

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la recherche scientifique

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



Année universitaire 2019– 2020



N° : /2020

MEMOIRE

**CANCER COLORECTAL EN OCCLUSION DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE « B » DU CHU DU POINT G**

PRÉSENTÉ ET SOUTENU, LE 29 / 01 / 2021

DEVANT LE JURY DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO
STOMATOLOGIE

Par Docteur Moro SISSOKO

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S)
En CHIRURGIE GENERALE**

Jury

Président : Pr Adégné Togo

Membre du jury : Pr Soumaïla Keita

Directeur de mémoire : Pr Nouhoum Ongoïba

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

U.S.T.T.B : Université des sciences techniques et technologies de Bamako

O I A : Occlusion intestinale Aigue

C C R : Cancer colorectal

A F C : Association Française de Chirurgie

A- : Groupe A rhésus négatif

A+ : Groupe A rhésus positif

AB+ : Groupe AB positif

B- : Groupe B rhésus négatif

B+ : Groupe B rhésus positif

O- : Groupe O rhésus négatif

O+ : Groupe O rhésus positif

HTA : Hypertension Artérielle

TDM: Tomodensitométrie

TNM: Tumor Node Metastasis

ASA : American Society of Anesthesiology

A S P : Abdomen sans préparation

N H A : Niveau Hydro-Aérique

R T H : Radiothérapie

Gy : Gray

C H U : Centre Hospitalier Universitaire

n : Nombre de cas

FMOS : Faculté de médecine d'odonto Stomatologie

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des cas de 2007 à 2019.....	7
Figure 2 : Répartition des patients en fonction du sexe.....	8
Figure 3 : Fonction de survie globale (KAPLAN MEIER).....	23
Figure 4 : Survie post opératoire (KAPLAN MEIER).....	24

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
PATIENTS ET METHODES.....	4
LES RESULTATS.....	6
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	42
CONCLUSION.....	65
RECOMMANDATIONS.....	66
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	68
ANNEXES.....	75

1. INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) est un mode de révélation relativement fréquent des cancers intéressant les organes intra - abdominaux [1]. Les principaux mécanismes sont la sténose, l'invagination, le volvulus et la compression. Quand l'OIA survient, le cancer est déjà à un stade avancé. Le geste chirurgical est par conséquent très souvent palliatif.

Le Cancer colorectal regroupe toutes les tumeurs malignes développées sur la portion du gros intestin, située en aval de la jonction iléo-caecale au rectum [2].

Le cancer colorectal a une répartition géographique très inégale. En Europe, il représente 10% de l'ensemble des cancers.

Aux USA, le CCR représente 14,7 % de l'ensemble des cancers [3].

En Amérique latine il représente 2,2 à 2,4%, en Asie 3,53 à 3,77% et en Afrique 1,3 à 3% [4 ; 5].

PADONOU et al au Bénin ont trouvé qu'il constituait 0,11% des cancers [6].

Au Mali : Siné BAYO et coll. ont trouvé une fréquence relative de 3,9% soit 1,8% pour le côlon et 1,6% pour le rectum [7].

Le CCR représente un problème majeur de santé mondiale [8 ; 9], c'est le troisième cancer dans le monde après le cancer du poumon et le cancer du sein [10].

L'occlusion complique 10 à 30 % des cancers colorectaux [11]. Elle constitue un facteur de mauvais pronostic immédiat, la mortalité postopératoire variant de 15 à 30 % contre 1 à 5 % pour la chirurgie électorale, et le taux de morbidité deux fois plus important qu'en situation électorale [11 ; 12]. Une intervention en urgence a été identifiée comme un facteur indépendant de risque de mortalité postopératoire dans l'enquête de l'Association française de chirurgie (AFC) [13] ; les autres facteurs de risque de mortalité étaient l'âge supérieur à 70 ans, une perte de poids supérieur à 10 % en moins de six mois et les antécédents neurologiques. Le taux de mortalité variait de 0,5 % si aucun facteur n'était présent, à 50 % si les quatre facteurs étaient associés [14]. La chirurgie, la

chimiothérapie et la radiothérapie constituent des moyens thérapeutiques avec une mortalité postopératoire de 3,4% en moyenne.

La prise en charge des patients porteurs d'un cancer colorectal occlusif pose trois types de problèmes.

D'une part, celui d'une occlusion avec sa conséquence délétère sur l'intestin d'amont, d'autre part celui d'un cancer souvent localement avancé et fréquemment déjà métastatique, enfin celui lié au terrain souvent défavorable de ces patients régulièrement âgés et porteurs d'affections associées.

Le traitement chirurgical fait l'objet de discussions entre d'une part les partisans d'une chirurgie en 2 ou 3 temps, et d'autre part ceux qui proposent une chirurgie en un temps.

Les études maliennes révèlent un certain nombre de problèmes :

- ♣ le retard de consultation ;
- ♣ les difficultés de diagnostic des occlusions ;
- ♣ la faiblesse des moyens thérapeutiques;
- ♣ les difficultés de suivi à moyen et à long terme.

La problématique de prise en charge du cancer colorectal en occlusion nécessite de répondre à certains nombres de questions par rapport aux difficultés thérapeutiques :

- Quelle attitude thérapeutique adaptée en urgence ?
 - ✓ Faut-il réaliser en urgence un geste minimum par colostomie de dérivation et traiter secondairement le cancer de façon carcinologique ? ou faut-il faire un traitement complet en un temps ?
 - ✓ Si on décide de lever l'urgence seulement, faut-il faire une simple colostomie de proche-amont ? ou résection colostomie de type Hartmann ?
 - ✓ Ya-t-il une différence entre le côlon droit et gauche ?

Le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge thérapeutique des cancers colorectaux.

2. OBJECTIFS

2.1-Objectif général :

Evaluer la prise en charge du cancer colorectal en occlusion dans le service de chirurgie « B » du centre Hospitalier Universitaire du Point-G.

2.2- Objectifs spécifiques :

- ❖ Fréquence du cancer colorectal en occlusion
- ❖ D'écrire les stratégies de prise en charge du cancer colorectal en occlusion,
- ❖ Déterminer les résultats par rapport aux différentes stratégies,
- ❖ Déterminer la mortalité et la morbidité liées aux différentes stratégies
- ❖ Comparer les résultats des stratégies chirurgicales

3. Patients et Méthodes

3.1- Type et période d'étude :

Ce travail était une étude rétrospective et descriptive allant du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2019 soit une période de 13 ans.

3.2- Cadre d'étude :

Le service de chirurgie « B » du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point- G au Mali a servi de cadre d'étude.

C'est un service de chirurgie générale et digestive. Il est composé d'un bloc opératoire et de deux pavillons d'hospitalisation de 17 lits et de 12 lits.

3.3-Population d'étude :

Elle était constituée de tous les patients reçus et opérés dans le service de chirurgie « B » au CHU du Point G pour occlusion intestinale aiguë sur tumeur.

3.4-Echantillonnage

3.4-1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude tous les patients admis et opérés pour cancer colorectal en occlusion dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point G.

3.4.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les patients opérés pour cancer colorectal non occlusif ;
- Les patients opérés pour occlusion colique d'origine non tumorale ;
- Les patients opérés pour occlusion sur cancer non colorectal ;
- Les patients dont le type histologique n'a pu être confirmé.

3.4.3 Collecte des données :

Nous avons élaboré un questionnaire comportant des paramètres relatifs aux données sociodémographiques, cliniques, para-cliniques et thérapeutiques. Ces données ont été collectées dans les supports suivants :

- Les dossiers médicaux
- Les registres de consultation
- Les registres de compte rendu opératoire

- Les registres d'hospitalisation
- Les registres de compte rendu d'anatomie pathologique.

3.4.4. Traitement des données :

Les données collectées ont été vérifiées et purgées des erreurs. Elles ont été codées, chiffrées et saisies sur Excel, puis vérifiées, les erreurs de saisie corrigées. Les données ont ensuite été transposées sur Epi Info 7 pour analyse.

3.4.5. Analyse des données :

Les logiciels Excel, SPSS 21.0. Ont été utilisées pour l'analyse. Les données ont été structurées de manière à dégager les variables descriptives comportant les caractéristiques sociodémographiques des sujets, puis les aspects en rapport avec les objectifs de l'étude. Pour comprendre les aspects spécifiques de cancer colorectal, des variables supplémentaires ont été créées, d'autres variables transformées. L'appréciation des paramètres retenus, a été faite à travers des effectifs et pourcentages pour les qualitatifs ; en moyennes \pm écart types pour les quantitatifs. La moyenne était considérée en cas distribution gaussienne, la médiane ou quartiles, lorsque la distribution n'était pas uniforme. Des comparaisons ont été effectuées entre certaines variables. Cette comparaison était faite par le test de Student pour les paramètres quantitatifs, le test exact de Fisher pour les paramètres qualitatifs. Le seuil de significativité statistique a été établi à $p = 0,05$.

4. LES RESULTATS

1 Aspects épidémiologiques :

Au cours de la période d'étude (2007-2019) nous avons recensé :

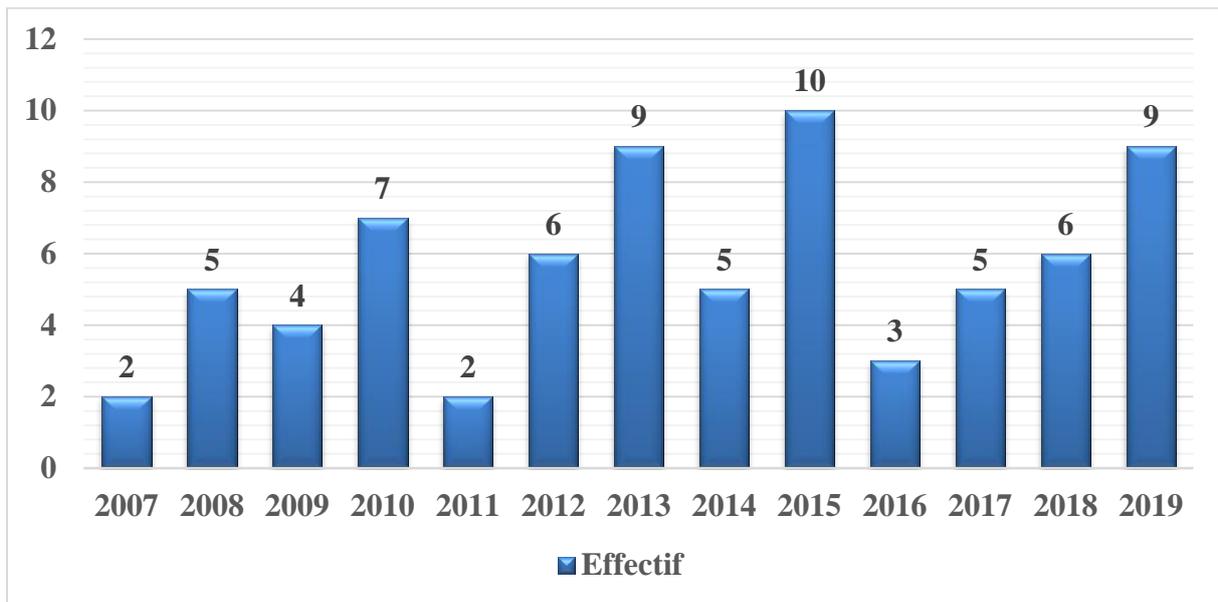
- 6229 hospitalisations dont 73 cas de cancer colorectal en occlusion soit 1,2% ;
- 1357 cas d'urgences digestives dont 73 cas de CCR en occlusion soit 5,4% ;
- **853** cas de l'ensemble des cancers dont **73** cas de CCR en occlusion soit **8,6%** de l'ensemble des cancers ;
- **469** cas des cancers digestifs dont **73** cas de CCR en occlusion soit **15,6%** de l'ensemble des cancers digestives
- 6015 actes chirurgicaux dont 73 cas de CCR en occlusion soit 1,2% ;
- 233 cas de cancer colorectal dont 73 cas de CCR en d'occlusions soit 31,3%.

Tableau I : Aspect épidémiologique

Activités	Nombre total de cas (2007-2019)	Fréquence de cancers colorectaux en occlusion	Pourcentage %
Hospitalisations	6.229	73	1,2
Urgences digestives	1.357	73	5,4
Actes chirurgicaux	6.015	73	1,2
Cancers colorectaux	233	73	31,3
Cancers digestifs	469	73	15,6
Cancers de l'Estomac	165	73	44,2
Cancers du sein	156	73	46,8
Ensemble des cancers	853	73	8,6

En résumé : 233 cancers colorectaux sur 469 cancers digestifs ; 73 CCR en occlusion soit 31,3% des CCR.

Figure 1 : Evolution des cas de 2007 à 2019



4.2 Aspects descriptifs :

4.2.1 Age :

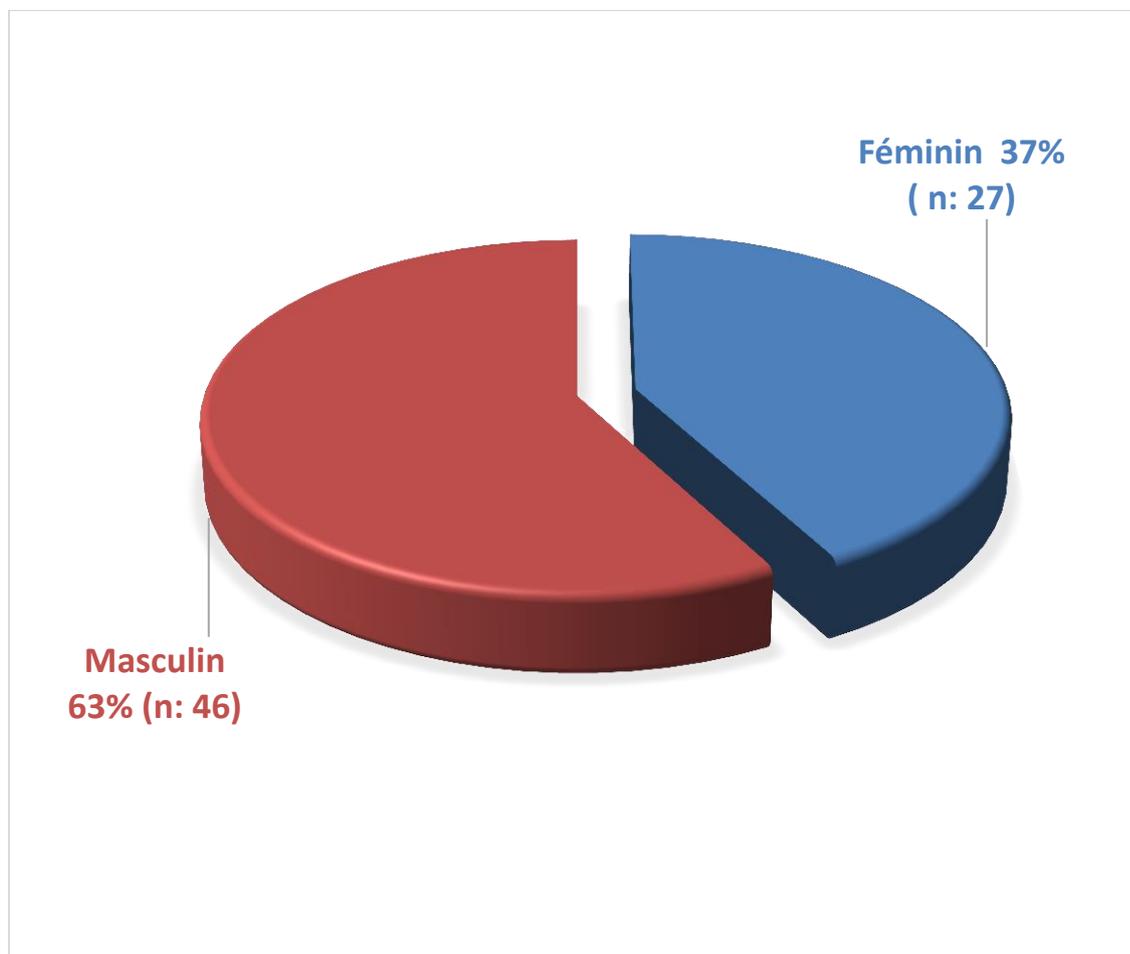
Tableau II : Répartition des patients en fonction de l'âge :

