

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DU MALI

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 1999 - 2000

N° -----

CANCERS DU TUBE DIGESTIF EN MILIEU HOSPITALIER: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRONOSTIQUES.

THESE

Soutenue publiquement le 10 juin 2000 devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie de BAMAKO (MALI).

par **Mamadou NDIAYE**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT).

Le Jury :

Président :

Professeur Hamar A TRAORE

Membres :

Professeur Gangaly DIALLO

Docteur Mamadou DEMBELE

Directeur de Thèse : Professeur Moussa Y MAIGA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 1999 - 2000

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR
 1^{ER} ASSESSSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ
 2^{EME} ASSESSSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ
 SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ
 AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA
 Mr Bocar SALL
 Mr Souleymane SANGARE
 Mr Yaya FOFANA
 Mr Marmadou L. TRAORE
 Mr Ballia COULIBALY
 Mr Marmadou DEMBELE
 Mr Marmadou KOUHARE
 Mr Mohammed TOURE
 Mr Ali Nounoum DIALLO
 Mr Aiy GUINDO
 Ophtalmologie
 Orthopédie Traumatologie - Secourisme
 Pneumo-phthisiologie
 Hématologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Pharmacognosie
 Pédiatrie
 Médecine Interne
 Gastro-Entérologie

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUHARE
 Mr Sambou SOUMARE
 Mr Abdou Alassane TOURE
 Mr Kalliou OUATTARA
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
 Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO
 Mr Djibril SANGARE
 Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP
 Mr Alhousseini Ag MOHAMED
 Mr Abdoulaye DIALLO
 Mr Gangaly DIALLO
 Gynéco-Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 O.R.L.
 Anesthésie - Réanimation
 Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW
 Mr Saïf DIAKITTE
 Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatmata S. DIABATE
 Mr. Marmadou TRAORE
 Gynéco-Obstétrique
 Gynéco-Obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Filling SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanaton OUARTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme Konipo Fanta TOGOLA
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Issa DIARRA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUmare
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M. Cisse
Mr Abrahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou Cisse
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yénigou Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Bénéit KOUmare
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE

Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Histoembryologie
Bactériologie - Virologie
Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie **Chef de D.E.R.**
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie

Ophthalmologie
Stomatologie
Orthopédie, Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophthalmologie
Ophthalmologie
Gynéco-Obstétrique
Orthopédie - Traumatologie
Chirurgie Générale
Urologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Ophthalmologie
Orthopédie Traumatologie
Chirurgie Générale
Orthopédie Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Générale

Mr Mounitrou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Mr Marmadou K. TOURE	Mr Mahamane MAIGA	Mr Baba KOUHARE	Mr Moussa TRAORE	Mr Issa TRAORE	Mr Marmadou M. KEITA
Médecine Interne	Cardiologie	Néphrologie	Psychiatrie, Chef de DER	Neurologie	Radio-logie	Pédiatrie

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phthisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibato DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Mamadou B. Cisse	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Radio-logie
Mr Adama D. KEITA	Radio-logie

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki Cisse

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA
Mr Ousmane DOUMBIA
Matière Médicale
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulikassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO
Législation
Pharmacologie, Chef de D.E.R.

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAIGA
Mr Yaya KANE
Matières Médicales
Galénique
Toxicologie
Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Moussa A. MAIGA
Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE
Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadou SANGHO
Mr Massambou SACKO
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Saïlkou SANOGO
Mr Bakary Y. SACKO
Mr Sidiki DIABATE
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Arouna COULIBALY
Mr Mamadou Bocary DIARRA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Souleymane COULIBALY

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO
Pr. M.L. SOW
Pr. Doudou BA
Pr. M. BADIANE
Pr. Babacar FAYE
Pr. Eric PICHARD
Pr. Mounirou Cisse
Dr. G. FARNARIER

BIOCHIMIE
MED. LEGALE
BROMATOLOGIE
PHARMACIE CHIMIQUE
PHARMACODYNAMIE
PATHOLOGIE INFECTIEUSE
HYDROLOGIE
PHYSIOLOGIE

DEDICACES

DEDICACES

Nous rendons gloire à ALLAH le Tout Puissant, Omnipotent, le Clément et Miséricordieux pour son assistance, son soutien, sa bonté et sa grâce toute notre vie en général et ces années d'études difficiles en particulier. Nous l'implorons encore et toujours pour une longue vie meilleure.

Nous dédions ce travail :

A la mémoire de notre père feu Cheïck Tidiane NDIAYE. Tu as été pour nous ce que fut le Laboureur pour ses enfants de La FONTAINE. Tu as cultivé en nos frères et nous le courage, le respect, l'honnêteté et le sens du devoir bien fait. Ce travail est le fruit de ton effort. Puisse Dieu t'accueillir dans son Paradis Eternel, Amen !

A notre très chère Mère Salimata Coulibaly, exemple d'Epoque honorable, de Femme au foyer, de Mère "des Enfants". Tu as toujours su guider nos pas, tu as cultivé en nous l'esprit de société, l'amour de l'autre, la Foi en Dieu. Tes efforts n'ont pas été vains et ne le seront jamais IHN CHALLAOU.

A nos Grands Frères, vous avez été et continuerez à être, nous en sommes sûrs, pour nos petits frères et nous la lumière et le miroir. Vous nous aviez toujours apporté un soutien quand il le fallait, un conseil au bon moment, la joie de vivre. Nous vous sommes très reconnaissants et vous promettons de suivre la bonne voie que vous avez tracée.

Aux Petits Frères, nous vous demandons de suivre le bon chemin tracé par les aînés et de toujours respecter le supérieur. Nous vous remercions pour nous avoir aidé à vous éduquer. Bon courage nos frères !

A nos regrettés oncles (feu Moustapha, feu Boccar dit Papa), tantes (feue Anta, feue Kady, feue Hadiara) et cousine Maman Coulibaly, nous aurions souhaité vous voir ce jour parmi nous, mais le Très Miséricordieux a voulu ainsi. Nous n'oublions pas notre homonyme Dr Mamadou Coulibaly dont le surnom de M'DEFCIN nous a certainement réconfortés dans notre choix du métier. Dormez en Paix chers parents.

A notre regretté ami et camarade de lutte feu Docteur Souleymane Koumaré et à tous les camarades qui nous ont quittés pour de bon, rappelés en Dieu, si proche du But. Oui ! C'est aussi ça la vie. Paix à vos âmes chers compagnons.

A celle que nous souhaitons comme épouse, mère et amie puisse le Bon Dieu nous assister toute notre vie.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Nous remercions nos parents pour nous avoir supporté et entretenu toutes ces années.

A nos frères et leurs amis pour leurs soutiens de tous ordres.

A tous les membres de notre "grin" KRAAL.

A Ismaila Sogoba pour son soutien matériel et moral.

A Assitan SIDIBE pour son amour, sa sagesse, son courage et sa bonne compréhension.

A nos camarades du service Fodé, Mamaye, Drissa, Nayé, Abdou, Moussa, Sagadatou, les majors, tous les infirmiers, manoeuvres. Nous avons été fières de travail en vraie équipe avec vous.

A nos cadets pour leur soutien et leur admiration. Nous vous souhaitons pleine réussite scolaire et plus tard professionnelle.

A la directrice de la clinique du FARAKO pour nous avoir autorisé à colliger des patients dans son établissement.

A tous nos parents d'ailleurs, à nos voisins de quartier pour leur estime.

A tous nos enseignants des écoles fondamentales de la Cathédrale et de Dravéla, du Lycée Askia Mohamed, de l'ENPM aujourd'hui FMPOS, retrouvez ici notre sincère reconnaissance pour ce que vous avez fait de nous.

Aux membres du Jury :

A notre Maître et Président du Jury : Professeur Hamar Alassane

TRAORE, Maître de conférences agrégé en Médecine interne, Chef de service de la Médecine Interne de l'hôpital National du Point «G», Maître de notre

Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant la présidence de ce Jury. Nous sommes profondément touchés par la gentillesse avec laquelle vous nous aviez toujours accueillis. Votre grande richesse

scientifique, votre rigueur méthodologique, votre amour du travail bien fait et votre disponibilité à tout moment font de vous la fierté du monde médical du

Mali et de toute l'Afrique.

Veillez croire, cher maître, en l'expression de notre très sincère reconnaissance et de notre indéfectible attachement.

A notre Maître et Juge le Médecin colonel Gangaly Diallo, Maître de conférences agrégé, chef de service de la chirurgie viscérale de l'hôpital Gabriel Touré. Chirurgien dévoué et compétent, votre arrivée à l'hôpital Gabriel Touré nous a réjouis à plus d'un titre. Votre talent est de notoriété internationale. C'est le lieu aujourd'hui, pour nous, de vous dire un grand merci pour votre disponibilité. Trouvez ici cher Maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre confiance totale.

A notre Maître et Juge le Docteur Mamadou DEMBELÉ, Médecin

Interniste, Assistant Chef de clinique au service de Médecine Interne de l'hôpital National du Point «G».

Nous avons été séduit par votre courage, vos immenses qualités d'excellent Médecin et d'Homme très sociable, votre humilité. Vos qualités intellectuelles et vos capacités pédagogiques font de vous un modèle de Maître qu'un élève souhaite.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre plus grand respect et de toute notre reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse Professeur Moussa Yousoufa

MAIGA. Maître de Conférences Agrégé en Hépatogastro-entérologie, Chef de service Médecine de l'hôpital Gabriel TOURE.

Nous sommes très honorés de la confiance que vous nous avez faite en nous

confiant ce travail. Notre séjour dans votre service, que nous n'oublierons pas, nous a fait découvrir davantage outre vos qualités humaines exceptionnelles et exemplaires, votre grande expérience médicale, votre rigueur scientifique, vos connaissances larges, faisant de vous un Maître respectable et respecté. Vous

nous aviez toujours bien traités, vous avez été pour nous un excellent conseiller. Nous avons beaucoup et bien appris à vos côtés et nous souhaiterions toujours bénéficier de vos connaissances inépuisables. Les mots nous manquent pour

vous remercier.

Vous trouvez dans ce travail, le vôtre, notre admiration sans faille, notre
attachement et notre profond respect. Puisse ALLAH le Tout puissant vous
assister dans votre noble tâche.

ABREVIATIONS

CCR = Cancer (s) côlo-rectal (aux).

EFF = EF = Effectif.

MC = Maladie de Crohn.

POP. = Population.

RCH = Rectocolite hémorragique.

Vande CN = Viande conservée naturellement.

RGO = Reflux gastro-œsophagien.

TOGD = Transit œso-gastro-duodénal.

SOMMAIRE

Chapitres	Pages
I- INTRODUCTION	1
II- RAPPELS	4
III- METHODOLOGIE	42
IV- RESULTATS	46
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	80
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	92
VII- RESUME	94
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	96
IX- ANNEXES	
Fiche d'enquête	
Serment d'Hippocrate	

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Les cancers du tube digestif sont de plus en plus diagnostiqués en milieu tropical, en raison de l'essor des moyens d'investigation au premier rang desquels figure l'endoscopie digestive. Le pronostic de ces affections tient essentiellement au retard du diagnostic (30, 45, 70, 90, 101, 102, 137) et à l'absence des traitements adjuvants et néo-adjuvants (1, 7, 11, 18, 29, 32, 40). En effet, au Mali des études rétrospectives ont démontré que la chirurgie à visée curative au moment du diagnostic des cancers de l'estomac, du côlon et du rectum, n'était possible que dans respectivement 19,7% des cas (138), 39,13% des cas (35) et 54,16% des cas (34). La fréquence, les facteurs de risque, la gravité et les modalités thérapeutiques de ces tumeurs ont fait l'objet de nombreux travaux dans le monde (4, 6, 8, 9, 13, 23, 34, 35). En Afrique certains travaux ont permis d'évaluer la fréquence et le pronostic de ces affections (34, 35, 97, 101, 102). Au Mali, quelques travaux ont été réalisés sur les cancers digestifs tant sur le plan épidémiologique que sur le plan thérapeutique (30, 34, 35, 70, 121, 122, 138). Mais ces études ont permis l'évaluation de la fréquence, de la mortalité de ces cancers digestifs, à caractère rétrospectif (34, 35, 93, 137). D'autre part, les facteurs de risque notamment alimentaires n'ont pas fait l'objet d'étude

approfondie, et le caractère segmentaire de ces études ne précise pas le pronostic global de ces affections.

Nous avons donc entrepris ce travail pour combler ces lacunes. Nos objectifs étaient :

- Objectif général : étudier les cancers du tube digestif.
- Objectifs spécifiques :
- Déterminer la fréquence des cancers du tube digestif.
- Evaluer les circonstances de découverte de ces affections.
- Identifier le régime de base des patients atteints par ces cancers.
- Déterminer les possibilités de traitement chirurgical au moment du diagnostic des cancers du tube digestif.

Pour effectuer ce travail, nous suivrons le plan suivant :

- I- Introduction.
- II- Rappel.
- III- Méthodologie.
- IV- Résultats.
- V- Commentaires et discussion.
- VI- Conclusion et recommandations.
- VII- Résumé.

VIII- Références bibliographiques.

IX- Annexe.

**RAPPELS SUR LES CANCERS DU
TUBE DIGESTIF**

II- RAPPEL SUR LES CANCERS DE L'ŒSOPHAGE, DE

L'ESTOMAC ET DU COLO – RECTUM.

1) CANCERS DE L'ŒSOPHAGE :

1.1) Généralités : Les cancers de l'œsophage sont des tumeurs malignes

siégeant sur l'œsophage. Il s'agit de maladies graves de mauvais pronostic (13). Ils représentent environ 15% des cancers digestifs en Europe (13). Leur survenue est fortement liée à plusieurs facteurs favorisants, dominés par l'intoxication alcool-tabagique(13). Il s'agit le plus souvent d'un carcinome épidermoïde, plus rarement d'un adénocarcinome (13).

1.2) Epidémiologie :

a) Incidence :

En Europe, le cancer de l'œsophage représente 15% des cancers digestifs. Au Mali, en 1985, selon une étude (137), le cancer de l'œsophage représentait 1,3% de l'ensemble des cancers. Cette fréquence est relativement faible. Elle est comparable à celles de beaucoup de pays Ouest-africains. En Afrique australe, les fréquences du cancer de l'œsophage sont les plus élevées au monde avec 15 à 30% de toutes les tumeurs malignes selon une étude citée par TOURE (137). Le type histologique est le carcinome épidermoïde dans 90% des cas de cancers œsophagiens (13).

b) Sex-ratio, âge :

En France, pays où l'incidence du cancer de l'œsophage est élevée, les hommes sont 15 fois plus touchés que les femmes (13). Dans les pays à faible incidence, le sex-ratio est de 4 à 5 hommes pour une femme. Au Mali, une étude menée en 1985 a trouvé un sex-ratio de 2,6 en faveur des hommes (137).

En France, l'âge moyen du diagnostic est de 60 ans, le risque existe à partir de 40 ans. Ce risque devient plus faible après 75 ans (13). Au Mali, l'âge moyen de survenue se situe au tour de 52 ans (137). Cette moyenne d'âge est également retrouvée dans beaucoup d'autres pays africains (102).

1.3) Etiologie :

Plusieurs facteurs ont été incriminés dans la survenue du cancer de l'œsophage :

a) Facteurs environnementaux :

- l'alcool : La consommation journalière d'alcool supérieure à 200grammes multiplierait le risque de survenue du cancer de l'œsophage par 4.
 - le tabac : La consommation de plus de 24 cigarettes par jour multiplierait le risque de survenue du cancer de l'œsophage par 6. Les tabacs prisé ou chiqué présentent également un très grand risque.
- Le risque est donc dose dépendant et augmente nettement en cas d'intoxication mixte : il est multiplié par 45 si la consommation est supérieure à 20 cigarettes par jour et de plus de 1 litre de vin par jour (13).

- les nitrosamines : Elles seraient responsables de l'élévation de l'incidence du cancer de l'œsophage dans les régions chaudes. La transformation des

nitrites en nitrosamines sous l'action de la pullulation microbienne, expliquerait

le rôle carcinogène des nitrosamines. Cette transformation peut se faire sur les

aliments conservés ou être endogène.

La réfrigération des aliments permet donc d'éviter ce phénomène, et ainsi de

diminuer le risque de survenue du cancer de l'œsophage.

- la carence en vitamines A, E et C a été évoquée (13).

- la carence en protéines animales (13).

- les aliments chauds et autres agressions œsophagiennes d'origine

alimentaire (aliments durs).

- la consommation d'aliments assez salés.

- la faible consommation de fruits verts et de légumes frais.

b) Les radiations ionisantes de l'œsophage au cours des radiothérapies d'un

organe voisin de l'œsophage : sein, thyroïde, trachée (13).

c) Les maladies précancéreuses de l'œsophage :

- mégaoesophage ou achalasie ou cardiospasme (13) : Sa transformation

maligne est rare : 5% des cas.

- endobrachy-œsophage ou muqueuse de BARETT (13) : Il s'agit d'un

remplacement de la muqueuse œsophagienne de type malpighien par une

muqueuse gastrique de type glandulaire dans laquelle survient secondairement

une métaplasie intestinale puis une dysplasie.

- les sténoses peptiques et caustiques, surtout après plusieurs années d'évolution

et dans les cas de dilatations œsophagiennes répétées.

- polypes œsophagiens.

- les dysplasies : Il s'agit de lésions tissulaires caractérisées par des atypies

nucléaires, des anomalies de différenciation cellulaire et d'une désorganisation

de l'architecture normale.

- les cancers de la sphère ORL sont souvent associés au cancer de l'œsophage

dans 8 à 18% des cas (13).

- papillomavirus.

- dysphagie sidéropénique Syndrome de PLUMMER VINSON.

1.4) ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

a) Macroscopie : Le cancer de l'œsophage peut revêtir plusieurs aspects (13) :

+ ulcero – bourgeonnant, le plus fréquent.

+ ulcéré.

+ bourgeonnant (polypoïde, végétant).

+ infiltrant.

Le siège peut être :

+Tiers-supérieur dans 20% des cas (13).

+Tiers-moyen dans 30% cas (13).

+Tiers-inférieur dans 50% des cas (12).

b) Microscopie : Le cancer de l'œsophage se présente sous deux formes

histologiques :

b.1) Les carcinomes : Représentent 99% des cas de cancer de l'œsophage.

Ils comprennent deux types :

- les carcinomes épidermoïdes : Représentent 90% des carcinomes . Ils reproduisent un tissu de type malpighien (13).

- les adénocarcinomes : Représentent 10% des carcinomes, reproduisent un tissu de type glandulaire (muqueuse de BARETT).

b.2) *Les autres types* : Représentent 1% des cancers de l'œsophage. Il

s'agit :

- des mélanomes malins.

- des sarcomes.

- des lymphomes malins.

c) Extension tumorale :

c.1) *Extension loco-régionale :*

L'infiltration de toute la tunique est précocce, et l'extension se fait longitudinalement à tout l'œsophage et transversalement aux organes de voisinage (médastin).

c.2) *Extension ganglionnaire lymphatique :*

Elle est également très précocce avec atteinte des ganglions latéro-tumoraux très fréquemment puis les ganglions du cardia et de la coronaire-stomachique, la chaîne cervicale et moins fréquemment, les ganglions trachéo-bronchiques.

c.3) *Extension métastatique :*

Les métastases sont plus rarement observées à cause de l'évolution rapide de la maladie. Elles se font essentiellement aux foie, aux poumons, aux os.

d) Classification TNM de l'OMS :

- T = Tumeur.

Tis = Tumeur in situ (pré - invasive).

T0 = Cancer cliniquement non décelable.

T1 = Cancer envahissant la muqueuse et/ou la sous-muqueuse.

T2 = Cancer envahissant la musculuse propre.

T3 = Cancer envahissant l'adventice.

T4 = Cancer envahissant les structures adjacentes.

- N = Nodule (ganglion).

N0 = envahissement ganglionnaire non décelable.

N1 = Envahissement ganglionnaire.

- M = Métastases.

M0 = Pas de métastases

M1 = Présence de métastases.

NB : Les adénopathies néoplasiques cervicales ou coeliaques sont considérées comme des métastases (selon le siège de la T4 : haut-œsophage ou bas-œsophage).

e) Stadification : 4 stades

Stade 0 = Tis N0 M0

Stade 1 = T1 N0 M0

- Toux par inhalation des produits de régurgitation ou liée à une fistule œso – trachéo – bronchique.
- une hématérmèse avec méléna ou non.
- la douleur rétro – sternale doit faire craindre un envahissement d'organe de voisinage.
- régurgitations.
- l'aphagie.
- dysphagie : domine le tableau clinique. Elle se manifeste d'abord pour les solides puis à la fois aux solides et liquides, et aboutit rapidement à

b) Signes fonctionnels :

- asthénie.
- fièvre.
- anémie.
- amaigrissement rapide.

a) Signes généraux :

1.5) Clinique :

NB : Tx = Tous T, Nx = Tous N

Stade 4 = Tx Nx M1

Stade 3 = T3 N1 M0 ou T4 Nx M0

Stade 2b = T1 N1 M0 ou T2 N1 M0

Stade 2a = T2 N0 M0 ou T3 N0 M0

c) Signes physiques : Ils sont rares :

- un ganglion de Troisier peut exister, de même que d'autres localisations ganglionnaires : axillaires, cervicales, sous-maxillaires.
- une hépatomégalie irrégulière.
- une augmentation du volume de l'abdomen en rapport avec l'ascite.
- perte de poids avec OMI.

