une résection rectale.

A moins de 8 cm de la marge anale on peut réaliser une tumorectomie trans anale.

- Sujets inopérables ou tumeurs à extension locale_: colostomie supra tumorale puis radiothérapie externe

- Traitement palliatif pour tumeurs inextirpables ou métastatiques:

la chirurgie palliative est la plus fréquente :

- . Colostomie latérale supra tumorale, éventuellement sous anesthésie locale. Radiothérapie externe associée si douleurs ou hémorragies

Exérèse rectale "de propreté" de manière à traiter les hémorragies, l'occlusion, la surinfection locale. L'étendue de l'exérèse rectale est limitée à la zone tumorale, le curage lymphatique est inutile.

- chez les sujets inopérables: photo coagulation laser si refus de colostomie

- métastases hépatiques chez les sujets jeunes : chimiothérapie systémique ou intra artérielle.

6 surveillances post- thérapeutique

Elle a pour objectif de découvrir les métastases ou les récives locales à un stade «utile», une exérèse, seul traitement efficace, pouvant être proposée. Le schéma de surveillance peut être le suivant :

Examen clinique tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans

Echographie hépatique tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans

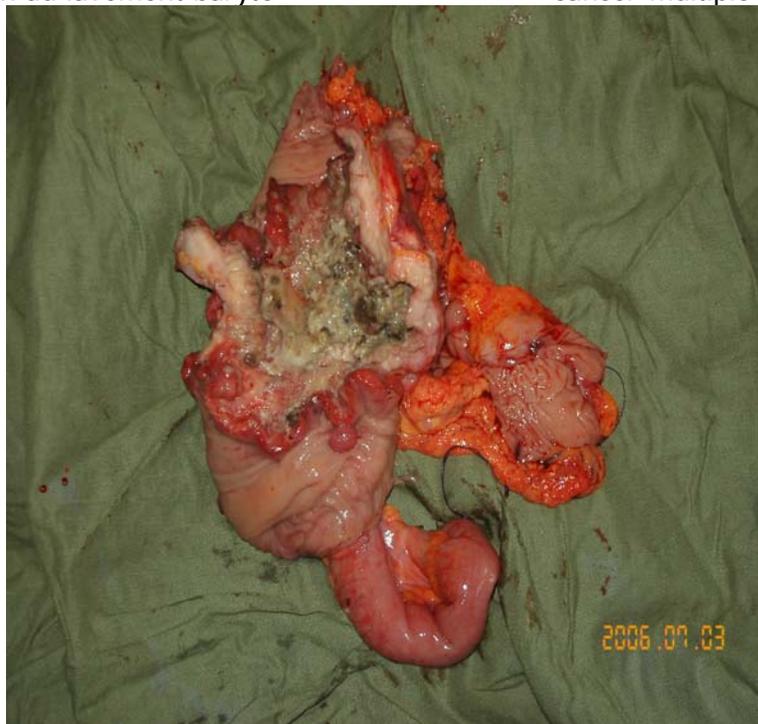
Coloscopie à 3 ans, puis tous les 5 ans si normale et en l'absence de signes d'appel coliques. Si la coloscopie préopératoire n'a pu être faite, la coloscopie totale sera réalisée au cours de la première année post-opératoire. Radiographie pulmonaire annuelle pendant 5 ans

FIGURE4 : IMAGES D'ARCHIVESDU SERVICE DE CHIRURGIE « A »



A : zone multiple de rétrécissement irrégulier cancer du colon au lavement baryté

B : pièce de colectomie totale pour cancer multiple du colon



C : pièce d'hémi-colectomie montrant une image macroscopique de tumeur ulcéro-bourgeonnante du colon droit

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A » du CHU du point « G »

METHODOLOGIE

1- Type et période d'étude

Notre travail est une étude qui est rétrospective allant du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2005 soit une période de 6 ans.

2- Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du point G. c'est un service de chirurgie générale, digestive, thoracique et laparoscopique qui est composé de deux pavillons : le pavillon Tidiani Faganda Traoré (PTFT) avec 22 lits et le pavillon chirurgie II avec 18 lits d'hospitalisation.

3- Matériel et méthode

Nous avons réalisé une compilation des dossiers des malades, des registres de consultation, de compte rendu opératoire d'anesthésie du service et des registres des résultats des examens anatomopathologiques de l'institut national de recherche en santé publique (INRSP)

4- Enquête

Elle comporte 5 parties :

Une partie administrative,

Les renseignements cliniques

Les examens complémentaires

Le traitement

Le suivi postopératoire

L'enquête s'est déroulée en deux temps :

La phase de compilation des dossiers, des registres de consultation, du cahier de compte rendu opératoire et des anesthésies du service et des registres des résultats des examens anatomopathologiques de l'institut national de recherche en santé publique (INRSP)

La phase de suivi des malades à travers des convocations et des visites à domicile

5- Echantillonnage

Critères d'inclusion :

Tous les malades opérés ou non, hospitalisé dans le service pour cancer du rectum et ou colon confirmé par l'examen anatomopathologique

Critères de non inclusion :

Tous les malades dont le diagnostic n'a pas été confirmé par l'examen anatomopathologique.

6- Statistique

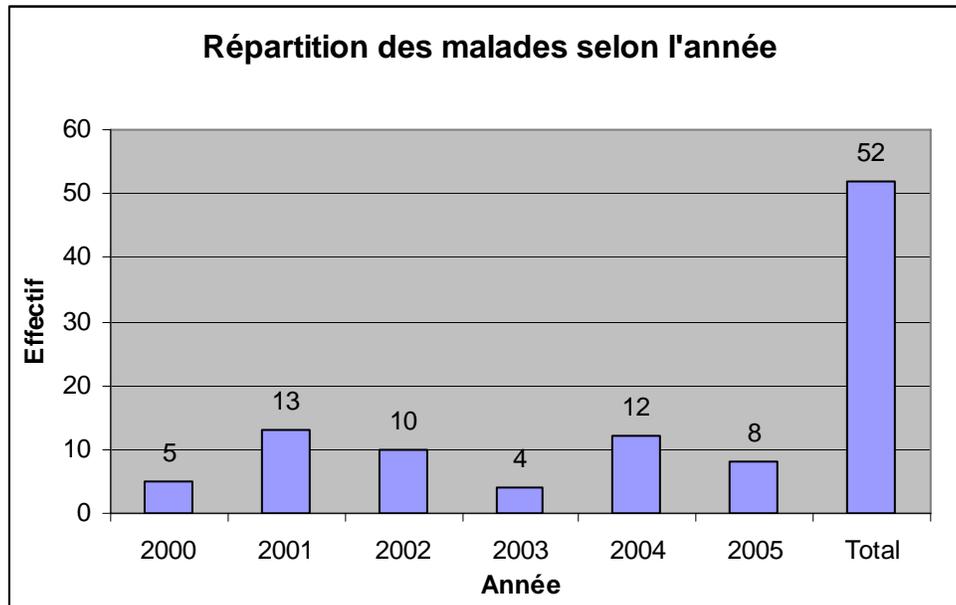
La saisie le traitement de texte a été fait par Microsoft window version 2003.L'analyse des données a été effectuée sur les logiciels SPSS 10.0 pour window,EPI INFO 6.0 ;

Le test statistique utilisé a été le khi2 avec un seuil de signification $p < 0,05$

RESULTATS

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

FIGURE I : REPARTITION DES MALADES SELON L'ANNEE



25 % des malades de notre série ont été recensés en 2001

TABLEAU I: REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DU SIEGE ET DU SEXE

Siège Age	Colon		rectum		ASSO		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
22 - 32	5	14,3	4	26,6	1	10	10	19,2
33 - 43	9	25,7	4	26,6	-	-	13	25
44 - 54	9	25,7	4	26,6	1	7,1	14	26,9
55 - 65	7	20	1	6,6	-	-	8	15,4
66 - 76	5	14,3	2	13,3	-	-	7	13,5
Total	35	100	15	100	2	100	52	100

L'âge moyen de nos malades est de 46,7ans avec des extrêmes de 14 et 76 ans

.