Âge	Effectif	Pourcentage
0 - 20 ans	1	1,4
21 - 40 ans	17	23,3
41- 60 ans	31	42,5
61 - 80 ans	22	30,1
> 80 ans	2	2,7
Total	73	100

Age moyen : 53,6ans ; Ecartype : 16,9 Extrêmes : 18 et 92 ans

4.2.2 Sexe

Graphique 6 :



4.2.3 Résidence :

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	60	82,2
Gao	2	2,7
Kayes	4	5,5
Koulikoro	5	6,8
Mopti	1	1,4
Sikasso	1	1,4
Total	73	100

La majorité de nos patients résidaient à Bamako soit 82,2 %

4.2.4 Profession :

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
chauffeur	2	2,7
commerçant	7	9,6
cultivateur	20	27,4
fonctionnaire	15	20,6
ménagère	26	35,6
ouvrier	3	4,1
Total	73	100

La profession ménagère était la plus dominante (35,6%)

4.2.5 Niveau d'instruction :

Tableau V : Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Sans instruction	49	67,1
Niveau primaire	7	9,6
Niveau secondaire et plus	17	23,3
Total	73	100

Plus de la moitié des patients (67,1%) n'avaient reçu aucune instruction.

4.2.6 Ethnie :

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
bambara	24	32,9
Bozo	2	2,7
dogon	4	5,5
malinké	6	8,2
maure	1	1,4
métisse	1	1,4
minianka	2	2,7
peulh	21	28,8
samogo	2	2,7
Sarakolé	3	4,1
senoufo	1	1,4
sonrhäï	6	8,2
Total	73	100

Nous notons une prédominance des bambaras et peuls avec respectivement 32,9% et 28,8%.

4.2.7 Groupe sanguin :

Tableau VII : Répartition des patients selon le groupe sanguin

Groupage Rhésus	Effectif	Pourcentage
A-	2	2,7
A+	9	12,3
AB-	1	1,4
AB+	4	5,5
B-	1	1,4
B+	28	38,4
O-	1	1,4
O+	27	36,9
Total	73	100

On observe une prédominance du groupe B (n : 29) et O (n : 28)

4.2.8 Etat nutritionnel :

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'état nutritionnel

Etat nutritionnel	Effectif	Pourcentage
grade1	4	5,5
grade2	18	24,7
grade3	29	39,7
grade4	7	9,6
Normal	15	20,5
Total	73	100

Près de la moitié des patients avaient un mauvais état nutritionnel au moment du diagnostic soit 49,3%.

La classification OMS de la dénutrition se fait sur la base de l'indice de masse corporelle calculée selon la formule $IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$. La dénutrition étant retenue chez tous les patients ayant un $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, elle comprend 5 grades:

- Grade I : IMC de 17 à $18,4 \text{ kg/m}^2$;
- Grade II : IMC de 16 à $16,9 \text{ kg/m}^2$;
- Grade III : IMC de 13 à $15,9 \text{ kg/m}^2$;
- Grade IV : IMC de 10 à $12,9 \text{ kg/m}^2$;
- Grade V: $IMC < 10 \text{ kg/m}^2$.

4.2.9 Facteurs de risque :

Tableau IX : Répartition des patients selon la présence de facteur de risque :

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
oui	7	9,6
alcolo-tabagique	2	28,6
Graisse animale	1	14,3
tabagique	4	57,1
non	66	90,4
Total	73	100

Un facteur de risque de cancer colorectal était retrouvé chez 1/10 des patients. Les facteurs de risque retrouvés étaient dominés par l'alcool et le tabac (6/7)

4.2.10 Comorbidité :

Tableau X: Répartition des patients selon la présence de comorbidités

Comorbidités	Effectif	Pourcentage
oui	9	12,3
Drépanocytose	1	11,1
HTA	6	66,7
HTA gestationnel	1	11,1
HTA+ diabète	1	11,1
non	64	87,7
Total	73	100

Une comorbidité existait chez 12,3% des patients. HTA était la comorbidité la plus fréquente (8/9).

4.3 ASPECTS DIAGNOSTIQUES

4.3.1 Mode de recrutement :

Tableau XI : Répartition des patients selon le mode de recrutement :

Mode de Recrutement/ Motif de Consultation	Effectif	Pourcentage
Consultation ordinaire	3	4,1
rectorragie	1	1,4
Douleur anale	1	1,4
Douleur abdominale	1	1,4
urgence	70	95,9
Douleur abdominale	70	95,5
Total	73	100

95,9% des patients ont été reçu en urgence. La douleur abdominale a été le motif de consultation le plus fréquent soit 97,26%.

4.3.2 Délai de consultation :

Tableau XII : Répartition des patients selon la durée entre les premiers symptômes de la maladie néoplasique et le tableau clinique d'occlusion.

Délai de consultation (en jours)	Effectif	Pourcentage
[0 - 30]	58	79,5
[31-60]	2	2,7
[61-90]	4	5,5
[91 - 150]	0	0,0
[151-180]	1	1,4
> 180	8	10,9
Total	73	100

1/8 des patients ont consulté plus de 3mois après avec une moyenne : 97,7JOURS ; Extrêmes : 2 et 1800 JOURS ; Ecartype : 280 JOURS

4.3.3 Mode de découverte :

Tableau XIII: Répartition des patients selon le mode de découverte de la tumeur (avant ou après la chirurgie) :

Mode de découverte	Effectif	Pourcentage
per opératoire	64	87,7
préopératoire	9	12,3
Total	73	100

L'étiologie de tumeur colorectale de l'occlusion était déterminée en peropératoire dans 87,7% des cas.

4.3.4 Stade de la tumeur :

Tableau XIV : Répartition des patients selon le stade évolutif au moment du diagnostic

Stade au moment du diagnostic	Effectif	Pourcentage
maladie métastatique	26	35,6
Hépatique	12	46,2
Hépatique + Carcinose péritonéale	6	23,1
Carcinose péritonéale	5	19,2
pulmonaire	1	3,8
Mésentérique	2	7,7
maladie localisée	47	64,4
Total	73	100

Près du 1/3 des patients étaient métastatique au diagnostic (35,62%).

Les métastases hépatiques et péritonéales étaient les plus fréquentes.

4.3.5 Histologie :

Tableau XV : Répartition des patients selon le type histologique

Type Histologique	Effectif	Pourcentage
Adénocarcinome colloïde	3	4,1
Adénocarcinome lieberkühnien	70	95,9
Total	73	100

Le type histologique dominant était l'adénocarcinome lieberkühnien soit 95,89%.

4.3.6 Bilan d'Extension :

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'imagerie d'évaluation réalisée

Imagerie Evaluation Réalisée	Effectif	Pourcentage
Echographie + Radiographie pulmonaire	55	75,3
TDM	12	16,5
Non réalisées	6	8,2
Total	73	100

L'échographie abdominale plus la radiographie pulmonaire était l'examen le plus utilisé pour l'évaluation des patients soit 75,3%.

4.3.7 Classification TNM 2019 :

Tableau XVII : Répartition des patients selon la classification TNM 2019

Stades UICC TNM	Effectif	Pourcentage
Stade 2	17	23,3
Stade 3	30	41,1
Stade 4	26	35,6
Total :	73	100

76,7% des patients étaient classés stade 3 et 4.

4.3.8 Répartition des patients selon le segment chirurgical du côlon concerné

4.3.8.1. Tableau XVIII: Localisation du cancer colorectal

Segment colique	Effectif	Pourcentage
côlon droit	11	15,1
caecum	8	10,8
angle colique droit	3	4,1
côlon gauche	45	61,6
côlon transverse	3	4,1
angle colique gauche	2	2,7
côlon descendant	4	5,5
côlon sigmoïde	21	28,8
Jonction recto sigmoïde	15	20,6
Rectum	17	23,3
Bas rectum	12	70,6
Moyen rectum	3	17,6
Haut rectum	2	11,8
Total	73	100

Il y avait 56cas de tumeurs colique (76,7%) et 17cas de tumeurs du rectum (23,3%).

Au plan de l'anatomie chirurgicale, le siège gauche de la tumeur était prédominant avec 45 cas soit 61,6%.

Le bas rectum a été la localisation la plus fréquente au niveau rectal.

4.3.9 Classification ASA :

Tableau XIX: Répartition des patients selon la classification ASA

Classification ASA	Effectif	Pourcentage
1	0	0
2	17	23,3
3	52	71,2
4	4	5,5
Total	73	100

76,7% des patients étaient classés ASA 3 et 4.

4.4 ASPECTS THERAPEUTIQUES

4.4.1 Nombre de malades opérés :

Tableau XX : Répartition des patients selon le traitement effectué

Malade opéré	Effectif	Pourcentage
oui	73	100 ,00
non	0	000 ,00
Total	73	100

Tous les patients ont été opérés.

4.4.2 Délai entre le diagnostic et l'intervention :

Tableau XXI : Répartition des patients selon le délai entre le diagnostic et la première intervention

Délai (heure)	Effectif	Pourcentage
3	22	30,1
4	33	45,2
5	17	23,3
96	1	1,4
Total	73	100

Près des 2/3 des patients n'ont pu être opérés que 3 heures après ; avec un **moyen : 5,2 heures ; Extrêmes : 3 et 96 heures ; Ecartype : 10,8 heures**

4.4.3 Diagnostique Per-op :

Tableau XXII : Répartition des patients selon les constatations per opératoire

Constatacion per opératoire	Effectif	Pourcentage
Tumeur anorectale (bas rectum)	12	16,4
Tumeur de la jonction recto sigmoïdienne	11	15,2
Tumeur de l'angle colique droit	3	4,1
Tumeur de l'angle colique gauche	2	2,7
Tumeur du 1/3 moyen du rectum	3	4,1
Tumeur du 1/3 supérieur du rectum	2	2,7
Tumeur du caecum	8	10,9
Tumeur du côlon descendant	4	5,5
Tumeur du côlon sigmoïde	23	31,5
Tumeur du côlon sigmoïde avec envahissement de la vessie	1	1,4
Tumeur du côlon sigmoïde fistulisée	1	1,4
Tumeur du côlon transverse	3	4,1
Total	73	100

La plus part des lésions tumorales se situaient sur le côlon sigmoïde soit 31,5%.

4.4.4 Tableau XXIII : Répartition des patients selon le stade en peropératoire

Stade au diagnostic Per-op	Effectif	Pourcentage
Stade 2	17	23,3
Stade 3	30	41,1
Stade 4	26	35,6
Total :	73	100

Plus des 2/3 des patients étaient aux stades avancés (stade III et IV).

4.4.5 Stratégie thérapeutique :

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'option chirurgicale et gestes réalisés en première intention

Option chirurgicale et gestes réalisés	Effectif	Pourcentage
Chirurgie en un temps	13	17,8
Résection +anastomose immédiate	10	76,9
Résection +colostomie définitive	2	15,4
Colostomie définitive sans résection tumorale	1	7,7
Chirurgie en plusieurs temps	60	82,2
Résection +colostomie terminale	48	80,0
Résection +colostomie en double canon	4	6,7
Résection +iléocolostomie	4	6,7
Résection +iléostomie	1	1,7
Colostomie latérale sans résection tumorale	1	1,6
Colostomie terminale sans résection tumorale	2	3,3
Total :	73	100

La chirurgie en plusieurs temps a été l'option la plus utilisée avec 82,2%.

La résection segmentaire colostomie terminale a été le geste chirurgical le plus réalisé avec 48cas soit 65,8%.

En un temps : Résection +anastomose immédiate a été le geste le plus réalisé soit 76,9%.

4.4.6 Qualité de la chirurgie :

Tableau XXV : Répartition des patients selon la qualité de la chirurgie

QUALITÉ CHIRURGIE	Effectif	Pourcentage
Curatif	34	46,6
Palliatif	39	53,4
Total	73	100

Le geste chirurgical a été carcinologique dans 46,6% des cas.

4.4.7 Rétablissement :

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le rétablissement

Rétablissement effectue	Effectif	Pourcentage
non	9	15
oui	51	85
Total	60	100

Nous avons pu réaliser le rétablissement dans 51cas soit 85%.

4.4.8 Délai de rétablissement :

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le délai de rétablissement

Délai de rétablissement	Effectif	Pourcentage
0-30j	21	35,0
31-60j	12	20,0
61-90j	15	25,0
91-120	0	00,0
121-150j	5	8,3
151-180j	4	6,7
plus de 180j	3	5,0
Total	60	100

La plus part des rétablissements ont été effectués dans une période inférieure ou égale à 30 jours avec un délai Moyen de: 94,6 jours ; Extrêmes : 3 et 729 jours et Ecartype : 134,7 jours.

4.4.9 Stratégie thérapeutique :

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la stratégie thérapeutique

Stratégie thérapeutique	Effectif	Pourcentage
chirurgie +chimiothérapie	52	71,2
chirurgie seule	21	28,8
Total	73	100

Une chimiothérapie adjuvante était réalisée dans 71,2%

4.4.10 Réanimation :

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la réanimation

Réanimation post opératoire	Effectif	Pourcentage
non	14	19,2
oui	59	80,8
Total	73	100

80,8% de nos patients ont été admis en réanimation.

9 patients soit 12,33% de nos patients ont été transfusé

4.4.11 Suite immédiate :

Tableau XXX : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates après la première intervention

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
compliquées	17	23,3
Eviscération	1	5,9
Prolapsus Stomiale	1	5,9
Nécrose stomiale	1	5,9
Péritonite	3	17,6
Décède 3jours âpres	1	5,8
Récidive tumorale	1	5,9
Troubles neurologiques	1	5,9
Suppuration de la paroi	8	47,1
simples	56	76,7
Total	73	100

Nous avons eu 23,3% de complications. La suppuration pariétale a été la plus fréquente avec 47,06%.

