

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
FMOS

Année universitaire 2019-2020

THEME

Thèse N° :..... /

**TUMEURS MALIGNES ABDOMINALES CHEZ LES SUJETS
DE MOINS DE 40 ANS**

Présentée et Soutenue publiquement le 30/11/2020 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par : **M. Daouda Kassoum COULIBALY**

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président: Pr TRAORE Alhassane

Membre : Dr SAYE Zakari

Co-Directeur : Dr DIAKITE Ibrahima

Directeur :Pr TOGO Adégné

DEDICACES

Je rends grâce :

A Allah le Tout puissant, le clément et le miséricordieux. Tout commence par lui et tout finit par lui. Je lui rends grâce de m'avoir donné la vie, le courage et la santé sans quoi ce travail n'aurait pas eu lieu.

Au prophète Mohamed (PSL) : que la paix de Dieu soit sur lui

Je dédie ce travail à :

➔ **Mon père Kassoum COULIBALY**

Cher Père, ce travail est le tien. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice, du pardon et du courage.

Vous avez toujours été un exemple à suivre pour toute la famille à travers votre rigueur et exigence vis-à-vis de vous-même et pour tous les autres membres de la famille.

Trouvez dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Vos prières, encouragements, votre soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais fait défaut.

Merci du fond du cœur car tu es la clé de ma réussite.

➔ Ma mère

Feue Oumou COULIBALY

Très chère Maman, tu incarnes pour moi la mère dévouée, courageuse, tolérante une mère parfaite bref. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné.

Je ne saurais oublier cette chaleur maternelle, les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je continue à te porter.

Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille.

. Que le Seigneur tout puissant Allah t'accueille dans son paradis, que ton âme repose en paix.

➔ Ma mère : Fatoumata SAMAKE

Très chère Maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné.

Je ne saurais oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte.

Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille.

Que le seigneur tout puissant te bénisse t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

➔ **Ma grande sœur Kadiatou K. COULIBALY**

Tu es plus qu'une grande sœur pour moi, ainsi tu as cultivé en moi le respect, l'honnêteté, le courage, et le sens du travail bien fait. Ce travail ne saurait réaliser sans tes efforts. J'ai pensé à toi à chaque instant de ce travail.

➔ **Ma petite sœur Assitan COULIBALY**

Merci pour tout, sœurette adorée.

➔ **Ma grande mère feu Kadiatou TRAORE**

➔ **Mon grand-père Daba dit Daouda COULIBALY**

➔ **Mes Frères et Sœurs**

Abdoulaye D, Djénébou D, Kadiatou D, Chiaca D, Hawa , Aichatou, Modibo, Nene, Alpha ,Baba Talibé , Ladji, Fatoumata.

Chers frères et sœurs merci pour vos soutiens, vos affections et respect à mon égard. Que le bon Dieu me donne le courage d'être reconnaissant envers vous, qu'il soit le garant de notre fraternité.

➔ **Mes Cousins et Cousines**

Tenin C, Djénéba, Habiba, Rahma, Abdrahamane, Assitan C, Boubacar C, Ibrahim C, Yacadjou C, Aichatou C, Daouda C, Fatoumata Bintou C,

Ali, Alima, Kadi, Koro, Mohamed, Moussa, Mamoutou, Bourama, Ténin, Kalilou Aboubacar, Malamine, Djénéba ainsi que tous les autres dont je n'ai pas pu citer les noms.

Ce travail est le vôtre.

➤ **Mes Tantes et Tontons**

Feu Mamoutou, Barima, Dougaba, Alimata, Boubacar, Assitan, Aminata, Fati, Zoumana, Fanta, Chiaka, Assetou, Modibo, Albert, Feue Rosalie, Secko, Souleymane, Rokia, Issa et tous les autres dont les noms ont été omis.

Mes chers tontons et tantes merci pour vos conseils et affections à mon égard.

➤ **Mes amis (es)**

Aimé, Yacouba, Samba, Amadou, Makan, Abdramane, Cheick, Drissa, Dr Seydou, Dr Issa, Dr Moussa, Dr Kondy, Dr Solomane, Sadio, Kadia, Chiaka, Yacouba

➤ **Aux membres des Centres de santé communautaire de HAMDALLAYE et SAME**

Sekou O. Guindo, Soumaïla B. Konaré, Fodé Kouyaté, Salif Mariko, Dr Abdoulaye Diallo, Bakary Diarra, Abdoulaye Diarra, Amadou Kodio, Dr Bantji Keïta, Mariam Sidibé, Djeneba guindo, Aoua Diakité.

REMERCIEMENTS**➤ Aux Spécialistes en Chirurgie digestive :**

Mon Maître Professeur Feu Gangaly Diallo, Pr Adégné Togo, Pr Lassana Kanté, Dr Ibrahim Diakité, Pr Alhassane Traoré, Pr Bakary T. Dembélé, Pr Yacariya Coulibaly, Dr Madiassa Konaté, Dr Amadou Traoré, Dr Saye Zakari, Dr Amadou Maiga, Dr Amadou BAH, Dr Boureima Kelly, Dr Tani Koné, Dr Yoro Sidibé, Dr Konaté chiaca, Dr Harouna Doumbia pour m'avoir encadré.

➤ Aux D.E.S de chirurgie digestive et d'anesthésie réanimation

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

➤ Aux anciens thésards du service de chirurgie générale

Dr Thera C, Dr Kanté S, Dr Cissoko E, Dr Doumbia A, Dr Diarra B, Dr Traore M, Dr Bouare Y. Diabaté M, Sissoko S, Simon F, Diakité S, Sacko S, Diakité B, Coulibaly A, Coulibaly D, Diallo L, Maïga I, Gandega N, Dicko F, Coulibaly Z, Keïta C.O, KONE A, Samake M, Sangaré A, Ouologuème M, Cissé Lalla, Richie D, Samaké N, Samaké M, Kamissoko Y, Traoré M, Koriko F, Kadi D, Lamine D.

➤ Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale

Allaye B, Fatou D, Sankoro D, Diesta G, Dina G, Sana K, Mamadou S, Hamidou T, Bakary T, Ely T, Abdou T, Ruben T, Mathieu D

➤ Mes amis de la faculté de médecine.**➤ Aux personnels infirmiers : Koulou Diarra et équipe.**

Merci d'avoir assuré les soins de mes patients.

➤ Aux personnels du bloc opératoire.

- **Aux personnels de la clinique FERTILIA.**
- **Aux membres des Centres de santé communautaire de HAMDALLAYE et SAME**
- **A Mme Diarra Awa Diakité** (la secrétaire), Mme Absetou, Mme Traoré Mata, Mlle Hawa Diakité. Merci pour votre compassion.
- **A mon équipe de garde :** Dina G, Nouhoum K, Abdel, Almamy, Doucouré M, Astan S.

*Tous les étudiants de la **FMOS/FAPH**, bon courage et bonne chance.*

Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

President du jury: Pr ALHASSANE TRAORE

- Professeur Titulaire**
- Agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique**
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)**
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**
- Membre de la Société Internationale de hernie (AMEHS)**
- Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS)**
- Membre de la Société Africaine Francophone de chirurgie Digestive (S.A.F.CHLD)**

Cher maître,

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

Votre abord facile, votre rigueur scientifique, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie, font de vous un maître respecté et admiré. Veuillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

Membre du jury : Dr Zakari SAYE

-Chirurgien oncologue

-Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE

-Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher Maître,

C'est un réel plaisir et un honneur de vous compter parmi les membres du jury. Votre compétence, votre sens profond de l'humanité ainsi que votre modestie sont connus de tous. Veuillez agréer, cher maître, l'expression de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.

Co-directeur : Dr Ibrahima DIAKITE

Spécialiste en chirurgie générale au service de Chirurgie générale

Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE

Cher maître

Les mots nous manquent pour exprimer toute la gratitude et le profond respect que vous nous inspirés, votre culture de l'excellence, votre rigueur scientifique et votre disponibilité font de vous un maître respectable et respecté.

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassurer de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Directeur de thèse : Pr ADEGNE TOGO

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Chef de service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré**
- **Chef adjoint du département du chirurgie et spécialité chirurgicale à la FMOS**
- **Spécialiste en cancérologie digestive**
- **Membre de West African College of Surgeon (WACS)**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher Maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre spontanéité, votre envie de transmettre, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique forge le respect et l'admiration de tous.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que le seigneur vous donne longue et heureuse vie.

LISTE DES ABREVIATIONS:

ACE: Antigène carcino-embryonnaire

ALAT : Alanine amino-transferase

AMG : Arrêt de matières et de gaz

ASAT : Aspartate amino-transferase

CCR: Cancer colorectal

CHC: Carcinome hépato cellulaire

CHU: Centre hospitalo-universitaire

CPRE: Cholangio- pancréatographie rétrograde endoscopique

D12: Vertèbre dorsale 12

DPC: Duodeno-pancréatectomie céphalique

FU: Fluoro uracile

GEA: Gastro-entero-anastomose

IRM: Imagerie par résonance magnétique

NASH: Non-alcoholic stéatohépatitis

TIS: Tumeur in-situ

TOGD: Transit oeso-gastro-duodéal

USA: United states of América

GEA : Gastro-entero-anastomose

TDM: Tomodensitométrie

n : Taille de l'échantillon

NFS: Numération formule sanguine

RGO: Reflux gastro œsophagien

R0 : Résection (marge de résection saine)

R1 : Résection (Marge de résection macroscopiquement saine)

TP : Taux de prothrombine

TCK : Taux de céphaline kaolin

TOGD: Transit oeso-gastro-duodéal

TIS: Tumeur in-situ

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Les neuf régions de la paroi antero-latérale de l'abdomen et les loges viscérales correspondantes [24, 25,26] :	8
Tableau II : Les organes correspondants aux étages sus et sous mesocoliques de la cavité péritonéale [25,26]	10
[24]	Erreur ! Signet non défini.
Tableau III : Le contenu des espaces rétro-péritonéaux [25,26]	12
Tableau IV : La vascularisation de la cavité péritonéale [25,26]	14
Tableau VI : Interventions chirurgicales à visée curative dans les cancers coliques	28
Tableau VII : Interventions chirurgicales à visée curative dans les cancers du rectum	29
Tableau VIII : Répartition selon la tranche d'âge	42
Tableau IX : Répartition selon le sexe	43
Tableau X : Répartition selon la profession	43
Tableau XI : Répartition selon la Provenance	44
Tableau XII: Les signes fonctionnels	46
Tableau XIII: Répartition selon le siège de la tumeur	47
Tableau XIV : Répartition selon le but du traitement	48
Tableau XV : Répartition selon l'histologie	49
Tableau XVI: Répartition selon le stade	50
Tableau XVII : Répartition selon la survie globale	51
Tableau XVIII : Répartition selon sexe	51
Tableau XIX: Répartition selon la profession	52
Tableau XX: Répartition selon les signes fonctionnels	53
Tableau XXI: Répartition selon les signes généraux	53
Tableau XXII : Répartition selon le diagnostic	55
Tableau XXIII: Répartition selon les localisations secondaires	55
Tableau XXIV : Répartition selon les localisations secondaires sur le cliché du thorax	55
Tableau XXV: Répartition selon le siège	54
Tableau XXVI : Repartition selon le but du traitement	56
Tableau XXVI: Répartition selon le geste effectué en per opératoire	56
Tableau XXVII : Répartition selon le type d'anastomose	57
Tableau XXXI : Répartition selon le stade	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXXII: Répartition selon la survie à six mois	58

Tableau XXXIV: Répartition selon la survie globale	59
Tableau XXXV : Répartition selon le sexe	59
Tableau XXXVI : Répartition selon l'age.....	60
Tableau XXXVIII : Répartition selon la provenance.....	61
Tableau XXXIX: Répartition selon le diagnostic	63
Tableau XL: Répartition selon les localisations secondaire.....	64
Tableau XLI: Répartition selon les localisations secondaire sur le cliché de l'abdomen sans préparation.....	64
Tableau XLII : répartition selon le siege de la tumeur.....	62
Tableau XLIV:Répartition selon le geste effectué	66
Tableau XLV : repartition selon le type de stomie	66
Tableau XLVII: Repartition selon le type d'anastomose.....	67
Tableau XLVIII : Répartition selon la chimiothérapie	67
Tableau L : Répartition selon le resultat de l'histologie	63
Tableau LI: répartition selon le stade	Erreur ! Signet non défini.
Tableau LII: répartition selon le rétablissement de la continuité digestive.....	67
Tableau LIII : Répartition selon le suivi à 6 mois.....	68
Tableau LIV: Répartition selon le suivi à 12 mois.....	68
Tableau LV: répartition selon le suivi à 24 mois	69
Tableau LVI: répartition selon le suivi à 60 mois	69
Tableau LVII : Répartition selon la survie globale	70
Tableau LVIII : répartition selon le sexe	70
Tableau LX : répartition selon l'Age	71
Tableau LXI: répartition selon la profession.....	71
Tableau LXII: Répartition selon la provenance	72
Tableau LXIII : répartition selon le diagnostic	74
Tableau LXV : répartition selon la TDM.....	75
Tableau LXVI : Répartition selon La localisation secondaire cliché.....	75
Tableau LXVII: Répartition selon le siège	76
Tableau LXVII : Répartition selon le but du traitement	76
Tableau LXVIII: répartition selon le geste effectué.....	77
Tableau LXIX : Répartition selon l'exèrese des ganglions.....	77
Tableau LXX : Répartition selon le type d'anastomose.....	78

Tableau LXXI: répartition selon le type de résection	78
Tableau LXXII : Répartition selon le radiothérapie.....	79
Tableau LXXIII : Répartition selon la chimiothérapie	79
Tableau LXXIV: répartition selon le mode de chimiothérapie.....	79
Tableau LXXV: repartition selon l’histologie	73
Tableau LXXVI: Répartition selon le stade	Erreur ! Signet non défini.
Tableau LXXVII: Répartition selon le suivi à 6 mois	80
Tableau LXXVIII : répartition selon la survie à 12 mois.....	80
Tableau LXXIX : répartition selon la survie 24 mois	80
Tableau LXXX: répartition selon la survie 60 mois	81
Tableau LXXXI: répartition selon la chimiothérapie	81
Tableau LXXXII: repartition selon l’age	82
Tableau LXXXIII : répartition selon la profession	82
Tableau LXXXIV: Répartition selon la localisation.....	83
Tableau LXXXVIII : Répartition selon le geste effectué.....	84
Tableau LXXXIX: répartition selon l’exèrese des ganglions	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XC : Répartition selon le stade.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XC: répartition selon le sexe	86
Tableau XCI: répartition selon l’âge.....	86
Tableau XCII: Répartition selon la profession.....	87
Tableau XCIII: répartition selon la provenance	87
Tableau XCIV: Répartition selon le diagnostic	88
Tableau XCV: répartition selon la localisation secondaire échographie	89
Tableau XCVI : répartition selon la TDM	89
Tableau XCVII: répartition selon le siège.....	90
Tableau XCVIII : Répartition selon le but du traitement.....	90
Tableau XCIX: Répartition selon le geste effectué.....	90
Tableau C: répartition selon l’exèrese ganglionnaire.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau CI: répartition selon la chimiothérapie	91
Tableau CIII : Répartition selon le suivi à 6 mois.....	91
Tableau CIV : répartition selon la survie à 12 mois.....	92
Tableau CV: Répartition selon la survie 24 mois	92
Tableau CVI: Répartition selon la survie à 60 mois	92

Tableau CVII: répartition selon la survie globale	93
Tableau CVIII: répartition selon le sexe	93
Tableau CIX: répartition selon l'âge	94
Tableau CX: répartition selon la profession.....	94
Tableau CXI: répartition selon la provenance.....	95
Tableau CXII: répartition selon le diagnostic	96
Tableau CXIII: répartition selon la localisation secondaire échographique	96
Tableau CXIV: répartition selon la TDM	96
Tableau CXV: répartition selon la localisation secondaire sur le cliché du thorax	97
Tableau CXVI : répartition selon le siège	95
Tableau CXVII: répartition selon le but du traitement.....	97
Tableau CXVIII: répartition selon le geste effectué en per op.....	97
Tableau CXIX : répartition selon le type d'anastomose	98
Tableau CXX: répartition selon le suivi à 3 mois	99
Tableau CXXI: répartition selon la chimiothérapie	99
Tableau CXXII: répartition selon le mode de chimiothérapie	99
Tableau CXXIII: répartition selon l'histologie	95
Tableau CXXIV: répartition selon le stade	Erreur ! Signet non défini.
Tableau CXXV: répartition selon le suivi à 06 mois	100
Tableau CXXVI: répartition selon â survie globale.....	100
Tableau CXXVII: répartition selon sexe.....	100
Tableau CXXVIII: répartition selon l'âge.....	101
Tableau CXXIX: répartition selon la profession.....	101
Tableau CXXX: répartition selon la provenance	102
Tableau CXXXI: répartition selon le diagnostic	104
Tableau CXXXII : répartition selon la localisation secondaire écho.....	104
Tableau CXXXIII: répartition selon le but du traitement	105
Tableau CXXXIV: répartition selon le geste effectué	105
Tableau CXXXV: répartition selon l'exérèse ganglionnaire	106
Tableau CXXXVI: répartition selon le suivi à 3 mois	106
Tableau CXXXV: répartition selon la chimiothérapie.....	107
Tableau CXXXVI : répartition selon l'histologie	106
Tableau CXXXVII: répartition selon le stade.....	Erreur ! Signet non défini.

Tableau CXXXVIII: répartition selon le suivi à 6 mois	107
Tableau CXXXIX: répartition selon le suivi à 12 mois	107
Tableau CXL: répartition selon la survie à 24 mois.....	108
Tableau CXLI: répartition selon la survie à 60 mois	108
Tableau CXLII: répartition selon la survie globale.....	108
Tableau CXLIII: Répartition selon la fréquence hospitalière et les auteurs	109
Tableau CXLIV: Répartition selon les âges et auteurs	110
Tableau CXLV: Répartition selon le sexe et les auteurs.....	110
Tableau CXLVI: répartition selon le délai d'évolution.	Erreur ! Signet non défini.
Tableau CXLVII: Fréquence par rapport aux cancers digestifs.....	111
Tableau CXLVIII: :	111

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Topographie générale de la cavité abdominale..... 6

Figure 2 : Division clinique de la paroi antéro-latérale de l’abdomen [25,26]: 7

Figure 4 : Coupe horizontale de l’abdomen passant en L1 (étage susmésocolique)..... 11
 [24] **Erreur ! Signet non défini.**

Figure 5 : Coupe horizontale de l’abdomen passant en L4 (étage sous mésocolique) [24]..... 11

Figure 6 : Coupe horizontale de l’abdomen : les espaces rétro-péritonéaux..... 13
 [25,26]. 13

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	3
I. GENERALITES	4
A. Rappels anatomiques.....	4
B. Cancers de l'estomac	14
C. Cancers colorectaux	21
1.1. Epidémiologie.....	21
1.2. Anatomie pathologique : [31, 6, 38].....	24
D. Cancers du foie [51]	30
E. Cancer du pancréas [44]:.....	33
II. METHODOLOGIE.....	39
2.1. Type et période d'étude	39
2.2. Cadre d'étude.....	39
2.3. Patients.....	39
2.4. Méthode	40
2.5. Prise en charge thérapeutique	41
2.6. Suivi des patients	41
2.7. Support de l'enquête	41
III. RESULTATS	42
3.1. Fréquence.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2. Donnée socio-démographique	42
3.3. Signes fonctionnels.....	46
3.4. Siege	47
3.5. But traitement	48
3.6. Histologie.....	49
3.7. Stadification.....	Erreur ! Signet non défini.
3.8. Survie globale en mois	51
A. Estomac	51
B. Colon	59
C. RECTUM	70
D. MESENTERE	82
E. FOIE.....	86

F. PANCREAS	93
G. SURRENALE	100
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	109
4.1. Méthodologie.....	109
4.2. Données épidémiologiques.....	109
4.3. Organes.....	111
4.4. FOIE	112
4.5. Colon	113
4.6. Rectum.....	114
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	116
5.1. Conclusion.....	116
5.2. Recommandations	117
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	118
ANNEXES	124

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes sont des proliférations cellulaires et anormales échappant au mécanisme de régulation, envahissant et détruisant les tissus dans lesquelles elles se développent et sont capables de dissémination dans l'organisme et susceptibles de récurrences après traitement.[1]

Les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde on comptait environ 14 millions de nouveaux cas en 2012 et 8,8 millions de décès liés à la maladie en 2015, près d'un décès sur deux dans le monde est dû au cancer. [2]

Au Maroc, les cancers digestifs ont représenté 20,25% de tous les cancers et les cancers colorectaux ont représenté 41,43% des cancers digestifs, selon une étude réalisée par Chbani en 2013[3]

En Europe, le cancer colorectal est la troisième cause de mortalité par cancer après les cancers de la prostate et du sein.[2]

Selon une étude de CIESIELSKI M publiée en 2019 sur la gastrectomie les sujets de moins de cinquante(50) ans ont représenté 10,6% avec un taux mortalité de 60,7%. [10]

Aux Etats unis, il est la deuxième cause de décès par cancer. [4]

Des études ont montré une différence significative de son incidence d'un pays à l'autre. Cette différence peut aller de 10 fois plus d'une zone de faible incidence (Asie, Afrique) vers une zone de haute incidence (les pays industrialisés : Etats unis et le nord de l'Europe). [5,6]

Au Mali, TOUNKARA en 2012 a trouvé que le cancer avancé de l'estomac représentait 74,4% des cancers de l'estomac. [7]

Les étiologies sont méconnues, cependant le rôle des facteurs de risque a été démontré par plusieurs études. [5,8]

Le diagnostic du cancer à ses débuts, a un effet majeur sur la survie. [9]
Lorsqu'un cancer s'est propagé les chances de survie sont beaucoup plus faibles, que le traitement est plus lourd avec plus d'effets secondaires immédiats et tardifs et un coût de prise en charge beaucoup plus élevé [3,9]

Nous constatons une augmentation de la fréquence des tumeurs malignes abdominales chez le sujet jeune d'où l'initiation de ce travail en chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE.

OBJECTIFS

Objectif général

- Etudier les tumeurs malignes abdominales chez les patients d'âge supérieur à 14 ans et inférieur à 40 ans en chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des tumeurs malignes abdominales chez les patients de 15 à 40 ans dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.
- Décrire le profil sociodémographique chez ces patients.
- Décrire les aspects diagnostique et thérapeutique des tumeurs malignes abdominales.
- Analyser les suites de la prise en charge des tumeurs malignes abdominales.