1.6) Examens paracliniques :

- la fibroscopie oeso-gastro-duodénale est fondamentale au diagnostic : permet d'objectiver la tumeur sous les aspects décrits dans l'anatomie-pathologie et de faire des biopsies pour la confirmation histologique.
- le TOGD montre une sténose irrégulière.
- échocendoscopie : Permet de préciser l'extension pariétale de la tumeur.
- la radiographie du thorax, l'échographie abdominale évaluent les extensions ganglionnaires et métastatiques au foie et aux poudrons.

- Le scanner thoracique, utile au pronostic : apprécie l'extension éventuelle aux organes de voisinage (aorte, arbre trachéo-bronchique), mesure le diamètre de la tumeur, détecte les petites métastases pulmonaires, et suivant certaines coupes permet de détecter des adénopathies coéliquales et des métastases hépatiques.

- Dosage des marqueurs tumoraux tel que le SCC (squamous cell carcinoma).
- la numération formule sanguine (NFS) permet d'apprécier l'anémie et contribue au bilan préopératoire.

1.7) Diagnostic :

- a) *Diagnostic positif* : Devant toute dysphagie surtout chez un alcoolotabagique, une fibroscopie oeso-gastro-duodénale permet de poser le diagnostic en visualisant la tumeur et d'en faire des biopsies.
- b) *Diagnostic différentiel* : Il s'agit de toute autre cause de dysphagie. Dans tous les cas l'endoscopie digestive haute redressera le diagnostic.

1.8) Formes cliniques :

- a) *Cancer sur endobrachy-œsophage et sténose peptique* : 10% de cancérisation (adénocarcinome).
- b) *Cancer sur méga-œsophage* : 1 à 13% de cancérisation dans les 10 – 20 premières années (épithélioma malpighien).
- c) *Cancer sur sténose caustique* : 2 à 16% de cancérisation dans les 15 – 20 premières années (épithélioma spinocellulaire).
- d) *Cancer IN SITU : Cancer superficiel* : 7 – 15% des cancers de l'œsophage.

- 1.9) *Complications* : il peut s'agir d'une perforation, d'un envahissement médiastinal, d'une surinfection.

1.10) Traitement :

a) *Buts* :

- Traitement curatif : exérèse de la tumeur avec curage ganglionnaire.
- Traitement palliatif : lorsque l'exérèse n'est plus possible, permettre un meilleur confort de vie.

- Traitement préventif : arrêt de l'intoxication alcoolotabagique, traitement précoce des affections prédisposantes.

b) Moyens et méthodes :

b.1) Chirurgie :

- curative : Elle constitue le seul traitement curatif. Elle n'est malheureusement possible que dans 20% des cas. Elle est fonction du siège de la tumeur, de l'état général du patient du bilan d'extension en l'absence de métastases. Il s'agit d'une oesophagectomie partielle avec anastomose oeso-gastrique après tubulisation ou totale avec transplant colique ou gastrique.
- On procède à une exérèse totale de la tumeur avec résection à 5 cm de la tumeur de part et d'autre en tissu sain.

- palliative : Le traitement chirurgical palliatif a pour but de permettre l'alimentation : Il peut s'agir de gastrostomie, de plastie colique.

b.2) Radiothérapie, chimiothérapie : généralement utilisées comme traitements adjuvants à la chirurgie.

- Les agents cytotostatiques les plus utilisés sont la mitomycine C, la cisplatine et le 5 Fluoro-uracile (5 FU).

- Une radiothérapie livre 40 Gy. Elle peut être utilisée exclusivement à visée curative chez des sujets inopérables ayant un cancer de petite taille (T1 ou moins de 5 cm). Ailleurs, elle peut être adjuvante à la chirurgie associée à la chimiothérapie ou à titre palliatif. La curiethérapie endoluminale est en cours d'évaluation (29).

b.3) Traitement endoscopique palliatif : endoprothèse et/ou Laser.

c) Indications :

Cancers des Tiers-inférieur et moyen de l'œsophage :

Stades 1 et 2 : Chirurgie curative avec chimio-radiothérapie adjuvante.

Stades 3 et 4 :

- chirurgie palliative.
- ou radio-chimiothérapie palliative.
- ou prothèse surtout s'il existe une fistule.
- ou Laser pour tumeur bourgeonnante sténosante.

1.11) Pronostic:

Le pronostic de ces cancers est extrêmement médiocre quelles que soient les modalités thérapeutiques. La survie à 5 ans est de 70% pour les cancers superficiels, 25% pour les T1, 15% pour les T2, elle est quasiment nulle pour les T3 et T4, en Europe.

La survie à 5 ans des cancers réséqués est de 30% en l'absence d'extension ganglionnaire, et de 10% en cas d'extension ganglionnaire.

La survie moyenne est de 4 mois en présence de métastases.

Le pronostic global du cancer de l'œsophage reste quels que soient son type et sa localisation effroyable. La survie est inférieure à 10% à 5 ans. Ceci est lié au fait que le diagnostic est le plus souvent tardif, à l'extrême précocité de la diffusion lymphatique et à la précarité du terrain sur lequel ce cancer survient.

2) CANCERS DE L'ESTOMAC :

2.1) Définition :

Les cancers de l'estomac sont des tumeurs malignes siégeant sur cet organe, de diagnostic le plus souvent très tardif dans nos pays. Le pronostic global, en France, de ces cancers est très mauvais avec une survie à 5 ans de l'ordre de 10%, après le diagnostic.

2.2) Epidémiologie :

a) Fréquence :

Les cancers de l'estomac représentaient en 1995 en France 5% de l'ensemble des cancers, et se situaient derrière les cancers côlo-rectaux (14%), les cancers mammaires (12%), et bronchiques (11%).

IL existe de fortes variations d'incidence du cancer de l'estomac dans le monde. Les taux les plus élevés sont observés au Japon puis en Amérique du sud (Chili) et en Europe de l'Est.

Le cancer de l'estomac était considéré comme rare en Afrique. Au Mali, une étude effectuée en 1985 à Bamako a trouvé que le cancer de l'estomac représente 18,6% de l'ensemble des cancers (137). Il se classait au deuxième rang après le cancer du foie.

Ces variations géographiques d'incidence de cancer de l'estomac sont liées aux facteurs environnementaux. Le bas niveau de vie socio-économique a été retenu comme facteur de risque, ainsi que des facteurs génétiques (groupe sanguin A), et héréditaires très probables.

b) Sexe et âge :

Le cancer de l'estomac est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Le risque de survenue augmente avec l'âge à partir de 50 ans. Au Mali en 1985 un âge moyen de 52,9 ans a été rapporté (137).

c) Facteurs favorisants :

c.1) Facteurs endogènes :

c.1.1) Les conditions précancéreuses :

Il s'agit de :

- la gastrite chronique atrophique ;
- l'ulcère gastrique : Le risque est très discuté, probablement faible ;
- les moignons de gastrectomie pour ulcère à partir de 15 ans après la chirurgie ;
- les polypes adénomateux gastriques ;
- la maladie de Ménétrier : Il s'agit d'une hyperplasie des éléments muco-sécrétants glandulaires entraînant un épaississement de la muqueuse gastrique (2 mm au lieu de 1 mm) ;

c.1.2) Lésions précancéreuses :

Il s'agit d'anomalies histologiques sur lesquelles on observe un cancer plus fréquemment que sur tissu normal :

- la dysplasie gastrique : Lésion cellulaire caractérisée par des atypies nucléaires, des anomalies de la différenciation cellulaire et une désorganisation de l'architecture normale. Elle comporte 3 stades de gravité croissante :

Stade 1 : Dysplasie légère.

Stade 2 : Dysplasie moyenne.

Stade 3 : Dysplasie sévère très difficile à différencier du cancer in situ (cancer intra-épithélial).

- La métaplasie intestinale : Remplacement de l'épithélium cubique gastrique par un épithélium intestinal.

c.2) Facteurs exogènes :

- *l'Helicobacter pylori* (Hp) : Des études épidémiologiques ont montré l'association fréquente de *l'Helicobacter pylori* et le cancer gastrique (13, 89). Il est vraisemblable que ce germe favorise la survenue du cancer gastrique par le biais de la gastrite chronique qu'il induit.

- L'alimentation : Il semble que les aliments riches en féculents, les poissons salés et viande rouge et salée, les aliments fumés, les légumes en saumure, favorisent la survenue du cancer de l'estomac (70, 71).

Par contre, les fruits et légumes verts, les aliments riches en vitamines A et C protégeraient contre la survenue du cancer de l'estomac (71).

- Les nitrates et les nitrites : Il semble que les nitrates favorisent la survenue du cancer gastrique. La transformation de nitrates en nitrites sous l'action des bactéries dont la pullulation est elle-même favorisée par l'hypocacidité de la gastrite atrophique chronique, a été retenue par plusieurs auteurs comme facteur favorisant du cancer gastrique. Cette pullulation bactérienne se produit également dans les aliments conservés à des températures élevées. La

conservation des aliments au froid, surtout de la viande riche en protéines, protégerait contre ce risque de survenue du cancer digestif.

- Les hydrocarbures aromatiques retrouvés dans les aliments grillés ou fumés sont des cancérogènes potentiels (13).

- L'exposition aux produits industriels comme le caoutchouc, cuivre, amiante ; présente un risque important de survenue du cancer gastrique.

- Le tabac et l'alcool ne semblent pas avoir un rôle favorisant (13).

2.3) Anatomie pathologique :

a) Siège :

Au Mali, le cancer de l'estomac siège avec prédilection sur l'antre (plus de 50% de cas), le corps gastrique vient en deuxième position avec plus de 20% des cas.

b) Macroscopie :

Il existe deux types :

- le cancer invasif, envahissant la musculuse.
- le cancer superficiel, limité à la muqueuse et à la sous muqueuse.

b.1) Cancer invasif :

Présente 3 aspects : bourgeonnant, ulcéré ou infiltrant. Ces aspects sont le plus souvent associés. La forme infiltrante pure représente la LIMITE PLASTIQUE.

b.2) Cancer superficiel :

Modification de la couleur et de la texture de la muqueuse. La lésion est soit surélevée, soit plate, soit érosive.

c) **Histologie :**

c.1) **Classification histologique de l'OMS :**

4 grandes répartitions :

c.1.1) *Adénocarcinomes :*

Ils peuvent être papillaires, tubulés, tubulo-papillaires, mucineux, à cellules à

bague à chaton.

c.1.2) *Carcinomes indifférenciés :* Pas d'aspect glandulaire.

c.1.3) *Autres cancers :* Sarcomes, lymphomes, les tumeurs

carcinoïdes.

c.1.4) *Les cancers non classés.*

d) **Extension :** Il peut s'agir de :

- une augmentation progressive du volume de la tumeur vers le pylore avec syndrome de sténose ; vers le cardia avec dysphagie.
- une extension par contiguïté au pancréas, le côlon, le foie et le péritoine, le

long du pédicule vasculaire de l'estomac.

- une extension par voie lymphatique : ganglions.
- une extension par voie sanguine : principalement métastases au foie, aux

poumons.

e) **Classification TNM :**

Cette classification est à visée pronostique. Elle est fondée sur les données post opératoires :

(T : tumeur, N : nodules, M : Métastase)

Tis = Tumeur in situ.

T1 = Tumeur envahit la muqueuse plus ou moins la sous muqueuse.

T2 = Tumeur envahit la musculuse.

T3 = Tumeur envahit la séreuse.

T4 = Tumeur envahit les structures adjacentes.

N0 = Absence d'extension ganglionnaire.

N1 = Extension ganglionnaire périgastrique à moins de 3 cm de la tumeur.

N2 = Extension ganglionnaire à plus de 3 cm de la tumeur.

M0 = Pas de métastases à distance.

M1 = Métastases à distance.

NB : Les lettres T, N et M sont précédées d'un p (= pathologie), différenciant

cette classification de celle clinique préopératoire qui lui est similaire.

f) Stadification :

Stade 1 = T1 N0 M0

Stade 2 = T1 N1 M0 ou T2 N0 M0

Stade 3 = T1 N2 M0 – T2 N2 M0 – T3 ou 4 Nx M0

Stade 4 = Tx Nx M1

NB : Tx = tous T.

Nx = tous N

2.4) Clinique:

a) Signes généraux :

- amaigrissement ;
- asthénie ;
- anémie ;
- fièvre inexpliquée.

b) Signes fonctionnels :

- l'épigastrie : Elle existe dans la grande majorité des cas, surtout dans les cancers superficiels. Cette douleur existe le plus souvent depuis quelques mois voire quelques années. Elle devient de plus en plus insupportable.
- le syndrome dyspeptique : pesantier épigastrique.
- les vomissements post prandiaux tardifs alimentaires signalent la sténose.
- l'hématémèse et \ ou le méléna.

c) Signes physiques :

L'examen physique recherchera :

- une masse épigastrique.
- un ganglion de Troisier.
- une hépatomégalie associée ou non à une splénomégalie.
- une ascite, une tumeur de Krukenberg.
- une autre tumeur palpable digestive (anale, colique).
- un méléna, des nodules du DOUGLAS au TR.

d) Signes paracliniques :

- L'examen fondamental ici est la fibroscopie oeso-gastro-duodénale qui objective la tumeur, décrit ces caractères et permet les biopsies pour l'examen histologique.
- l'échoendoscopie et le scanner sont utiles pour le pronostic, car ils précisent le degré de l'extension et guident la conduite thérapeutique.
- L'échographie abdominale recherche une localisation, un épanchement péritonéal, des adénopathies profondes.
- La radiographie du thorax recherche des métastases pulmonaires.
- Le dosage des marqueurs tumoraux pour la surveillance post-thérapeutique.
- L'hémogramme retrouve le plus souvent une anémie de type microcytaire.

e) Evolution :

L'évolution se fait vers l'altération progressive de l'état général, la formation des métastases et le décès survient dans un état de dénutrition marqué.

2.5) Diagnostic :

- Diagnostic positif : Le diagnostic de cancer gastrique évoqué devant les signes cliniques est confirmé par la fibroscopie gastrique avec biopsies et histologie.
- Diagnostic différentiel : Il est facilement fait par la fibroscopie avec biopsies

qui permet de différencier un carcinome gastrique d'une tumeur bénigne (léiomyome, adénome ou schwannomes).

2.6) Formes cliniques : Il s'agit essentiellement de la limite plastique,

du cancer superficiel et des formes topographiques.

- La gastrectomie totale : elle retire le premier duodénum, l'ensemble de l'estomac, la partie terminale de l'œsophage. Le curage intéresse le pédicule coronaire stomachique jusqu'à son origine, le pédicule gastro-épiploïque droit jusqu'à son origine, la pylorique et éventuellement le pédicule
 - L'œso-gastrectomie polaire supérieure emportant la partie basse de l'œsophage abdominal, la partie supérieure de l'estomac, les ganglions para-cardiaques, ceux de la partie supérieure de la grande courbure et de la petite courbure, la chaîne coronaire stomachique. Cette intervention est actuellement délaissée.
 - Une gastrectomie partielle avec anastomose gastroduodénale.
- La chirurgie représente le seul espoir de guérison dans le cancer de l'estomac. il peut s'agir :

b.1) Chirurgie curative avec curage ganglionnaire :

b) Moyens :

- **Traitement palliatif :** Dérivations pour permettre l'alimentation.
- **Traitement curatif :** Exérèse de la tumeur avec curage ganglionnaire.

a) Buts :

2.8) Traitement :

- Les obstructions gastro-intestinales.
- Les hémorragies massives gastriques.
- Les perforations gastriques.

2.7) Complications :

hépatique. Le grand épiploon est retiré dans son ensemble. Le rétablissement de la continuité est assuré par une anse en Y avec anastomose terminale sur l'œsophage et latérale sur le jéjunum.

- La gastrectomie totale élargie associée à la gastrectomie totale, l'excision des ganglions de la chaîne splénique en effectuant une spléno-pancréatectomie caudale.

- l'œsogastrectomie totale avec plastie colique de l'œsophage.

b.2) Interventions palliatives :

- Les excisions incomplètes : Gastrectomies palliatives effectuées pour éviter les sténoses ou en cas d'hémorragie.

- Les interventions laissant en place une tumeur inextirpable : Gastro-entérostomie réalisée en cas de tumeur de l'antrum sténosante ; jéjunostomie d'alimentation.

b.3) La radiothérapie et la chimiothérapie n'ont pas prouvé leur

efficacité.

- la radiothérapie n'a pas d'indication dans le cancer gastrique.
- La chimiothérapie ne donne pas de bénéfice en terme de survie.

c) Indications :

- Cancer gastrique limité sans métastases : Exérèse chirurgicale et curage des ganglions proximaux.

- Cancer gastrique avec métastases : gastro-entérostomie, jéjunostomie, traitement symptomatique.

2.9) Pronostic :

En France :

- La survie 5 ans après résection à visée curative d'un carcinome superficiel de l'estomac est de 70% à 90%.
- La survie globale 5 ans après résection à visée curative d'un carcinome gastrique infiltrant est de 20% à 30 %.
- La survie globale 5 ans après le diagnostic de carcinome gastrique est de l'ordre de 10%. Il s'agit là d'un pronostic très médiocre.

3) CANCERS CÔLO-RECTAUX (CCR) :

3.1) Définition :

Le CCR est une tumeur maligne siégeant sur le cadre côlo-rectal. La chirurgie reste actuellement le seul espoir de guérison. Il constitue au Mali le 2^{ème} cancer du tube digestif après celui de l'estomac (137).

Le mauvais pronostic de ces cancers côlo-rectaux est lié au retard du diagnostic.

3.2) Épidémiologie :

a) Incidence :

Le CCR est classiquement rare en Afrique (97, 101, 102). Sa fréquence est de 14% en France où ils représentent le premier cancer (10, 52). En Afrique, ils représentent le 2^{ème} cancer digestif après celui de l'estomac. Au Bénin les CCR représente 10,63% des cancers du tube digestif (97).

b) Age et sexe :

Le risque de survenue des cancers côlo-rectaux se situe en Afrique autour de 45-50 ans. Ce risque croît régulièrement avec l'âge. En France, le risque apparaît vers 45 ans et l'incidence maximale se situe entre 50 et 70 ans. Au Bénin le sex-ratio est de 1,5 en faveur des hommes avec un âge moyen de 51,2 ans (97) ; l'âge moyen est de 46 ans avec un sex-ratio de 3/1 en faveur des hommes en Côte d'Ivoire (6).

Au Mali le sex-ratio est de 1,4 en faveur des hommes avec un âge moyen de 47,4 ans, pour le cancer colique (35) et pour le cancer rectal par le même auteur un sex-ratio de 2,2 avec un âge moyen de 55 ans (34). La prédominance masculine est classique (97).

c) Facteurs favorisants :

c.1) Facteurs de risque alimentaires :

Plusieurs études ont montré l'influence du régime alimentaire dans la survenue du cancer côlo-rectal. L'alimentation riche en graisses animales, en protéines semble favoriser la survenue du CCR. Les rôles de l'excès de poids, de l'excès calorique, des hydrates de carbonés raffinés, du fer, de l'alcool et du tabac ont été évoqués (13). Par contre, les légumes verts, les fibres alimentaires, les mucilages auraient un rôle protecteur. Le rôle protecteur du calcium (25) et des vitamines et oligo-éléments reste à discuter (13).

c.2) Facteurs génétiques :

Le CCR survient dans environ 10 % des cas dans un contexte familial sur une lésion à mode de transmission automatique dominant. Les affections

prédisposantes sont représentées par essentiellement :

- le polype adénomateux (10, 52, 61) qui peut être :

+ un adénome tubuleux,

+ un adénome villosus,

+ ou un adénome tubulo-villosus.

- la polypose adénomateuse familiale :

+ Polypose de Peutz-Jegher : Il s'agit de formation tissulaire pseudo-tumorale caractérisée par un mélange anormal de cellules normalement présentes au niveau de l'intestin ou même de l'ensemble du tube digestif. Elle s'associe à une lentiginose (affection cutanée caractérisée par de nombreuses taches pigmentaires parfois saillantes) péri-orificielle. Chaque polype est constitué par un axe conjonctif contenant de fibres musculaires lisses et revêtu de cellules intestinales très muco - sécrétantes.

+ Syndrome de Gardner : Il s'agit d'une association de multiples polypes recto-coliques et d'autres lésions tels que un ostéome, un fibrome, une tumeur dermoïde, un kyste cutané épidermoïde ou sébacé. La survenue de cancer est ici fréquente.

- Les antécédents familiaux de cancer côlo-rectal héréditaire sans polypose ou HNPCC (Heredity Non Polyposis Colorectal Cancer) = LYNCH : Il s'agit d'une forme de cancer côlo-rectal survenant en dehors d'une polyadénomatosose

familiale, associée volontiers à d'autres cancers tels que les cancers de l'ovaire, de l'utérus, de la thyroïde.