4.4.12 Durée de séjours :

Tableau XXXI: Répartition des patients selon la durée de séjours

Durée de Séjours	Effectif	Pourcentage
0-10j	14	19,2
11-20j	47	64,4
21-30j	7	9,6
plus de 30j	5	6,8
Total	73	100

Plus de la moitié des patients (64,4%) avaient un séjour hospitalier comprise entre 11-20 jours, avec une Moyenne : 15 jours ; Extrêmes : 0 et 47 jours, Ecartype : 8,3 jours

4.4.5 ASPECTS ANALYTIQUES

4.4.5.1 Tableau XXXII : Répartition des patients selon la survie par rapport à la stratégie thérapeutique

Stratégie thérapeutique	Survie									
	6 mois		1 an		2ans		3ans		5ans	
	vivant	décès								
Chirurgie + Chimiothérapie	50 (96,2%)	2 (3,8%)	36 (69,2%)	16 (30,8%)	30 (57,7%)	22 (42,3%)	21 (40,4%)	31 (59,6%)	14 (26,9%)	38 (73,1%)
Chirurgie seule	3 (14,3%)	18 (85,7%)	2 (9,5%)	19 (95,5%)	1 (4,8%)	20 (95,2%)	0 (0,0%)	21 (100%)	0 (0,0%)	21 (100,0%)
Total	53 (72,6)	20 (27,4)	38 (52,1)	35 (47,9)	31 (42,5)	42 (57,5)	21 (28,8)	52 (71,2)	14 (19,2)	59 (80,8)

Le taux de décès est statistiquement plus élevé dans la chirurgie seule que dans la chirurgie plus chimiothérapie au fur et à mesure que l'on progresse dans la durée et aucun survivant à 3ans en cas de chirurgie seule.

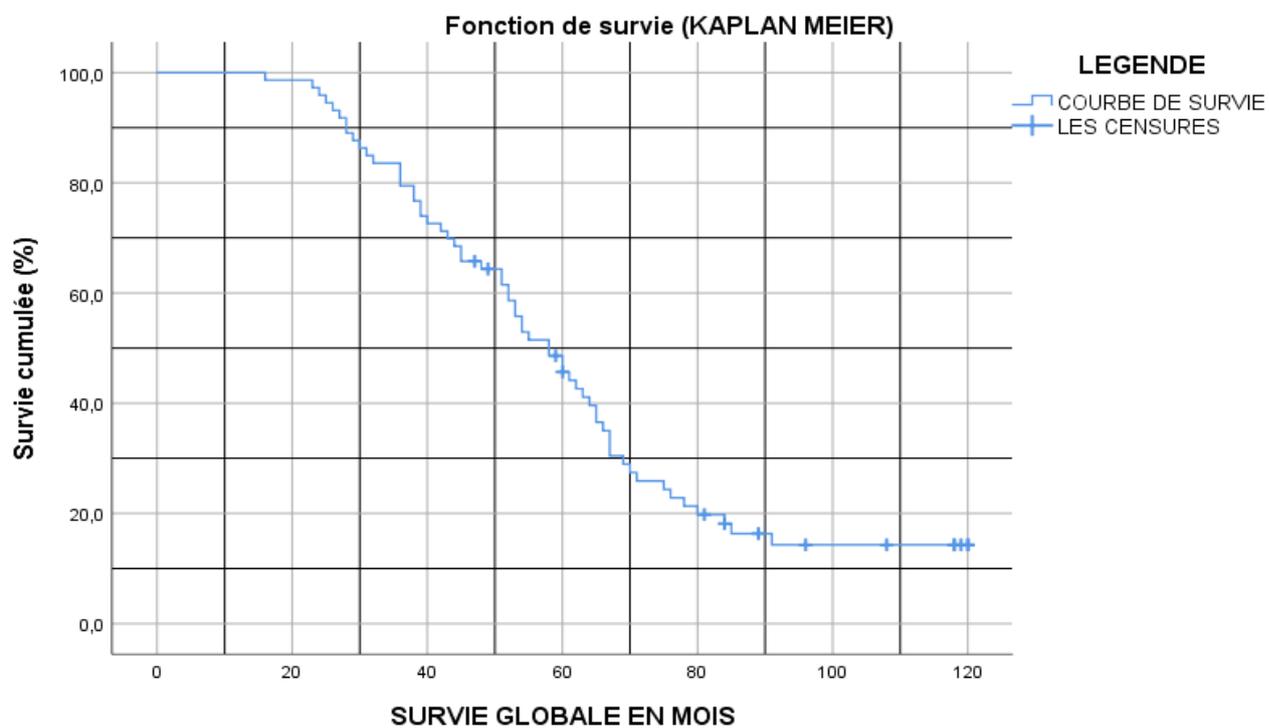


Figure 3 : Répartition des patients ayant consulté dans le service de Chirurgie « B » du CHU du Point G du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2019, atteints de cancer colorectal, selon la survie globale (Méthode de Kaplan-Meier).
 Sur l'ensemble des soixante-treize colligés, la moyenne de survie globale a été de 62,08 mois \pm 6,84 et la médiane de survie globale de 58 mois.

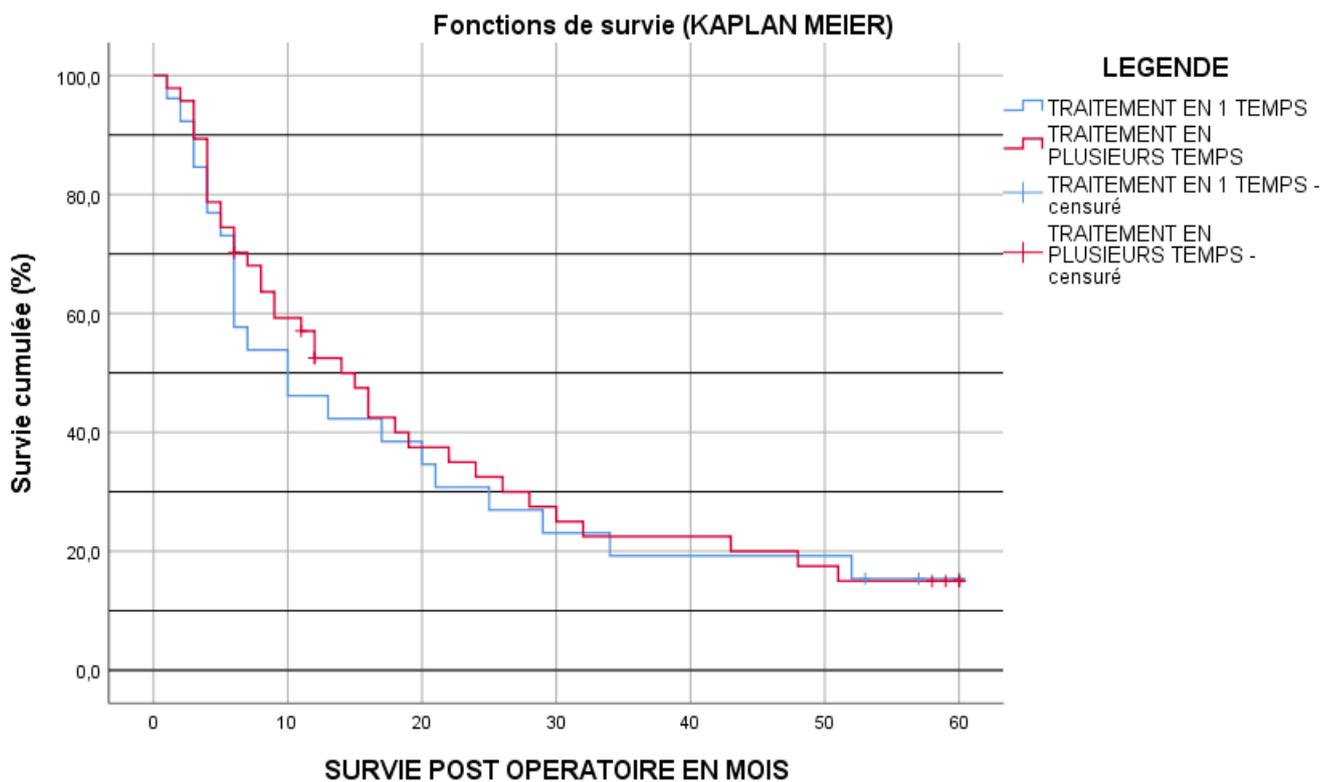


Figure 4 : Répartition des patients ayant consulté dans le service de Chirurgie « B » du CHU du Point G du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2019, atteints de cancer colorectal en occlusion, selon la survie post opératoire (Méthode de Kaplan-Meier).

Avec la méthode de Kaplan-Meier, la moyenne de survie post chirurgicale a été de 21,31 mois \pm 4,77 pour une médiane de survie de 13 mois.

En outre, selon le nombre d'intervention chirurgicale :

- La moyenne de survie post opératoire en 1 temps a été de 20,15mois \pm 7,88. et la médiane de survie post opératoire en 1 temps a été de 10 mois ;
- La moyenne de survie post opératoire en plusieurs temps a été de 21,88 mois \pm 5,97. et la médiane de survie post opératoire en plusieurs temps a été de 14 mois ;

Il existe une différence statistiquement significative entre ces deux distributions, P : 0,00000002

4.4.5.1 Répartition des patients en fonction de la survie par rapport à la qualité de la chirurgie

4.4.5.1.1 Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction de la survie en six mois et 5ans par rapport à la qualité de la chirurgie

QUALITÉ CHIRURGIE	Survie a six mois			Survie à 5 ans		
	décède	vivant	Total	décès	vivant	Total
carcinologique	5 (14,7%)	29 (85,3%)	34 (100%)	26 (76,47)	8 (23,53)	34 (100%)
non carcinologique	15 (38,5%)	24 (61,5%)	39 (100%)	33 (84,62%)	6 (15,38%)	39 (100%)
TOTAL	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100%)	59 (80,82%)	14 (19,18%)	73 (100%)

On constatait plus de survivants que de décès à 6 mois pour la chirurgie carcinologique et non carcinologique avec un taux de survie supérieur dans la chirurgie carcinologique (85,3%) par rapport à la chirurgie non carcinologique (61,5%) ($X^2= 4,0283$; $P=0,0346706951$).

Plus de décès que de vivants à 5 ans pour la chirurgie carcinologique et non carcinologique avec un taux de survie supérieur dans la chirurgie carcinologique(23,5%) par rapport à la chirurgie non carcinologique(15,4%) mais la différence n'est pas significative statistiquement ($X^2= 0,3407$, $P=0,5524131942$)

4.4.5.2 Répartition des patients en fonction de la survie par rapport aux pathologies traitées

4.4.5.2.1 Tableau XXXIV : Survie six mois et cinq ans par rapport aux pathologies traitées

Pathologies traitées en première intervention	Survie à six mois			Survie à 5 ans		
	décède	vivant	Total	décès	vivant	Total
occlusion	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9 (100,0%)	9 (100,0%)	0 (0,0%)	9 (100%)
tumeur + occlusion	13 (20,3%)	51 (79,7%)	64 (100,0%)	50 (78,1%)	14 (21,9%)	64 (100%)
TOTAL	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100,0%)	59 (80,8%)	14 (19,2%)	73 (100%)

On a constaté plus de décès que de vivants à 6 mois dans le traitement seul de l'occlusion (77,8%) contre (22,2%). Le taux de survie était plus élevé en cas de traitement de la tumeur et de l'occlusion par rapport à la levée seule de l'occlusion (79,7% contre 22,2%) $X^2=10,3697$; $P= 0,0011708340$

A cinq ans les patients chez qui on avait procédé à une levée simple de l'occlusion en première intention sont tous décédés ; pendant que chez qui la chirurgie a concerné l'occlusion et la tumeur ont survécu dans 21,9% des cas mais la différence n'était pas significative ($X^2= 1,2290$; $P= 0,1915071553$).

4.4.5.3 Tableau XXXV : Répartition des patients en fonction des suites opératoires par rapport aux pathologies traitées :

Pathologie traitée	compliquée	simple	Total
Occlusion	1 (11,1%)	8 (88,9%)	9 (100%)
Tumeur + occlusion	16 (25,0%)	48 (75,0%)	64 (100%)
Total	17 (23,3%)	56 (76,7)	73 (100%)

Lorsqu'on procédait à la levée simple de l'occlusion sans réséquer la tumeur les suites opératoires étaient majoritairement simples par rapport au traitement concomitant de l'occlusion et de la tumeur (88,9% contre 75%) la différence était significative statistiquement ($X^2 = 7,7728$; $P = 0,0205$).

4.4.5.4 Répartition des patients en fonction de la survie par rapport au type histologique

4.4.5.4.1 Tableau XXXVI : survie six et 5 ans par rapport au type histologique

Type histologique	Survie a six mois			Survie à 5 ans		
	décède	vivant	Total	décès	vivant	Total
Adénocarcinome colloïde	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (100,0%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (100%)
adénocarcinome lieberkühnien	18 (25,7%)	52 (74,3%)	70 (100,0%)	57 (81,4%)	13 (18,6%)	70 (100%)
Total	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100,0%)	59 (80,8%)	14 (19,2%)	73 (100%)

Survie en 6mois : il n'y avait pas de différence statistique de mortalité entre les deux types histologiques (66,7% pour l'adénocarcinome colloïde ; 25,7% pour adénocarcinome lieberkühnien($X^2 = 0,8035$; $P = 0,1802366712$)).

Survie en 5ans : Pas de différence statistique de mortalité entre les deux types histologiques (66,7% pour l'adénocarcinome colloïde ; 81,4% pour adénocarcinome lieberkühnien($X^2 = 0,0000$; $P = 0,4773136536$)).

4.4.5.5 Tableau XXXVII : Répartition des patients en fonction de la stratégie thérapeutique par rapport au type histologique :

Type Histologique	Chirurgie +Chimio	Chirurgie Seule	Total
adénocarcinome colloïde	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100)%
adénocarcinome lieberkühnien	51 (72,9%)	19 (27,1%)	70 (100)0%
TOTAL	52 (71,2%)	21 (28,8%)	73 (100)%

La chimiothérapie adjuvante a été l'option la plus utilisée par rapport à la chirurgie seule, dans le cadre de l'adénocarcinome lieberkühnien ($X^2= 2,2337$; $P= 0,5253$).

4.4.5.6 Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction des suites opératoires immédiates par rapport au mode de recrutement

suites opératoires immédiates			
Mode de recrutement	compliquées	simples	Total
consultation	0 (0,0%)	3 (100,0%)	3 (100%)
urgence	17 (24,3%)	53 (75,7%)	70 (100%)
Total	17 (23,3%)	56 (76,7%)	73 (100%)

Nous constatons plus de complications chez les patients reçus en urgence que ceux reçus en consultation ordinaire mais la différence n'était pas statistiquement significative ($X^2=0,0768$; $P : 1,0000000000$).