TABLEAU II : REPARTITION DES MALADES SELON LA PROFESSION EXERCEE

Profession	Effectif	Pourcentage
cadre supérieur	4	7,7
cadre moyen	5	9,6
Chauffeur	3	5,8
Cultivateur	12	23,1
Éleveur	3	5,8
Ménagère	18	34,6
élève ou étudiant	1	1,9
Soudeur	1	1,9
Commerçant	5	9,6
Total	52	100

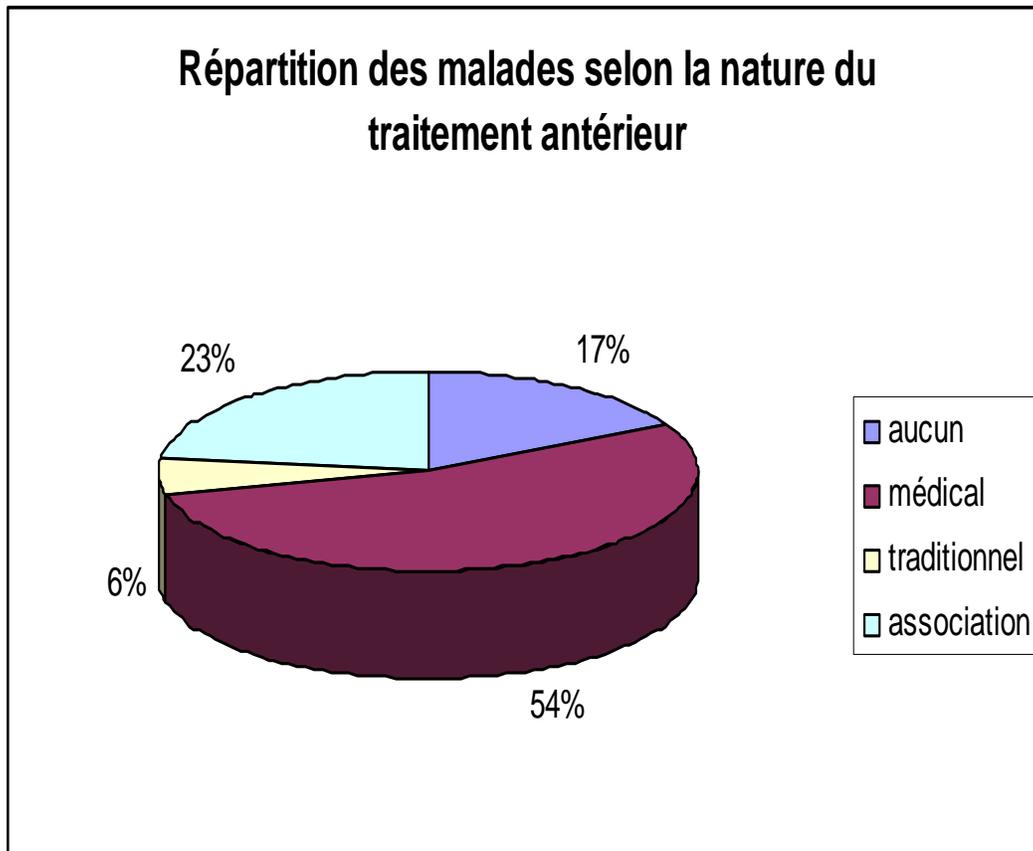
Les ménagères étaient fortement représentées (34,6% des cas)

TABLEAU III : REPARTITION DES MALADES SELON LA REGION DE PROVENANCE

Région	Effectif	Pourcentage
Kayes	7	13,5
Koulikoro	5	9,6
Sikasso	9	17,3
Ségou	1	1,9
Mopti	2	3,8
Bamako	26	50,0
Non malien	2	3,8
Total	52	100,0

50 % de nos malades résidaient à Bamako, 2 soit 3,8% n'étaient pas maliens (un mauritanien et un sénégalais)

FIGURE 5: REPARTITION DES MALADES SELON LA NATURE DU TRAITEMENT ANTERIEUR



54% des malades avaient bénéficié d'un traitement conventionnel avant leur admission dans le service

TABLEAU IV: REPARTITION DES MALADES SELON LA REFERENCE

Référence	Effectif	Pourcentage
venu de lui même	18	34,6
médecin généraliste	16	30,8
Gastroenterologue	4	7,7
Chirurgien	5	9,6
Infirmier	1	1,9
Gynécoobstétricien	3	5,8
Interniste	5	9,6
Total	52	100,0

34,6% des malades étaient venus d'eux mêmes

TABLEAU V : REPARTITION DES MALADES SELON LES ANTECEDANTS CHIRURGICAUX

Antécédent	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie	6	11,5
Hémorroïdectomie	2	3,8
Herniorraphie	3	5,8
Hydrocèle	1	1,9
myome utérin	1	1,9
Occlusion	1	1,9
Sans antécédant	36	69,2
synthèse de la jambe D	1	1,9
trauma du flanc D	1	1,9
Total	52	100,0

Dans 69,2% des cas il n y avait pas d'antécédant chirurgical

TABLEAU VI : REPARTITION DES MALADES SELON LA DUREE D'EVOLUTION DE LA MALADIE

Durée en mois	Effectif	Pourcentage
0 – 6	20	38,5
7 – 12	16	30,8
13 – 18	3	5,8
19 – 24	7	13,5
25 – 36	4	7,7
37 – 60	1	1,9
plus de 60	1	1,9
Total	52	100,0

38,5% des malades avaient une durée d'évolution inférieure à 7 mois

TABLEAU VII REPARTITION DES MALADES SELON LE MODE DE RECRUTEMENT ET LA LOCALISATION

Mode Localisation	consultation externe		urgence		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
angle colique gauche	-	-	1	5,8 8	1	1,9
angle colique droit	1	2,8	0	-	1	1,9
colon ascendant	4	11,4	0	-	4	7,7
Caecum	8	22,8	3	17,6	11	21,1
colon transverse	2	5,7	-	-	2	3,9
colon descendant	2	5,7	2	11,8	4	7,7
Sigmoïde	6	17,1	5	29,4	11	21,1
Haut rectum	1	2,8	3	17,6	4	7,7
moyen rectum	5	14,3	2	11,8	7	13,5
bas rectum	4	11,4	1	5,9	5	9,6
colon ascendant et caecum	1	2,8	-	-	1	1,9
colon caecoascendant et haut rectum	1	2,8	-	-	1	1,9
Total	35	100	17	100	52	100

Le cancer du sigmoïde a été retrouvé dans 29,4% du mode de recrutement en urgence

DONNEES CLINIQUES**TABLEAU VIII : REPARTITION DES SIGNES FONCTIONNELS SELON LA LOCALISATION**

Localisation Signe	Colon		Rectum		Association		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Rectorragie	3	8,6	4	2,7	2	100	9	17,3
Troubles du transit	10	28,6	4	26,7	1	50	15	28,8
Syndrome occlusif	11	21,2	5	33,3	0	0	15	28,8
Météorisme abdominal	2	5,7	1	6,7	0	0	3	5,8
Douleur abdominale	10	28,6	3	20	0	0	13	25
Tuméfaction abdominale	6	17,1	0	0	1	20	7	13,5
Hémorroïde	2	5,7	3	20	0	0	5	9,61
Syndrome rectal	0	0	2	13,3	1	50	3	5,8
Tumeur colique	2	5,7	0	0	0	0	2	3,8
Tumeur rectale	0		0		0		3	5,8
Total	45		25		5		75	

Le syndrome occlusif et les troubles du transit ont été les signes les plus évoqués à l'admission par 28,8%

TABLEAU IX : REPARTITION DES MALADES SELON LA VALEUR DE L'INDEX DE KARNOFSKI

Index	Effectif	Pourcentage
10 - 40	12	23,1
50 -70	34	65,4
80 - 100	6	11,5
Total	52	100,0

65,4 % des malades ont un index de Karnofski entre 50 et 70%

TABLEAU X : REPARTITION DES MALADES SELON LE SIEGE DE LA TUMEFACTION ABDOMINALE

Siège	Effectif	Pourcentage
hypocondre droit	3	12
fosse iliaque droite	10	40
hypocondre gauche	2	8
fosse iliaque gauche	5	20
Épigastre	2	8
Hypogastre	3	12
Total	25	100,0

Une tuméfaction abdominale a été palpé dans 48,1% des cas, et dans 40% au niveau de la fosse iliaque droite.