- Antécédents de cancer colo-rectal :

Le risque de CCR est multiplié par 3 en cas d'antécédent personnel de ce cancer surtout dans les 4 premières années après le traitement du premier cancer. Ce risque est multiplié par 2 en cas d'antécédent familial du 1^{er} degré de cancer colo-rectal, et en cas de cancer de l'ovaire, de l'endomètre ou du sein.

c.3) Maladies inflammatoires :

- la rectocolite ulcéro - hémorragique = RCH (65)

- La maladie de Crohn = (MC)

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

c.4) les sels biliaires et la pullulation bactérienne :

Le déficit en sels biliaires réduirait le risque de survenue du CCR : Les sels biliaires ont une action trophique sur la muqueuse colo-rectale favorisant la formation des cancers. Cette théorie a été avancée pour expliquer la prévalence élevée des CCR chez les cholécystectomisés (62, 109).

La pullulation bactérienne entraîne la déconjugaison des sels biliaires qui deviennent inactifs dans l'absorption des graisses animales, lesquelles sont connues cancérogène sur le colo-rectum.

3.3) Anatomie pathologique :

a) Topographie :

Les cancers colo-rectaux siègent dans :

- 30% des cas dans le rectum.

- 45% des cas dans le sigmoïde.

- 4% des cas dans le colon gauche.

- 6% des cas dans le colon droit.

Dans 5% des cas le CCR comporte une deuxième localisation (cancer

synchrone).

b) Macroscopique :

- Le CCR est le plus souvent ulcéro-infiltrant, avec des ulcérations entourées

d'un bourrelet carcinomateux.

- la forme végétante pure est plus rare.

c) Microscopique :

- le cancer colo-rectal est très souvent un adénocarcinome.

Dans 80% des cas il s'agit d'un adénocarcinome de type Luberkühnien fait

de structures glandulaires (tubulaires, acineuses ou papillaires). Il peut

être bien différencié, moyennement différencié ou peu différencié.

Dans 20% des cas, il s'agit d'adénocarcinome atypique de type colloïde

muqueux du fait de la présence de plages étendues de mucus.

- Les carcinomes non Luberkühnien (épidermoïdes, adéno-squameux à petites

cellules ou indifférenciés) sont exceptionnels.

- Les lymphomes, mélanomes et sarcome sont rares (24).

d) Extension :

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

Dans les cancers du côlon, l'extension ganglionnaire suit les pédicules vasculaires mésentériques, supérieurs à droite et inférieurs à gauche. Les relais ganglionnaires sont les groupes paracoliques au contact de l'organe, intermédiaires et pédiculaires à la racine des pédicules. L'extension ganglionnaire pédiculaire est de très mauvais pronostic car difficilement extirpable par le chirurgien.

Dans le cancer rectal, l'extension ganglionnaire suit la vascularisation qui est assurée, pour la partie supérieure par des branches de l'artère mésentérique inférieure, alors que les parties moyenne et inférieure sont vascularisées par les artères hémorroïdales moyenne et inférieure (branches de l'artère hypogastrique). Les veines et les lymphatiques sont satellites des artères et le drainage se fait, à la fois, par conséquent vers le système porte (pédicule mésentérique inférieur) et vers le système cave (pédicule hypogastrique).

- Extension métastatique : Il s'agit de métastases hépatiques, puis viennent les localisations pulmonaires, osseuses, péritonéales, et cérébrales.

e) Classification :

e.1) Classification de Dukes/Asler-Coller : 4 stades : (Tableau 1)

Stade A : Tumeur envahit la muqueuse et le sous muqueuse.

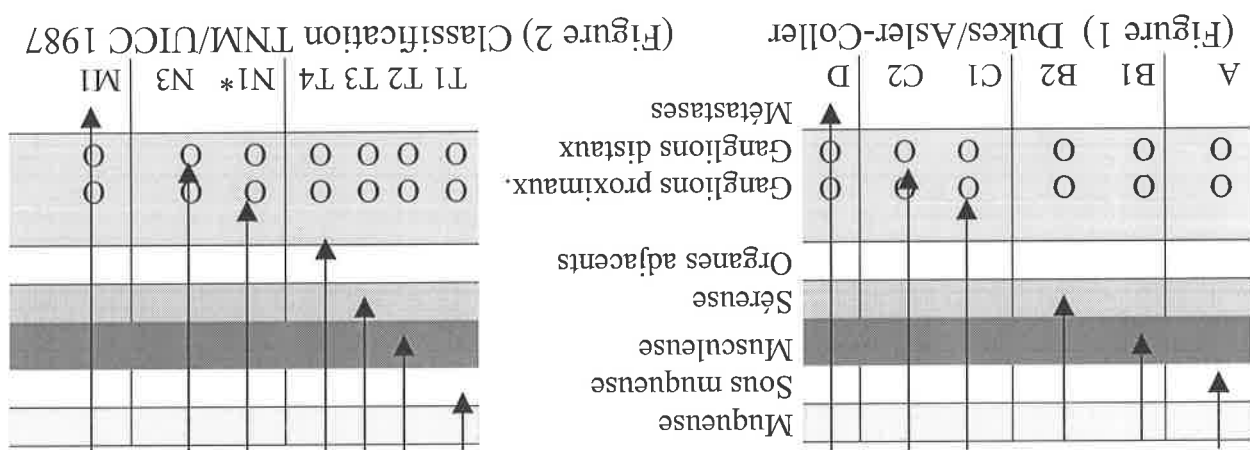
Stade B : * B1 : la tumeur a envahi la musculuse.

* B2 : la tumeur a envahi 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 : la tumeur a fait des métastases lointaines.



Pour la figure 2, le stade est défini par 3 lettres T, N et M suivies d'un chiffre. N0 = absence de ganglion envahi ; M0 = absence de métastase ; *si plus de 3 ganglions atteints = N2.

e.2) Classification TNM (OMS):

T = Tumeur primaire

T0 = Tumeur primaire n'est pas évidente

Tis = Carcinome in situ

T1 = Tumeur a envahi la sous-muqueuse

T2 = Tumeur a envahi la musculuse propre

T3 = Tumeur a envahi la sous-séreuse ou les tissus péricoliques non

péritonéalisés.

T4 = Tumeur a envahi le péritoine viscéral ou les organes voisins.

Tx = Tumeur primaire ne peut pas être estimée.

N = Nodules lymphatiques régionaux.

N0 = Pas de métastases lymphatiques.

N1 = Métastases dans 1 à 3 nodules lymphatiques péricoliques.

N2 = Métastases dans 4 ou plus nodules lymphatiques péricoliques.

N3 = Métastases dans tous les nodules du tronc vasculaire correspondant.

Nx = L'atteinte des nodules lymphatiques régionaux ne peut pas être estimée.

M = Métastases à distance.

M0 = Pas de métastases à distance.

M1 = Présence de métastases à distance.

Mx = Présence de métastase à distance ne peut pas être estimée.

marquée.

- Les troubles du transit, à type de constipation récente (plutôt dans les localisations gauches), diarrhée (plutôt dans les localisations droites) ou alternance de diarrhée et de constipation.
- L'hémorragie digestive basse, fréquemment révélatrice (30 à 40% des cancers du côlon saignants) et de faible abondance. Il s'agit le plus souvent de rectorragie. Le méléna s'observe fréquemment dans les cancers du caecum ou peut être remplacé par des selles bordées tout simplement. L'hémorragie peut passer inaperçue et se révéler par une anémie microcytaire ferriprive.

Les signes d'appel cliniques sont communs à l'ensemble des cancers colorectaux et s'accompagnent d'une altération de l'état général plus ou moins marquée.

a) Signes cliniques communs à toutes les localisations :

Le CCR peut être découvert chez un sujet présentant des signes cliniques évidents ou lors de la de surveillance chez un sujet à risque.

3.4) Clinique :

NB : Any = Tout

Stade 4 = Any T Any N M1.

Stade 3 = Any T N1 M0 ou Any T N2, N3 M0

Stade 2 = T3 N0 M0 ou T4 N0 M0

Stade 1 = T1 N0 M0 ou T2 N0 M0

Stade 0 = Tis N0 M0

e.3) Stadification :

- Les douleurs abdominales sont présentes dans 40% des cancers coliques. Leur siège dépend de celui du cancer. Souvent peu évocatrices, à type de pesantueur abdominale avec ballonnement, elles peuvent parfois simuler une pathologie appendiculaire, vésiculaire ou gastrique. A un stade plus tardif, elles se manifestent par des syndromes occlusifs résolutifs : crises douloureuses paroxystiques avec distension abdominale et arrêt plus ou moins franc du transit, se terminant par l'émission de gaz ou de selles.

- Des complications peuvent révéler le CCR : occlusion intestinale aiguë ; perforations diastatiques (dans 75% des cas) ou tumorale (dans 25% des cas) ; hémorragie abondante, rare ; métastases ganglionnaires, hépatiques, péritonéales et pleuro-pulmonaires.

b) Signes particuliers au cancer du côlon droit :

Il est situé le plus souvent au niveau de la partie large du gros intestin. Il est très souvent latent et infecté. Il se traduit généralement par une altération de l'état général, un état sub-fébrile ou une anémie, que par des symptômes occlusifs. L'examen physique peut trouver à la palpation du flanc droit une masse ferme, mobile.

c) Signes particuliers au cancer du côlon gauche :

Il est habituellement sténosant, se révélant par des troubles du transit avec constipation, des crises occlusives résolutive ou une occlusion aiguë. Dans le cancer du sigmoïde, les touchers pelviens permettent parfois de retrouver une

tumeur prolabée dans le cul de sac de Douglas ou de percevoir des nodules de carcinose péritonéale.

d) Signe particulier au cancer du rectum :

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

3.5) Examens complémentaires :

a) Endoscopies digestives basses :

- La rectoscopie à tube rigide peut être faite en consultation. Elle fait le diagnostic des cancers rectaux inaccessibles au toucher rectal, en montrant la tumeur le plus souvent ulcéro-végétante, et permet des biopsies. Elle doit être complétée par une coloscopie sauf si la tumeur est sténosante et infranchissable.

- la coloscopie doit être demandée chaque fois que sa réalisation est possible. Elle permet de visualiser la tumeur et de faire des biopsies. Elle doit s'efforcer

d'être complète afin de rechercher sur le reste du côlon des polypes associés (15

à 30% des cas), ou un cancer synchronone (5% des cas).

b) Le lavement baryté :

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

manqueux>>.

c) L'échoendoscopie :

Plus utile pour le bilan d'opérabilité que pour le diagnostic. Elle permet de voir l'extension pariétale de la tumeur et les ganglions juxta-tumoraux (118, 119).

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

L'ACE est le principal marqueur des cancers recto-coliques. Sa valeur prédictive est très faible et sa recherche n'a pas donc d'intérêt diagnostique. La sensibilité est de 36% pour les cancers A et B de Dukes et de 83% pour les cancers D de Dukes. Sa spécificité est faible. Le dosage de l'ACE ne doit être demandé que lors du bilan préopératoire et sera surtout utile dans la surveillance biologique postopératoire si son taux était élevé au départ. L'exérèse chirurgicale complète entraîne une chute du taux d'ACE en deux mois environ ; une réascension du taux d'ACE signe la récurrence, et apparaît quatre mois en moyenne avant les signes cliniques (112).

e) La radiographie thoracique, l'échographie abdominale ont un intérêt dans le bilan d'extension. Les métastases pulmonaires apparaissent le plus souvent sous forme d'opacités macronodulaires à la radiographie.

f) La numération formule sanguine nécessaire pour un bilan d'opérabilité. Elle permet d'apprécier le degré de l'anémie.

g) l'hémocult : recherche les hématies dans les selles, macroscopiquement inobservables. Ce test est utilisé aussi dans les campagnes de dépistage, mais est trop sensible avec des faux positifs (20, 52, 111).

3.6) Diagnostic :

a) Diagnostic positif :

Le diagnostic de CCR évoqué devant une rectorragie, un trouble du transit avec ou sans douleur abdominale ou quelques fois lors de complications à type d'occlusion intestinale aiguë, une péritonite par perforation, sera confirmé par l'endoscopie digestive basse avec biopsies pour l'histologie.

b) Diagnostic différentiel : on peut discuter :

- Une tumeur bénigne : Adénome vilieux ou tubuleux ; l'endoscopie et l'histologie ont toute leur valeur diagnostique.

- Les ulcérations vénériennes rectales : les prélèvements bactériologiques retrouvent à l'examen les germes. L'histologie infirme le diagnostic de cancer rectal.

- La rectocolite ulcéro - hémorragique : L'endoscopie et l'histologie posent le diagnostic.

- les colites parasitaires : l'examen parasitologique des selles, l'endoscopie et la BMR redressent le diagnostic.

- Les hémorroïdes : devant la rectorragie, nécessité d'un toucher rectal. L'anuscopie montre les hémorroïdes internes mais avant le diagnostic définitif des hémorroïdes internes, il faut explorer tout le cadre colique pour exclure une tumeur haut située.

3.7) Traitement :

a) Moyens :

- Moyens chirurgicaux :

Le traitement chirurgical représente la seule thérapeutique capable de guérir ces cancers côlo-rectaux.

- La chirurgie à virée curative doit enlever la tumeur et le côlon adjacent, en passant à 5 cm au minimum de part et d'autre de la lésion et assurer un curage ganglionnaire en enlevant le mésocolon attenant et en faisant passer la section le plus près de l'aorte. Le type de chirurgie dépend du siège de la tumeur et des conditions de l'intervention, à froid ou en urgence. En situation d'urgence, l'intervention a pour but de traiter la complication et si possible de réséquer la tumeur sans prendre le risque d'une anastomose. Cette première intervention sera suivie d'une deuxième au cours de laquelle la résection tumorale et/ou le rétablissement de continuité colique seront réalisés.

- La chirurgie palliative consiste en une dérivation interne ou une colostomie si la tumeur est recto-sigmoïdienne.

- Radiothérapie et chimiothérapie :

Le bénéfice d'une association radiothérapie (40 à 60 Gy) + chimiothérapie adjuvante, suivant la chirurgie, a été démontré mais augmente la morbidité post opératoire. Le bénéfice en préopératoire est probable (59, 60). La chimiothérapie post opératoire systématique par l'association 5 Fluoro-uracile (5 FU) + Lévamisole pendant 1 an, ou 5 FU + acide folinique pendant 6 mois réduirait significativement la mortalité pour les stades C de Dukes des cancers du côlon. Son intérêt n'est pas par contre démontré dans les stades B et D de Dukes.

Dans les cancers du rectum, la radiothérapie préopératoire (108) diminue le risque de récidive locale et doit être réalisée actuellement pour les stades B et C de Dukes. Elle est souvent utilisée en pré et post opératoire. La chimiothérapie et la radiothérapie peuvent être utilisées comme traitement palliatif lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas possible ou nécessaire. Leurs résultats sont discutés (59, 65).

- Traitement endoscopique :

- Résection à l'anse diathermique de polype dégénéré (58).
- Laser pour les cancers rectaux sténosants inopérables ou hémorragiques.

b) Indications :

- Polypes dégénérés sans atteinte du pédicule : Résection endoscopique.
- Cancers invasifs sans métastases : Exérèse complète précédée d'une radiothérapie puis chimiothérapie adjuvantes.

- Cancer invasif avec métastases hépatiques : Dans 10 à 25% des cas lors du bilan d'extension initiale, ou ultérieurement au cours du suivi systématique, des métastases sont découvertes. Leur exérèse chirurgicale doit toujours être discutée car, lorsqu'elle est possible, elle permet une survie à 5 ans de 20 à 30%, malgré une récurrence dans 2/3 des cas. Les résultats sont meilleurs quand les nodules ont moins de 5 cm de diamètre et sont peu nombreux (< à 4) qu'ils soient uni ou bilatéraux. Cette exérèse est associée donc à celle de la tumeur primitive. Si les nodules ne sont pas extirpables, on essayera une chimiothérapie comme traitement palliatif.
 - Cancer rectal non extirpable : chirurgie palliative – chimiothérapie – traitement endoscopique – traitement symptomatique.
- c) Surveillance post opératoire :**
- a pour buts le dépistage d'une récurrence ou des métastases, la recherche de nouveaux polypes adénomateux ou d'un cancer métachrone.
 - Le protocole de surveillance habituellement utilisé est le suivant :
 - + Echographie du foie, radiographie thoracique, dosage de L'ACE et hémogramme tous les 3 mois pendant 2 ans, période au cours de laquelle plus de 80% des métastases et des récurrences sont dépistées, au-delà de 2 ans, le même bilan sera fait tous les 6 mois pendant 3 ans.
 - + La colonoscopie sera faite en postopératoire si elle avait été incomplète en préopératoire, puis annuellement, après deux examens successifs normaux, on pourra revenir au rythme d'une colonoscopie tous les 3 ans, puis tous les 5 ans.

Tout polype sera réséqué et examiné en histologie. En cas de récidives, il faut réopérer les patients chaque fois que possible en tentant d'effectuer une exérèse complète des lésions.

+ En cas d'exérèse incomplète, le suivi du patient sera simplement clinique et un traitement symptomatique sera mis en œuvre dès que nécessaire.

3.8) Pronostic :

- Tumeur sans métastases, exérèse complète, le pronostic est généralement bon.
- Cancer avec métastases : le pronostic est mauvais (5, 6, 22, 34, 35, 45, 66).

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

- 90% pour les Dukes A,
- 55% pour les Dukes B,
- 30% pour les Dukes C,
- 10% pour les Dukes D.

3.9) Prévention :

- Dépistage systématique chez les sujets à risque, précoce : TR, coloscopie, Hémo-cult, dosage de l'ACE.
- Equilibrer le régime alimentaire : Apport de fibres alimentaires, réduction des graisses animales.
- Surveillance et \ ou traitement de toutes les pathologies précancéreuses.

METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1- Type d'étude :

Notre étude prospective cas / témoins s'était déroulée de décembre 1997 à

décembre 1999.

2- Lieu :

L'étude a été réalisée dans les hôpitaux de Gabriel Touré et du Point G et à la clinique du FARAKO. Les malades provenaient des différentes formations

sanitaires du pays.

3- Patients :

Les patients ayant un cancer du tube digestif ont été comparés à des malades témoins.

3.1- *Cancers du tube digestif :*

Les patients de tout âge et tout sexe présentant une tumeur maligne de tube digestif ont été recrutés.

• Critères d'inclusion :

- Tumeur maligne du tube digestif objectivée par l'endoscopie et/ou en per opératoire, et confirmée par l'histologie.

- Patients physiquement retrouvés pour interrogatoire et examen physique.

• Critères de non-inclusion :

- Tumeur non confirmée par l'histologie.

- Patient n'ayant pas subi un examen clinique.

- des symptômes digestifs comme une dysphagie, une douleur rétro-sternale et/ou abdominale, des vomissements, une hématurie, un méléna, une diarrhée, une constipation ou alternance diarrhée - constipation, une rectorragie, un amaigrissement, une fièvre ;

préciser :

4.1.1 - Interrogatoire : un interrogatoire soigneux a été mené pour

4.1 - Examen clinique :

4- Méthodes :

Patients avec symptôme digestif non exploré.

- Critères de non-inclusion :

signes évoquant un cancer du tractus digestif supérieur.

coloscopie ou le lavement baryté double contraste sont normaux et sans transit, syndrome dysentérique, rectorragie, douleurs coliques) dont la

- Patients ayant une symptomatologie digestive basse (surtout troubles du rectal.

haute est normale et ne présentant pas de signes évoquant un cancer colo-épigastriques, vomissements, dysphagie, RGO) dont la fibroscopie digestive

- Patients vus pour une symptomatologie digestive haute (surtout douleurs

- Critères d'inclusion :

3.2- Témoins :

- le mode de vie des patients : la consommation d'alcool, de tabac, de cola, de t  avec potasse, de fruits et légumes verts(occasionnelle ou régulière), le mode de conservation des viandes et poissons consommés ;
- les antécédents digestifs personnels du malade et la notion de tumeur digestive dans la famille.

4.1.2-L'examen physique :

Il a été recherché une hépatomégalie, une splénomégalie, une ascite, des signes de carcinose péritonéale, un ganglion de Troisier, une tumeur rectale bas située ou des nodules du cul de sac de Douglas au toucher rectal.

L'examen général systématique a permis de rechercher : une pâleur, un amaigrissement, une atteinte pleuro-pulmonaire.

4.2- *Examens complémentaires :*

Ces examens ont été :

- l'endoscopie digestive haute ou basse avec biopsies de toute tumeur visualisée. Les fragments biopsiques ont été adressés, fixées dans du formol 10%, aux laboratoires d'anatomie pathologique de l'INRS de Bamako (Mali) et PHARO   Marseille (France) ;
- la radiographie pulmonaire a recherché une localisation secondaire pleuro-pulmonaire ;

- l'échographie abdominale a recherché une localisation secondaire hépatique et les adénopathies profondes ;
 - la numération formule sanguine (NFS) a précisé le type d'anémie.
- 4.3- Les visites** à domicile ou de personnes-»contacts » ont permis le suivi des malades.
- 4.4- Les supports :**
- les registres de comptes-rendus opératoires ont été utilisés pour la classification TNM des cancers colligés.
 - les registres de comptes-rendus d'anatomie pathologique ont été consultés pour les résultats des malades n'ayant pas apporté les résultats des biopsies.
 - toutes ces données ont été colligées sur une fiche d'enquête.
 - l'analyse des données a été faite sur logiciel Epi Info et le test de χ^2 , significatif pour une probabilité $p \leq 0,05$, a été utilisé pour comparer les pourcentages.