I. GENERALITES

A. Rappels anatomiques

1.1. Anatomie topographique de l'abdomen (45 46 47)

1.1.1. Repères abdominaux

L'abdomen représente la partie sous-diaphragmatique du tronc. Il est limité à la partie inférieure par le détroit supérieur qui le sépare du petit bassin et comprend des repères osseux, musculaires et cutanés.

1.1.2. Repères osseux

L'abdomen est limité:

- en arrière par le rachis qui s'étend de la 12^{ème} vertèbre dorsale (D12) à la 5^{ème} vertèbre lombaire (L5) ;
- une partie supérieure limitée par la partie inférieure de la cage thoracique avec l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane antérieure et latéralement les rebords costaux ;
- une partie inférieure : le bassin avec les deux os iliaques (les deux épines iliaques antéro-supérieures) réunis en avant par la symphyse pubienne et articulés en arrière avec le sacrum.

1.1.3. Repères musculaires et cutanés

- Les muscles sont représentés essentiellement par
- Les muscles grands droits,
- Les muscles grands et petits obliques,
- Les muscles transverses,
- Les muscles pyramidaux (qui sont inconstants),

Quant aux repères cutanés ils sont représentés par le sillon médian antérieur : la verticale xypho-pubienne passant par l'ombilic et qui correspond à la ligne blanche aponévrotique séparant les deux muscles grands droits. De chaque côté

on a les muscles larges (grands obliques, petits obliques et le transverse) et leurs aponévroses.

A partir de ces repères (surtout cutanés : sillon médian antérieur, l'ombilic, le pli inguinal), on divise l'abdomen :

- En quatre quadrants par deux lignes perpendiculaires se croisant à l'ombilic : supérieur droit, inférieur droit, supérieur gauche et inférieur gauche.
- En neuf secteurs ou divisions cliniques dont trois impaires et médians et trois autres paires et latéraux (schéma 2).

1.1.4. Régions impaires

Elles sont étagées de haut en bas sur la ligne médiane :

- la région épigastrique ou creux épigastrique,
- la région ombilicale,
- la région hypogastrique ou sus-pubienne.

1.1.5. Régions paires et latérales

- les hypochondres droit et gauche,
- les flancs droit et gauche,
- les fosses iliaques droite et gauche.

Cette division de la paroi antéro-latérale de l'abdomen est importante en exploration clinique et radiologique pour repérer le siège des différentes lésions abdominales. Aussi à ces divisions cliniques de l'abdomen correspondent des loges viscérales (tableau I).

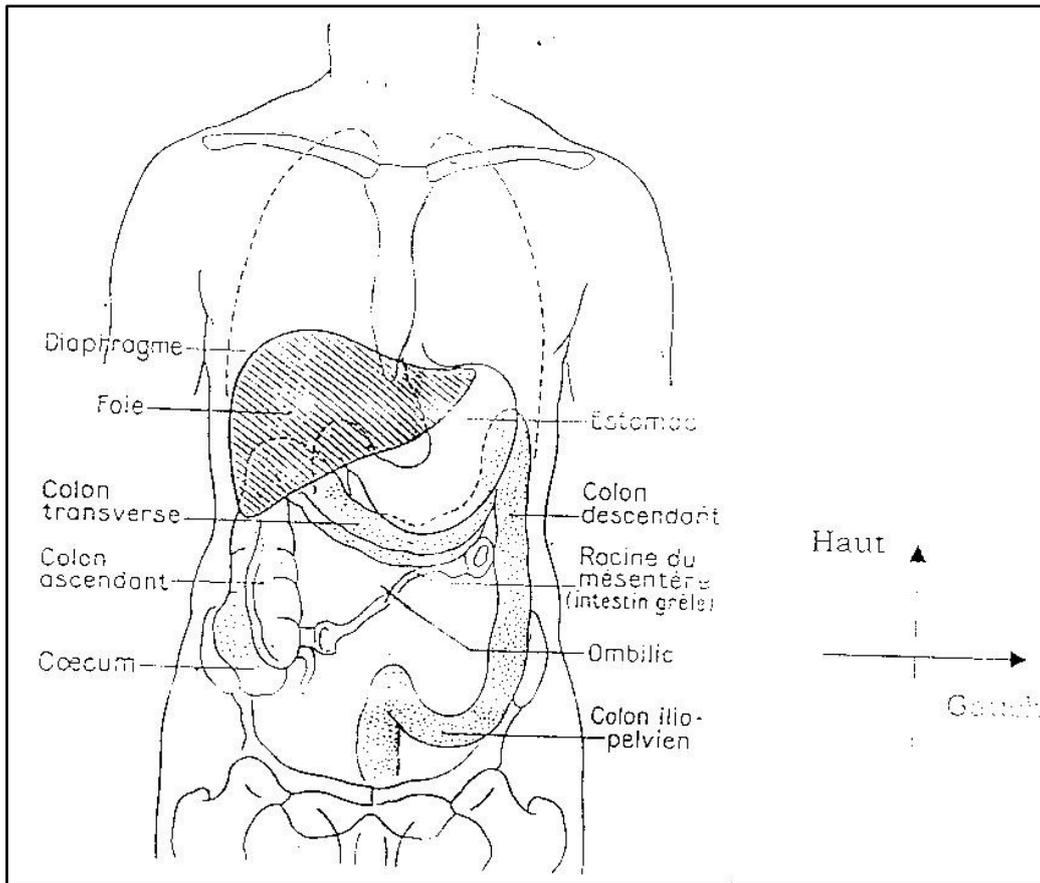


Figure 1 : Topographie générale de la cavité abdominale [45]

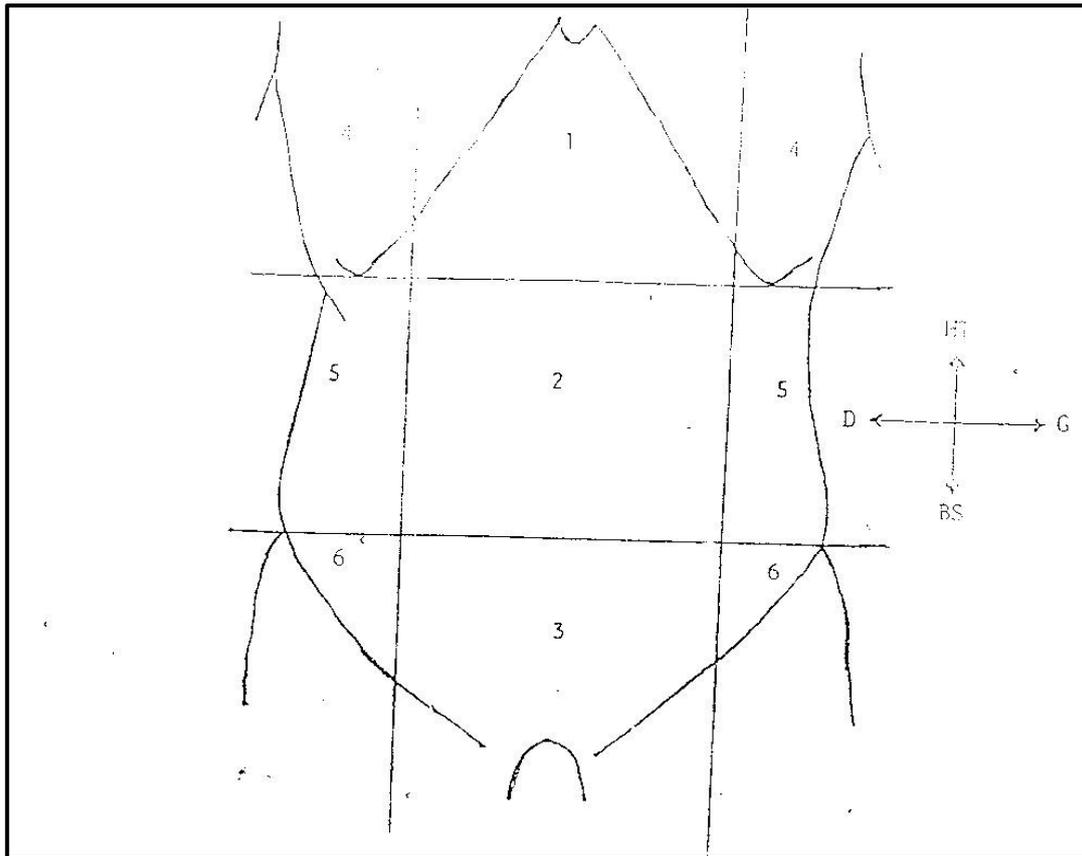


Figure 2 : Division clinique de la paroi antéro-latérale de l'abdomen [45,46]:

- 1 : la région épigastrique
- 2 : la région ombilicale
- 3 : la région hypogastrique
- 4 : les hypochondres droit et gauche
- 5 : Les flancs droit et gauche
- 6 : les fosses iliaques droite et gauche

Tableau I: Les neuf régions de la paroi antérolatérale de l'abdomen et les loges viscérales correspondantes [45, 46,47] :

Régions	Loges viscérales
Epigastre ou région cœliaque	- Pancréas - Petite courbure de l'estomac
Région ombilicale ou mésogastre	- Estomac - Colon transverse - Anses grêles
Région hypogastrique + région Pelvienne	- Anses grêles- Utérus- Ovaires - Prostate- Vessie- Rectum
Hypochondre droit ou loge hépatique ou région sous-phrénique droit	- Foie - Vésicule biliaire - Arrière cavité de l'épiploon (ACE)
Hypochondre gauche ou loge sous phrénique gauche ou péri-splénique	- Fond et grande courbure de l'estomac - Rate
Flanc droit	- Côlon ascendant
Flanc gauche	- Angle splénique des côlons - Côlon descendant
Fosse iliaque droite	- Cæcum – Appendice
Fosse iliaque gauche	- Côlon sigmoïde

1.2. Plans de la cavité abdominale [45, 46,47]

La cavité abdominale peut être divisée en deux plans anatomiques distincts dans le sens antéro-postérieur :

- un plan antérieur correspondant à la cavité péritonéale,
- un plan postérieur ou rétro-péritonéal.

1.2.1. Cavité péritonéale

C'est une cavité virtuelle délimitée en avant par le péritoine pariétal antérieur, en arrière par le péritoine pariétal postérieur. Le méso-côlon transverse divise la cavité péritonéale en deux étages :

- un étage sus-mésocolique,
- un étage sous-mésocolique.

1.2.2. Etage sus-mésocolique

Il est thoraco-abdominal et comporte cinq loges qui sont :

- les loges inter-hépto-diaphragmatiques droite et gauche,
- la loge sous-hépatique,
- la loge péri-splénique,
- l'arrière cavité des épiploons (ACE).

L'arrière cavité des épiploons, nommée la bourse omentale abdominale occupe essentiellement la loge sous phrénique gauche. Elle comporte deux parties séparées par le foramen de Bursae et Omentalis.

A droite la bourse du petit épiploon communique avec la grande cavité par l'hiatus de Winslow.

A gauche la bourse du grand épiploon ou arrière cavité proprement dite comprend la poche rétro-gastrique en haut et la partie supérieure de la poche épiploïque en bas.

1.2.3. Etage sous-mésocolique

Il est divisé en deux parties par la racine du mésentère et communique largement en bas avec le petit bassin par l'intermédiaire de ces différentes loges qui sont :

- la gouttière pariéto-colique droite,
- la loge mesentério-colique droite,
- et la gouttière pariéto-colique gauche.

En pathologie abdominale, la fréquence des collections localisées à l'étage sous-mésocolique s'explique par le fait des adhérences inflammatoires qui peuvent venir fermer les différentes communications à son niveau. Les différents organes contenus dans les étages sus et sous-méso-coliques sont rappelés dans le tableau II

Tableau II : Les organes correspondants aux étages sus et sous mesocoliques de la cavité péritonéale [46,47]

Etages	Organes abrites
Etage sus-mésocolique	<ul style="list-style-type: none"> - Foie - Vésicule biliaire - Voie biliaire principale - Rate - OEsophage abdominal - Estomac - Les deux premières parties du duodénum - Le pancréas
Etage sous-mésocolique	<ul style="list-style-type: none"> - Côlons - Anses grêles - Les deux dernières portions du Duodénum

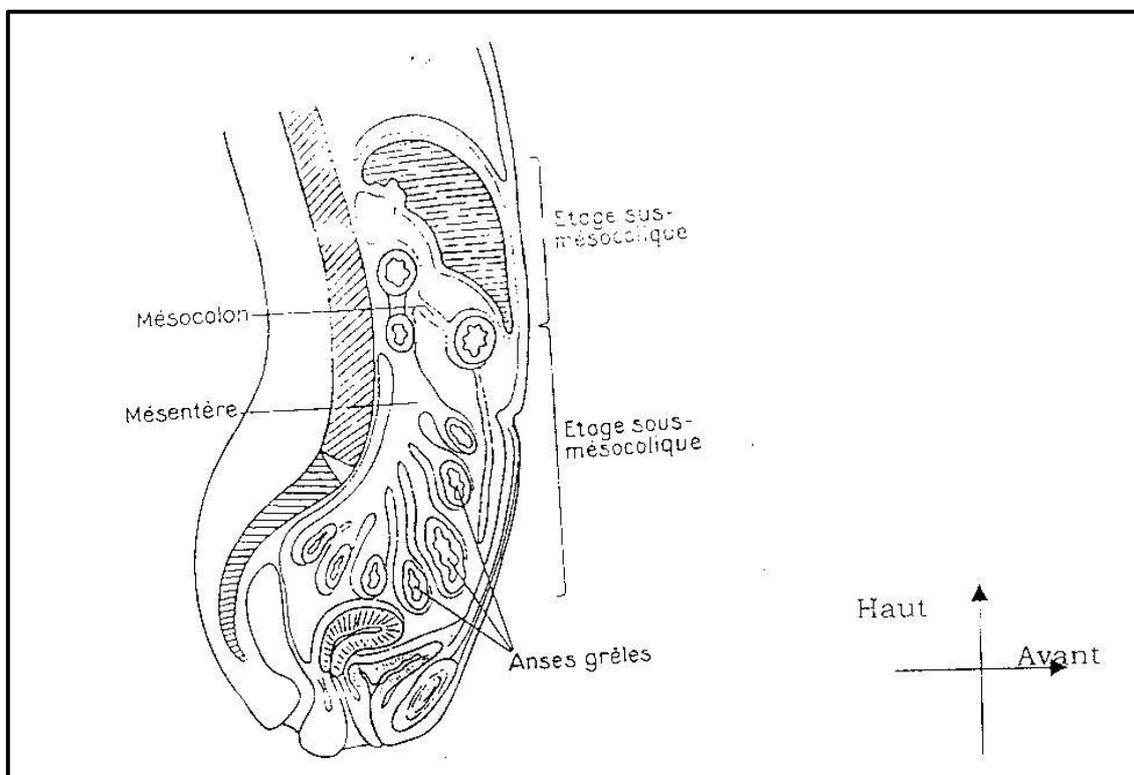


Figure 3 : Les étages de la cavité abdominale [45]

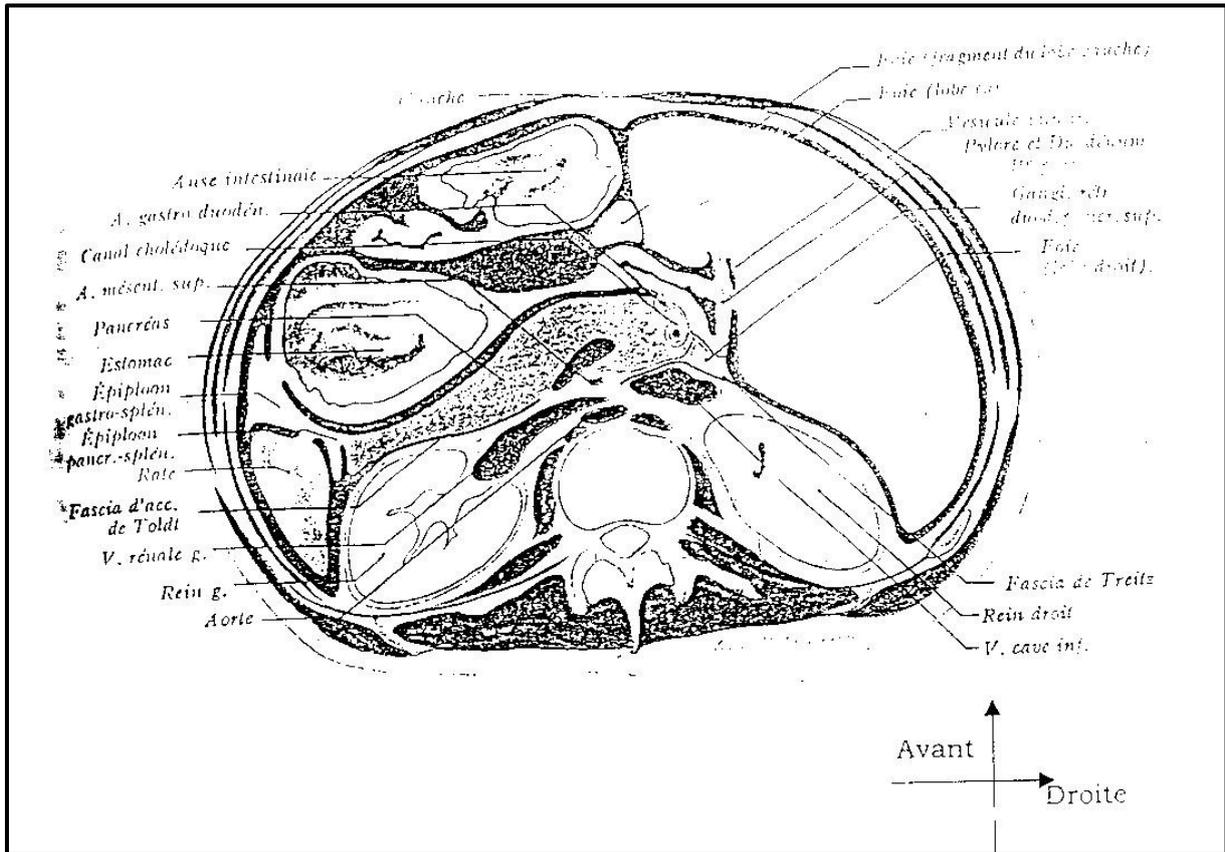


Figure 4: Coupe horizontale de l'abdomen passant en L1 (étage sus mésocolique) [45]

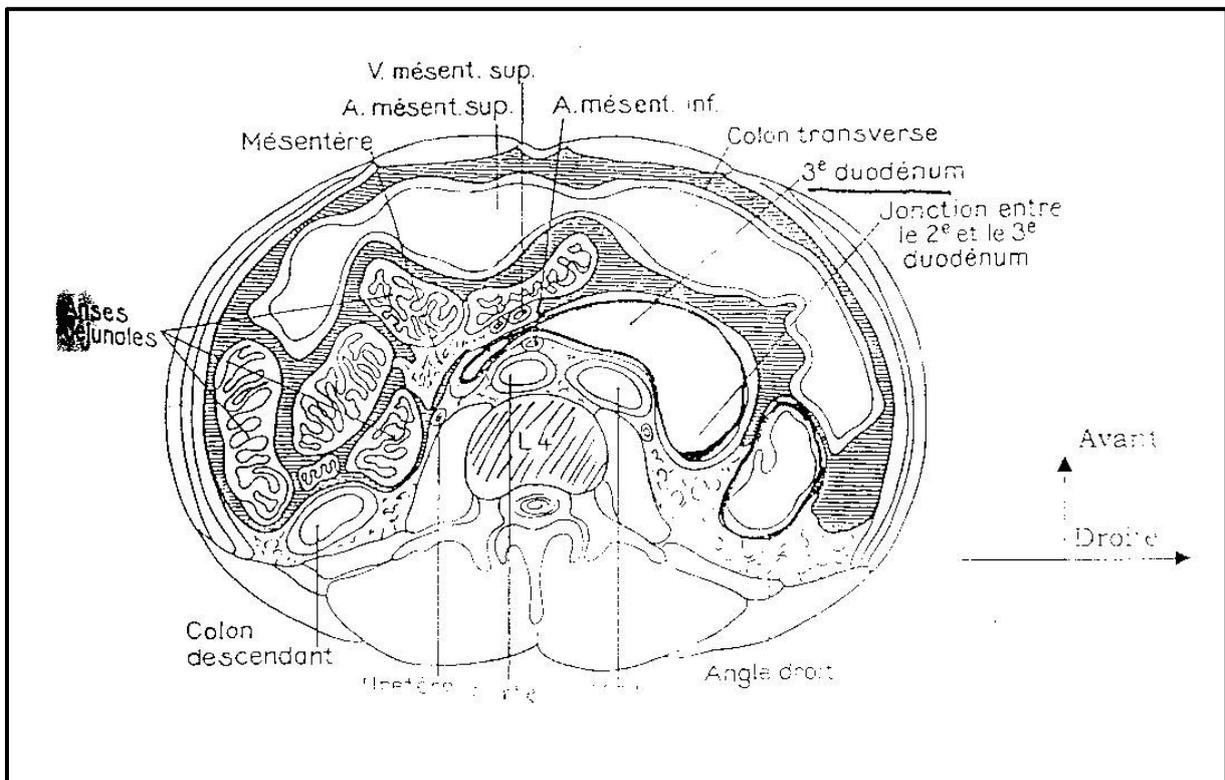


Figure 5 : Coupe horizontale de l'abdomen passant en L4 (étage sous mésocolique) [45]

1.3. Plan rétro-péritonéal [45, 46, 47]

Il se trouve en arrière de la cavité péritonéale. Ses limites sont :

- en haut, le diaphragme,
- en arrière les muscles psoas et le carré des lombes.
- Latéralement les muscles pariétaux (de dedans en dehors : le fascia transversalis, le transverse, le petit et le grand oblique)

En bas le détroit supérieur forme la limite avec l'espace sous péritonéal pelvien mais en fait les vaisseaux iliaques en sont la limite précise.

Les organes rétro-péritonéaux sont rappelés dans le tableau III.