TABLEAU XI : REPARTITION DES MALADES SELON LA PERCEPTION D'UNE MASSE AU TOUCHER RECTAL ET LA LOCALISATION

Localisation masse	colon		rectum		Asso		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0 - 3 cm	1	2,8	5	33,3	0	0	6	11,5
3 - 8 cm	0	0	5	33,3	1	50	6	11,5
8 - 15 cm	1	2,8	0	0	0	0	1	1,9
pas de masse	33	94,3	5	33,3	1	50	39	72,9
Total	35	100	15	100	2	100	48	100

Dans 72,9% des cas il n'y avait pas de masse dans le rectum

TABLEAU XII : REPARTITION DES MALADES SELON LA PALPATION D'UN GANGLION DE TROISIERS

Ganglion de Troisier	Effectif	Pourcentage
Perçu	2	3,8
Absent	50	96,2
Total	52	100,0

Le ganglion de Troisier n'a pas été retrouvé dans 96,2 % des cas.

DONNEES PARACLINIQUES**TABLEAU XIII: REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT DE L'ANORECTOSCOPIE**

Forme	Effectif	Pourcentage
Bourgeonnante ulcérée	4	50
Bourgeonnante	1	12,5
Infiltrante sténosante	1	12,5
Ulcérée	2	25
Total	8	100

Elle a été faite chez 7 malades, une tumeur bourgeonnante ulcérée a été retrouvée dans 57,1%.

TABLEAU XIV : REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT DU LAVEMENT BARYTE

Forme	Effectif	Pourcentage
Normal	1	4,8
rétrécissement irrégulier	14	66,6
incontinence de la baryte	1	4,8
Lacune irrégulière	5	23,8
Total	21	100

Le lavement baryté a été fait chez 21 malades, un rétrécissement irrégulier a été retrouvé dans 66,6%

TABLEAU XV : REPARTITION MALADES CCR SELON LE RESULTAT DU TELETHORAX

Télé thorax	Effectif	Pourcentage
métastases pulmonaires	1	2,4
absence de métastases pulmonaires	40	97,6
Total	41	100,0

La radiographie pulmonaire a été faite chez 41 malades, elle était normale dans 97% des cas

TABLEAU XVI: REPARTITION DES MALADES SELON LE RESULTAT DE L'ECHOGRAPHIE

Echographie abdominale	Effectif	Pourcentage
carcinose péritonéale	5	11,1
Ascite	6	13,3
foie nodulaire	6	13,3
adénopathies profondes	6	13,3
pas de localisation secondaire	22	49

L'échographie a été faite chez 45 malades soit 86,5% de notre effectif
Et dans 22% des cas il n y avait pas de localisation secondaire

TABLEAU XVII: REPARTITION DES MALADES SELON LE TAUX D'HEMOGLOBINE

Tx d'hémoglobine g/dl	Effectif	Pourcentage
5 – 7	10	29,4
8 – 10	13	38,2
10 – 12	7	20,6
13 -15	4	11,8
Total	34	100

Le taux d'hémoglobine a été dosé chez 65,38% des malades et ce taux était dans 38,2% des cas entre 8 et 10g/dl

TABLEAU XVIII: REPARTITION DES MALADES SELON LA CLASSIFICATION ASA

Classification ASA	Effectif	Pourcentage
asa I	2	3,8
asa II	13	25
asa III	17	32,7
asa IV	3	5,8
Urgence	17	32,7
Total	52	100,0

32,7% de nos malades étaient classés ASA III

DONNEES THERAPEUTIQUES**TABLEAU XIX: REPARTITION DES MALADES SELON LA POSSIBILITE DE RESECTION**

Possibilité de résection	Effectif	Pourcentage
Opéré	50	96,1
Non opéré	2	3,84
Total	52	100

96,1% de nos malades ont été opérés et on a fait une résection chez 35 malades soit un taux de résécabilité de 70%

TABLEAU XX: REPARTITION DES MALADES SELON LA STADIFICATION DE DUKES

Stade	Effectif	Pourcentage
A		
B	15	28,8
C	26	50
D	11	21,2
Total	52	100

50% des malades étaient classés DUKE C

TABLEAU XXI REPARTITION SELON LA CLASSIFICATION TNM

Stade	Effectif	Pourcentage
I	-	6
II	1	1,9
III	40	76,9
IV	11	21,1
Total	52	100

Le stade III a été le plus représenté avec 76,9% des cas

TABLEAU XXII: REPARTITION DES MALADES SELON LE TAUX DE RESECABILITE PAR LOCALISATION

Résection Localisation	Colon		Rectum		Association		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Résection	28	82,4	7	50	0	100	35	70
Pas de résection	6	17,6	7	50	2	100	15	30
Total	34	100	14	100	2	100	50	100

Le taux global de résecabilité a été de 70%.

TABLEAU XXIII REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE RESECTION PAR LOCALISATION

Localisation Résection	Colon		Rectum		ASSO		TOTAL	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
pas de résection	6	17,7	7	50	2	100	15	30
Amputation abdomino-périnéale	-	-	1	7,1	-	-	1	2
Résection segmentaire	7	20,6	3	21,5	-	-	10	20
résection antérieure du rectum	-	-	2	14,3	-	-	2	4
sigmoïdectomie	5	14,7	1	7,1	-	-	6	12
hémicolectomie droite	12	35,3	-	-	-	-	12	24
hémicolectomie gauche	3	8,8	-	-	-	-	3	6
Colectomie segmentaire et hémicolectomie droite	1	2,9	-	-	-	-	1	2
Total	34	100	14	100	2	100	50	100

L'hémicolectomie a été faite dans 35,29% des localisations coliques et une résection segmentaire dans 21,43% des localisations rectales

TABLEAU XXIV: REPARTITION DES MALDES SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A » du CHU du point « G »

Type histologique	Effectif	Pourcentage
adénocarcinome lieberkūnien	47	90,4
adénocarcinome mucineux	2	3,8
Leiomyosarcome	1	1,9
lymphome malin	1	1,9
carcinome colloïdes	1	1,9
Total	52	100,0

L'adénocarcinome lieberkūnien est de loin le type histologique le plus représenté 90,4% des cas

TABLEAU XXVI : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE GESTE CHIRURGICAL ASSOCIE

Gestes associés	Fréquence	Pourcentage
anexectomie gauche	1	9,1
coagulation de nodule hépatique	1	9,1
kystectomie ovarienne	2	18,2
Caecostomie de protection	3	27,2
suture de brèche	2	18,2
Gastrectomie des 4/5	1	9,1
Néphrostomie de drainage	1	9,1
Total	11	100

Une caecostomie de protection a été effectuée dans 27,2% des cas.