RESULTS

IV - RESULTATS

A-RESULTATS GLOBAUX :

De décembre 1997 à décembre 1999 nous avons colligé 176 patients présentant un aspect de tumeur maligne du tube digestif. Les 176 cas ont été recrutés sur 9108 endoscopies (soit 1,9%) dont 7612 fibroscopies hautes et 1496 endoscopies basses, et 2 cas lors de laparotomies pour syndrome occlusif (il s'agissait de 2 cas de tumeurs colo-rectales).

Sur les 176 aspects macroscopiques de tumeur maligne du tube digestif, 100 cas ont été histologiquement confirmés, soit un taux de concordance entre aspects macroscopiques et l'histologie de 56,8%. Ces 100 cancers digestifs ont été repartis comme suit :

- 16 cancers de l'œsophage sur 27 aspects macroscopiques évocateurs de cancers de l'œsophage, soit un taux de concordance entre aspects macroscopiques et l'histologie de 59,3%. Ces cancers de l'œsophage ont représenté 0,2% sur l'ensemble des endoscopies digestives hautes.
- 65 cancers de l'estomac sur 117 aspects macroscopiques évocateurs de cancers de l'estomac soit un taux de concordance entre aspects macroscopiques et l'histologie de 55,5%. Ils ont représenté 0,9% sur l'ensemble des endoscopies digestives hautes.

- 19 cancers colo-rectaux (CCR) sur 32 aspects macroscopiques de cancers colo-rectaux soit un taux de concordance entre aspects macroscopiques et l'histologie de 59,3%. Abstraction faite de 2 cas de cancers colo-rectaux

découverts en per-opératoire, les CCR ont représenté 0,1% sur l'ensemble des endoscopies digestives basses.

Tableau 1 : Répartition selon le siège anatomique des cancers :

SIEGE	POPULATION	
	EFFECTIF	%
Œsophage	16	16
Estomac	65	65
Côlo-rectum	19	19
TOTAL	100	100

A noter que une double localisation (œsophagienne et gastrique) a été retrouvée chez un patient.

Notre analyse a porté sur les 100 cas confirmés.
80 sujets témoins ont été également colligés.

1- Tableau 2 : Répartition globale selon le sexe

SEXE	POPULATION		CAS		TEMOINS
	EFF.	%	EFF.	%	
Masculin	48	48	28	35	
Féminin	52	52	52	65	
Total	100	100	80	100	

La probabilité par rapport au sexe est $p = 0,0793118$.
Le sex-ratio a été de 0,9 en faveur des femmes pour les cas et de 0,5 en faveur des femmes pour les témoins.
Il n'a pas été constaté de différence significative dans les cancers du tube digestif en ce qui concerne le sexe.

2- Tableaux 3 : Répartition selon l'âge

Tableau 3a : globalement

AGE /ans	POPULATION		CAS		TEMOINS
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%	
5 - 14	0	0	0	2	2,5
15 - 24	0	0	0	5	6,2
25 - 34	9	9	23	28,8	30
35 - 44	13	13	24	18,8	6,2
45 - 54	25	25	15	5	4
55 - 64	34	34	5	16	3
65 - 74	16	16	4	2	2,5
≥ 75	3	3	2	100	
TOTAL					

$$Kh^2 = 46,21 \quad ; p = 10^{-8}$$

L'âge moyen des cas de cancers a été de $53,7 \pm 12,4$ ans avec des extrêmes de

25 et 78 ans celui des témoins a été de $40 \pm 13,6$ ans avec des extrêmes de 13 et

75 ans.

Tableau 3b : Répartition en fonction du sexe et de l'âge :

AGE /ans	SEXES		HOMMES		FEMMES	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
25 - 34	3	6,3	6	15,4	9,6	
35 - 44	5	10,5	8	15,4	15,4	
45 - 54	17	35,8	8	15,4	42,2	
55 - 64	12	25,3	8	15,4	0	
65 - 74	8	16,8	0	0	0	
>74	3	6,3	0	0	0	
TOTAL						

$$Kh^2 = 2,54 \quad ; p = 0,46810248$$

La moyenne d'âge pour les hommes a été de 54,6 ans $\pm$ 12,2 ; avec des extrêmes de 25 et 78 ans. Celle des femmes a été de 52,8 ans $\pm$ 12,8 ; avec des extrêmes de 25 et 73 ans.

3- Tableau 4 : Répartition globale selon la profession

PROFESSION	POP.	CAS		TEMOINS		p
		EFF.	%	EFF.	%	
Cultivateurs	28	28	3	3,8	0,0000185	-
Éleveurs	2	2	0	0	1,0000000	-
Ménagères	50	50	40	50	0,7805956	0,0012125
Ouvriers	3	3	3	3,8	0,5774687	-
Commerçants	6	6	11	13,6	0,0772772	-
Transporteurs	4	4	2	2,5	0,0012125	-
Marabout	1	1	0	0	0,0012125	-
Fonctionnaires	6	6	18	22,5	0,0012125	-
Scolaires	0	0	3	3,8	-	-
TOTAL	100	100	80	100		

Les ménagères statistiquement non significatives ($p = 1$), suivies des cultivateurs statistiquement significatifs ($p = 0,0000185$) ont été les plus atteints par les cancers gastriques.

4- Tableau 5 : Répartition globale selon le régime alimentaire

REGIMES ALIMENTAIRES	POPULATION		CAS		TEMOINS		p
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	
Alcool	6	6	6	7,5	0,6884997		
Tabac à fumer	22	22	11	13,8	0,1551974		
Tabac à chiquer	12	12	4	5	0,1010417		
Alcool + tabac	6	6	3	3,8	0,3705737		
Cola	54	54	17	21,3	0,0000079		
Viande conservée à l'état naturel (viande CN)	93	93	64	80	0,0094306		
Viande réfrigérée	0	0	3	3,8	-		
Viande conservée par cuisson	0	0	5	6,3	-		
Viande CN + viande réfrigérée	1	1	6	7,5	-		
Viande CN + viande conservée par cuisson	6	6	1	1,3	-		
Pas de viande	0	0	1	1,3	-		
Poisson séché	8	8	6	7,5	0,9009503		
Poisson fumé	13	13	14	17,5	0,4008142		
Poisson séché + Poisson fumé	73	73	44	55	0,0118734		
Poisson ni séché ni fumé	6	6	16	20	0,0043787		
Tô régulièrement	96	96	66	82,5	0,0026998		
Fruits et légumes verts (crus) régulièrement	12	12	28	35	0,0002258		

La double intoxication alcool-tabagique, statistiquement non significative, a été observée chez 6 malades (6%) contre 3 patients dans les témoins.

5- Tableau 6 : Répartition globale selon les modalités thérapeutiques

MODALITES	EFFECTIF	%
Aucune chirurgie	46	46
Chirurgie à visée palliative	37	37
Chirurgie à visée curative	17	17
TOTAL	100	100

Les cancers du tube digestif dans notre série ont peu bénéficié de traitement

chirurgical à visée curative.

MOTIFS			EFFECTIF	%
Inopérable			23	50
Refus de chirurgie			12	26,1
Perdu de vue			8	17,4
Décédé avant chirurgie			3	6,5
TOTAL			46	100

Dans notre série, l'absence de traitement chirurgical a été motivée par

l'inopérabilité de la plupart de nos patients en raison soit du stade trop avancé de la maladie, soit du très mauvais état général des patients.

7- Pronostic global :

A 1 mois, 49 patients sur les 100 cas ont été retrouvés dont 41 vivants. La survie globale, quelles que soient les modalités thérapeutiques, à 1 mois a été de

83,7%.

A 1 mois, 22 patients non opérés ont été retrouvés sur les 46 patients n'ayant pas bénéficié de chirurgie, tous vivants soit un taux de survie de 100%.

A 1 mois, 20 patients ayant bénéficié d'une chirurgie à visée palliative ont été retrouvés, dont 8 vivants (taux de survie = 90,9%).

A 1 mois, 7 patients ayant bénéficié d'une chirurgie à visée curative ont été

retrouvés tous vivants, soit un taux de survie à 1 mois de 100%.

6- Tableau 7 : Motif de l'absence de chirurgie globalement

B- RESULTATS ANALYTIQUES PAR CANCER :

1- Cancers de l'œsophage :

Sur 27 aspects endoscopiques de tumeurs malignes de l'œsophage, 16 ont été confirmés par l'histologie. Le taux de concordance entre histologie et aspects macroscopiques a donc été de 59,3%. Les cancers de l'œsophage ont représenté 0,2% sur l'ensemble des endoscopies digestives hautes.

1.1- Tableau 8 : Répartition selon le sexe des cancers de l'œsophage

SEXE	POPULATION.		CAS		TEMOINS	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
Masculin	5	35,2	28	35		
Féminin	11	68,8	52	65		
TOTAL	16	100	80	100		

Le sex-ratio a été de 0,5 pour les cas et de 0,5 pour les témoins, en faveur des

femmes.

$$K\chi^2 = 0,08 ; p = 0,7731171.$$

Il n'y a pas été retrouvé de relation statistiquement significativement entre la

survenue du cancer de l'œsophage et le sexe.

1.2- Tableaux 9 : Répartition selon l'âge, des cas de cancers de

l'œsophage

Tableau 9a : Tous sexes confondus

AGE /ans	POPULATION		CAS		TEMOINS
	EFF.	%	EFF.	%	
5 - 14	0	0	2	2,5	
15 - 24	0	0	5	6,2	
25 - 34	0	0	23	28,8	
35 - 44	0	0	24	30	
45 - 54	3	18,8	15	18,8	
55 - 64	9	56,2	5	6,2	
65 - 74	3	18,8	4	5	
> 74	1	6,2	2	2,5	
TOTAL	16	100	80	100	

L'âge moyen a été de $59,4 \pm 7,4$ ans pour les cas de cancers avec des extrêmes de 48 et 75 ans. Il a été de 40 ± 14 ans pour les témoins avec des extrêmes de 13 et 75 ans.

$$\chi^2 = 7,61 ; p = 0,02221155.$$

Le cancer de l'œsophage a été surtout rencontré significativement chez le sujet

jeune dans la cinquantaine.

Tableau 9b : Répartition des cancers par rapport au sexe et l'âge.

AGE (ans)	SEXE		HOMMES		FEMMES
	EFF.	%	EFF.	%	
45 - 54	1	20	2	18,2	
55 - 64	1	20	8	72,7	
65 - 74	1	20	1	9,1	
> 74	1	20	0	0	
TOTAL	5	100	11	100	

Dans le sexe masculin l'âge moyen a été de 63 ans $\pm$ 10 ; avec des extrêmes de

48 et 75 ans. Dans le sexe féminin, l'âge moyen a été de 57,7 ans $\pm$ 5,4 ; avec

des extrêmes de 48 et 66 ans.

1.3- Tableau 10 : Répartition selon l'ethnie, des cancers de l'œsophage

ETHNIES	POPULATION			EFF.	%	EFF.	%	p
	CAS		TEMOINS					
Bambaras	4	25	24	30	0,0000017	-		
Malinkés – Kassonkés	0	0	11	13,7	-			
Sarakolés	6	37,5	17	21,2	0,0023241			
Sénoufo-Miniankas	2	12,5	4	5	0,2425651			
Peulhs	3	18,8	10	12,5	0,0144184			
Dogons	0	0	1	1,3	-			
Sonrhais	0	0	6	7,5	-			
Bozos	0	0	1	1,3	-			
Autre	1	6,2	6	7,5	-			
TOTAL	16	100	80	100				

1.4- Tableau 11 : Répartition selon la région d'origine.

REGIONS	POP.	CAS		TEMOINS		p
		EFF.	%	EFF.	%	
Kayes	6	37,4	21	26,2	0,0001564	
Koulikoro	4	25	10	12,5	0,0343587	
Sikasso	4	25	5	6,2	0,3625046	
Ségou	0	0	9	11,2	-	
Mopti	0	0	3	3,8	-	
Tombouctou	1	6,3	2	2,5	-	
Gao	0	0	3	3,8	-	
Kidal	0	0	1	1,3	-	
Bamako	0	0	22	27,5	-	
Etranger	1	6,3	4	5	-	
TOTAL	16	100	80	100		

1.5- Tableau 12 : Répartition selon la profession, des cancers de

l'œsophage

PROFESSION	POP.	CAS			TEMOINS	p
		EFF.	%	EFF.		
Cultivateurs	5	31,3	3	3,8	0,0277981	
Ménagères	11	68,7	40	50	0,0000000	
Ouvriers	0	0	3	3,8	-	
Commerçants	0	0	11	13,7	-	
Transporteurs	0	0	2	2,5	-	
Fonctionnaires	0	0	18	22,5	-	
Scolaires	0	0	3	3,8	-	
TOTAL	16	100	80	100		

Les ménagères et les cultivateurs ont été les seuls représentés de façon

statistiquement significative.

1.6- Tableau 13 : Répartition selon le régime alimentaire des cancers :

REGIME	POPULATION.				TEMOINS	p
	EFF.	%	EFF.	%		
Alcool	1	6,3	6	7,5	-	
Tabac à fumer	3	18,7	11	13	0,1686686	
Tabac à chiquer	4	25	4	5	0,0186834	
Alcool + tabac	1	1	3	3,8	-	
Cola	9	56,3	17	22,3	0,0201731	
Viande conservée à l'état naturel (viande CN)	14	87,5	64	80	0,0000000	
Viande réfrigérée	0	0	3	3,8	-	
Viande conservée par cuisson	0	0	5	6,3	-	
Viandes CN et réfrigérée	0	0	6	7,5	-	
Viande CN + viande conservée par cuisson	2	12,5	1	1,3	0,0009482	
Pas de viande	0	0	1	1,3	-	
Poissons fumés	3	18,7	14	17,5	0,0000000	
Poissons séchés	0	0	6	7,5	-	
Poissons séchés + fumés	11	68,7	44	55	0,0000633	
Poissons ni séché, ni fumé	2	12,5	16	20	0,3812020	
Tô régulièrement	16	100	66	82,5	0,0000000	
Fruits et légumes verts régulièrement	1	6,3	28	35	-	

Sur les cinq hommes présentant un cancer de l'œsophage, seul un consommait de l'alcool (soit 20% des cas) ; trois des cinq hommes fumaient (soit 60% des cas), deux chiquaient (40% des cas) dont celui qui consommait de l'alcool. Sur les onze femmes, deux chiquaient (soit 18,2% des cas). Aucune consommation de cigarette et/ou d'alcool n'a été retrouvée chez ces femmes.

1.7- Tableau 14 : Répartition selon les signes des cancers de l'œsophage

SIGNES	EFFECTIF	%
Douleur	14	87,5
Dysphagie	12	75
Constipation	11	68,8
Vomissement	14	87,5
Hématémèse	1	6,2
Amalgissement	15	93,8
Pâleur	4	25
Hépatomégalie	2	12,5
Ascite	1	6,2
OMI	2	12,5
Ganglion de Troisier	2	12,5

L'amalgissement, la douleur, les vomissements ont été les signes les plus fréquents.

1.8- Tableau 15 : Délai entre la date de consultation et le début du

premier symptôme :

DELAI (en nombre de mois)	EFFECTIF	%
0 à 3	4	24,9
4 à 7	6	37,4
8 à 11	1	6,3
12 à 15	1	6,3
24 à 27	1	6,3
34 à 37	1	6,3
46 à 49	2	12,5
TOTAL	16	100

La grande majorité des malades a consulté entre 1 mois et 7 mois. Les délais extrêmes ont été 2 semaines et 4 ans.

1.9- Tableau 16 : Répartition selon l'aspect macroscopique des cancers de

l'œsophage

ASPECT	EFFECTIF	%
Végétant	1	6,3
Ulcéro – végétant avec sténose partielle	7	43,7
Ulcéro – végétant avec sténose totale	4	25
Végétant avec sténose partielle	2	12,5
Végétant avec sténose totale	2	12,5
TOTAL	16	100

Au cours de l'endoscopie, les biopsies ont été faites dans quatorze cas. Dans les deux autres cas, elles n'ont pu être effectuées en raison du manque de pince à biopsie.

L'aspect ulcéro-végétant des tumeurs de l'œsophage a été le plus fréquent (68,8% des cas).

1.10- : Tableau 17 : Répartition selon le siège

LE SIEGE	EFFECTIF	%
Tiers supérieur	4	25
Tiers moyen	6	37,5
Tiers inférieur	6	37,5
TOTAL	16	100

Les cancers des tiers inférieur et moyen de l'œsophage ont été les localisations

les plus fréquentes.

1.11- Tableau 18 : Répartition selon le type histologique

HISTOLOGIE	EFFECTIF	%
Carcinome épidermoïde	11	68,8
Adénocarcinome	5	31,2
TOTAL	16	100

Le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus fréquent.

1.12- Tableau 19 : Répartition selon les modalités thérapeutiques

MODALITES	EFFECTIF	%
Aucune chirurgie	14	87,4
Chirurgie à visée palliative (plastie colique)	1	6,3
Chirurgie à visée curative	1	6,3
TOTAL	16	100

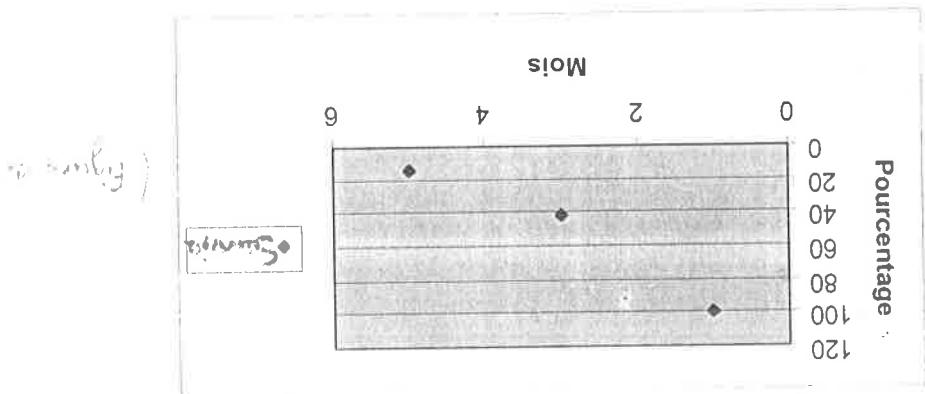
Sur les 14 patients n'ayant pas bénéficié de traitement chirurgical, 5 patients soit 35,7% ont refusé la chirurgie à visée palliative, 4 patients soit 28,6% étaient inopérables selon les chirurgiens du fait du caractère avancé de la tumeur ou de leur mauvais état général, 4 patients soit 28,6% ont été perdus de vue et 1 patient soit 7,1% était décédé avant la consultation chirurgicale.

1.13- Tableau 20 : Répartition selon le motif de retard de consultation

MOTIFS			EFF.	%
Traitement traditionnel			2	13,3
Traitement médical moderne			8	53,3
Manque de plateau technique			1	6,7
Traitement traditionnel + Traitement médical moderne			1	6,7
Négligence + Traitement traditionnel			1	6,7
Méconnaissance			2	13,3
TOTAL			15	100

1.14- Pronostic :

1.14.1-En l'absence de toute chirurgie : (figure 1)



1 mois après le diagnostic, 7 patients ont été retrouvés, tous vivants.

A 3 mois seuls 3 patients étaient vivants sur les 7, soit 42,8%.

A 5 mois, 1 patient restait en vie soit 14,3%.

1.14.2- Après chirurgie à visée palliative :

Le seul patient a été retrouvé jusqu'à 3 mois, vivant soit un taux de survie à ce

délai de 100%.

1.14.3- Après chirurgie à visée curative, le seul patient a été perdu

de vue.

Le cancer de l'estomac a représenté 65% des cancers du tube digestif, 55,5% des aspects macroscopiques de tumeurs malignes de l'estomac et 0, 9% sur l'ensemble des endoscopies digestives hautes.

2-1- Tableau 23 : Répartition selon le sexe des cancers gastriques

Le sex-ratio égale 1,4 pour les cas en faveur des hommes. Il a été de 0,5 pour les témoins en faveur des femmes.

$\chi^2 = 7,96$; $p = 0,0047822$.

SEXE	POP.	CAS		TEMOINS	
		EFF.	%	EFF.	%
Masculin		38	58,5	28	35
Féminin		27	41,5	52	65
TOTAL		65	100	80	100

2- Cancers de l'estomac :

1.16- Tableau 22 : Stadification

1.15- Tableau 21 : Classification TNM

STADES		EFFECTIF	%
STADE 3	2		40
STADE 4	3		60
TOTAL	5		100

TNM		EFFECTIF	%
T3 N1 M0	1		20
T4 N0 M0	1		20
T4 N1 M1	2		40
T4 N2 M1	1		20
TOTAL	5		100

Le cancer de l'estomac a été significativement prédominant dans le sexe

masculin.

2.2- Tableaux 24 : Répartition selon l'âge des cancers gastriques

- Tableau 24a : Tous sexes confondus.