4.4.5.7 Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction du pronostique par apport au mode de recrutement

Suivi à six mois			
Mode de recrutement	décède	vivant	Total
consultation	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
urgence	19 (27,1%)	51 (72,9%)	70 (100%)
Total	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100%)

Quel que soit le mode de recrutement nous constatons plus de vivants que de décès lors d'un suivi de six mois ; mais la différence n'était pas statistiquement significative ($X^2= 0,0000$; P : 1,0000000000)

4.4.5.8 Tableau XL : Répartition des patients en fonction du pronostique par apport aux comorbidités

suites opératoires immédiates			
Comorbidités	compliquées	simples	Total
non	13 (20,3%)	51 (79,7%)	64 (100%)
oui	4 (44,4%)	5 (55,6%)	9 (100%)
Total	17 (23,3%)	56 (76,7%)	73 (100%)

Nous observons plus de complications chez les patients présentant de comorbidité que ceux ne présentant pas de comorbidité mais la différence n'était pas statistiquement significative ($X^2=1,3987$; P : 0,1989484667)

4.4.5.9 Répartition des patients en fonction du pronostique par apport à l'état nutritionnel

4.4.5.9.1 Tableau XLI : Suivi à cinq ans

Suivi en cinq ans			
Etat nutritionnel	décède	vivant	Total
normal	9 (60,0%)	6 (40,0%)	15 (100%)
grade1	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100%)
grade2	15 (83,3%)	3 (16,7%)	18 (100%)
grade3	25 (86,2%)	4 (13,8%)	29 (100%)
grade4	7 (100,0%)	0 (0,0%)	7 (100%)
Total	59 (80,8%)	14 (19,2%)	73 (100%)

A cinq ans de suivi le taux de décès augmentait en fonction du niveau de dégradation de l'état nutritionnel ; la différence n'était pas statistiquement significative ($X^2=6,5599$; P : 0,1611).

4.4.5.10 Tableau X LII : Répartition des patients en fonction de la suite opératoire par rapport à la classification ASA

suites opératoires immédiates			
Classification ASA	compliquées	simples	Total
2	3 (17,6%)	14 (82,4%)	17 (100%)
3	13 (25,0%)	39 (75,0%)	52 (100%)
4	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100%)
Total	17 (23,3%)	56 (76,7%)	73 (100%)

Taux de complication augmentait avec la classification ASA (de 17,6% pour ASA2 à 25% pour ASA3 et 4) mais la différence n'était pas significative ($X^2 = 0,3947$; P : 0,8209).

4.4.5.11 Répartition des patients en fonction du pronostic par rapport à la classification ASA

4.4.5.11.1 Tableau XLIII : Suivi à six mois et 5 ans

Suivi à six mois			
Classification ASA	décède	vivant	Total
2	4 (23,5%)	13 (76,5%)	17 (100,0%)
3	15 (28,8%)	37 (71,2%)	52 (100,0%)
4	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)
Total	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100,0%)

Suivi en 6mois : Le taux de décès à six mois augmentait avec la classification ASA (23,5% pour ASA2) ;(28,8% et 75% respectivement pour ASA3et 4) mais la différence n'était pas significative ; $X^2=0,1943$; P : 0,9074.

4.4.5.12 Tableau LXIV : Répartition des patients en fonction de la pathologie opérée par rapport à la classification ASA

Pathologie traitée			
Classification ASA	Occlusion seule	tumeur + occlusion	Total
2	2 (11,8%)	15 (88,2%)	17 (100%)
3	7 (13,5%)	45 (86,5%)	52 (100%)
4	0 (0,0%)	4 (100,0%)	4 (100%)
Total	9 (12,3%)	64 (87,7%)	73 (100%)

L'attitude thérapeutique n'était pas en fonction de la gravité de la classification ASA ($X^2=0,6292$; $P : 0,7301$).

4.4.5.13 Tableau XLV : Répartition des patients en fonction de la stratégie chirurgicale par rapport à la classification ASA

Option chirurgicale			
Classification ASA	1temps	plusieurs temps	Total
2	3 (17,6%)	14 (82,4%)	17 (100%)
3	9 (17,3%)	43 (82,7%)	52 (100%)
4	1 (25%)	3 (75%)	4 (100%)
Total	13 (17,8%)	60 (82,2%)	73 (100%)

L'option chirurgicale ne semblait pas être liée à la classification ASA ($X^2=2,0097$; $P : 0,3661$)

4.4.5.15 Tableau XLVI : Répartition des patients en fonction de la stratégie chirurgicale par rapport au segment colique

Segment colique concerné	Option chirurgicale		Total
	1temps	plusieurs temps	
côlon droit	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (100%)
côlon gauche	4 (8,9%)	41 (91,1%)	45 (100%)
Rectum	0 (0,0%)	17 (100%)	17 (100%)
Total	13 (17,8%)	60 (82,2%)	73 (100%)

L'option chirurgicale ne semblait pas être liée au segment colique ($X^2=0,0054$; P : 0,7271933213) ; mais l'option chirurgicale en un temps était fréquente pour les sièges coliques droits par rapport aux sièges coliques gauches et rectaux.

4.4.5.16 Répartition des patients en fonction du pronostic par rapport au segment colique:

4.5.16.1 Tableau XLVII : Suivi à six mois et 5 ans

Segment colique concernée	Suivi à six mois			Survie en cinq ans		
	décède	vivant	Total	décède	vivant	Total
côlon droit	1 (9,1%)	10 (90,9%)	11 (100,0%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11 (100%)
côlon gauche	8 (17,8%)	37 (82,2%)	45 (100,0%)	36 (80%)	9 (20%)	45 (100%)
Rectum	3 (17,6%)	14 (82,4%)	17 (100,0%)	16 (94,1%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Total	11 (15,1%)	62 (84,9%)	73 (100,0%)	58 (79,4%)	15 (20,6%)	73 (100%)

Lors d'un suivi de six mois il y avait eu plus de vivants que de décès quel que soit le segment colique concerné avec toutefois plus de décès pour le segment colique gauche et rectal mais sans différence significative

($X^2 = 1,2330$; P : 0,2695687485).

Nous constatons plus de décès que de vivants quel que soit le segment en cinq ans de survie, avec un pourcentage plus élevé pour le côlon gauche et du rectum, mais sans différence significative ($X^2 = 0,0000$; P : 1,0000000000).

4.4.5.17 Tableau XLVIII : Répartition des patients en fonction de la stratégie chirurgicale par rapport au stade diagnostic

Option chirurgicale			
Stade au diagnostic	1 temps	plusieurs temps	Total
2	5 (29,4%)	12 (70,6%)	17 (100%)
3	8 (26,7%)	22 (73,3%)	30 (100%)
4	6 (23,1%)	20 (76,9%)	26 (100%)
Total	19 (26,1%)	54 (73,9%)	73 (100%)

La stratégie chirurgicale en plusieurs temps a été l'option la plus utilisée par les chirurgiens quel que soit le stade du patient ($X^2 = 0,7173$; $P : 0,6986$). La chirurgie en un temps était moins préférée au fur et mesure que le stade était grave ; mais la différence n'était pas significative.

4.4.5.18 Tableau XLIX : Répartition des patients en fonction des suites opératoires par rapport au stade diagnostic

suites opératoires immédiates			
Stade au diagnostic	compliquées	simples	Total
2	6 (35,3%)	11 (64,7%)	17 (100%)
3	7 (23,3%)	23 (76,7%)	30 (100%)
4	4 (15,4%)	22 (84,6%)	26 (100%)
Total	17 (23,3%)	56 (76,7%)	73 (100%)

Il n'y avait pas de lien entre les suites opératoires immédiates et de stade au moment du diagnostic ($X^2 = 2,105$; $P : 0,3491$).

4.4.5.19 Répartition des patients en fonction du pronostic par rapport au stade diagnostic

4.4.5.19.1 Tableau L : Survie 6 mois et 5 ans

Stade au diagnostic	Survie à six mois			Survie en cinq ans		
	décède	vivant	Total	décède	vivant	Total
2	1 (5,9%)	16 (94,1%)	17 (100%)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	17 (100%)
3	10 (33,3%)	20 (66,7%)	30 (100%)	29 (96,7%)	1 (3,3%)	30 (100%)
4	9 (34,6%)	17 (65,4%)	26 (100%)	18 (69,2%)	8 (30,8%)	26 (100%)
Total	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100%)	58 (79,5%)	15 (20,5%)	73 (100%)

En six mois : Le taux de décès augmentait avec la gravité du stade passant de 5,9% pour le stade 2 à respectivement 33,3% et 34,6% pour les stades 3 et 4 ($X^2=6,7399$; P : 0,0344).

En cinq ans : Nous constatons plus de décès que de vivants quel que soit le stade lors d'un suivi de cinq ans. Le taux de décès à cinq ans augmentait en fonction de la gravité du stade au moment du diagnostic ($X^2=11,2777$; P : 0,0036).

4.4.5.20 : Répartition des patients en fonction du pronostic par rapport à la chimiothérapie

4.4.5.20.1 Tableau LI : Survie à six mois et cinq ans

Chimiothérapie	Survie à six mois			Survie en cinq ans		
	décède	vivant	Total	décède	vivant	Total
chimio adjuvante	2 (3,8%)	50 (96,2%)	52 (100,00%)	38 (73,1%)	14 (26,9%)	52 (100%)
non	18 (85,7%)	3 (14,3%)	21 (100,0%)	21 (100,0%)	0 (0,0%)	21 (100%)
Total	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73 (100,0%)	59 (80,8%)	14 (19,2%)	73 (100%)

En 6 mois, Il y avait plus de décès à six mois parmi les patients qui n'ont pas eu la chimiothérapie adjuvante par rapport à ceux qui ont bénéficié de la chimiothérapie néoadjuvante (85,7% contre 14,3%) $X^2= 46,372$; **P** : 0,0000000000)

En 5 ans, il n'y avait eu aucun survivant chez les patients qui n'ont pas effectué la chimiothérapie lors d'un suivi de cinq ans contre 26,9% de survivants parmi ceux qui avaient reçu. La survie à cinq ans était fonction de la réalisation de la chimiothérapie adjuvante ($X^2= 5,3663$; **P** : 0,0071310157)

4.4.5.21 Répartition des patients en fonction du pronostic par rapport aux stratégies chirurgicales

4.4.5.21.1 Tableau LII: Suivi à six mois et cinq ans

Option Chirurgicale	Suivi à six mois			Survie en cinq ans		
	décède	vivant	Total	décède	vivant	Total
1temps	4 (30,8%)	9 (69,2%)	13 (100,0%)	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)
plusieurs temps	15 (25%)	45 (75%)	60 (100,0%)	47 (78,3%)	13 (21,7%)	60 (100%)
Total	19 (26,1%)	54 (73,9%)	73 (100,00%)	58 (79,5%)	15 (20,5%)	73 (100%)

Nous constatons un nombre de décès à six mois plus élevé dans l'option chirurgicale en un temps par rapport à l'option à plusieurs temps sans différence significative ($X^2=1,8602$; $P : 0,1308791742$).

Le nombre de décès à cinq ans plus élevé dans l'option chirurgicale en un temps par rapport à l'option chirurgicale à plusieurs temps (84,6% contre 78,3%) sans différence significative $X^2= 0,0000$; $P : 1,0000000000$.

4.4.5.22 Tableau LIII : Répartition des patients en fonction des suites opératoires par rapport aux stratégies chirurgicales

Option chirurgicale	suites opératoires immédiates		
	compliquées	simples	Total
1temps	4 (30,8%)	9 (69,2%)	13 (100%)
plusieurs temps	11 (18,3%)	49 (81,7%)	60 (100%)
Total	15 (20,6%)	58 (79,4%)	73 (100%)

Il y avait plus de complication dans l'option chirurgicale en un temps (30,8%) par rapport à l'option chirurgicale à plusieurs temps (18,3%) sans différence significative ($X^2= 0,5741$; $P : 0,3659083613$).

4.4.5.23 Tableau LIV : Répartition des patients en fonction des suites opératoires par rapport au délai de rétablissement :

suites opératoires immédiates			
Délai rétablissement	compliquées	simples	Total
moins de 90jours	10 (23,8%)	32 (76,2%)	42 (100%)
plus de 90jours	2 (25%)	6 (75%)	8 (100%)
Total	12 (24%)	38 (76%)	50 (100%)

Il n'y avait de relation significative entre le délai de rétablissement et les suites opératoires ($X^2 = 0,0504$; $P : 0,9751$).

4.4.5.24 Répartition des patients en fonction du pronostique par rapport au délai de rétablissement :

4.4.5.24.1 Tableau LV : Suivi à six mois

Suivi à six mois			
Délai rétablissement	décédé	vivant	Total
moins de 90jours	7 (16,7%)	35 (83,3%)	42 (100%)
plus de 90jours	0 (0,0%)	8 (100,0%)	8 (100%)
Total	7 (14%)	43 (86%)	50 (100%)

A six mois il y avait plus de décès en cas de rétablissement avant 3mois (16,7%) par rapport au rétablissement après 3mois (0%) $X^2 = 15,2582$; $P : 0,0005$.

4.4.5.24.2 Tableau LVI : suivi à cinq ans

Survie en cinq ans			
Délai rétablissement	décédé	vivant	Total
moins de 90jours	33 (78,6%)	9 (21,4%)	42 (100%)
plus de 90jours	4 (50,0%)	4 (50,0%)	8 (100%)
Total	59 (80,8%)	14 (19,2%)	73 (100%)

A cinq ans il y avait plus de décès en cas de rétablissement avant 3mois (78,6%) par rapport au rétablissement après 3mois (50%) $X^2=8,303$; P : 0,0157.

4.4.5.25 Répartition des patients en fonction du rétablissement par rapport à la chimiothérapie et leurs pronostics

4.4.5.25.1 Tableau LVII : Suivi à six mois et cinq ans

Rétablissement par rapport chimiothérapie	Suivi à six mois			Survie en cinq ans		
	décédé	vivant	Total	décédé	vivant	Total
rétablissement après chimiothérapie	0 (0,0%)	7 (100,0%)	7 (100,0%)	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100%)
rétablissement avant chimiothérapie	1 (3,6%)	27 (96,4%)	28 (100,0%)	21 (75,0%)	7 (25,0%)	28 (100%)
Total	1 (2,9%)	34 (97,1%)	35 (100,0%)	24 (68,6%)	11 (31,4%)	35 (100%)

A six mois on enregistrait moins de décès quand la chimiothérapie adjuvante était réalisée après le rétablissement (0%) par rapport au rétablissement avant chimiothérapie (3,6%) mais sans différence significative ($X^2=0,0000$; P : 1,0000000000).

A cinq ans, la réalisation de la chimiothérapie néoadjuvante après rétablissement enregistrait moins de décès par rapport à la réalisation avant rétablissement (42,9% contre 75%) mais la différence n'était pas significative ($X^2=1,4003$; P : 0,1714552117).

4.4.5.26 Tableau LVIII : Répartition des patients en fonction du rétablissement par rapport à la chimiothérapie et les suites opératoires

	suites opératoires		
	immédiates		
Rétablissement par rapport chimiothérapie	compliquées	simples	Total
rétablissement après chimiothérapie	2 (28,6%)	5 (71,4%)	7 (100%)
rétablissement avant chimiothérapie	6 (21,4%)	22 (78,6%)	28 (100%)
Total	8 (22,9%)	27 (77,1%)	35 (100%)

Le taux de complication n'était pas lié au moment du rétablissement par rapport à la chimiothérapie néoadjuvante (28,6% et 21,4%) $X^2= 0,0000$; P : 0,6478440097.

5. DISCUSSION

5.1. LIMITES ET CONTRAINTES DE L'ETUDE

Notre étude a comporté certaines limites liées principalement à son caractère rétrospectif.

En effet, nous avons été confrontés à la perte de certains dossiers cliniques, à la qualité insuffisante des observations cliniques, à des renseignements faisant souvent défaut dans les registres de compte rendu opératoire et d'anatomie pathologique; par ailleurs certains résultats d'examens para cliniques n'ont pas été consignés.