TABLEAU XXVI : REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE D'ANASTOMOSE

Type d'anastomose	Effectif	Pourcentage
pas d'anastomose	21	42
Iléo-rectale	1	2
Iléo-colique droite	1	2
Colo-colique	5	10
Colo-rectale	8	16
Iléo-transverse	13	26
Colo-anale	1	2
Total	50	100,0

L'anastomose Iléo-transverse a été effectuée dans 26% des cas

TABLEAU XXVII REPARTITION DES MALADES SELON LE TYPE DE STOMIE PAR SIEGE

Localisation Stomie	Colon		Rectum		ASSO		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Temporaire	7	70	2	20	-	-	9	40,9
Définitive	3	30	8	80	2	100	13	59,1
Total	10	100	10	100	2	100	22	100

Une stomie a été réalisée dans 44% des cas, elle a été définitive dans 59,1%

TABLEAU XXVIII REPARTITION DES MALADES SELON LES SUITES POSTOPERATOIRES IMMEDIATES

Suites postopératoires	Effectif	Pourcentage
suites simples	40	80
abcès de la paroi	2	4
Éviscération	4	8
incontinence anal	1	2
Saignement pariétal	1	2
Désunion anastomotique	1	2
Décès	1	2
Total	50	100

Les suites ont été simples dans 80% des cas

TABLEAU XXIX : REPARTITION DES MALADES SELON LES SUITES ET LE MODE DE RECRUTEMENT

Suite \ Siège	consultation externe		Urgence		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
suites simples	28	82,4	12	75	40	80
abcès de la paroi	1	2,9	1	6,2	2	4
éviscération	3	8,9	1	6,2	4	8
incontinence anal	1	2,9	-	-	1	2
Saignement pariétal	1	2,9	-	-	1	2
Désunion anastomotique	-	-	1	6,2	1	2
Décès	-	-	1	6,2	1	2
Total	34	100	16	100	50	100

Les suites ont été simples dans 82,4% pour les malades reçus en externe et 75% pour ceux en urgence

TABLEAU XXX : REPARTITION DES SUITES A 6 MOIS SELON LE SIEGE

Localisation suites	colon		rectum		ASSO		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Simple	19	55,9	7	50	-	-	27	54
récidive locale	3	8,8	2	14,3	-	-	5	10
Métastases	3	8,8	-	-	-	-	3	6
Décès	3	8,8	1	7,1	2	100	5	10
complication liée à la stomie	1	2,9	2	14,3	-	-	4	8
Éventration	1	2,9	-	-	-	-	1	2
perdu de vue	4	11,7	2	14,3	-	-	4	12
Total	34	100	14	100	2	-	49	100

12% des malades étaient perdus de vue

TABLEAU XXXI: LES SUITES A 2 ANS EN FONCTION DU STADE TNM

Suites	simples		récidive locale		métastases		décès		envahissement de la vessie		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
stade II	-	-	-	-	1	20		-	-	-	1	2,9
stade III	16	88,9	2	100	4	80	7	77,8	1	100	30	85,7
stade IV	2	11,1	-	-	-	-	2	22,	-	-	4	11,4
Total	18	100	2	100	5	100	9	100	1	100	35	100

78 % des malades décédés avaient été vus au stade III

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1 –Critique de la méthodologie

Notre étude a concerné les malades opérés et non opérés de cancer colorectal confirmé par l'examen anatomopathologique.

Nous avons retrouvé 52 cas de CCR pendant une période de 6ans.

Au cours de notre étude nous avons rencontré un certain nombre de difficultés :

- l'insuffisance des renseignements fournis par le dossier médical
- A partir des dossiers incomplets il faut recouper l'observation médicale, le compte-rendu opératoire, la fiche d'anesthésie, le compte rendu anatomopathologique pour avoir une idée exacte des cas.
- Pour le suivi post-opératoire des malades, leur convocation par écrit ou par le classique rendez-vous de contrôle post-opératoire semble avoir une efficacité assez limitée en Afrique.

L'adresse des malades très souvent imprécise a été un grand frein à leur recherche.

2- Données épidémiologiques

2- 1 Fréquence

Le cancer colorectal a une répartition géographique très inégale.

En Europe, il représente 10% de l'ensemble des cancers **[2]**

Aux USA, le CCR représente 14,7 % de l'ensemble des cancers **[10]**.En

Amérique latine il représente 2,2 à 2,4% [18,21], en Asie 3,53 à 3,77% et en Afrique 1,3 à 3% **[21]**

PADONOU et al au Bénin ont retrouvé qu'il constituait 0,11% des cancers **[28]**

Au Mali : Siné BAYO et coll.ont trouvé une fréquence relative de 3,9% soit 1,8% pour le colon et 1,6% pour le rectum.**[6]**

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A »
du CHU du point « G »

Notre étude n'a porté que sur des cas recensés exclusivement dans le service de chirurgie « A » qui est un service de chirurgie viscérale, thoracique et laparoscopique (1 des 2 services de chirurgie viscérale de l'hôpital National du Point « G »). Nous ne pouvons donc pas déterminer la fréquence relative, moins encore l'incidence

Dans le service le cancer colorectal est le 2^{ème} cancer du tube digestif derrière celui de l'estomac avec une fréquence de 20,2%(52/257)

2- 2 Age

Dans notre étude l'âge moyen a été de 46,7 ans avec des extrêmes de 22 et 76ans.

L'âge moyen de nos malades rejoint celui de la littérature africaine

Yangni ANGATE en Côte d'Ivoire [46] et TOURE A au Mali ont trouvé respectivement 48,7 (sur 51 cas) et 46,5(sur 40 cas)

L'âge de survenu des CCR au Mali en particulier et en Afrique subsaharienne en général est jeune comparativement à celui observé dans les pays développés 66,5±39 ans

2- 3 Sexe

Les 52 malades que nous avons recensés se sont repartis en 20 hommes et 15 femmes pour le cancer colique avec un sexe ratio de 1,33 ;

11 hommes et 6 femmes pour le cancer rectal avec un sexe ratio de 1,83

Pour l'effectif total le sexe ratio est de 1,47

Nos résultats sont comparables à ceux de PADONOU et coll. Au Bénin et PEGHINI et all au Sénégal qui ont trouvé respectivement 1,5 et 1,4 mais très loin de celui de ATTIA et all en Côte d'Ivoire 3,1

3- Données cliniques

3- 1 Délai d'évolution de la maladie cancéreuse avant la consultation

la durée moyenne d'évolution a été de 11 mois

Cependant 20 de nos malades ont une durée d'évolution inférieure ou égale à 6 mois soit 38,5%

Nos résultats sont différents de ceux de la littérature africaine : 12-36 mois dans 31,25% pour PADONOU et NGARIAL

Cet état de fait pourrait s'expliquer par le fait que la durée d'évolution de la maladie est une donnée subjective évoquée par le malade lui-même

3- 2 Type de recrutement :

Dans notre série nous avons trouvé dans 32,6% des cas une complication occlusive, une perforation diastatique dans 2 cas soit 3,84%

TABLEAU XXXII : occlusion au cours des cancers du colon selon les auteurs

Auteur	Pays	Nbre de cas	Pourcentage
PADONOU [28]	Bénin	2/10	20
MBENGUE [22]	Sénégal	17/97	18,7
ATTIA [3]	Côte d'Ivoire	5/62	8
ADOLPH [1]	France	59/1122	5,34
TRAORE I [40]	Mali	4/10	34 ,62
SAMAKE [37]	Mali	7/33	21
Notre étude	Mali	11/52	21,15

Dans la série ivoirienne ATTIA et al [3] ont retrouvé sur 62 malades 5 occlusions soit 8% et 2 perforations

PADONOU et al [28] ont retrouvés sur 10 malades 2occlusions et pas de perforation

En France ADLOFF [1] a retrouvé 59 occlusions sur un effectif de 1122 malades opérés ($P=0,000012$) soit 5,34% et 9 perforations dont 6 diastatiques à distance de la tumeur et 3 abcès peritumoraux par fissuration d'un néoplasme du sigmoïde

L'occlusion est la complication la plus fréquente dans toutes les séries que nous avons étudiés, ce qui est en concordance avec nos propres observations

3- 3 Signes cliniques

3-3-1 Douleur abdominale sans occlusion

Elle était présente chez 25% de nos malades. Elle a été complétée par l'arrêt des matières et des gaz pour donner un syndrome occlusif dans 28,8% des cas.