AGE / ans	POPULATION		CAS		TEMOINS	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
5 - 14	0	0	0	0	2	2,5
15 - 24	0	0	0	0	5	6,2
25 - 34	2	3,1	23	28,8		
35 - 44	8	12,3	24	30		
45 - 54	20	30,8	15	18,8		
55 - 64	23	35,4	5	6,2		
65 - 74	11	16,9	4	5		
> 74	1	1,5	2	2,5		
TOTAL			65	100	80	100

$$\text{Khi}^2 = 41,67 ; p = 0,00000000.$$

Les âges extrêmes pour les cas sont de 30 ans et 78 ans avec une moyenne de

55,2 $\pm$ 10,3 ans, pour les cas. L'âge moyen des témoins a été de 41 $\pm$ 13,6 ans ;

extrêmes 13 et 75 ans.

Le cancer de l'estomac a été significativement retrouvé chez le sujet jeune de la

cinquantaine.

ETHNIES	POP	CAS		TEMOINS		p
		EFF.	%	EFF.	%	
Bambaras	24	37	24	30	0,0017255	
Malinkés – Kassonkés	8	12,3	11	13,7	0,2127944	
Sarakolés	13	20	17	21,2	0,1399963	
Sénoufo-Minankas	3	4,6	4	5	0,3778514	
Peulhs	11	16,9	10	12,5	0,7554171	
Dogons	0	0	1	1,3	-	
Sonrhais	5	7,7	6	7,5	0,3485479	
Bozos	1	1,5	1	1,3	-	
Autres	0	0	6	7,5	-	
TOTAL	65	100	80	100		

2.3- Tableau 25 : Répartition selon l'ethnie, des cancers gastriques

des extrêmes de 33 et 73 ans.

de 30 et 78 ans. L'âge moyen des sujets féminins a été de 55,9 ans $\pm$ 10,4 ; avec

Dans le sexe masculin, l'âge moyen a été de 54,7 $\pm$ 10,4 ; avec des extrêmes

$$Kh^2 = 2,69 \quad ; \quad p = 0,12785799$$

SEXE		EFF.	%	HOMMES		FEMMES	
AGE /ans		EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
25 – 34		1	2,6	1	2,6	1	3,7
35 – 44		4	10,6	4	10,6	4	14,8
45 – 54		15	39,5	15	39,5	5	18,5
55 – 64		11	28,9	11	28,9	12	44,5
65 – 74		6	15,8	6	15,8	5	18,5
>74		1	2,6	1	2,6	0	0
TOTAL		38	100	38	100	27	100

- Tableau 24b : Répartition par sexe et par âge

2.4- Tableau 26 : Répartition selon la région d'origine des cancers

POP.	CAS	TEMOINS	REGIONS			
	EFF.	%	EFF.	%	P	
Kayes	12	18,4	21	26,3	0,0140820	
Koulikoro	15	23,1	10	12,5	0,6298545	
Sikasso	8	12,3	5	6,2	0,6522044	
Ségou	9	13,9	9	11,3	0,6170751	
Mopti	1	1,5	3	3,7	-	
Tombouctou	1	1,5	2	2,5	-	
Gao	4	6,2	3	3,7	0,6226485	
Kidal	0	0	1	1,3	-	
Bamako	13	20	22	27,5	-	
Etrangers	0	0	4	5	-	
Non précisée	2	3,1	0	0	-	
TOTAL	65	100	80	100		

2.5- Tableau 27 : Répartition selon la profession des cancers gastriques :

POP.	CAS	TEMOINS	PROFESSION			
	EFF.	%	EFF.	%	P	
Cultivateurs	21	32,4	3	3,7	0,0007170	
Eleveur	1	1,5	0	0	-	
Ménagères	29	44,6	40	50	0,0039833	
Ouvriers	2	3,1	3	3,7	0,3955341	
Commerçants	5	7,7	11	13,8	0,0409458	
Transporteurs	3	4,6	2	2,5	0,6044659	
Marabout	1	1,5	0	0	-	
Fonctionnaires	3	4,6	18	22,6	0,0000513	
Scolaires	0	0	3	3,7	-	
TOTAL	65	100	80	100		

Les ménagères et les cultivateurs ont été, de façon statistiquement significative, les plus fréquemment atteints par les cancers de l'estomac.

2.6- Tableau 28 : Répartition selon le régime alimentaire des cancers

gastriques :

REGIME	POPULATION.				TEMOINS	p
	EFF.	%	EFF.	%		
Alcool	4	6,2	6	7,5	0,3083693	
Tabac à fumer	16	24,6	11	13	0,6744241	
Tabac à chiquer	8	12,3	4	5	0,4226781	
Alcool + tabac	4	6,2	3	3,8	0,3857045	
Cola	40	61,5	17	22,3	0,0072064	
Viande conservée naturellement (Viande CN)	61	93,9	64	80	0,0059635	
Viande réfrigérée	0	0	3	3,8	-	
Viande conservée par cuisson	0	0	5	6,3	-	
Viandes conservée naturellement et réfrigérée	1	1,5	6	7,5	-	
Viande CN + viande conservée par cuisson	3	4,6	1	1,3	-	
Pas de viande	0	0	1	1,3	-	
Poissons fumés	9	13,8	14	17,5	0,0896194	
Poissons séchés	7	10,8	6	7,5	0,8975381	
Poissons séchés + fumés	45	69,2	44	55	0,1823954	
Poissons ni séché, ni fumé	4	6,2	16	20	0,0006885	
Tô régulièrement	62	95,4	66	82,5	0,4291953	
Fruits et légumes verts régulièrement	7	10,8	28	35	0,0000024	

La consommation d'alcool a été retrouvée chez les hommes atteints de cancer de l'estomac dans quatre cas sur trente cinq (soit 10,5% des cas) ; la consommation de cigarette a été retrouvée seize fois sur trente huit (soit 42,1% des cas), celle de tabac à chiquer a été retrouvée cinq fois sur trente huit (soit 13,2% des cas). La double intoxication alcool-tabagique a été retrouvée chez 4 patients tous des hommes soit 6,2% des cas, statistiquement non significative.

Sur Vingt sept femmes, trois chiquaient. Aucune ne consommait ni d'alcool ni de cigarette.

DELAI (en nombre de mois)	EFFECTIF	%
0 à 3	12	18,5
4 à 7	19	29,3
8 à 11	6	9,2
12 à 15	12	18,5
16 à 19	2	3,1
24 à 27	6	9,2
36 à 39	1	1,5
48 à 51	3	4,6
60 à 63	1	1,5
120	1	1,5
Non précisé	2	3,1
TOTAL	65	100

2.8- Tableau 30 : Répartition selon le délai de consultation:

fréquents.

La douleur, l'amaigrissement et les vomissements ont été les signes les plus

SIGNES	EFFECTIF	%
Epigastralgie	64	98,5
Dysphagie	5	7,7
Diarrhée	5	7,7
Constipation	38	58,5
Diarrhée + Constipation	5	7,7
Vomissement	54	83,1
Hématémèse	3	4,6
Mélena	4	6,2
Rectorragie	4	6,2
Amaigrissement	59	90,8
Paléur	34	52,3
Hépatomégalie	11	16,9
Splénomégalie	3	6,4
Ascite	19	29,2
OMI	15	23,1
Autres tumeurs	4	6,2

2.7- Tableau 29 : Répartition selon les signes des cancers gastriques :

La plupart de nos patients consultant pour cancer gastrique, a été vue entre 3 et 15 mois après le début du premier symptôme. Les délais extrêmes ont été 1 mois

et 10 ans (120 mois).

2.9- Tableau 31 : Répartition selon l'aspect macroscopique des cancers

gastriques

ASPECT	EFFECTIF	%
Végétant	8	12,7
Ulcéré	10	15,8
Infiltrant	1	1,6
Superficiel	3	4,8
Ulcéro – végétant	9	14,3
Ulcéro – Infiltrant	3	4,8
Ulcéro- végétant avec sténose partielle	6	9,5
Ulcéro – végétant avec sténose totale	14	22,2
Ulcéro – végétant et infiltrant	2	3,2
Ulcéré avec sténose totale	4	6,3
Végétant avec sténose totale	1	1,6
Végétant avec sténose partielle	1	1,6
Ulcéré avec sténose partielle	1	1,6
TOTAL	63	100

L'aspect ulcéro – végétant a été le plus fréquent.

2.10- Tableau 32 : Répartition selon le siège anatomique

SIEGE	EFFECTIF	%
Cardia	4	6,3
Antre	57	90,5
Fundus	1	1,6
Pylore	1	1,6
TOTAL	63	100

La localisation antrale du cancer de l'estomac a été la plus fréquemment

observée.

MOTIFS		
EFFECTIF	%	
14	21,9	Traitement traditionnel
16	25	Traitement médical moderne
19	29,7	Traitement traditionnel + Traitement médical moderne
4	6,2	Négligence + Traitement traditionnel
8	12,5	Méconnaissance
3	4,7	Non précisé et autres
64	100	TOTAL

2.13- Tableau 35 : Répartition selon le motif de retard de consultation

Sur les 27 patients n'ayant bénéficié d'aucun traitement chirurgical, 17 patients soit 63% des cas étaient inopérables selon les chirurgiens du fait du stade avancé de la maladie ou du mauvais état général de ces patients. 5 patients soit 18,5% des cas, ont refusé le traitement chirurgical. 1 patient soit 3,7% des cas était décédé avant la chirurgie ; 4 patients soit 14,8% des cas ont été perdus de vue.

MODALITES		
EFFECTIF	%	
27	42	Aucune chirurgie
25	38	Chirurgie à visée palliative
13	20	Chirurgie à visée curative
65	100	TOTAL

2.12- Tableau 34 : Répartition selon les modalités thérapeutiques

Le type histologique le plus observé a été l'adénocarcinome.

HISTOLOGIE		
EFFECTIF	%	
5	7,7	Carcinome épidermoïde
59	90,8	Adénocarcinome
1	1,5	Fibrosarcome
65	100	TOTAL

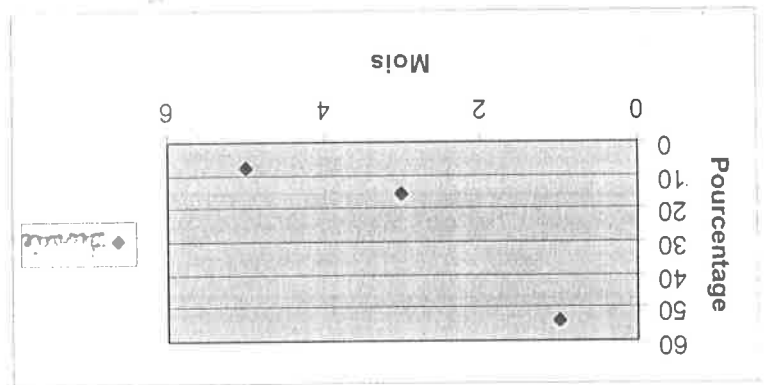
2.11 - Tableau 33 Répartition selon le type histologique

Le motif du retard de consultation a été dominé par le traitement traditionnel

associé au traitement médical moderne.

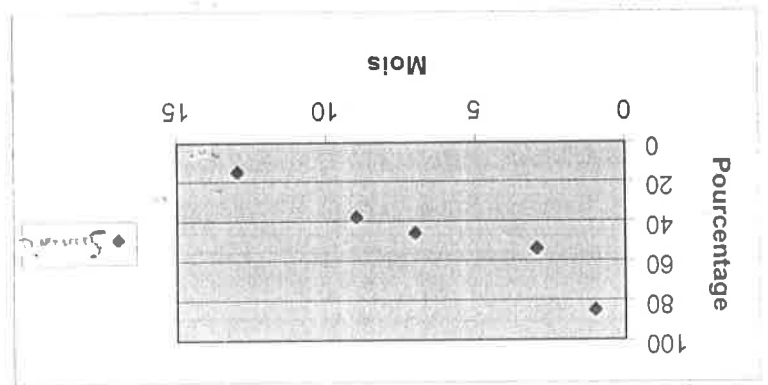
2.14- Pronostic des cancers de l'estomac :

2.14.1-En l'absence de traitement chirurgical : (figure 2)

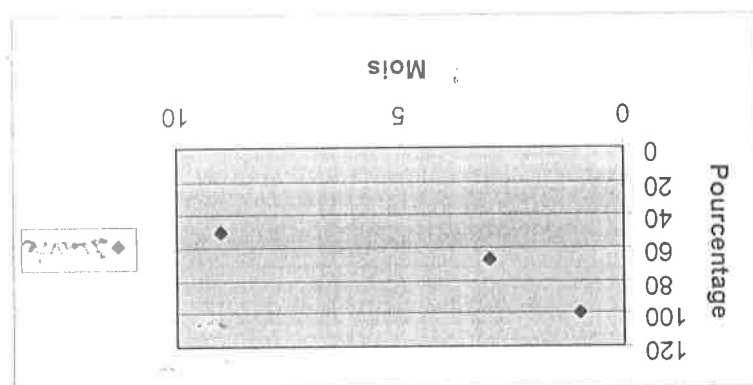


2.14.2- Après chirurgie à visée palliative : (figure 3)

A 1 mois 7 patients restaient en vie sur 13 retrouvés soit 53,8%.
 A 3 mois 2 patients restaient en vie sur les 13 retrouvés à 1 mois soit 15,3%.
 A 5 mois 1 seul patient restait en vie soit 7,7%.



A 1 mois 6 patients ont été retrouvés, tous vivants.
 A 3 mois 4 patients restaient en vie sur les 6, soit 66,7%.
 A 9 mois 3 patients restaient encore en vie sur les 6, soit 50%.



2.14.3- Après chirurgie à visée curative : (figure 4)

A 1 mois, 11 patients étaient en vie sur les 13 retrouvés soit 84,6%.
 A 3 mois, 7 patients étaient vivants soit 53,8%.
 A 7 mois, 6 patients étaient vivants sur les 13, soit 46,1%.
 A 9 mois, 5 patients sur 13 étaient vivants soit 38,4%.
 A 13 mois, 2 patients sur 13 étaient vivants soit 15,4%.

SEXE	POPULATION.		CAS		TEMOINS	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
Masculin	5	26,3	28	35		
Fémnin	14	73,7	52	65		
TOTAL	19	100	80	100		

3.1- Tableau 38 : Répartition selon le sexe

3- Cancers du côlo-rectum (CCR) :

Les stades 3 et 4 ont été les plus fréquentes.

STADES		EFFECTIF	%
STADE 2	1	2,8	
STADE 3	18	48,6	
STADE 4	18	48,6	
TOTAL	37	100	

2.16- Tableau 37 : Stadification des cancers de l'estomac :

TNM		EFFECTIF	%
T2 N0 M0	1	2,7	
T3 N1 M0	1	2,7	
T3 N2 M0	2	5,4	
T3 N2 M1	2	5,4	
T4 N0 M0	1	2,7	
T4 N1 M0	3	8,1	
T4 N1 M1	2	5,4	
T4 N2 M0	11	29,7	
T4 N2 M1	12	32,5	
T4 N3 M0	1	2,7	
T4 N3 M1	1	2,7	
TOTAL	37	100	

2.15- Tableau 36 : Classification TNM des cancers de l'estomac

Le sex-ratio a été de 0,4 en faveur des femmes, pour les cas. Il a été de 0,5 pour

les témoins en faveur des femmes.

Les CCR ont significativement atteint les femmes.

$$\text{K}\chi^2 = 26,72 \quad ; \quad p = 2 \cdot 10^{-8}$$

3.2- Tableaux 39 : Répartition selon l'âge, des cancers colo-rectaux

- Tableau 39a : Tous sexes confondus

AGE	POPULATION			CAS			TEMOINS	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
5 - 14 ans	0	0	0	0	2	2,5		
15 - 24 ans	0	0	5	6,2				
25 - 34 ans	7	36,9	23	28,8				
35 - 44 ans	5	26,3	24	30				
45 - 54 ans	2	10,5	15	18,8				
55 - 64 ans	2	10,5	5	6,2				
65 - 74 ans	2	10,5	4	5				
75 - 84 ans	1	5,3	2	2,5				
TOTAL	19	100	80	100				

$$\text{K}\chi^2 = 1,99 \quad ; \quad p = 0,57455820$$

La moyenne d'âge des cas de cancers du côlo-rectum a été de $43,7 \pm 16,9$ avec

des extrêmes de 25 ans et 78 ans. Celle des témoins a été de $40 \pm 13,6$ ans avec

des extrêmes de 13 et 75 ans.

Les cancers du côlo-rectum ont été rencontrés fréquemment chez l'adulte. Mais

il n'a pas été retrouvé de différence significative en ce qui concerne l'âge.

- Tableau 39b : Répartition par sexe et par âge

AGE / ans	SEXES		EFF.	%	EFF.	%	14	100
	HOMMES	FEMMES						
25 - 34	1	5		20		20	2	14,3
35 - 44	1	4		20		20	2	14,3
45 - 54	1	1		20		20	1	7,1
55 - 64	1	2		20		20	2	14,3
65 - 74	1	2		20		20	2	14,3
TOTAL	5	14		100		100	14	100

Dans le sexe masculin, l'âge moyen a été de 45,2 ± 20,8 ans ; avec des extrêmes de 25 et 78 ans. L'âge moyen des femmes a été de 43,2 ± 16,1 ; avec des extrêmes de 25 et 73 ans.

3.3- Tableau 40 : Répartition selon l'ethnie, des CCR

ETHNIES	POP.	CAS		TEMOINS	
		EFF.	%	EFF.	%
Bambaras	4	21,1	24	30	0,0000017
Malinkés et Kassonkés	3	15,8	11	13,7	0,0074526
Sarakolés	4	21,1	17	21,2	0,0003406
Sénoufos – Miniankas	2	10,5	4	5	0,2425651
Peulhs	5	26,2	10	12,5	0,0704404
Dogons	0	0	1	1,3	-
Sonrhais	0	0	6	7,5	-
Bozos	0	0	1	1,3	-
Autres	1	5,3	6	7,5	-
TOTAL	19	100	80	100	

3.4- Tableau 41 : Répartition selon la région d'origine des CCR

REGIONS	POP.	CAS		TEMOINS		P
		EFF.	%	EFF.	%	
Kayes	7	36,8	21	26,2	0,0003988	
Koulikoro	0	0	10	12,5	-	
Sikasso	1	5,3	5	6,2	-	
Ségou	3	15,8	9	11,2	0,0274607	
Mopti	1	5,3	3	3,8	-	
Tombouctou	0	0	2	2,5	-	
Gao	0	0	3	3,8	-	
Kidal	0	0	1	1,3	-	
Bamako	7	36,8	22	27,5	0,0002012	
Etranger	0	0	4	5	-	
TOTAL	19	100	80	100		

3.5- Tableau 42 Répartition selon la profession des CCR

PROFESSION	POP.	CAS		TEMOINS		P
		EFF.	%	EFF.	%	
Cultivateurs	2	10,4	3	3,8	0,3955341	
Eleveur	1	5,3	0	0	-	
Ménagères	10	52,5	40	50	0,0000000	
Ouvriers	1	5,3	3	3,8	-	
Commerçants	1	5,3	11	13,7	-	
Transporteurs	1	5,3	2	2,5	-	
Fonctionnaires	3	15,7	18	22,5	0,0000513	
Scolaires	0	0	3	3,8	-	
TOTAL	19	100	80	100		

Les ménagères ont été la couche la plus fréquente ; les cultivateurs ont été significativement atteints contrairement aux fonctionnaires.

3.6- Tableau 43 : Répartition selon le régime, alimentaire des CCR

REGIMES	POPULATION				CAS		TEMOINS		P
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%			
Alcool	1	5,3	6	7,5	-				
Tabac à fumer	3	15,8	11	13	0,0074526				
Tabac à chiquer	0	0	4	5	-				
Cola	5	26,3	17	22,3	0,0009415				
Viande conservée à l'état naturel (viande CN)	18	94,7	64	80	0,0000000				
Viande réfrigérée	0	0	3	3,8	-				
Viande conservée par cuisson	0	0	5	6,3	-				
Viandes conservée naturellement et réfrigérée	0	0	6	7,5	-				
Viandes CN + conservée par cuisson	1	5,3	1	1,3	-				
Pas de viande	0	0	1	1,3	-				
Poisson séché	1	5,3	14	17,5	-				
Poisson fumé	1	5,3	6	7,5	-				
Poissons séché + fumé	17	89,5	44	55	0,0000001				
Poissons ni séché ni fumé	0	0	16	20	-				
Tô régulièrement	18	94,7	66	82,5	0,0000000				
Fruits et légumes verts régulièrement	4	41,1	28	35	0,0000001				

3.7- Tableau 44 : Répartition selon les signes, des CCR

SIGNES	POPULATION		EFFECTIF	%
Douleur	19	100		
Diarrhée	6	31,6		
Constipation	5	26,3		
Diarrhée + constipation	6	31,6		
Vomissement	8	42,1		
Mélena	3	15,8		
Rectorragie	16	84,2		
Amatigrissement	18	94,7		
Pâleur	14	73,7		
Hépatomégalie	1	5,3		
Ascite	1	5,3		
OMI	3	15,8		
Autre tumeur	1	5,3		

La douleur, l'amaigrissement et la rectorragie ont été les signes les plus

fréquents.

3.8- Tableau 45 : Répartition selon le délai entre la consultation et le

début du premier symptôme des CCR

DELAI en mois	EFFECTIF	%
0 à 3	4	21
4 à 7	4	21
8 à 11	1	5,3
12 à 15	7	36,8
24 à 27	1	5,3
84	1	5,3
Non précisé	1	5,3
TOTAL	19	100

La majorité des patients atteints de cancers côlo-rectaux a consulté entre 1 et 15 mois après le début du premier symptôme. Les délais extrêmes ont été 1 mois et

7 ans !

