



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2023-2024

n°...../

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN CHIRURGIE GENERALE

THEME

TRAITEMENT CURATIF DES CANCERS DU RECTUM DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL
TOURE : RESULTATS FONCTIONNELS

Présenté et soutenu le 27/12/ 2024 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie par :
Dr. Youssouf DEMBELE

JURY

Président : M. Brehima BENGALY, Maître de conférences
Membre : M. Koniba KEITA, Maître de conférences
Directeur : M. Amadou TRAORE, Maître de conférences

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

AAP: amputation abdomino périneale,

ACA: anastomose coloanale,

ACR: anastomose colorectale,

ADK: adénocarcinome,

ATCD: antécédent,

ASA: American Society of anesthesiologists

CCR : cancer colorectal

CHU : centre hospitalier universitaire,

CR : cancer du rectum

FOLFOX : acide folinique+ 5-fluoro uracil+oxaliplatine

FOLFIRINOX : Acide folinique + 5-fluoro uracile+ oxaliplatine+irinotecan

FSFI : indice de la fonction sexuelle féminine,

IIEF : indice international de la fonction érectile,

IMC : indice de masse corporelle,

OMS : organisation mondiale de la santé,

RAR : résection antérieure du rectum,

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Nombre de cas/an.....	10
Figure 2: Répartition des patients selon le sexe.....	11
Figure 3: Répartition des patients selon le mode de recrutement.....	13
Figure 4 : Répartition des patients selon le siège de la tumeur.....	18
Figure 5 : Répartition des patients selon le type histologique.....	19
Figure 6 : Répartition des patients selon le stade clinique.....	20
Figure 7 : survie à 2 ans.....	37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Score de Jorge et Wexner : score fonctionnel d'incontinence fécale.....	9
Tableau II: Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	11
Tableau III: Répartition des patients selon la profession.....	12
Tableau IV: Répartition des patients selon la provenance.....	12
Tableau VI: Répartition des patients selon le motif de consultation.....	13
Tableau VII: Répartition des patients selon le délai (en mois) de consultation en chirurgie...	14
Tableau IIIII: Répartition des patients selon les antécédents médicaux	14
Tableau IX: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.....	15
Tableau X: Répartition des patients selon les facteurs de risques	15
Tableau XI: Répartition des patients selon IMC	16
Tableau IVII : Répartition des patients selon IPOMS	16
Tableau XIII: Répartition des patients selon le score ASA	16
Tableau XIV: Répartition des patients selon la distance Masse-Marge anale au toucher rectal.....	17
Tableau VV : Répartition des patients selon les signes au TR.....	17
Tableau XVI: Répartition des patients selon l'atteinte du sphincter au TR.....	17
Tableau XVII: Répartition des patients selon la classification de Rullier.....	18
Tableau VIII: Répartition des patients selon l'aspect des lésions	18
Tableau XIX: Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.....	19
Tableau XX: Répartition des patients selon la classification cTNM.....	20
Tableau VIII: Répartition des patients selon le traitement néoadjuvant/adjuvant/radiothérapie.....	21
Tableau XXII: Répartition des patients selon la technique opératoire	21
Tableau XXIII: Répartition des patients selon le type d'anastomose.....	22

Tableau XXIV: Répartition des patients selon la survenue de complications post opératoires immédiates.....2
2

Tableau XXV: Répartition des patients selon les séquelles à 3 mois.....23

Tableau XXVI: Répartition des patients selon Score de Jorge et Wexner à 3 mois.....23

Tableau XXVII: Répartition des patients selon séquelles digestives à 3 mois.....23

Tableau VIII : Répartition des patients selon les troubles sexuels Chez l’homme à 3 mois..24

Tableau XXIX : Répartition des patients selon troubles sexuels Chez la femme.....24

Tableau XXX: Répartition des patients selon les séquelles urinaires à 3 mois.....24

Tableau XXXI: Répartition des patients selon les séquelles à 6 mois.....24

Tableau XXXII: Répartition des patients selon Score de Jorge et Wexner à 6 mois.....25

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon le type de séquelles digestives à 6 mois.....25

Tableau XXXIV: Répartition des patients selon les troubles sexuels Chez l’homme à 6 mois...25

Tableau XXXV: Répartition des patients selon les troubles sexuels chez la femme à 6 mois.....26

Tableau XXXVI: Répartition des patients selon les séquelles urinaires à 6 mois.....26

Tableau XXXVII: Répartition des patients selon les séquelles à 12 mois.....26

Tableau IXII: Répartition des patients selon Score de Jorge et Wexner à 12 mois.....26

Tableau XXXIX: Répartition des patients selon séquelles digestives à 12 mois.....27

Tableau XL : Répartition des patients selon les troubles sexuels chez les hommes à 12 mois.....27

Tableau XLI : Répartition des patients selon les troubles sexuels chez la femme a 12 mois.....27

Tableau XLII: Répartition des patients selon les séquelles urinaires à 12 mois.....28

Tableau XLIII : Répartition des patients selon les séquelles à 24 mois.....28

Tableau XLIV: Répartition des patients selon Score de Jorge et Wexner à 24 mois.....28

Tableau XLV : Répartition des patients selon les troubles sexuels l’homme.....29

Tableau XLVI : Répartition des patients selon les troubles sexuels chez la femme.....29

Tableau XLVII: Répartition des patients selon les séquelles urinaires à 24 mois.....29

Tableau XLVIII: Répartition des patients des patients en fonction du sexe et des Troubles digestifs/urogénitaux.....30

Tableau LIX: Répartition des patients des patients en fonction de la tranche d’âge par rapport aux Troubles digestifs/urogénitaux.....30

Tableau L: Répartition des patients des patients en fonction du stade d'âge par rapport aux Troubles digestifs/urogénitaux.....	31
Tableau LI: Répartition des patients des patients en fonction de Technique opératoire par rapport Troubles digestifs/urogénitaux.....	31
Tableau XLII: Répartition des patients des patients en fonction de la radiothérapie par rapport Troubles digestifs/urogénitaux.....	32
Tableau LIII: Répartition des patients des patients en fonction de la chimiothérapie par rapport roubles digestifs/urogénitaux :	32
Tableau LIV: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles génitales à 6 mois postopératoire.....	33
Tableau LV: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles génitales à 12 mois postopératoire.....	34
Tableau LVI: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles urinaires à 6 mois postopératoire	35
Tableau LVII : Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles urinaires à 12 mois postopératoire	35
Tableau LVIII: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles digestifs à 6 mois postopératoire.....	36
Tableau LIX: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles digestifs à 12 mois postopératoire.....	36
Tableau LX : Fréquence des cancers du rectum et auteurs.....	38
Tableau LXI : fréquence de la proctectomie pour cancer du rectum et auteurs.....	39
Tableau LXII : âge moyen et auteurs.....	39
Tableau LXII : sexe et auteurs.....	40
Tableau LXIV : localisation de la tumeur et auteurs.....	41
Tableau LXV : stade et auteurs.....	41
Tableau LXVI: la RAR et auteurs.....	42

Sommaire

Introduction	1 à 2
Objectif.....	3
I. Méthodologie :	4 à 9
II. Résultat :	10 à 37
III. Commentaire et discussion :.....	38 à 44
Conclusion et recommandation :	45 à 46
Références :	47 à 48

Le cancer du rectum est une prolifération cellulaire maligne développée aux dépens des structures histologiques du rectum. L'adénocarcinome (ADK) de type lieberkuhnien est le type histologique le plus fréquent avec 73 % [1].

La prise en charge du cancer du rectum est pluridisciplinaire et se conçoit en RCP associant la radio-chimiothérapie à la chirurgie. Le traitement chirurgical curatif repose sur la résection antérieure du rectum (RAR) et du mesorectum, l'amputation abdomino-périnéale (AAP) et la résection endoscopique pour les tumeurs superficielles. Dans le monde, en 2020 on estimait à plus de 1,9 million le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal et à plus de 930 000 celui des décès [2]. Aux états unis d'Amérique, on estimait à 43 340 nouveaux cas de cancer du rectum en 2020 [2].

Au Burkina Faso, Ouédraogo S. a rapporté 116 cas de cancer du rectum soit 39,2 % de l'ensemble des patients admis pour cancer colorectal en 2019 [3].

La chirurgie du cancer du rectum a évolué, permettant de réaliser de plus en plus la résection du rectum et du mesorectum suivi de l'anastomose colo rectale ou colo anale sans que le résultat carcinologique ne soit altéré. La préservation des fonctions de défécation, urinaire et sexuelle est une préoccupation du patient [4]. La proctectomie pour cancer du rectum est pourvoyeuse de séquelles qui peuvent altérer la qualité de vie. La qualité de vie est une mesure de résultat importante qui doit être prise en compte lors de la détermination de la stratégie de traitement du cancer rectal. L'exérèse du mesorectum réduit significativement les récurrences locorégionales et préserve l'innervation pelvienne limite les séquelles sexuels et urinaires des résections rectales [4]. Les séquelles digestives et urogénitales postopératoires sont plus marquées durant les premiers mois mais ils peuvent s'améliorer durant la première année [5]

SUZANNE B. a rapporté en 2020 à 24 mois [6] :

- un syndrome de résection antérieure du rectum majeur a été observé chez 48% des patients ayant subi une résection total du mesorectum soit 14 patients sur 29 patients,
- un dysfonctionnement sexuel chez 63 % des patients soit 18 patients sur 28 patients.

Au Mali : le cancer du rectum a représenté 1.5% des cancers chez la femme, 4% des cancers chez l'homme et a occupé respectivement le neuvième et septième rang de tous les cancers au Mali en 2020 [7].

DEMBELE M. a rapporté 115 cas de chirurgie curative soit 55% sur 209 cas de chirurgie du cancer du rectum de 1999 à 2017 au service de chirurgie générale du CHU GT [8]. Dans son étude à 6 mois:

- Des troubles sexuels chez 11,1% des patients soit 3 patients sur 27 patients;
- Un score de Jorge et Wexner modéré chez 11,1 % des patients soit 3 patients sur 27[8].

La réticence des patients d'évoquer ces séquelles digestives et urogénitales est responsable de leur sous notification ainsi que de leur prise en charge.

Très peu d'études ont été réalisées sur le résultat fonctionnel de la chirurgie du cancer du rectum dans notre pays, ce qui nous a motivé à initier ce travail.

Questions de recherche :

- Quelles sont les fréquences des séquelles digestives et urogénitales après une résection antérieure du rectum suivi d'une anastomose colo rectale ou colo anale au CHU Gt,
- Quelle est la fréquence des séquelles urogénitales après une amputation abdominopérinéale ?
- Y a-t-il des facteurs influençant les résultats fonctionnels de la chirurgie curative du cancer du rectum ?

Hypothèse de recherche :

- Les séquelles digestive et urogénitale sont fréquentes après la chirurgie curative du cancer du rectum.
- Il y a des facteurs qui influencent les résultats fonctionnels.

Objectifs

Général :

Etudier les résultats fonctionnels de la chirurgie curative du cancer du rectum dans le service de chirurgie générale du CHU GT.

Spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière du cancer du rectum ayant bénéficié d'une chirurgie curative,
- Décrire les séquelles digestives et urogénitales postopératoire de la chirurgie curative du cancer du rectum,
- Déterminer les facteurs influençant le résultat fonctionnel de la chirurgie curative du cancer du rectum.

Méthodologie

1. Cadre et lieu d'étude

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Le CHU Gabriel Touré est un hôpital de 3^{ème} référence de notre système de santé. Le service de chirurgie générale, situé dans l'enceinte du bâtiment <Benitieni Fofana> qui abrite aussi les services de Gynécologie -obstétrique, de chirurgie pédiatrique, de la traumatologie et de l'urologie.

1.1 Les locaux :

- Le service comprend 33 lits d'hospitalisation repartis entre 9 salles :
 - ✓ Deux (2) salles dites de première catégorie (lit unique, toilette intérieure, climatisée),
 - ✓ Six (6) salles de deuxième catégorie (2 à 5 lits),
 - ✓ Une (1) salle de troisième catégorie (8 lits),
 - ✓ Une (1) salle de pansement,
 - ✓ Deux salles de gardes (DES, thésards et infirmiers),
 - ✓ Une salle d'archive.
 - Bureaux :
 - ✓ Quatre (4) bureaux pour les chirurgiens,
 - ✓ Un (1) bureau pour le chef de service,
 - ✓ Un (1) bureau pour la secrétaire du chef de service,
 - ✓ Un (1) bureau pour l'infirmier superviseur des soins.
 - Les salles d'opérations :

Le bloc opératoire situé au premier étage comprend 4 salles d'opération réparties entre le service de traumatologie-orthopédie, le service d'urologie, le service de neurochirurgie, le service d'ORL et le service de chirurgie pédiatrique, et une salle de cœlio-chirurgie pour les vacations de chirurgies générales. Une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de surveillance post-interventionnelle, un hall d'attente et un bureau pour l'infirmier major du bloc.

Le service a une équipe tournante au service d'accueil des urgences (SAU) qui assure la permanence des urgences chirurgicales.

1.2. Le personnel :

- Le personnel permanent :
- ✓ Douze (12) chirurgiens dont trois (03) professeurs titulaires en chirurgie générale, trois (3) maîtres de conférences agrégés et six (04) maitres de recherche et deux (2) chargés de recherche dont un chirurgien oncologue. Un technicien supérieur de santé, infirmier major du service,
- ✓ Quatre agents techniques de santé et quatre aides-soignants,
- ✓ Une secrétaire médicale,
- ✓ Deux techniciens de surface,
- Le personnel non permanent :

Il est composé de médecins stagiaires, de médecins en formation de DES, de thésards, d'étudiants en stage de médecine et d'élèves infirmiers.

1.3. Les activités :

- Le staff à lieux tous les jours ouvrables à partir de 7h 45 minutes,
- La visite est effectuée tous les jours ouvrables après le staff et la visite générale tous les vendredis, Les consultations externes ont lieu du lundi au vendredi après la visite,
- Les interventions chirurgicales à froid se déroulent du lundi au jeudi,
- Les gardes se font tous les jours du lundi au dimanche,
- Un staff de programmation des interventions tous les jeudis à 13 h,
- La lecture des dossiers médicaux,
- la réunion des thèses et mémoires a lieu les vendredis avec le chef du service, les professeurs, les maitres assistants, les chirurgiens et les thésards,
- Les hospitalisations se font tous les jours,
- Les soins aux malades hospitalisés sont effectués tous les jours.

Par ailleurs il faut noter la tenue d'un staff hebdomadaire médico-chirurgical les vendredis à 8h auquel participent toutes les spécialités de l'hôpital.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui s'est déroulé sur une période de 5 ans allant de **janvier 2018 au décembre 2022**.

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur tous les patients admis au service de chirurgie générale pour cancer du rectum.

3-1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tous les patients admis au service de chirurgie générale pour cancer du rectum confirmé par un examen anatomo-pathologique et qui ont subi une proctectomie durant la période d'étude.

3-2 Critères de non d'inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tous les cas de cancer du rectum n'ayant pas bénéficié d'une chirurgie curative,
- Les patients aux dossiers incomplets,
- Les patients décédés dans l'année postopératoire au cours de l'étude,

4 Echantillonnage :

4-1 Méthode d'échantillonnage : non probabiliste

4-2 Technique d'échantillonnage : choix exhaustif de tous les malades répondant aux critères d'inclusion.

4-3 Taille minimum de l'échantillon : le cancer du rectum représente le tiers des cancers colorectaux. Pour estimer la taille minimum de notre échantillon, nous avons estimé sa fréquence hospitalière à 5.22% selon une étude réalisée 2008 au CHU GT.

$$n = \frac{2 \cdot \alpha \cdot Q}{I^2}$$

$$n = \frac{2 \cdot \alpha \cdot P \cdot (1 - P)}{I^2}$$

$$n = \frac{(1.92)^2 \cdot 0.0522 \cdot (1 - 0.0522)}{0.05^2}$$

$$n = 72 \text{ patients}$$

5 Collecte des données :

5-1 Technique de collecte des données :

Nous avons élaboré un questionnaire sur fiche individuelle pour la collecte des données. Ce questionnaire comportant les variables quantitatives et qualitatives : âge, sexe, ethnie, état matrimonial niveau de scolarité, signes fonctionnels, classification TNM, la technique opératoire, le traitement néo adjuvant, les séquelles digestives et urogénitales.

5-2 Sources des données :

Les données ont été recueillies par l'analyse documentaire (dossiers médicaux, registres de consultation, registre de compte rendu opératoire, registre d'hospitalisation, le rapport d'activité de l'hôpital), au cours de l'entretien avec les malades en consultation externe et les appels téléphoniques.

6 Déroulement de l'étude :

Après la revue de la littérature sur les séquelles digestive et urogénitale, nous avons élaboré une fiche d'enquête individuelle. Les données ont été collectées sur la fiche d'enquête individuelle par l'analyse documentaire, au cours de l'entretien avec les patients en consultations externes ou par appel téléphonique,. Les données ont été analysées sur logiciel SPSS 20.

7 Variables de l'étude :

7-1 Caractéristiques épidémiologique et sociodémographique :

L'âge, le sexe, la scolarisation, le statut matrimonial, ethnie, la profession, la résidence.

7-2 Aspects diagnostiques :

- **Caractéristiques cliniques :** distance de la tumeur a la marge anale, l'aspect de la tumeur, le rapport de la tumeur avec les sphincters ; Indice de performance OMS, Indice de masse corporelle, classification TNM, complication post opératoires immédiates, , la survie.

- **Caractéristiques para cliniques** : le taux d'hémoglobine,

7-3 Aspects thérapeutiques :

- **Techniques opératoires** : la résection antérieure du rectum, amputation abdomino périnéale.
- Type d'anastomose : anastomose colo rectale, anastomose colo anale :
- Traitements médical : la chimiothérapie, la radiothérapie,

7-4 Résultats fonctionnels : les résultats fonctionnels ont été évalués à travers :

- Les troubles digestifs : l'incontinence anale a été mesurée par le score de Jorge et Wexner,
- Les troubles génitaux : les troubles sexuels ont été mesurés par l'indice international de la fonction érectile (IIEF) chez l'homme et par female sexual function index pour les femmes,
- Les troubles urinaires : mesuré par l'international prostate score symptom (IPSS) chez l'homme et chez la femme par les symptômes du bas appareil urinaire.

7-5 Aspect opérationnels des variables :

- Tableau I : Score de Jorge et Wexner : score fonctionnel d'incontinence fécale

Type de perte	Fréquence des pertes				
	Jamais	< 1 /mois	<1/semaine et >1/mois	<1/jours et ≥1/semaine	≥1/jours
Solide	0	1	2	3	4
Liquide	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Garniture	0	1	2	3	4
Qualité de vie	0	1	2	3	4

- Score de 0 à 4 : bon
- Score de 5 à 9 : modéré
- Score de 10 à 16 : important
- Score de 17 et plus : severe

IIEF : indice international de la fonction érectile

- Score de 21 à 25 : fonction érectile normale,
- Score 16 à 20 : trouble léger de l'érection,
- Score (11 à 15 : trouble modéré de l'érection,
- Score de 5 à 10 : Trouble sévère de l'érection,
- **FSFI : female sexual function index qui évalue les domaines**
- Désir, excitation, lubrification vaginale, orgasme, satisfaction, dyspareunie,

8 Analyse des données :

La saisie des données a été effectuée sur les logiciels Excel 2016 et l'analyse des données sur le logiciel SPSS 20. Le test statistique de comparaison utilisé a été le test de Fisher avec un seuil de signification $P < 0,05$

9 Considération éthique :

Les données ont été recueillies dans le respect des patients et la confidentialité des informations.

A- RESULTATS DESCRIPTIFS :

1- Fréquence :

De Janvier 2018 à Décembre 2022 (soit 5 ans) 58 cas de cancer du rectum ont été colligés :

Parmi les 58 cas de cancer du rectum, 32 ont été traité par chirurgie curative soit 55.2%. L'évolution du nombre de cancers sur les 5 ans est représentée dans la figure 1. Tous les patients étaient vivants durant les 12 mois après la chirurgie. Pendant cette même période le cancer du rectum a représenté :

- 1,7% de l'ensemble des cancers (3326)
- 32,8% cancers colorectaux (177)

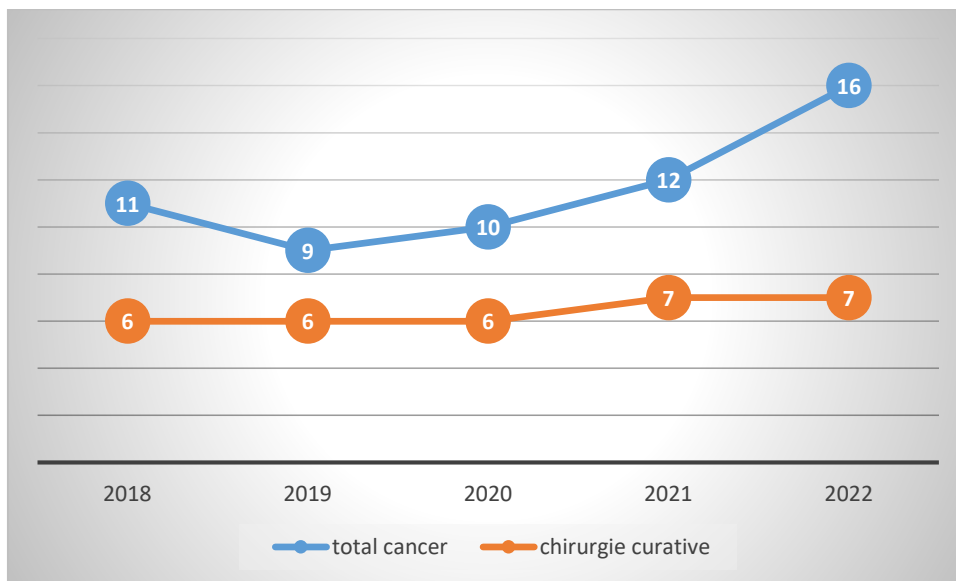


Figure 4: Nombre de cas/an

Le nombre moyen de cas de cancer du rectum par an a été de 11,6 avec des extrêmes de 9 et 16 cas.