Elle a été le plus souvent à type de pesanteur

ATTIA et al ont retrouvé la douleur dans 60,71%

PADONOU : 7 fois /10($p= 0,015584$)

ADLOFF et al : douleur abdominale dans 31,2% des cas

La douleur semble plus fréquente dans les séries africaines

3-3-2 Troubles du transit

Dans notre étude les troubles du transit ont été retrouvé dans 28,8% des cas

Ils étaient représentés comme suit :

Diarrhée : 16,6%

Constipation : 16,6%

Alternance diarrhée-constipation = 16,6%

SAMAKE en 2001 à retrouvé :

Les troubles du transit dans 25 cas /33 soit 75,71%

Diarrhée 15,2%

Constipation = 30,3%

Alternance diarrhée-constipation= 15,2%

PADONOU a retrouvé dans 7 cas/10 des troubles du transit avec dans 14,2% des cas une diarrhée

Une constipation dans 14,2%

Alternance diarrhée-constipation dans 71,4%

3-3-3 Rectorragie

Elle a été retrouvée dans 17,3% des cas.

Tumeur palpable

Nous avons retrouvé une masse abdominale chez 25 malades soit 48% de l'effectif

SAMAKE a retrouvé chez 25 malades sur 33 soit 75,8%

ATTIA et al ont retrouvé 10 fois sur 62 une tumeur abdominale non hépatique aperçu par le malade lui-même soit 35,7% des cas

Par contre il n'y a pas de masse palpable dans les séries française [1], béninoise [28] et togolaise [4] selon AYITE. Elle est présente dans 9,3% des cas chez les noirs sud africains.

4 Anatomie pathologique

4-1 Topographie des CCR

La prédominance des localisations rectales sur celles coliques classiquement retrouvée par les auteurs africains à l'exception toute fois de quelques uns ne s'observe pas dans notre étude 32,7% pour le cancer rectal et 67,3% pour le cancer colique; contrairement aux

69,07% de localisation rectale ($p=0,000024$) et 30,93% de localisation colique pour NGARIAL [25]

Au niveau du colon les tumeurs malignes siégeant à droite sont autant de fois représentées que celles siégeant à gauche chez nous 17 /35

Le cæcum est plus représenté à droite avec 64,7% des cas

Le sigmoïde est plus représenté à gauche avec 64,7% des cas

BENHAMIR S et coll. [8] Ont trouvé une représentativité plus importante du colon gauche avec 51,7% (dont 79% pour le sigmoïde) contre 34,3% pour le colon droit et une double localisation dans 3,9%

Au Sénégal M BENGUE avait trouvé une forte représentativité à droite 23,6% des CCR contre 19% à gauche alors que N'DIAYE [24] huit ans plus tard observe le contraire : 41,2% des CCR siège à gauche contre 14,5% à droite. Ces constatations sont le reflet de la disparité des données statistiques sur la répartition topographique [22]

Cette inhomogénéité trouve son explication, ou du moins pour une part, dans l'incorporation du rectosigmoïde tantôt du sigmoïde tantôt du rectum. En outre une tumeur sigmoïdienne peut prolaber dans le rectum et prise à défaut pour une tumeur du rectum.

Au niveau du rectum nous avons observé dans 41,17% des cas une localisation au 1/3 moyen (moyen rectum) 29,41% au 1/3 supérieur (haut rectum) 29,41% au 1/3 inférieur (bas rectum)

BENMR [10] dans une série de 39 cas de cancers du rectum a retrouvé que

la tumeur était située au 1/3 supérieure dans 12 cas (30,8%) , au 1/3 moyen dans 5 cas (12,8%) et au 1/3 inférieur dans 22 cas 56,4%)

Enfin comme N'DIAYE [24], nous signalons que nous avons trouvé deux cas de cancer synchrones. Certains auteurs africains n'en ont rapporté aucun [22] pourtant le cas n'est pas rare en Europe où en France par exemple 1% des CCR sont issus des troubles de Polypose familiale colique et 5% du syndrome du cancer colique familial.[18]

4-2 Type histologique

Les adénocarcinomes lieberküniens dominent les types histologiques avec 90,4% des cas. Ceci en conformité avec les données de la littérature.

MANSOURI [20] a trouvé 95,5% d'adénocarcinome.

Le manque de staging effectif ne nous permet pas de d'évoquer des données précises sur la différenciation des adénocarcinomes qui est un facteur pronostique très important

Les sarcomes réputés rarissimes, n'ont été observé qu'une seule fois dans notre série soit une fréquence de 1,9%, pourcentage se rapproche au 1,9% trouvé par M BEMGUE [22], au 1,6% de KOUMARE et al et au 1,03% rapporté par N DIAYE. Ailleurs sur 105 cancers du rectum MOUCHET et coll. [23] signalent 1 cas. POTET [33] affirme que ce type histologique représente 0,3% des tumeurs malignes colorectales.

4-3 Stade d'évolution**TABLEAU XXXIII : Répartition selon les stades d'évolution**

Auteur [Pays	Nbre	Stade A %	Stade B %	Stade C %	Stade D %
ADLOFF [1] France	122	5,88	49,82	25,57	18,71
M BENGUE [22] Sénégal	105	0	27	51,1	21,9
NGARIAL [25] Mali	46	2,2	23,9	41,3	32,6
Notre étude Mali	52	0	28,8	50	21,2

Les 71,2% que représentent les stades C et D de notre série sont identiques aux fréquences rapportées par MBENGUE au Sénégal et KLINGAR au Mali mais significativement différents des 44,28% de ADLOFF en France ($p=0.002125$).

Par ailleurs, les cancers du côlon ont été diagnostiqués tardivement que ne l'ont été ceux du rectum (73,52% aux stades C et D contre 66,6%) dans notre série. Ce qui a été le cas dans la série de NGARIAL en 1995 (86,36% contre 62,5)

5 Aspects thérapeutiques

5-1 Anesthésie

Selon l'american society of Anesthesiology (ASA) tous nos malades opérés à froid ont bénéficié de la classification ASA

L'anesthésie générale a été effectuée chez tous nos malades .Elle permet un relâchement musculaire complet permettant une grande chirurgie.

Nous avons trouvé :

ASA I : 0 malade

ASA II : 13 malades

ASA III : 18 malades

ASA IV : 3 malades

Urgence : 17 malades

5-2 Opérabilité et résécabilité

2 malades n'ont pas été opérés : l'un pour altération majeure de l'état général avec métastase pulmonaire et l'autre qui portait une tumeur du bas rectum a refusé une stomie.

Faisant abstraction du malade ayant lui-même récusé le traitement chirurgical, le taux d'opérabilité passe de 96,15% à 98%, taux identique au 95% de MBENGUE aux 96,3% de PELOQUIN [22,24], différent des 80% de PADONOU et des 73,44% de NGARIAL

Le taux de résécabilité global a été de 68% pour les malades opérés dans notre série ce qui est inférieur à celui de la littérature, entre 75 et 80% [4 ,5]

Au niveau du colon nous avons réalisé 57,14% de résection à visée curative contre 40% pour le rectum ce qui a été l'inverse chez NGARIAL qui a réalisé 39,13% de résection à visée curative pour le colon contre 54,17% pour le rectum

BENAMR [9] a trouvé un taux de résécabilité à visée curative dans 40% pour un taux global de résécabilité de 60% dans une série de 39 cas de cancer du rectum. Le même auteur a trouvé un taux de résection à visée curative dans 63% dans une série de 127 cas de cancer colique

Le taux de résécabilité conservatrice curative est faible dans notre série (6,66%) comme dans celle de NGARIAL (8,16) et ZAUCHE (6,67)

5-3 Type d'intervention

Nous avons fait :