3.9- Tableau 46 : Répartition selon l'aspect macroscopique des CCR

ASPECT	EFFECTIF	%
Végétant	2	10,5
Ulcéré	2	10,5
Ulcéro – végétant avec sténose partielle	6	31,6
Ulcéro – végétant avec sténose totale	4	21,1
Non précisé	5	26,3
TOTAL	19	100

L'aspect ulcéro-végétant a été le plus fréquent dans les CCR avec 52,7%.

3.10- Tableau 47 : Répartition selon le siège des CCR

SIEGE	EFFECTIF	%
Cœcum	3	15,8
Colon descendant	1	5,3
Sigmoïde	2	10,5
Rectum	12	63,1
Recto – sigmoïde	1	5,3
TOTAL	19	100

La localisation rectale a été la plus fréquemment retrouvée dans les CCR.

3.11 - Tableau 48 : Répartition selon le type histologique des CCR

HISTOLOGIE	EFFECTIF	%
Carcinome épidermoïde	2	10,5
Adénocarcinome	17	89,5
TOTAL	19	100

Le type histologique le plus retrouvé a été l'adénocarcinome dans les CCR.

Les 2 cas de carcinomes épidermoïdes étaient de siège rectal.

Pour le colon proximal, comme pour le colon distal et la localisation recto –

sigmoïdienne, nous n'avons retrouvé que des adénocarcinomes.

3.12- Tableau 49 : Répartition selon les modalités thérapeutiques des CCR

MODALITES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Aucune chirurgie	5	26,3
Chirurgie à visée palliative	11	57,9
Chirurgie à visée curative	3	15,8
TOTAL	19	100

La colostomie a été la modalité thérapeutique la plus utilisée. Ceci est dû au

stade avancé des CCR au moment du diagnostic.

- 1 patient était inopérable du fait du stade avancé de la maladie.
- 2 patients ont été perdus de vue.
- 1 patient est décédé avant la décision chirurgicale.
- 1 patient a refusé la chirurgie à visée palliative.

3.13- Tableau 50 : Répartition selon le motif du retard de consultation :

MOTIFS		
Traitement traditionnel	2	10,5
Traitement médical moderne	7	36,9
Traitement traditionnel + Traitement médical moderne	5	26,3
Méconnaissance	3	15,8
Non précisé	2	10,5
TOTAL	19	100

Le traitement médical moderne a été le motif du retard de consultation le plus

fréquent:

3.14- Pronostic des CCR :

3.14.1- En l'absence de toute chirurgie : (figure 5)

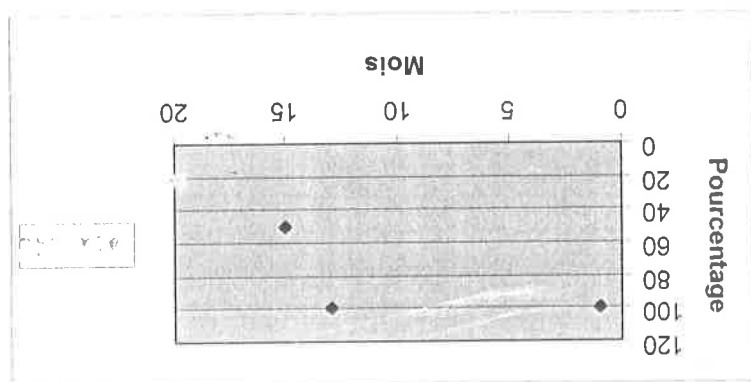
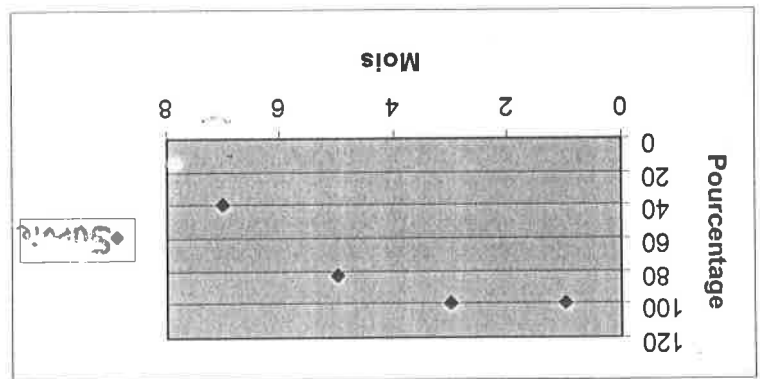


Figure 5

- A 1 mois, 2 patients ont été retrouvés vivants, soit un taux de survie à ce délai de 100%.
- A 3 mois, les 6 patients ont été retrouvés vivants.
- A 5 mois, sur 6 patients retrouvés, 1 était décédé soit un taux de survie à ce délai de 83,3%.
- A 7 mois, sur les 5 patients retrouvés, 2 restaient en vie soit un taux de survie de 40%.
- 6 patients ont été perdus de vue à 1 mois.



(figure 6)

3.14.2- Après chirurgie à visée palliative : (figure 6)

- 3 patients ont été perdus de vue.
- A 15 mois 1 seul patient vivait, soit un taux de survie à ce délai de 50%.
- A 13 mois ces 2 patients étaient encore vivants.
- 100%.
- A 1 mois, 2 patients ont été retrouvés vivants, soit un taux de survie à ce délai de

STADES	EFFECTIF	POURCENTAGE
STADE 1	1	7,1
STADE 3	8	57,2
STADE 4	5	37,7
TOTAL	14	100

3.16- Tableau 52 : Stadification des CCR

Les classes T4 ont été les plus fréquentes.

TNM	EFFECTIF	%
T1 N0 M0	1	7,1
T1 N1 M0	1	7,1
T3 N2 M1	1	7,1
T4 N1 M0	1	7,1
T4 N2 M0	2	14,3
T3 N2 M1	1	7,1
T4 N3 M0	3	21,6
T4 N3 M1	4	28,6
TOTAL	14	100

3.15- Tableau 51 : Classification TNM des CCR

Jusqu'à 11 mois, 2 patients sur les 3 ont été retrouvés. Tous les 2 patients vivaient encore, soit 100% des cas. Mais un de ces patients a présenté une récidive environ 10 mois après la chirurgie.

3.14.3- Après chirurgie à visée curative :

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V - COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude déroulée de décembre 1997 à décembre 1999 a connu quelques difficultés. Certains malades n'ont pas été revus avec le résultat de la biopsie qui n'a d'ailleurs pas été retrouvé dans le registre de compte-rendu d'anatomie pathologique de l'INRSP de Bamako. D'autre part, certains malades n'ont pas bénéficié de biopsie soit par manque de pince à biopsie au cours de l'endoscopie, soit par abstention des chirurgiens devant un aspect macroscopique évident de cancer. Ces facteurs ont contribué largement à limiter notre échantillon.

Le contact difficile des patients ou des personnes-"contact" a été un facteur limitant le suivi des malades dans le cadre d'une évaluation de la survie à court et moyen termes.

L'association *Helicobacter pylori* cancer gastrique n'a pas pu être évaluée car la recherche de cette bactérie n'était pas possible au Mali au moment de notre étude.

Malgré ces difficultés, l'étude a permis une analyse préliminaire du régime alimentaire, de la séméiologie et du pronostic des cancers.

La rigueur méthodologique a imposé le recrutement des malades dont la malignité est histologiquement confirmée.

1- Globalement :

Sur 176 aspects macroscopiques de tumeurs malignes biopsiées, 100 seulement soit 56,8% ont été confirmés par l'histologie. Cette faible concordance de notre étude est inférieure aux données classiques selon lesquelles les tumeurs digestives peuvent être confirmées par la biopsie dans près de 80% des cas (79, 139).

Dans notre série, le maximum de biopsie a été effectué au cours de l'endoscopie et l'exiguité des prélèvements ou leurs sièges en zones nécrotiques peuvent contribuer à leur négativité et expliquer notre faible taux de concordance entre biopsies et aspects macroscopiques.

Au sein des cancers du tube digestif, celui de l'estomac est largement prédominant (65% des cas). Cette fréquence est supérieure à celles rapportées par PEGHINI et coll. qui dans 2 études ont rapporté des fréquences respectives de 38,09 et 54,14% (101, 102).

La prédominance féminine globale de cette étude bien que non significative, contraste avec la classique prédominance masculine de la littérature (101, 102).

Il apparaît dans ce travail que les cancers du tube digestif apparaissent avec l'âge de façon significative ($p = 10^{-8}$) et cela quel que soit le sexe. La grande fréquence de ces tumeurs au-delà de 45 ans est une notion connue (4, 71, 42, 43, 76).

Sur le plan professionnel, les cultivateurs et les ménagères ont été plus atteints. A ce point de vue, la fréquence des cancers du tube digestif dans les couches défavorisées a été déjà rapportée (71).

Le régime alimentaire de nos malades est le régime de base de la population générale au Mali. On constate tout de même, chez les malades atteints de cancer de l'estomac, la fréquente consommation de cola, de viande à l'état naturel, de viande non réfrigérée, des poissons séchés et fumés mais aussi conservés à l'état naturel, et de t $\hat{o}$. Globalement, la consommation de fruits et légumes semble bénéfique.

La gravité de ces cancers du tube digestif tient au retard de diagnostic, car globalement, 17% seulement des cancers confirmés ont pu bénéficier d'une chirurgie à visée curative. Le pronostic de ces affections est médiocre car seulement 83,7% des patients étaient vivants après un seul mois.

Le cancer de l'œsophage a représenté 16% des cancers du tube digestif dans notre étude. Cette fréquence est largement supérieure aux 5,42% retrouvés par TOURE au Mali (137). Elle est indéniable à celle rapportée par BOUCHE et coll qui est de 15% (12).

2- Cancers de l'œsophage

Ce cancer a représenté 0,2% de l'ensemble des endoscopies digestives hautes. Cette fréquence est supérieure à celle de TRAORE et coll. (139) : 0,10%.

La concordance entre aspects macroscopiques et l'histologie dans notre

série a été de 59,2%. Cette fréquence est inférieure à celle rapportée par

TRAORE et coll. : 75% (139). Cette faible concordance pourrait être liée aux

difficultés des biopsies de l'œsophage.

Nous constatons ainsi une progression de ce cancer dans notre pays. Mais ce fait

peut être expliqué par une sensibilisation plus importante des populations et

aussi par la multiplication des centres d'endoscopie.

La prédominance féminine dans notre étude contraste avec les données de

la littérature aussi bien au Mali, qu'en Afrique et dans le monde (12, 137).

L'âge moyen de nos malades ($59,9 \pm 7,8$ ans) est comparable à celui de

TOURE (137) qui est de 52,7 ans et de PEGHINI et coll. à Madagascar (102) :

57,5 ans. Il est supérieur à celui de PEGHINI et coll. au Sénégal qui est de 48

ans (101). En Afrique du Sud et de l'Est, certaines séries, citées par PEGHINI et

coll. (101), ont rapporté un âge moyen compris entre 50 et 55 ans. En Europe,

l'âge moyen élevé est classique (55).

Les ménagères (68,7%) et les cultivateurs (31,3%) ont été les plus

représentés. Il s'agit là de populations, pour la plupart, à revenus modestes et

l'on sait le rapport entre le cancer de l'œsophage et les facteurs socio-

économiques défavorables (8,12).

Les intoxications alcoolique et tabagique ont été retrouvées

respectivement chez 6,3% et 43,7% de nos malades. Une double intoxication

alcool et tabac a été retrouvée chez un homme soit 6,3% des cas. Cette constatation ne confirme pas la conception classique selon laquelle ces deux toxiques constituent les principaux facteurs de la carcinogénèse œsophagienne (8, 12, 19, 101). Notre résultat pourrait s'expliquer par le contexte religieux à prédominance musulmane, où ces substances sont prohibées. Par ailleurs, notre échantillon limité ne nous autorise pas à une conclusion formelle.

La fréquente constatation de la douleur rétro-sternale et/ou épigastrique, de la dysphagie et de l'amaigrissement est rapportée par la littérature (91, 115).

Nous constatons une légère prédominance des localisations aux 1/3 inférieur et moyen de l'œsophage par rapport à celle du 1/3 supérieur bien qu'il n'y ait pas de différence significative. Pour PEGNINI et coll. (101), la localisation aux 1/3 inférieur et supérieur était prédominante par rapport à celle du 1/3 moyen.

Sur le plan endoscopique, l'aspect ulcéro-bourgeonnant est plus fréquent dans notre série conformément aux données de la littérature (12).

La fréquence des carcinomes épidermoïdes dans notre étude (68,7%) est inférieure à celles rapportées par PEGHINI et coll. (101, 102) dans deux études respectivement au Sénégal (91%) et au Madagascar (80%). Dans une étude antérieure au Mali, TRAORE et coll. (139), sur un petit échantillon ont constaté ce type dans 100% des cas.

Sur le plan thérapeutique, un seul malade a pu bénéficier d'une chirurgie à visée curative et un autre a pu bénéficier d'une chirurgie à visée palliative. A ce

point de vue, CALMENT et coll. (16) ont rapporté un taux d'exérèse à 26% dont 15% à visée curative et 11% à visée palliative. D'autres auteurs confirment les limites des gestes thérapeutiques au moment du diagnostic de ce cancer (12, 55).

Dans notre étude, comme les données de la littérature (18, 19, 55, 91, 130), les limites des possibilités thérapeutiques sont imputables au retard de diagnostic.

Dans notre contexte, la plupart des malades ont consulté entre 4 et 7 mois après le début du premier signe. Ce retard de consultation est dû à un retard de référence à un centre spécialisé.

Le mauvais pronostic de ces cancers dans notre série est habituellement rapporté dans la littérature (12, 16, 55).

3- Cancer de l'estomac :

La concordance entre l'aspect macroscopique de tumeur maligne de l'estomac et l'histologie a été seulement de 55,5% contre environ 80% rapporté dans la littérature (4) Ces cancers de l'estomac confirmés ont représenté 65% des cancers du tube digestif. Cette fréquence est supérieure à celle observée au Madagascar (38,09%) par PEGHINI et coll. (102), au Mali (18,8%) par TOURE (137). Une fréquence comparable a été rapportée au Sénégal (54,4%) par PEGHINI et coll. (101).

La prédominance masculine retrouvée dans notre étude a été rapportée par plusieurs auteurs (30, 70, 101, 102, 137).

L'âge moyen des malades était de 55,2 ans, fréquence comparable à celle rapportée par TOURE (137) qui est de 52,9 ans ; par KONATE (70) qui est de 52,2 ans et de PEGHINI et coll. (102) au Madagascar (102) qui est de 57 ans. KOUAM et coll. (71) en Côte d'Ivoire ont rapporté une moyenne d'âge supérieure à la nôtre : 62 ans. Cet âge moyen des patients en Afrique est nettement inférieur à celui des malades en France qui est de 70 ans selon PEGHINI et coll. (102). Le jeune âge des malades en Afrique pourrait être expliqué par l'infection à *Helicobacter pylori* qui s'acquiert dès le jeune âge dans nos contrées et dont l'association au cancer gastrique est connue (12, 4, 41). La prévalence de cette infection au cours des affections gastroduodénaux a été de 95% dans une étude récente à Bamako au Mali (89).

La forte proportion de ménagères et de cultivateurs atteints (77%) dans notre étude confirme le rôle des facteurs socio-économiques défavorables (4) dans la survenue de ces cancers. COULIBALY (30) et KONATE (70) ont tous rapporté une fréquence atteinte de ces mêmes populations. Là encore la fréquence de l'infection à *Helicobacter pylori* en rapport avec le bas niveau d'hygiène peut s'associer aux facteurs nutritionnels précaires (mode de conservation des aliments surtout) et expliquer la vulnérabilité de ces couches

sociales.



En ce qui concerne le régime alimentaire, nous notons une consommation

régulière significative de cola et de viandes non réfrigérées chez les malades par rapport à la population témoin ($p = 0,007$ et $0,005$). Si le rôle des viandes mal conservées est connu dans la carcinogénèse gastrique, celui de la cola mérite d'être étudié. Le rôle des hydrates de carbone (riz, mil) évoqué par certains auteurs (30, 71, 101, 102) n'a pas été spécifiquement étudié dans ce travail mais ces deux céréales constituent le régime de base de la population générale au Mali. Nous constatons par ailleurs que l'absence de consommation de poissons séchés et fumés et la consommation régulière de fruits et légumes semblent avoir un rôle protecteur, car significativement plus fréquente chez les témoins, confirmant les données de la littérature (4, 44).

Sur le plan sémiologique, la douleur épigastrique, l'amaigrissement et les vomissements ont été quasi constants dans notre série. Des études antérieures au Mali ont rapporté ces constatations (30, 70). POKOSSI au Sénégal cité par KONATE (70) a également rapporté la fréquence de l'épigastrie, de l'altération de l'état général, et des vomissements. Ces constatations sont conformes aux données classiques de la littérature (12). Il importe donc d'avoir une vigilance oncologique chez les sujets âgés consultant pour ces trois signes isolés ou associés.

L'aspect ulcéro-bourgeonnant des cancers de l'estomac dans notre étude a été également rapporté par COULIBALY (30). Par contre, KONATE (70) a constaté un aspect ulcéré plus fréquent. Nous avons aussi noté un taux de cancer

superficiel à 4,8% comme à Dakar : 5,2% (101). Par contre ce taux serait de 50% au Japon selon PEGHINI et coll. (102).

La fréquente localisation antrale des cancers gastriques a été observée par d'autres auteurs (30, 70).

Sur le plan histologique, le classique adénocarcinome a été prédominant dans notre étude, comme pour TOURE (137), KONATE (70), TRAORE A.K. dit DIOP et coll. (138). Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature selon lesquelles, l'adénocarcinome représente en général 90% des

cancers gastriques (12, 76).

En ce qui concerne le traitement, la chirurgie seul espoir thérapeutique a

été palliative dans 38% et à visée curative dans 20% des cas. Ce dernier taux est comparable à celui de TRAORE A.K. dit DIOP (138) qui est de 19,7%. LE PAGE et coll. (76) ont rapporté en France un taux d'exérèse à visée curative de 29,8% et celui de la chirurgie palliative à 27%. Au Japon, la résection à visée curative est de l'ordre de 50% contre 18% dans les séries occidentales (12).

Encore une fois tout comme pour le cancer de l'œsophage, les limites de la chirurgie sont liées au retard du diagnostic (4, 70, 71) et aussi au refus de la chirurgie par certains malades.

Quant au retard de diagnostic, il est motivé par le retard de référence des malades à des centres spécialisés. Certains malades refusent pendant longtemps l'endoscopie digestive haute essentielle au diagnostic.

Sur le plan pronostic, la médioecre survie de nos patients est comparable à celles d'autres auteurs à long terme (4, 12, 44, 76).

4- Cancers colo-rectaux :

Dans notre étude, la concordance entre aspects macroscopiques de tumeurs malignes colo-rectales et l'histologie a été de 59,3%. Ces cancers ont représenté 0,1% sur l'ensemble des endoscopies digestives basses.

Les cancers colo-rectaux (CCR) ont représenté 19% des cancers du tube digestif, occupant la deuxième place après ceux de l'estomac. Pour PEGHINI et coll. (101, 102), cette fréquence dans deux études a été respectivement de 22,61% et 50,26%. Selon N'GARIAL (93), les CCR occupent la deuxième place des cancers du tube digestif avec 22,02%, après celui de l'estomac (62,85%). Pour TOURE (137), les CCR ont représenté 3,70% de l'ensemble des cancers. En France, les CCR représenteraient 15% de l'ensemble des cancers (34). Ce taux est largement supérieur à ceux observés en Afrique (6, 97).

La représentation féminine dans notre étude n'a pas été rapportée par d'autres auteurs (93, 97, 101, 102). GRANJOUAN et coll. (62) ont trouvé un sex-ratio de 0,9 en faveur des femmes. Toutefois, la petite taille de notre échantillon ne nous permet pas d'expliquer la différence entre notre résultat et ceux des autres auteurs.

Dans notre série, l'âge moyen des malades ($43,7 \pm 16,9$ ans) est comparable à celui de NGARIAL (93) qui est de 47,5 ans. Il est inférieur à ceux

été de 15,8% (3 cas/19 cas), et celui de la chirurgie à visée palliative a été de

En ce qui concerne le traitement, le taux de Chirurgie à visée curative a

classique (34, 35, 93, 105).

La fréquence des adénocarcinomes (89,5%) constatée dans notre étude est

(53, 88, 93, 101).

La fréquente localisation au côlon distal est rapportée par toutes les études

ont été rapporté également par d'autres auteurs (6, 34, 93).

L'amaigrissement, la rectorragie fréquemment rencontrés dans notre étude

(13).