Le nombre moyen de proctectomie pour cancer du rectum par an a été de 6,4.

2- Aspects sociodémographiques

2-1 L'âge :

Tableau XII: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage (%)
(20-29)	3	9,4
(30-39)	8	25,0
(40-49)	4	12,5
(50-59)	9	28,1
(60-69)	5	15,6
(70-79)	3	9,4
Total	32	100,0

L'âge moyen été de 48,7 ans avec un écart type de 14,8 et des extrêmes de 20 ans et 75 ans.

2-2 Répartition des patients selon le sexe :

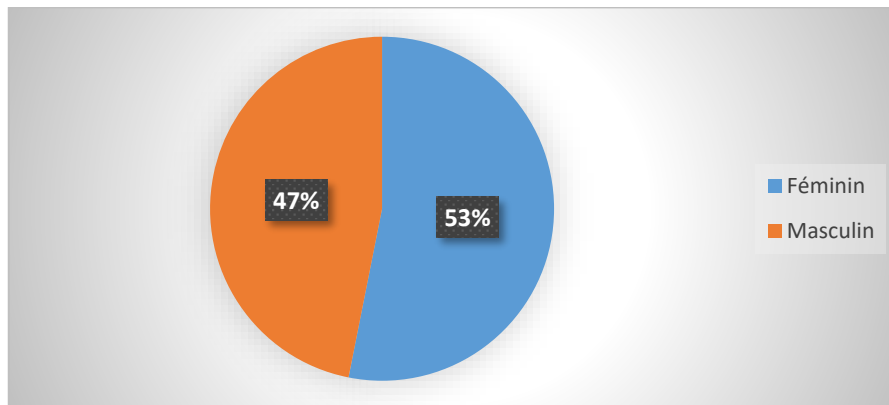


Figure 5: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était dominant avec un sex-ratio de 0,88

2-3 La profession et la provenance

Tableau XIII: Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Fonctionnaires	9	28,1
Commerçant	1	3,1
Cultivateur	3	9,4
Électromécanicien	1	3,1
Étudiants	2	6,3
Logisticien	1	3,1
Maçon	1	3,1
Ménagère	14	43,8
Total	32	100

Les ménagères ont été majoritaires soit 43.8%.

Tableau IV: Répartition des patients selon la provenance

provenance	Fréquence	Pourcentage (%)
Bamako	17	53,1
Yaoundé	1	3,1
Kayes	6	18,8
Koulikoro	8	25
Total	32	100

Les patients provenaient du district de Bamako dans 53,1% des cas.

3- Données cliniques :

3-1 Le mode de recrutement :

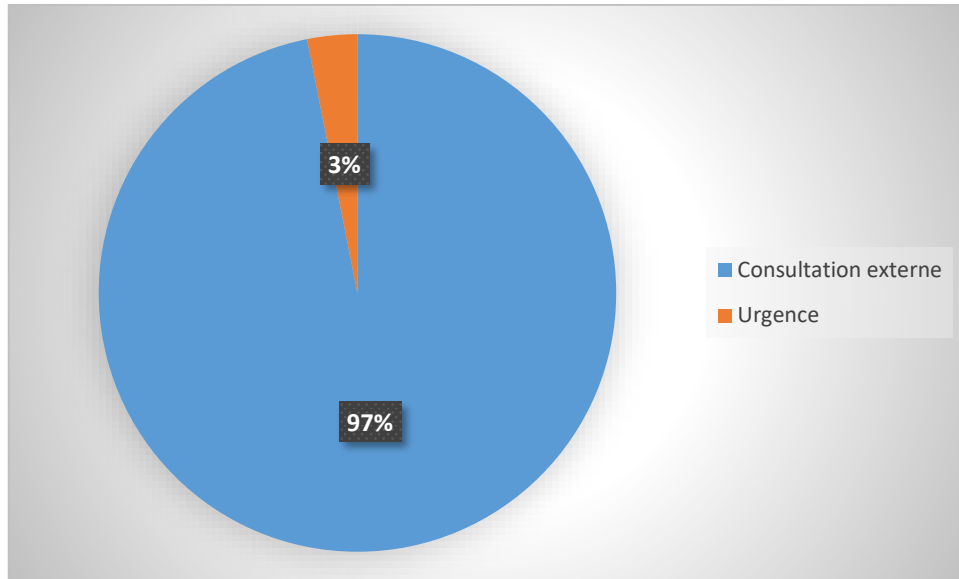


Figure 6: Répartition des patients selon le mode de recrutement

97% des patients ont été reçus en consultation externe.

3-2 Le motif de consultation et délai de consultation en chirurgie

Tableau VI: Répartition des patients selon le motif de consultation :

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage(%)
Douleur anale	3	9,4
Rectorragie	15	46,9
Syndrome rectal	9	28,1
Tuméfaction anale	5	15,6
Total	32	100

La rectorragie a été le motif de consultation le plus fréquent avec 46,9 % des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le délai (en mois) de consultation en chirurgie :

Délai de consultation	Fréquence	Pourcentage(%)
0 – 6	12	37,5
7 -12	17	53,1
13 – 18	1	3,1
19 – 24	2	6,3
Total	32	100

Le délai moyen de consultation était de 8.5 mois avec un écart type de 5,298 et les extrêmes de 02 mois et 24 mois.

3-3 Les antécédents personnels :

Tableau XIV: Répartition des patients selon les antécédents médicaux :

ATCD médical	Fréquence	Pourcentage
Asthme	1	3,1
Hypertension artérielle	8	25
Absence ATCD	23	71,9
Total	32	100

L'hypertension artérielle a été l'ATCD médical le plus retrouvée, chez 25 % des patients.

Tableau IX: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux :

ATCD chirurgical	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie	3	9,4
Cataracte	1	3,1
Césarienne	1	3,1
Cure de hernie	1	3,1
Myomectomie	1	3,1
OIA	1	3,1
Absence ATCD	24	75
Total	32	100,0

Les $\frac{3}{4}$ de nos patients étaient sans ATCD chirurgical soit 75%.

3-4 Antécédents familiaux :

Aucun antécédent de cancer familial n`a été retrouvé.

3-5 Les facteurs de risques

Tableau X: Répartition des patients selon les facteurs de risques :

Facteur de risque	Fréquence	Pourcentage
Alcool	1	3,1
Polype intestinal	1	3,1
Obésité /surpoids	5	15,7
Absence de facteurs	25	78,1
Total	32	100

L'obésité /surpoids était le facteur de risque le retrouvé avec 15.7 %.

3-6 Signes Généraux :

Tableau XI: Répartition des patients selon IMC :

IMC	Fréquence	Pourcentage(%)
Maigre (<18,5)	2	6,3
Normal (18,5-24,9)	25	78,1
Surpoids (25-29,9)	3	9,4
Obésité (≥30)	2	6,3
Total	32	100

Plus de ¾ de nos patients avait un IMC normal soit 78.1%.

Tableau XVII : Répartition des patients selon IPOMS :

IPOMS	Fréquence	Pourcentage(%)
1	19	59,4
2	13	40,6
Total	32	100,0

L'IPOMS classe grade 1 était majoritaire avec 59.4%

Tableau XIII: Répartition des patients selon le score ASA :

Score ASA	Fréquence	Pourcentage(%)
1	23	71,9
2	9	28,1
Total	32	100

Le score ASA1 était prédominant avec 71.9%

3-7 Signes physiques

Tableau XIV: Répartition des patients selon la distance Masse-Marge anale au toucher rectal:

Distance masse – marge anale	Fréquence	Pourcentage(%)
0 – 5 cm	10	31,3
6 – 10 cm	9	28,1
Inaccessible	13	40,6
Total	32	100

La tumeur était inaccessible au TR chez 13 patient soit 40.6%

Tableau XIVIV : Répartition des patients selon les signes au TR

Signes au TR	Fréquence	Pourcentage(%)
Tumeur non circonscrite	15	46,9
Tumeur circonscrite non sténosante	4	12,5
Tumeur inaccessible	13	40,6
Total	32	100

La tumeur était non circonscrite au T R chez 46.9% des patients

Tableau XVI: Répartition des patients selon l'envahissement du sphincter au TR

Envahissement du sphincter	Fréquence	Pourcentage(%)
Sphincter envahit	3	9,4
Sphincter non envahit	29	90,6
Total	32	100

Le sphincter était épargné dans la plupart des cas soit 90.6%

4- Examen paraclinique :

4-1 Anorectoscopie :

L'Anorectoscopie a été réalisée chez tous les patients. Elle a permis de préciser le siège, l'aspect de la tumeur et faire des biopsies.

4-1-1 Sièges des lésions :

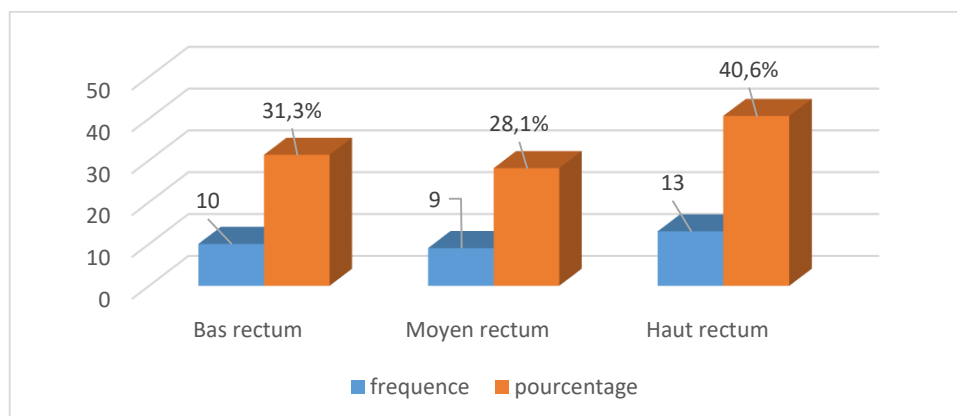


Figure 4 : Répartition des patients selon le siège de la tumeur

Le haut rectum a été le siège le plus fréquent avec 40.6 % des cas.

Tableau XVIIIVII: Répartition des patients selon la classification de Rullier

Classification de Rullier	Fréquence	Pourcentage(%)
I	3	30
II	2	20
III	5	50
Total	10	100

Le grade III de Rullier a été le plus fréquent soit 50 % des cas des tumeurs du bas rectum.

4-1-2 Aspect des lésions

Tableau XVIII: Répartition des patients selon l'aspect des lésions :

Aspect des lésions	Fréquence	Pourcentage(%)
Bourgeonnante	7	21,9
Sténosante	8	25
Ulcéro-bourgeonnante	17	53,1
Total	32	100

Les lésions ulcéro-bourgeonnantes ont été les plus visibles soit 53,1 % des cas.