Tableau III : Le contenu des espaces rétro-péritonéaux [46,47]

Les espaces retro péritonéaux	Organes abrités
Espace rétro-péritonéal postérieur	<ul style="list-style-type: none"> - Tissu conjonctif - Graisse - Muscles psoas - Nerfs et éléments sympathiques dépendant du rachis
Espaces péri-rénaux droit et gauche (communiquent avec les fosses iliaques)	<ul style="list-style-type: none"> - Surrénales - Reins - Aorte - Veine cave inférieure (VCI) - Chaîne des ganglions Lymphatiques
Espace para-rénal antérieur	<ul style="list-style-type: none"> - Côlons ascendant et descendant - Duodénum - Pancréas - Veine porte

Cette description classique doit être complétée surtout sur le plan radiologique par les données des travaux de Morton Meyerez qui subdivisent le plan rétro-péritonéal en trois espaces d'avant en arrière l'espace para-rénal antérieur qui s'étend du péritoine pariétal postérieur au feuillet antérieur du fascia rénal. l'espace péri-rénal (loge rénale), limité par les feuillets antérieur et postérieur

(Gerota) du fascia rénal. L'espace para-rénal postérieur, s'étend du feuillet postérieur de l'espace péri-rénal au fascia transversalis.

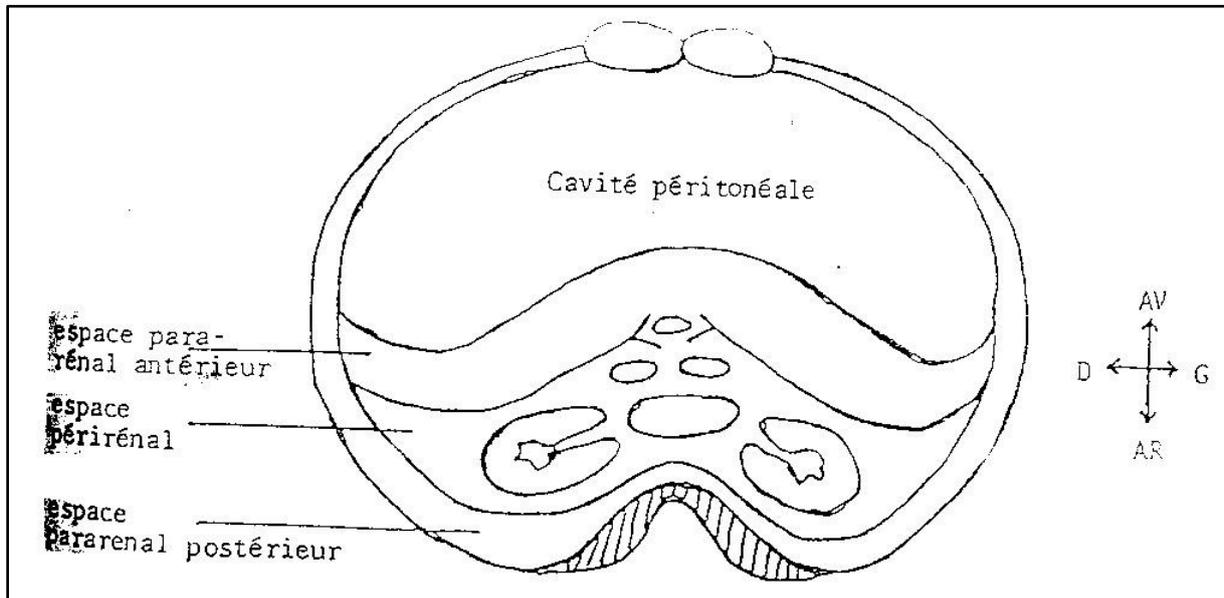


Figure 6 : Coupe horizontale de l'abdomen : les espaces rétro-péritonéaux

[46,47].

1.4. Territoires vasculaires viscéraux de l'abdomen [45,46,47]

La vascularisation des viscères abdominaux est faite d'une part par les branches du tronc coélique qui naît de la face antérieure de l'aorte abdominale au niveau de la 12^{ème} vertèbre dorsale (D12) ; d'autre part par les artères mésentériques : supérieure et inférieure.

Les veines dépendent toutes de la veine porte. Quant aux lymphatiques ils sont satellites des veines et convergent d'une part vers le confluent gastro hépatointestinal, d'autre part vers le confluent gastro-spléno-colique.

Tableau IV : La vascularisation de la cavité péritonéale [46,47]

Cavité péritonéale	Artères	Viscères
Etage sus-mésocolique	Tronc coélique Ses branches Artère coronaire stomachique Artère splénique Artère hépatique	– Estomac – Rate – Foie
Etage sous-mésocolique	Artère mésentérique supérieure Branches droites Branches gauches Artère mésentérique Inférieure	Anses grêles Côlon ascendant Colon gauche Haut rectum

B. Rappels sur les cancers de l'estomac du colon du rectum du foie du pancréas du mésentère et des surrénales :

1.1. Cancers de l'estomac :

1.1.1. Epidémiologie

▪ Epidémiologie descriptive

Les cancers de l'estomac se situent au deuxième rang des cancers dans le monde, avec environ 755 000 nouveaux cas par an [16]. Les deux pays où l'incidence est la plus élevée sont le Japon et le Chili (80 pour 100 000 habitants) ; viennent ensuite l'Islande, la Chine et l'Autriche [17]. Aux Etats unis, le taux de mortalité est de 7, 5 hommes et de 3,7 femmes pour 100 000 habitants [18].

L'Europe de l'ouest et les pays d'Amérique du nord, se situent dans les régions à risque moyen ; l'Europe orientale et l'Amérique du sud ont une incidence plus élevée.

En Afrique, la prévalence est de 4 pour 100 000 habitants [19, 20]. Dans la plus part des pays le rapport hommes femmes est de 2,5, et il s'agit d'un cancer touchant les classes sociales a bas revenu, sans distinction entre l'origine rurale et urbaine [21,12]. Ces variations dues à des facteurs carcinogènes sont liées a l'environnement, notamment alimentaire [22].

▪ **Epidémiologie analytique**

1.1.2. Facteurs de risque

Les travaux scientifiques ont montré que certains facteurs peuvent augmenter le risque de développer un cancer de l'estomac : ils sont au nombre de 3 types :

✓ **Facteurs environnementaux [23]**

▪ Rôle de l'alimentation

Les salaisons et fumages, en revanche, une alimentation riche en fruits et légumes diminue le risque.

- Nitrates et nitrites.
- Hydrocarbures aromatiques
- L'exposition aux produits industriels comme le caoutchouc, le cuivre, l'amiante.
- Lésions et conditions précancéreuses [23, 24]
- Rôle de l'*Helicobacter pylori*,

L'Helicobacter pylori est une bactérie a transmission oro-fécale. Il a été reconnu par l'OMS comme carcinogène gastrique certain en 1994.

La gastrite superficielle, induite par *H. pylori*, peut évoluer progressivement vers

La gastrite chronique atrophique, la métaplasie puis la dysplasie et enfin le cancer.

- Métaplasie intestinale
- Dysplasie
- La maladie de Biermer (gastrite atrophique auto-immune)
- Le moignon de gastrectomie
- L'ulcère gastrique chronique et gastrite chronique
- L'adénome gastrique
- La maladie de Ménétrier
- Les facteurs génétiques [25]
- Groupes sanguins A et O
- Antécédents de cancers familiaux :

Le diagnostic doit être évoqué, lorsqu'il existe dans une famille au moins 2 cas de cancer gastrique de type diffus chez les apparentés au premier ou deuxième degré dont un est diagnostiqué avant 50 ans, ou bien 3 cas chez les apparentés au premier ou au deuxième degré, quel que soit l'âge.

1.1.3. Signes cliniques : [26,27]

- **Signes généraux**
 - L'amaigrissement
 - L'asthénie
 - L'anémie.
- **Signes fonctionnels**

Il n'y a pas d'histoire symptomatique du cancer de l'estomac. Il revêt tous les aspects, depuis celui des troubles dyspeptiques de l'allure la plus banale et la plus atténuée, jusqu'à celui typique dans ses moindres détails des ulcères gastriques ou duodénaux les plus douloureux. En présence d'un ou de plusieurs de ces symptômes (une épigastrie, des difficultés récentes de digérer ou de, simples aigreurs, une anorexie, surtout si elle est sélective pour la viande et la

graisse, des nausées ou des vomissements, une perte de poids), il est important de consulter un médecin, en particulier si le patient est âgé de plus de 50 ans, ou en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque.

▪ **Signes physiques**

L'examen physique recherche :

- Une masse épigastrique
- Un ganglion de Troisier
- Une hépatomégalie associée ou non à une splénomégalie
- Une ascite, une tumeur de Kruckenberg
- Une autre tumeur palpable digestive (anale, colique)
- Un melena, des nodules de Douglas au toucher rectal.

1.1.4. Examens complémentaires

▪ **Fibroskopie oesogastroduodénale**

C'est l'examen clé du diagnostic. Elle permet, non seulement de décrire la Lésion, mais surtout d'effectuer des biopsies en vue du diagnostic anatomopathologique.

▪ **Autres examens : ce sont :**

- Le transit œsogastroduodéal (TOGD),
- Le lavement baryte et le transit du grêle,
- L'échographie et l'écho endoscopie,
- Le scanner,
- La radiographie pulmonaire.

Ils sont surtout utilisés dans le bilan pré. per ou postopératoire.

L'hémogramme permet d'apprécier l'anémie.

Les marqueurs tumoraux pour la surveillance.

1.1.5. Anatomie pathologie : [28]

1.1.5.1. Macroscopie

Les adénocarcinomes siègent par ordre décroissant, dans l'antre, le corps et le cardia.

Il existe trois aspects macroscopiques :

- Bourgeonnant ;
- Ulcère ;
- Infiltrant.

1.1.5.2. Microscopie

L'étude histologique permet de distinguer :

▪ Formes typiques

Ce sont des adénocarcinomes de différenciation variable. Les cellules sont cubiques, basophiles ou claires et spumeuses avec des inclusions mucipares. Ces cellules ont tendance à se grouper en structures glandulaires.

▪ Formes atypiques

ce sont des adénocarcinomes où les cellules tumorales sont en plages ou isolées, dispersées dans un stroma fibreux dense, sans aucune tendance à groupement glandulaire. Ces cellules sont souvent muco -secrétâtes. Cet aspect est observé dans la limite.

▪ Formes métaplasiques

Ce sont des adénocarcinomes de types intestinal constitués de hautes cellules cylindriques basophiles. Elles sont agencées en grandes cavités, plus ou moins dilatées ou en végétation capillaire.

1.1.5.3. Classification

De nombreuses classifications ont été proposées, basées soit sur des critères purement histo-cytologiques descriptifs, soit sur des critères de mode d'extension, donc d'évolutivité.

Classification analytique (classification TNM 2000)

T = Tumeur primitive

Tx = Tumeur primitive non évaluable

T0 = Pas de signes de tumeur primitive

Tis = Carcinome in situ

T1 = Tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous muqueuse

T2 : T2a = Tumeur étendue à la musculature

T2b = Tumeur étendue à la sous séreuse

T3 = Tumeur envahissant la séreuse

T4 = Tumeur envahissant un organe de voisinage

N = Ganglions lymphatiques régionaux

N0 = Pas d'extension aux ganglions régionaux

Nx = Métastases ganglionnaires régionales non évaluables

N1 = 1 à 6 ganglions métastatiques

N2 = 7 à 15 ganglions métastatiques

N3 = Plus de 15 ganglions métastatiques

M = Métastases à distances

Mx = Métastases à distance non évaluables

M0 = Pas de métastases

M1 = Métastases à distances (dont ganglions sus claviculaires, mésentériques, para- aortiques).

Mx = Statut métastatique inconnu.

1.1.5.4. Stadification

Les différentes valeurs attribuées à T, N et M permettent de grouper les cancers en 5 stades qui sont exprimés par un chiffre romain allant de 0 à IV.

Le but de l'évaluation précise du stade a trois objectifs : thérapeutique, pronostic et prospectif.

Stade 0 : Tis

Stade I : Stade IA : T1, N0, M0

Stade IB : T1, N1, M0

Stade II : T1, N2, M0 ; T2, N1, M0 ; T3, N0, M0

Stade III : Stade IIIA : T2, N2, M0 ; T3, N1, M0 ; T4, N0, M0

Stade IIIB : T3, N2, M0

Stade IV : Il existe plusieurs possibilités de caractéristiques T, N, M attribuées à ce stade : T4, N1-2, M0 ; tout T, N3, M0 ; tout T, tout N, M1.

1.1.5.5. Formes particulières : [22]

- Le cancer superficiel de l'estomac
- La limite plastique

1.1.5.6. Autres types histologiques

- Les lymphomes ;
- Les tumeurs carcinoïdes ;
- Les sarcomes ;
- Les tumeurs secondaires.
- Les tumeurs stroma

1.1.6. Traitement : [29, 30]

Le traitement dépend du type de cancer diagnostiqué, son stade, ainsi que l'état général du malade.

▪ Traitement curatif

Il est basé sur l'exérèse chirurgicale.

Conditions : malade en bon état général et l'absence de métastases décelées à l'issue du bilan d'extension :

- La gastrectomie partielle quand la partie antrale est atteinte.
- La gastrectomie totale quand la partie moyenne est atteinte.
- L'oeso gastrectomie quand le cardia est atteint.
- Le curage ganglionnaire est associé à l'exérèse gastrique.

La muco-sectomie peut être réalisée en cas de cancer superficiel.

- **Traitement palliatif**
- **Chirurgie palliative**

Avec gastrectomie partielle de propreté (enlevant la tumeur), ou la mise en place de stomies d'alimentation pour éviter une dénutrition trop importante peut être envisagée en cas d'hémorragie et/ou de sténose, si l'état du patient le permet.

- **Traient endoscopique**

Les prothèses pour les cancers du cardia, plasma d'argon.

- **Chimiothérapie et la radiothérapie.**

1.1.7. Pronostic

Le pronostic est lie aux constatations anatomopathologiques.

Histologiquement, plus les tumeurs sont indifférenciées, c'est à dire différentes des structures normales, plus elles sont agressives. A l'inverse, plus une tumeur est différenciée, c'est-à-dire proche de la structure normale, plus son évolution est favorable.

Le pronostic est meilleur dans les cancers végétant endogastriques et dans les tumeurs de l'antre, mais mauvais dans les cancers du cardia et les cancers diffus.

C. Cancers colorectaux

1.1. Epidémiologie

1.1.1. Fréquence

Le cancer colo rectal est le cancer le plus fréquent dans les pays occidentaux pour les deux sexes confondus ; il vient au troisième rang des cancers chez l'homme après le cancer de la prostate et le cancer broncho pulmonaire ; et au

deuxième rang des cancers chez la femme après le cancer du sein. Il représente 25% des cancers digestifs [31, 32].

1.1.2. Sexe et âge

Le sex - ratio est voisin de 1 pour les cancers coliques, alors qu'il existe une prédominance masculine pour le cancer du rectum avec un sex - ratio de 1,5

[41]. Dans les pays industrialisés, l'incidence maximale se situe entre 60 et 70 ans. On peut toutefois observer un CCR chez un sujet de moins de 30 ans [31].

Dans les pays en développement, les CCR sont de survenue très précoce. En Côte d'Ivoire, l'âge moyen de survenue des CCR est de 46 ans [44].

1.1.3. Race

En Afrique du sud, dans les zones urbaines, la fréquence du CCR est de 10%, moins élevée chez le noir que chez le blanc. Ce cancer reste quasi inexistant chez les noirs ruraux, alors que sa fréquence tend à augmenter chez les noirs urbanisés [6].

1.1.4. Distribution géographique

Le CCR est fréquent dans les pays industrialisés, notamment en Europe de l'ouest et en Amérique du nord ; il est rare en Amérique du sud, en Afrique et en Asie.

Aux USA, le CCR représente 14% des cancers [6].

En France leur fréquence est estimée à 15% et leur incidence est de 50 à 60 pour 100 000 habitants. Cette incidence augmente d'environ 1 à 2% par an dans les pays occidentaux [6].

En Côte d'Ivoire le CCR est très rare, moins de 1% des hospitalisations, et 2,13% des cancers digestifs [34].

Au Sénégal, les CCR représentent 0,4% de l'ensemble des examens anatomo pathologiques effectués en 25 ans, 2,5% de l'ensemble des cancers [35].

Au Mali, sa fréquence est de 3,8 % de tous les cancers, et 14,7 % des cancers digestifs [36].

1.1.5. Facteurs socio-économiques et environnementaux

▪ Influence du risque

Il existe une corrélation nette entre l'environnement des populations et la fréquence des CCR. L'incidence des CCR est de 25,4 pour 100 000 hommes aux USA, alors qu'en Ouganda elle est de 0,3 pour 100 000 hommes [37].

La distribution anatomique varie selon le niveau de risque. Dans les pays à risque élevé [37], les cancers du côlon ascendant sont plus fréquents, alors que les cancers du sigmoïde représentent la localisation la plus fréquente dans les pays à faible risque.

▪ Influence de l'environnement

Les sujets migrants des pays à faible risque vers les pays à risque élevé, acquièrent le risque des pays d'accueil dès la deuxième génération [38]

▪ Facteurs alimentaires : [33,39]

Consommation calorique : charcuterie (conservateurs de type nitrites), matières grasses animales (mouton, abats : foie, cervelle) et les œufs.

Sédentarité et l'obésité, l'alcool et le tabac jouent un rôle dans la croissance des adénomes, mais non sur la phase de cancérisation elle-même.

La consommation de fibres alimentaires diminue le risque de transformation maligne d'un adénome.

Les produits laitiers fermentés, le sélénium, le traitement hormonal substitutif de la ménopause et le café aurait également un rôle protecteur.

- **Facteurs de risque et états précancéreux:**

Tableau V : Groupes à risque de CCR [31, 38].

Niveau de risque moyen	Les sujets de la population générale de plus de 50 ans des 2 sexes sans antécédent personnel ni familial de CCR
Niveau de risque élevé	Antécédent personnel de CCR ou d'ACR de plus de 1 cm et/ou multiple et/ou vilieux ; Antécédent, chez un membre (ou a fortiori plusieurs) de la famille au 1er degré de CCR ; Une maladie inflammatoire cryptogénétique de l'intestin.
Niveau de risque très élevé	Appartenance à une famille de PAF ou le syndrome de Lynch.

1.2. Anatomie pathologique : [31, 6, 38]

1.2.1. Topographie

En France, 30% des cancers recto coliques siègent dans le rectum, 45% dans le sigmoïde, 4% dans le colon gauche, 6% dans le colon transverse et 15% dans le colon droit, 2 à 5% des cancers recto coliques comportent une 2eme localisation colique (cancer synchrone).

1.2.2. Macroscopie

Le cancer colique ou rectal est le plus souvent ulcéro-infiltrant, avec une ulcération entourée d'un bourrelet carcinomateux, mais son aspect varie selon le siège de la tumeur.

1.2.3. Histologie

Adénocarcinome, le plus souvent lieberkuhnien dans 80 %, Il peut être bien, moyennement ou peu différencié.

Les lymphomes malins non hodgkiniens sont plus fréquents au niveau colique
Les carcinomes épidermoïdes sont exceptionnels, comme les mélanomes et les leiomyosarcomes.

1.2.3.1. Extension

1.2.3.2. Extension pariétale

Née de la muqueuse, la tumeur envahit successivement les autres couches de la paroi recto colique, puis les organes de voisinage.

1.2.3.3. Extension ganglionnaire

Dans les cancers du côlon, elle suit les pédicules vasculaires mésentériques, supérieur à droite et inférieur à gauche.

Dans les cancers du rectum, l'extension suit la vascularisation artérielle. Les veines et les lymphatiques sont satellites des artères et le drainage se fait par conséquents, à la fois vers le système porte et vers le système cave.

3.2.4.3. Extension métastatique

Il s'agit surtout de métastases hépatiques, puis viennent les localisations pulmonaires, péritonéales, et beaucoup plus rarement, osseuses ou cérébrales.

1.2.4. Classification

1.2.4.1. Classification de Dukes/Asler - Coller

4 stades :

Stade A : Tumeur envahissant la muqueuse et la sous muqueuse

Stade B : B1 : La tumeur envahit la musculature

B2 : La tumeur envahit la séreuse sans toucher les organes adjacents

Stade C : C1 : La tumeur atteint les ganglions proximaux

C2 : La tumeur atteint les ganglions distaux

Stade D : Métastases à distance

1.2.4.2. Classification TNM

Tx : Tumeur non évaluable

T0 : Pas de signes de tumeur primitive

Tis : Tumeur in situ, limitée à l'épithélium ou envahissant la lamina propria

T1 : Envahissement de la sous muqueuse

T2 : Envahissement de la musculuse

T3 : Envahissement de la sous séreuse et/ou du tissu péri pariétal non peritonéalisé ou du tissu péri colique

T4 : Envahissement du péritoine viscéral ou des organes adjacents.

Nx : Métastase ganglionnaire régionale non évaluable

N0 : Pas de métastase ganglionnaire régionale

N1 : Métastase ganglionnaire régionale (maximum 3 ganglions)

N2 : Métastase ganglionnaire régionale (plus de 3 ganglions)

Mx : Métastase à distance non évaluable

M0 : Pas de métastases à distance

M1 : Métastases à distance.

1.2.5. Signes cliniques : [31, 6, 38, 40, 41]

Signes communs

- Altération de l'état général
- Troubles du transit : constipation récente (plutôt dans les localisations gauches), diarrhées (localisations droites) ou alternance diarrhée constipation.

- Hémorragie digestive, elle peut passer inaperçue, et se révéler par une anémie ferriprive.
- Douleur abdominale présente dans 40% des cancers coliques, leur siège dépend de celui du cancer. A un stade tardif, elle se manifeste par des syndromes occlusifs résolutifs cédant avec les émissions de gaz ou de selles.
- Syndrome rectal : en cas de cancer du rectum avec faux besoins, épreintes, coliques suivies d'une exonération minime ou afécale, ténésme, sensation de corps étranger intra rectal.

Des complications peuvent révéler le cancer :

- Occlusion intestinale aigue
- Perforation diastasique ou tumorale
- Hémorragie abondante
- Métastases : ganglionnaires, hépatiques, péritonéales et pleuro pulmonaires ; infections.

A un stade asymptomatique, le cancer peut être découvert lors d'un toucher rectal et/ou d'une coloscopie de dépistage.

1.2.6. Examens complémentaires

▪ Endoscopies digestives basses

La rectoscopie a tube rigide peut être réalisée en consultation. Elle fait le diagnostic des cancers rectaux inaccessibles au toucher rectal, en montrant la tumeur le plus souvent ulcéro – végétant, et permet des biopsies. Elle doit être complétée par une coloscopie sauf si la tumeur est sclérosante et infranchissable.