Le rôle protecteur de ces substances riches en fibres est universellement admis

cancer, car significativement ($p = 24 \cdot 10^{-7}$) rencontrée dans la population témoin.

consommation régulière de fruits et légumes crus semble protectrice contre ce

conservée, de t $\hat{o}$, de poissons fumés - séchés au cours des CCR. La

Nous constatons une consommation significative de viande mal

plus fréquemment les couches sociales défavorisées.

les plus affectés par cette maladie. Comme les autres cancers, les CCR affectent

étude. N°GARIAL (93) a rapporté que les ménagères et les cultivateurs étaient

Les ménagères et les cultivateurs ont été les plus représentés dans notre

qui ont trouvé 52,5 ans.

rapportent une moyenne d'âge de 51,2 ans et de GRANDJOUAN et coll. (62)

trouvé respectivement 50 ans et 52 ans, de PADONOU et coll. (97) qui

de TOURE (137) qui était de 56,6 ans, de PEGHINI et coll. (101, 102) qui ont

57,9% (11 cas/19 cas). Pour DIALLO et coll. (34, 35), le taux de chirurgie à visée curative des cancers rectaux a été de 54,17% et celui des cancers coliques a été de 39,13%. Pour le même auteur, le taux de chirurgie à visée palliative pour les cancers rectaux a été de 16,66%. Ces résultats sont liés au retard de diagnostic qui est compris entre 1 et 15 mois après le début de la maladie, les malades n'étant référés aux services spécialisés que tardivement.

Une récidive à 10 mois dans notre étude après chirurgie à visée curative est survenue chez un malade sur les 3 malades ayant bénéficiés de cette technique. HOUARY et coll. (66) dans une revue de littérature ont rapporté un taux de récidive de 3 à 30%

Nous constatons que le taux de survie excellent à 1 mois, chute rapidement. Aussi, la durée de notre étude n'a pas permis un suivi à moyen ou long terme.

Les classes T4 ont été les plus observées avec 78% des cas classés (11/14 cas), expliquant ainsi la fréquence des stades 3 et 4 avec respectivement 58,1 et 37,7%. N°GARIAL (93) a rapporté que les T4 représentent 43,48% des CCR. Ce taux est inférieur au notre. Cet auteur constate également 78,26% des malades aux stades 3 et 4. Les cancers du colo-rectaux sont de diagnostic tardif le plus souvent.

**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En deux ans, 100 cancers du tube digestif histologiquement confirmés ont été colligés, sur 176 aspects endoscopiques de tumeurs malignes du tube digestif. Ces cancers ont représenté 1,1% de l'ensemble des endoscopies. Ce taux sous-estime la fréquence des cancers du tube digestif car plusieurs tumeurs n'ont pas été confirmées et certains malades n'ont pas été vus à notre consultation. Néanmoins, il paraît évident que les cancers du tube digestif ne sont pas rares contrairement aux conceptions anciennes pour lesquelles ces cancers ne sont pas fréquents en milieu tropical. Ces cancers sont particulièrement rencontrés dans les couches sociales défavorisées (ménagères et cultivateurs), à un âge relativement plus bas (59% des cas entre 45 et 64 ans) qu'en milieu occidental. La recherche des ces cancers doit être à l'esprit devant toute symptomatologie digestive à partir de 40 ans. L'enquête alimentaire a montré une association significative des cancers du tube digestif avec la consommation régulière de viandes mal conservées, de poissons séchés - fumés, de t $\hat{o}$, de tabac et de cola. Le rôle de cette dernière substance n'étant pas connu dans la littérature mérite une étude. Cependant, la consommation de fruits et légumes est significativement retrouvée dans une population témoin ne portant pas de cancer. Ces affections sont graves car la chirurgie à visée curative n'a été possible que chez 1 malade sur 16 au cours des cancers de l'œsophage (soit 6,3%), 13

malades sur 65 au cours des cancers de l'estomac (soit 20%), 3 malades sur 19 au cours des cancers du côlo-rectum (soit 15,8%).

Ce mauvais pronostic est lié au retard diagnostique, lequel a été dû le plus souvent à un retard de référence aux centres spécialisés.

Nous recommandons ainsi :

- une large sensibilisation des populations pour une consultation précoce en cas de symptômes digestifs.
- une consommation régulière de fruits et légumes frais.
- réduction de la consommation poissons séchés, fumés, de viandes mal conservées, de t  avec potasse.
- la référence le plus précocement possible, par les praticiens des malades aux centres spécialisés.
- la multiplication de centres d'endoscopie bien équipés.
- la création d'un service de cancérologie.

RESUME

Objectif : Notre objectif principal était d'étudier les cancers du tube

digestif en milieu tropical.

Notre étude, prospective cas - témoins, s'est déroulée de

décembre 1997 à décembre 1999 dans les hôpitaux du Point G et de Gabriel

Touré de Bamako. Les patients provenaient des différents centres de santé du

pays et de la clinique du FARAKO (où la majorité des endoscopies a été

effectuée). Une endoscopie digestive a été effectuée chez les malades de même

qu'une biopsie devant un aspect macroscopique de cancer.

En deux ans, nous avons colligé 176 patients présentant un aspect

macroscopique de tumeur maligne du tube digestif, dont 100 cas soit 56,5% ont

été confirmés par l'histologie. Ces cancers ont représenté 1,1% de l'ensemble

des endoscopies digestives. Les données ont été comparées aux témoins.

Nous avons retrouvé dans notre échantillon 52 femmes et 48 hommes, soit un

sex-ratio de 0,9 en faveur des femmes.

L'âge moyen des cancéreux a été de 53,7 ans $\pm$ 12,4.

Les cancers de l'estomac avec 65% ont occupé le premier rang, suivis de ceux

du côlo-rectum avec 19% et en fin de l'œsophage avec 16% de l'ensemble des

cancers du tube digestif.

VII- RESUME

Les couches socio-professionnelles les plus représentées ont été les ménagères et les cultivateurs, dont le régime alimentaire de base serait en faveur de ces affections.

Le retard diagnostique retrouvé dans la plupart des cas, a fortement limité les ressources thérapeutiques avec seulement 17% de chirurgie à visée curative et 37% de chirurgie à visée palliative sur l'ensemble des cancers. Le pronostic global de ces cancers a été mauvais.

Conclusion : Les cancers du tube digestif considérés comme rares en milieu tropical, semblent de plus en plus observer. L'apport des endoscopies digestives, bien que souvent difficile à obtenir, expliquerait cette fréquence de ces cancers du tube digestif. L'amélioration du pronostic passe par une prise en charge précoce.

Mots clés : Cancers – Tube digestif – Endoscopie – Chirurgie.

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

VIII- REFERENCES

- 1- ADAM R, LEVI F, NAVARRO F, BRIENZA S, LECOULTIER S, DEPRES-BRUMMER P, MISSET JL, BISMUTH H Traitement combiné des métastases hépatiques non résecables de cancer côlo-rectal par chronochimiothérapie systématique et hépatectomie secondaire. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 46.
- 2- AMOUYAL G, AMOUYAL P, PALAZZO L, PONSOT P, ROSEAU G, MARTY O et coll. Apport de l'échoendoscopie dans le diagnostic des adénocarcinomes gastriques : Etude prospective et comparative sur 50 malades. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : A3.
- 3- AMOUYAL G, MARTY O, AMOUYAL P, PALAZZO L, ROSEAU G, PONSOT P, MOMPOINT D et coll. Apport de L'échoendoscopie dans le diagnostic des adénopathies métastatiques des cancers digestifs. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 136.
- 4- ARSENE D, CHOMONTOWSKI J, POTTIER D, ROUGEREAU A, LAUNOY G, GIGNOUX M. Epidémiologie et pronostic des carcinomes gastriques dans le département du Calvados : Etude sur 10 ans. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 797-803.
- 5- ARVEUX P, BEDENNE L, MILAN C, DURAND G, FAIVRE J. Le coût d'une campagne de dépistage de masse du cancer côlo-rectal par le test HémoCult. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 15.

- 6- ATTIA Y, SOUBEYRAND J, GAUDET D, MALAN K, KOVAKOU N, MOTTE M, CAMARA BM, N'DRI N, DANIEL B et N'DRI Y Le cancer colique en Côte d'Ivoire : Etude clinique et épидémiologique. Médecine d'Afrique Noire 1981 ; 28 : 353-358.
- 7- AURC, ARC, MICHOT F, POULIQUEN X et SCOTTE M Chimiothérapie et radiothérapie : Traitements adjuvants ou isolés du cancer de l'œsophage. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 46.
- 8- BENAMOUZIG R, EZRATY V, MUNOZ N. Facteurs étiologiques et mécanismes du cancer épидермоïde de l'œsophage. Gastroenterol Clin Biol 1993 ; 17 : 944-954.
- 9- BENAMOUZIG R, EZRATY V, MUNOZ N. Facteurs étiologiques et mécanisme du cancer épидермоïde de l'œsophage. Gastroenterol Clin Biol 1994 ; 18 : 26-32.
- 10- BOGNEL C, GRANDJOUAN S. Les adénomes et autres polypes dysplasiques plans du côlon. Gastroenterol Clin Biol 1999 ; 23 : 837-851.
- 11- BOSSET JF, PAVY JJ, HAMERS HP, PELISSIER E, GILLET M, MANTION G, HORIOT JC, ROUGIER P. Association concomitante de 5-Fluorouracile, acide folinique et radiothérapie dans les cancers rectaux localement avancés. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 47.
- 12- BOUCHE O, DUVULDER F. Cancer de l'œsophage. Impact Internat octobre 1997 N° 2 : 171 - 181.

- 13- BOUTRON-RUAULT M.C. Alimentation et cancérogenèse colo-rectale : données récentes. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : B 135-B 141.
- 14- BUECHER B, SCHMITZ A, LEREBOURS F, THUILLE B, THOMAS G, OLSCHWANG S. Vers un allotype de deuxième génération du cancer colique. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19 : 1004-1009.
- 15- BURTTIN P, BOYER J. Conférence de consensus 1994 sur le traitement du cancer du rectum : Que peut-on attendre de l'échographie endorectale ? *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19 : 1001-1003.
- 16- BURTTIN P, NAPOLEON B et le Club français d'échoendoscopie digestive. Standardisation des examens écho-endoscopiques en cancérologie digestive. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19 : 7-14.
- 17- BUSCAIL L, DELVAUX M, FREXINOX J, ESCOUROU J. L'échoendoscopie (EUR) est-elle utile pour le suivi des patients présentant des biopsies négatives après traitement par laser et chimiothérapie d'un cancer épidermoïde de l'œsophage ? *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 91.
- 18- CALAMENT G, CAUVIN JM, ROBASZKIEWICZ M, NOUSBAUM JB, LE PAGE M, ROBERT FX et coll. Traitement et survie du cancer épidermoïde de l'œsophage dans le département du Finistère entre 1984 et 1988 (716 cas). *Gastroenterol Clin Biol* 1993 ; 17 : 9-16.
- 19- CAUVIN JM. Endobrachyœsophage : épidémiologie et histoire naturelle de la cancérisation. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : B 12-B19.

- 20- CAUVIN JM, CALAMANT G, ROBASZKIEWICZ M, NOUSBAUM JB, LE PAGE MY, ROBERT FX et coll. Cancers de l'œsophage diagnostiqués entre 1984 et 1988 dans le département du Finistère : Etude de la survie. *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 15 : A 58.
- 21- CAUVIN JM, GOLDFAIN D, LE RHUN M, ROBASZKIEWICZ M, CADOT G, CARPENTIER S, et coll. Relation entre endobrachyoesophage et tumeurs colorectales. *Gastroenterol Clin Biol* 1994 ; 18 : D 53-D 55.
- 22- CAUVIN JM, MEYER M, OLIVIER C, ROBASZKIEWICZ M, NOUSBAUM JB, CALAMANT G et coll. Dépistage des tumeurs colorectales dans le Finistère : Intérêt d'un questionnaire médical. *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 15 : A 19.
- 23- CAUVIN JM, NOUSBAUM JB, ROBASZKIEWICZ M, ROBERT FX, CALAMANT G, GOUEROU H. Nitrate et incidence du cancer gastrique : Etude épidémiologique dans le département du Finistère. *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 15 : A 134.
- 24- CESSOT F, SAUTEREAU D, GAINANT A, DEVALOIS B, LE SIDANER A, PILLEGAND B. Fistule jéjuno-colique révélant un Lymphome colique T pléiorme. *Gastroenterol Clin Biol* 1990 ; 14 : 511-512.
- 25- CHABAK A, FARDELLONE P, VOTTE A, RAVERDY N, DOUTRELOT C, DUPAS JL. Teneur en calcium du régime alimentaire des patients atteints de tumeurs colorectales. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 122.

- 26- CHARLOIS T, BURTTIN P, BEN BOUALI A, FERRO P, PERSON B, CHAMEAU J, BOYER J. Facteurs prédictifs de réponse à la chimiothérapie (CHT) du cancer épidermoïde de l'œsophage (CEO). *Gastroenterol Clin Biol* 1990 ; 14 : A 115.
- 27- CHAUSSADE S : Réévaluation du risque du cancer colique au cours de la maladie de Crohn. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19 : 361-363.
- 28- CLOAREC D, HUMEAU B, PATRICE T, AILLET G, LE BODIC MF, LE BODIC L, GALMICHE JP. Prévalence des tumeurs coliques chez les patients porteurs d'endobrachyœsophage : Résultats préliminaires d'une étude prospective. *Gastroenterol Clin Biol* 1990 ; 14 : A 115.
- 29- CLAUDEL-BONVOISIN S, ROCHER F, ARNAUD MP, SALERNO N, ROMESTAING P, ISOARD B et coll. Curiothérapie à haut débit de dose dans le traitement du cancer œsophage. *Gastroenterol Clin Biol* 1993 ; 17 : 771.
- 30- COULIBALY B. Les cancers gastriques au Mali : Apport de la fibroscopie (à propos de 55 cas). Thèse med. ; Bamako, ENMP 1985 ; 42.
- 31- COURILLON-MALLET A. Adénocarcinome gastrique et réduction de la sécrétion acide gastrique. *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 15 : 106 C-108 C.
- 32- COUTURIER D, CHARTIER A, CHAUSSADE S, BENAMOUZIG R, VERRIERE JL. Mise en pratique du traitement adjuvant (Ta) par le 5 Fluoro-uracile (5FU) et le lévamisol (Le) du cancer du colon stade C

- d'Astler et Collier : Résultats d'une enquête française. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 47.
- 33- DE LA ROCHEFORDIERE A, SALMON RJ, ASSELAÏN B, MOSSERI V, GIRODET J, DURANDJ C et coll. Récidives locales des cancers du rectum : Analyse multidimensionnelle des facteurs anatomo-cliniques et le rôle de l'irradiation. *Gastroenterol Clin Biol* 1990 ; 14 : 619-625.
- 34- DIALLO A et coll. Cancer du rectum : A propos de 67 cas. *Mali Médical* 1995 ; 10 (3 et 4) : 36-38.
- 35- DIALLO G, ONGOIBA N, YENA S, MAIGA MY, TRAORE AH, DIALLO A et coll. Cancers coliques : A propos de 29 cas. *Mali Médical* 1995 ; 10 (3 et 4) : 33-35.
- 36- DIEBOLD MD. Dysplasie et muqueuse de Barrett : Définition et signification. *Gastroenterol Clin Biol* 1994 ; 18 : D 24-D 28.
- 37- DORVAL ETIENNE D. Cancer colo-rectal : De la prévention aux soins palliatifs. *Le Digestif*, décembre 1997 ; 10 : 25-27.
- 38- DUCREUX M, SABOURIN JC, BOUTRON MC, FAIVRE J, ROUGIER P. Lymphome gastrique : Histoire naturelle et classification. *Gastroenterol Clin Biol* 1996 ; 20 : B 105-B 112.
- 39- ELIAS D, LASSER P, HATCHOUËL JM, ESCUDIER B, SPIELMANN M, GIRINSKY T, KAC J. Etude multifactorielle prospective des facteurs pronostiques de 200 cancers épidermoïdes de l'œsophage opéré : Définition

- des malades tirant bénéfice de l'exérèse chirurgicale. Gastroenterol Clin Biol 1993 ; 17 : 17-25.
- 40- ESCOURROU J, DELVAUX M, BUSCAIL L, BEN JAZIA O, FREXINOS J, RIBET A. Traitement palliatif du cancer de l'œsophage : Intérêt de l'association Laser – Chimiothérapie. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : A 17.
- 41- FABRIANIN P, BENIZRI E, MICHELS JF, GUGENHEIM J, SAINT-PAUL M-Ch, MOUIEL J. Un nouveau cas de glomangiome gastrique. Gastroenterol Clin Biol 1993 ; 17 : 974-975.
- 42- FAIVRE J. Cancer du côlon. Impact Internat octobre 1997 N°2 : 247 – 254.
- 43- FAIVRE J. Cancer du rectum. Impact Internat octobre 1997 N°2 : 255 – 261.
- 44- FAIVRE J, BENHAMICHE AM. Le cancer de l'estomac : Du nouveau ? Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 793-796.
- 45- FAIVRE J, MILAN C, AVEUX P, DURAND G, BRAMI H, BEDENNE L. Le dépistage de masse du cancer colo-rectal en Bourgogne : Résultats de la deuxième campagne. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 28.
- 46- FAIVRE J, TAZI MA. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des tumeurs colorectales. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 361-363.
- 47- FLEJOU JF, PARAF F, POTET F, FEKETE F. Le cancer superficiel sur endobrachyoesophage. Gastroenterol Clin Biol 1994 ; 18 : D 59 - D 62.

48- FLEJOU JF, PARAF F, POTET F, FEKETE F. Facteurs pronostique du

cancer sur endobrachyoesophage. Gastroenterol Clin Biol 1994 ; 18 : D 63-

D 66.

49- FOURMESTRAUX AR. Prise en charge d'un malade atteint de Lymphome

gastrique. Gastroenterol Clin Biol 1996 ; 20 : B 113-B 119.

50- FOURMESTRAUX AR, PESCATORE P, COLOMBEL JF, EUGENE C,

GENDRE JP, LEMAIRE R et coll. La polypose lymphomateuse maligne

digestive : présentation anatomo-clinique, évolution et résultats

thérapeutiques. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 3.

51- FRANÇOIS E, BOURRY J, HEBUTERNE X, THYSS A, BERDAH JF,

SIMON JM. L'endoscopie gastrique dans le diagnostic et le suivi des

Lymphomes gastriques. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 138.

52- FREMOND L, BOUCHE O, DIEBOLD MD, DEMANGE L, ZEITOUN P,

THIEFFIN G. Régression partielle d'un endobrachyoesophage en dysplasie

de haut grade avec adénocarcinome après photocoagulation et

endocurithérapie sous traitement antisécretoire. Gastroenterol Clin Biol

1995 ; 19 : 112-116.

53- FREMOND L, PETIT C, RENARD P, ZEITOUN P. Dépistage des tumeurs

rectales asymptomatiques par le médecin généraliste. A propos de 370

rectoscopies au tube rigide. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 364-366.

- 54- GAILLETON R, TIRET E, PENNA C, BERGER A, HEYD B, FLORENT C, PARC R. Existe-t-il un traitement préventif des cancers duodénaux de la polypose adénomateuse familiale. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 27.
- 55- GIGNOUX M, POTTIER D. Cancer de l'œsophage : La survie s'améliore et les indications se clarifient. *Gastroenterol Clin Biol* 1993 ; 17 : 2-3.
- 56- GILLY FN, REBAUDET H, DESCOS L, BRAILLON G, ROMESTAING P, BONVOISIN S, SENTENAC I, SAYAG AC, GERARD JP. Radiothérapie per opératoire (R.P.O) dans les adénocarcinomes (ADK) gastriques : A propos de 35 cas. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 92.
- 57- GIOVANNINI M, SEITZ JF, THOMAS P, HOUVENAEGHEL G, DELPERO JR, GIUDICELLI R, FUENTES P. Echoendoscopie sectorielle électronique en pathologie tumorale bénigne et maligne de l'estomac : Résultats chez 30 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1993 ; 17 : 26-32.
- 58- GOLDMINC M, SIRISER F, MADDERN G, LE PRISE E, BARDAXOGLU E, CAMPION JP et LAUNOIS B. Œsophagectomie avec ou sans thoracotomie dans le traitement du cancer de l'œsophage : Une étude prospective et randomisée. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 1.
- 59- GOUEROU H, CAUVIN JM, CALAMENT G, ROBASZKIEWICZ M, NOUSBAUM JB, GOURLAOUEN A, BONGO M. Réduction tumorale endoscopique par électrocoagulation des tumeurs recto-coliques : A propos de 71 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 139.

- 60- GOULLAT C, BERARD Ph, CHAVATTE PY, AIN JF, MANGANAS D.
 Traitement du cancer du bas rectum par résection rectale conservatrice après
 irradiation préopératoire : Résultats à long terme d'une étude prospective.
 Gastroenterol Clin Biol 1999 ; 23 : 817-823.
- 61- GOULLAT C, TETE B, BERNARD Ph, PAPILLON J. Résection
 conservatrice après irradiation dans les cancers du bas rectum : Résultats
 d'une étude prospective. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 247.
- 62- GRANDJOUAN S, BOGNEL C, LASSER P, ELIAS D, ZIMMERMANN
 P, CRESPON B et coll. Cancers coliques familiaux : Les adénomes plans
 sont passés inaperçus. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 116.
- 63- GROBOST O, BOUTRON MC, ARVEUX P, BEDENNE L, CHATRENET
 P, FAIVRE J. Appendicectomie, cholécystectomie, lithiase vésiculaire et
 cancer côlo-rectal. Une étude rétrospective cas témoin en Côte-d'Or.
 Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : 594-599.
- 64- GRUSS JM, LACAINÉ F, HOURY S, HUGUIER M. Cancer de
 l'œsophage opéré : Etude des facteurs pronostiques de survie par une
 analyse multivariée. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 267.
- 65- HEMET J, LAQUERRIERE A, LEMOINE F, DOUBLET B, METAYER J.
 Rectocolite hémorragique et carcinome colique : Données de la cytométrie
 en flux. A propos de trois observations. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 :
 873-876.

- 66- HOURY, VONS C, HUGUIER M. Traitement des récidives locales des cancers coliques et rectaux traités initialement par résection - anastomose. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : 28-32.
- 67- JACOB JH. La colonoscopie gauche dans le dépistage et la prévention du cancer colo-rectal. Etude prospective d'acceptabilité et de faisabilité. Premiers résultats. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 62.
- 68- KAC J, SPIELMANN M, GUILLOT T, GIRINSKI T, ZRIHEN E, ELIAS D, et coll. Suivi des cancers épidermoïdes inopérables mises en rémission complète (RC) par l'association Chimiothérapie (CT) – Radiothérapie (RT). Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : A 117.
- 69- KARTHEUSER A, LOCH P, BOUTELOUP PY, BORIE H, TIRET E, HANNOUN L et coll. Est-il licite de conserver le rectum dans l'adénomatose recto-colique familiale ? Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : A 50.
- 70- KONATE Y. Contribution à l'étude anatomo-clinique du cancer gastrique à Bamako(à propos de 50 cas). Thèse med. ; Bamako 1980 ; 9.
- 71- KOUAM L, KAMDOM M, DOH AS, NGASSA P, ESSAME-OYONOU JL. Le cancer gastrique : aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu tropical. Médecine d'Afrique Noire 1999, Tome XXXVI- N°1 : 52
- 54.
- 72- LAIGNEAU P, LOINTIER P. Adénocarcinome du duodénum. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 45.

- 73-LAPEYRE B, SOUQUET JC, SABBEN G, DESCOS F, LAMBERT R.
 Traitement non chirurgical du cancer épidermoïde de l'œsophage. Etude de la survie dans une série de 293 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1990 ; 14 : A 117.
- 74-LASSER Ph , PIGNON JP, MAHJOUBI M, ELIAS D, TIGAUD JM, FABRI MC, ZIMMERMANN P et coll. Chimiothérapie préopératoire des adénocarcinomes gastriques localement avancés. *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 5 : A 139.
- 75-LAUNOY G, PIENKOWSKI P, FAIVRE J, GROSCLAUDE P, GIGNOUX M. Estimation de l'incidence des cancers digestifs en France à partir des données de sept départements. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 92.
- 76-LE PAGE M, CAUVIN JM, LE DREAU G, NOUSBAUM JB, ENARD L, GOURLAOUEN A, ROBANSZKIEWICZ M, GOUEROU H. Prise en charge thérapeutique et survie de l'adénocarcinome gastrique dans le département du Finistère entre 1984 et 1989. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19 : 804-810.
- 77-LE PRISE E, MEUNIER B, ETIENNE PL, BEN HASSEL M, CENTRE EUGENE, MARQUIS-RENNE S, CAMPION JP et coll. Essai randomisé de chimio-radiothérapie néo-adjuvante préopératoire dans le traitement des cancers épidermoïde de l'œsophage. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 1
- 78-LESCUT D, VINCENT P, PIRET A, LAFFINEUR G, QUANDALLE P, VANKEMMEL P, WURTZ A et coll. L'antibiothérapie par piperacilline

- diminue la translocation bactérienne (TB) dans la chirurgie des cancers
côlo-rectaux (CCR). *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : 265.
- 79- LOGUNOV KV, BARANOSVSKII A, GURIN NN. The reliability of
endoscopic gastric biopsy in diagnostic of the maligna degeneration of
stomach ulcers. *Vestn Khir In Grek* 1999 ; 158 : 13 – 6.
- 80- MAIGA MY, TRAORE HA, DIALLO G, DEMBELE M, KALLE A,
GUINDO A. Aspects cliniques et anatomiques du cancer du canal anal au
Mali : A propos de 9 cas. *Med. Chir. Dig.* 1995 ; 24.
- 81- MAIGA MY, GUINDO S, TRAORE HA, DEMBELE M, GUINDO A,
KALLE A, PICHARD E. Etude épidémiologique des affections oeso-gastro-
duodénales au Mali au moyen de la fibroscopie digestive haute. *Médecine
d'Afrique Noire* 1995 ; 42 (2) : 68-72.
- 82- MAISTRE B, DISHINO M. Le cancer gastrique : Une affection fréquente,
de diagnostic tardif et de pronostic péjoratif à Dakar. *Afrique Med.* 1984 ;
23 (222) : 455 – 479.
- 83- MAMBRIINI P, GIOVANINI M, SEITZ JF, PERKIER H, ALLEMAND I,
RABIA I, MONGES G, LEBREUIL G. Métastase utérine révélatrice d'un
adénocarcinome gastrique. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19 : 725-728.
- 84- MARMUSE JP, MOURAD K, BENHAMOU G, CHARLEUX H. Résultats
de l'œsophagectomie sans thoracotomie dans les cancers de l'œsophage
thoracique. *Gastroenterol Clin Biol* 1991, 15 : 274.

- 85- MARTIN F et MARTIN M. Réduction de l'acidité gastrique. Conséquences sur la carcinogénèse gastrique induite par les N-nitrosocomposés. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 15 : 102 C-105 C
- 86- MARTIN MS. Rôle des formations lymphoïdes colo-rectaux dans la carcinogénèse intestinale chez les rongeurs et chez l'homme. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : 611-613.
- 87- MAUREL J, MARTEL B, JUSTUM AM, AUVRAY S, BONVALOT S, SEGOL Ph, GIGNOUX M. Peut-on améliorer le diagnostic précoce de la polypose adénomateuse familiale (PAF) ? Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 124.
- 88- MAUREL J, GROSCLAUDE P, POTTIER D, FAIVRE J, SCHRAUB S, LAUNOY G, DAURES JP, VILLING AL, RAVERDY N. Traitement du cancer du rectum. Enquête de pratique dans 7 départements français en 1990. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 385-392.
- 89- MOURTALA I. Infection à l'*Helicobacter pylori* et les pathologies gastroduodénales dans le centre d'endoscopie de l'Hôpital National du Point « G ». Thèse Médecine ; Bamako 2000, N° 23.
- 90- MOUSSU P, BOURGAUX JF, RAFFANEL C, PIGNODEL C, BALMES JL. Lymphome gastrique de MALT et *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Clin Biol 1996 ; 20 : 614.

91- NAVEAU S, RATZIU V, CHAPUT JC. Traitement endoscopique palliatif des sténoses malignes de l'œsophage et du cardia. *Gastroenterol Clin Biol* 1993 ; 17 : 740-746.

92- NDJILLOYAP NDAM EC, MBAKOP A, ATANGANA I, TZEUTON C, ABONDO A. Les cancers recto-coliques du sujet jeune au Cameroun. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 138.

93- N°GARIAL K. Etude des cancers colo-rectaux dans le service de chirurgie « B » de l'Hôpital national du Point G à Bamako (à propos de 96 cas). Thèse med. ; Bamako 1995 ; 32.

94- NOUHOU H, MAHAMADOU O, RAMATOU ADEHOSSI E. Cancer au Niger : Etude de fréquence relative sur une période de 3 ans (1989-1991). *Médecine d'Afrique Noire* 1994 ; 41 (3) : 170-176.

95- OLSCHWANG S. Cancer colo-rectaux héréditaires sans polypose : Des gènes au diagnostic. *Gastroenterol Clin Biol* 1996 ; 20 : B5-B8.

96- PALAZZO L, ROSEAU G, RUSKONE A, FABRI MC, AMOUYAL G., AMOUYAL P et coll. Valeur de l'échoendoscopie dans le bilan pré-thérapeutique des lymphomes gastriques. *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 15 : A 138.

97- PADONOU N, BAGNAN KO, KODJOH N, AGBO N. Les cancers colo-rectaux à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou. A propos de 10 cas observés en 7 ans. *Médecine d'Afrique Noire* 1994 ; 41 (5) : 300-303.

- 98- PARAF F, FLEJOU JF, POTET F, MOLAS G, GAYET B, FEKETE F. Le cancer sur endobrachyoesophage : Etude histologique pronostique de 51 cas. *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 15 : A 1.
- 99- PARTENSKY C, MIRANDA F, BERGER F, MOULINIER B. Service de chirurgie Digestive hôpital E. Herriot. 694337. Lyon Cedex 03 : Oesophagectomie à thorax fermé pour adénocarcinome pour endobrachyoesophage. *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ; 15 : A 278.
- 100- PATRICE T, FOULTIER MT, YACTAYO S, LEBODIC L, LASER Dpt. Photochimiothérapie Laser par endoscopie de 69 cancers digestifs. *Gastroenterol Clin Biol* 1990 ; 14 : A 116.
- 101- PEGHINI M, BARABE P, TOUZE JE, MORCILLO R, VEILLARD JM, DIAGNE L, EYNARD JP, DIALLO A, GUEYE PM, MBAYE PS, WADE B. Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal : Apport de 18000 endoscopies effectuées à l'hôpital principal de Dakar. *Médecine Tropicale* 1990 ; 20 (2) : 205-208.
- 102- PEGHINI M, RAJAONARISON P, PECARRESE JL, RAZAFINDRAMBOA H, RICHARD J, MORIN D. Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar : Apport de 14000 endoscopies effectuées au centre hospitalier de Soaviana à Antananarivo. *Médecine d'Afrique Noire* 1997 ; 44 (10) : 518-521.
- 103- PEIFFERT D, PERNOT M, BEY P. Cancers épidermoïde du canal anal : Conservation sphinctérienne. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 : A 122.

- 104- PENNA C, KARTHEUSER A, TIRET E, NORDLINGER B, HANNOUN L, PARC R Résultats fonctionnels à 5 ans des anastomoses iléo-anales dans la polypose adénomateuse familiale. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 8.
- 105- PETIT R, CHEMAMA Y, PHILIPPE JM, GREMAIN J, AZNAR F, SEGRESTIN M. Métastases coliques d'un carcinome du sinus piriforme. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 1074-1075.
- 106- PIARD F, BOUTRON MC, BEDENNE L, FAIVRE J, MILAN C, BASTIEN H, KLEPPING C. Les lymphomes primitifs du tube digestif : Une étude histo-clinique sur une base de population. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : A 9.
- 107- PIENKOWSKI P, PAYEN C, FREGEVU J et RIBET A. Pronostic des cancers côlo-rectaux. Apport d'une analyse multivariante sur une base populationnelle. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 137.
- 108- PILLOD D, BOUTRON FC, ARVEUX P, HILLON P, FAIVRE J. Evolution du stade de diagnostic et des modalités diagnostiques et thérapeutiques des cancers côlo-rectaux en Côte-d'Or entre 1976-1988. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 63.
- 109- POCARD M, SALMON REMI J, POUPON MF. Deux types d'adénocarcinome colique. Arguments et implications. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 3-6.

- 110- POTET F. Le cancer du cardia et le cancer sur endobrachyoesophage sont-ils des entités différentes ? Gastroenterol Clin Biol 1994 ; 18 : D56-D58.
- 111- QUINTON A, DUPON C, LE SOMMER-PERE M, MERIAUX J, LIGER Y, THIELLY P et coll. La campagne de dépistage du cancer recto-colique (CRC) en Aquitaine : Résultats intermédiaires. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 121.
- 112- QUINTON A, LECCIA F, FONCK M, LAMOULIATTE H, BERNARD PH, PARNEIX M et coll. Intérêt de la scintigraphie à l'ACE marqué à l'indium pour la mise en évidence des récidives et métastases des cancers recto-coliques : Résultats préliminaires. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 121.
- 113- RAT P, ARVEUX P, HILLON P, FAIVRE J, Registre des tumeurs Digestives (Equipe associée INSERM-DGS). La mortalité opératoire du cancer de l'estomac après exérèse curative en Côte-d'Or entre 1976 et 1985. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : 274.
- 114- ROBASZKIEWICZ M. De l'endobrachyoesophage à l'adénocarcinome : Peut-on déjouer les dangers d'une histoire naturelle ? Gastroenterol Clin Biol 1996 ; 20 : B 89-B 97.
- 115- ROBASZKIEWICZ M, VOLANT A, GUEZ C, BENZENOU A, GOUEROU H Carcinome pseudosarcomateux polypôide de l'oesophage :

- Evolution favorable de deux cas traités médicalement. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : 644-647.
- 116- ROHN S, MEYER C. Cancer de l'estomac. Impact Internat octobre 1997 N° 2 : 217 - 224.
- 117- ROSEAU G, PALAZZO L, RAHME T, AMOUYAL P, GAYET B, AMOUYAL G, PAOLAGGI JA. Apport de l'échoendoscopie au diagnostic des récidives loco-régionales, après traitement chirurgical des cancers recto-coliques. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 66.
- 118- ROSEAU G, PALAZZO L, AMOUYAL P, AMOUYAL G, GAYET B, PAOLAGGI JA. Résultats de l'échoendoscopie dans le bilan préopératoire du cancer du rectum. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 138.
- 119- ROSEAU G, PALAZZO L, RAHME T, AMOUYAL G, PAOLAGGI JA. Intérêt de l'échoendoscopie dans le bilan pré-thérapeutique des tumeurs villeuses recto-sigmoïdiennes. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 277.
- 120- ROTMAN N, PEZET D, CHERQUI D, FAGNIEZ PL, LOINTIER P. Adénocarcinome du duodénum : Etude des facteurs pronostiques. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 265.
- 121- SACKO L. Cancers de l'estomac en chirurgie «B» de l'hôpital du Point «G» à Bamako : A propos de 177 cas (de 1979 à 1980). Thèse de médecine, Bamako 1990.

- 122- SAMAKE S. Etude clinique et épidémiologique des cancers digestifs dans les hôpitaux de Bamako : A propos de 948 cas. Thèse de médecine, Bamako (MALI) 1990.
- 123- SANKALE M, SOAW A, AGRTA. Le cancer de l'estomac dans un service de médecine interne en Afrique Noire : A propos de 40 observations à Dakar. Med. D'Afrique Noire 1978 ; 25 (3).
- 124- SAURIN JC. Diagnostic endoscopique et traitement des lésions néoplasiques planes colorectales. Gastroenterol Clin Biol 1996 ; 20 : B 152-B 158.
- 125- SAUVANET A, BERTHOUX L, GAYET B, FLEJOU JF, BELCHITI J, FEKETE P. Adénocarcinome du cardia : L'étendue de l'exérèse gastrique et du curage ganglionnaire influence-t-elle la survie ? Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 244-251.
- 126- SEITZ JF. Alternatives au traitement chirurgical des adénocarcinomes de l'œsophage et du cardia. Gastroenterol Clin Biol 1994 ; 18 : D 63-D66.
- 127- SEITZ JF. Traitement des cancers épidermoïdes du canal anal (CECA) par chimiothérapie (5FU-CDP) et radiothérapie concomitante. Résultats chez 15 patients. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 48.
- 128- SEITZ JF. La chimiothérapie adjuvante dans les cancers du côlon. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : 797-800.

- 129- SEITZ JF, PERRIER H, GIOVANNINI M, THRILL L. Maniement du 5-Fluorouracile en cancérologie digestive. Gastroenterol Clin Biol 1996 ; 20 : B 80-B 88.
- 130- SEITZ JF, MONGES G, NAVARRO P, GIOVANNINI M, GAUTHIER A. Dépistage endoscopique des dysplasies et des cancers intracliniques de l'œsophage : Résultats d'une étude prospective avec coloration vitale par le bleu de Tolidine chez 100 patients alcoolo-tabagiques. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : 15-21.
- 131- SEITZ JF, GIOVANNINI M, PADAUT J, RESBEUTT M, FUENTES P, GUIDICELLI R et coll. Chimiothérapie (5FU-CISPLATINUM) avec radiothérapie (RT) concomitante dans les cancers épidermoïdes œsophagiens (CEO) inopérables Résultats chez 47 patients. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : A 116.
- 132- SEITZ JF, GIOVANNINI M, SAUVAN R, HOUVENAGHEL G, MONGES G, DELPERO JR, PASQUIER J, GAUTHIER A. Confirmation d'une élévation de la gastrinémie basale chez les patients porteurs d'un cancer colo-rectal (CCR) ou de polyadénomes. Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 137.
- 133- SIPROUDHIS L, BRETAGNE JF, RAOUL JL, COTTEREAU J, GOSSSELIN M. Métastases gastriques et duodénales des cancers de l'œsophage. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : 888-889.

134- SOUQUET JC. Prise en charge d'un patient atteint d'un cancer du cardia.

Gastroenterol Clin Biol 1996 ; 20 : B 98-B 104.

135- STAMPEHI C, SOUQUET JC, NAPOLEON B, VALETTE PJ, BOULEZ

J, CHABAL et coll. Cancer épidermoïde de l'œsophage. Traitement médical

ou chirurgical ? Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 91.

136- TIGAUD JM, BOGNEL C, ZIMMERMANN P, CRESPO B,

DUVILLARD P, KAC J et coll. Intérêt de l'endoscopie digestive haute

(EDH) dans les lymphomes malins non-Hodgkiniens gastriques (LMG)

pour le diagnostic (Dg) et le suivi. Gastroenterol Clin Biol 1990 ; 14 : A 19.

137- TOURE A. Contribution à l'étude des cancers au Mali : A propos d'une

étude statistique de 1378 cas. Thèse de médecine ENMP, BAMAKO

(MALI), 1986 N° 6.

138- TRAORE DIOP AK, ONGOIBA N, MAIGA M, TRAORE HA, DIALLO

A, SACKO L, GUINDO A, BAYO S, KOUHARE AK. Dévenir des

gastrectomisés pour cancer gastrique en chirurgie "B" à l'hôpital du Point G.

Bamako. Mali Médical 1994 ; 9 (1) : 17-19.

139- TRAORE HA, MAIGA MY, TOURE F, DEMBELE M, DIALLO D,

DIALLO AN, RICHARD E, GUINDO A. Contribution à l'étude anatomo-

clinique des pathologies œsophagiennes au centre d'endoscopie digestive de

Bamako. (A propos de 612 cas). Med. Chir. Dig. 1993 ; 22 : 361-363.

140- VONS C, GAYET B, FEKETE F. Cancer superficiel de l'œsophage : Un

moins bon pronostic en Europe qu'en Asie ? Gastroenterol Clin Biol 1991 ;

15 : A 10

141- VONS C, GAYET B, MOLAS G, FEKETE F. Le traitement des cancers

superficiels de l'œsophage : Petit traitement pour petit cancer ? .

Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A 267.

142- VOTTE A, CATTAN D, DUPAS JL. Traitement des tumeurs carcinoides

du tube digestif. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19 : 1031-1040.

143- WIND Ph, NORDLINGER B, KHALIL A, VAILLANT JC, PARC R.

Critères pronostiques des cancers du côlon : Seraient - ils insuffisants ?

Gastroenterol Clin Biol 1992 ; 16 : A 8.

144- YCHOU M, PIGNON JP, BIDART JM, TIGAUD JM, CAMPAGNE

MC, BENHAMOUZIG R. et coll. Adénocarcinome gastrique Kca : Valeur

comparée du dosage du CA 19-9 et de l'ACE dans le suivi après résection

chirurgicale de la tumeur primitive. Gastroenterol Clin Biol 1991 ; 15 : A

134.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Interne N°Diaye

Service
Sexe

N°
Prénom

Date
Nom
Âge
Profession
Adresse à Bamako
Région d'origine

MODE DE VIE

CONSOMMATION D'ALCOOL
CONSOMMATION DE TABAC
CONSOMMATION DE COLA

CONSERVATION DE VIANDE : REFRIGERATION

SALAISON

CONSOMMATION DE POISSON : FUME

CONSOMMATION DE TÔ

CONSOMMATION DE FRUITS ET LEGUMES : REGULIERE

ATCD

Motif d'un retard de consultation :

CLINIQUE

DEBUT

SYMPTOMES

+ Douleur

Siège
Type
Irradiation

+ DIARRHEE

+ CONSTIPATION

+ VOMISSEMENT

+ HEMATEMESE

+ MELAENA

+ RECTORRAGIE

+ AMAIGRISSEMENT

+ PALEUR

+ OEDEME DES MEMBRES INFERIEURS

EXAMEN DIGESTIF

+ FOIE

+ ASCITE

+ AUTRES TUMEURS

+ TR

POUMONS

AIRES GANGLIONNAIRES

APPAREIL LOCOMOTEUR

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

ENDOSCOPIE : Aspect endoscopique

Siège

Taille

Biopsie

PAF

CONFIRMATION HISTOLOGIQUE

CONFIRMATION CYTOLOGIQUE

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

AFP

AgHBs

PHOSPHATASES ALCAINES

AZOTEMIE

TP

NFS

CREATININEMIE

DIANOSTIC DEFINITIF

(Selon le siège)

CONDUITE A TENIR

OPERE : OUI Classification TNM

NON Motif

EVOLUTION

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'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