4-2 Examen des pièces de biopsie :

4.2- Type histologique :

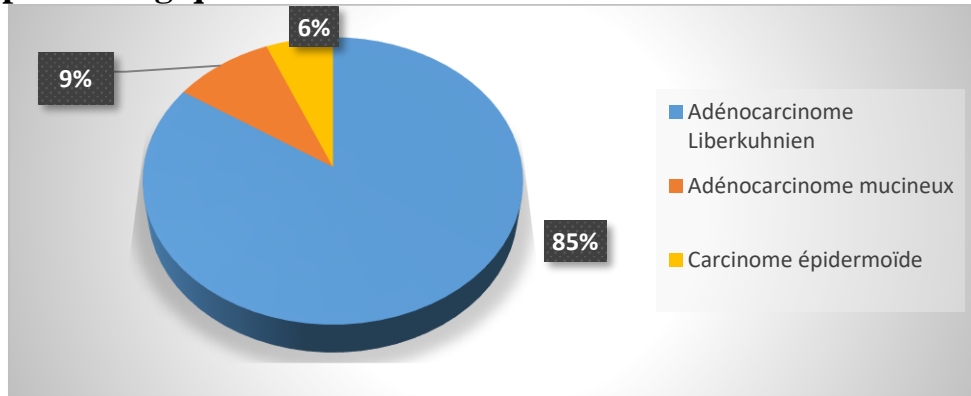


Figure 5 : Répartition des patients selon le type histologique

L'adénocarcinome Liberkuhnien a été le type histologique le plus retrouvé avec 85 % des cas.

4-3 Bilan biologique :

Un bilan pré opératoire avait été réalisé chez tous nos patients.

Tableau XIX: Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	Fréquence	Pourcentage(%)
pas d'anémie (≥ 13 g/dl)	14	43.8
Anémie légère (10 à 12,9 g/dl)	8	25
Anémie modérée (<10 g/dl)	10	31.2
Total	32	100

Il n'y avait pas d'anémie chez 14 de nos patients soit 43.8%

4-4 Classification TNM :

Tableau XX: Répartition des patients selon la classification cTNM

TNM	Fréquence	Pourcentage(%)
T	T2	2
	T3	11
	T4	19
N	N0	15
	N1	13
	N2	4
M	M0	32
	M1	0

Le T4 était le plus fréquent avec 59.4%

Il y avait un envahissement ganglionnaire chez 53,3 % des patients

5- Classification en stade :

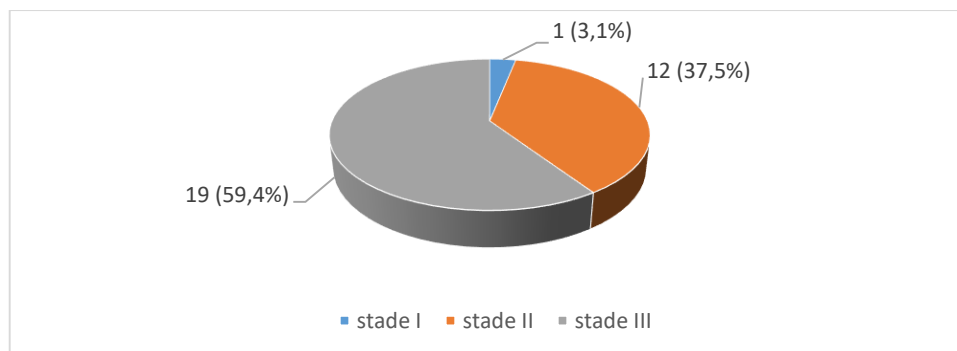


Figure 6 : Répartition des patients selon le stade clinique

La majorité des patients ont été diagnostiqués au stade III soit 59,4%

6- Traitement :

6-2 Traitement médical :

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical à base :

- Antibiotiques (Ceftriaxone 1g associé Métronidazole perfusion 500ml)
- Antalgique (Paracétamol perfusion 1g associé Néfopam 20mg)
- Solutions de réhydratation (Sérum salé 0,9% ; Sérum glucose 5% et Ringer lactate)

6-2-1 Type de traitement néo-adjuvant et adjuvant :

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le traitement néoadjuvant/ adjuvant/ radiothérapie:

traitement médical du cancer	Fréquence	Pourcentage(%)
Chimiothérapie néoadjuvant	8	25
FOLFOX	6	75
FOLFIRINOX	1	12,5
Xeloda	1	12,5
Chimiothérapie adjuvant	18	53,1
FOLFOX	17	94,4
Xeloda	1	5,6
radiothérapie	2	6,3

La chimiothérapie péri opératoire a été réalisée chez 78,1 % de nos patients.

6.2- Traitement chirurgical :

6.2.1- Voie d'abord :

La laparotomie et l'abord périnéal ont été les voies d'abord utilisées.

6.2.2- Technique opératoire :

Tableau XXII: Répartition des patients selon la technique opératoire :

Localisation de la tumeur	Technique opératoire		Total
	RAR	AAP	
Haut rectum	13	0	13
Moyen rectum	9	0	9
Bas rectum	4	6	10
Total	26 (81,2%)	6 (18,8%)	32

La résection antérieure du rectum a été la technique chirurgicale la plus réalisée soit 81,2 %.

Tableau XXIII: Répartition des patients selon le type d'anastomose,

Technique opératoire	Type d'anastomose		Colostomie	Total
	ACR	ACA	Colostomie	
RAR	19 (73%)	5 (19,2%)	2 (7,7%)	26
AAP	-	-	6	6
Total	19	5	8	32

L'ACR a été l'anastomose la plus réalisée chez les patients ayant subi une RAR soit 73%. Une iléo stomie de protection a été réalisée chez trois patients parmi les malades avec une RAR.

6.2.3- complications peropératoire :

Il n'y a eu aucune complication en per opératoire.

6.2.4- complications post-opératoires immédiates

Tableau XXIV: Répartition des patients selon la survenue de complications post opératoires immédiates

Suite postopératoire immédiate	Fréquence	Pourcentage(%)
simples	25	78,1
complicé	7	21,9
Rétention aigue d'urine	1	14,3
Irritation péristomiale	2	28,6
ISO	4	57,1

Une complication postopératoire a été observée chez 21,9% de nos patients et l'ISO était la plus fréquente avec 57,1%.

7- Suivis – Résultats fonctionnels :

7.1- Les suites à 3 mois

Tableau XXV: Répartition des patients selon les séquelles à 3 mois

Type de séquelles	Fréquence	Pourcentage(%)
Séquelle digestive	5	15,6
Séquelle urinaire	4	12,5
Séquelle génitale	3	9,4
Absence de séquelle	20	62,5

Les séquelles à 3 mois ont été absents chez la majorité des patient soit 62.58%.

Tableau XXVI: Répartition des patients selon Score de Jorge et Wexner à 3 mois

Score de Jorge et Wexner	Fréquence	Pourcentage(%)
Bon	18	78,3
Modéré	4	17,4
importante	1	4,3
Total	23	100

Le score de Jorge et Wexner était minime chez 78.3 % de nos patients ayant subi une RAR avec anastomose colo rectale/ anale. 3 patients portaient toujours leur iléostomie de protection/colostomie.

Tableau XXVII: Répartition des patients selon séquelles digestives à 3 mois

Type de séquelles digestives	Fréquence	Pourcentage(%)
Incontinence aux Gaz	5	21,7
Incontinence aux Selles liquide	5	21,7
Incontinence aux Selles solides	0	0
Absence de séquelle	18	78.3

L'incontinence aux selles liquides était la complication digestive retrouvée chez 5 patients soit 21.7 des patient ayant subi une RAR. avec rétablissement de la continuité digestive.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les troubles sexuels Chez l'homme à 3 mois

Type de séquelles génitales	Fréquence	Pourcentage(%)
Trouble de l'éjaculation	1	6,7
Trouble de l'érection modéré	1	6,7
Absence de troubles sexuels	13	86,6
Total	15	100

Les troubles sexuels ont été observé chez 2 patients soit 13.4%

Tableau XXIX : Répartition des patients selon troubles sexuels Chez la femme

Type de séquelles génitales	Fréquence	Pourcentage(%)
Dyspareunie	2	11,7
Absence de troubles sexuels	15	88,3
Total	17	100

La dyspareunie a été retrouvée chez 2 patientes soit 11.7 %.

Tableau XXX: Répartition des patients selon les séquelles urinaires à 3 mois

Type de séquelles urinaire	Effectif	Pourcentage(%)
Dysurie	4	12,5
Absence de séquelles	28	87,5
Total	32	100

La dysurie était la séquelle urinaire retrouvée chez 4 patients soit 12.5 %

7.2 - Les suites à 6 mois

Tableau XXXI: Répartition des patients selon les séquelles à 6 mois

	Fréquence	Pourcentage(%)
Séquelle digestive	3	9,4
Séquelle urinaire	2	6,3
Séquelle génitale	6	18,7
Absence de séquelle	21	65,6

Les séquelles génitales 6 mois étaient dominantes avec 18.7 % soit 6 cas

Tableau XIXI: Répartition des patients selon Score de Jorge et Wexner à 6 mois

Score de Jorge et Wexner	Fréquence	Pourcentage(%)
Bon	20	87
Modéré	2	8,7
important	1	4,3
Total	23	100

Le score de Jorge et Wexner était bon chez 87 % de nos patients ayant subi une RAR avec anastomose colo rectale/ anale

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon le type de séquelles digestives à 6 mois

Types de séquelles digestives	Fréquence	Pourcentage
Incontinence aux Selles liquide	3	8,7
Incontinence aux Gaz	3	4,3
Incontinence aux Selles solides	0	0
Absence de séquelle	20	87

L'incontinence aux selles liquides était la complication digestive retrouvée chez 2 patients soit 8.7% des patient ayant subi une RAR avec anastomose colo rectale/ anale

Tableau XX: Répartition des patients selon les troubles sexuels Chez l'homme à 6 mois

Type de séquelles génitales	Fréquence	Pourcentage
Trouble de l'érection modéré	2	13,3
Trouble de l'érection sévère	1	6,7
Trouble de l'éjaculation	1	6,7
Absence de séquelles	11	73,3
Total	15	100

Le trouble de l'érection modéré a été observé chez 13.3% des hommes.

Tableau XXI: Répartition des patients selon les troubles sexuels chez la femme à 6 mois

Type de séquelles génitales	Fréquence	Pourcentage
Dyspareunie	2	11,7
Absence de troubles sexuels	15	88,3
Total	17	100

La dyspareunie a été observée chez 11.7% des femmes.

Tableau XXXVI: Répartition des patients selon les séquelles urinaires à 6 mois

Type de séquelles urinaires	Effectif	Pourcentage
Dysurie	2	6,3
Absence de séquelles	30	93,7
Total	32	100

La dysurie était la séquelle urinaire retrouvée chez 2 patients soit 6.3 %

7.3- Suivis à 12 mois

Tableau XXXVII: Répartition des patients selon les séquelles à 12 mois

	Fréquence	Pourcentage
Séquelle digestive	2	6,3
Séquelle urinaire	2	6,3
Séquelle génitale	6	18,7
Absence de séquelle	21	68,7

Les séquelles génitales à 12 mois étaient dominantes avec 18.7 % soit 6 cas.