▪ Opacification radiologique

Elle doit se limiter aux occlusions aiguës ou en complément d'une coloscopie incomplète dont l'échec est d'origine technique.

▪ Explorations utiles à la décision thérapeutique ou à la surveillance

- Echographie abdominale et endorectale,
- Radiographie pulmonaire,
- Antigène carcino – embryonnaire (ACE),
- Scanner et IRM.

▪ **Autres**

Le coloscanner et la videocapsule qui nécessitent la même préparation que la Coloscopie

1.2.7. Traitement : [31, 6, 38, 40,41, 50]

1.2.7.1. Traitement chirurgical

✓ **Cancer du côlon :**

Tableau VI : Interventions chirurgicales à visée curative dans les cancers coliques

Siège	A froid	En urgence
Colon droit	Colectomie droite + Anastomose Iléo transverse	Colectomie droite + Iléostomie et colostomie
Colon Transverse	Colectomie transverse + Anastomose colo Colique	Colectomie transverse + Double colostomie
Colon Descendant	Colectomie gauche + Anastomose colo Colique	Colectomie gauche + Double anastomose
Sigmoïde	Résection du sigmoïde+ Anastomose colo rectale Résection du sigmoïde +	Colostomie d'amont et Hartmann (fermeture du Moignon rectal)

✓ **Cancer du rectum**

Tableau VII : Interventions chirurgicales à visée curative dans les cancers du rectum

Siege (rectum)	A froid	En urgence
1/3 supérieurs (10 Cm au-dessus du sphincter)	Résection rectale + Anastomose colo rectale	Colostomie d'amont
1/3 moyens jusqu'à 2 cm	Résection rectale + Anastomose Colo anale (souvent protégé par une colostomie temporaire)	Colostomie d'amont
1/3 inférieur (< 2 cm du sphincter)	Amputation abdomino-périnéale Avec colostomie définitive	Colostomie d'amont

1.2.7.2. Traitement adjuvant

✓ **Cancer du côlon :**

En situation post-opératoire, la chimiothérapie adjuvante est désormais considérée comme un standard pour les stades C de Dukes. Il s'agit de l'association 5 fluoro-uracile + acide folinique pendant une durée de 6 mois.

✓ **Cancer du rectum**

La radiothérapie néo adjuvante est indiquée dans les cancers du bas et du moyen rectum au stade C de Dukes. Une chimiothérapie adjuvante utilisant le 5FU et l'acide folinique pendant 6 mois, permet un gain de survie.

▪ Métastases

En cas de métastases hépatiques isolées, une exérèse chirurgicale doit toujours être tentée lorsqu'elle est possible. La résection de métastase pulmonaire est plus discutée. En cas de métastase non résécables, la chimiothérapie allonge la durée de vie de 9 à 15 mois. Les drogues actuellement utilisées sont : l'association de 5FU et d'acide folinique ; l'oxaliplatine ; l'irinotecan.

1.2.8. Pronostic : [31, 38, 40, 41]

L'extension intra pariétale de la tumeur et l'existence de métastases ganglionnaires sont les facteurs pronostiques les plus importants comme le montre les taux de survie a 5 ans :

- ✓ 80 à 100% pour les cancers limités à la muqueuse (Dukes A)
- ✓ 60% pour les cancers envahissant la séreuse (Dukes B)
- ✓ 40% pour les cancers avec envahissement ganglionnaire (Dukes C)
- ✓ 10% pour les cancers avec métastase à distance (Dukes D).

D. Cancers du foie [51]

1.1. Cancers primitifs du foie

1.1.1. Epidémiologie du CHC

L'incidence annuelle dépend beaucoup de la géographie :

- L'incidence est très élevée (20 à 150 cas/100 000 habitants par an) en
- Afrique noire et en Asie du Sud – Est, pays où le CHC est l'un des cancers les plus fréquents.
- L'incidence est intermédiaire dans le bassin méditerranéen et au Japon.
- Elle est plus faible en Europe du Nord et aux USA (3 cas/10000 habitants par an).

- Le CHC atteint surtout les hommes ; et l'âge de survenue varie autour de 40 ans dans les zones à forte incidence, autour de 60 ans dans les pays à faible incidence.

1.1.2. Facteurs de risques

- Cirrhose : dans 80 % des cas le CHC se développe sur un foie cirrhotique.
- Hépatite B : il existe une forte corrélation entre les zones d'endémie pour l'infection par le VHB et les zones à forte incidence du CHC.
- Hépatite C : considérée comme étant à l'origine de l'augmentation de l'incidence du CHC dans les pays occidentaux et au Japon.
- Alcool : son rôle passe essentiellement par la cirrhose.
- **Autres causes d'hepatopathies chroniques** : L'hémochromatose, les hépatopathies auto immunes, le déficit en alpha1 anti trypsine, la maladie de Wilson, la cirrhose biliaire primitive, la NASH.
- **Autres facteurs**

Les stéroïdes anabolisants, l'adénome hépatique, l'aflatoxine

Le CHC sur foie sain est rare.

1.1.3. Aspects cliniques et circonstances de découverte

Dans un cas sur deux, cirrhose et CHC sont découverts simultanément chez un malade dont le diagnostic de cirrhose n'était pas connu. Le diagnostic est alors porté à l'occasion :

De complication de cirrhose sous-jacente (ascite, hémorragie digestive etc.) Ou de symptômes en rapport avec la tumeur : altération de l'état général, hépatalgies, hépatomégalie douloureuse.

Souvent, le diagnostic est fait à un stade précoce par les examens de dépistage (échographie, alpha foeto protéines) chez un patient cirrhotique.

1.1.4. Examens paracliniques

▪ Bilan biologique

Les tests hépatiques fonctionnels sont pratiquement constamment perturbés.

L'alpha foeto protéine est le marqueur tumoral le plus spécifique. Un taux supérieur à 400 UI/L ou à 500 ng/L est très évocateur du diagnostic. Elle est augmentée dans 60 % des CHC.

▪ Examens morphologiques

- L'échographie associée si possible à la biopsie écho – guidée, sont habituellement suffisantes pour le diagnostic de
- CHC.
- Le scanner hépatique et l'IRM.

1.1.5. Modalités évolutives et pronostic:

La vitesse d'évolution du CHC est très variable, les principales métastases extra hépatiques étant pulmonaires et osseuses.

En général, la mort survient dans un tableau d'insuffisance hépatocellulaire, ou de décompensation de la cirrhose, 6 à 12 mois après la découverte des signes cliniques.

Il peut rarement exister des complications locales : nécrose intra tumorale, rupture dans le péritoine entraînant un hémopéritoine.

1.1.6. Moyens thérapeutiques

Ce sont :

- La transplantation hépatique
- La résection hépatique
- Les traitements percutanés : alcoolisation ou radiofréquence,
- Chimio – embolisation, radiothérapie in situ, chimiothérapie.
- Le sorafenib (Nexavar) : utilise au stade avancé de la maladie, améliore la survie.

1.2. Autres cancers primitifs du foie

- Le carcinome fibrolamellaire
- Le cholangiocarcinome intra hépatique
- L'Angiosarcome hépatique
- L'hémangioendothéliome épithélioïde

1.3. Les tumeurs secondaires du foie

Les tumeurs les plus fréquemment en cause sont :

- Les carcinomes (œsophage, estomac, colon, rectum, pancréas, poumons, seins, prostate, reins, gonades, thyroïde).
- Les tumeurs neuroendocrines (tumeurs carcinoïdes, insulinome, gastrinome).
- Les métastases hépatiques des mélanomes.

E. Cancer du pancréas [44]:

Le cancer du pancréas représente 10 % des cancers digestifs. Il s'agit dans près de 95 % d'un adénocarcinome excreto – pancréatique de type canalaire. Les autres tumeurs malignes sont représentées par des carcinomes endocrines plus ou moins différenciés, les lymphomes, les métastases (rein, sein).

1.1. Epidémiologie et facteurs de risques

Le cancer du pancréas représente la quatrième cause de décès par cancer dans les pays industrialisés. Son incidence est en augmentation depuis les 20 dernières années (10/100000 pour les hommes et 7,4/100000 pour les femmes).

Les facteurs de risques sont essentiellement la pancréatite chronique et le tabac.

1.2. Aspects cliniques

Le cancer du pancréas siège le plus fréquemment sur la tête du pancréas (70 % des cas), contre 20 % au niveau du corps, et 10 % au niveau de la queue.

La symptomatologie dépend en partie du siège de la tumeur :

En cas de cancer de la tête du pancréas, la tumeur est habituellement révélée par un ictère « nu » c'est – à – dire sans douleur ni fièvre, souvent précède et accompagne d'un prurit. L'examen peut retrouver une grosse vésicule tendue ; Dans les autres localisations, la tumeur est découverte devant une masse de l'hypochondre gauche ou des métastases ;

Autres modes de révélations

- Douleur de type pancréatique
- Phlébites
- Sténose duodénale
- L'apparition d'un diabète ou d'une stéatorrhée.

1.3. Examens paracliniques

▪ Marqueurs biologiques

CA 19.9 : sensibilité (80 %), spécificité (75 %) Oncogène Ki – ras : ce test n'est pas effectué en pratique courante.

▪ Examens morphologiques

- Echographie abdominale
- TDM hélicoïdal
- Echo endoscopie
- Wirsungo – IRM
- CPRE : n'a plus d'indication diagnostique en dehors de la recherche des tumeurs intracanales de petites tailles.

1.4. Pronostic

Il est effroyable, moins de 3 % des patients sont vivants 5 ans après le diagnostic.

1.5. Moyens thérapeutiques

Chirurgie curative :

- Duodeno – pancréatectomie céphalique (DPC) : c'est le traitement des cancers de la tête du pancréas.
- Pancréatectomie caudale : en cas de tumeur du corps et de la tête.
- Chirurgie palliative : dérivation biliaire et/ou digestive.

Autres traitements palliatifs :

- La chimiothérapie 5 FU et/ou cisplatine
- La radiothérapie seule ou associée à la chimiothérapie
- Les traitements endoscopiques (prothèses).

- **LES CANCERS SURRENALIENNES :**

1- INTRODUCTION :

Epidémiologie

La fréquence précise et la prévalence des tumeurs surrenaliennes n'est pas connue,

Toutefois, dans les enquêtes post mortem, la fréquence des tumeurs de la surrenale est de 1,4-8,7% des cas [64,65, 66, 67,68]. La mise en commun des données de plusieurs études autopsiques et des études basées sur la TDM représentant plus de 30.000 patients, a montré que la prévalence moyenne est d'environ 1%.

- L'âge moyen d'apparition des tumeurs surrenaliennes se fait généralement entre 40 et 60ans.
- Dans certaines études, une prépondérance féminine a été rapportée.

2- ETUDE CLINIQUE :

Les résultats des études cliniques, ont montré que le signe majeur qui fait révéler une tumeur surrenalienne est l'HTA [70,72] suivi par les lombalgies.

- Elles se répartissent en tumeurs sécrétantes et tumeurs non sécrétantes.
- Les tumeurs associées à une hypersécrétion:

Médullaire: phéochromocytome surrenalienne [70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77]

Ces tumeurs se manifestent par les conséquences de l'hypersécrétion de catécholamines ou par celles de la croissance tumorale. Le signe clinique majeur

est l'HTA, témoignant de l'hypersécrétion de noradrénaline. Sa fréquence varie entre 57% selon Terry [78] et 80% selon Haab [79].

Dans sa forme la plus typique l'HTA est paroxystique mais cette forme n'est observée que dans 20 à 30% des cas. Sa survenue est soit spontanée soit provoquée par un facteur déclenchant (traumatisme, effort, émotion...). La symptomatologie est variable en fréquence, intensité et durée, se terminant fréquemment par une crise polyurique et associée : céphalées, palpitations, pâleur, sueurs profuses, refroidissement des extrémités, anxiété, tremblement, troubles visuels, douleurs abdominales ou thoraciques.

Plus souvent, dans 50 à 60% des cas, l'HTA est permanente. Elle peut être pure ou entrecoupée de paroxysmes. Classiquement sévère, systolo-diastolique, instable, parfois maligne, elle peut être cependant d'allure banale. La classique triade de Ménard (céphalées-palpitations-sueurs) qui représente selon Haab [56] 80% des cas, est un grand élément de présomption diagnostique.

- D'autres signes non spécifiques doivent faire évoquer le diagnostic: L'hypotension orthostatique.

L'hyperglycémie: due à l'hyperstimulation alpha adrénargique qui entraîne une diminution de l'insulino-sécrétion et une augmentation de la synthèse hépatique du glucose.

L'amaigrissement, l'anxiété, les trémulations.

Les douleurs abdominales : retrouvées dans 25,8% des cas [73].

Les troubles cardiaques; à type de troubles du rythme (tachycardie ou bradycardie

sinusales, troubles du rythme supra ventriculaires ou ventriculaires), un angor ou un infarctus du myocarde ou une cardiomyopathie.

Le choc cardiogénique qui est la manifestation la plus redoutable du phéochromocytome sur le plan cardiaque.

- Enfin certains patients porteurs d'un phéochromocytome peuvent rester longtemps asymptomatiques et ce n'est qu'une grossesse, une prise médicamenteuse, une intervention chirurgicale, un dépistage familial, ou un examen systématique qui permettent de diagnostiquer la pathologie.

3- DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU PHEOCHROMOCYTOME:

Le dosage des catécholamines et bien plus encore, de leurs métabolites aide au diagnostic de certitude des phéochromocytomes. Ces composées ont toutefois des performances diagnostiques différentes.

3-1 Dosage de l'acide vanyl-mandélique (VMA)

Le dosage de l'acide vanylmandélique a beaucoup perdu de son intérêt ; sa sensibilité inférieure à 90 % ne justifie plus son indication systématique [70-71].

3-2 Dosage des catécholamines:

Les catécholamines elles-mêmes sont de pauvres indicateurs de la présence d'un phéochromocytome [86].

Les résultats du dosage de ces hormones sont associés à une sensibilité moyenne estimée à environ 85% [87]. De plus le résultat de ces dosages est dépendant du caractère intermittent et de l'intensité de la sécrétion tumorale (responsable de faux négatifs) [87, 88, 75].

3-3 Dosage des dérivés méthoxylés urinaires : Métanéphrines urinaires.

Ce dosage est associé à une meilleure sensibilité (particulièrement pour les dérivés méthoxylés urinaires fractionnés).

3-4 Dosage des dérivés méthoxylés plasmatiques:

D'après plusieurs auteurs [69, 87, 85], ce dosage est considéré, à l'heure actuelle, comme le test le plus performant pour le diagnostic biologique des phéochromocytomes.

4-EXAMENS PARACLINIQUES :

Les explorations radiologiques restent les examens diagnostiques clés des tumeurs surrenaliennes.

4-1 Echographie abdominale: [70,89]

L'échographie a un rôle limité dans l'analyse des tumeurs surrenaliennes. Elle peut permettre la détection de tumeurs surrenaliennes, mais sa sensibilité et son utilité pour caractériser les lésions surrenaliennes sont faibles du fait de l'accessibilité réduite de cette région rétropéritonéale.

4-2 Tomodensitométrie (TDM): [80,82-84,89-91]

La TDM abdominale est actuellement le moyen de base pour évaluer les glandes surrenales. L'aspect TDM le plus classique de phéochromocytome est celui d'une masse bien limitée de plus de 2cm de diamètre (souvent entre 4 et 5cm) massivement rehaussée par le produit de contraste. La présence d'une hypodensité centrale correspond en général à une nécrose centrotumorale. Les calcifications sont présentes dans 10 % des cas.

4-3 Imagerie par résonance magnétique (IRM): [82, 90,92-94]

L'exploration par résonance magnétique de la glande surrenale peut dans certains cas compléter les images apportées par le scanner. Elle exige une technique rigoureuse qui doit aboutir à la fois à une bonne résolution spatiale (compte tenu de la petite taille des structures étudiées) et une bonne résolution en contraste (pour permettre d'affiner la caractérisation tissulaire) [92]

4-4 Scintigraphie:

Elle a pour but de donner des informations sur des anomalies fonctionnelles plutôt que morphologiques.

5- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE:

5-1 Hyperaldostéronisme primaire

Spirolactone, un antagoniste d'aldostérone, est employé pour normaliser des niveaux de potassium de sérum et la tension artérielle. L'effet secondaire principal de cette drogue est la gynécomastie douloureuse.

Des adénomes unilatéraux sont généralement traités chirurgicalement.

- **5-2 Phéochromocytome :**

La gestion médicale et chirurgicale du phéochromocytome a été décrite la première fois aux États-Unis par Mayo, et elle est demeurée relativement inchangée jusqu'aux années 60, quand Crout a élucidé les voies biochimiques et les études diagnostiques de catécholamine. La gestion préopératoire du phéochromocytome est commandée visée de la sécrétion de catécholamine et de ses conséquences cardio-vasculaires. L'hypertension habituellement est allégée avec le blocus alpha-adrénergique préopératoire, et la plupart des auteurs recommandent le chargement liquide préopératoire pour empêcher le début rapide de l'hypotension après que la sécrétion alpha-adrénergique soit arrêtée. Quelques centres recommandent le blocus bêta-adrénergique aussi bien; cependant, son utilisation définitive demeure peu claire.

5-3 Carcinome corticosurrénalien:

La chimiothérapie en grande partie a été non réussie en traitant le carcinome adénocortical. L'agent chimio-thérapeutique le plus commun utilisé est mitotane.

II. METHODOLOGIE

2.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective allant de janvier 1999 à décembre 2018 et prospective allant de janvier 2019 à décembre 2019 soit une période totale de 21 ans.

2.2. Cadre d'étude

Service de chirurgie générale du C.H.U Gabriel Touré

2.3. Patients

Il s'agit de patients d'âge supérieur à 14 et inférieur à 40 ans opérés pour tumeur maligne abdominale.

2.3.1. Critère d'inclusion

Les patients d'âge supérieur à 14 ans et inférieur à 40 ans pris en charge dans le service de chirurgie générale du C.H.U Gabriel Touré ; chez lesquels le diagnostic de tumeurs malignes de l'abdomen a été confirmé par l'histologie.

Tumeur retrouvée à l'examen physique ou à l'échographie ou au scanner ou à l'endoscopie et confirmée par l'histologie et ou par la cytologie ou à défaut par la généralisation du cancer.

2.3.2. Critères de non-inclusion

Les tumeurs bénignes abdominales ou l'histologie n'a pas été concluante

Les patients d'âge inférieur ou égal à 14 ans et ou supérieur ou égale à 40 ans.

Les tumeurs des sphères gynécologiques et ou urologiques sauf les reins et les surrénales.

2.4. Méthode

2.4.1. Elaboration de questionnaire

Le questionnaire est constitué de données sur l'état civil, la clinique, la para-clinique, le traitement, l'évolution de la maladie et le coût de la prise en charge.

2.4.2. Phases de l'étude

▪ Phase rétrospective

Les données ont été retrouvées à partir des dossiers classés dans les archives.

▪ Phase prospective

Elle a été très intéressante car nous avons eu à examiner nous-même nos patients.

A l'Interrogatoire

Nous avons recherché le motif de consultation, la durée d'évolution de la maladie, les facteurs de risque et les signes fonctionnels.

A l'Examen physique

Nous avons recherché la tumeur et ses caractéristiques, les ganglions et les autres signes associés.

Examens paracliniques

Ils ont consisté à réaliser :

Une endoscopie digestive haute et basse avec biopsie pour confirmer le type de cancer.

L'échographie et le scanner abdominale pour visualiser la tumeur et chercher des localisations secondaires.

La radiographie pulmonaire pour détecter les localisations secondaires.

La NFS pour préciser le type d'anémie.

L'ALAT, l'ASAT, à la recherche d'une cytolyse hépatique, la bilirubine et la phosphatase alcaline pour rechercher les signes de cholestase.

L'Alpha foeto-proteine à la recherche de l'existence d'un cancer primitif du foie ainsi que la lipasémie et l'amylasémie pour la recherche d'un cancer de pancréas.

La créatininémie, la glycémie, le groupe, le rhésus le TP, le TCK ainsi que la NFS sont des examens demandés par les anesthésistes et réanimateurs

2.5. Prise en charge thérapeutique

Le traitement a été soit curatif, soit palliatif et dans certains cas nous avons procédé pour une abstention thérapeutique.

2.6. Suivi des patients

les rendez-vous à l'hôpital, les visites à domicile ou de personnes contacts ont permis le suivi des malades à 6 mois à 12 mois, à 24 mois, et à 60 mois

2.7. Support de l'enquête

- Fiche d'enquête
- Registres de compte rendu opératoire
- La saisie des données a été faite sur Windows 2010 et leur analyse par le logiciel Epi-Info.

III. RESULTATS

Fréquence

Nous avons colligé 210 dossiers de cancer abdominal chez les malades entre 15 ans et 40 ans en 20 ans (1999-2019).

Ceux qui ont représenté les 0,29% des consultations (70074),

0,5% des hospitalisations (41749),

6,66% des cancers (3149),

4,16 % des interventions au bloc à froid (5036).

▪ Résultat globaux

3.1. Donnée socio-démographique

3.1.1. Age

Tableau VIII : Répartition selon la tranche d'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
[15-20[	6	2,9
[20-25[	29	13,8
[25-30[	54	25,8
[30-35[	55	26,2
[35-40[	66	31,4
Total	210	100

La moyenne d'âge a été de 30,48 ans avec un Ecart type de 5,85 avec les Minimum de 16 ans et le Maximum 39 ans

3.1.2. Sexe:**3.1.3. Tableau IX : Répartition selon le sexe**

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	100	47,6
Masculin	110	52,4
Total	210	100

52,4% de nos patients était de sexe masculin.

3.1.4. Profession:**Tableau X : Répartition selon la profession**

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	21	10
Elève/Étudiant	21	10
Fonctionnaire	24	11,4
Ouvrier	68	32,4
Ménagère	76	36,2
Total	210	100

Les ménagères ont représenté 36,2% de nos patients.

3.1.5. Provenance

Tableau XI : Répartition selon la Provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	127	60,47
Kayes	20	9,04
Koulikoro	23	10,47
Sikasso	6	1,42
Ségou	15	6,2
Mopti	11	5,23
Tombouctou	1	0,47
Kidal	1	0,47
Autres	6	2,85
Total	210	100

Les autres représentent 03 guinéens, 01 gabonais, 01 ivoirien, 01 mauritanien.