L'insuffisance dans le suivi post opératoire des patients a limité la bonne évaluation de la survie.

En dépit de ces difficultés, nous avons pu colliger 73 dossiers complets.

5.2 Méthodologie :

Cette étude rétrospective et descriptive de janvier 2007 à Décembre 2019 à rechercher tous les cas de cancer colorectal en occlusion dans le service. L'étude a concerné 73 patients parmi lesquels 46 hommes et 27 femmes ; dont 56cas de cancer du côlon, 17 cas de cancer du rectum.

5.3 Données épidémiologiques

5.3.1 Fréquence:

Le cancer colorectal représente un véritable enjeu de santé publique aussi bien dans les pays occidentaux qu'au Mali.

Deuxième cancer chez la femme et troisième cancer chez l'homme, son incidence annuelle mondiale est d'environ un million de cas, et la mortalité annuelle est de plus de 500 000 cas par an [15, 16].

Selon l'estimation mondiale en 2015, le cancer colorectal est placé au troisième rang de tous les cancers après le cancer du poumon (1,2 millions) et le cancer du sein (1,05 millions), représentant 10% et la quatrième cause de mortalité par cancer dans le monde avec 774 000 par an [17,18].

En France, le cancer colorectal se situe au 3ème rang (20% de tous les cancers) après le cancer de la prostate et celui du sein. Le nombre de nouveaux cas estimés en 2012 était de 42 000 avec 65% de localisation colique. Il représentait la 2ème cause de mortalité par cancer avec 17 000 décès en 2012 [19].

Au Mali, l'incidence annuelle réelle du cancer colorectal n'est pas connue, mais elle reste relativement plus basse que dans les pays occidentaux [20].

L'occlusion représente la complication révélatrice ou évolutive la plus fréquente des cancers coliques, 15 à 30% des cancers coliques se compliquent d'occlusion colique aigue [21, 22, 23]. Il faut noter aussi que plus de 75% des occlusions coliques aiguës sont d'origine tumorale, siégeant principalement dans le côlon gauche (75%) [22, 24].

Tableau LIX: Fréquence et auteurs

Auteurs	Nombre de cancers colorectal	Cancers colorectal en occlusion	Test statistique
Karima L, Maroc, 2019[2] n=48	240	48 (20%)	P = 0,41004
Antoine R, Réunion (Bordeaux) 2017[24] n : 160	503	160 (31,8%)	P = 0,00867
Aboubacar T, Conakry, 2017 [25] n : 131	339	131 (38,6%)	P = 0,00036
Diémé Eugène GP.A, Dakar, 2019 [26] n : 37	338	37 (11%)	P = 0,08032
Notre étude n : 73	233	73 (31,3%)	

En Afrique, les cancers colorectaux sont plus rares [2; 26]. La consultation tardive des patients contribue à une prévalence plus élevée des formes

occlusives. Au cours de notre étude le pourcentage des cancers colorectaux en occlusion a été de 31,3 %. Ce taux ne présente pas de différence statistiquement significative avec celui rapporté par Diémé E, Dakar, 2019[26] et Karima L, au Maroc [2]. Cependant il est statistiquement plus bas à celui rapporté dans les séries Antoine R, et Aboubacar T [24 ,25]. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par le retard diagnostique et l'automédication des patients et d'autre part, l'absence de structure d'investigation dans les centres de soins en dehors de la capitale.

5.3.2. L'âge :

La population touchée correspond en majeure partie à plus de 50 ans, puis l'incidence augmente, avec un pic d'âge entre 50 et 60 ans [2 , 29, 30,32]. Ces résultats rejoignent ceux de notre série.

Dans notre série, la moyenne d'âge était inférieure à celle rapportée dans les séries occidentales (**Tableau LX**).

Les séries marocaines ou africaines ont en revanche une moyenne d'âge relativement jeune.

Tableau LX: moyenne d'âge par série

Auteurs	Effectif	Age moyen (ans)
Meyer [27]	57	67
Deen [28]	143	70
Rault [12]	22	69
Belfequih M. [29]	107	53,7
Lamrani J. [30]	32	56
Kouadio [31]	21	40,6
Bouznad N. [32]	41	56
Champault [33]	270	72
Karima L. [2]	48	58
Notre étude n : 73	73	53,6

5.3.3 Le sexe :

Les différentes données épidémiologiques révèlent des incidences de CCR occlusif voisines pour les deux sexes.

Certains auteurs notent une légère prédominance masculine [27, 31] d'autres notent une certaine prédominance féminine [28, 12].

Dans notre étude, nous avons retrouvé une prédominance masculine avec un sexe- ratio de 1,7.

Tableau LXI: Répartition selon le sexe

Auteurs	Séries	Homme	Femme
		%	%
Meyer [27]	57	53	47
Deen [28]	143	33,6	66,4
Rault [12]	22	31,8	68,2
Belfequih M. [29]	107	49	51
Lamrani J. [30]	32	56,25	43,7
Kouadio [31]	21	57,14	42,9
Bouznad N. [32]	41	53,7	46,3
Champault [33]	270	45,6	54,4
Karima L. [2]	48	63	37
Notre étude n : 73	73	63	37

5.3.4. Délai de consultation entre le premier symptôme et l'apparition d'occlusion :

Le délai moyen de consultation dans notre série est de 97,7 jours avec des extrêmes de 2 à 180 jours.

Ce délai est relativement élevé comparé à la littérature, il est pour CHAMPAULT [33] de 4,75 jours ; 9 jours pour les UCV IBN ROCHD [34] ; et de 8 jours pour Amaye D.E.G.P [26].

Ceci peut être expliqué par le fait que les symptômes que présentent le patient sont souvent banalisés par celui-ci voir par le médecin consultant. En effet, les troubles du transit intestinal y sont habituellement banalisés : des rectorragies sont mises sur le compte d'une maladie hémorroïdaire, une diarrhée considérée comme d'origine infectieuse et les patients ont souvent d'abord recours à

l'automédication voire à la médecine traditionnelle avant de consulter dans une structure sanitaire ou les coûts des soins sont souvent prohibitifs.

Mais également à l'absence de l'éducation sanitaire, au niveau socio-économique le plus souvent bas des malades, qui les empêche de consulter et/ou d'effectuer les investigations nécessaires au diagnostic.

Tableau LXII : Durée moyenne entre les premiers symptômes de la maladie néoplasique et le tableau clinique d'occlusion.

Auteurs	Série	Délai moyen (en jours)	Les extrêmes (en jours)
Karima L, Maroc, 2019 [2]	48	7	1/18
Diémé Eugène GP.A, Dakar, 2019 [26]	37	8	3/30
Notre étude	73	97,7	2/180

5.4 Bilan diagnostique et lésionnel:

5.4.1 Abdomen sans préparation (ASP):Cet examen est de réalisation systématique; car il permet d'affirmer le diagnostic de l'occlusion cliniquement suspectée. Sur l'ASP, en cas d'occlusion colique il existe classiquement des images de niveau hydro-aériques (NHA) coliques, plus hauts que larges (sauf au niveau du côlon transverse) à disposition périphérique.

Elle a une sensibilité de 84 % et une spécificité de 72 % pour le diagnostic d'occlusion mécanique du côlon [35, 36]. L'origine d'une occlusion colique basse ne peut, sauf exception, être précisée sur le cliché d'ASP.

Il est donc nécessaire de réaliser rapidement une exploration scanographique ou un lavement opaque aux hydrosolubles qui confirme l'obstacle et permet d'éliminer définitivement une pseudo-obstruction.

Nous apportons dans ce tableau comparatif, des constatations radiologiques dans notre série et dans les séries de littérature :

Tableau LXIII : L'apport de l'ASP dans le diagnostic de l'occlusion du cancer colorectal

Auteurs	Nombre de cas	Diagnostic positif	NHA colique	NHA mixte	NHA grêlique	Aérocolie
Belfequih M. [29]	107	84%	56%	7%	-	6%
Boumezouch A.[37]	12	100%	75%	7%	8%	-
Boujguennai [38]	58	100%	80%	6%	4%	-
Bouznad N. [32]	41	100%	56%	5%	19%	-
Champault [39]	497	85%	56%	-	-	85%
Karima L. [2]	48	100%	58%	29%	13%	-
Notre étude	73	100%	83%	4%	13%	-
n : 73						

En urgence, les examens para cliniques comme la tomodensitométrie et l'ASP sont nécessaires pour confirmer l'occlusion, apprécier sa gravité et pour rechercher l'étiologie [40 ; 41]. La présence de niveaux hydro-aériques dans le cadre colique a été objectivée dans 100% par la radiographie de l'abdomen sans préparation dans cette série. Le recours au scanner abdominal, considéré comme un procédé de routine en matière d'évaluation préopératoire du cancer colique en occlusion [42]. Il est l'examen diagnostique de référence du cancer colique en occlusion [43]. Cet examen n'a pu être réalisé dans notre série, contrairement

aux autres séries. Cette différence pourrait s'expliquer par l'accessibilité difficile et au coût élevé de cet examen surtout dans un contexte d'urgence.

5.4.2 Sièges de la tumeur en occlusion:

La majorité des statistiques concernant les occlusions par cancer colorectal parle de la prédominance du siège au niveau du côlon gauche [16]. Deux occlusions coliques néoplasiques sur trois siègent entre le tiers gauche du transverse et la charnière recto sigmoïdienne [16].

Plus du quart (28%) des tumeurs du sigmoïde sont diagnostiquées au stade d'occlusion. Le risque relatif d'occlusion est élevé (40%) pour les tumeurs de l'angle splénique [22].

Dans notre série 62% des tumeurs siègent au niveau du côlon gauche dont 29% au niveau du sigmoïde ce qui rejoint la littérature.

Tableaux LXIV: Topographie des tumeurs et auteurs

Auteurs	Nombre de cas	Côlon droit	Côlon gauche	Rectum
Lee et Al. 2001 [44]	243	88 (36%)	136 (56%)	19 (8%)
Karima L, Maroc, 2019 [2]	48	7 (14%)	31 (65%)	10 (21%)
Diémé Eugène GP.A, Dakar, 2019 [26]	37	4 (11%)	28 (76%)	5 (13%)
Antoine R, Réunion (Bordeaux) 2017[24]	170	64 (37,6%)	89 (52,4)	19 (11%)
Aboubacar T, Conakry, 2017 [25]	131	18 (14%)	81 (62%)	32 (24%)
Notre série	73	11 (15%)	45 (62)	17 (23%)

Tableau LXV: Siège prédominant de la tumeur colorectale en occlusion

Auteurs	Nombre des cas	Côlon droit		Côlon gauche	
		Localisation prédominante	Localisation prédominante	Localisation prédominante	Localisation prédominante
Lee et Al. [44]	243	30 cas	Côlon transverse (12%)	78cas	Sigmoïde (32%)
Bouznad N. [32]	41	4 cas	Cœcum (10%)	12 cas	Sigmoïde (29%)
Karima L. [2]	48	4 cas	Cœcum (8%)	19 cas	Sigmoïde (40%)
Diémé E. [26]	37	2 cas	Côlon transverse (5%)	12 cas	Sigmoïde (32%)
Antoine R. [24]	170	35 cas	Cœcum (20,6%)	59 cas	Sigmoïde (34,7%)
Notre série	73	8 cas	Cœcum (11%)	21 cas	Sigmoïde (29%)

Le siège prédominant de la lésion dans notre série a été le côlon sigmoïde avec 21 cas soit 29% ; ce qui a été rapporté dans la plus part des littératures.

5.5 ASPECTS THERAPEUTIQUES

5.5.2 Technique chirurgicale :

Tableau LXVI: Côlon droit :

Auteurs	Localisation droite	Résection+ anastomose	Dérivation interne	Résection en plusieurs temps
Rault [12]	3	2 /P : 0,72527	0	1
Alvarez [45]	22	19 /P: 0,14639	2	0
Lee et al [46]	107	96 /P: 0,03324	8	3
Diémé E. [26]	4	0	1	3
Aboubacar T. [25]	18	18 /P: 0,01389	0	0
Antoine R. [24]	62	50 /P: 0,19056	0	12
Notre étude	11	7	0	4

L'hémi colectomie droite suivie d'une anastomose en un temps a été la technique chirurgicale la plus utilisée (7/11 ; 64%).

Ce résultat est proche de ceux des études antérieures notamment, Rault 67% ; Alvarez 86% et Antoine R. 81% avec une différence statistiquement non significative.

Ceci s'expliquerait par la codification de la chirurgie carcinologique du côlon droit qui est sans controverse, une fois que la tumeur est extirpable.

Tableau LXVII: Côlon gauche

Auteurs	Nombre de cas	Stomie puis Résection anastomose	Résection + Stomie	Résection+ Anastomose	Résection + Anastomose protégée	Stomie définitive	Stent	Dérivati ons interne
Rault [12]	19	1	5	8	3	0	2	0
Alvarez [45]	61	2	31	21	0	7	0	0
D.Mege [47]	1500	321	246	764	0		271	4
Lee [46]	136	5	24	101	0	6	0	0
Thiam [48]	65	0	21	44	0	0	0	0
MohamedB[49]	30	14	2	11	0	3	0	0
David[50]	32	0	6	18	0	3	0	5
Notre étude	45	10	34	3	1	0	0	0

La colostomie première suivie d'une résection anastomose a été la technique chirurgicale la plus utilisée dans notre série (34/45= 75,56%). Ce résultat est proche à celui Mohamed B (46,67%). Par contre il diffère de, celui de David (18,75%), Lee (17,65%), Thiam (32,31%) et Rault (26,32%) ; qui ont procédé La colectomie segmentaire suivie d'une anastomose dans la plus par des cas. Quant aux stents, D.Mege et Rault en France en ont réalisé respectivement dans 18% et 10,5% des cas. Nous n'avons pas utilisé de stents au cours de cette étude à cause de non maîtrise de cette technique et l'absence de matériel.

Ces techniques différentes prouvent suffisamment la controverse de la chirurgie du cancer du côlon gauche en occlusion.

Tableau LXVIII : Rectum

Auteurs	Nombre de cas	Type d'intervention			
		Stomie	Résection sans Anastomose	Résection + Anastomose d'emblée	Amputation abdomino-pelvienne
Diémé E. [26]	5	5	-	-	-
Antoine R. [24]	19	9	7 /P: 0,3888	3 /P:0,2811	-
Aboubacar T. [25]	32	-	28 /P:0,0037	3 /P:0,0831	1 /P: 0,2731
Karima L. [2]	10	10	-	-	-
Notre série	17	1	8	5	2

Résection + Anastomose d'emblée est une option chirurgicale possible dans la chirurgie du rectum cela requière du siège de la tumeur de l'état général du patient et la compétence du chirurgien. Dans notre série elle a été réalisée dans 29% des cas et ce résultat est proche de celui de [24 ; 25] avec une différence statistiquement non significative.

Tableau LXIX : prise en charge chirurgicale des cancers colorectaux en occlusion selon certaines séries

Auteurs	Série	Colostomie Première%	Intervention d'Hartmann%	Chirurgie En un seul temps%	Résection D'emblée avec anastomose protégé%	Stent colique%
BouznadN. (32)	41	72,5 P: 0,48329	17 P:0,04882	9,8	-	-
Rault (12)	22	4,5 P: 0,000001	28 P : 0,00917	9	51 P : 0,00001	9
Boujguenn e I. (38)	58	32,7 P: 0,00001	46,5 P:0,00003	13,7	-	-
Karim L. (2)	48	86 P: 0,13304	6,3 P:0,57644	11	-	-
Notre série	73	75,3	5,5	17,8	1,4	-

Colostomie Première a été l'option chirurgicale la plus utilisée dans notre série soit 75,3% ce qui est proche de celles de BouznadN. (32) et Karim L. (2) avec une différence statistiquement non significative. Par contre il ya une différence statistiquement significative entre notre série et celles de Rault (12) et Boujguenne I. (38) ; ce qui dénote la complexité de la prise en charge de cette pathologie dont la compétence du chirurgien et l'état général du malade ont un rôle déterminant à jouer dans la prise en charge.

Tableau LXX : Stratégies chirurgicale et auteurs

Auteurs	Nombre de cas	En un temps	P	En Plusieurs temps	P
Diémé E. [26]	37	22 (59,5%)	0,00001508	15 (40,5%)	0,01016671
Antoine R. [24]	170	105 (61,8%)	0,00000001	65 (38,2%)	0,00110358
Karima L. [2]	48	5 (10,4%)	0,19712926	43 (89,6%)	0,000000001
Notre série	73	13 (17,8%)		60 (82,2%)	

- Pour la chirurgie en un temps il n’y a pas de différence significative entre notre série et celle de Karim L, par contre pour les séries [26 ; 24] il y a une différence significative.
- Dans l’option chirurgicale en plusieurs temps, il y a une différence significative entre notre série et celles des autres [2 ; 26 ; 24 ;]

Cela est dû fait que l’option chirurgicale est tributaire de la compétence du chirurgien, l’état général du patient et du plateau technique disponible.

Tableau LXXI : Mortalité postopératoire selon certaines séries

Auteurs	Année	Nombre des patients	Fréquence de l'occlusion	Mortalité(%)	Survie à 5ans(%)
Rohr [51]	1996	38	-	8,3 P : 0,12851014	41 P : 0,00618186
Deen [28]	1998	143	-	12,5 P : 0,20194162	-
Chen [52]	2000	186	5,7	35 P : 0,00438109	-
Rault [12]	2005	22	-	27 P : 0,24629917	47 P : 0,01094181
Diémé E. [26]	2019	37	-	13,5 P : 0,38880840	-
Antoine R. [24]	2017	170	-	10,6 P : 0,09269351	-
Karima L. [2]	2019	48	-	10,4 P : 0,19712926	-
Aboubacar T. [25]	2017	131	38,6	21,4 P : 0,33803673	-
Notre série	2020	73	31,3	26	20,6

Le taux de mortalité postopératoire est de 26 % dans l'étude de notre série a été le même que celui rapporté dans les séries Africaines et françaises [12 ; 2 ; 26 ; 51 ; 25 ; 24 ; 28]. Il est statistiquement bas, comparé à celui rapporté par Chen [52]. Cette différence pourrait s'expliquer par le stade évolutif du cancer et la technique chirurgicale utilisée.

Le taux de survie globale à 5 ans a été de 20,6% des patients, ailleurs des taux de survie à cinq ans atteignant 47% [12] et 41% [51] ont été publiés. Cette différence pourrait s'expliquer par les stades évolutifs et la qualité de la prise en charge pré, per et post opératoire notamment la chimiothérapie qui n'a pas été effectuée régulièrement chez la plupart des patients.

Tableau LXXII : Morbidité et mortalité poste opératoire immédiates selon les auteurs

Auteurs	Nombre de cas	Morbidité chirurgicale(%)	Mortalité(%)
Diémé E. [26]	37	35 P : 0,03894363	13,5 P : 0,38880840
Antoine R. [24]	170	27 P : 0,08214488	27 P : 0,08214488
Karima L. [2]	48	12,5 P : 0,30179197	10,4 P : 0,19712926
AboubacarT. [25]	131	54,2 P : 0,00000021	21,4 P : 0,33803673
Notre série	73	23,3	26

La survenue d'une complication postopératoire peut augmenter le séjour hospitalier et influencer la satisfaction du malade. Dans les séries publiées le taux de complication rapporté est élevé et varie de 12,5% et 35%. Celui du notre, de 23,3% de complication postopératoire ne présente pas de différence statistiquement significative par rapport à celui rapporté dans la littérature [2 ; 24]. Ces complications peuvent être multifactorielles. Il s'agit entre autres de la technique opératoire, l'inexpérience de l'opérateur, l'état du malade, la durée d'intervention et la qualité de la prise en charge postopératoire.

Le taux de mortalité postopératoire immédiate est de 26 % dans l'étude de notre série a été le même que celui rapporté dans les séries Africaines et Française [2 ; 26 ; 25 ; 24].

• **Délai entre l'hospitalisation et l'intervention :**

Parmi les patients opérés 72 ont été opérés dans les premières, 24heures heures suivant leurs admission soit 98,6% des cas.

Cependant un seul patient a été opéré après 24 heures (dans un délai de 96heures), soit 1,4% des cas.

Ce résultat est proche de celui de Karima L.

Tableau LXXIII: chimiothérapie et auteurs

Auteurs	Nombre de cas	Adénocarcinome Lieberkühnien %	Chimiothérapie %	Test statistique
Diémé E. [26]	37	96	33	0,00000001
Aboubacar T. [25]	131	75	0	0,00000001
AntoineR. [24]	170	80	72	0,00000391
Karima L. [2]	48	92	65	0,00000805
Notre série	73	71,2	95,9	

La prise en charge du cancer colorectal en occlusion consiste à la levée de l'occlusion. La chimiothérapie constitue un traitement adjuvant. Elle a été réalisée chez 71,2% des patients. Ce taux présente une différence statistiquement significative avec celle rapportés par la littérature [2 ; 26 ; 25 ; 24], ce qui pourrait s'expliquer par le stade de la tumeur et la survie des patients.

5-6 SUITES OPERATOIRES

Tableau LXXIV: Survie selon les auteurs

Auteurs	Nombre de cas	Survie				
		0 à 6mois	1an	2ans	3ans	5ans
Diémé E. [26]	37	86,5 % P:0,08301268	43,2 % P:0,00644847	-	-	-
Antoine R. [24]	170	93,9 % P:0,41532067	-	-	-	-
Karima L. [2]	48	89,6 % P:0,16060055	-	-	-	-
AboubacarT. [25]	131	78,6 % P:0 ,00046550	-	65,6 % P:0,15911169	-	-
Notre série	73	96,2 %	69,2 %	57,7 %	40,4 %	26,9 %

Le taux de survie de 0 à 6mois est de 96,2% dans l'étude de notre série a été le même que celui rapporté dans la littérature [26 ; 24 ; 2]. Il est statistiquement supérieur à celui d'AboubacarT. [25]. Cette différence pourrait s'expliquer par le stade évolutif du cancer et la technique chirurgicale utilisée.

5.7 Traitement adjuvant :

5.7.1Radiothérapie [59, 14, 60, 61] :

✓ Cancer du côlon :

Elle a été proposée par certains auteurs pour les tumeurs T4 du caecum, de l'angle colique gauche, du côlon iliaque ou de la jonction réctosigmoïdienne envahissant les organes ou les tissus de voisinage, perforées, fistulisées, ou en cas de résidu tumoral laissé en place.

La morbidité de ce traitement et l'absence de comparaison aux chimiothérapies actuelles, laissent peu de place à la radiothérapie dans le traitement adjuvant des cancers coliques [43].

✓ Cancer du rectum [59] :

L'intérêt d'une RTH post opératoire est de pouvoir sélectionner les patients pouvant justifier un traitement sur l'examen anatomopathologique (stade B2 et C), La dose délivrée est de 45 à 50 Gy en fractionnement classique débutée 4 à 6 semaines après la chirurgie.

La majorité des essais randomisés comparant la chirurgie seule à la chirurgie suivie de RTH se sont avérés négatifs en termes de gain en survie et le bénéfice en récidives locales est limité à quelques études pour les stades C.

Dans notre série aucune radiothérapie n'a été effectuée.

5.8. Les indications [20, 62, 61, 63] :

Les critères devant conduire à l'intervention sont : l'arrêt des gaz depuis plus de 24 heures et/ou l'arrêt des matières depuis plus de 48 heures, la présence de niveaux hydro-aériques sur le côlon associés ou non à des niveaux sur le grêle, l'arrêt complet du produit de contraste sur le lavement opaque et surtout la non-sédation franche du syndrome après aspiration digestive et lavements évacuateurs. En l'absence de signes de gravité (syndrome septique ou signes péritonéaux), il est licite de tenter ce traitement non opératoire pendant 24 à 72 heures au plus. Lorsque le diamètre caecal est mesuré à 12 cm au moins sur les clichés à l'admission, les lavements évacuateurs sont contre-indiqués et l'intervention chirurgicale s'impose en urgence du fait du risque de perforation diastasique. Les indications tiennent compte de la topographie de la lésion sténosante.

5.8.1Côlon droit ou transverse:

Les cancers du côlon droit et du côlon transverse en occlusion sont traités par résection iléocolique droite, élargie à gauche dans le cas d'une lésion transverse avec anastomose iléocolique d'emblée.

Dans notre série l'hémi colectomie droite était faite avec anastomose iléo transverse chez 7 patients (9,59 %). Ce résultat est proche de celui de **Karima.L (50)**.

5.8.2 Côlon gauche:

La conduite à tenir devant une occlusion sur cancer du côlon gauche demeure un problème difficile [20].

Il n'y a pas de solution simple à ce problème. Deux grandes catégories d'interventions sont à envisager: La chirurgie en deux ou trois temps et les interventions en un temps opératoire.

Les interventions en deux temps présentent des inconvénients: hospitalisations et interventions multiples responsables d'un coût social et financier important.

De plus, il s'agit de patients souvent âgés chez qui la continuité digestive risque de ne pas être rétablie pour des raisons diverses [62].

5.8.2.1 Chirurgie en trois temps :

Elle associe successivement :

- ✓ **Une colostomie transverse** sur baguette réalisée par voie élective sous-costale, le plus souvent à droite en raison de la mobilité du côlon transverse droit ;
- ✓ **une colectomie segmentaire gauche basse** (cancer du sigmoïde) ou segmentaire haute (cancer du côlon descendant) sur un côlon ayant été préparé. Cette résection est réalisée une dizaine de jours après la dérivation, l'anastomose colorectale étant réalisée sous couvert de la colostomie ;
- ✓ **La fermeture de la colostomie 3 mois** après sa confection.

Un lavement aux hydrosolubles préopératoire recherche une sténose de l'anastomose colorectale.

Cette tactique opératoire permet d'éviter les complications de désunion anastomotique pouvant être fatales chez des sujets fragiles, mais elle entraîne un cumul de la morbidité secondaire aux trois interventions et une durée d'hospitalisation longue.

Cette chirurgie en trois temps, qui était la règle il y a quelques années, n'est quasiment plus pratiquée de nos jours [62] ce qui réconforte notre position car nous n'avons enregistré qu'un seul cas dans notre série soit (1,37%).

5.8.2.2 Chirurgie en deux temps :

Trois procédés sont possibles :

a. Résection après colostomie de proche amont :

La colostomie première de proche amont, réalisée par voie élective, traite l'occlusion et permet la réalisation d'une préparation colique efficace avant l'exérèse carcinologique.

Cette exérèse se fait une dizaine de jours après la dérivation. Elle est menée par la médiane. En l'absence de carcinose péritonéale ou d'inextirpabilité locale, la colostomie est refermée et le côlon réintégré dans l'abdomen [64,62].

Dans notre série, la colostomie de décharge était effectuée chez 48 patients, soit 65,75% des cas, ce qui est proche des séries africaines [2,26].

b. Intervention de Hartmann :

Cette intervention est à réserver aux rares cas d'association d'une occlusion et d'une perforation (péritonite) [2].

L'IH peut être une solution thérapeutique chez des malades ayant une maladie métastatique, chez qui il est souhaitable de réaliser le traitement de l'occlusion et de la tumeur initiale afin de pouvoir débiter un traitement général rapidement en envisageant une prise en charge chirurgicale secondaire des métastases. Les autres indications pouvant être représentées par des sujets âgés ayant une incontinence anale chez qui une colostomie serait de toute façon nécessaire.

Dans notre série cette méthode était faite chez 4 patients, soit 5,5% ce qui est proche des séries africaines [2,26].

c. Résection d'emblée avec anastomose protégée :

La réalisation d'une colostomie de protection est discutable. Il est préférable de ne pas la réaliser de principe.

L'anastomose doit être réalisée sur un côlon propre et plat, ce qui est le cas après un lavage colique peropératoire bien conduit, sur un côlon bien vascularisé et sans traction. La protection de l'anastomose n'est guidée que par des critères généraux (âge avancé, corticothérapie).

Les critères locaux rentrent peu en ligne de compte, puisque, en cas de doute sur la viabilité du côlon ou de sa vascularisation, ce type d'intervention est contre-indiqué [62].

Ce type de stratégie chirurgicale a été réalisé dans un cas soit 1,4% dans notre série.

5.8. 2.3 Interventions en un seul temps :

a. Résection-anastomose en un temps avec lavage colique peropératoire :

➤ En présence d'une tumeur du sigmoïde :

La résection est une colectomie segmentaire gauche basse.

➤ En présence d'une tumeur du côlon descendant

La résection est une hémi colectomie gauche.

Dans notre série cette méthode était faite chez 13 patients, soit 17,81%.

b. Colectomie subtotale :

Si l'exploration du champ opératoire a révélé une deuxième localisation tumorale, un côlon droit ischémié, voire nécrosé, ou la présence de dilacérations séreuses, la conservation du côlon en amont de la sténose n'est pas licite et une colectomie subtotale avec anastomose iléo rectale haute ou iléo sigmoïdienne basse en un temps peut être réalisée [62].

En outre, traiter les adénocarcinomes synchrones, dans le même temps opératoire, est un avantage avancé de la colectomie subtotale pour cancer du côlon gauche en occlusion.

La critique principale sur le plan théorique est d'ordre fonctionnel, en termes de qualité et de fréquence des selles [64, 8,21, 65, 51].

L'état général doit être pris en considération quel que soit le type de chirurgie en un temps. L'importance du terrain ressort dans plusieurs publications employant une technique chirurgicale en un temps [51].

Dans notre série aucune colectomie subtotale n'a été réalisée.

5.8.3 Comparaison entre le traitement en un seul temps et le traitement en plusieurs temps :

La conduite à tenir devant une occlusion sur cancer du côlon gauche demeure un problème difficile. Il n'y a pas de solution simple à ce problème.

Deux grandes catégories d'interventions sont à envisager: la chirurgie en deux ou trois temps et les interventions en un temps opératoire. Les interventions en deux temps présentent des inconvénients: hospitalisations et interventions multiples responsables d'un coût social et financier important. De plus, il s'agit de patients souvent âgés chez qui la continuité digestive risque de ne pas être rétablie pour des raisons diverses.

Les interventions en un seul temps, cependant, procurent plusieurs avantages :

- ✓ Gain de temps et réduction du coût d'hospitalisation;
- ✓ Éviter les risques d'une deuxième opération;
- ✓ Élimination de la période d'attente en raison d'une deuxième opération;
- ✓ Éviter l'ennui et l'embarras résultant d'une colostomie temporaire ;
- ✓ Offre d'une meilleure qualité de vie restante pour des patients avec des malignités incurables.

Une étude rétrospective de 115 patients présentant une obstruction colique tumorale complète, faite par Sjo et al. [35], suggère que l'occlusion colique devrait être traitée avec une résection primaire puisqu'il n'y avait aucune différence entre la résection primaire et le traitement par étapes concernant les conditions générales du patient, les tares associées, le stade tumoral (Dukes), les complications postopératoires, ou la mortalité.

Le taux de mortalité postopératoire était de 10% après une résection primaire et de 15% après un traitement en plusieurs temps. La durée d'hospitalisation était respectivement de 18 et 45 jours.

Le taux de survie à cinq ans était de 38 % en cas de résection primaire alors qu'il était de 29 % en cas de traitement en plusieurs temps (valeur non significative). Dans notre série elle est respectivement 15,38% pour la chirurgie en un temps et 21,37% pour la chirurgie en plusieurs temps.

D'une autre série par Chiappa et al. 39 patients présentant une occlusion colique néoplasique gauche ont été traités par décompression, lavage peropératoire, et une résection - anastomose primaire. Les suites postopératoires étaient sans incidents chez 30 patients soit 76,92% ; dans notre série elles étaient simples chez 56 patients soit 76,71%.

Cette étude a rapporté un taux de lâchage d'anastomose de 6%, un abcès abdominal dans 3% des cas, et une infection de la plaie chez 8 % des cas.

Cette étude montre que la résection avec anastomose primaire pourrait être employée pour traiter les occlusions coliques gauches avec des résultats acceptables.

Ces études indiquent que le cancer du côlon gauche en occlusion peut être réséqué avec anastomose primaire avec de bons résultats. La résection sans anastomose primaire reste une bonne option pour des patients présentant une immunité compromise, une maladie avancée, une malnutrition, hypotension persistante ou une pathologie cardiorespiratoire grave. Le traitement en plusieurs temps devrait être envisagé chez le sujet âgé avec des tares multiples [36].

5.9 Prévention et dépistage [66, 67, 68, 69, 70] :

La prévention du cancer colique repose sur deux catégories d'interventions :

5.9.1. Prévention primaire:

Elle vise à éviter l'initiation du cancer par le contrôle des facteurs environnementaux. Les recommandations se limitent à des conseils d'hygiène générale.

Augmentation de la consommation de légumes et de fruits, réductions de l'apport calorique total, augmentation de l'activité physique et le contrôle de l'excès de poids.

5.9.2. Prévention secondaire: La prévention secondaire vise la détection précoce du cancer et de ses précurseurs à un stade curable, chez des personnes en général asymptomatiques. Elle repose sur le dépistage organisé ou dépistage de masse.

Il s'adresse à une tranche large de la population ciblée selon l'âge; il est accompagné d'une campagne d'éducation de la population et repose sur un test filtre, la recherche du sang fécal, pratiqué en général tous les 2 ans.

Deux types de tests sont disponibles :

- ✓ Le test à la résine (Hemoccult®), basé sur la détection de l'activité peroxydasique de l'hémoglobine ;
- ✓ Le test immunochimique utilise des anticorps polyclonaux ou monoclonaux dirigés contre l'hémoglobine humaine.

Les personnes qui ont une réaction positive pour le test du sang fécal sont soumises à la coloscopie.

Le dépistage non organisé par coloscopie première s'applique bien entendu aux personnes exposées à un risque plus élevé que la moyenne du fait de leurs antécédents et est proposé après l'âge de 50 ans et peut être répété 2 à 3 fois à intervalle de 10 ans si l'examen est négatif.

5.9.3. Prévention tertiaire:

La prévention tertiaire a pour but de dépister:

- ✓ Les complications propres au cancer colique notamment: L'occlusion, la perforation, la fistule, les hémorragies digestives ;
- ✓ Les complications de la maladie néoplasique: Thrombophlébite, embolie pulmonaire... ;
- ✓ Les complications des traitements et leurs effets secondaires.

Elle est assurée grâce aux consultations de surveillance de la maladie.

Remarque : Dans les pays en voie de développement si aucune difficulté majeure n'est rencontrée au cours de la prévention tertiaire ; celle du primaire et secondaire est un défi à relever. Dans notre série aucun de nos patients n'a fait l'objet d'une prévention primaire ou secondaire et cela est fréquent dans nos différents pays, ce qui pourrait expliquer le nombre de plus en plus croissant des cas de cancer colorectaux, avec l'apport des moyens d'explorations efficaces actuellement possible en Afrique.

Conclusion :

La chirurgie carcinologique du côlon droit en occlusion est sans controverse, une fois que la tumeur est extirpable. Par contre, celle du côlon gauche et du rectum demeure un problème difficile.

La stratégie thérapeutique en plusieurs temps demeure le meilleur choix en raison de sa faible mortalité et du confort offert au patient.

Les sujets âgés avec des tares multiples, l'état général du patient, l'existence ou non de comorbidités méritent une attention particulière du chirurgien et de son équipe avant toute décision chirurgicale.

RECOMMANDATIONS :

Aux professionnels de la santé :

- ✓ Le renforcement de la collaboration multidisciplinaire entre chirurgiens, réanimateurs et oncologues pour assurer une prise en charge optimale des patients présentant un cancer colorectal en occlusion.
- ✓ La bonne rédaction et la tenue correcte des dossiers médicaux des patients et des registres de compte rendu opératoire. Pour cela le dossier médical électronique s'impose.
- ✓ La présentation des dossiers des malades présentant un cancer du colorectal en occlusion à la réunion de concertation pluridisciplinaire afin de définir la suite de la prise en charge.
- ✓ La sensibilisation des patients et leur entourage de l'importance du suivi post-opératoire.

Aux autorités politiques et sanitaires :

- L'organisation des campagnes de sensibilisations auprès des populations
- La prévision des campagnes de sensibilisation pour un dépistage de masse auprès des populations en associant les spécialistes ;
- La formation du personnel de santé du 1^{er} et du 2^e niveau de la pyramide sanitaire sur les signes d'appels du cancer colorectal
- La création d'un programme de lutte contre les cancers digestifs.

Aux responsables du CHU du Point G :

L'accompagnement des services de chirurgie dans la prise en charge des cancers colorectaux en occlusion en particulier et du cancer colorectal en général.

A la population :

- La consultation régulière en cas de facteurs de risque ou d'antécédents de cancer colorectal
- La fréquentation des centres de santé devant tout signe suspect.
- L'adoption d'une alimentation riche en fruits et légumes et pauvre en matières grasses.

- La pratique d'une activité physique régulière et l'éviction de l'alcool et le tabac.
- L'adhésion à l'idée de dépistage de masse une fois validée par les autorités, surtout ceux ayant l'âge supérieur à 50 ans.

Références

- 1-Daly-Schweitzer.** Urgences cancérologiques. In Daly Schweitzer, Cabarrot E, Guimbaud R, Moyal E. *Cancérologie Clinique*. Masson, Paris, 2003;303-304.
- 2- Karima L.** Les cancers colorectaux en occlusion thèse Med Marrakech 2019 ; 104 p ; n°006.
- 3- BELACQUE – BELAIR A.** Cancer s : généralités
Dictionnaire Méd. ; cl Pharm. : Paris Maloine : 2èm Edition, PP 302 – 304
- 4- Epidémiologie et prévention du cancer colorectal perspectives et prévention.** Rev prat 1994 ; 44 : 2683-7
- 5- MARTIN M.S** Carcinogénèse colique expérimentale.
Gastroentérol .Clin .Biol 1986 ; 6 : 382- 391
- 6- PADONOU N, BAGNAN K B, KODJO N, AGBO N.**
Les cancers colorectaux à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CHU de Cotonou : à propos de 10 cas observés en 7 ans.
- 7- BAYO. S, KOUMARE. A.K, DIOMBANA M. L, KANE. S.**
S/Registre du cancer du Mali 87-89.Cancer in five continents, IRAC Scientific Pub 1992,120 :6
- 8. Chirica M,** Leconte M, Oberlin O, Dousset B.Cancers colorectaux: traitement chirurgical des métastases hépatiques.Presse Med. 2012;41(1):58-67.
- 9. BouvierA.-Lepage C, FaivreJ.** Epidémiologie des cancers du tube digestif. Encycl. Méd. Chir, Gastro-entérologie 2009;9-000-E-12.
- 10. International Agency for Research on Cancer** Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2015 [en ligne] Disponible sur : <http://globocan.iarc.fr> .Consulte le 24 octobre 2018
- 11. Manton G, Panis Y.** Mortalité et morbidité en chirurgie colorectale. Rapport de l'Association française de chirurgie. Arnette Ed (Paris); 2003 [p. 4—28].

- 12. Rault A, Collet D, Cunha SA, Larroude F, Ndobu E, Masson B.**Surgical management of obstructed còlonic cancer. *Annales de Chirurgie* .2005; 130:331-335
- 13. Alves A, Panis Y, Mathieu P, et al.**Postoperative mortality and morbidity in French patients undergoing colorectal surgery: results of a prospective multicenter study. *Arch Surg* 2005; 140(3):278—83.
- 14. Borie F, El Nasser M, Herrero A, Gras-Aygon C., CRISAP-LR, Daures J.-P, Tretarre B.**Impact des conférences de consensus sur la prise en charge du cancer du còlon et du rectum. Étude de population *J Chir*. 2008;145(3):247-51.
- 15. Benhamiche-Bouvier AM, Clinard F, Dancourt V et al.**Épidémiologie des cancers du tube digestif. *Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie*, 9-000-C-16, 2001, 7 p.
- 16. Jean Marc Phelip** Cancer colorectal métastatique service d'HGE et Oncologie Digestive, CHU Hôpital Nord 42055 St Etienne thésaurus national de cancérologie digestive 2014, vol 72 p 3.4
- 17. Faivre J. et al.**Epidémiologie des métastases hépatiques. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 2003, vol. 187, no5, p. 815823
- 18. C. Lepage**1 Épidémiologie des cancers digestifs : dernières tendances évolutives *La Lettre Du Cancérologue*. Vol. XXVI - n° 8 - septembre 2017
- 19. Benamr S, Mohammadine E, Niamane R, ABBASSI A, ESSADEL A** .Resultats du traitement chirurgical du cancer du còlon. *Médecine du Maghreb* 1996 n°60
- 20. Zaharie F, Mocan L, Mocan T, Tomus C, Hodor V, Al Hajjar N ET AL.** Surgical management of malignant large bowel obstructions. *Chirurgia (Bucur)*. 2011;106(4):479-84.
- 21. Millat B.**Traitement des cancers coliques en occlusion. *Annales de chirurgie* 2003;128:349—50
- 22. McCullough JA, Engledow AH.** Treatment Options in Obstructed Left-sided Colonic Cancer *Clin Oncol*. 2010;22(9):764-70.

- 23. Viguiet J, Bourlier P, Karsenti D, de Calan L et Danquechin Dorval E** Cancer du côlon. *Encycl Méd Chir*, Gastro-entérologie, 9-068-A-10, 2003, 18 p.
- 24. Antoine Robert :** Le cancer colorectale à la réunion : fréquence des formes occlusives et perforées à la l'université de Bordeaux 2017 ; 86P.
- 25. Aboubacar. T, Soumaoro. LT, Soumah ML, Camara IS, Bangouras :** cancer colorectale en occlusion : A propos de 131 cas au CHU de Conakry 2017 ; 6P.
- 26. Amaye D.E.G.P, Codou T.M.M, Ibrahima.S, René.N, Madior.D, Oumar.F, et coll :** Prise en charge des cancers colorectaux en occlusion à l'hôpital principal de Dakar : A propos de 37 cas : Mali Médical 2019 Tome XXXIV N°1-40-47P.
- 27. Meyer CH, Hollender LF.** Chirurgie colique d'urgence 1-39. MASSON 1986.
- 28. Deen KI, Madoff RD, Goldberg SM, Rothenberger DA.** Surgical Management of Left Colon Obstruction: The University of Minnesota Experience *J Am Coll Surg.* 1998;187(6):573-76.
- 29. Belfequih M., Amraoui M.** Le cancer colique gauche en occlusion Thèse 127/2006 université MOHAMMED V SOUISSI Faculté de médecine et de pharmacie –Rabat
- 30. Lamrani J, Louchi A.** Tumeurs coliques en occlusion Thèse 101/2008 CHU hôpital HASSAN II Faculté de médecine et de pharmacie – Fès
- 31. Kouadio GK, Turquin TH.** Left colonic cancer obstruction in Ivory Coast *Annales de chirurgie.* 2003;128:364–7.
- 32. BOUZNAD N.** Cancer colorectaux en occlusion au service de chirurgie viscérale au CHU Mohamed VI Thèse doctorat médecine, Marrakech ; 2012 N°29.
- 33. Champault G, Adloff M, Arnaud JP et al.** Les occlusions coliques : étude rétrospective coopérative de 497 cas. *JChir* 20011 ; 120 :47-56.

- 34. Rouiched N, Lefriyekh MR.** Thèse : Occlusions coliques neoplasiques. Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca 2006 N° :20.
- 35. MacDonald AJ, McEwan H, McCabe M, Macdonald A** Age at death of patients with colorectal cancer and the effect of lead-time bias on survival in elective vs emergency surgery. *Colorectal Dis.* 2011; 13(5):519-25.
- 36. Patrìti A, Contine A, Carbone E, Gullà N, Donini A.** One-stage resection without colonic lavage in emergency surgery of the left colon. *Colorectal Dis.* 2005; 7(4):332-8.
- 37. BOUMEZZOUGH A.** Cancers du côlon gauche en occlusion. These doctorat medecine, marrakech ;2018 N°220 ,48,49,50,83,84,85 page.
- 38. BOUJGUENNA I.** Cancer colique compliqué d'occlusion. These doctorat medecine, marrakech ;2018 N°30,82,83,84,85;Page.
- 39. Champault G; Adloff M, Arnaud JP.** Les occlusions coliques : études rétrospectives coopérative de 497 cas. *J. Chir.* 1983; 120(1):47-56.
- 40-Conroy T, Guillemín F, Stines J, Denis B.** Diagnostic et évaluation de l'extension des cancers colorectaux. *Rev Prat* 2011 ; 44 :2706-13.
- 41-Dorval ED.** Quels sont les examens utiles à la décision thérapeutique dans le cancer du côlon ? *Gastroentérol Clin Biol* 2010;22:585-89.
- 42. Hassane I.** Cancer colique en occlusion : étude rétrospective à propos de 32 cas. Thèse Med Maroc 2007; N°125
- 43. Viguier J, Bourtier P, Karsenti D.** Cancer du côlon ECM, *Gastroentérologie* 2003 ; 18 : 9-68
- 44. Lee Y M., Law W L., Chu K W.** Emergency Surgery for Obstructing Colorectal Cancers A Comparison Between Right-Side and Left-Sided Lesions *J Am Coll Surg.* 2001; 192(6):719-25.

45-José Antonio Alvarez, M.D, Ricardo F. Baldonado, M.D., Isabel G. Bear, Ph.D., Nuria Truán, M.D., Gerardo Pire, Ph.D., Paloma Alvarez, Ph.D. Presentation, treatment, and multivariate analysis of risk factors for obstructive and perforative colorectal carcinoma. *The American Journal of Surgery* 190. (2005) 376–382.

46-Lee Y, Law W, Chu K, Poon R. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right sided and left sided lesions. *Journal of the American College of Surgery*. 2001; 192 (6): 719–25.

47-D. Mege, G. Manceau, V. Bridoux et al. Chirurgie du cancer du côlon gauche en occlusion : résultat de l'étude multicentrique de l'Association française de chirurgie sur 1500 patients. *Journal de Chirurgie Viscérale*. (2019) 156, 223-235

48-Thiam Jaafar Ibn Talib. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des cancers du côlon en occlusion à l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar [mémoire] : université Cheick Anta Diop ; 2018.

49-Mohamed B, Yacine b, Asma k. cancer colique en occlusion au service de chirurgie B CHU de TLEMCEM [Mémoire]. TLEMCEM: Université Aboubakr Belkaïd ; 2017. 84p

50-David Dakouo : cancer du côlon en occlusion dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G [Mémoire]. Bamako : USTTB; 2019.

51. Rohr S. Place de la colectomie totale et subtotale avec anastomose dans les cancers du côlon gauche en occlusion publié par l'association française de chirurgie dans son 103eme congrès.

52-Chen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Temporary decompression after colorectal surgery: randomized comparison of loop ileostomy and loop colostomy. *Br J Surg*. 2009 ; 8 :22-27.

- 53-ZONGO W S.** Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques des cancers coliques en occlusion aux CHUYO et CHUSS : à propos de 36 cas [thèse]. Ouagadougou : Université de Ouagadougou ; 2012. 120p
- 54-Michèle G, Giovanni M, Grazia MA, Frederica** Evaluation of clinicallaboratory and morphologicprognosticfactors incôlon cancer. Word Journal of Surgical Oncology. 2008; 6:98-101.
- 55-Claudia B, Loana BN, Ovidiu B et al.** Clinical and Pharmacokinetics Study of Oxaliplatin in côleon cancerPatients Gastrointestin 2009; 18:39-43.
- 56-Benmansour M, Ben charef Yassine, KohilAsma.**Cancer colique en occlusion au service de chirurgie générale « B » CHU de Tlemcen [mémoire] ; 2017
- 57-Paba, TMM Wade, B Diop et al.** Traitement en urgence des cancers du côleon en occlusion à l'hôpital régional de Thiès, Sénégal. J AFR CHIR DIGEST. 2017 ; VOL 17(2) : 2223 – 2227
- 58-BT Dembélé, A Traoré, A Togo et al.** Cancers du côleon en occlusion au chu Gabriel Touré. J AFR CHIR DIGEST. 2018 ; VOL 18(1) : 2296 – 2299
- 59. ELE N, OKIEMY G, LEBEAU R, NKOUA- MBON J.B, MBOMBI PANDI RI, MASSENGO R.** Le cancer du côleon gauche au CHU de Brazzaville : Résultats du traitement chirurgical. Mali Médical 2006.
- 60. Artru P.**Que place du traitement adjuvant après chirurgie ?Gastroenterol Clin Biol. 2007; 31:1S81-1S88
- 61. Esch A,CoriatRPerkinsG, BrezaultC, ChaussadeS.** Existe-t-il une alternative à la chimiothérapie adjuvante par FOLFOX dans les cancers coliques de stade III ? Presse Méd. 2012;41(1):51-7.
- 62.Tuech JJ,Pessaux P et Arnaud JP.**Cancers du côleon en occlusion. Principes de tactiques et de techniques opératoires.EncyclMédChir.Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 2001;40-575

- 63. Peschaud F, Alves A, Berdah S, Kianmanesh R, Laurent C, Mabrut JY, ET AL.** Indications de la laparoscopie en chirurgie générale et digestive, Recommandations factuelles de la Société Française de Chirurgie. *J. Chir (Paris)*. 2006;143(1):15-36.
- 64. Brachet D, Lermite E, Mucci-Hennekinne S, Arnaud JP.** Cancer du côlon en occlusion. *Encycl Méd Chir. Appareil digestif*; 2009:40-575.
- 65. Borie F, Herrero A.** Occlusion intestinale aiguë de l'adulte: traitement. *Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie*. 2009:9-044-A-11.
- 66. Parc Y, Frileux P, Dehni N, Ollivier JM, Tiret E et Parc R.** Réinterventions pour complications infectieuses intrapéritonéales postopératoires. *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales - Appareil digestif*. 2003:40-080, 24 p.
- 67. Jean-François Bretagne, Sylvain Manfredi, Denis Heresbach.** Dépistage de masse du cancer colorectal: présent et avenir. *La Presse Médicale*, V.36, Issues 7–8, 2007, Pages 1054-1063
- 68. VAN ROSSUM LG, VAN RIJN AF, LAHEIJ RJ, VAN OIJEN MG, FOCKENS P, VAN KRIEKEN HH ET AL.** Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. *Gastroenterology* 2008;135: 82-90.
- 69. Allison JE, Sakoda LC, Levin TR, Tucker JP, Tekawa IS, Cuff T ET AL.** Screening for colorectal neoplasms with new fecal occult blood tests: update on performance characteristics. *J Natl Cancer Inst* 2007 ; 99 : 1462-70.
- 70. Jean-François Bretagne.** Dépistage du cancer colorectal : il faut évoluer. *La Presse Médicale*, V.43, Issue 11, November 2014, Pages 1165-1167.
- 71. Seydou C. T,** Aspect Epidémiologique, Cliniques et Thérapeutiques du Cancer colo-rectal ; Thèse Med ; Bamako. 2010 ; 75 P ; N°...

Annexes

Fiche signalétique

Nom et Prénom : SISSOKO MORO

N° tel: 00223 78 33 81 35. **E-Mail :** morosissoko@Yahoo.fr

Titre : Prise en charge chirurgicale du cancer colorectal en occlusion dans le service de chirurgie « B » au CHU du Point G.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Objectifs :

- ❖ D'écrire les stratégies thérapeutiques du cancer colorectal en occlusion,
- ❖ Déterminer les résultats par rapport aux différentes stratégies,
- ❖ Analyser la morbidité et comorbidités liées aux différentes stratégies
- ❖ En perspective d'améliorer leur pronostic à court et moyen terme.

Méthodologie : Étude rétrospective et descriptive sur 13 ans de janvier 2007 à décembre 2019 ; incluant les malades opérés pour cancers colorectal (confirmés par l'histologie) en occlusion au service de chirurgie « B » du CHU du point G.

Résultats : Cinquante-six cas d'occlusions coliques et dix-sept cas d'occlusion rectale sur cancer ont été enregistrés, représentant respectivement 24,03% et 7,30% de cancer colorectal et 1,17% des hospitalisations. Le sex- ratio était de 1,7 en faveur des hommes. L'âge moyen était de 53,6 ans avec des extrêmes de 18 et 92 ans. Tous les patients (100%) ont été retrouvés en occlusion (douleur abdominale, arrêt des matières et de gaz, vomissements) ; 9 patients (12,33%) avaient une anémie. 52 patients (71,23%) étaient ASAIII. La tumeur siégeait sur le côlon sigmoïde dans 19(26,03%) cas, le Cœcum dans 8(10,96%) cas, le côlon transverse 3(4,11%) cas, l'angle colique droit 3(4,11%) cas, l'angle colique gauche 2 cas (2,74), Côlon descendant 4(5,48) cas, Rectum 17(23,29) cas. 30

patients (41,10%) étaient au stade III, 26 (35,61%) au stade IV. L'occlusion a été confirmée et levée en per opératoire chez tous les malades. Le traitement curatif (résection, curage ganglionnaire) a été réalisé chez 59(80,82%) patients, contre un traitement palliatif chez 14 patients (19,18%). L'adénocarcinome Lieberkühnien a été le type histologique le plus retrouvé avec 95,89% (70 cas), avec 3 (4,11%) cas de l'adénocarcinome colloïde. La morbidité a été de 21,92%(16 patients), il s'agissait essentiellement d'infection du site opératoire ; avec une mortalité de 1,37%. A 6 mois elle était de 25% (17 patients) et en cinq ans 79,5%(54 patients).

Conclusion : Les cancers colorectaux peuvent évoluer et entraîner une occlusion, majorant ainsi son pronostic. Ils ne sont pas rares dans notre pratique. La priorité est au rétablissement de la continuité colique.

Mots clés : Cancer colorectal, occlusion, prise en charge, chirurgie, Mali.

Fiche d'enquête

DONNEES ADMINISTRATIVES

N° du dossier/.....

Q1-année

Q2- Âge ... (Ans)

Q3- Sexe :/..... /

- 1- masculin 2- féminin

Q4- Ethnie :...../...../

- 1- Bambara 4- Sonrhäï 7- Malinké 10- Bozo
2- Peulh 5- Dogon 8- Senoufo 11- Autre
3- Bobo 6- Sarakolé 9- Mianka

Q5-a-autre à préciser.....

Q6- Nationalité :...../..... /

- 1- Malienne 2- non malienne

Q7- Profession :...../..... /

- 1- Fonctionnaire 4- Scolaire
2- Commerçant(e) 5- cultivateur
3- Ménagère 6- autre

Q8-a- Autre à préciser.....

Q9- Résidence...../...../

- 1- Kayes 3- Sikasso 5- Mopti 7- Gao 9-Taoudeni 11-Bamako
2- Koulikoro 4- Ségou 6-Tombouctou 8- Kidal 10-Menaka 12-non résidant au Mali

Q10-Niveau d'instruction : /.....

- 1- Illettré 2-Lettré : 2a-Primaire 2b-Secondaire 3a-supérieur

Q11- Mode de recrutement...../...../

- 1- Urgent 2- consultation ordinaire 3- autre

Q12-a- Autres à préciser.....

HISTOIRE

Q13- Motif de consultation...../...../

- 1- douleur abdominale 2-distension abdominale 3-1+2
4-vomissements 5- arrêt de matière et gaz 6- syndrome occlusif

Q14- Le malade a-t-il déjà fait une consultation ?...../...../

- 1- aucune 3- tradithérapie
- 2- médicale

Q15- Délai de consultationjours

ANTECEDENTS

Q16- Personnels médicaux...../...../

- 1- RCH 2- maladie de Crohn 3- Diabète
- 4- PAF 5- polypose juvénile familiale 6- HTA
- 7- sans particularité 8- Cancer

Q17- Personnels chirurgicaux...../...../

1-Laparotomie.....1a oui.....1b.non.....

2-Cause de la laparotomie /

Q18- Antécédents familiaux...../...../

- 1- Cancer digestive
- 2- maladies inflammatoires du colon
- 3- sans particularité

Q19- Mode de vie...../...../

- 1- Tabagique 2- Alcoolique 3- Alcool-tabagique 4- graisse animale
- 1- 1+4 6- 2+4 7- 3+4

LES DONNEES CLINIQUES

- **EXAMEN GENERAL**

Q20- Indice de Performance selon l'OMS...../...../.

- 1- Grade 0 ; 2-Grade 1 ; 3- Grade 2 ; 4- Grade 3 ; 5- Grade 4

Q21-Etat nutritionnel:...../...../

- 1- Grade 1 ; 2- Grade2 ; 3- Grade 3

Q22- Classification ASA...../...../

- 1-ASA 1 ; 2- ASA 2 ; 3- ASA 3 ; 4- ASA 4 ; 5- ASA 5

Signes généraux :..... /...../

- 1-Amaigrissement 2-Deshydratation 3-Anémie 4-Ictère

A. Locorégionales...../...../

B. Métastatiques...../...../

1-Ganglion de Troisier 2-adénopathies inguinales 3-pas d'adénopathie palpable

C- Percussion

Q35- Abdomen :...../...../

1-tympanisme 2-matité 3-signe du flot

D- Auscultation

Q36- Bruits Intestinaux...../...../

1- normaux 2- anormaux

• **Toucher pelvien**

Q37- TR / TV /...../

1- Normal 2- anormal

Q38-- Si anormale, à préciser...../

...../

• **EXAMENS PARACLINIQUE**

Q39-Taux d'hémoglobine :...../...../

Q40-Groupage rhésus...../...../

Q41-Type d'examens ou d'imageries réalisées/

1-Résultat...../...../

2- Signes radiologiques/...../

Q42- Diagnostique Retenu/...../

Q43- Mode de découverte de la tumeur/...../

1-En Per-op 2- Ou avant

Q44- A. Imageries d'évaluation réalisées...../...../

Résultats.....

.....

.....

B. Diagnostique retenu...../...../

1. Adénocarcinome du Rectum...../...../

2. Adénocarcinome du Colon...../...../

Q56-Type de traitement médicamenteux :..... //

1-médical 2-traditionnel 3-médical et traditionnel

Q57- Traitement...../...../

1- curatif 2- palliatif

Q58- Résection...../...../

1- oui 2- non

Q59- Type de résection...../...../

1- résection segmentaire 3- hémi colectomie droite
2- colectomie totale 4- hémi colectomie gauche 5- autres

Q60- Curage ganglionnaire..... /..... /

1. Oui 2 .Non

3. Si Oui précisé le type de curage...../...../

Q61-Après résection, anastomose...../...../

1- en un temps 2- en deux temps 3- en trois temps

Q62-Stomie :..... /...../

1-présente 2-absente

3- Type de Stomie : a- latérale b- Terminale

Q63- Stomie...../...../

1- Iléostomie 3-Hartmann
2- Bouilly Wolkman 4- Latérale 5- terminale

Q64- Caractère de la Stomie...../...../

1- temporaire 2- définitive

Q65-Si temporaire, rétablissement effectué ?..... /...../

1- oui 2- non

Q66- Si rétablissement effectué, délai de rétablissement...../...../

Q67-Dérivation interne...../...../

1-oui 2-non

Q67a-si oui, préciser le type...../...../

Q68-autre(s) geste(s) associé...../...../

Q69- Transfusion /..... /

1-oui 2- non

Q70- Réanimation postopératoire/...../

1- oui 2- non

Q71- Suites opératoires...../...../

- 1- simples 2- compliquées

Q72- Type de compliquées...../...../

- 1- suppuration pariétale 4- Nécrose Stomiale
2- fistule digestive 5- prolapsus Stomial
3- péritonite postopératoire 6- autre

Q73a- Décès...../...../

- 1. Oui 2.Non**

3. Si Oui date de décès...../...../

Q74-Durée de séjour.....

Q75- suivi(e)...../...../

- 1-oui 2-non

Q76- Suivi à 6 mois...../...../

- 1- vivant(e) 2- récidence 3-perdu(e) de vue 4-decedé(e)

Q77-Chimiothérapie...../...../

- 1-Oui 2-Non

Molécules :

Q78- Survie à 1 an...../...../

- 1- vivant(e) 2- décédé 3-perdu(e) de vue

Q79- Survie à 2ans...../...../

- 1- vivant (e) 2- décès 3-perdu(e) de vue

Q80- Survie à 5ans...../...../

- 1- vivant (e) 2- décès 3-perdu(e) de vue

Q81-Durée du séjour hospitalier :...../