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon Score de Jorge et Wexner à 12 mois

Score de Jorge et Wexner	Fréquence	Pourcentage
Bon	21	91,3
Modéré	2	8,7
Important	0	0
Sévère	0	0
Total	23	100

Le score de Jorge et wexner était bon chez 92.3 % de nos patients ayant subi une RAR avec anastomose colo rectale/ anale.

Tableau XXXIX: Répartition des patients selon séquelles les digestives à 12 mois

Type de séquelles digestives	Fréquence	Pourcentage
Incontinence aux Selles liquides	0	0
Incontinence aux Gaz	2	8,7
Incontinence aux Selles solides	0	0
Absence de séquelle	21	91.3
Total	23	100

L'incontinence aux gaz était la complication digestive retrouvée chez 2 patients soit 6.4 % des patient ayant subi une RAR.

Tableau XL : Répartition des patients selon les troubles sexuels chez les hommes à 12 mois

Type de séquelles génitales	Fréquence	Pourcentage
Trouble de l'érection modéré	2	13,3
Trouble de l'érection sévère	1	6,7
Trouble de l'éjaculation	1	6,7
Absence de troubles sexuels	11	73,3
Total	15	100

Le trouble de l'érection modéré a été observé chez 2 patients soit 13,3%.

Tableau XLI : Répartition des patients selon les troubles sexuels chez la femme a 12 mois

Type de séquelles génitales	Fréquence	Pourcentage
Dyspareunie	2	11,7
Absence de sexuels	15	88,3
Total	17	100

La dyspareunie a été observée chez 2 patientes soit 11.7%

Tableau XLII: Répartition des patients selon les séquelles urinaires à 12 mois

Type de séquelles urinaire	Effectif	Pourcentage
Dysurie	2	6,3
Absence de séquelles	30	93,7
Total	32	100

La dysurie était la séquelle urinaire retrouvée chez 2 patients soit 6.3 %

7.4- Suivis à 24 mois

Tableau XLIII : Répartition des patients selon les séquelles à 24 mois

Type de séquelles	Fréquence	Pourcentage
Séquelle digestive	0	0
Séquelle urinaire	1	3,6
Séquelle génitale	5	17,9
Absence de séquelle	22	78,5

A 24 mois de suivi ; les séquelles ont représenté 21,5%, 3 cas de perdu de vue soit 9,4% et 1 cas de décès soit 3,1%.

Tableau XLIV: Répartition des patients selon Score de Jorge et Wexner à 24 mois

Score de Jorge et Wexner	Fréquence	Pourcentage
bon	20	100
Total	20	100

A 24 mois de suivi tous les patients avaient un bon score de Jorge et Wexner.

Tableau XLV : Répartition des patients selon les troubles sexuels l'homme

Type de troubles sexuels	Fréquence	Pourcentage
Trouble de l'érection léger	0	0
Trouble de l'érection modéré	1	7,1
Trouble de l'érection sévère	2	14,3
Trouble de l'éjaculation	1	7,1
Absence de séquelles	10	71,5
Total	14	100

Le trouble de l'érection était sévère chez 2 patients soit 14.3%. Un patient est perdu de vu.

Tableau XLVI : Répartition des patients selon les troubles sexuels chez la femme

Type de séquelles génitales	Fréquence	Pourcentage
Dyspareunie	1	7,1
Absence de troubles sexuels	13	92,9
Total	14	100

La dyspareunie a été retrouvé chez une patiente soit 7.1%. Une patiente est décédée et 2 sont perdues de vue.

Tableau XLVII: Répartition des patients selon les séquelles urinaires à 24 mois

Type de séquelles urinaire	Effectif	Pourcentage
Dysurie	1	3,6
Absence de séquelles	27	96,4
Total	28	100

La dysurie était la séquelle urinaire retrouvée chez 1 patient soit 3.6 %

8- Description Analytique

Suivi à 12 mois :

Tableau XLVIII: Répartition des patients des patients en fonction du sexe et des Troubles digestifs/urogénitaux :

Sexe		Troubles digestifs/urogénitaux		
		Oui	Non	Total
Sexe	Masculin	7(46,7%)	8(53,3%)	15
	Féminin	4(23,6%)	13(76,4%)	17
Total		12	20	32

Ddl= 2 test Fisher = 0,204 P=0,52
 Les troubles étaient plus fréquents chez les hommes soit 46 ,7% que chez les femmes (23,6) mais cette différence n'étaient pas statistiquement significative (P=0,52)

Tableau XLIX: Répartition des patients des patients en fonction de la tranche d'âge par rapport aux Troubles digestifs/urogénitaux

Tranche d'âge		Troubles digestifs/urogénitaux		
		Oui	non	Total
Tranche d'âge	<50 ans	6(40%)	9(60%)	15
	≥50 ans	6(35,3%)	11(64,7%)	17
Total		12	20	32

Ddl= 2 test Fisher = 0,19 P=0,52
 Dans notre série les troubles étaient plus fréquents chez les patients de moins de 50 ans. Cette différence n'était pas statistiquement significative (P=0,52).

Tableau L: Répartition des patients des patients en fonction du stade d'âge par rapport aux Troubles digestifs/urogénitaux

		Troubles digestifs/urogénitaux		
		Oui	Non	Total
Stade clinique	I et II	3(23%)	10(77%)	13
	III	9(47,7%)	10(52,3%)	19
Total		12	20	32

Ddl= 2 test Fisher = 0,122 P=0,288

Les patients du stade III ont présenté plus de troubles soit 47,7% mais la différence n'était pas statistiquement significative (P=0,288).

Tableau LI: Répartition des patients des patients en fonction de Technique opératoire par rapport Troubles digestifs/urogénitaux

		Troubles digestifs/urogénitaux		
		Oui	Non	Total
Technique opératoire	AAP	2(33,3%)	4(66,7%)	6
	RAR	10(39%)	16(61%)	26
Total		12	20	32

Ddl= 2 test Fisher = 0,833 P=0,507

Les patients chez qui une RAR a été réalisé ont présenté plus de troubles. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la survenu des trouble et la technique opératoire P=0,507).

Tableau LII: Répartition des patients des patients en fonction de la radiothérapie par rapport Troubles digestifs/urogénitaux

		Troubles digestifs/urogénitaux		
		Oui	Non	Total
Radiothérapie	Oui	2 (100%)	0 (0%)	2
	Non	10 (33,3%)	20 (66,7%)	30
Total		12	20	32

Ddl= 2 test Fisher = 0,189 P=0,756
 Les 2 patients ayant bénéficiés d'une radiothérapie ont présenté des troubles. Il n'y avait pas de lien statistique entre la radiothérapie et la survenu des troubles (P=0,756).

Tableau LIII: Répartition des patients des patients en fonction de la chimiothérapie par rapport Troubles digestifs/urogénitaux :

		Troubles digestifs/urogénitaux		
		Oui	Non	Total
Chimiothérapie	Oui	9 (42,9%)	12 (57,1%)	21
	non	3(27,3%)	8(72,7%)	11
Total		12	20	32

Ddl= 2 test Fisher = 0, 452 P=0,128
 42,9% des patients ayant fait une chimiothérapie ont présenté des troubles . Il n'y avait pas de lien statistique entre la chimiothérapie et la survenu des troubles (P=0,128).

Tableau LIV: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles génitales à 6 mois postopératoire.

Technique opératoire	absent	dyspareunie	Trouble de l'éjaculation	Trouble modère de l'érection	Trouble sévère de l'érection	Total
RAR+ ACA	3 (60%)	1(20%)	0	1 (20%)	0	5
RAR+ ACR	16 (84,2%)	0	1 (5,2%)	1(5,2%)	0	19
AAP	4(66,7%)	2 (33,3%)	0	0	0	6
Total	23	3	1	2		30

Ddl= 6 test Fisher = 0, 720 P=0,618
 Les troubles génitaux étaient plus fréquents chez les patients avec une RAR + ACA. Il n'y avait pas de lien statistique entre la technique opératoire et la survenu des troubles (P=0,618).

Tableau LV: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles génitales à 12 mois postopératoire.

Technique opératoire	Absent	Dyspareunie	Trouble de l'éjaculation	Trouble modéré de l'érection	Trouble sévère de l'érection	Total
RAR+ACA	3 (60%)	1(20%)	0	1 (20%)	0	5
RAR+ACR	16 (84,2%)	0	1 (5,2%)	1(5,2%)	1(5,2%)	19
AAP	4(66,7%)	2 (33,3%)	0	0	0	6
Total	23	3	1	2	1	30

Ddl= 6 test Fisher = 0, 720 P=0,618

Les troubles génitaux étaient plus fréquents chez les patients avec une RAR + ACA. Il n'y avait pas de lien statistique entre la technique opératoire et la survenue des troubles (P=0,618).

Tableau LVI: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles urinaires à 6 mois postopératoire

Technique opératoire	Absent	Dysurie	Total
RAR+ACA	5 (100%)	0	5
RAR+ACR	18 (94,7%)	1 (5,3%)	19
AAP	5 (83,3%)	1 (12,7%)	6
Total	28	2	30

Ddl= 3 test Fisher = 0, 135 P=0,206

Les troubles urinaires étaient plus fréquents chez patients chez qui une AAP a été réalisée. Il n'y avait pas de lien statistique entre la technique opératoire et la survenu des troubles (P=0,206).

Tableau LVII: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles urinaires à 12 mois postopératoire

Technique opératoire	Absent	Dysurie	Total
RAR+ACA	5 (100%)	0	5
RAR+ACR	18 (94,7%)	1 (5,3%)	19
AAP	6(100%)	0	6
Total	29	1	30

Ddl= 3 test Fisher = 0, 282 P=0,261

Seul un patient avec une RAR+ACR a présenté un trouble urinaire soit 5, 3%

Tableau LVIII: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles digestifs à 6 mois postopératoire

Technique opératoire	Bon	Modéré	Important	Total
RAR+ACA	3 (75%)	1(25%)	0	4
RAR+ACR	17 (89,4%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	19
Total	20	2	1	23

Ddl= 3 test Fisher = 0, 484 P=0,429
 Il n'y avait pas de lien statistique entre la technique opératoire et la survenue des troubles (P=0,429).

Tableau LIX: Répartition des patients des patients en fonction de la technique opératoire par rapport aux troubles digestifs à 12 mois postopératoire

Technique opératoire	Bon	Modéré	Important	Total
RAR+ACA	3 (75%)	1(25%)	0	4
RAR+ACR	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0	19
Total	21	2	0	23

Ddl= 3 test Fisher = 0, 604 P=0,619
 Il n'y avait pas de lien statistique entre la technique opératoire et la survenue des troubles (P=0,619).

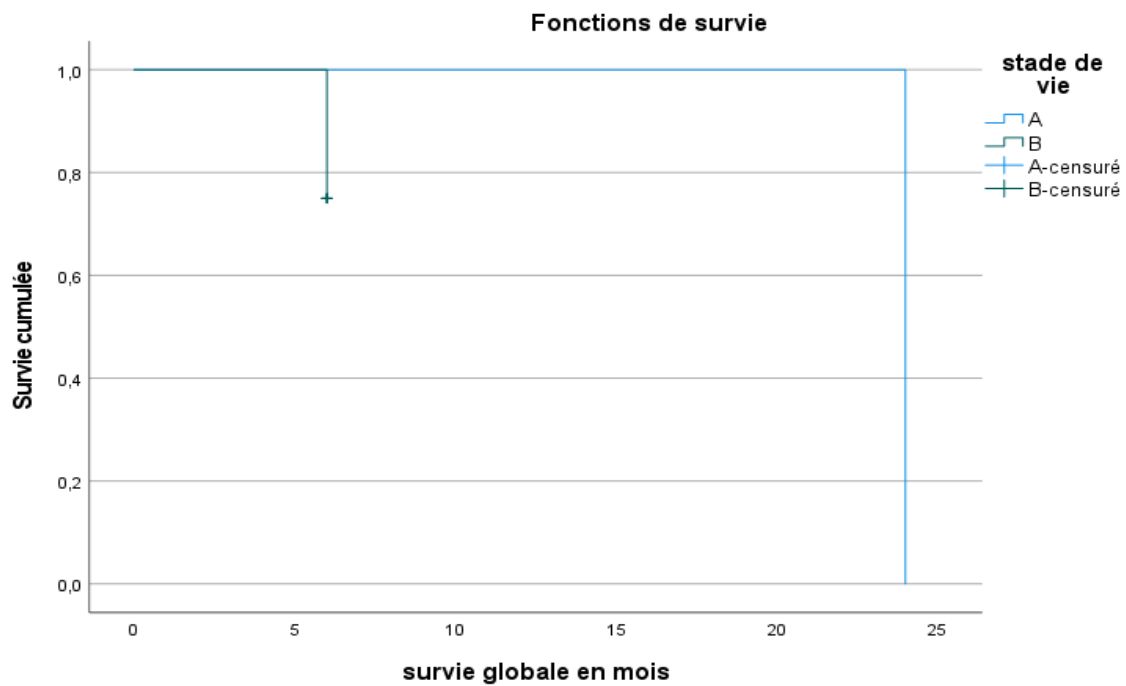


Figure 7 : survie à 2 ans

➤ **Limites et difficulté :**

Durant notre étude nous avons rencontré certaines difficultés qui sont suivantes :

- ✓ Les données manquantes dans certains dossiers médicaux des malades,
- ✓ L'archivage des dossiers d'hospitalisation des malades,
- ✓ La non disponibilité de certains registres du bloc à froid,
- ✓ La sous notification des séquelles digestive et urogénitale, dans les dossiers médicaux.

➤ **Aspects épidémiologiques :**

Tableau LX: **Fréquence des cancers du rectum et auteurs**

Auteurs	Effectifs des cancers du rectum	Pourcentage	P
Belhamadi S. Maroc, 2018 [9]	18	50%	0.0217
Eugene D. Sénégal en 2019 [10]	5	13.5%	0.0027
Notre étude, 2024	58	32.7%	

Dans la littérature, le cancer du rectum représente 1/3 des cancers colorectaux [1]. Dans notre étude nous avons colligé 58 cas de cancer du rectum ce qui a représenté 32.78 % des cancers colorectaux ce qui concorde avec les données de la littérature.

Eugene D. au Sénégal en 2019 et Belhamadi S. Maroc en 2018 ont colligé respectivement 13,5% et 20% ($p < 0.05$). Cette différence statistique pourrait s'expliquer par le biais lié au recrutement des patients en rapport avec l'étude hospitalière.

Tableau LXI : fréquence de la proctectomie pour cancer du rectum et auteurs

Auteurs	Pourcentage(%)	P
Savom Eric P. Cameroun 2024 [11]	32.1	0.007
Mishra R. Inde 2022 [12]	52	0.7768
Koumare S. Mali, 2020 [13]	35.6	0.0106
Notre étude, 2024	55.1	

La proctectomie dans notre contexte est l'intervention chirurgicale pratiquée pour le traitement chirurgical curatif du cancer du rectum. Elle peut se faire soit par RAR ou AAP. Dans notre étude, 55.1% des patients ont subi une proctectomie. Notre taux est similaire à celui de Mishra R. en Inde en 2022 ($P>0.05$) [16].

Savom Eric P. Cameroun 2024 [15] et de Koumaré S. [17] au Mali en 2020 ont rapporté respectivement 32,1% et 35,6% ($P<0.05$). Cette différence statistique pourrait s'expliquer par le taux élevé des patients du stade IV dans ces études.

Tableau LXII : âge moyen et auteurs

Auteurs	Age moyen	P
Piątkowski J., Pologne, 2023[14]	66 ans	0.0152
Lococo J. Argentine, 2022 [15]	68 ans	0.0065
Siragusa L. Italie, 2021 [16]	67.3	0.01
Koumare S. Mali, 2020[13]	48.8	1
Notre étude, 2024	48 ans	

L'âge est un facteur de risque du cancer du rectal. Le cancer du rectum survient généralement après 50 ans mais le nombre cas de moins de 50 ans est en augmentation. Dans notre série, l'âge moyen de nos patients était de 48.72 ans avec un pic de fréquence dans la tranche d'âge entre 50- 59 ans. Notre résultat est similaire à celui de Koumaré S. au Mali en 2020 ($P>0,05$). Piątkowski J. en Pologne en 2023, Lococo J. en Argentine, en 2022 et Siragusa L. en Italie en 2021 ont rapporté respectivement 68 ans, 66 ans et 67,3 ans ($p<0.05$). Cette différence statistique pourrait s'expliquer par les âges plus élevés de leurs populations d'études.

Tableau LXIII : sexe et auteurs

Auteurs	Effectifs		Sex-ratio	P
	M	F		
Piatakowski J. Pologne, 2023 [14]	94(73.4)	34(26.3)	2.7	0.0003
Suhool A. France, 2017 [17]	27(47.4)	30(52.6)	0.9	1
Helmy A. Egypte, 2022 [18]	18(60)	12(40)	1.5	0.0889
Huang Y. Chine, 2020 [19]	14(43.8)	18(56.2)	0.7	0.07764
Dahirou M. Maroc, 2021 [20]	43.5	56.5%	0.7	0,7778
Notre étude 2024	15	17	0.88	

Dans notre étude, le sexe féminin était le sexe le plus représentatif avec 53.1 % soit un sex-ratio de 0.88. Notre résultat est similaire à ceux de Suhool A. France, en 2017, de Dahirou M. Maroc, en 2021 et de Huang Y. Chine, 2020 ($P > 0,05$). Notre résultat est statiquement différent de celui de Piatakowski J. Pologne en 2023 et de Helmy A. Egypte en 2022 ($P < 0,05$). Cette différence pourrait s'expliquer par la fréquentation plus élevée des femmes des centres de santé dans notre pays.

➤ Signes cliniques :

Tableau LXIV : localisation de la tumeur et auteurs

Auteurs	Pourcentage (%)			P
	Haut rectum	Moyen rectum	Bas rectum	
Suhool A. France 2017[17]	37	30	33	0.6636
Savom P. Cameroun, 2024[11]	46.4	28,6	25	0.5683
Mishra R. Inde, 2023 [12]	20	12	68	0.002
Notre étude 2024	40.6	28,1	31,3	

Le choix de la technique chirurgicale dépend en partie de la location de la tumeur au niveau du rectum. Dans notre étude, le haut rectum était le siège le plus fréquent de la tumeur soit 40.6%. Notre résultat était similaire aux résultats Savom P. Cameroun, 2024 et de Suhool A. France 2017(P>0.05). Par contre notre résultat était différent de celui de Mishra R. en Inde en 2023 qui dans son étude a rapporté plus de tumeur du bas rectum soit 68% (p<0.05). Cette différence statistique pourrait s'expliquer par sa population d'étude composée exclusivement de jeunes chez qui les tumeurs du bas rectum sont fréquentes.

Tableau LXV : stade et auteurs

Auteurs	Pourcentage (%)	P
	Stade III	
Mishra R. Inde, 2023[12]	33	0.0067
Suhool A. France, 2017[17]	35	0.0154
Emmanouil P. USA, 2022 [21]	56	0.7764
Notre étude 2024	53.1	

La symptomatologie du cancer du rectum pouvant être confondu à des pathologies bénignes ano rectales, ce qui conduit fréquemment au retard de diagnostic. Dans notre étude, le stade III était le plus dominant avec 53.1 %. Notre taux est similaire à celui d'Emmanouil P. USA en 2022 (P>0.05).

Suhool A. en France en 2017 et Mishra R. en Inde, 2023 ont rapporté des taux inférieurs à notre résultat ($p < 0.05$). Cette différence statistique pourrait s'expliquer par le retard de diagnostic dans notre étude.

➤ Technique chirurgicale :

Dans notre série la laparotomie et l'abord périnéal ont été les voies d'abord.

Tableau LXVI: la RAR et auteurs

Auteurs	Pourcentage (%)	P
Suhool A. France, 2017 [17]	92.9	0,0207
Niamh A. Irlande, 2023 [22]	82.7	0,854
Helmy A. Egypte, 2022 [18]	67	0,0361
Notre étude en 2024	81.2	

Le traitement curatif du cancer du rectum repose sur la chirurgie soit par mucosectomie, RAR ou AAP. Les indications de ces différentes techniques chirurgicales dépendent de la localisation de la tumeur, du stade clinique et du traitement néoadjuvant.

Dans notre série, la RAR a été la technique chirurgicale la plus réalisée avec 81.2% soit chez 26 patients ce qui concorde avec la prédominance des tumeurs du haut rectum et du moyen rectum. Notre résultat est similaire à celui de celui de Niamh A. en Irlande en 2023 ($p > 0.05$). Notre pourcentage est statistiquement inférieur à celui de Suhool A. France en 2017 ($p < 0.05$). Ceci qui pourrait s'expliquer par la réalisation de la radio chimiothérapie néo adjuvant chez les patients favorisant une exérèse avec conservation des sphincters. Notre résultat est supérieur à celui de Helmy A. Egypte en 2022 ($p < 0.05$). Cette différence statistique pourrait s'expliquer par le taux élevé des tumeurs du bas rectum dans son étude.

➤ **Résultats fonctionnels**

Le traitement chirurgical curatif du cancer du rectum est pourvoyeur de séquelles intestinales ou urogénitales.

✓ **Séquelles digestives :**

La chirurgie du cancer du rectum a évolué permettant d'éviter un grand nombre d'AAP en relisant des anastomoses de plus en plus basses. Ces anastomoses après proctectomie peuvent conduire à des séquelles digestives. Ces séquelles peuvent s'amender dans le temps mais altèrent la qualité de vie des patients.

Dans notre étude, 26 patient soit 81,5 % ont subi une RAR et du méso rectum. Le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé chez 23 patients soit 88.4%.

Dans notre étude, les séquelles digestives se sont améliorées de 15,6% à 3 mois à 6, 3% à 12 mois améliorant ainsi la qualité de vie des patients.

L'incontinence aux gaz était la séquelle digestive la plus fréquente avec 21% à 3 mois.

Au cours de l'étude, le score de Jorge et Wexner a été évalué modéré chez 17,4% des patients à 3 mois, 8,7% des patients à 6 mois, 8,7% des patients à 12 mois et bon chez tous les patients à 24 mois.

Les séquelles digestives étaient plus fréquentes chez les patients avec anastomose colo anale soit 25% à 6 mois et 25% à 12 mois contre 10,6% à 6 mois et 5,3% à 12 mois chez les patients avec anastomose colorectale ($p>0,05$).

Dans une étude aux USA en 2023, Petra A. et al ont rapporté des taux de séquelles digestives supérieurs à notre taux avec 59% à 3 mois et qui est resté stationnaire soit 57% à 12 mois, 57% à 24 mois. La radio chimiothérapie était le facteur influençant les survenu des séquelles digestives [23].

Lococo1 J. en argentine en 2022 [15] et Bogdan B. en France en 2018 [24] ont rapporté dans leurs études respectives des taux supérieurs à notre résultat soit 43,75% et 37,5% de séquelles digestives ($P < 0,05$). Cette différence statistique pourrait s'expliquer par la réalisation de la radio chimiothérapie néoadjuvant dans leurs études.

✓ **Les séquelles urogénitales :**

La préservation du plexus hypogastrique supérieur et inférieur est essentielle pour préserver les fonctions sexuelles et vésicales.

Les séquelles urogénitales post proctectomie sont en partie dues à une lésion du plexus hypogastrique supérieur ou inférieur.

Les séquelles génitales ont été évaluées par le score IIEF chez l'homme et FSFI chez la femme.

Dans notre étude, les séquelles génitales se sont accentuées. Elles sont passées de 9.4% à 3 mois, 18.7% à 6 mois et restée stationnaire jusqu'à 12 mois avec 18.7%.

Le trouble de l'érection était le plus dominant chez les hommes avec 6,7% à 3 mois à 19 % à 12 mois contre 1 cas de trouble de l'éjaculation soit 6,7%.

La dyspareunie a représenté la séquelle génitale chez la femme passant de 11,7% à 3 mois à 7,1% à 24 mois. Les 2 patients ayant bénéficié de la radiothérapie ont présenté des séquelles génitales soit 100% ($p>0,05$).

EL ISMAILI A. au Maroc en 2024 a rapporté que 66 % des hommes ont présenté des troubles sexuels à 6 mois et 53 % à 12 mois. La résection avec anastomose basse était le facteur favorisant la survenue des séquelles génitales ($p=0,036$) [25].

Emmanuel P. 2022 a trouvé une stabilisation des troubles érectiles dans son étude à 6 mois 47%, à 12 mois 45% et a 24 mois 45 % [21].

Les troubles urinaires :

Dans notre série les troubles urinaires se sont améliorés passant de 12.5% à 3 mois à 3,6 % à 24 mois.

Aux états USA, Emmanuel P. 2022 a trouvé une stabilisation des troubles érectiles dans son étude 17%, à 6 mois à 15 % à 24 mois [21].

Dans une étude aux USA, Petra A. et al ont rapporté en 2023, 5,5% de troubles urinaires à 3 mois et 5,2% à 24 mois [23].

Bogdan B. et al en France en 2018 ont rapporté 11,11 % de troubles urinaires. Il n'y avait aucune différence statistique concernant le sexe, radiothérapie, technique chirurgicale ($P>0,05$) [24].

Conclusion : Le cancer du rectum est fréquent et sa prise en charge est multidisciplinaire. La chirurgie étant à la base du traitement curatif est pourvoyeuse de séquelles digestive et urogénitale. Ces séquelles peuvent altérer la qualité de vie et nécessitent une prise en charge.

Recommandations

➤ **Aux autorités politique et sanitaire :**

- Rendre disponible la radiothérapie,
- Rendre disponible gratuitement les poche de stomie,
- Faciliter l'enroulement des patients dans le RAMED,
- Rendre accessible l'IRM pour le bilan d'extension,
- Former des chirurgiens sur la chirurgie coelioscopique du cancer du rectum

➤ **Aux prestataires :**

- Assurer un bon archivage des registres du bloc,
- Assurer un soutien psychologique aux patients,
- Assurer un remplissage correct des dossiers,
- Assurer un archivage électronique des dossiers,
- Débuter la prise en charge chirurgicale des patients par voie coelioscopique.

➤ **A la population :**

- Se rendre dans une structure de santé dès l'apparition des premiers symptômes,
- Notifier les séquelles aux prestataires pour une prise en charge,

Références

- 1- Dr Jean-David ZEITOUN , Hépto enter gastrologie chirurgie viscérale. 9eme édition, édition Vernazobres-Grego, 2023,
- 2- Organisation mondiale de la santé. 2022, cancer du rectum, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
- 3- Ouédraogo S. Épidémiologie, traitement et pronostic du cancer colorectal de l'adulte jeune en milieu sub-saharien. Bulletin du Cancer, 2019. vol 106 (11) : 969-974,
- 4- Cotte E, Cancer du rectum, Thésaurus National de Cancérologie Digestive, septembre 2023, [http:// www.tncd.org](http://www.tncd.org),
- 5- Senejoux A. Prise en charge des troubles fonctionnels defecatoires après chirurgie rectale d'exérèse, Côlon Rectum, 2008 Vol 2 : 202-205,
- 6- Suzanne B. résultats fonctionnels et qualité de vie à long terme après radio-chimiothérapie et chirurgie du cancer du rectum : tumorectomie de clôture versus exérèse totale du mésorectum. Une étude comparative monocentrique. [Memoire] Marseille : faculté des sciences medicales et paramedicales de Marseille, 2020,
- 7- Rapport d'analyse des données du registre du cancer au Mali (année 2020),
- 8- Dembélé M. Résultats carcinologiques et fonctionnels dans la chirurgie curative du cancer du rectum en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. [Thèse]. Bamako : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie de Bamako, 2019,
- 9- Bel hamadi. Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer colorectal : à propos de 36 cas, Pan African Medical Journal, 2018, vol30:159.
- 10- Eugene D. Prise en charge des cancers colorectaux en occlusion a l'hôpital principal de Dakar : à propos de 37 cas. Mali MEDICAL, 2019, tome XXXIV, N1.
- 11- Savone Eric P. Évaluation à Court Terme du Traitement Chirurgical du Cancer Colorectal dans Trois Hôpitaux de la Ville de Yaoundé, Health Sciences and Disease, 2024, vol 25(3) : 74-80,
- 12- Mishra R. Clinico-epidemiological profile and treatment outcome in adolescents and young patients of rectal cancer attending a tertiary cancer center. Journal of Cancer Research and Therapeutics, 2023; vol 19 : 2005-2011

- 13- Koumare S. cancer du rectum : aspects diagnostique et thérapeutique dans le service chirurgie « a » du chu du point G, Journal Africain de chirurgie, 2020; VOL 20(2) : 3128 - 3132
- 14- Piątkowsk et al. Transanal total mesorectal excision (TaTME) in rectal cancer treatment within an expert center. scientific reports, 2023 vol 13 : 17084,
- 15- Lococo J. Quality of life after rectal cancer surgery : Comparison of functional results in open, laparoscopic and robotic surgery. Revista argentina coloproctologia, 2022 , vol 33 (2) :7.
- 16- Siragusa L. Volume-outcome relationship in rectal cancer surgery. Discover Oncology, 2021, vol 12:11,
- 17- Suhool A. Optimal oncologic treatment of rectal cancer in patients over 75 years old: Results of a strategy based on oncogeriatric evaluation. Journal of Visceral Surgery, 2018, vol 150 : 16-24.
- 18- Helmy A. Evaluation of Functional Outcome of Rectal Cancer Management in Two Specialized Centers in the Last Three Years. Egyptian Journal of Hospital Medicine, 2022, Vol. 88 : 3237-3243,
- 19- Huang Y. Chirurgie conservatrice du rectum après traitement néoadjuvant de consolidation ou traitement totalement néoadjuvant pour cancer du bas rectum : un rapport préliminaire, Chine : 2020, vol 23 (03) : 281-288,
- 20- Dahirou M. Faisabilité de la chirurgie du cancer du bas et moyen rectum sans stomie. [Mémoire]. Rabat : Université Mohammed 5 de Rabat, 2021,
- 21- Emmanouil P et al. Quality of life and function after rectal cancer surgery with and without sphincter preservation. Frontiers In Oncology, 2022, Vol 12: 944843,
- 22- Niamh A. Rectal cancer surgery: does low volume imply worse outcome—a single surgeon experience. Irish Journal of Medical Sciences, 2023, vol 192(6): 2673-2679,
- 23- Petra A. Long-term Quality of Life and Functional Outcome of Patients with Rectal Cancer Following a Watch-and-Wait Approach. Jama Surg, 2023, vol 158(5): e2301466,
- 24- Bogdan B. Résultats fonctionnels et oncologiques à long terme après résection conservatrice du sphincter pour cancer du rectum - Étude de cohorte en France, Journal international de chirurgie, 2018, vol 52 : 1–6
- 25- El Ismaili A. Résultats fonctionnels des anastomoses basses après chirurgie pour cancer du rectum (à propos de 60 cas)[thèse].Maroc : faculté de médecine et de pharmacie de Fès, 2014,

FICHE D'ENQUETE

1- LES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q1 : Numéro de la fiche d'enquête..... /.../

Q2 : Numéro du dossier..... /.../

Q3 : Nom et prénom..... /.../

Q4 : Age du malade (en année) /.../

Q5 : Sexe du malade..... /.../

1=Masculin

2=Féminin

Q6 : Niveau scolaire :

1=non scolarisé, 2= niveau primaire, 3= niveau secondaire, 4= niveau universitaire

Q7: Ethnie : /.../

Q8 : statut matrimonial : 1-celibataire 2-marié(e) 3-divorcé(e) 4- veuf (veuve)

Q9 : provenance..... /.../

1= urbain 2= rural,

Q10 : Nationalité /.../

1=Maliennne, 2=Autres

Q11 : Principale activité /.../

1=Fonctionnaire 2=Commerçant, 3=Cultivateur, 4=Elève/étudiant(e), 5=Ménagère,

6=Manœuvre,

7=Autres..... /.../

Q12 : Adressé(e) par..... /.../

1=Venu de lui-même, 2= agent de santé

Q13 : Mode de recrutement..... /.../

1=Consultation externe, 2=Urgence

Q14 : Date d'entrée..... /.../

Q15 : Date de sortie..... /.../

Q16 : Durée d'hospitalisation postopératoire (jours) /.../

2-DIAGNOSTIC

2-1-interrogatoire

Q17 - motif de consultation /.../

1=Rectorragie 2= (Sensation de masse intra-rectale + ténesme + empreinte + faux

besoin) 3= Troubles du transit intestinal; 4= Douleur abdominale, ; 5= Autre

Q18- Délai en mois entre le début de la maladie et la première consultation en milieu médical moderne...../...../

2-2 ANTECEDANTS :

Q19 Antécédents médicaux :...../...../

Q20- Antécédents personnels chirurgicaux...../...../

1= Déjà opéré(e) pour...../...../

2= jamais opéré :...../...../

Q21- Antécédents familiaux...../...../

1=Cancer colorectale, 2=absent, 3=Autre :.....

2-3 FACTEURS DE RISQUE ET HABITUDES ALIMENTAIRES

Q22- Facteurs de risque...../...../

1= Tabac, 2= alcool 3= Inactivité physique, 4=Obésité, 5= diabète 6 = absent 7=Autre à préciser:

2.2 SIGNES GENERAUX

Q23- Indice de performance OMS...../...../1 2 3 4

Q24-IMC...../...../

Q25- ASA/...../

2-3 SIGNES PHYSIQUES

Q26-signes au TR :...../...../

1= Atonie sphinctérienne ; 2= Masse circulaire ; 3=Masse non circulaire ; 4 masse sténosante; 5= masse fixe 6= Autre à préciser

Q27 : Localisation de la tumeur:/...../

1= bas rectum, 2= moyen rectum, 3=haut rectum

Q28-Signes au TV :...../...../

1=paroi vaginale souple ; 2=paroi rugueuse ; 3=le col envahi ; 4= le col est non envahi ; 5=fistule recto - vaginale ; 6=Autre à préciser

2-4 BILAN DIAGNOSTIQUE :

Q29 Anorectoscopie...../...../

1=Fait, 2=Non faite

Q30- si anorectoscopie faite,

Résultats :...../...../

Q31 colonoscopie/...../

1= absence de tumeur synchrone, 2=présence de tumeur synchrone, 3=non fait

Q32- type histologique :/...../

1= adénocarcinome lieberkuhnien 2= autre

2-6 BILAN D'EXTENSION :

Q33- Radiographie du thorax...../...../

1=Non faite, 2=Métastases pulmonaires, 3=Absence de métastases pulmonaires.

Q34- Echographie abdominale...../...../

1=non faite, 2=Carcinome péritonéale, 3=Ascite, 4=foie nodulaire, 5=Adénopathies profondes,

5=Pas de localisation secondaire,

Q35- Scanner (TDM-TAP)...../...../

1=Non fait, 2=Carcinome péritonéale, 3= Métastase pulmonaire, 4=Adénopathie 5= nodule hépatique, 6= envahissement de la vessie, 7= envahissement de l'utérus 8= absence de localisation secondaire 9=Autres à préciser.....

Q36 IRM :

1= réalisée 2= non réalisée

2-6 - CLASSIFICATION :

Classification TNM préopératoire/...../

Q37- T (Tumeur primitive)...../...../

1= Tis 2= T1 3= T2 4= T3 5= T4

Q38-N (Ganglions régionaux)...../...../

1= Nx 2= N0 3= N1 4= N2

Q39-M (Métastases)...../...../

1= Mx 2= M0 3= M1

Q40- Stade préopératoire selon TNM...../...../

1=Stade I 1=Stade II 3=Stade III 4=Stade IV

3- BILAN BIOLOGIQUE INITIAL :

Q41- ACE (Antigène carcino-embryonnaire)...../...../

1=Normal, 2=Elevé, 3=Non fait

Q42- CA 19-9...../...../

1=Normal, 2=Elevé, 3=Non fait

Q43- Taux d'hémoglobine.....g/dl

Q44- Groupage- rhésus...../...../

4. TRAITEMENT

Q45 : traitement néo adjuvant :

1= aucun ; 2= chimiothérapie seule (protocole :),

3= radiothérapie seule (protocole :),

4= radio chimiothérapie,

4= chimiothérapie d'induction + RCT (protocole :),

Q46-Traitement chirurgicale/...../

1= résection antérieure du rectum et partielle mésorectum + Anastomose colorectale termino-terminale,

2= résection totale du rectum et mésorectum + Anastomose colo-anale termino-terminale,

3= résection totale du rectum et mésorectum + colostomie selon Hartmann,

4= Amputation abdomino-périnéale

Q47- stomie de protection :/...../

1= iléostomie, 2= colostomie, 3= non réalisée

Q48-Complications peropératoires :...../...../

1=Hémorragie, 2=Lésion vésicale, 3= Lésion urétrale, 4= Lésion prostatique, 5= Lésion vaginale, 6= Lésion nerveuse, 7= Autre à préciser :.....

Q49- complication postopératoire immédiate :/...../

5- SUIVI POST OPERATOIRE :

Suivi à 3 mois

Q50-Score de jorge et wexner à 6 mois...../...../

1=Bon (0-4), 2=modéré (5-9) ,3=important (10-16), 4= sévère (17-20)

Q51- Séquelles sexuels chez l'homme IIEF : indice international de la fonction érectile.. /...../

1=fonction érectile normale 2= trouble léger de l'érection 3=trouble modéré de l'érection,

4=Trouble sévère de l'érection, 5= trouble de l'éjaculation, 6=autres :

Q52- Séquelles sexuels chez la femme : FSFI : female sexual fonction index

1-absent, 2- trouble du Désir, 3- trouble de l'excitation, 4- trouble lubrification vaginale, 5- trouble de l'orgasme, 6- dyspareunie,

Q53- Séquelles urinaires :..... /...../

1= absent, 2= fuite urinaire, 3= vidange incomplète de la vessie, 4= impériosité mictionnelle, 5= faible jet urinaire 6= jet intermittentes, 7= les efforts à la miction, 8= pollakiurie, 9= nycturie

Suivi à 6 mois

Q54-Score de jorge et wexner à 6 mois...../...../

1=Bon (0-4), 2=modéré (5-9) ,3=important (10-16), 4= sévère (17-20)

Q55- Séquelles sexuels chez l'homme IIEF : indice international de la fonction érectile.. /...../

1- fonction érectile normale 2- trouble léger de l'érection 3-trouble modéré de l'érection,4- Trouble sévère de l'érection, 5= trouble de l'éjaculation, 6-autres :

Q56- Séquelles sexuels chez la femme : FSFI : female sexual fonction index

1-absent, 2- trouble du Désir, 3- trouble de l'excitation, 4- trouble lubrification vaginale, 5- trouble de l'orgasme, 6- dyspareunie,

Q57- Séquelles urinaires :..... /...../

1= absent, 2= fuite urinaire, 3= vidange incomplète de la vessie, 4= impériosité mictionnelle, 5= faible jet urinaire 6= jet intermittentes, 7= les efforts à la miction, 8= pollakiurie, 9= nycturie

Suivi à 12 mois

Q58-Score de jorge et wexner à 6 mois...../...../

1=Bon (0-4), 2=modéré (5-9) ,3=important (10-16), 4= sévère (17-20)

Q59- Séquelles sexuels chez l'homme IIEF : indice international de la fonction érectile.. /...../

1- fonction érectile normale 2- trouble léger de l'érection 3-trouble modéré de l'érection,4- Trouble sévère de l'érection, 5= trouble de l'éjaculation, 6-autres :

Q60- Séquelles sexuels chez la femme : FSFI : female sexual fonction index

1-absent, 2- trouble du Désir, 3- trouble de l'excitation, 4- trouble lubrification vaginale, 5- trouble de l'orgasme, 6- dyspareunie,

Q61- Séquelles urinaires :..... /...../

1= absent, 2= fuite urinaire, 3= vidange incomplète de la vessie, 4= impériosité mictionnelle, 5= faible jet urinaire 6= jet intermittentes, 7= les efforts à la miction, 8= pollakiurie, 9= nycturie

Suivi à 24 mois :

Q62-Score de jorge et wexner à 6 mois..... /...../

1=Bon (0-4), 2=modéré (5-9) ,3=important (10-16), 4= sévère (17-20)

Q63- Séquelles sexuels chez l'homme IIEF : indice international de la fonction érectile.. /...../

1- fonction érectile normale 2- trouble léger de l'érection 3-trouble modéré de l'érection,4- Trouble sévère de l'érection, 5= trouble de l'éjaculation, 6-autres :

Q64- Séquelles sexuels chez la femme : FSFI : female sexual fonction index

1-absent, 2- trouble du Désir, 3- trouble de l'excitation, 4- trouble lubrification vaginale, 5- trouble de l'orgasme, 6- dyspareunie,

Q65- Séquelles urinaires :..... /...../

1= absent, 2= fuite urinaire, 3= vidange incomplète de la vessie, 4= impériosité mictionnelle, 5= faible jet urinaire 6= jet intermittentes, 7= les efforts à la miction, 8= pollakiurie, 9= nycturie

Q66 : Issu du traitement : /...../

1= vivant 2= perdu de vue : préciser le mois :

3 décédé : préciser l

Résumé :

Prise en charge chirurgicale des cancers du rectum dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE : résultats fonctionnels.

DEMBELE Y, , Coulibaly M, Konate M , Traore AA, Doumbia AA, Koné Y, Cissé H, Togola B E, Tounkara H, Berthé S., Saye Z , Koita S, Sidibé B Y, Kone T, Maiga A, Diakité I, Dembélé BT, Traore A ,Kanté L, Togo A

Introduction : le cancer du rectum est fréquent. Son traitement curatif comportant une proctectomie peut entraîner des complications digestive et urogénitale.

Objectifs : déterminer le taux de proctectomie, évaluer la continence anale et les complications urogénitales post proctectomie.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive de janvier 2018 à décembre 2022 au CHU Gabriel Touré. Ont été inclus, les patients ayant subi une proctectomie pour cancer du rectum et suivi pendant au moins un an. La continence anale a été évaluée par le score de Jorge Wexner et les complications urogénitales par IPSS, IIEF et FSFI. Les résultats fonctionnels ont été évalués à 3 mois, 6 mois et 12 mois post opératoire.

Résultat : nous avons colligé 58 cas de cancer du rectum, 32 ont subi une proctectomie soit 55.2%. L'âge moyen était de 48.7 ans avec un sex-ratio de 0.88. La chimiothérapie péri opératoire a été réalisée chez 88,1 % des patients et 2 patients ont réalisé une radiothérapie soit 6,3%. Plus de la moitié des patients était au stade III soit 59.4%. En un an de suivi, 34.4% des patients ont présenté des séquelles : génitales (érection : 3 cas soit 20 %, éjaculation : 1 cas soit 6.7%, dyspareunie 2 cas soit 11.8 %), urinaires (3 cas de dysurie soit 9.4%). Le Score de Jorge et Wexner modéré chez 2 patients soit 8,7 %. Le taux de mortalité a été 3.1%.

Conclusion : La proctectomie pour cancer du rectum est fréquente et elle a été réalisée chez la moitié de nos patients. Les séquelles qu'elle peut engendrer altèrent la qualité de vie.

Mots clés : proctectomie, résultat fonctionnel, Jorge Wexner

Auteur : Dr. DEMBELE Youssouf, tel : 00223 66944147,

email : ydembele09@yahoo.fr