DUREE D'EVOLUTION EN MOIS

Durée d'évolution (mois)	Fréquence	Pourcentage
1	12	5,7
2	26	12,4
3	25	11,9
4	20	9,5
5	20	9,5
6	17	8,1
7	10	4,8
8	15	7,1
9	8	3,8
10	7	3,3
11	7	3,3
12	16	7,6
13	6	2,9
14	1	0,5
15	1	0,5
20	2	1
21	3	1,4
22	2	1
23	3	1,4
24	6	2,9
26	1	0,5
36	1	0,5
60	1	0,5
Total	210	100

3.2. Signes fonctionnels :

Tableau XII: Les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
Douleur	171	81,4
Vomissement	90	42,8
Dysphagie	4	1,9
Satiété précoce	13	6,1
Hyper sialorrhée	3	1,4
Anorexie	92	43,8
Hématémèse	2	0,09
Constipation	62	31
RGO	25	11,9
Méléna	8	3,8
Diarrhée	37	17,6
Diarrhée/constipation	28	13,3
AMG	28	13,3
Rectorragie	107	50,9
Vertige	2	0,09
Céphalée	3	1,4

La douleur a été le signe fonctionnel le plus représenté (81,4%).

3.3 Signes généraux :

Signes généraux	Fréquence	Pourcentage
AEG	51	24
Déshydratation	26	12
Dénutrition	10	4
Amaigrissement	34	16
OMI	5	2

3.4 Signes Physiques:

Tableau XIII : Répartition selon les signes physiques

Signes Physiques	Fréquence	Pourcentage
Masse palpable	59	28,09
Clapotage à jeun	16	7,6
Masse mobile	06	2,8
Masse fixe	4	1,9
Non appliqué	200	0,95
Hépatomégalie	12	5,7

La masse était palpable dans 28,09 % des cas.

3.3. Siege

Tableau XIII: Répartition selon le siège de la tumeur

Siege	Fréquence	Pourcentage
Colon	64	33,4
Estomac	34	16,2
Foie	13	6,2
Mésentère	2	1,0
Pancréas	9	4,2
Rectum	82	39,0
Surrénale	6	3
Total	210	100

3.4. Stadification

Tableau XVI: Répartition selon le stade

Stade	Fréquence	Pourcentage
I	3	1,4
II	43	20,5
III	95	45,2
IV	69	32,9
Total	210	100

3.5. But traitement

Tableau XIV : Répartition selon le but du traitement

But traitement	Fréquence	Pourcentage
Curatif	91	43,3
Palliatif	119	56,7
Total	210	100

56,7% de nos patients ont bénéficié d'un traitement palliatif.

3.6. Histologie

Tableau XV : Répartition selon l'histologie

Histologie	Fréquence	Pourcentage
Adénocarcinome	171	81,4
Carcinome	23	10,9
Carcinoïde	3	1,4
Cystadénocarcinome	3	1,4
Fibrosarcome	1	0,5
lymphome malin	3	1,5
Phéochromocytome	6	2,8
Total	210	100

Adénocarcinome avec 81,4% a été le type histologique le plus représenté

Techniques opératoires:**Tableau XVI:** Répartition selon la technique opératoire

Technique opératoire	Fréquence	Pourcentage
Biopsie	23	11
Gastrectomie R2	3	1,4
GEA	29	13
Colectomie	41	19
Colostomie	42	20
Iléostomie	3	1,4
Dérivation interne	3	1,4
Abstention chirurgicale	17	8
Amputation	10	4,7
Rectosigmoïdectomie	6	2,8
Résection antérieure	22	10,4
Exérèse tumeur mésentérique	1	0,4
Segmentectomie	3	1,4
Hépatectomie	1	0,4
Cholécystectomie	1	0,4
DPC + Cholécystectomie	1	0,4
Surrénalectomie	5	2

3.7. Survie globale en mois

Tableau XVII : Répartition selon la survie globale

Survie globale (mois)	Vivants	Décès	Pourcentage
[0-20[	77	133	66,5
[20-40[	41	36	18,0
[40-60[	36	5	2,5
[60-80]	10	26	13
Total		200	100

A. Estomac : Caractéristiques des patients opérés pour cancers gastrique

3.1. Fréquence :

3.2. Sexe

Tableau XVIII : Répartition selon sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	14	41,2
Masculin	20	58,8
Total	34	100

58,8 % était des hommes.

3.3. Profession

Tableau XIX: Répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	4	11,7
Etudiant	1	2,9
Ménagère	15	44,1
Ouvrier	14	41,17
Total	34	100

44,1% était des ménagères

3-4 Durée d'évolution en mois :

Tableau : Répartition selon la durée d'évolution en mois

Durée d'évolution en mois	Fréquence	Pourcentage
2	5	14,7
3	4	11,8
4	7	20,6
5	3	8,8
6	2	5,9
8	2	5,9
9	1	2,9
10	2	5,9
12	1	2,9
13	3	8,8
23	1	2,9
24	1	2,9
26	1	2,9
36	1	2,9
Total	34	100

3.5. Signes fonctionnels

Tableau XX: Répartition selon les signes fonctionnels

Signes	Effectif	Pourcentage
Dysphagie	4	11,8
Statiété précoce	12	35,3
Hypersialorrhée	3	8,8
Anorexie	29	85,3
Hématémèse	2	5,9
Constipation chronique	3	8,8
Douleur abdominale	34	100
Vomissements	31	91,2
Méléna	2	5,9
RGO	6	17,6

La douleur abdominale a été retrouvée chez tous nos malades.

3.4. Signes généraux

Tableau XXI: Répartition selon les signes généraux

Signes	Effectif	Pourcentage
Amaigrissement	34	100
OMI	2	5,9
Dénutrition	10	29,4
Déshydratation	20	58,8

100% de nos malades avaient une perte de poids considérable.

Tableau : Répartition la fibroscopie oeso-gastro-duodénale

Fibroscopie oeso-gastro-duodénale	Fréquence	Pourcentage
Ulcérée	3	8,8
Linite plastique	1	2,9
Tumeur bourgeonnante	13	38,2
Ulcéro-bourgeonnante	11	32,3
Non appliqué	6	17,6

38,2 % des tumeurs étaient bourgeonnante chez nos malades.

3.5. Siège

Tableau XXV: Répartition selon le siège de la tumeur

Siège	Fréquence	Pourcentage
Antro-pylorique	25	73,5
Cardia	1	2,9
Corps	8	23,5
Total	34	100

73,5% des tumeurs gastriques étaient antro-pylorique

3.6. Histologie

Tableaux XXX: Répartition selon l'histologie

Histologie	Fréquence	Pourcentage
Adénocarcinome	32	94,1
Carcinome	1	2,9
Lymphome	1	2,9
Total	34	100

Le type histologique était l'adénocarcinome dans 94,1% des cas

3.7. Complications

Tableau XXII : répartition selon les complications

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Tumeur gastrique sans sténose	27	79,4
Tumeur gastrique avec sténosante	7	20,6
Total	34	100

Il n'y avait pas de sténose chez 79,4 % de nos malades.

3.8. Localisation secondaire sur échographie et ou le scanner

Tableau XXIII: Répartition selon les localisations secondaires

Localisation secondaire échographie /scanner	Fréquence	Pourcentage
Non	30	88,2
Oui	4	11,8
Total	34	100

11,8 % ont présentés des localisations secondaires à l'échographie et ou au scanner.

3.9. Localisation secondaire à la radiographie du thorax de face

Tableau XXIV : localisations secondaires sur les résultats de la radiographie du thorax de face

Localisation secondaire	Fréquence	Pourcentage
Radiographie non faite	10	29,4
Radiographie normale	22	64,7
Localisation secondaire	2	5,9
Total	34	100

5,9% ont présentés des localisations secondaire à la radiographie

3.8.1. Stade

Tableau XXXI : Répartition selon le stade

Stade	Fréquence	Pourcentage
III	18	52,94
IV	06	17,64
Non stadifié	10	29,41
Total	34	100

Le stade IV a représenté 17,64% des cas.

3.10. But traitement

Tableau XXVI : Répartition selon le but du traitement

But traitement	Fréquence	Pourcentage
Palliatif	34	100
Total	34	100

Tous nos malades ont bénéficié du traitement palliatif.

3.7.1. Geste effectué

Tableau XXVI: Répartition selon le geste effectué en per opératoire

Geste effectué	Fréquence	Pourcentage
Biopsie	4	11,8
Gastrectomie partielle R2	3	8,8
GEA	27	79,4
Total	34	100

3.7.2. Type anastomose

Tableau XXVII : Répartition selon le type d'anastomose

Type anastomose	Fréquence	Pourcentage
Gastro jéjunale	30	88,2
sans anastomose	4	11,8
Total	34	100

88,2% des patients ont bénéficié d'une anastomose gastro-jejunale.

3.7.3. Suite immédiate

Tableau XXVIII: Répartition selon les suites immédiates

Suites immédiates	Fréquence	Pourcentage
Complicées	9	26,4
Simple	25	73,5
Total	34	100

Les suites immédiates ont été simples dans 75,3% des cas.

3.7.4. Suites à 1mois :

Tableau XXVIII : Répartition selon les suites a un mois

Suites à 1mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	5	14,7
Vivant	29	85,3
Total	34	100

La mortalité hospitalière était de 14,7 % dans la tumeur gastrique.

3.7.5. Suites à 3 mois

Tableau XXIX: Répartition des suites à trois mois

Suites à 3 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédés	11	32,4
Vivants	23	67,6
Total	34	100

La mortalité au bout des 3 premiers mois était de 32,4%

3.7.6. Suites à 6 mois

Tableau XXXII: Répartition selon la survie à six mois

Suites à 6 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	20	58,8
Vivant	14	41,2
Total	34	100

La mortalité était à 58,8% chez nos patients

3.7.7. Suites à 12 mois

Tableau XXXIII : Répartition selon la survie à douze mois

Survie 12 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	27	79,4
Vivant	7	20,6
Total	34	100

A 12 mois, la mortalité était de 79,4 %

3.7.8. Suites à 60 mois

Tous nos patients sont décédés à soixante mois

3.7.9. Survie globale (mois)

Tableau XXXIV: Répartition selon la survie globale

Survie globale (mois)	Fréquence	Vivants	Pourcentage
[0-6[	21	13	70,5
[10-12[	6	7	17,6
[12-18[	1	6	2,9
[18-24]	3	3	8,7
Total	31	31	100

B. Colon

Fréquence : La fréquence des moins de 40 ans était de 0,21% (64/295)

A la même période nous avons recruté 64 cas de cancer du côlon.

Sexe

Tableau XXXV : Répartition selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	29	45,3
Masculin	35	54,7
Total	64	100

Les hommes ont représenté 54,7 % des patients qui avait le cancer du côlon.

3.1. Age

Tableau XXXVI : Répartition selon l'âge

AGE	Fréquence	Pourcentage
[14-22[	1	4,8
[22-30[	28	43,9
[30-38[	19	29,8
[38-46]	14	21,9
Total	64	100

La tranche d'âge la plus concernée a été la tranche d'âge comprise entre 22 et 30 ans avec une moyenne de 30,87 un écart-type de 6,26 avec des extrêmes de 18 et 39.

3.2. Profession

Tableau XXXVII : Répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	5	7,9
Elève/Étudiant	3	4,8
Ménagère	23	35,9
Ouvrier	28	43,7
Fonctionnaire	5	7,9
Total	64	100

43,7 % des patients étaient des ouvriers.

3.3. Provenance

Tableau XXXVIII : Répartition selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	28	43,8
Kayes	8	12,5
Kidal	1	1,6
Koulikoro	12	18,8
Mopti	9	14,1
Ségou	6	9,4
Total	64	100

43,7 % des patients provenaient de Bamako.

Signes fonctionnels :

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
Constipation	28	43,8
Diarrhée	7	10,9
Alternance diarrhée/constipation	27	42,2
Arrêt des matières et gaz	19	29,7
Amaigrissement	48	75
Douleur abdominale	64	100
Rectorragie	44	68,8
Méléna	6	9,4
Vomissements	35	54,7
RGO	19	29,7

MASSE PALPABLE

Masse palpable	Fréquence	Pourcentage
non	44	68,8
oui	20	31,3
Total	64	100

Tableau : Répartition selon la colonoscopie

Colonoscopie	Fréquence	Pourcentage
Bourgeonnante	12	18,8
Lacune	2	3,1
Non appliquée	28	43,8
Sténosante	3	4,7
Ulcérée	16	25,0
Ulcéro-bourgeonnante	3	4,7
Total	64	100

✓ **Siege**

Tableau XLII : répartition selon le siège de la tumeur

Siege	Fréquence	Pourcentage
Colon droit	38	59,3
Colon gauche	26	40,7
Total	64	100

59,3% des tumeurs siégeait sur le colon droit.

Histologie

Tableau L : Répartition selon le résultat de l'histologie

Histologie	Fréquence	Pourcentage
Adénocarcinome lieberkuhnien	57	89,0
Carcinoïde	1	1,6
Colloïde	3	4,7
Fibrosarcome	1	1,6
Lymphome malin	2	3,1
Total	64	100,0

L'adénocarcinome lieberkuhnien était le type histologique le plus représenté avec 89,0% des cas.

3.4. Diagnostic

Tableau XXXIX: Répartition selon la complication

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Tumeur du colon en occlusion	29	45,3
Tumeur du colon non compliqué	35	54,7
Total	64	100,0

La tumeur était non compliquée dans 54,7% des cas.

3.5. Localisation secondaire au scanner

Tableau XL: Répartition selon les localisations secondaires

Localisation secondaire au scanner	Fréquence	Pourcentage
TDM normales	33	51,6
Adénopathies profondes	7	11
Ascite	3	4,7
Nodule hépatique	7	11
Non fait	14	21,9
Total	64	100

La TDM était normale dans 51,6 % des malades.

3.6. Localisation secondaire à la radiographie du thorax de face

Tableau XLI: Répartition selon les localisations secondaires à la radiographie du thorax de face

Localisation secondaire	Fréquence	Pourcentage
Absente	49	76,6
Non fait	11	17,2
Pneumopathies	4	6,2
Total	64	100

La radiographie du thorax de face était normale dans 76,6 % des cas.

3.6.1. Stade

Tableau LI: répartition selon le stade

Stade	Fréquence	Pourcentage
Stade I	3	4,7
Stade II	17	26,6
Stade III	28	43,8
Stade IV	16	25
Total	64	100

43,8% de nos malades était à un stade III.

3.7. But traitement

Tableau XLIII : répartition selon le but du traitement

But traitement	Fréquence	Pourcentage
Curatif	41	64,1
Palliatif	23	35,9
Total	64	100

Un traitement curatif a été effectué dans 64,1 % des malades.

3.7.1. Geste effectué

Tableau XLIV: Répartition selon le geste effectué

Geste effectué	Fréquence	Pourcentage
Biopsies	5	7,8
Colostomie	12	18,8
Derivation interne iléo-transverse	3	4,7
Hémi-colectomie	41	64,1
iléo-colostomie	1	1,6
Iléostomie	2	3,2
Total	64	100

L'hémi-colectomie était le geste le plus utilisé avec 64,1 des cas.

Tableau XLV : répartition selon le type de stomies

Geste effectué op	Fréquence	Pourcentage
Colostomie décharge	1	6,66
Colostomie gauche	2	13,33
Colostomie selon HARTMANN	9	60
iléo-colostomie stomie	1	6,66
Iléostomie	2	13,33
Total	15	100

La colostomie selon HARTMANN a été réalisée chez 60% de nos malades.

3.7.2. Type anastomose

Tableau XLVII: Répartition selon le type d'anastomose

Type anastomose	Fréquence	Pourcentage
Anastomose colo-colique	1	1,6
Anastomose colorectale	13	18,8
Anastomose iléo-transverse	30	36,5
Sans anastomose	20	32,8
Total	64	100

L'anastomose iléo-transverse réalisé dans 36,5 % des cas.

3.8. Rétablissement de la continuité

Tableau LII: répartition selon le rétablissement de la continuité digestive

Rétablissement de la continuité	Fréquence	Pourcentage
Non	2	3,2
Non faite	47	75,8
Oui	13	21
Total	62	100

21 % de nos malades ont été rétablis.

3.9. Chimiothérapie

Tableau XLVIII : Répartition selon la chimiothérapie

Chimiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Non	15	23,4
Oui	49	76,6
Total	64	100

76,6 % des malades ont bénéficié d'une chimiothérapie.

3.9.1. Type de chimiothérapie

Tableau XLIX : répartition selon le type de chimiothérapie

Type de chimiothérapie	fréquence	Pourcentage
Adjuvante	47	73,4
Néo-adjuvante	2	3,1
Non	15	23,4
Total	64	100

Elle était adjuvante dans 73,4 % des cas.

3.10. Suites à 6 mois

Tableau LIII : Répartition selon les suites à 6 mois

Suites à 6 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	7	10,9
Vivant	57	89,1
Total	64	100

10,9 % des malades sont décédés au cours du premier semestre en postopératoire.

3.11. Suites 12 mois

Tableau LIV: Répartition selon les suites à 12 mois

Suites à 12 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	9	14,1
Perdu de vu	2	3,1
Vivant	53	82,8
Total	64	100

Au bout d'une année en postopératoire, nous avons perdu 14,1% de nos malades.

3.12. Suites 24 mois

Tableau LV: répartition selon le suivi à 24 mois

Suites 24 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	20	31,3
Perdu de vue	15	23,4
Vivant	29	45,3
Total	64	100

Au bout de 2 ans post-opératoire, 31,3% de nos malades sont décédés.

3.13. Suites à 60 mois

Tableau LVI: répartition selon les suites à 60 mois

Survie 60 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	26	40,6
Perdu de vu	29	45,3
Vivant	9	14,1
Total	64	100,0

Au bout de 5 ans le taux de décès a représenté 40,6 % .

3.14. Survie globale (mois)

Tableau LVII : Répartition selon la survie globale

Survie globale (mois)	Vivants	Décès	Pourcentage
[0-12[	40	10	20
[12-24[	19	21	42
[24-36[	9	10	20
[36-48[	7	2	4
[48-60[	6	1	2
[60-72[	0	6	12
Total		50	100

Moyenne : 24 Ecart-type : 19,46 Minimum:1 Maximum : 63

C. RECTUM

Fréquence

3.1. Sexe

Tableau LVIII : répartition selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	45	54,9
M	37	45,1
Total	82	100,0

Les femmes ont représenté 54,9% des cas.

3.2. Age

Tableau LX : répartition selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
[15-20[	1	1,2
[20-25[	16	19,5
[25-30[	22	26,8
[30-35[	25	30,4
[35-40[	18	21,9
Total	82	100,0

La classe d'âge prédominant était de [30-35[avec 30,4 % des patients.

3.3. Profession

Tableau LXI: répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçante	8	9,8
Elève/Étudiant	15	18,3
Fonctionnaire	11	13,4
Ménagère	26	31,7
Non	4	4,8
Ouvrier	18	22,0
Total	82	100

31,7% des patients était des ménagères.

3.1. Provenance

Tableau LXII: Répartition selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	70	85,4
Kayes	3	3,7
Koulikoro	6	7,3
Sikasso	2	2,4
Tombouctou	1	1,2
Total	82	100,0

La majorité de nos patients sont de Bamako avec 85,4 %.

Signes fonctionnels

Tableau Répartition selon

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
Anorexie	44	53,7
Amaigrissement	82	100
Douleur abdominale	42	51,2
Rectorragie	63	76,8
Syndrome rectale	46	56,1
Vomissements	15	18,3
AMG	9	11

Signes physiques

Tableau : répartition selon les signes physiques

Signes physiques	Fréquence	Pourcentage
Masse palpable	7	8,5
Atteinte sphinctérien	1	1,2
Paroi vaginale envahie	2	2,4

NORECTOSCOPIE

Tableau repartition selon l'anorectoscopie

Anorectoscopie	Fréquence	Pourcentage
Bourgeonnante	16	7,3%
Non appliquée	59	36,6%
Ulcéro-bourgeonnante	7	2,4%
Total	82	100,0%

Tableau LXXV: répartition selon l'histologie

Histologie	Fréquence	Pourcentage
Adénocarcinome	74	90,2
Carcinome	8	9,8
Total	82	100,0

L'adénocarcinome a été le type histologique le plus représenté avec 90,2 %

3.2. Diagnostic

Tableau LXIII : répartition selon le diagnostic

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Tumeur rectale non sténosante	70	65,8
Tumeur rectale sténosante	12	1,2
Total	82	100,0

La tumeur n'était pas sténosante dans 65,8 % des cas.

3.3. Localisation secondaire à l'échographie

Tableau LXIV: répartition selon la localisation secondaire à l'échographie

Localisation secondaire à l'échographie	Fréquence	Pourcentage
Carcinome péritonéale	2	2,4
Colopathie fonctionnelle	1	1,2
Lame d'ascite	5	6,1
Nodule du foie	2	2,4
Non faite	28	34,1
Normale	43	52,4
Tumeur rectale	1	1,2
Total	82	100,0

Il n'y avait pas de localisation échographique secondaire dans 52,4 % des cas.

3.4. TDM

Tableau LXV : répartition selon la TDM

Localisation secondaire à la TDM	Fréquence	Pourcentage
Ascite	4	3,7
Métastase hépatique	8	6,1
Non faite	39	47,5
Pas de localisation secondaire	29	35,3
Tumeur rectale envahissant la vessie et le sacrum	1	1,2
Tumeur rectale envahissant le vagin	1	1,2
Tumeur recto sigmoïdienne + métastase hépatique et pulmonaire	1	1,2
Total	82	100

On n'a pas eu de localisation secondaire au scanner dans 35,3% des cas.

3.4.1. Localisation secondaire sur la radiographie du thorax

Tableau LXVI : Répartition selon La localisation secondaire cliché

Localisation secondaire sur la radiographie du thorax	Fréquence	Pourcentage
Cardiomégalie	1	1,2
Métastase pulmonaire	4	4,9
Non faite	59	71,9
Normale	18	21,9
Total	82	100

Les métastases ont été retrouvées dans 4,9% des malades à la radiographie du thorax.

✓ **Siège****Tableau LXVII:** Répartition selon le siège

Siège	Fréquence	Pourcentage
Ampoule	16	19,5
Bas rectum	24	29,2
haut rectum	21	25,6
moyen rectum	21	25,6
Total	82	100

Le bas rectum était le siège le plus représenté avec 29,2% des malades.