2 résections segmentaires

1 une amputation abdomino-périnéale

2 résections antérieures du rectum

6 sigmoïdectomies

12 hémicolectomies droites

3 hémicolectomies gauches

1 dérivation interne

1 malade n'a pu bénéficier que d'une laparotomie exploratrice

7 de nos malades ont été opérés en 2 temps

PADONOU et al au Bénin ont trouvé sur 8 malades opérés

4 amputations abdomino-périnéales avec anus iliaque définitif

1 hémicolectomie droite avec anastomose Iléo-transverse

1 colectomie segmentaire

1 colectomie totale pour double localisation colique et sigmoïdienne

5-4 Morbidité et mortalité

TABLEAU XXXIV : Taux de morbidité selon les auteurs

Auteurs Pays	Nbre opérés	Nbre compliqués	Pourcentage
RODRIGUE Z Espagne[35]	227	83	36
N DIAYE[24] Sénégal	71	11	15,5
NGARIAL[25] Mali	47	7	14,9
Notre étude	50	8	15,4

Le taux de morbidité de notre étude n'est pas différent des taux trouvés dans la plupart des études

Par contre ce taux est significativement différent de celui RODRIGUEZ [35] en Espagne ($p=0,0001$)

Alors que les fistules anastomotiques et les abcès de paroi prédominent dans l'une ou l'autre des études [24, 22,36] il n'en est rien dans la notre .Le nombre réduit de complication ne permet cependant de conclure .Il en va de même pour la corrélation entre techniques et complications post-opératoires

La mortalité postopératoire étant tout décès constaté avant l'extirpation du malade, nous avons constaté un décès à J1 postopératoire. Ce taux est faible (2%) significativement différent de celui de MBENGUE au Sénégal 19% ($p=0,003744$). DAUDE à Montpellier a trouvé 11%, RODRIGUEZ en Espagne a trouvé 5,73%.

Nous n'avons pas observé de décès per-opératoire.

Le fait que nous ayons un taux faible de mortalité postopératoire et une mortalité per-opératoire nulle malgré le taux élevé de stade C et D de la classification TNM ne pourrait s'expliquer par deux éléments essentiels : Pas de geste invasif en urgence (faire un geste de sauvetage en urgence et différer la résection)

L'amélioration de la qualité de l'anesthésie et de la réanimation

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A. CONCLUSION :

Au cours de notre étude qui s'est étendue de janvier 2000 à décembre 2005, le cancer colorectal a occupé la deuxième place des cancers du tube digestif dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point « G » soit 20,2 % des cas. Le diagnostic reposant sur la clinique et les examens paracliniques(essentiellement l'anorectoscopie et le lavement baryté à double contraste) est souvent posé à un stade avancé des lésions compliquées de métastases hépatiques ou ganglionnaires (71,2 % des malades ont consulté au stade C ou D de Duckes).

Ce retard de consultation n'est pas seulement dû au traitement traditionnel mais aussi à de multiples traitements médicaux dans les centres périphériques. Le traitement chirurgical a été réalisé chez 96,15% avec un taux de résecabilité de 68%, une morbidité opératoire 15,4 % et une mortalité de 10% à 6 mois. Ces différents taux peuvent être améliorés avec un diagnostic précoce et un traitement adéquat pour élever le taux de survie à 5 ans des malades après chirurgie.

B. RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations ci-après:

⇒ **Aux autorités sanitaires et politiques du pays**

- ❖ La mise en place d'une politique nationale de lutte contre le cancer colorectal par des campagnes d'information, d'éducation, de communication pour un dépistage précoce chez les sujets à risque
- ❖ La formation de chirurgiens oncologues
- ❖ L'octroi de matériels endoscopiques aux CHU et aux hôpitaux régionaux du Mali.
- ❖ La création au sein des hôpitaux des unités d'anatomopathologie pour permettre un examen histologique extemporané.
- ❖ La création d'un centre de radiothérapie

⇒ **Aux professionnels de la santé**

- ❖ La pratique systématique de l'anorectoscopie chez tout patient qui présente une pathologie anorectale
- ❖ Le suivi rigoureux de tous les patients à risque élevé de cancer colorectal
- ❖ La référence à une structure spécialisée tout syndrome rectal ou alternance diarrhée-constipation chez tout patient à risque de cancer colorectal même s'il est jeune.

⇒ **Aux populations**

- ❖ La réduction de la consommation excessive de graisse animale au profit de la consommation régulière de fibres alimentaires
- ❖ La consultation médicale précoce devant toute rectorragie et ou douleur abdominale

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ADLOFF M, ARNAUD JP, OLLIER JC, SCHOEGEL M.

Les cancers du côlon. Etude rétrospective portant sur 1122 malades opérés.

J Chir. 1990 ; 127,12 :565-71

2- ADRIANO V.L. DIVINA B.E., CORAZON A.N, EUFEMIO G.G., MARAMBA T.P.

Manila cancer registry 83- 86 In :**PARKIN DM ., MUIR C.S., WHELON SL., GAO JT., FERLAY J. And POWELL J.**(eds)

Cancer incidence in five continents volume VI (IRAC Scientific publication N°120), Lyon, IRAC, IRAC, 1992.

3 - ATTIA Y, SOUBEYRAND J, GAUDET D, MALAN K, KOUAKOU N, MOTTE M, CAMARA B. M, NDRIN N, DANIEL B, NDRIN V.

Les cancers coliques en Côte d'Ivoire: Etude clinique et épidémiologique.

Méd. Afr. Noire 1981 ; 28 : 353-8.

4- A . AYITE , E . DOSSEH , K . SENAH, K . ETEY, I . LAWANI, K . JAMES, KPODZRO K:épidémiologie descriptive des cancers digestifs au CHU de Lomé (Togo), médecine d'Afrique noire : 1998, 45, p359-362**5- BAHY S, CARAMA O, BONICHON P , CHAPUIS Y.**

Les résultats de la chirurgie conservatrice dans les cancers du rectum

La Tunisie médicale ; 1990 ; Vol.68 ; N°8/9

6- BAYO. S, KOUMARE. A.K, DIOMBANA M.L, KANE.

S/Registre du cancer du Mali 87-89. Cancer in five continents, IRAC Scientific Pub 1992, 120 :6

7- BALL J.K , ELIXHAUSER .A

Treatment differences between black and white colorectal cancer

Med care 1996; 9970-984

8- BENAMR, E. MOHAMADINE, R. NIAMANE, A. ABBASSI, A. ESSADEL

K. LAHILOU, K. SERHANE, A. TAGHY, B. CHAD, A. ZIZI, A. BELMAHI

Résultats du traitement chirurgical du cancer du côlon

Médecine du Maghreb 1996 N°60

9- BENAMR, E. MOHAMADINE, R. NIAMANE, A. ABBASSI, A. ESSADEL

K. LAHILOU, K. SERHANE, A. TAGHY, B. CHAD, A. ZIZI, A. BELMAHI

Le cancer du rectum du sujet jeune facteurs de mauvais pronostic

Médecine du Maghreb 1998 N°60

10- BELACQUE – BELAIR A.

Cancer s : généralités

Dictionnaire Méd. ; cl Pharm. : Paris Maloine : 2^{ème} Edition, PP 302 – 304

11 CHENDJOU .F.B.L: Etude épidémiologique et histologique des tumeurs colorectales au Mali:à propos de 252 cas

Thèse, méd., Bamako, 2006,97p

12- CORAL CF., CUEVA A.P., NOBOA H., CEDENO SS., PAREDES SS., DAVILA L.A.

Registro Nacional de tumores, 85- 87. In : **PARKING D.M. MUIR C.S., WHELON S.L., GAO J.T., FERLAY .J. et POWEL J.** (eds). Cancer incidence in fives continents volume VI (IRAC Scientific publication N°120), Lyon, IRAC, 1992.

13 - CUELLO C., EDWIN C., TITO C., RAMIREZ H., CASTRO L .E . ,

Registro poblacional de cancer de cali ,82-86. In : **PARKINN D.M., MUIR C.S., WHELON S.L, GAO J.T., FERLAY J. et POWEL J.** (eds) .Cancer

incidence in five continents, volume VI (IRAC scientific publications N° 120), Lyon, IRAC 1992

14- CUILLERET J : les cancers coliques traitement chirurgical (F Soulisse et Cassigrain .Niort. France) 1989. 1. 130P

15- DESCOMBES P., POISOT J.P., Dépistage dans les populations à risque de cancer colorectal, Epu-H, le Touquet, 22 et 23 novembre 2002,35p

16- FAIVRE J., COULLAUT C., BELGHITI C. : prévention primaire du cancer colorectal-Bull cancer (1995)82 suppl3, P172-177

17- FAIVRE J., PILLON D, MICHIELS C. : Epidémiologie et prévention du cancer colorectal, Ann.Gastro entérol.Hépatol...,1992.28.n°4, p199-204

19- FAIVRE J.

Epidémiologie et prévention du cancer colorectal perspectives et prévention.

Rev prat 1994 ; 44 : 2683-7

19- KOÏTA. N:étude statistique des cancers digestifs en milieu chirurgical à Bamako. A propos de 120 cas thèse méd., 1982 N°14

20- MANSOURI F, N. CHERRADI, A. MALYHI, N. MAHASSINI, F. ELGHASI, R. REFFAS, A. REGRAGUI, A. JELTHI, A. ELHACHIMIE : particularités anatomopathologiques du cancer colorectal du sujet jeune (à propos de 110 cas), Maroc médical, tome21, N°1, mars 1999, p6-9

21- MARTIN M.S

Carcinogénèse colique expérimentale.

Gastroentérol .Clin .Biol. 1986 ; 6 ,382- 391

22-BENGUE M:

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A » du CHU du point « G »

Cancer colorectal au Sénégal à propos d'une étude rétrospective de 258 dossiers recueillis à Dakar de 1960 à 1995. Thèse Méd, Dakar, 1985. N°168

23- MOUCHET A., MARQUAND J., GUIVARC'H M., NATHAN G.

Etude statistique de 500 cas de cancers anorectaux.

Indications thérapeutiques. Résultats éloignés.

J. Chir. ., octobre 1972 ; tome 104 ; N°4 ; PP 237- 264.

24 – NDIAYE A .A.

Les cancers à l'hôpital principal de Dakar à propos de 100 cas observés de janvier 1988- 1993.

Thèse : méd. : Dakar ; 1993

25- NGARIAL K

Etude des cancers colorectaux dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital du point « G » à propos de 96 cas

Thèse, Méd. Bamako, 1995 N° M- 32 .139P

26- NIMIT C.M. , WITIT C., VIEHARN L., TAVIPAN T., BOONSOM, C. And AMPAI . S.

Chiang Mai Tumor Registry 83- 87 in : PARKING D.M., MUIR C.S

WHELON S.L ., GAO J. FERLAY and POWEL J (eds)

Cancer incidence in fives continents, volume VI (IRAC scientific publication N°120), Lyon, IRAC, 1992

27- NOUHOU. H, MAMADOU. O.R, A DEHOSSIE : Cancer au Niger : étude de fréquence relative sur une période de 3 ans (1989-1991) Méd d'Afrique noire 1994 ; 3 ; 41

28- PADONOU N, BAGNAN K B, KODJO N, AGBO N.

Les cancers colorectaux à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CHU de Cotonou : à propos de 10 cas observés en 7 ans.

29- PARIENTE A.

Dépistage du cancer colorectal en 2001. Encycl Méd Chir. (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés) AKOS Encyclopédie pratique médecine, 4-0522, 2001, 3P

30- PEGHINI M., P. BARABE, J. E. TOUZE, R. MORCILLO, J. M. VEILLARD, L. DIAGNE, J.P. EYNARD, DIALLO A., P.M. GUEYE, P.S. MBAYD, B. WADE: Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal: apport de 18000 endoscopies effectuées à l'hôpital principal de Dakar, médecine d'Afrique noire, vol 50, n°2, 1990, p205-208

31- PERLEMUTER L., WALICORA J.

Cahier d'anatomie : 4^{ème} édition ; 1 ; Paris : Masson ; 1972

32- PERLEMUTER, WALICORA J.

Cahier d'anatomie : 4^{ème} édition ; 2 ; Paris : Masson ; 1972

33- POTET F.

Histologie du tube digestif.
Paris : Masson ; 1989 ; pp 210- 217.

34- POTET F., FLEJOU J., RUSZNIESKI P., BOUHNİK Y.: les biopsies du tube digestif en pratique courante –vol 2, grêle et colon (Fuchey Arnay-le-duc côte d'or .France) 1999. 1. 174P

35 - RODRIGUEZ I, PLIEGO M., SAMS M. et coll.

Néoplasmes colorectaux. Morbimortalité.

92^{ème} congrès français de chirurgie : livre des résumés :

Paris : 1992.

36- ROUVIERE H :

Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle,
(Paris ,France),Masson,1978,11,686p

37- SAMAKE M. N :

Le cancer du colon en milieu chirurgical et endoscopique à l'hôpital du point "G" à propos de 33 cas.

Thèse méd., Bamako, 2001, n°120,112p

38- TOUMIGAN C. et CARBONNEL F. : Cancer du colon

Encycl. Méd Chir. (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés) AKOS Encyclopédie pratique médecine, 4-523, 2003,5P

39- TOURE A :

Contribution à l'étude des cancers au Mali .A propos d'une étude statistique de 1378 cas,

Thèse Méd, Bamako 1995, n°6

40- TRAORE I :

Les aspects chirurgicaux des cancers du colon à l'hôpital du point « G » étude rétrospective sur deux ans,

Thèse Méd, Bamako, 1987, N°6

41- VIGUIER J, BOURLIER P., KARSENTI D., de CALAN L. et DANQUECHIN DORVAL E. : cancer du colon

Encyclopédie Médico-chirurgicale Gastro-entérologie,9-068-A-10,2003,18 p.

42- WINAWER SJ, FLETCHER RH, MILLER L, GODLEE F, STOLAR MH, MULROW CD et al. Colorectal cancer screening. Clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997 ; 112 : 594-642

43- WINAWER SJ, ZAUBER AG, HO MN, O'BRIEN MJ, GOTTLIEB LS, STERNBERG SS et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *N Engl J Med* 1993 ; 329 : 1977-1983

44- YANGNI ANGATE A. KANGA J B ,KHOURY J , ECHIMANE A . COFFI B. AHNOUX A.

Les cancers colorectaux en Côte d'Ivoire. Etude épidémiologique et clinique de 35 cas observés à Abidjan

Inter Far Afr. 1987 ; 2 ; 13- 20

45- ZAOUCHE A., KHEREDINE T. , BEN SALA kh . , ABDESSALEM . M., ENNABLI E

Les problèmes particuliers aux cancers du rectum à l'exclusion des tumeurs hautes de l'ampoule .A propos de 60 cas.

La Tunisie médicale ; octobre 1986 ; volume 64 ; N° 10

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : N° / ___/___/**Q1** : N° du dossier du malade : /___/___/___/___/**Q2** : Nom et prénom du malade : ----- /___/___/**Q3** : Age (année) : /___/___/**Q4** : Sexe -----/___/___/

1- Masculin

2- Féminin

Q5 : Profession :-----/___/___/

1- cadre supérieur

7- Ménagère

2- cadre moyen

8- élève ou étudiant

3- ouvrier

9- soudeur

4- chauffeur

10- commerçant

5- cultivateur

11- autres à préciser

6- éleveur

Q6 : région de provenance -----/___/___/

1- Kayes

6 - Tombouctou

2- Koulikoro

7 - Gao

3- Sikasso

8 – Kidal

4- Ségou

9 - Bamako

5- Mopti

Q7 : nationalité : -----/___/___/

1- malienne

2 – autre à préciser

Q8 : le malade a déjà consulté -----/___/___/

1- aucune consultation

3- tradithérapeute

2- médicale

4- association

Q9 : délai entre le début de la maladie et la première consultation en milieu médical moderne -----/___/___/**Q10** : adresser par : -----/___/___/Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A »
du CHU du point « G »

- 1- venu de lui même
2- médecin généraliste
3- gastro-entérologue
4- chirurgien
- 5 - infirmier
6 – gynéco obstétrique
7 - interniste
8 – autres à préciser
- Q11** : mode de recrutement -----/___/___/
1- consultation externe
2 – urgence
- Q12** : motif de consultation -----/___/___/
1- rectorragie
2- douleur abdominale
3- diarrhée
4- constipation
5- alternance diarrhée- constipation
6- vomissement
7- syndrome occlusif
- 8 -météorisme abdominal
9 - hémorroïdes
10 – syndrome rectal
11 – tuméfaction abdominale
12 – cancer du colon
13 – cancer du rectum
- Q13** : antécédants familiaux -----/___/___/
1 - tumeur colorectale
2- tumeur digestive
3 – maladie inflammatoire du colon
4 – sans particularité
- Q14** : antécédants personnels médicaux -----/___/___/
1- amibiase intestinale
2- rectite ou colite
3- polype colique
- 4 - hémorroïde
5- sans particularité
- Q15** : antécédants personnels chirurgicaux -----/___/
- Q16** : durée moyenne d'évolution en mois -----/___/___/
- Q17** : index de karnofski-----/___/___/
- Q18** : tuméfaction abdominale -----/___/___/
1- hypochondre droit
2- fosse iliaque droite
3- hypochondre gauche
4- fosse iliaque gauche
- 5 - épigastre
6- hypogastre
7 - absente
8 – association
- Q19** : ascite à l'examen clinique -----/___/___/
1 – oui
2 – non
- Q20** : ganglion de Troisier
1 – oui
2 – non
- Q21** : adénopathies inguinales-----
1 – unilatérale
2 - bilatérales
- Q22** : masse perçue au toucher rectal -----/___/
- 1 : 0 – 3cm de la marge anale
2 : 3 - 8cm
- 3 : 8 - 15
4 : pas de masse

Q23 : endoscopie (colonoscopie endoscopie) -----/___/___/

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1- non faite | 5 - ulcération |
| 2- végétante ulcérée | 6 – tumeur infranchissable |
| 3- végétante | 7 – polypoïde |
| 4- infiltrante sténosante | 8 - normale |

Q24 : lavement baryté -----/___/___/

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1- non fait | 4- incontinence de la baryte |
| 2- normal | 5- virole |
| 3- lacune irrégulière | 6 – sténose complète |
| 7 – opacification du grêle | 8 – rétrécissement irrégulier |

Q25 : localisation de la tumeur -----/___/___/

- | | | |
|------------|------------|----------------|
| 1- colique | 2 – rectum | 3- association |
|------------|------------|----------------|

Q26 : radiographie du thorax -----/___/___/

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1- non faite | 2- métastases pulmonaires |
| 3 – absence de métastases pulmonaires | |

Q27 : échographie abdominale-----/___/___/

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1- carcinose péritonéale | 4 –adénopathies profondes |
| 2- ascite | 5- pas de localisation secondaire |
| 3- foie nodulaire | 6 –normale |

Q28 : scanner-----

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1- non fait | 4- adénopathie |
| 2- carcinose péritonéale | 5- foie hétérogène |
| 3- épanchement péritonéal | 6 -normal |

Q29 : glycémie -----/___/___/

Q 30 : taux d'hémoglobine -----/___/___/

Q31 :groupe rhésus -----

- | | |
|--------|---------|
| 1- A+ | 5- B- |
| 2- B+ | 6 – AB- |
| 3- AB+ | 7 - o- |
| 4- A- | 8 – o+ |

Q32 : classification ASA -----/___/___/

- | | |
|-------|------------|
| 1- I | 4- IV |
| 2- II | 5- urgence |
| 3- II | |

Q33 : malade opéré :-----/___/___/

- | | |
|--------|---------|
| 1- oui | 2 – non |
|--------|---------|

Q34 : opérateur : -----/___/___/

- | | |
|---------------|---------------------------|
| 1- Professeur | 2- chirurgien généraliste |
|---------------|---------------------------|

- 2- Assistant
Q35 : traitement -----/___/___/
 1- curatif 2- palliatif
- Q36** : classification TNM selon le chirurgien -----/___/___/
 1- stade I 3- stade III
 2- stade II 4- stade IV
- Q37** : résection -----/___/___/
 1 – oui 2- non
- Q38** : type de résection -----/___/___/
 1- résection tumorale 5- colectomie segmentaire
 2- amputation abdomino-périnéale 6- hémicolectomie droite
 3- résection antérieur du rectum 7- hémicolectomie gauche
 4- sigmoïdectomie colectomie totale
- Q39** : anastomose -----/___/___/
 1- oui 2- non
- Q40** : type d'anastomose -----/___/___/
 1- iléo-anale 5- colo-anale
 2- iléo-rectale 6- colo-colique
 3- iléo-sigmoïdienne
 4- iléo-colique
- Q41** : stomie -----/___/___/
 1- oui 2- non
- Q42** : caractère de la stomie -----/___/___/
 1- temporaire 2 – définitive
- Q43** : curage ganglionnaire -----/___/___/
 1- oui 2- non
- Q44** : geste associé -----/___/___/
 1- oui 2- non
- Q45** type de geste associé -----/___/___/
 1- gastrectomie des 4/5 4- caecostomie de protection
 2- annexectomie 5- nephrostomie
 3- kystectomie ovarienne 6- autres à préciser
- Q46** : biopsie :type histologique -----/___/___/
 1- adénocarcinome lieberkÜnien 3- sarcome
 2- adénocarcinome mucineux 4- lymphome malin
- Q47** : date d'intervention-----/___/___/___/
- Q48** : temps entre date d'hospitalisation et date d'intervention ---- /___/
- Q49** : transfusion per-opératoire -----/___/___/
 1- oui 2- non

Q50 : malade transféré en réanimation -----/_____/_____/

1- oui

2- non

Q51 : suites postopératoire -----/_____/_____/

1- simples

2- compliqués

Q52 : suites compliqués -----/_____/_____/

1- abcès de la paroi

5- fistule digestive

2- abcès sous phrénique

6- éviscération

3- péritonite

7- incontenance anal

4- occlusion

8- saignement pariétal

Q53 suite à 1 mois -----/_____/_____/

1- simple

5- métastases

2- éventration

6- décès

3- occlusion

4- récurrence locale

Q54 : suites à 6 mois -----/_____/_____/

1- simples

5- éventration

2- récurrence locale

6- perdu de vue

3- métastase

7- décès

4- complication liée à la stomie

Q55 : mode de suivi à 6mois

1- vu spontanément

3- convocation

2- vu à domicile

Q56 : survie à 1 an

1 – vivant

2- décédés

Q57 : survie à 2 ans

1- vivant

2- décès

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Mohamed Chérif

Titre de la Thèse : cancer colorectal : aspects cliniques et thérapeutiques, dans le service de chirurgie « A » du CHU du point « G »

Année universitaire 2006- 2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : chirurgie

Résumé :

L'objectif de ce travail était de faire le point des difficultés que pose la prise en charge du CCR dans le service.

Il a pris en compte les malades reçus entre Janvier 2000 et décembre 2005 avec un diagnostic de cancer confirmé par l'histologie.

52 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 46,7 ans (avec des extrêmes de 14 et 76 ans ; un sexe ratio de 1,3 en faveur des hommes) .

Les ménagères étaient majoritaires avec 34,6% des cas. 32,7% des patients ont été reçus en urgence

Le retard dans la référence a été constaté dans notre série (54% des malades avaient bénéficié d'un traitement médical pour la même pathologie avant leur admission) .

Dans 30,8% des cas, le cancer siégeait sur le rectum, l'adénocarcinome a été le type histologique le plus fréquent avec 90,4% des cas.

Le taux d'opérabilité a été de 98% avec un taux de résécabilité de 68% et un taux de morbidité postopératoire de 15,4%.

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer colorectal dans le service de chirurgie « A » du CHU du point « G »

12% de nos patients étaient perdus de vue à 6 mois.