3.4.2. Stade**Tableau LXXVI:** Répartition selon le stade

Stade	Fréquence	Pourcentage
Stade II	15	18,2
Stade III	48	58,5
Stade IV	19	23,2
Total	82	100

Le stade III a été le stade le plus représenté avec 58,5% des cas.

3.5. But du traitement**Tableau LXVII :** Répartition selon le but du traitement

But traitement	Fréquence	Pourcentage
Curatif	38	46,3
Palliatif	44	53,7
Total	82	100

Le traitement palliatif a été effectué chez 53,7 % des patients.

3.5.1. Geste effectué

Tableau LXVIII: répartition selon le geste effectué

Geste effectué	Fréquence	Pourcentage
Abstention chirurgicale	15	18,3
Amputation abdomino-périnéale	10	12,2
Colostomie	29	35,3
Exploration	1	1,2
Recto Sigmoïdectomie	6	7,3
résection antérieure du rectum	21	25,6
Total	82	100

Une colostomie a été réalisé chez 35,3% des patients.

3.5.2. Exérèse ganglionnaire

Tableau LXIX : Répartition selon l'exérèse des ganglions

Exérèse ganglionnaire	Fréquence	Pourcentage
Non	71	86,4
Oui	11	13,6
Total	82	100

Dans 13,6 % des cas les patients ont subi une exérèse ganglionnaire.

3.5.3. Type anastomose

Tableau LXX : Répartition selon le type d'anastomose

Type anastomose	Fréquence	Pourcentage
Abstention chirurgicale	15	18,3
Bouillie wolkmann	2	2,4
Colo-anale	14	17,1
Colorectale	14	17,1
Colostomie	1	1,2
Colostomie latérale gauche	6	6,1
Définitive	10	12,2
Hartmann	20	24,4
Total	82	100

3.5.4. Type de resection

Tableau LXXI: répartition selon le type de résection

Type de résection	Fréquence	Pourcentage
Non	75	87,8
R0	1	1,2
R1	6	7,3
Total	82	100

La tumeur n'a pu être reséquée dans 87,8 % des cas.

3.6. Radiothérapie

Tableau LXXII : Répartition selon la radiothérapie

Radiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Non	78	95,1
Oui	4	4,9
Total	82	100

Seulement 4,9 % des patients ont bénéficié d'une radiothérapie.

3.7. Chimiothérapie

Tableau LXXIII : Répartition selon la chimiothérapie

Chimiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Non	43	52,4
Non fait	2	2,4
Oui	37	45,2
Total	82	100

45,1% des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie.

3.7.1. Type chimiothérapie

Tableau LXXIV: répartition selon le type de chimiothérapie

Type de chimiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Adjuvant	26	31,7
Néo-adjuvant	13	15,8
Non	43	52,4
Total	82	100

31,7 % des patients ont bénéficié une chimiothérapie adjuvant.

3.8. Histologie

3.9. Les suites à 6 mois

Tableau LXXVII: Répartition selon les suites à 6 mois

Les suites à 6 Mois	Fréquence	Pourcentage
Vivants	59	72,0
Décès	7	8,5
Perdu de vue	16	19,5
Total	82	100

Au bout des premiers 6 mois, nous avons perdu 8,5 % de nos malades.

3.10. Survie 12 mois

Tableau LXXVIII : répartition selon les suites à 12 mois

Les suites à 12 mois	Fréquence	Pourcentage
Vivants	53	64,6
Décès	11	13,4
Perdu de vue	18	21,9
Total	82	100

13,4 % de nos patients sont décédés dans la première année.

3.11. Les suites à 24 mois

Tableau LXXIX : répartition selon les suites à 24 mois

Les suites à 24 mois	Fréquence	Pourcentage
Vivants	40	48,8
Décès	20	24,4
Perdu de vue	22	26,8
Total	82	100

24,4% de nos patients sont décédés à 2 ans.

3.12. Les suites à 60 mois

Tableau LXXX: répartition selon les suites à 60 mois

Les suites à 60 mois	Fréquence	Pourcentage
Vivants	15	18,2
Décès	44	53,8
perdu de vue	23	28,0
Total	82	100

53,8 % des patients ont perdu la vie au bout des 5 ans.

3.13. La survie globale (mois)

Tableau LXXXI: répartition selon la survie globale

Survie globale (mois)	Décédé	Pourcentage	Vivant
[0-12[	45	54,9	37
[12-24[	10	12,2	27
[24-36[	16	19,5	11
[36-48[	0	0,0	11
[48-60]	11	13,4	0
Total	82	100	82

D. MESENTERE**3.1. Sexe**

Tous nos patients sont de sexe masculin

Age**Tableau LXXXII:** répartition selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
29	1	50
39	1	50
Total	2	100

Nos deux patients étaient âgés de 29 et 39 ans.

3.2. Profession**Tableau LXXXIII :** répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ouvrier	2	100
Total	2	100

Nos deux patients étaient des ouvriers.

3.3. Provenance

Tous nos patients sont de Bamako.

3.4. Siege**Tableau LXXXVI :** Répartition selon le siège

Siege	Fréquence	Pourcentage
Hypochondre droit	1	50
Pelvienne	1	50
Total	2	100

Les sièges des masses étaient dans l'hypochondre droit pour le premier et pelvienne pour le second.

3.5. Localisation secondaire échographique

Tableau LXXXIV: Répartition selon la localisation

Localisation secondaire à l'échographie	Fréquence	Pourcentage
masse lombaire	1	50
masse pelvienne au dépend du colon transverse	1	50
Total	2	100

A l'échographie le premier avait une masse lombaire et le second une masse pelvienne.

3.6. TDM

Tableau LXXXV: répartition selon le TDM

TDM	Fréquence	Pourcentage
Lymphome lomboaortique	1	50
Masse pelvienne au dépend du colon transverse	1	50
Total	2	100

3.7. Localisation secondaire cliché thorax

Il n'avait pas de localisation secondaire sur le cliché du thorax

3.7.1. Stade

Tableau XC : Répartition selon le stade

Stade	Fréquence	Pourcentage
II	1	50
III	1	50
Total	2	100

Le premier malade était à un stade II et le second à un stade III.

3.8. But traitement

Tableau LXXXVII : Répartition selon le but du traitement

But traitement	Fréquence	Pourcentage
Curatif	1	50
Palliatif	1	50
Total	2	100

Le traitement a été curatif chez un seul patient.

3.9. Geste effectué

Tableau LXXXVIII : Répartition selon le geste effectué

Geste effectué	Fréquence	Pourcentage
Biopsies	1	50
Exérèse	1	50
Total	2	100

L'exérèse a été effectué chez un seul patient.

3.10. Suivi à 3 mois

Tous nos patients sont bien portants

3.11. Chimiothérapie

Tous nos patients ont bénéficié de la chimiothérapie

3.12. Mode chimiothérapie

Tous nos patients ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante.

3.13. Histologie

L'histologie a conclu à une carcinoïde du mésentère chez nos deux patients

3.14. Les suites à 6 mois

Tous nos patients étaient vivants

3.15. Les suites à 12 mois

Nos deux patients étaient vivants.

3.16. Les suites à 24 mois

Tableau XCI : Répartition selon le 24 mois

Survie 24 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	1	50
Vivant	1	50
Total	2	100

L'un des deux patients est décédé.

3.17. Les suites à 60 mois

Tous nos patients sont décédés au bout des 60 mois

3.18. Survie globale (mois)

Tableau LXXIX: repartition selon la survie globale

Survie globale (mois)	Vivant	Décédé
24	1	1
60	1	1
Total	2	2

FOIE

3.1. Sexe

Tableau XC: répartition selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	5	38,5
Masculin	8	61,5
Total	13	100

61,5% des patients étaient des hommes.

3.2. Age

Tableau XCI: répartition selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
] 15-20[	2	15,3
[20-25[	2	15,3
[25-30[	0	0,0
[30-35[	2	15,4
[35-40[	7	53,8
Total	13	100

53,8 % des patients ont un âge compris [35-40[.

3.3. Profession

Tableau XCII: Répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ouvrier	3	23,07
Fonctionnaire	2	15,4
Commerçant	1	7,7
Elève/ étudiant	2	15,4
Ménagère	5	38,5
Total	13	100

Les ménagères ont représenté 38,5 % des patients.

3.4. Provenance

Tableau XCIII: répartition selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	6	46,2
Guinée	1	7,7
Kayes	1	7,7
Koulikoro	2	15,4
Ségou	2	15,4
Sikasso	1	7,7
Total	13	100

46,2 % des patients étaient de Bamako.

Durée d'évolution (Mois)

Durée d'évolution (Mois)	Fréquence	Pourcentage
1	3	23,1
2	1	7,7
3	1	7,7
4	2	15,4
5	1	7,7
6	2	15,4
7	1	7,7
12	2	15,4
Total	13	100

Syndrome choléstase

Tableau: Répartition selon la choléstase VCCCCCCCC

Syndrome choléstase	Fréquence	Pourcentage
non	7	53,8
oui	6	46,2

3.5. Diagnostic

Tableau XCIV: Répartition selon le diagnostic

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Tumeur foie D	8	61,6
Tumeur foie G	4	38,5
Total	13	100

Le diagnostic de tumeur de foie droit a été posé chez 61,6 % de nos patients.

3.6. Localisation secondaire à l'échographie

Tableau XCV: répartition selon la localisation secondaire à l'échographie

Localisation secondaire à l'échographie	Fréquence	Pourcentage
Ascite	1	7,7
Hépatomégalie	4	30,8
Masse abdominale	1	7,7
Masse hépatique	3	23,1
Nodule hépatique	1	7,7
Non vu	2	15,4
Tumeur pancréatique	1	7,7
Total	13	100

Il y avait une hépatomégalie échographique chez 30,8 % de nos malades.

3.7. TDM

Tableau XCVI : répartition selon la localisation secondaire à la TDM

TDM	Fréquence	Pourcentage
CHC	9	69,2
CPF	1	7,7
Masse rénale	1	7,7
Non vu	1	7,7
Tumeur abdominale	1	7,7
Total	13	100

Le carcinome hépato cellulaire a été retrouvé chez 69,2 % de nos malades au scanner.

✓ **Siege****Tableau XCVII:** répartition selon le siège

Siege	Fréquence	Pourcentage
Foie droit	7	53,8
Foie droit et gauche	2	15,4
Foie gauche	4	30,8
Total	13	100

Le foie droit a été identifié chez 53,8 % des malades comme siège.

3.8. But traitement**Tableau XCVIII :** Répartition selon le but du traitement

But traitement	Fréquence	Pourcentage
Curatif	5	38,5
Palliatif	8	61,5
Total	13	100

Le traitement palliatif a été réalisé chez 61,5 % des malades.

3.9. Geste effectué**Tableau XCIX:** Répartition selon le geste effectué

Geste effectué	Fréquence	Pourcentage
Biopsie	9	69,2
Segmentectomie	3	23
Hépatectomie droite	1	7,7
Total	13	100

La biopsie a été effectuée chez 69,2 % des patients.

3.10. Chimiothérapie

Tableau CI: répartition selon le type de chimiothérapie

Chimiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Non	4	30,8
Oui	9	69,2
Total	13	100

69,2 % des patients ont bénéficié de la chimiothérapie.

3.10.1. Le type chimiothérapie

Tableau CII: répartition selon le mode de chimiothérapie

Type de la chimiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Adjuvante	9	69,2
Non	4	30,8
Total	13	100

69,2 % des malades ont bénéficié de la chimiothérapie adjuvante.

3.11. Histologie

L'histologie a conclu à un carcinome hépatocellulaire chez tous nos malades.

3.12. Suivi à 6 mois

Tableau CIII : Répartition selon le suivi à 6 mois

Suivi 6 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	3	23,1
Vivant	10	76,9
Total	13	100

23,1% des patients sont décédés au bout des 6 premier mois postopératoire.

3.13. Suivi 12 mois

Tableau CIV : répartition selon le suivi à 12 mois

Suivi 12 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	7	53,8
Vivant	6	46,2
Total	13	100

53,8% des patients sont décédés au bout des 12 premiers mois postopératoires.

3.14. Suivi à 24 mois

Tableau CV: Répartition selon le suivi 24 mois

Suivi 24 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	8	61,5
Vivant	5	38,5
Total	13	100

61,5% des patients sont décédés au bout des 24 premiers mois postopératoires.

3.15. Suivi à 60 mois

Tableau CVI: Répartition selon la suivi à 60 mois

Suivi 60 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	11	84,6
Vivant	2	15,4
Total	13	100

84,6 % des patients sont décédés au bout des 5 ans postopératoire.

3.16. Survie globale (mois)

Tableau CVII: répartition selon la survie globale

Survie globale (mois)	Vivant	Fréquence	Pourcentage
[0-12[	8	5	38,5
[12-24[	5	3	23,1
[24-36[	4	1	7,7
[36-48[	2	2	15,4
[48-60]	0	2	15,4
Total		13	100

E. PANCREAS

3.1. Sexe

Tableau CVIII: répartition selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	4	44,4
Masculin	5	55,6
Total	9	100

Le sexe masculin a représenté 55,6 % de nos patients.

3.2. Age

Tableau CIX: répartition selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
27	1	11,1
28	2	22,2
31	1	11,1
34	2	22,2
35	2	22,2
36	1	11,1
Total	9	100

22,2 % de nos malades avait 35 ans.

3.3. Profession

Tableau CX: répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçante	1	11,1
Fonctionnaire	1	11,1
Ménagère	4	44,4
Ouvrier	3	33,3
Total	9	100

44,4 % de nos malades était des ménagères.

3.4. Provenance

Tableau CXI: répartition selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	5	55,6
Kayes	2	22,2
Koulikoro	1	11,1
Sikasso	1	11,1
Total	9	100

55,6 % de nos patients était de Bamako.

3.5. Diagnostic

Siege

4. **Tableau CXVI :** répartition selon le siège

Siège	Fréquence	Pourcentage
Corps du pancréas	1	11,1
Tête du pancréas	6	66,7
Tête et corps du pancréas	2	22,2
Total	9	100

5. La tête du pancréas était le siège de 66,7 % des patients.

5.1. Histologie

Tableau CXXIII: répartition selon l'histologie

Histologie	Fréquence	Pourcentage
Adénocarcinome	6	66,7
Cystadénocarcinome	3	33,3
Total	9	100

L'adénocarcinome a été le type histologique le plus représenté avec 66,7 %.

Tableau CXII: répartition selon le diagnostic

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Tumeur de la tête du pancréas	8	88,9
Tumeur de la tête du pancréas + métastase hépatique gauche	1	11,1
Total	9	100

Le diagnostic était une tumeur de la tête du pancréas chez 88,9 % de nos malades.

5.2. Localisation secondaire échographique

Tableau CXIII: répartition selon la localisation secondaire échographique

Localisation secondaire échographique	Fréquence	Pourcentage
Ascite et dilatation + stase des voies biliaires	4	44,4
Dilatation + stase des voies biliaires	5	55,6
Total	9	100,0

L'ascite était présente chez 44,4 % des patients à l'échographie.

5.3. TDM

Tableau CXIV: répartition selon la TDM

TDM	Fréquence	Pourcentage
Ascite dilatation + stase des voies biliaires	1	11,1
dilatation + stase des voies biliaires	1	11,1
Hépatique	1	11,1
Métastases hépatique	5	55,5
Surrénale	1	11,1
Total	9	100

Les métastases hépatiques ont été retrouvées chez 55,5% des patients au scanner.

5.4. Localisation secondaire sur la radiographie du thorax

Tableau CXV: répartition selon la localisation secondaire sur le cliché du thorax

Localisation secondaire sur la radiographie du thorax	Fréquence	Pourcentage
Absence de métastases	8	88,9
Métastases pulmonaires	1	11,1
Total	9	100

Un seul patient à présenter des métastases pulmonaires à la radiographie du thorax.

5.4.1. Stade

Tableau CXXIV: répartition selon le stade

Stade	Fréquence	Pourcentage
II	1	11,1
III	2	22,2
IV	6	66,7
Total	9	100

66,7 % des patients était classé stade IV.

5.5. But traitement

Tableau CXVII: répartition selon le but du traitement

But traitement	Fréquence	Pourcentage
Curatif	1	11,1
Palliatif	8	88,9
Total	9	100

Le traitement palliatif a été réalisé chez 88,9 % des patients.

3.10 Geste effectué

Tableau CXVIII: répartition selon le geste effectué en per-operatoire

Geste effectué	Fréquence	Pourcentage
Abstention chirurgicale + biopsie	5	55,5
Cholécystectomie + biopsie	1	11,1
DPC+cholécystectomie	1	11,1
GEA + biopsie	1	11,1
GEA cholécystectomie + biopsie	1	11,1
Total	9	100

On s'est abstenu chirurgicalement chez 55,5 % des patients.

5.6. Type anastomose

Tableau CXIX : répartition selon le type d'anastomose

Type anastomose	Fréquence	Pourcentage
Anastomose cholédoco-duodénale, anastomose gastrojéjunale	1	11,1
Anastomose cholédoco-jéjunale, anastomose gastrojéjunale, anastomosepancréatico-gastrique termino- terminale	1	11,1
Anastomose gastro-jéjunale	1	11,1
Non	6	66,7
Total	9	100

5.7. Suivi à 3 mois

Tableau CXX: répartition selon le suivi à 3 mois

SUIVI A 3 MOIS	Fréquence	Pourcentage
Décès	3	33,3
Vivant	6	66,7
Total	9	100

33,3% des patients sont décédés au bout des 3 premier mois postopératoire.

5.8. Chimiothérapie

Tableau CXXI: répartition selon la chimiothérapie

Chimiothérapie	Fréquence	Pourcentage
Non	2	22,2
Oui	7	77,8
Total	9	100

77,8 % de nos patients ont bénéficié de la chimiothérapie.

5.8.1. Type de chimiothérapie

Tableau CXXII: répartition selon le mode de chimiothérapie

Type de chimiotherapie	Fréquence	Pourcentage
Adjuvante	7	77,8
Non	2	22,2
Total	9	100

Le type de chimiotherapie était adjuvant chez 77,8 % des patients.

5.9. Suivi 6 mois

Tableau CXXV: répartition selon le suivi à 06 mois

Suivi 6 mois	Fréquence	Pourcentage
Décès	5	55,6
Simple	4	44,4
Total	9	100

55,6% des patients sont décédés au bout des 6 premiers mois postopératoire.

5.10. Suivi à 12 mois

Tous nos patients sont décédés avant les 12 premiers mois.

5.11. Survie globale (mois)

Tableau CXXVI: répartition selon la survie globale

Survie globale (mois)	Vivants	Décès	Pourcentage
1	7	2	28,6
3	6	1	14,3
6	4	2	14,3
12	0	4	42,9
Total		9	100

SURRENALE

Fréquence

3.1. Sexe

Tableau CXXVII: répartition selon sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	3	50
Masculin	3	50
Total	6	100

On avait 50% d'homme chez nos malades.

3.2. Age

Tableau CXXVIII: répartition selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
29	1	16,7
30	1	16,7
32	1	16,7
39	2	50
Total	6	100

Deux de nos patients avaient 39 ans.

3.3. Profession

Tableau CXXIX: répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerce	2	33,3
Cultivateur	1	16,7
Ménagère	3	50
Total	6	100

Les ménagères ont représentées 50 % de nos malades.

3.4. Provenance

Tableau CXXX: répartition selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bamako	2	33,3
Kayes	1	16,7
Koulikoro	1	16,7
Mauritanie	1	16,7
Zégué	1	16,7
Total	6	100

33,3% de nos patients était de Bamako.

Durée d'évolution (mois)

Durée d'évolution (mois)	Fréquence	Pourcentage
6	1	16,7
11	1	16,7
12	1	16,7
23	1	16,7
24	2	33,3
Total	6	100

Signes fonctionnels

Tableau : Répartition selon les signes fonctionnels

SIGNES FONCTIONNELS	Fréquence	Pourcentage
Douleur	4	66,8
Céphalées	3	50,1
Vertiges	2	33,4
Amaigrissement	2	33,4
Asthénie	2	33,4
Palpitation	1	16,7

La douleur a été le signe fonctionnel le plus retrouvé.

Signes physiques

Tableau : répartition selon les signes physiques

SIGNES PHYSIQUES	Fréquence	Pourcentage
Masse abdominale droite	2	33,3
Masse abdominale Gauche	2	33,3
Masse non palpée	1	16,7
Tuméfaction abdominale droite	1	16,7

3.5. Diagnostic

Tableau CXXXI: répartition selon le diagnostic

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Tumeur surrénalienne droite	3	50
Tumeur surrénalienne gauche	3	50
Total	6	100

50 % des diagnostics était la tumeur surrénalienne droite

3.6. Localisation secondaire l'échographie

Tableau CXXXII : répartition selon la localisation secondaire à l'échographie

Localisation secondaire à l'échographie	Fréquence	Pourcentage
Faite	2	33,3
non faite	4	66,7
Total	6	100

3.7. TDM

Tous nos patients ont fait le scanner

✓ Siege

Tableau: répartition selon le siège

Tumeur était localisée au niveau des surrénale chez tous nos patients.

3.7.1. Stade

Tableau CXXXVII: répartition selon le stade

Stade	Fréquence	Pourcentage
II	4	66,7
III	1	16,7
IV	1	16,7
Total	6	100

66,7 % des patients était stade II.

3.8. But traitement

Tableau CXXXIII: répartition selon le but du traitement

But traitement	Fréquence	Pourcentage
Curatif	5	83,3
Palliatif	1	16,7
Total	6	100

3.9. Geste effectue op

Tableau CXXXIV: répartition selon le geste effectué

GESTE EFF OP	Fréquence	Pourcentage
Biopsie chirurgicale sur droit	1	16,7
Surrénalectomie droite	2	33,3
Surrénalectomie gauche	3	50,0
Total	6	100

La surrénalectomie a été réalisée chez 83,3 % des malades.

3.10. Exérèse ganglionnaire

Tableau CXXXV: répartition selon l'exérèse ganglionnaire

Exérèse ganglionnaire	Fréquence	Pourcentage
Non	1	16,7
Oui	5	83,3
Total	6	100

L'exérèse ganglionnaire a été effectuée chez 83,3% des patients.

3.11. HISTOLOGIE

Tableau CXXXVI : répartition selon l'histologie

Histologie	Fréquence	Pourcentage
Phéochromocytome	6	100
Total	6	100

L'anatomopathologie a conclu à un phéochromocytome chez tous nos patients.

3.12. Les suites à 3 mois

Tableau CXXXVI: répartition selon les suites à 3 mois

Les suites a 3 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	1	16,7
Vivant	5	83,3
Total	6	100

16,7% des patients est décédé au bout du premier trimestre en postopératoire

3.13. Chimiothérapie

Tableau CXXXV: répartition selon la chimiothérapie

Tous nos patients ont fait la chimiothérapie.

3.14. Les suites à 6 mois

Tableau CXXXVIII: répartition selon les suites à 6 mois

Suites à 6 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	1	16,7
Vivant	5	83,3
Total	6	100

16,7% des patients est décédé au bout des 6 premier mois postopératoire.

3.15. Les suites à 12 mois

Tableau CXXXIX: répartition selon les suites à 12 mois

Les suites à 12 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	1	16,7
Vivant	5	83,3
Total	6	100

16,7% des patients est décédé au bout des 12 premiers mois postopératoires

3.16. Les suites à 24 mois

Tableau CXL: répartition selon les suites à 24 mois

Les suites à 24 mois	Fréquence	Pourcentage
Décédé	2	33,3
Vivant	4	66,7
Total	6	100,0

33,3% des patients sont décédés au bout des 24 premier mois postopératoire.

Les suites à 60 mois

Tableau CXLI: répartition selon les suites à 60 mois

SURVIE 60 MOIS	Fréquence	Pourcentage
Décédé	1	16,7
Vivant	5	83,3
Total	6	100,0

16,7 % des patients sont décédés au bout des 5 ans postopératoire.

3.17. Survie globale (mois)

Tableau CXLII: répartition selon la survie globale

Survie globale (mois)	Fréquence	Pourcentage
[0-24[	1	16,7
[24-48[	1	16,7
[48-72[	4	50,0
Total	6	100,0

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4.1. Méthodologie

Notre étude est rétrospective et prospective s'étendant de janvier 1999 à décembre 2018 pour la phase rétrospective et de janvier 2019 à décembre 2019 pour la phase prospective. Elle a porté sur 210 patients.

Les problèmes rencontrés ont été :

- les difficultés de collecte des données sur la période rétrospective, certains dossiers furent égarés d'autres incomplets donc inexploitable dans les archives, ce qui a beaucoup limité notre échantillonnage
- la déperdition des patients

Parmi nos 210 patients :

Le sex ratio était de 0,52 en faveur des hommes. Dans notre étude, 31,4% des patients avaient l'âge compris entre 35 et 40 ans.

Le cancer du rectum a représenté 39,04% suivi du colon et de l'estomac qui ont représentés respectivement 33,4% et 16% environ.

Les cancers de l'abdomen sont en général diagnostiqués tardivement, ce qui fait la gravité de cette pathologie surtout en Afrique où la majorité des traitements sont palliatifs et la survie à 5 ans reste faible: 13% dans notre série.

Ces difficultés ont été signalées par d'autres auteurs africains [50 ;51;52].

4.2. Données épidémiologiques

4.2.1. Fréquence hospitalière

Tableau CXLIII: Répartition selon la fréquence hospitalière et les auteurs

Auteurs	Fréquence (%)	Test statistique
Mare Mali 2006 n=152 [50]	1,6	0,000385
DIARRA C A Mali 2009 n=115[51]	7,4	0,000859
M. PEGHINI Madagascar 1997 n=189[52]	1,3	0,926990
Notre étude Mali 2019 n=210	0,5	

La fréquence hospitalière a été de 0,5% dans notre étude, ce qui n'est pas statistiquement différent de la série malgache 1,3% et diffère des séries maliennes de Mare (1,6%) et Diarra (7,4%).

Cette différence s'explique par la tranche d'âge ciblée par notre étude (<40 ans).

4.2.2. Fréquence selon l'âge

Tableau CXLIV: Répartition selon les âges et auteurs

Etude	Age moyen	Test statistique
Mare Mali 2006 n=152[50]	54,4	0,000004
Diarra C A Mali 2009 n=115[51]	56,5	0,000004
Notre étude Mali 2019 n=210	30,4	

Nous notons une différence statistiquement significative entre notre étude (avec un âge moyen a 30,4) et les deux autres réalisées au Mali qui était de 54,4 pour Mare et 56,5 pour Diarra.

Cette différence s'explique par la limitation d'âge dans notre étude qui ciblait les plus de 14 ans et les moins de 40 ans.

4.2.3. Fréquence selon le sexe:

Tableau CXLV: Répartition selon le sexe et les auteurs

Auteurs	Sex-ratio	P
Mare Mali 2006 n=152 [50]	1,3	0,854860
Traoré D Ségou 2017 n=112[52]	1,9	0,908584
Notre étude Mali 2019 n=210	1,1	

4.3. Organes

4.3.1. Estomac

4.3.1.1. Fréquence et auteurs

Tableau CXLVII: Fréquence hospitalière

Auteurs et pays	Fréquence (%)	Test statistique
Mare Mali 2006 N=152[50]	0,92	0,777702
Toukara I Mali 2012 n=305[53]	2,2	0,423375
Notre étude Mali n=210 2019	1,07	

Notre étude (1,07) ne diffère pas de celles de Mare et de Toukara qui ont représentés respectivement 0,92 et 2,2 avec un $P \geq 0,05$.

4.3.1.2. Stades et Auteurs

Tableau CXLVIII: :

Auteurs	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Dahmani Maroc 2019 n =130[54]	2	17	19	0
Notre étude Mali n=210 2019	3	43	95	69

Le stade III était le plus représenté avec 19 dans la série marocaine et 95 dans notre série.

4.3.1.3. Mortalité et auteurs : la mortalité hospitalière

Auteurs	Mortalité (%)	Test statistique
Mare Mali 2006 N=152 [50]	3	0,4878
Toukara I Mali 2012 n=305 [53]	5,5	0,6845
Notre étude MALI n=210 2019	5	

La mortalité hospitalière a été de 5% dans notre étude. Ce taux ne diffère pas statistiquement significative à celui de Mare en 2006 (3%) et de Toukara en 2012 (5,5%) avec $p \geq 0,05$.

4.4. FOIE

4.4.1. Fréquence et auteurs : La fréquence hospitalière

Auteurs et pays	Fréquence (%)	Test statistique
Mare Mali 2006 N= 152 [50]	0,04	1
Handan 2009 Maroc n=16[55]	3,64	1
Notre étude Mali n=210 2019	0,03	

La fréquence hospitalière a été de 0,03 dans notre étude. Ce qui ne diffère pas statistiquement significative des séries marocaine et malienne qui ont représentés respectivement 3,64 % et 0,04% avec $P \geq 0,05$.

4.5. Colon

4.5.1. Fréquence et auteurs : La fréquence dans la série

Auteurs	Fréquence (%)	Test statistique
Sidibé A Mali 2006 n=42 [56]	6,59	0,000065
HAKAM J Maroc n=2584 [57]	56,2	0,000002
Notre étude MALI n=210 2019	39,0	

Nous notons une différence statistiquement significative entre notre série (39,0) et celles des séries marocaine et malienne qui étaient respectivement 56,2% et 6,59%.

Cette différence s'explique par la différence importante entre les tailles des échantillons

4.5.2. Stades et auteurs

Auteurs et pays	Stade1	Stade2	Stade 3	Stade 4
Bouaré Y Mali 2014 n=54 [58]	0	10	32	12
Sidibé A T Mali 2009[56]	0	2	28	8
Notre étude MALI n=210 2019	3	17	28	16

4.5.3. Mortalité et auteurs: la mortalité hospitalière

Auteurs	Mortalité	Test statistique
Bouaré Y Mali 2006 N=152[58]	2,63	0,201269
Sidibé AT Mali 2009 n=115[56]	0	0,0
Notre étude MALI n=210 2019	0,47	

Nous n'avons pas constaté de différence statistiquement significative entre notre étude et celle de Bouaré (2,63%) $P \geq 0,05$, par contre il y'a une différence statistiquement significative avec celle de Sidibé qui est nulle. Cette différence s'explique par la taille de l'échantillon.

4.6. Rectum

4.6.1. Fréquence et auteurs

Auteurs et pays	Fréquence (%)	Test statistique
Daou D Mali n=40[59]	5,22	0,691090
Notre étude MALI n=210 2019	2,60	

La fréquence hospitalière dans notre série ne diffère pas statistiquement significative de celle de Daou (5,22) avec $P \geq 0,05$.

4.6.2. Stades et auteurs

Auteurs	Stade1	Stade2	Stade 3	Stade4
Daou D MALI n=40 [59]	0	4	17	19
Notre étude MALI n=210 2019	0	15	48	19

4.6.3. Mortalité et auteurs: Mortalité hospitalière

Auteurs et pays	Mortalité	Test statistique
Daou D 2009 n=40 [59]	10	0,012816
Notre étude MALI n=210 2019	1,4	

Il y a une différence statistiquement significative entre notre série (1,4%) et celle de Daou 10% avec $P \leq 0,05$.

Cette différence s'explique par la différence entre les tailles des échantillons.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion

Cette étude retro-prospective de 20 ans a montré que les tumeurs malignes abdominales sont une réalité au Mali en général et au service de chirurgie générale de de l'hôpital Gabriel TOURE en particulier.

L'amélioration du plateau technique en Afrique a contribué au diagnostic de plus en plus fréquent des tumeurs malignes de l'abdomen. La ressemblance de ces signes avec ceux des parasitoses intestinales, qui sont endémiques dans nos régions serait entre autre à l'origine des retards de diagnostic. Une étude épidémiologie des causes et facteurs de risque serait nécessaire pour mettre en œuvre des mesures de prévention et de dépistage afin d'améliorer le pronostic de ces affections.

5.2. Recommandations

Aux personnels socio-sanitaires

- Elaborer un programme de dépistage précoce des cancers de l'abdomen.
- Systématiser un bilan de cancer de l'abdomen devant toutes symptomatologies susceptibles d'être un cancer de l'abdomen.
- Référer à temps les patients à une structure spécialisée.

A la population

- Eviter l'automédication.
- Faire une consultation médicale devant toutes symptomatologies abdominale.

Aux autorités

- Former le personnel de santé.
- Sensibiliser la population sur les questions sanitaires.
- Organiser le système de référence.
- Promouvoir une politique de sécurité sociale.
- Créer un centre de cancérologie

Mots-clés : Tumeurs- Malignes-Abdomen - Epidémiologie - Diagnostic – Chirurgie -Pronostic.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Diebold J, Camilleri J-P, Reynes Met al.** Anatomie Pathologique Générale ; édition Médicales Internationales, Paris ; 1991 ;(2) :236-268.
2. **Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-AlexGauzere :**
Les cancers dans les pays en développement Actualités 2017 Diplôme de médecine tropicale des pas de l'océan Indien MEDECINE TROPICALE
3. **Chbani L, Hafid I, Berraho M, Mesbahi O, Nejari C, amarti A,**
Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers dans la région de Fes-Boulemane Maroc, EMHJ. Vol.19 Maroc 2013 p263-270
4. **Baria B.D et al.,** Etats des lieux du traitement multidisciplinaire du cancer du rectum /Radiothérapie 2012. 16: p. 711-720.
5. **Andrianjafy ANDONAVALONA.** Cancer du rectum chez le sujet jeune de moins de 40 ans. Thèse 169 Université SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH, Madagascar 2015 P14.
6. **Gado. A. et al.** Colorectal cancer in Egypt is commoner in young people: Is this cause for alarm? Alexandria journal of Medicine 2014. 50: p. 197-201.
7. **TOUNKARA I.** Cancer avancé de l'estomac dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. Bamako 2011-2012.
8. **Wafaa Z.** Les tumeurs ovariennes : Aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques. Université cadi Ayyad, Maroc ; 2012/71.
9. **L'ALIAM (Alliance des Ligues francophones Africaines et méditerranéens)** LES CANCERS EN AFRIQUE FRANCOPHONE 2017 P42
10. **Pboyle, J Ferley .** Measuring hogress against cancer in Europe In :Annal of oncology. France; 2005.P.481.
11. **CISIELSKI M, KRUSZEWSKI W J, SZAJEWSKI M, JAKUB,**
Extremilyhigh mortality rate after a successful gastrectomyfor cancer in older adults.J of gastric cancer 2019; 19(2:222-11).

12. **DEMBELE F.** Aspects endoscopiques et anatomopathologiques des cancers de l'œsophage dans l'unité d'endoscopie de l'hôpital du point « G » (30 cas). These Med, Bamako 2002 ; 148
13. **BOUCHE O, DUVUDER F.** Cancer de l'œsophage Impact internat. Paris : Masson, 1997
14. **SEGOL PH, VERWAERDE JC, FOURNIR JL.** Notions fondamentales et diagnostiques. Encycl. Med chir (Paris) Gastroente rol 1994; 10: 9-027
15. **TOURE A** Contribution à l'étude des cancers au Mali: à propos d'une étude statistique de 1378 cas. These Med, Bamako 1986 ; 6
16. **CREW K D, NEUGUT A L.** Epidemiology of upper gastrointestinal malignancies Semi noncom 2000; 31: A50 – 64
17. **FUCHS C S, MAYER R J.** Gastric carcinoma. N Engl J Med 1995; 333: 32 – 41
18. **BOUVIER A M, REMONTET L, JOUGLA E.** Incidence of gastrointestinal cancers in France Gastroenterol Clin Biol 2000; 28: 77 – 81
19. **BARBIER J P H, CELLIER C, LANDI B.** Maladies de l'appareil digestif. Paris : Masson, 1997
20. **HILLON P, FAIVRRE J, BEDENE L, KLEPING C.** Alimentation et cancerogenese digestive en France et dans le monde Encycl Med Chir 1985; 9118: A10 – 12
21. **CORREA P.** Is gastric cancer preventable? Gut 2004; 23: 1217 – 1219
22. **BRETAGNE J F.** Faut-il éradiquer *Helicobacter pylori* pour prévenir le cancer gastrique ? Gastroenterol Clin Biol 2003 ; 27 : 440 – 452
23. **DELCHIER J C.** Les lésions précancéreuses gastriques: quelle prévention? Gastroenterol Clin Biol 2004; 28 (5): D172 – D177
24. **CALDAS C, CARNERO F, LYNCH H C.** Familial gastric cancer overview and guideline for management J Med Genet 1999; 36: 873 – 880

25. **DUCREUX M, BOIGE V, TAIER J.** La limite : une forme particulière de cancer gastrique. *Gastroenterol* 2000 ; 25 : 573 – 581
26. **WATANABE H. JASS J R. SOBIN L H.** Histological typing of esophageal and gastric tumors. World health Organization international histological classification of tumors (2nd Ed) Berlin: Springer Verlag, 1990
27. **OLIVIER B, STEPHZNIE L.** Cancer de l'estomac. *Rev prat* 2005; 55 : 12 - 17
28. **RUSKONE – FOURMESTRAUX A.** Lymphomes gastriques du MALT. *Rev med int* 2004 ; 28 : 573 – 581
29. **L ANDI, LECOMTE T, BERGER A, CELLIER C.** Traitement des tumeurs stromales digestives. *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28 : 893 – 901
30. **VOLPE C M, KOO J, MILORO S M, DRISCOLI D L, NAWA H R, DOUGLAS H O.** Njr: the effect of extend lymphadectomie of survival in patients with gastric adenocarcinoma *J Am Cool Surg* 1995; 181: 57 – 64
31. **JIAN R, MODIGLANI R, MARTEAU P, BOUHNİK Y, PANIS Y.** Hépatogastro – entérologie. Paris : Ellipses, 2001
32. **ANDRIEU JM, COLONNA P.** Cancers : évaluation traitement et surveillance. Paris : Estem 1997
33. **BERREBI W.** Hépatogastroentérologie. 3eme édition. Paris : Estem, 2003
34. **ATTIA Y, SOUBEYRAND J, GAUDET G, MAKAN K, KOUAKOU, NDRI Y.** Les cancers coliques en Cote d'Ivoire: etude Clinique et épidémiologique *Med Afr Noire* 1991 ; 28 : 353 – 358
35. **MBENGUE M.** Cancers colo rectaux au Sénégal : à propos d'une étude rétrospective de 258 dossiers recueillis à Dakar de 1960 à 1985 *These med, Dakar* 1985 ; 168
36. **CHENDJOUNFOTSI B L.** Etude épidémiologique et histologique des tumeurs colo rectales au Mali: à propos de 258 cas. *These med, Bamako* 2006 ; 79

37. **LOUIS E, BELAICHE J.** Histoire naturelle et facteurs de risque du cancer colo rectal au cours des maladies inflammatoires intestinales Acta Endoscopica 2004 ; 34 (2) : 231 – 236
38. **BALIAN C, ARAKELIAN P, POUSSIN D, BEUZEN P, BALIAN A.** Hépatogastroentérologie. Paris: Ellipses, 2003
39. **MELANGE M.** La prévention médicamenteuse des tumeurs colo rectales : les anti-inflammatoires non stéroïdiens préviennent-ils le cancer colo rectal ? Louvain Med 1999 ; 118 : S 260 – 263
40. **FATTORUSSO V, RITTER O.** Vademecum Clinique : du diagnostic au traitement 16eme édition. Paris: Masson, 2001
41. **HASLETT C, CHILVERS E R, HUNTER J, BOON N.** Médecine interne: Principes et pratiques 18eme édition. Londres : Maloine, 1999
42. **PERLEMUTER L, PERLEMUTER G.** Guide de thérapeutique. 3eme édition. Paris: Masson, 2003
43. **FREXINOS J, BUSCAIL.** Hépatogastroentérologie et proctologie 5eme édition. Paris : Masson, 1987
44. **LEVRE H, LAUNOY G, ARSENE D, GALAIS MP, MAUREL J, BOUYARD N.** Epidémiologie et pronostic des cancers du pancréas dans le département du Calvados : tendance évolutive sur 20 ans. Gastroenterol Clin Biol 2002 ; 26 : 0399 – 8320
45. **ROUVIERE H:** Anatomie humaine ; descriptive, topographique et fonctionnelle du tronc(tomeII). 11eme edition ; (Paris). Masson 1978; 487-498
46. **KONE ADAMA:** Apport de la chirurgie dans la prise en charge des tumeurs abdominales de l'enfant. Etude multicentrique portant sur 24 cas. 160 These Med Bamako 2001 n°130
47. **ZAKA B F** Apport de l'imagerie ultrasonore dans le diagnostic et bilan prétherapeutique des tumeurs abdominales chez l'enfant. Thèse Med Abidjan 1985 n°648

- 48. TEINTURE C, KALIFA C, HARMANN, FLAMANT, LAMERLE J:** Tumeurs solides malignes néonatales à propos de 75 cas. Arch. Fr. Pédiatrie 1992; 49: 187-192
- 49. WAFI OULD SIDI B :** Apport de l'échographie dans le diagnostic et le bilan préthérapeutique des tumeurs abdominales chez l'enfant. Thèse Med Bamako : 1988 n°21
- 50. Mare F :** Hospitalisations pour tumeur maligne abdominales de l'adulte dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Toure. Thèse de Med Bamako 2006
- 51. Diarra C.A :** épidémiologie des cancers digestifs en milieu hospitalier. Thèse de med Bamako 2009 ;
- 52. Traoré D.S :** Tumeurs digestives : diagnostic et traitement à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou. Thèse de Med 2017.
- 53. Tounkara I** Cancer avancé de l'estomac dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Toure. Thèse de med Bamako 2012.
- 54.Dahmani B :** Cancer de l'estomac : experience du service d'oncologie du CHU Hassan II de Fès. Thèse de Med Fès 2019 ; N°130
- 55. SIDIBE A T.** Cancer du côlon: aspects épidémio-cliniques dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré
Thèse Med Bamako 2010;N°179
- 56. Jihane HAKAME.** Le cancer colorectal dans la région de Marrakech : bilan de 19 ans. Thèse med Marrakech2017 N 001
- 57..BOUARE Y:** Cancer du colon en occlusion dans le service de chirurgie généraledu CHU Gabriel Toure. Thèse med Bamako 2014
- 58. DAOU D:** Cancer du rectum dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Toure. Thèse de med Bamako 2011

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY
 Prénom : Daouda Kassoum
 Année : 1999-2019
 Ville de soutenance : Bamako
 Pays d'origine : Mali
 Secteur d'intérêt : Chirurgie viscérale.

Titre de la thèse : Les tumeurs malignes abdominales chez les sujets de moins de 40 ans.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Résumé : Ce travail a pour objectif d'étudier les tumeurs malignes abdominales chez les patients d'âge supérieur à 14 ans et inférieur à 40 ans en chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré.

Il s'agit d'une étude prospective et rétrospective de 210 cas de tumeur maligne de l'abdomen opérés dans le service de chirurgie générale du C.H.U. Gabriel Touré sur une période de 20 ans, allant de janvier 1999 à décembre 2019.

Ces tumeurs malignes représentent 0,5% des patients hospitalisés dans notre service et 6,66% des cancers.

La moyenne d'âge était de 30,48 ans avec des extrêmes allant de 16 à 39 ans.

Les patients se répartissaient en 110 hommes et 100 femmes (sexe ratio = 1,1).

Les organes les plus fréquemment atteints ont été : le rectum (39,0%), colon (33,4%), l'estomac (16,2%), le foie (6,2%), le pancréas (4,2%), le surrénale (3,0%) et le mésentère (1,0%).

Les tumeurs malignes étaient fréquemment observées dans les couches sociales défavorisées 68,6% (ouvriers, ménagères). Le tableau clinique était dominé par : la douleur abdominale (81,4%), la rectorragie (50,9%), l'anorexie (43,8%), les vomissements (42,8%), la constipation (31,0%). L'histologie qui est l'examen de confirmation a été réalisée chez tous nos patients. L'adénocarcinome a été la lésion microscopique la plus rencontrée (81,4%). Tous nos patients ont été opérés.

L'intervention a constitué dans 43,3% des cas à un traitement curatif et dans 56,7% à un traitement palliatif. La moyenne de la survie globale était de 17,3 avec des extrêmes de 0 à 62 mois.

Mots-clés : Tumeurs - Malignes-Abdomen- Adulte jeune -Epidémiologie -Diagnostic - Chirurgie -Pronostic.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

1- N° de fiche.....//

I-IDENTIFICATION DU MALADE

2- N °du dossier.....//

3- Année de consultation.....//

4-Nom et prénom.....//

5-Age.....//

6-Sexe.....//

6.1=Masculin 2=Féminin

7-Ethnie.....//

1=Bambara 2=Malinké 3=Peuhl

4=Sonrhäï 5=Soninké 6=Sénoufo

7=Bobo 8=Minianka 9=Touareg

10=Dogon 11=Autres 99=Indéterminée

7a= Si autres à préciser.....//

8-**Situation matrimoniale**//

1=Célibataire 2=Marié(e) monogame 3=Marié(e) polygame

4= Autres.....//

9-**Contact à BAMAKO**.....//

10-Provenance.....//

1=KAYES 2=KOULIKORO 3=SIKASSO

4=SEGOU 5=MOPTI 6=GAO

7=TOMBOUCTOU 8=KIDAL 9=BAMAKO

10a- Si autres à préciser.....//

11-**Nationalité**.....//

1=Maliennne 2=Autres 9=Indéterminée

11-a Si autres à préciser.....//

12-Principale activité.....//

1=Fonctionnaire 2 =Commerçant(e) 3= Cultivateur4= Ouvrier5=Ménagère

6=Elève/Étudiant7=Autres 9=Indéterminée

12a-Si autres à précise.....//

13-**Adressé(e) par**.....//

1=Venu(e) de lui-même 2=Médecin 3=Infirmier(e) 4=Autres

13a – Si autres à préciser.....//

14-**Mode de recrutement**.....//

1=Urgence 2=Consultation ordinaire

14a – Si autres préciser.....//

15-Date d'entrée.....//

16-Date de sortie

17-Durée d'hospitalisation

II- CLINIQUE18-**Motif de consultation**.....//

1=Masse abdominale ; 2=Douleurs abdominales ; 3= Vomissements ; 4= 2 et 3 ;

5=Dysphagie ; 6=1et 3 ; 7= 1et 2 ; 8=Rectorragie ; 9=Douleurs et augmentation du volume

de l'abdomen ; 10=3 et 5 ; 11=Ictère et prurit ; 12= 2 et 8 ;13= Amaigrissement 14= Autres

99=Indéterminé,

18a- Si autres à préciser.....//

19-Durée d'évolution de la maladie.....//

SIGNE FONCTIONNEL

20-Signes digestifs.....//

1=Dysphagie 1a=Liquide 1b=Solide, 1c=Haute// 1d=Basse//

2=Douleurs abdominales : Epigastrique// Hypogastrique//

Périombilicale//Hypochondres // Flanc // Fosses iliaques //

2a=piqure 2b=torsion 2c=coup de poignard 3=Vomissements

4=Masse abdominale 5=Arrêt des matières 6= Arrêt des gaz

7=Arrêt des matières et des gaz 8=Constipation 9=Diarrhée

10=Alternance diarrhée et constipation 11=Rectorragie 12=Ballonnements 13=Emission de selles glaireuses 14=Prurit et ictère

20a- Si autres à préciser.....//

22-Signes respiratoires.....//

1=Non 2=Toux 3=Dyspnée 4=Autres 9=Indéterminés

22a- Si autres à préciser.....//

ANTECEDENTS DU MALADE

25-Médicaux.....//

1=Polypose 2=Drépanocytose 3=Ulcère gasdro-duodenale 4=Amibiase hépatique

5=Hépatite virale 6=HTA 7=Rectocolite hémorragique 8=Diabète 9=Chron 10= Dysenterie

11=Autres 99=Indéterminés

25a – Si autres à préciser.....//

26-Chirurgicaux.....//

1= Oui 2=Non 3=Si oui à préciser

26a- Si autres à préciser.....//

27-Familiaux.....//

1=Antécédents de tumeur dans la famille 2=Hépatite virale

3=Amibiase hépatique 4=Autres 9=Indéterminés

27a – Si autres à préciser.....//

28-Habitudes alimentaires à base de.....//

1=Céréales 2=Viandes 3=Poissons frais 4=Poissons fumés 5=Lait

6= Fruits et/ou légumes 7=Autres 9=Indéterminées

28a- Si autres à préciser.....//

Signes généraux

29- Etat Général.....//

1=IP OMS ; 2= Index de Karnofsky; 3= Pâleur conjonctivale ; 4=Ictère ; 5=Tachycardie ;

6=Bradycardie ; 7=Fièvre ; 8=HTA ; 9=Indéterminé

29a- Si autres à préciser.....//

35-Poids en Kg.....//

36-Taille en Cm.....//

37-IMC.....//

SIGNES PHYSIQUES

***Inspection**

37-Forme : 1=Normale 2= Voussure 3=Distension 4=Cicatrice 5=Autres 9=Indéterminée

37a - Si autres à préciser.....//

38a-Respiration.....//

1=Abdominale 2=Thoraco-abdominale 3=Thoracique 4=Autres 9=Indéterminée

38a - Si autres à préciser.....//

39-Circulation veineuse collatérale.....//

1=Oui 2=Non 3=Autres 9=Indéterminée

39a - Si autres à préciser.....//

***Palpation**

1=Douleur 2=Défense 3=Masse 4=Contracture 5=Souple
 40 Sièges de la douleur //
 1=Généralisée 2=Epigastrique 3=Hypogastrique 4= Hypochondre 5=Flanc 6=Fosse iliaque
 7=Péri ombilicale 8= Autres 9=Indéterminée
 40a - Si autres à préciser.....//
 Sièges de la défense
 1=Epigastrique 2=Hypogastrique 3= Hypochondre 4=Flanc 5=Fosse iliaque 6=Péri
 ombilicale 7= Autres 9=Indéterminé
 Si autres à préciser
 Sièges de la masse
 1=Epigastrique 2=Hypogastrique 3= Hypochondre 4=Flanc 5=Fosse iliaque 6=Péri
 ombilicale 7= Autres 9=Indéterminé
 Caractéristiques de la masse
 1=ferme 2=mobile 3=molle 4=régulière 5=irrégulière 6=fixe 7= lisse 8=nodulaire 9=autres
 Si autres à préciser

41-Souple..... //
 1=Oui 2=Non 3=Autres 9=Indéterminée
 41a - Si autres à préciser.....//
 42-Contracture..... //
 1=Oui 2=Non 3=Autres 9=Indéterminée
 42a - Si autres à préciser.....//
 43-Défense..... //
 1=Oui 2=Non 3=Autres 9=Indéterminée
 43a - Si autres à préciser.....//
 1=Oui 2=Non 3=Autres 9=Indéterminée
 44a - Si autres à préciser.....//
 45-Tuméfaction..... //
 1=Oui 2=Non 3=Autres 9=Indéterminée
 45a - Si autres à préciser.....//

CARACTERISTIQUES DE LA TUMEUR

46-Siège.....//
 1=Région épigastrique 2= Région ombilicale 3=Région hypogastrique
 4=Hypochondre droit 5=Flanc droit 6=Fosse iliaque droite
 7=Hypochondre gauche 8=Flanc gauche 9=Fosse iliaque gauche 10=Autres 99=Indéterminé
 46a - Si autres à préciser.....//
 47-Sensibilité.....//
 1=Indolore 2=Sensible 3=Douloureuse 4=Autres 9=Indéterminée
 47a - Si autres à préciser.....//
 48-Consistance.....//
 1=Molle 2=Ferme 3=Dure 4=Autres 9=Indéterminée
 48a - Si autres à préciser.....//
 49-Surface//
 1=Lisse 2=Granulée 3= Bosselée 4=Polylobée
 5=Autres 9=Indéterminée
 49a - Si autres à préciser.....//
 50-Contours.....//
 1=Nets 2=Irréguliers 3=Flou
 4=Autres 9=Indéterminés

50a - Si autres à préciser.....	//
51-Taille en Cm.....	//
52-Mobilité	//
1=Oui 2=Non	
3=Autres 9=Indéterminée	
52a - Si autres à préciser.....	//
*53-Percussion	//
1=Normale 2=Matité diffuse 3=Tympanisme diffus 4=Autres 9=Indéterminée, Signe du Flot/ /, Signe du Glaçon/ /	
53a - Si autres à préciser.....	//
*54-Auscultation	//
1=Gargouillement 2=Silence 3=Souffle	
4=Autres 9=Indéterminée	
54a - Si autres à préciser.....	//
55-Signes de complication	//
1=Ascite 2=Hépatomégalie Splénomégalie 3=O.M.I. 4=Autres 9=Indéterminées	
55a - Si autres à préciser.....	//
AUTRES APPAREILS	
56-Aires ganglionnaires	//
1=Libres 2=Adénopathies axillaires 3= Adénopathies inguinales	
4=Ganglion de Troisier 4=Autres 9=Indéterminées	
56a - Si autres à préciser.....	//
57-Inspection du thorax	//
1=Thorax harmonieux 2=Déformé 3=Autres 9=Indéterminée	
57a - Si autres à préciser.....	//
58-Auscultation pulmonaire	//
1=Normale 2=Râles 3=Souffles 4=Autres 9=Indéterminée	
58a - Si autres à préciser.....	//
59-Auscultation cardiaque	//
1=Normale 2=Souffle 3=Autres 9=Indéterminée	
59a - Si autres à préciser.....	//
60-Conscience	//
1=Claire 2=Trouble 3=Coma 4=Autres 9=Indéterminée	
60a - Si autres à préciser.....	//
Examen proctologique	
61-Marge anale	//
1=Propre 2=Souillée 3=Bourrelet hémorroïdaire 4=Tuméfaction 5=Autres 9=Indéterminée	
61a - Si autres à préciser.....	//
Toucher rectal	
62-Indroduction du doigt	//
1=Indolore 2=Douloureux 3=Autres 9=Indéterminée	
62a - Si autres à préciser.....	//
63-Sphincter anal	//
1=Tonique 2=Non tonique 3=Autres 9=Indéterminé	
63a - Si autres à préciser.....	//
64-Ampoule Rectale	//
1=Vide 2=Remplie de selles 3=Présence de glaires 4=Présence de sang 5=Présence de Tumeur 6=Autres 9=Indéterminée	
64a - Si autres à préciser.....	//
65-Cul de sac de Douglas	//

1=Indolore 2=Douloureux 4=Autres 9=Indéterminé
 65a - Si autres à préciser.....//

III- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A-Biologie

66-Groupe.....//

1=A 2= B 3= O 4=AB 9=Indéterminé

66a-Si autres à préciser.....//

67-Rhésus.....//

1=Positif 2=Négatif 9=Indéterminé

67a-Si autres à préciser.....//

NFS

1=Normal 2=Anormale 3=Si anomalie préciser

68-GlobulesRouges(106/mm³).....//

1=3,6 - 5,2 2= \square 3,6 3= \gt 5,2 4=Autres 9=Indéterminés

68a-Si autres à préciser.....//

69-Globules Blancs(103/mm³).....//

1=5 à 10 2= \lt 5 3= \gt 10 4=Autres 9=Indéterminés

69a-Si autres à préciser.....//

70-Hémoglobine(g/dl).....//

1=16 à 12 2= \lt 12 3= \gt 16 4=Autres 9=Indéterminé

70a-Si autres à préciser.....//

71-Hématocrite(%).....//

1=35-50 2= \lt 35 3= \square 50 4=Autres 9=Indéterminé

71a-Si autres à préciser.....//

72-Plaquettes(/mm³).....//

1=150-400 2= \lt 150 3= \square 400 4=Autres 9=Indéterminés

72a-Si autres à préciser.....//

73-Neutrophiles(%).....//

1=45-70 2= \lt 45 3= \square 70 4=Autres 9=Indéterminés

73a-Si autres à préciser.....//

74-Eosinophiles(%).....//

1=1-3 2= \lt 1 3= \square 3 4=Autres 9=Indéterminé

74a-Si autres à préciser.....//

75-Basophiles(%).....//

1=0-0,5 2= \square 0,5 3=Autres 9=Indéterminés

75a-Si autres à préciser.....//

76-Monocytes(%).....//

1=3-7 2= \square 3 3= \square 7 4=Autres 9=Indéterminés

76a-Si autres à préciser.....//

77-Lymphocytes(%).....//

1=20-40 2= \lt 20 3= \square 40 4=Autres 9=Indéterminés

77a-Si autres à préciser.....//

78-VGM(μ).....//

1=80-100 2= \lt 80 3= \square 140 4=Autres 9=Indéterminé

78a-Si autres à préciser.....//

79-CCMH(g/dl).....//

1=32-36 2= \lt 32 3= \square 36 4=Autres 9=Indéterminé

79a-Si autres à préciser.....//

80-TCMH(pg).....//

1=27-32 2= \lt 27 3= \square 32 4=Autres 9=Indéterminé

80a-Si autres à préciser.....	//
81-TCK(séconde).....	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
82-TP(%).....	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
83-Glycémie (mmol/l).....	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
84-Azotemie(mmol/l).....	//
1=2,50à7 ,50 2=<2 ,50 3= >7,50	
4=Autres 9=Indéterminée	
84a-Si autres à préciser.....	//
85-Alpa Foeto-proteïne (ng /l).....	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
86-Bilirubine libre (µmol /l)	
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
87-Bilirubine conjuguée(µmol/l)	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
88=Amylasémie (UI/l)	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
89=Lipasémie (UI/l)	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
90-Phosphatases acides(UI/l).....	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
91-Phosphatases alcalines (UI/l).....	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
IONOGRAMMES (mEq/l)	
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
Sodium.....	//
1=135-148 2<=135 3= >148 4=Autres 9=Indéterminé	
92a-Si autres à préciser.....	//
93-Potassium.....	//
1=3,5-4,9 2= <3,5 3=>4,9 4=Autres 9=Indéterminé	
93a-Si autres à préciser.....	//
94-Bicarbonate.....	//
1=25-28 2=<25 3=> 28 4=Autres 9=Indéterminé	
94a-Si autres à préciser.....	//
TRANSAMINASES (UI/l)	
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
96-ALAT.....	//
1=□40 2= >40 3=Autres 9=Indéterminé	
96a-Si autres à préciser.....	//
97-ASAT.....	//
1=□35 2=>35 3 =Autres 9=Indéterminé	
97a-Si autres à préciser.....	//
98-E.C.B.U	//
1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser	
1=Normal 2=Kystes 3=Parasites	
4=Bactéries=□ 100.000 /mm ³ 5=Autres 9=Indéterminné	
98a - Si autres à préciser.....	//

99-**Selles P.O.K**.....//

1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser

1=Normales 2=Kystes 3=Œuf

4=Parasites 5=Autres 9= Indéterminées

99a - Si autres à préciser.....//

B-Examens endoscopiques

98-**Aspct de la tumeur à la FOGD+Biopsie**.....//

1=Bourgeonnant 2=Ulcéré 3=Ucéro-bourgeonnant 4 =Infiltrant 5=Autres 9=Indéterminé

98a-Si autres à préciser.....//

99-**Colonoscopie**.....//

1=Bourgeonnant 2=Ulcéré 3=Ucéro-bourgeonnant 4 =Infiltrant 5=Sténosant 6=Autres

9=Indéterminé

99a-Si autres à préciser.....//

100-**Anorectoscopie**.....//

1=Bourgeonnant 2=Ulcéré 3=Ucéro-bourgeonnant 4 =Infiltrant 5=Sténosant 6=Autres

9=Indéterminé

100a-Si autres à préciser.....//

101-Siege de la tumeur à l'échographie.....//

1=Estomac 2= Colon 3= rectum 4= Pancréas 5=Foie 6=Ovaire 7=Autres 9=Indéterminé

101a-Si autres à préciser.....//

C- Examens morphologiques :

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

102-Métastases décelées l'échographie.....//

1=Hépatiques 2= péritonéales 3=Autres 9=Indéterminés

102a-Si autres à préciser.....//

SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIEN

103-Siege de la tumeur au scanner.....//

1=Estomac 2= Colon 3= rectum 4= Pancréas 5=Foie 6=Ovaire 7=Autres 9=Indéterminé

103a-Si autres à préciser.....//

104-**Métastases décelées au scanner**.....//

1=Hépatiques 2= péritonéales 3=Autres 9=Indéterminés

104a-Si autres à préciser.....//

105-Lavement baryté.....//

1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser

106-**TOGD**.....//

1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser

107-**ASP**.....//

1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser

108-**Radiographie pulmonaire**.....//

1=Normal 2=Anormal 3=Si anomalie préciser

C- Anatomie pathologique

109-Histologie.....//

110-Cytologie.....//

111-Autres examens//

DIAGNOSTIC RETENU.....

1=Tumeur du foie 2=Tumeur de l'estomac 3=Tumeur du pancréas 4=Tumeur du colon

5= Tumeur du grêle 6=Tumeur du mésentère 7=Tumeur de la glande surrénalienne 8=Tumeur

du rectum 9= Autre

Si autres à préciser

112-Selon l'organe atteint :

112a Foie : Segment atteint/ / Lobe atteint...../ /
 112b Pancréas : Tête/ / Corps/ / Queue/ /.....Autres//
 112c Estomac : Fundus/ / Corps/ / Antropylorique/ / Autres.....//
 112d Colon : Droit/ / Gauche/ / Segment.//
 112e Grêle.....//
 112f Surrénale Gauche/ / Droite//
 112 g Rein...Gauche/ /Droit//
Type histologique selon l'organe atteint :.....//
112-Classification ASA..... //
 1=ASA I 2=ASA II 3=ASA III 4=ASA IV 5=ASA V
 6=Autres 9=Indéterminée
 112a-Si autres à préciser.....//
113-Opérabilité.....//
 1=Opérable 2= Non opérable 3=Autres 9=Indéterminée
 113a-Si autres à préciser.....//
FOIE
 Siège :
 Technique opératoire
 Type histologie :
 Suites opératoires
PANCREAS
 Siège :
 Technique opératoire
 Type histologie :
 Suites opératoires

ESTOMAC
 Siège :
 Type histologie :
 Technique opératoire
 Suites opératoires
COLON
 Siège :
 Type histologie :
 Technique opératoire
 Suites opératoires
GRELE
 Siège :
 Type histologie :
 Technique opératoire
 Suites opératoires
RECTUM
 Siège :
 Type histologie :
 Technique opératoire
 Suites opératoires
SURRENALE
 Siège :
 Type histologie :
 Technique opératoire

Suites opératoires

MESENTERE

Siège :

Type histologie :

Technique opératoire

Suites opératoires

TRAITEMENT

114-**But du traitement**.....//

1=Curatif 2=Palliatif 3=Autres 9=Indéterminé

114a-Si autres à préciser.....//

115-**Voies d'abord**.....//

1=Laparotomie sus- ombilicale 2=Thoraco -phréno-laparotomie 3= Incision de Mac Burney

4=Laparotomie sous-ombilicale 5= Incision oblique 6= Laparotomie sous costale

7= Laparotomie transversale 8=Laparotomie xipho-pubienne 9= Incision latérale

10=Incision pfannenstiel 11=Autres 99=Indéterminée

115a-Si autres à préciser.....//

116-**Technique chirurgicale**.....//

1=Gastrectomie 2=G.E.A 3=Gastrostomie d'alimentation

4=Hémi-colectomie 5=Résection segmentaire du colon transverse

6=Résection du sigmoïde 7= dérivation interne 8=Colostomie 9=

Anastomose colorectale 10= Amputation abdomino-périnéale 11=DPC

11=dérivation biliodigestive 12= Ovariectomie 13=Hépatectomie

Tumorectomie 14=Abstention 4=Autres 9=Indéterminé

116a-Si autres à préciser.....//

117-**Durée de l'intervention(mn)**.....//

118-**Anapath**.....//

1=Oui 2=Non

118aSi oui-résultat.....//

Classification TNM.....//

122-**Diagnostic retenu**.....//

Morbidité

123-**Complications per-opératoires et organe atteint**.....//

1=Aucune 2=Hémorragie 3= Décès 5=Autres 9=Indéterminée

123a-Si autres à préciser.....//

124-**Chimiothérapie adjuvante**.....//

1=Oui 2=Non

125-**Complications postopératoires et organe atteint**.....//

1=Simples 2=Abcès de paroi 3=Eventration

4=Fistule 5=Hémorragie 6=Occlusion

7=Décès 8=Autres 9=Indéterminées

125a-Si autres à préciser.....//

Complications postopératoires et organe atteint

Complications postopératoires et Technique

Complications postopératoires et Stade

Durée d'hospitalisation en jour.....//

Durée d'hospitalisation et organe atteint

Durée d'hospitalisation et Technique

Durée d'hospitalisation et Stade

Mortalité et organe atteint

Mortalité et type histologique

Mortalité et Technique

Mortalité et Stade

126-**Suivie à 1 mois**.....//

1 =vivant sans récurrence Evolution favorable 2=vivant avec récurrence Evolution défavorable
3=décédé 4=perdus de vue 5=Autres 9=Indéterminé

126a-Si défavorable pour quoi ?.....//

127-**Suivi à 6 mois**.....//

1 = vivant sans récurrence Evolution favorable 2= vivant avec récurrence Evolution défavorable
3= décédé 4=perdus de vue 5=Autres 9=Indéterminé

127a-Si défavorable pour quoi ?.....//

Suivie à 6mois et organe

Suivie à 6mois et type histologique

Suivie à 6mois et technique

128-**Suivi à 12 mois**.....//

1 = vivant sans récurrence Evolution favorable 2= vivant avec récurrence Evolution défavorable
3= décédé 4=perdus de vue 5=Autres 9=Indéterminé

128a-Si défavorable pour quoi ?.....//

Suivie à 12mois et organe

Suivie à 12mois et type histologique

Suivie à 12mois et technique

129-**Suivi à 24 mois**.....//

1 = vivant sans récurrence Evolution favorable 2= vivant avec récurrence Evolution défavorable
3= décédé 4=perdus de vue 5=Autres 9=Indéterminé

129a-Si défavorable pour quoi ?.....//

Suivie à 24mois et organe

Suivie à 24mois et type histologique

Suivie à 24mois et technique

130-**Suivi à 36 mois**.....//

1 = vivant sans récurrence Evolution favorable 2= vivant avec récurrence Evolution défavorable
3= décédé 4=perdus de vue 5=Autres 9=Indéterminé

130a-Si défavorable pour quoi ?.....//

Suivie à 36mois et organe

Suivie à 36mois et type histologique

Suivie à 36mois et technique

131-**Suivi à 60 mois**.....//

1 = vivant sans récurrence Evolution favorable 2= vivant avec récurrence Evolution défavorable
3= décédé 4=perdus de vue 5=Autres 9=Indéterminé

131a-Si défavorable pour quoi ?.....//

Suivie à 60mois et organe

Suivie à 60mois et type histologique

Suivie à 60mois et technique

132- **Mortalité globale**.....//

133-**Mortalité selon l'organe atteint**.....//

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure