




الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان -
Université Aboubakr Belkaïd- Tlemcen -
Faculté de MÉDECINE



Mémoire de fin d'études :

**CANCER COLIQUE EN OCCLUSION AU SERVICE DE CHIRURGIE
GENERALE « B » CHU DE TLEMCEN**

Auteurs :

-  Benmansour Mohammed.
-  Ben charef Yacine.
-  Kohil Asma.

ENCADRE PAR : PROFESSEUR BEREKSI.

Remerciements

En terminant notre mémoire de fin d'étude, il nous est agréable d'adresser nos vifs remerciements à tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin à élaborer cet ouvrage; Nous remercions en premier, DIEU, qui nous a donné la foi, le savoir et la patience pour accomplir nos études;

Nous remercions en particulier nos chers parents, toujours présents pour nous soutenir et nous encourager.

Nous tenons aussi à remercier notre encadreur: Professeur BEREKSI et le chef du service professeur KHARBOUCHE ainsi que l'ensemble du personnel médical et paramédical du service de la chirurgie générale « B » ainsi que tous les professeurs qui nous ont enseigné tout au long du cursus.

A la fin, nous tenons à remercier nos collègues d'étude particulièrement notre promotion...

1/INTRODUCTION- PROBLEMATIQUE.

-L'occlusion intestinale aigue se définit comme étant l'arrêt complet et persistant du transit intestinal. Elle constitue l'une des complications inaugurales la plus fréquente chez les patients atteints d'un cancer abdominal en phase avancée [23].

-Les occlusions coliques sont d'origine tumorale dans 60 à 70 % des cas.

-15 % diagnostiqués au stade d'occlusion aiguë.

- Le cancer colique en occlusion est une pathologie grave et sa prise en charge pose trois types de problèmes [42] :

- 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.

- En Algérie , en l'absence de moyen de dépistage, mais surtout devant la négligence de la symptomatologie inaugurale par le patient et parfois même par la profession médicale, le diagnostic de cancer colique est parfois posé au stade de complication, notamment l'occlusion intestinale aigue.

- Le cancer colique est fréquent en Occident où 8-29% des patients sont admis dans un tableau d'occlusion intestinale [13] qui constitue un facteur pronostique défavorable [54].

-En effet, DEEN, aux États-Unis [14] retrouvait 12,5% de cancers coliques occlus en 1998 dans une étude faite sur la prise en charge chirurgicale des cancers coliques gauches en occlusion. CHEN [10], en Chine, en 2000 notait 8,6% de cancers coliques occlus dans une étude menée sur les occlusions et perforation des adénocarcinomes colorectaux. En France, 70 %, des occlusions coliques sont dus au cancer, et 16 % des cancers colo-rectaux sont diagnostiqués au stade d'occlusion [35].

-En Afrique, les cancers coliques sont plus rares [18;19] mais la consultation tardive des patients contribue à une prévalence élevée des formes occlusives qui atteignent 49% pour certains auteurs [43].

- En Afrique du Nord, ROUICHED [46] au Maroc avait colligé 17 cas d'occlusion colique néoplasique sur une période de 6 ans. En Afrique Centrale, ELE [19] au Congo Brazzaville avait recensé 8 cas d'occlusion sur 27 cas de cancers coliques gauches opérés de janvier 1999 au 31 décembre 2004. En Afrique de l'Ouest, KOFFI [27] en Côte d'Ivoire avait recensé de janvier 2000 à septembre 2006, 21 cas de cancers coliques en occlusion. Au Burkina Faso, KALMOGO [26] avait rapporté de juin 1990 à décembre 1998, 23 cas de cancers coliques en occlusion ; aussi, dans l'étude menée par D. SANO [47], en 5 ans, 13 cas ont été colligés.

- L'occlusion représente la complication révélatrice ou évolutive la plus fréquente des cancers coliques, sa fréquence étant de l'ordre de 15 à 30% [1;13].

-Deux occlusions coliques aigues sur trois sont d'origine tumorale et siègent principalement entre le tiers gauche du transverse et la charnière recto- sigmoïdienne [35] ; plus du quart (28%) des

tumeurs sigmoïdes sont diagnostiquées au stade d'occlusion intestinale[35] .

-En France, 70 %, des occlusions coliques sont dues au cancer, et 16 % des cancers colo-rectaux sont diagnostiqués au stade d'occlusion [35].

- Le cancer colique est rare avant 50 ans. L'incidence augmente ensuite rapidement avec l'âge. L'augmentation du cancer colique pourrait être liée au vieillissement de la population. Le sex-ratio est de 1,5.

- Alors que pour les cancers du colon droit en occlusion il existe un consensus en faveur de la colectomie droite avec anastomose immédiate, pour la chirurgie des cancers du colon gauche, des controverses opposent les méthodes en plusieurs temps et celles en un temps.

-En Algérie , les cancers coliques en occlusion ont été peu étudiés ; c'est dans ce sens que nous entreprenons ce travail dans le but de dégager les aspects épidémiologiques, cliniques, et paracliniques des cancers coliques en occlusion dans le contexte algérien et de rapporter les résultats thérapeutiques. Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans (2006-2016).

- Après avoir défini les objectifs et rappelé les bases fondamentales nécessaires à la compréhension de cette pathologie, nous indiquerons notre méthodologie et présenterons nos résultats. Un commentaire et une discussion précéderont la conclusion, les suggestions et le résumé.

2/RAPPELS :

2-1-RAPPEL ANATOMIQUE DU COLON :

2-1-1/ANATOMIE GÉNÉRALE DU COLON:

Le côlon, ou gros intestin, est la portion de tube digestif comprise entre la valvule iléocæcale et le rectum.

Pour le chirurgien, il comporte principalement deux portions : le côlon droit (entre la valvule iléo-caecale et les 2/3 droits de l'anse transverse) vascularisé par les branches de l'artère mésentérique supérieure, et le côlon gauche (entre le tiers gauche de l'anse transverse et la jonction sigmoïdo-rectale) vascularisé par l'artère mésentérique inférieure.

On doit distinguer les segments coliques accolés (ascendant et descendant) des segments mobiles (transverse et sigmoïde) amarrés par un long méso libre.

Le mésocôlon transverse sépare la cavité abdominale en deux étages distincts, sus- et sous-mésocolique. Le mésosigmoïde isole le petit bassin.

2-1-1-1/Topographie et mesures:

On peut distinguer anatomiquement huit parties successives : le cæcum, le côlon ascendant, l'angle droit, le côlon transverse, l'angle gauche, le côlon descendant, le côlon iliaque et le côlon sigmoïde ou pelvien. L'ensemble de ces segments coliques se dispose en cadre dans la cavité abdominale (Fig. 1).

Le côlon droit comporte le cæcum, segment initial du côlon situé en dessous de l'abouchement iléal ; le côlon ascendant, relativement superficiel, qui remonte dans le flanc droit pour s'infléchir au niveau de l'angle droit (angle hépatique). Le côlon transverse barre l'abdomen que son méso partage en deux étages.

La portion droite du côlon transverse se positionne presque horizontalement le long de la grande courbure gastrique.

Le côlon transverse gauche s'enfonce en se dirigeant en haut dans l'hypocondre gauche. L'angle gauche (angle splénique) est profondément situé. Le côlon se recourbe alors vers le bas pour descendre dans le flanc gauche (côlon descendant). En regard de l'aile iliaque, il prend une direction oblique en dedans pour rejoindre le bord interne du muscle psoas (côlon iliaque). Il croise ainsi la fosse iliaque gauche. La portion terminale, pelvienne, du côlon gauche (anse sigmoïde) va, en décrivant une boucle à concavité inférieure, des vaisseaux iliaques gauches à la face antérieure de la troisième pièce sacrée.

La longueur du colon est d'environ 1,50 m. Son calibre diminue du caecum au colon sigmoïde et passe de 8 cm à 3 cm.

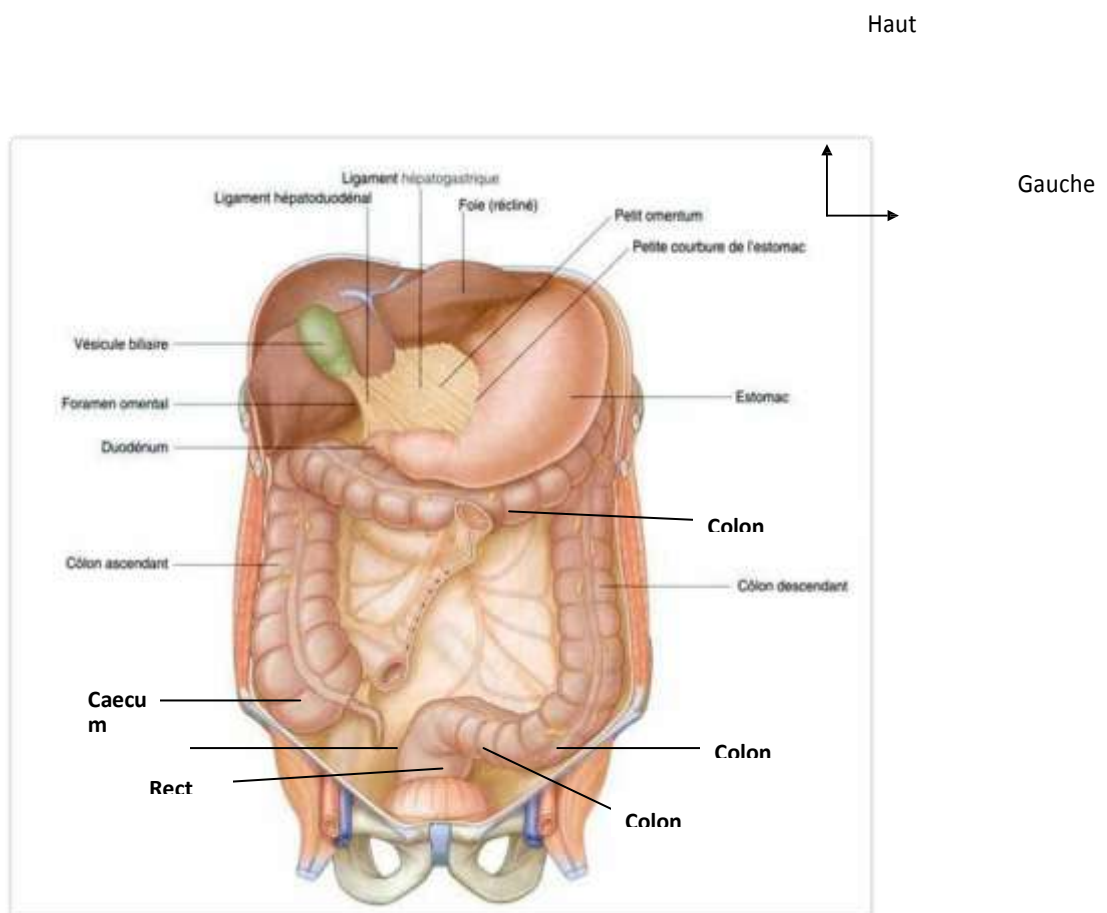


Figure 1 : anatomie générale du colon.

2-1-1-2 / Configuration du colon :

Le côlon se différencie en principe aisément de l'intestin grêle par son calibre plus important, son apparence bosselée et sa coloration plus pâle, gris bleuté.

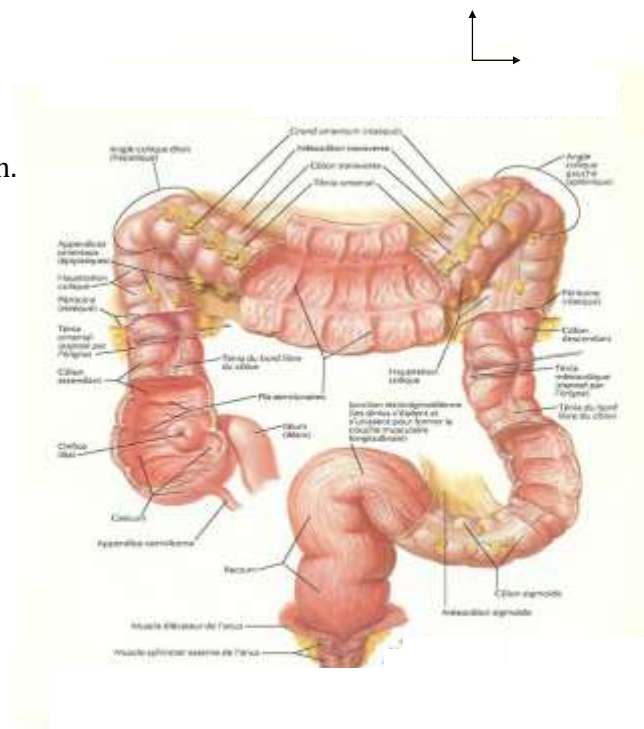
Les bosselures ou haustrations sont séparées par des étranglements qui font saillie dans la lumière sous la forme de plis semi-lunaires (cf Fig.2).

La surface colique est en outre parcourue par des bandelettes blanchâtres, condensation de la couche musculaire externe longitudinale d'environ 1 cm de large, qui le segmentent longitudinalement. Ces bandelettes ou ténias coliques sont au nombre de trois du cæcum au sigmoïde, l'une antérieure (sur le bord libre), les deux autres postéro-latérales. Au niveau du sigmoïde, les bandelettes se réduisent à deux, une antérieure, l'autre postérieure, pour disparaître un peu au-dessus de la jonction colorectale.

Au niveau des haustrations, la paroi colique est plus mince, la musculuse s'y trouvant réduite à la seule couche circulaire.

Outre le grand épiploon, des amas graisseux, les franges épiploïques, s'insèrent sur les portions droites et surtout gauches du côlon, de part et d'autre des bandelettes.

Figure 2: muqueuse et musculuse du colon.



2-1-2/ANATOMIE SEGMENTAIRE DU COLON:

2-1-2-1/Colon droit:

- Cæcum:

La portion initiale du côlon constitue une sorte de ballon bosselé, normalement accolé par sa face postérieure dans la fosse iliaque droite. Le grêle terminal auquel il fait suite s'abouche sur sa face interne (médiale) au niveau de la valvule iléocæcale (ostium iléal).

La paroi antérieure d'un cæcum en position normale, iliaque droite, répond aux muscles larges de l'abdomen, par l'intermédiaire le plus souvent du grand épiploon et parfois des anses grêles. Par l'intermédiaire du fascia d'accolement postérieur, le cæcum est en rapport avec le muscle psoas iliaque, l'uretère et les branches nerveuses qui descendent sur sa face antérieure : nerf crural (fémoral), nerf génitocrural et nerf fémorocutané (cutané latéral de la cuisse).

Le cæcum peut être totalement libre, mobile et exposé au risque de volvulus.

La situation du cæcum est très variable : en situation haute, il répond à la partie haute de la fosse iliaque droite ou même parfois à la région sous-hépatique. En situation basse, il se situe sous les vaisseaux iliaques droits, dans le pelvis. Dans quelques cas, il peut être basculé dans la fosse iliaque gauche.

- Côlon ascendant et angle droit:

De calibre moins large que le cæcum, relativement court (10 à 15 cm), le côlon ascendant a un trajet vertical, vers la face inférieure du foie droit. Il est légèrement oblique vers l'arrière, l'angle droit étant plus profond que le cæcum.

En avant, il est en rapport avec les anses grêles, l'épiploon et la paroi abdominale antérieure. Au bord interne, en haut, se poursuit souvent l'attache du grand épiploon.

Il est fixé en arrière dans le flanc droit par le fascia de Toldt droit. Par l'intermédiaire de celui-ci, il est en rapport avec la paroi musculaire postérieure (muscles psoas, carré des lombes), avec le plexus lombaire (lombal), le rein et l'uretère, les vaisseaux génitaux.

Pour le chirurgien, les rapports essentiels de l'angle droit sont postérieurs. Il est en effet fixé devant le bloc duodéno pancréatique et, par l'intermédiaire du fascia, il répond à la moitié inférieure du deuxième duodénum et de la partie droite de la tête pancréatique.

Au contact de la face inférieure du foie, le côlon se coude à angle aigu, en avant et en bas. La fixité de cet angle colique est assurée par l'accolement postérieur et les replis péritonéaux qui forment le ligament phrénicocolique droit. Ils peuvent se poursuivre en haut et en dedans vers la face inférieure du foie, la vésicule et le duodénum (ligament cysticoduodéno-colique).

- Côlon transverse:

Participant pour ses deux tiers initiaux du côlon droit, le côlon transverse est très variable dans sa longueur et sa topographie. Décrivant une courbe à concavité supérieure plus ou moins longue, il va de l'hypocondre droit à l'hypocondre gauche en suivant la grande courbure gastrique, l'angle gauche étant toujours plus haut et plus profond que le droit.

Le côlon transverse est très mobile, ses deux seuls points fixes étant les angles coliques, l'un et l'autre fixés au sommet des fascias d'accolement.

Il répond à droite, en avant à la vésicule biliaire et au foie, puis à la paroi abdominale antérieure par l'intermédiaire du grand épiploon. En arrière, il est en rapport avec le genu inferius, le troisième duodénum et le pancréas, dont il s'éloigne avec l'allongement rapide du mésocôlon libre.

Il va alors, en arrière, répondre à l'angle duodéno-jéjunal, puis sur ses deux tiers gauches, à la masse des anses jéjunales. En haut, le transverse gauche répond à la grande courbure gastrique puis au pôle inférieur de la rate dont il est séparé par le repli péritonéal du ligament phrénicocolique (ligament suspenseur de la rate).

2-1-2-2/Colon gauche:

- Angle gauche:

Haut situé, l'angle gauche est au niveau de la huitième côte. La courbure intestinale, très aiguë, se fait dans un plan sagittal : la partie initiale du côlon descendant est en arrière de la fin du transverse.

Comme le tiers gauche du transverse, l'angle gauche est donc situé profondément dans l'hypocondre gauche : la grande courbure gastrique est en avant.

En haut, il répond à la rate par l'intermédiaire du ligament phrénicocolique gauche, plus ou moins épais selon la morphologie. En arrière, la queue du pancréas peut être très proche, au dessus du rein gauche, seulement séparée par le fascia d'accolement.

- Côlon descendant et côlon iliaque:

Le côlon descendant va de l'hypocondre gauche à la crête iliaque. Il est de calibre plus petit que le côlon droit et le plus souvent porteur de nombreuses franges épiploïques.

Profondément appliqué sur la paroi abdominale postérieure, il descend verticalement en suivant le bord externe du rein puis celui du psoas.

Au niveau de la crête iliaque, le côlon change de direction et se dirige en dedans pour rejoindre le détroit supérieur au bord interne du psoas : c'est le segment iliaque du côlon toujours accolé à la paroi postérolatérale.

Comme à droite, les rapports postérieurs de ces segments accolés se font par l'intermédiaire du fascia et sont musculaires (paroi postérieure), nerveux (plexus lombaire, crural) et génitourinaires (uretère et vaisseaux génitaux). En avant et en dedans, le côlon est au contact des anses grêles. En dehors, il répond directement aux muscles larges de la paroi.

- Côlon sigmoïde:

Le côlon sigmoïde, ou côlon pelvien, forme une anse de longueur, de morphologie, de situation et donc de rapports très variables, presque toujours parsemée de franges épiploïques.

Habituellement mobile et long d'une quarantaine de centimètres chez l'adulte, il peut être court et presque fixé (indépendamment de tout phénomène pathologique), plaqué sur la paroi postéro-latérale gauche du pelvis. Sa portion initiale est toujours fixée de court au niveau du promontoire devant les vaisseaux iliaques gauches, à proximité de l'uretère.

L'anse sigmoïde décrit ensuite habituellement une large boucle dans le pelvis, descendant plus ou moins bas dans le cul-de-sac de Douglas entre, chez l'homme, rectum et vessie, sur laquelle elle s'étale plus ou moins, ou rectum et organes génitaux chez la femme. Elle atteint ainsi la paroi latérale droite du pelvis. Elle peut parfois avoir un trajet pelvi abdominal et aller jusqu'à la fosse iliaque droite. Elle est toujours en rapport direct en haut avec les anses intestinales.

2-1-3/VASCULARISATION DU COLON:

2-1-3-1/Artères:

Les artères du gros intestin proviennent des artères mésentériques supérieure et inférieure.

- Artère mésentérique supérieure (cf. Figure 3)

Elle irrigue le colon droit (cf. Figure 3). On distingue :

- l'artère colique ascendante, branche de l'artère iléocolique, qui vascularise la portion initiale du côlon ascendant, l'appendice et le cæcum par ses branches appendiculaires, cæcales antérieures et postérieures ;
- l'artère colique droite, ou artère de l'angle droit, qui remonte vers l'angle droit à la partie haute du fascia d'accolement ;
- une artère intermédiaire (inconstante) qui peut aller de la mésentérique supérieure vers la partie moyenne du côlon ascendant.
- l'artère colique moyenne (colica media) qui naît haut, directement de la mésentérique supérieure au bord inférieur du pancréas. Elle est courte et se dirige dans le mésocôlon transverse vers l'union tiers moyen-tiers gauche du côlon transverse. Elle est inconstante, présente dans environ 80 %.

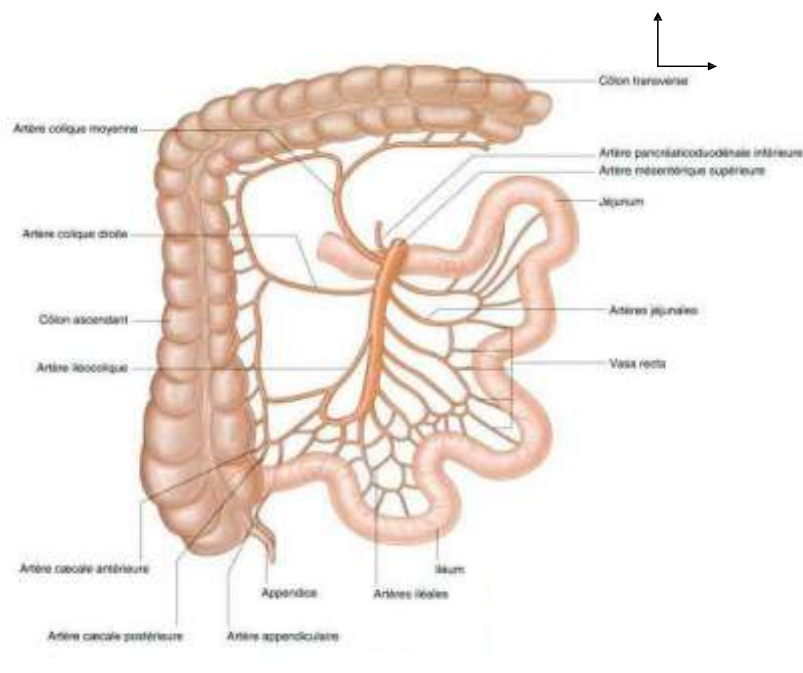


figure 3 : Artère mésentérique supérieure.

- Artère mésentérique inférieure (cf. Figure 4)

- Elle irrigue le colon gauche et donne (cf. Figure 4) :

- l'artère colique gauche (artère de l'angle gauche) qui naît de la mésentérique inférieure à 2 ou 3 cm de son origine aortique, derrière le duodéno pancréas. Elle gagne l'angle gauche par un trajet récurrent proche de la racine du mésocolon transverse gauche ;
- les artères sigmoïdiennes, au nombre de trois, qui peuvent naître d'un tronc commun, branche de la mésentérique, ou isolément à partir de celle-ci. Une origine commune artère colique gauche/tronc des sigmoïdes a été décrite. La disposition la plus habituelle serait, dans 66 % des cas, un tronc commun donnant une artère colique gauche et une artère sigmoïdienne associée à une seconde artère sigmoïdienne, la vascularisation du sigmoïde pouvant se faire à partir d'une artère unique (10 %), de deux artères (58 %), de trois (28%), ou de quatre (4 %).

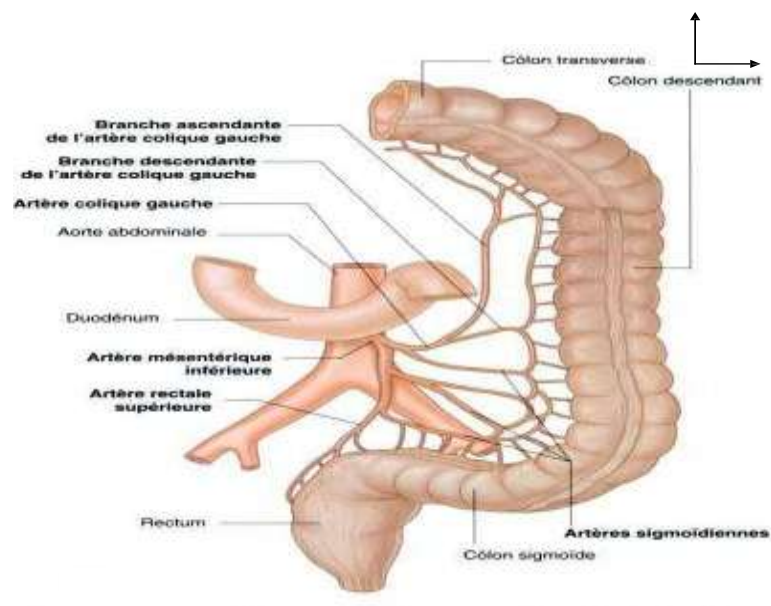


Figure 4: artère mésentérique inférieure.

- Arcade paracolique

A 2 ou 3 cm du bord interne du côlon, chaque artère colique se divise en T et s'anastomose avec les branches correspondantes des artères sus- et sous-jacentes. Ainsi se forme tout le long du cadre colique, du cæcum à la jonction rectosigmoïdienne, une arcade marginale, parfois dédoublée, notamment au niveau de l'angle droit ou du transverse. Cette arcade vasculaire paracolique ou arcade de Riolan relie les territoires mésentériques supérieur et inférieur et permet une suppléance artérielle suffisante sur tout le cadre colique en cas d'interruption d'un de ses piliers. L'arcade bordante serait absente dans 5 % des cas au niveau du côlon droit, l'anastomose côlon droit/côlon gauche étant constante. De l'arcade naissent les vaisseaux droits qui gagnent le bord interne du côlon.

Conséquences pratiques : lors de la ligature de l'artère mésentérique inférieure, le chirurgien devra prendre garde à respecter les branches nerveuses qui sont proches de son origine. Sauf intervention antérieure ou pathologie artérielle associée, la ligature à l'origine des pédicules artériels droits ou gauches en cas d'exérèse carcinologique réglée ne met pas en jeu la vascularisation du côlon restant.

2-1-3-2//Veines :(cf. Figure 5)

Le gros intestin est drainé par des veines mésentériques supérieure et inférieure.

- Veine mésentérique supérieure:

Elle assure le drainage veineux du colon droit grâce à ses affluents droits (cf.Figure 5). Les veines coliques droites suivent les axes artériels en les croisant par en avant pour se jeter dans la veine mésentérique supérieure à son bord droit.

La veine colique droite peut s'unir à la veine gastroépiploïque droite et la veine pancréaticoduodénale supérieure et antérieure pour former le tronc veineux gastrocolique (tronc de Henle).

Pour le chirurgien, ce tronc veineux relativement court chemine dans une condensation cellulo-graisseuse à la partie haute du fascia d'accolement colique, vers le bord droit du mésentère, juste sous la racine du mésocôlon transverse : il peut être d'identification et de contrôle malaisés lors de la ligature première des vaisseaux coliques droits dans les colectomies réglées pour cancer.

- Veine mésentérique inférieure:

Elle draine le colon gauche par ses affluents gauches (cf. Figure 5). Les veines coliques gauches suivent, comme à droite, les axes artériels correspondants. Le confluent des veines sigmoïdiennes constitue l'origine de la veine mésentérique inférieure. Celle-ci, en haut, se détache du tronc de l'artère mésentérique inférieure pour rejoindre l'artère colique gauche (formant ainsi l'arc vasculaire du mésocôlon gauche ou arc de Treitz). Elle s'en sépare pour, derrière le pancréas, se jeter dans la veine splénique et constituer le tronc splénomésaraïque.

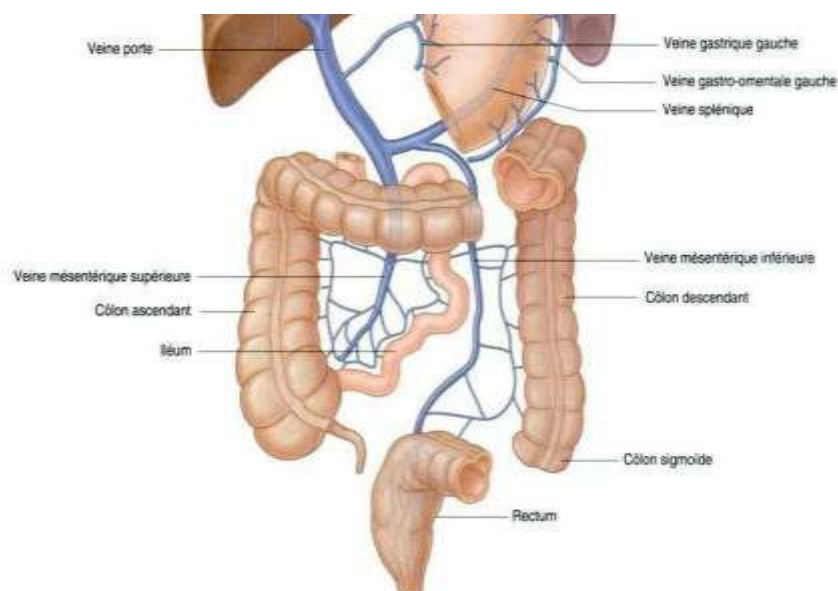


Figure 5 : Vascularisation veineuse.

2-1-3-3/Lymphatiques:

→Le colon droit se draine dans les lymphonoeuds mésentériques supérieurs.

Les lymphatiques coliques suivent les pédicules artérioveineux. Les ganglions (noeuds) lymphatiques se répartissent en cinq groupes :

- groupe épocolique, au contact de la paroi intestinale ;
- groupe paracolique, au contact de l'arcade bordante ;
- groupe intermédiaire, le long des pédicules ;
- groupe principal à l'origine des branches coliques sur l'artère mésentérique
- groupe central, périaorticocave, à la face postérieure de la tête pancréatique (confluent rétroportal).

→Le colon gauche se draine dans les lymphonoeuds mésentériques inférieurs.

Le groupe central mésentérique inférieur se situe à l'origine de l'artère, autour de l'aorte sous-mésocolique. Son extirpation implique la ligature « sur l'aorte » de l'artère mésentérique inférieure après libération et bascule du quatrième duodénum. Le drainage lymphatique du côlon transverse pose un problème au chirurgien car il s'effectue, soit vers les collecteurs droits, soit vers les collecteurs gauches, soit, lorsqu'il existe, le long du pédicule colique moyen (colica media), c'est-à-dire directement vers les collecteurs périaortiques rétropancréatiques qui sont inaccessibles à l'exérèse.

2-1-3-4//Innervation:

L'innervation autonome du côlon provient d'un réseau préaortique complexe, formé à partir de la chaîne prévertébrale abdominale qui reçoit des fibres parasympathiques du nerf pneumogastrique droit par l'intermédiaire des ganglions coeliaques, et des fibres sympathiques (orthosympathiques) du tronc latérovertébral (nerfs petits splanchniques).

Les ganglions forment deux plexus : le plexus mésentérique crânial (supérieur), destiné à l'innervation du côlon droit, est autour de l'origine de l'artère mésentérique supérieure. Ses fibres suivent les axes artériels. Les ganglions du plexus mésentérique inférieur, destiné au côlon gauche, sont groupés autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure. Entre les deux plexus se situe un riche réseau anastomotique : le plexus intermésentérique.

2-2 ANATOMIE PATHOLOGIQUE [30;33;52]:

L'examen histologique seul apporte la certitude de malignité ou de bénignité.

2-2-1/MACROSCOPIE [33]

Trois formes anatomiques sont classiquement décrites : les formes végétantes ou bourgeonnantes, les formes ulcéreuses et celles infiltrantes.

Il existe des formes mixtes: ulcéro-bourgeonnantes et ulcéro-infiltrantes.

2-2-2/HISTOLOGIE:

Les adénocarcinomes:

Il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome lieberkuhnien (80 %), fait de structures glandulaires (tubulaires, acineuses ou papillaires) qui peut être bien différencié, moyennement différencié ou peu différencié.

Dans 20 % des cas, l'adénocarcinome est dit mucineux ou colloïde muqueux en raison de la présence de plages étendues de mucus.

Les autres formes histologiques:

Il peut s'agir : de lymphomes malins non hodjkiniens, de sarcomes, de cancers épidermoïdes, de tumeurs carcinoïdes du colon.

*Extension des cancers coliques :

a) Extension pariétale et de voisinage:

Née de la muqueuse, la tumeur envahit successivement les autres couches de la paroi recto-colique jusqu'à la séreuse, puis les organes de voisinage.

b) Extension ganglionnaire:

La tumeur atteint les relais ganglionnaires successifs : les groupes paracoliques au contact de l'organe (ganglions proximaux), puis pédiculaires à la racine des pédicules vasculaires (ganglions distaux).

c) Extension métastatique:

L'extension métastatique se fait par voie hématogène. Il s'agit surtout de métastases hépatiques, puis viennent les localisations pulmonaires, osseuses, péritonéales et cérébrales.

*Classifications histo-pronostiques des cancers coliques :

a) Classification TNM:

– **Tumeur primitive :**

- * Tx La tumeur primitive ne peut être évaluée.
- * T0 Pas de tumeur décelable.
- * Tis Carcinome in situ.
- * T1 Tumeur envahissant la sous-muqueuse.
- * T2 Tumeur envahissant la musculature.
- * T3 Tumeur envahissant la sous-séreuse.
- * T4 Tumeur envahissant les organes de voisinage ou la séreuse.

– **Adénopathies régionales :**

- * Nx Les adénopathies régionales ne peuvent être évaluées (moins de 8 ganglions examinés).

* N0 Pas d'adénopathie métastatique.

* N1 1 à 3 adénopathies métastatiques.

* N2 4 ou plus adénopathies métastatiques.

– **Métastases à distance :**

* Mx Les métastases ne peuvent être évaluées.

* M0 Pas de métastases à distance.

* M1 Métastases à distance.

– **L'examen d'au moins 8 ganglions est nécessaire:**

Stade I : pT1-T2; N0; M0. Stade II :

pT3-T4; N0; M0.

Stade III : tous T; N1-N2; M0. Stade

IV : tous T et N; M1.

La lettre « p » précédant ces stades signifie que la stadification a été faite après examen anatomopathologique

b) Classification de Dukes [52] :

- Stade A : tumeurs limitées à la paroi ;
- Stade B : tumeurs étendues au-delà de la paroi mais sans envahissement ganglionnaire
- Stade C : tumeurs étendues au-delà de la paroi avec envahissement ganglionnaire quel que soit l'envahissement pariétal

c) Classification d'Astler-Coller [52] :

- Stade A : cancers limités à la muqueuse,
- Stade B1 : cancers s'étendant à la musculature mais limités à la paroi, sans extension ganglionnaires lymphatiques ;
- Stade B2 : cancers atteignant le tissu péricolique sans extension ganglionnaire lymphatique ;

Stade C1 : cancers s'étendant à la musculature avec extension ganglionnaire lymphatique.

Stade C2 : cancers atteignant le tissu péricolique, avec extension ganglionnaire.

2-3 PHYSIOPATHOLOGIE ET CONSEQUENCES DES CANCERS

COLIQUES EN OCCLUSION [20; 8] :

La dilatation intestinale en amont de l'obstacle entraîne d'abord un hyperpéristaltisme fait d'ondes de lutte puis l'intestin d'amont subit une distension par les gaz provenant de l'air dégluti et de la fermentation et par les sécrétions digestives (environ 5 litres/24 H). Le reflux du contenu digestif vers le haut et les vomissements limitent dans un premier temps cette hyperpression.

L'altération progressive de l'absorption entraîne une séquestration liquidienne dans l'intestin et la formation d'un troisième secteur à l'origine d'une hypovolémie efficace qui peut entraîner une insuffisance rénale fonctionnelle aggravée par les vomissements.

L'augmentation de la pression intraluminaire peut dépasser la pression capillaire et entraîner une ischémie de la paroi digestive qui favorise les translocations bactériennes et le risque de perforation digestive. Parfois, l'ischémie peut entraîner une acidose métabolique avec hyperkaliémie.

La distension abdominale peut retentir sur la mécanique diaphragmatique et altérer les mécanismes compensatoires en diminuant la fonction ventilatoire.

Si la valvule de Bauhin est continente, il se produit une distension caecale avec dilacération de la séreuse, stase veineuse et ischémie artériolaire pouvant aboutir à une perforation dite diastatique.

Lorsqu'elle est incontinente, il y a reflux des sécrétions coliques dans les anses grêles expliquant la tolérance clinique dans les occlusions basses.

2-4 DIAGNOSTIC POSITIF DES CANCERS COLIQUES EN

OCCLUSION :

Type de description : cancer du colon sigmoïde en occlusion

a) **Signes cliniques:**

➤ *Signes fonctionnels:*

L'occlusion proprement dite s'installe sur plusieurs jours

pour réaliser un tableau complet caractérisé par les signes cardinaux :

- La douleur : elle est progressive et s'aggrave en quelques jours sur un mode paroxystique ; à type de torsion ou de crampe. Elle débute à l'hypogastre, parcourt le cadre colique jusqu'à un point précis ou elle atteint son maximum d'emblée puis cède spontanément : c'est la colique de DUVAL. Elle est souvent d'intensité modérée.
- Les vomissements : ils sont tardifs. Ils sont d'abord alimentaires, puis bilieux et peuvent devenir fécaloïdes.
- L'arrêt du transit : maître symptôme, c'est le signe le plus significatif mais c'est la disparition des gaz qui a le plus de valeur sémiologique.
- Le météorisme abdominal : il est volontiers important.

➤ *Signes généraux :*

Les signes généraux sont variables. L'état général peut être conservé ou altéré avec un amaigrissement, de la fièvre mais rarement supérieure à 38 °C sauf en cas de choc septique associé.

Une pâleur cutanéomuqueuse traduisant une anémie est souvent observée ainsi que des signes de déshydratation, surtout lorsque les pertes liquidiennes sont importantes. Une baisse de la pression artérielle, une baisse de la diurèse avec accélération du pouls en cas d'état de choc associé.

➤ Signes physiques:

- à l'inspection, il y a le météorisme abdominal qui, au début, peut être localisé en cadre puis devient généralisé ; parfois, il est animé d'ondulations péristaltiques.
- à la palpation on peut noter une résistance élastique. Le caecum est parfois distendu, de résistance élastique : c'est le signe de BOUVERET.
- la percussion met en évidence un tympanisme.
- à l'auscultation, il peut y avoir une accentuation des bruits hydroaériques ou un silence.
- la vérification des orifices herniaires à la recherche de leur liberté permet de faire le diagnostic différentiel.
- au toucher rectal, l'ampoule rectale peut être vide mais on peut percevoir une tumeur prolapsée dans le rectum ou des fécalomes.

b) Signes paracliniques [37,21]

➤ Examens biologiques:

Les signes biologiques sont variables en fonction de la durée de l'évolution de l'occlusion et de la pathologie néoplasique causale.

Les anomalies suivantes peuvent être notées :

- une hémococoncentration ou une augmentation de l'urée sanguine et de la créatininémie (signes de déshydratation),
- une leucocytose traduisant l'ischémie ou la nécrose intestinale,
- une hypokaliémie, hyponatrémie, hypochlorémie et l'alcalose métabolique secondaires aux vomissements prolongés,

- une acidose métabolique par accumulation d'acide lactique suite à l'ischémie ou suite à la nécrose intestinale,
- une anémie de type hyposidérémique et ferriprive.

➤ Dosage des marqueurs tumoraux:

L'Antigène Carcino-Embryonnaire(ACE) est le plus souvent élevé en cas de cancer et garde son intérêt dans le suivi de l'évolution post-thérapeutique.

Le Carboxyhydrate Antigen (C.A19-9) est associé à la tumeur avec un taux de positivité de 30-50% dans les cancers colorectaux.

Le TAG 72 (Tumor Associated Glycoprotein) avec un taux de positivité de 43% en cas de cancer rectocolique surtout indiqué dans la surveillance post- thérapeutique.

➤ Radiographie de l'Abdomen Sans Préparation:

La radiographie de l'abdomen sans préparation est d'indication systématique. Une distension aérienne d'amont ou des niveaux hydroaériques coliques sont notés. La présence et/ou l'importance de ces niveaux hydroaériques sont fonction de la localisation tumorale et de la perméabilité de la valvule iléocœcale.

➤ Lavement opaque:

Le lavement se fait aux hydrosolubles et confirme l'occlusion colique, apprécie son caractère complet ou incomplet, précise le siège de l'obstacle.

Il permet d'évoquer son caractère néoplasique devant une image lacunaire de défilé excentré et irrégulier ou de sténose courte, lorsque le produit de contraste franchit l'obstacle.

➤ La tomographie abdominopelvienne:

Le diagnostic d'occlusion est posé devant la mise en évidence d'une distension localisée ou plus diffuse d'un segment digestif, avec la présence d'anses dilatées à plus de 50 mm pour le côlon associées à des anses digestives collabées ou d'apparence normale.

La tumeur se traduit par un épaississement irrégulier, asymétrique et sténosant de la paroi, se rehaussant de façon hétérogène après injection de produit de contraste.

➤ La rectosigmoïdoscopie ou la coloscopie:

La rectosigmoïdoscopie ou la coloscopie ne sont indiquées que devant l'incertitude diagnostique et à condition qu'il n'y ait pas d'urgence à intervenir. Elles sont nécessaires surtout pour la levée d'obstacle par pose de prothèse colique.

➤ L'Échographie abdomino-pelvienne:

L'Echographie abdominale est habituellement en défaut dans les

syndromes s'accompagnant de dilatation gazeuse intestinale du fait que les gaz ne laissent pas passer les ultrasons.

Elle est alors essentiellement réalisée dans le cadre du bilan d'extension tumorale en cas de cancer colique et est l'examen de choix pour le dépistage des métastases.

➤ La radiographie pulmonaire:

Le cliché thoracique reste l'examen de première intention dans la détection des métastases pulmonaires en raison de sa facilité de réalisation.

c/Formes cliniques [52]:

a) Formes topographiques:

➤ Cancer du caecum:

Il est rarement sténosant, souvent surinfecté; les signes révélateurs sont : des douleurs de la fosse iliaque droite, les hémorragies, une fièvre persistante, une occlusion à un stade tardif.

Le lavement aux hydrosolubles fait évoquer le diagnostic devant une image lacunaire irrégulière du bas fond caecal ou un mauvais remplissage du caecum.

Lorsque la valvule iléocœcale est intéressée, le tableau est celui d'une occlusion du grêle : le syndrome de Koenig.

➤ Cancer de l'angle colique droit:

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

L'envahissement des viscères voisins: duodénum, pédicule hépatique, rein droit, pancréas est fréquent. Il est rapidement sténosant.

➤ Cancer du colon transverse:

Il se présente comme une masse péri ou sus ombilicale et est rapidement sténosant, entraînant des troubles du transit de type occlusif. Il s'étend vers l'épiploon, le pancréas, l'estomac, dont l'envahissement peut entraîner une fistule gastrocolique.

➤ Les cancers de l'angle colique gauche :

Ils s'étendent rapidement vers la rate, la queue du pancréas, l'estomac, le grand épiploon, le rein gauche.

➤ Cancer du colon iliaque:

Il peut envahir l'uretère, la paroi abdominale. Le météorisme est très important, avec un ballonnement énorme, asymétrique en cas d'occlusion.

b) Formes symptomatiques:

Lorsque le cancer est infecté, il peut s'agir d'un tableau d'occlusion fébrile (hémoculture positive).

c) Formes évolutives:

En l'absence de traitement, l'évolution peut se faire vers une perforation colique.

Cette perforation peut se faire soit au niveau de la tumeur, soit à distance par distension, réalisant la perforation diastatique.

Les perforations diastatiques du cæcum ou du côlon droit sur occlusion négligée, entraînent toujours un tableau de péritonite généralisée avec pneumopéritoine, souvent asthénique chez le sujet âgé.

2-5 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL [37 ; 41] :

2-5-1 Maladie diverticulaire :

L'occlusion survient du fait de la constitution progressive d'une pseudotumeur inflammatoire au cours d'une poussée de diverticulite suppurée.

Les arguments en faveur de la maladie diverticulaire sont : la coexistence de diverticules, d'antécédents de diverticulose, d'épisodes sub-occlusifs préalables anciens avec une sténose au lavement opaque sans ulcération, longue, régulière, se raccordant à l'angle obtus avec la lumière colique normale.

Volvulus du côlon sigmoïde:

Il s'agit d'un sujet constipé chronique ; dans ses antécédents, on trouve la notion d'épisodes sub-occlusifs itératifs cédant par des lavements ou de sondes rectales. Il présente, lorsque l'occlusion est complète des douleurs abdominales basses avec absence de vomissements, parfois des nausées, un arrêt complet des matières et des gaz, avec signes rectaux (ténésme, pesanteur).

L'examen physique va noter :

- un météorisme très important (ballon de von Wahl) ;
- une masse abdominale rénitente, élastique ;
- un tympanisme;
- des orifices herniaires libres.

Au toucher rectal, on perçoit un Douglas tendu et douloureux.

L'ASP en position debout montre une anse sigmoïde dilatée sous forme d'un arc, dont chaque jambage est le siège d'un niveau hydroaérique (« NHA jumeaux »).

Le lavement opaque (aux hydrosolubles) montre l'obstacle et peut préciser sa nature en visualisant une spire de torsion (cône effilé sur la droite ou la gauche).

2-5-2 Autres causes d'occlusion coliques:

a) Autres causes d'occlusions mécaniques:

Une compression ou envahissement par des tumeurs de voisinage (cancers pelviens, cancers gastriques, carcinose péritonéale...), les tumeurs bénignes, les sténoses inflammatoires, les volumineux fécalomes peuvent également être responsables d'une occlusion intestinale.

b) Cause fonctionnelle:

Il s'agit essentiellement de la pseudo-occlusion colique aiguë, ou syndrome d'Ogilvie qui est une dilatation colique survenant sans obstruction mécanique sur un côlon antérieurement sain.

2-6 TRAITEMENT [11;32;49;50;51] :

2-6-1 Buts du traitement :

- 1/Corriger les perturbations de l'équilibre volémique, électrolytique et acido- basique ;
- 2/Lever l'obstacle ;
- 3/Réséquer la tumeur.
- Eviter les récives.

2-6-2 Les moyens:

2-6-2-1/Moyens médicaux:

➤ *Réanimation et préparation du patient*

Cette réanimation comprend : une aspiration digestive par sonde nasogastrique, la pose d'une sonde vésicale, ainsi qu'une voie de perfusion veineuse permettant une rééquilibration hydro électrolytique en fonction du bilan biologique, un traitement antalgique mineur et/ou antispasmodique et une antibioprofylaxie parentérale dirigée contre les germes aérobies et anaérobies.

L'administration d'antibiotiques au moins une demi-heure avant l'incision, diminue les complications pariétales immédiates et infectieuses abdominales, ainsi que la mortalité après chirurgie colique.

➤ *Médicaments anti cancéreux:*

▪Les anticorps monoclonaux :

Les anticorps monoclonaux sont des anticorps produits à partir d'un clone de cellule (d'où le terme monoclonal). Ces anticorps ont la capacité de repérer et de bloquer certains mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses.

Les différentes molécules sont : Bevacizumab (Avastin®), Cetuximab (Erbix®), Panitumumab (Vectibix®).

La Chimiothérapie :

La chimiothérapie peut être utilisée comme un traitement adjuvant après une colectomie radicale, pour réduire le risque de rechute et de décès ou palliatif devant des métastases non résécables.

Les différentes molécules utilisées sont : 5-Fluoro-Uracile (5FU) ; Capécitabine, 5FU en forme orale ; Tégafur uracile (UFT), dérivé du 5FU ; Irinotécan ; Oxaliplatine ; Raltitrexed.

Les protocoles de chimiothérapie utilisés sont:

Le 5FU modulé par l'acide folinique peut être administré selon 2 schémas classiques :

- le schéma FUFOL

Le schéma classique est le FUFOL de la Mayo-Clinic avec une dose faible (20 mg/m²) d'AF + 425mg/m² de surface corporelle du 5-FU.

L'administration se fait en bolus, 5 jours de suite, une fois par mois (début du cycle tous les 28 jours).

- le schéma LV5FU2

L'administration se fait en perfusion continue de 48 heures 2 fois par mois (début du cycle tous les 15 jours).

Les "nouvelles" molécules (oxaliplatine, et irinotécan) sont utilisées seules ou le plus souvent en association au LV5FU2 (FOLFOX, FOLFIRI) en situation métastatique.

2-6-2-2/Moyens instrumentaux:

➤ *Les lavements évacuateurs:*

Les lavements évacuateurs sont réalisés à l'aide d'une canule non obstruante, avec une faible pression de remplissage et se font par voie rectale. Le soluté utilisé peut être du sérum physiologique tiède avec adjonction de polyvidone iodée à 5%.

➤ *Les prothèses métalliques coliques:*

▪Matériels et techniques de pose

Toutes les prothèses coliques sont en métal, qu'il s'agisse d'acier ou de nitinol (mélange nickel-titane). Les différents types de prothèses disponibles sont: Stent Memotherm[®] colorectal ; Wallstent[®] entérale; Choostent[®] colorectal; et Colonic Z-Stent[®].

La technique de pose est relativement standardisée chez un patient en décubitus dorsal, le plus souvent sous anesthésie générale ou sous simple sédation.

La pose peut se faire sous contrôle radiologique exclusif, mais la tendance actuelle est de privilégier la voie endoscopique (associée à un contrôle radioscopique).

2-6-2-3/Moyens chirurgicaux:

En cas d'occlusion colique, le type de chirurgie en urgence dépend essentiellement du siège de l'occlusion.

➤ *La voie d'abord*

Après la réalisation d'une anesthésie générale avec intubation endotrachéale, la voie d'abord est habituellement une médiane sus et sous-ombilicale remontant haut dans l'épigastre (cancer du colon droit) ou aussi longue que nécessaire en bas, descendant jusqu'au pubis (cancer du colon gauche).

➤ *L'exploration du champ opératoire:*

Avant de procéder à la levée de l'obstacle ou à la résection carcinologique, l'opérateur s'assure de l'absence d'extension métastatique, de deuxième localisation tumorale sur le cadre colique et de perforation diastatique.

Les conditions d'extirpabilité de la tumeur sont évaluées également: volume, fixité de la lésion, adhérences au plan profond, adhérences ou envahissement des organes voisins.

➤ *Les différentes techniques chirurgicales:*

▪ **Chirurgie en un temps:**

Soit par :

- **La colectomie droite/ colectomie droite élargie à gauche :**

Il s'agit d'une résection iléocolique droite ou élargie à gauche avec anastomose iléocolique d'emblée.

- **La résection segmentaire tumorale avec lavage colique per- opératoire et réalisation d'une anastomose dans le même temps opératoire :**

Il peut s'agir d'une colectomie segmentaire gauche haute/basse ou d'une hémicolectomie gauche.

- **colectomie subtotale ou totale avec anastomose iléosigmoïdienne/rectale.**

▪ **Chirurgie en deux temps:**

:
Soit par :

- **La résection après colostomie de proche amont ou après iléostomie :**

La colostomie première de proche amont est réalisée sur une portion mobile du colon (colon transverse ou sigmoïde). Le côlon est extériorisé, et peut être soutenu par une baguette de verre. L'exérèse a lieu une dizaine de jours après la dérivation en emportant la zone de colostomie.

- **La résection d'emblée sans rétablissement immédiat de la continuité (intervention de Hartmann) :**

Elle associe une colectomie segmentaire à une fermeture du moignon rectal avec abouchement cutané du côlon gauche en stomie terminale. Le rétablissement a lieu 3 à 6 mois après la colectomie.

- **La résection d'emblée avec anastomose protégée :**

Après réalisation d'une résection colique associée à un lavage colique peropératoire, l'anastomose colorectale réalisée sur colon propre et plat est protégée par une colostomie.

▪ **la chirurgie en trois temps:**

Elle associe successivement :

- une colostomie transverse sur baguette réalisée par voie élective sous- costale,
- une colectomie segmentaire gauche basse (cancer du sigmoïde) ou segmentaire haute (cancer du colon descendant) sur un côlon ayant été préparé; elle 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.

▪ **La chirurgie palliative:**

Les différentes méthodes sont :

- Les dérivations internes:

Elles visent à rétablir le transit intestinal par une anastomose latéro-latérale court circuitant la tumeur. L'anastomose peut être iléo-transverse (iléo- transversostomie), iléo-sigmoïdienne (iléo-sigmoïdostomie), colo-colique (transverso-sigmoïdostomie) .

- Les dérivations externes ou stomies:

La stomie peut être définitive, il s'agit dans ce cas d'une prise en charge palliative.

2-6-2-4/Indications:

a) La réanimation

La réanimation est d'indication systématique et commence immédiatement en préopératoire dès que le diagnostic de l'occlusion est fait et se poursuit en per et postopératoire jusqu'à la reprise du transit.

b) Indications des prothèses coliques:

L'indication princeps de la pose d'une prothèse colique est la levée en urgence de l'obstacle tumoral. Par la suite, la prothèse est soit laissée en place, devenant ainsi le traitement définitif palliatif, soit réséquée secondairement avec la tumeur lors d'une chirurgie ultérieure élective, réglée, la prothèse étant simplement un «pont vers la chirurgie».

c) Indications des lavements évacuateurs:

Les lavements évacuateurs sont indiqués en l'absence de signes de gravité (syndrome septique, signes péritonéaux).

En cas de succès, on continue alors avec une préparation par voie basse à laquelle on associe une préparation colique par voie orale, prudente et progressive avant d'opérer « à froid » le patient ; dans le cas contraire, un geste chirurgical immédiat s'impose.

d) Indications chirurgicales devant un cancer colique en occlusion :

Le traitement des cancers du côlon droit et du côlon transverse en occlusion est bien codifié, par contre celui des cancers du côlon gauche est plus controversé.

➤ *Cancer colique droit ou transverse en occlusion*

Il est réalisé :

- ❖ soit une colectomie droite ou droite élargie à gauche (cancer du colon transverse) avec anastomose iléo-transverse dans le même temps.
- ❖ soit une intervention en deux temps avec réalisation de stomies première en canon de fusil (iléostomie ou colostomie transverse) en cas de péritonite; la résection carcinologique se fera dans un second temps.

➤ *Cancer du côlon gauche*


Il est réalisé :


- soit une chirurgie en un temps, lorsque l'état du patient le permet :

- par colectomie subtotale avec anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale en un temps.

Elle est indiquée lorsque l'exploration du champ opératoire a révélé une deuxième localisation tumorale, un côlon droit ischémié, voire nécrosé, ou la présence de dilacérations séreuses.

- Par la résection-anastomose en un temps avec lavage colique per opératoire et il peut s'agir :

-  d'une colectomie segmentaire basse gauche en cas de cancer sigmoïdien.

-  d'une colectomie segmentaire haute gauche en cas de cancer du colon descendant.

Cette technique est indiquée en l'absence de lésions du côlon gauche, de métastases ou de localisation multiple de la tumeur à l'exploration.

- soit une chirurgie en deux ou trois temps, lorsque l'état du patient ne peut supporter une intervention en un temps qui est trop longue.

- par l'intervention de Hartmann

Elle est indiquée en cas de cancer colique gauche perforé en péritonite.

- par une stomie de décharge par voie élective

Cette technique est indiquée chez des patients en mauvais état général ; permet juste de lever l'occlusion dans un premier temps puis ultérieurement procéder à la résection carcinologique.

- par une résection d'emblée de la tumeur avec anastomose protégée

La protection de l'anastomose n'est guidée que par des critères généraux (âge avancé, corticothérapie). En cas de doute sur la viabilité du côlon ou de sa vascularisation, ce type d'intervention est contre-indiqué.

➤ *Indications de la chirurgie palliative:*

La chirurgie palliative est motivée:

- par l'état du patient, ne lui permettant pas de subir une intervention lourde (sujet âgé, présentant des tares viscérales).
- par l'extension néoplasique: métastases viscérales multiples, carcinose péritonéale, envahissement loco régional (viscères, gros vaisseaux, os).

e) Indication de la chimiothérapie:

La conférence de consensus de 1998 recommande une chimiothérapie adjuvante de 6 mois par FUFOL, réalisée au stade C de Dukes chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication. Elle doit débiter dès que l'état du patient le permet, avant le 35^e jour post-opératoire. Il n'y a pas d'indication à prescrire de chimiothérapie adjuvante dans le stade B de Dukes.

Certaines biothérapies ciblées (anticorps monoclonaux) améliorent l'efficacité des chimiothérapies palliatives.

2-7 SURVEILLANCE-COMPLICATIONS-PRONOSTIC [11;37;48]:

2-7-1/La surveillance:

2-7-1-1/Surveillance et règles hygiéno-diététiques après pose de prothèse colique :

Un lavement aux hydrosolubles est le plus souvent réalisé le lendemain de la pose. Une fuite du produit de contraste est recherchée en cas de doute sur une perforation et la couverture de la tumeur par la prothèse est confirmée.

La reprise alimentaire se fait dans les 12 à 24 heures. Un régime alimentaire adapté (pauvre en résidus) et des laxatifs sont prescrits pour éviter l'obstruction du stent par les matières.

2-7-1-2/surveillance après résection curative:

La conférence de consensus française de 1998 propose la réalisation :

- d'un examen clinique tous les 3 mois, les 2 premières années, puis tous les 6 mois pendant 3 ans.
- d'une échographie abdominale recommandée tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans, puis tous les ans pendant 2 ans,
- d'une radiographie thoracique annuelle pendant 5 ans.
- d'une coloscopie à programmer au bout de 3 ans, à condition que l'exploration colique ait été complète, puis tous les 5 ans si elle est normale. En cas de découverte conjointe de trois adénomes ou plus, dont un de plus de 1 cm ou présentant un contingent villositaire, la coloscopie est à programmer un an après l'intervention.

La surveillance endoscopique après 75 ans n'est à poursuivre que si l'état clinique et l'espérance de vie le justifient.

2-7-2/Complications:

2-7-2-1/Complication liée à la pose de prothèse métallique :

On distingue les complications mineures cédant spontanément (des rectorragies minimes et des douleurs) et les complications sévères pouvant être létales (perforation, sténose, migration).

2-7-2-2 Complications

postopératoires :

Elles peuvent être :

- Liées à tout acte chirurgical comme la phlébite, l'embolie pulmonaire, l'hémorragie et l'infection.
- Propres à la chirurgie du colon : plaie de l'uretère, désunion de l'anastomose ou fistule (défaut de cicatrisation de l'anastomose), abcès de paroi, prolapsus stomial.

- Propres au terrain (diabète, artérite, insuffisance respiratoire, maladies cardiaques, insuffisance rénale...).

2-7-3/Pronostic:

L'occlusion est une variable pronostique péjorative dans les cancers coliques ainsi que l'existence d'une dissémination métastatique. Chez les patients sans diffusion métastatique, les facteurs histopronostiques déterminants sont le niveau d'invasion de la tumeur dans la paroi, l'extension ganglionnaire et le caractère radical ou non de l'exérèse.

Ces facteurs pronostiques sont indépendants. Ils conditionnent le risque ultérieur de récurrence locale et d'évolution métastatique.

2-8/PREVENTION DU CANCER COLIQUE [29]

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

2-8-1/PREVENTION 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.

2-8-2/PREVENTION 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

Il 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.

3. METHODOLOGIE.

3-1. OBJECTIFS :

3-1-1. OBJECTIF GENERAL :

Adopter une attitude thérapeutique chirurgicale standard vis-à-vis des cancers coliques en occlusion.

3-1-2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

1-Décrire le profil épidémiologique des patients ayant présenté un cancer colique en occlusion au service de chirurgie générale B CHU-Tlemcen .

2-Décrire les aspects cliniques et paracliniques des cancers coliques en occlusion au service de chirurgie générale B CHU-Tlemcen .

3-Rapporter les résultats du traitement des cancers du colon en occlusion au service de chirurgie générale B CHU-Tlemcen .

3-2 CADRE DE L'ETUDE :

-Le Centre Hospitalier Universitaire de tlemcen a été le cadre de notre étude, au service de chirurgie générale B.

3-3 MATERIELS ET PERIODE D'ETUDE :

3-3-1 Type et période d'étude :

-Il s'est agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée sur 10 ans, entre le 1er janvier2006 et le 31 décembre2016.

3-3-2 Critères d'inclusion :

-L'étude concernait tous les patients opérés pour cancer du colon en occlusion dans les services de chirurgie digestive et générale du CHU-TLEMEN du 1er JANVIER 2006 au 31 DECEMBRE 2016 avec :

- une preuve histologique du cancer .
- un compte rendu opératoire confirmant l'OIA par tumeur.

3-3-3 Critères de non inclusion :

-Étaient exclus de cette étude, les patients dont les dossiers médicaux et les comptes rendus opératoires étaient incomplets ou inexploitable.

3-3-4 Sources de données :

-Les données épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques ont été relevées sur une fiche d'enquête pour les patients inclus dans l'étude à partir :

- des registres d'hospitalisation et de comptes rendus opératoires des services de chirurgie générale et viscérale de CHU-TLEMEN.
- des dossiers cliniques des patients.

3-3-5 Variables étudiées :

-Les données ont été étudiées selon trois volets, à savoir : le volet épidémiologique, le volet clinique et para clinique, le volet thérapeutique .

- ✓ Les données épidémiologiques : les variables prises en compte ont été la fréquence, l'âge, le sexe,
- ✓ Les données cliniques et para cliniques : il s'agissait du motif de consultation, des signes généraux, physiques et paracliniques (le type histologique , présence de métastases).
- ✓ Les données thérapeutiques : ces données ont concerné les modalités de la prise en charge, les moyens thérapeutiques, les indications .

3-3-6 Analyse des données:

- Les données recueillies lors de la collecte ont été analysées grâce au logiciel Epi Info dans sa version 3.5.1.
- Les tableaux et graphiques ont été élaborés grâce au logiciel Microsoft Office Excel 2007

4- RÉSULTATS.

4-1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

4-1-1. Fréquence :

Du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2016, 98 cas de KC colique ont été diagnostiqués dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-TLEMCEM dont 36 cas en occlusion intestinale aiguë, représentant ainsi une fréquence de 34.7%.

4-1-2. Age :

La répartition des patients en fonction des tranches d'âge a été représentée par le tableau 1.

Tableau 1 : répartition des patients en fonction des tranches d'âge.

]20-30]]30-40]]40-50]]50-60]]60-70]]70-80]]80-90]
2006	00	01	00	01	01	01	01
2007	00	00	00	02	00	01	00
2008	00	01	00	01	01	00	00
2009	00	00	00	01	00	00	00
2010	00	00	00	01	00	00	00
2011	00	00	00	00	01	00	01
2012	00	00	00	03	01	00	00
2013	00	00	00	02	01	00	00
2014	00	00	01	01	00	02	00
2015	00	00	00	00	02	00	00
2016	00	00	01	01	03	00	01

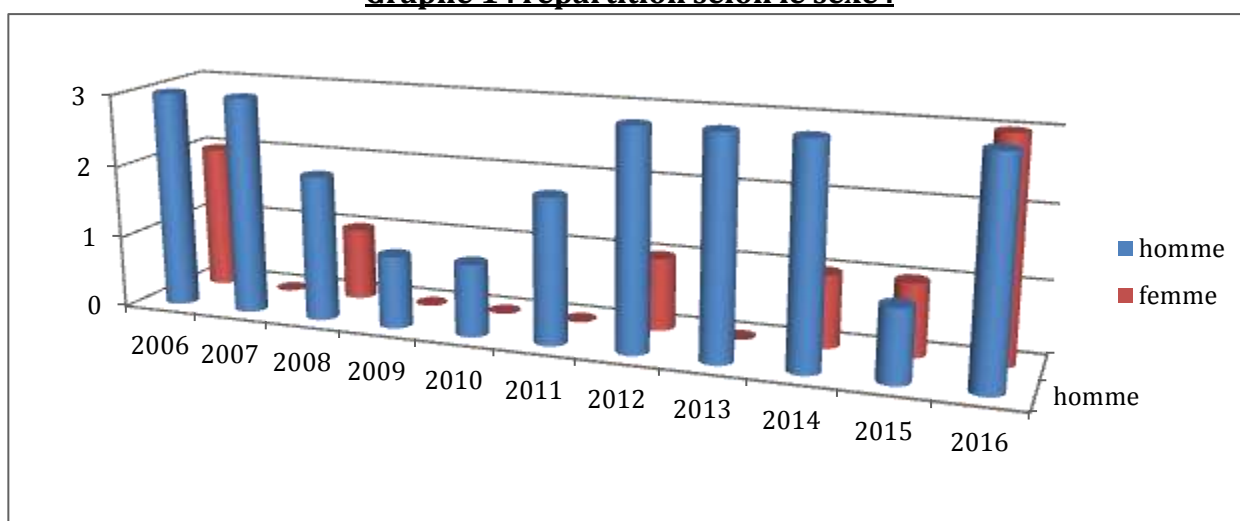
La moyenne d'âge des patients était de **61,17 ans** avec des extrêmes de **20et 90 ans**

4-1-3. Sexe :

Tableau 2 : répartition des patients en fonction du sexe.

	Homme	Femme
2006	03	02
2007	03	00
2008	02	01
2009	01	00
2010	01	00
2011	02	00
2012	03	01
2013	03	00
2014	03	01
2015	01	01
2016	03	03

Graphe 1 : répartition selon le sexe .



-Nous avons enregistré **25 hommes** et **09 femmes**. Le sex-ratio a été de 2,7.

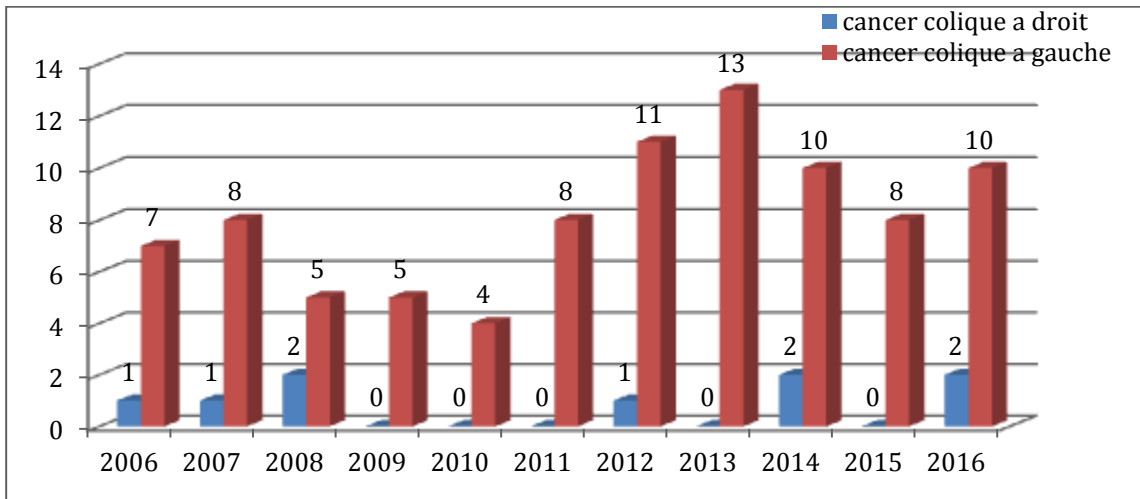
4-1-4. localisation :

1/ Les résultats selon la localisation gauche ou droite

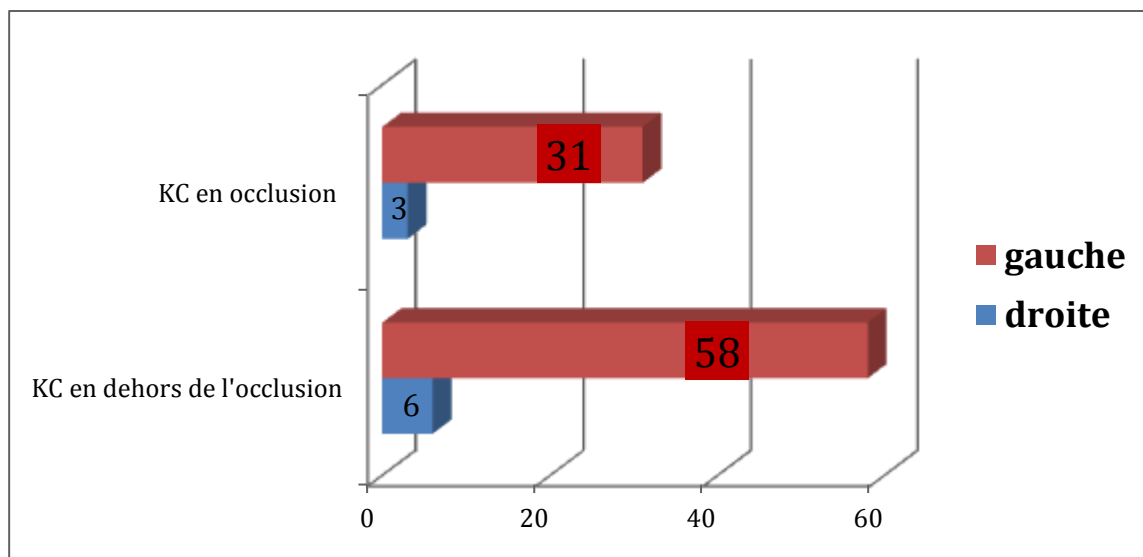
Tableau 3: selon la localisation (droite ou gauche).

Années	Cancer du colon en dehors de l'occlusion		Cancer colique en occlusion		Cancer du colon		
	A droite	A gauche	A droite	A gauche	A droite	A gauche	total
2006	01	02	00	05	01	07	08
2007	01	05	00	03	01	08	09
2008	01	03	01	02	02	05	07
2009	00	04	00	01	00	05	05
2010	00	03	00	01	00	04	04
2011	00	06	00	02	00	08	08
2012	01	07	00	04	01	11	12
2013	00	10	00	03	00	13	13
2014	01	07	01	03	02	10	12
2015	00	06	00	02	00	08	08
2016	01	05	01	05	02	10	12
Total	06	58	03	31	09	89	98

Graphe 2 : selon la localisation (droite ou gauche).



Graphe 3 :selon l'occlusion ou pas.



2/ Les résultats selon la localisation segmentaire :

Graphe 4 : localisation segmentaire.

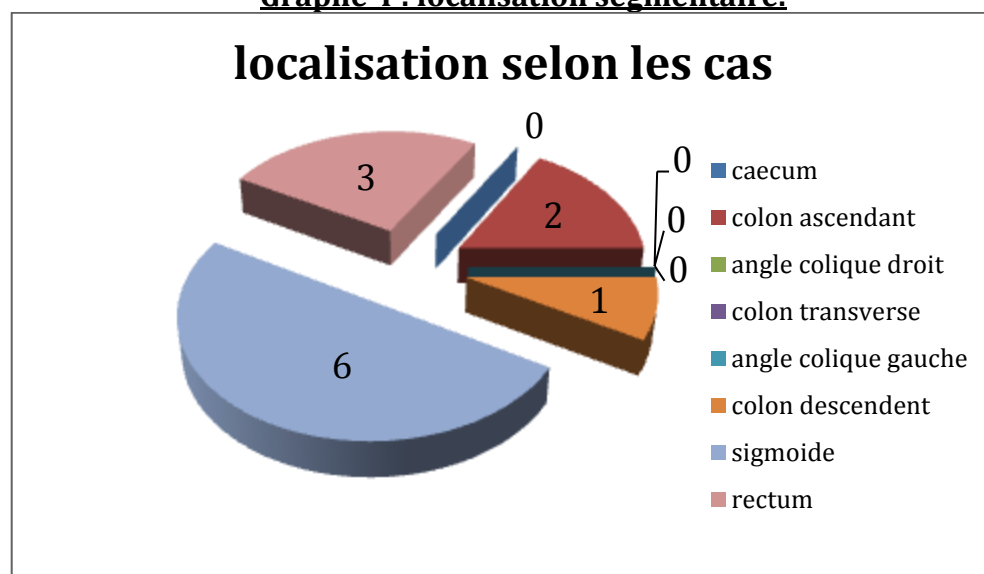


Tableau4 : localisation segmentaire.

	2014	2015	2016
caecum	00	00	00
Colon ascendant	01	00	01
Angle colique droit	00	00	00
Colon transverse	00	00	00
Angle colique gauche	00	00	00
Colon descendant	00	00	01
Sigmoïde	02	01	03
Rectum	01	01	01
Total	04	02	06

4-2 ASPECT CLINIQUE ET PARACLINIQUE :

4-2-1. Motif de consultation :

-La fréquence de motif de consultation(années 2014/2015/2016)a été résumée dans le tableau 5 et les graphes 5 et 6.

Tableau 5 :motif de consultation.

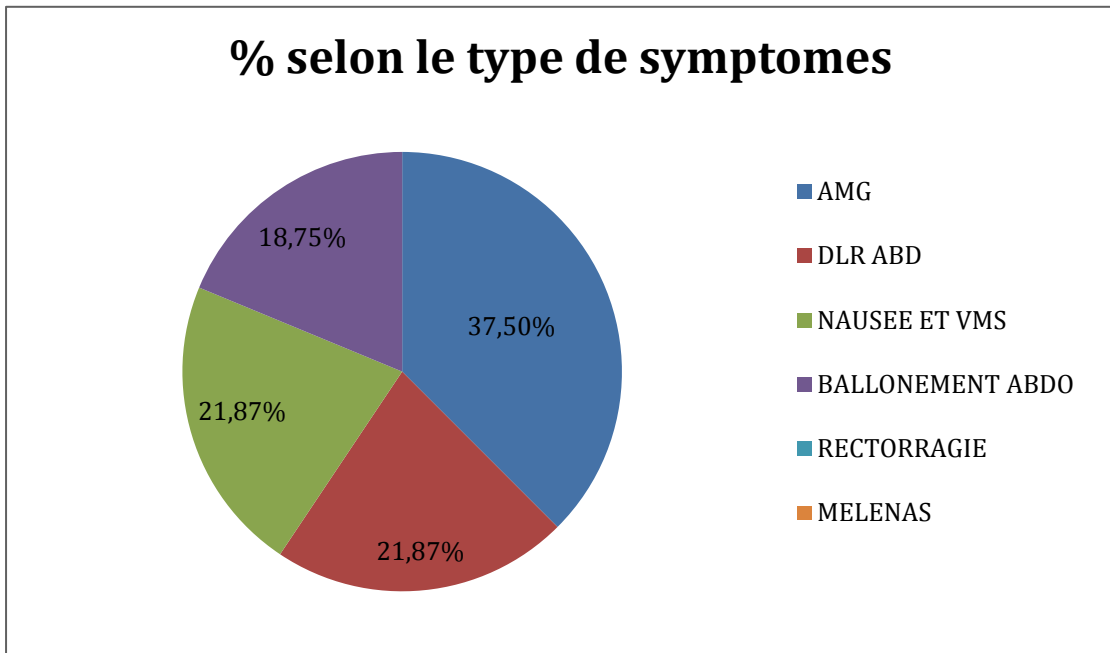
	2014				2015		2016					
	1p	2p	3p	4p	1p	2p	1p	2p	3p	4p	5p	6p
AMG	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
mélénas	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Rectorragie	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Douleur abdominale	01	01	01	00	01	00	01	01	00	01	00	00
Nausée et vomissement	01	01	01	00	01	00	01	01	00	01	00	00
Ballonnement abdominal	01	00	01	00	01	00	01	01	00	01	00	00

00=absent

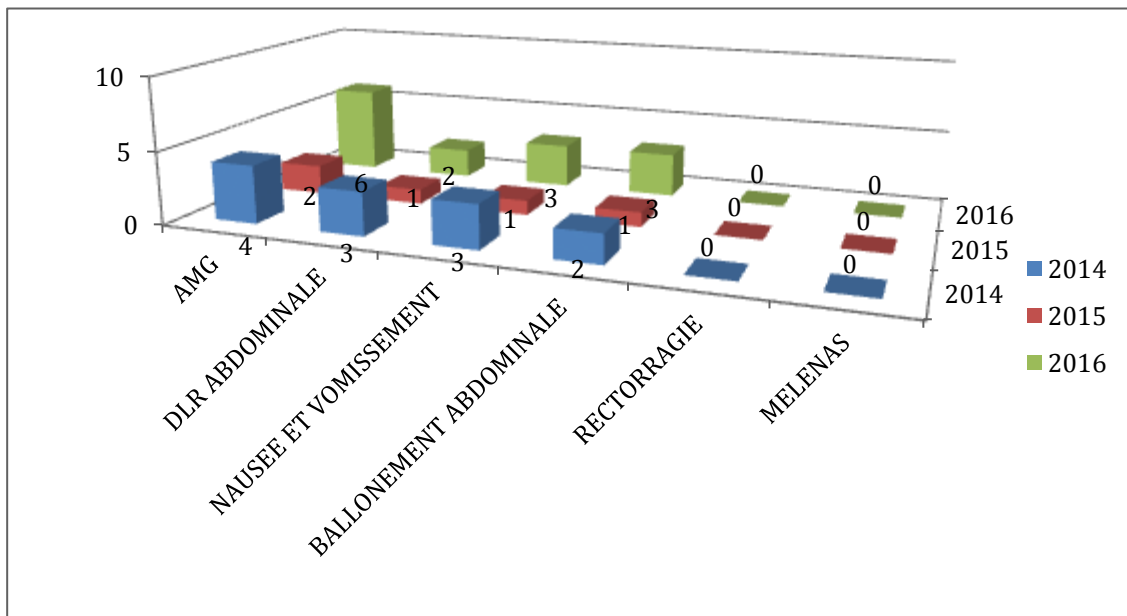
01=présent

P =patient

Graphe 5 :fréquence des symptômes.



graphe 6:répartition selon les symptômes .



4-2-2 EXAMENS PARACLINIQUES :

4-2-2-1 Examen anatomo-pathologique :

a) Macroscopie :

La répartition des tumeurs malignes selon la macroscopie a été illustrée par le tableau 6.

Macroscopie	Nombre de cas
Bourgeonnant	17
Ulcéro-bourgeonnant	6
Ulcéro-infiltrant	5
Infiltrant	4
Total	34

Tableau 6 :répartition des tumeurs malignes.

N.B :La forme bourgeonnante était retrouvée avec un effectif 17 cas.

b) Histologie :

-La répartition des tumeurs malignes selon le type histologique a été illustrée par le tableau 7.

Tableau 7 : type histologique.

	2014	2015	2016
Adénocarcinome liberkhunien	03	02	06
Colloïde mucineux	00	00	00
Carcinome médullaire	00	00	00
Adénocarcinome à cellules en bague a chaton	00	00	00
lymphome	00	00	00
sarcome	00	00	00
Non précisé	01	00	00

-Les adénocarcinomes étaient les types histologiques les plus représentés avec un effectif 11 cas sur 12.

II.3.3.2. métastases:

Graphe 7 : nombre de métastases .

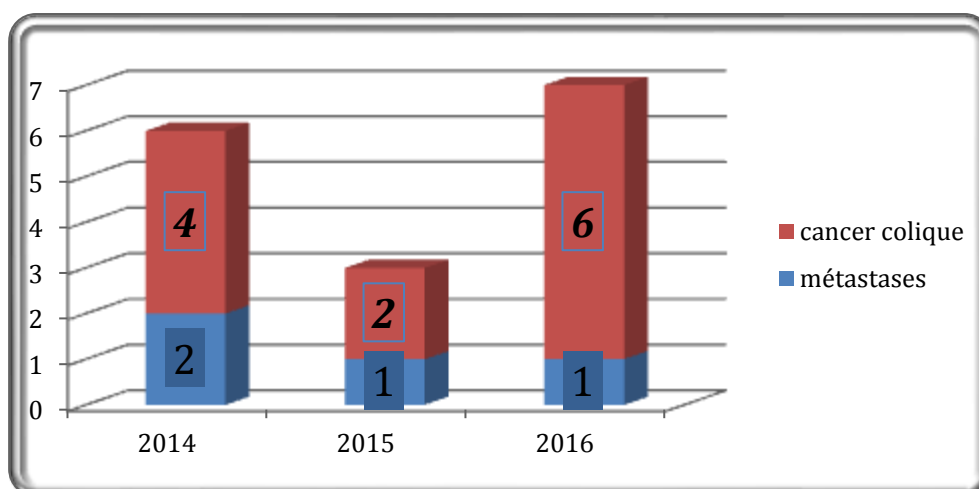


Tableau 8 : localisation des métastases :

	2014	2015	2016
Métastase osseuse	01	00	00
Métastase hépatique	00	01	01
Carcinose péritonéale	01	00	00
Autre localisation	00	00	00
	02/04	01/02	01/06

II.3.4.TRAITEMENT :

II.3.5.1.traitement chirurgical :

Graphe 8 :type d'intervention.

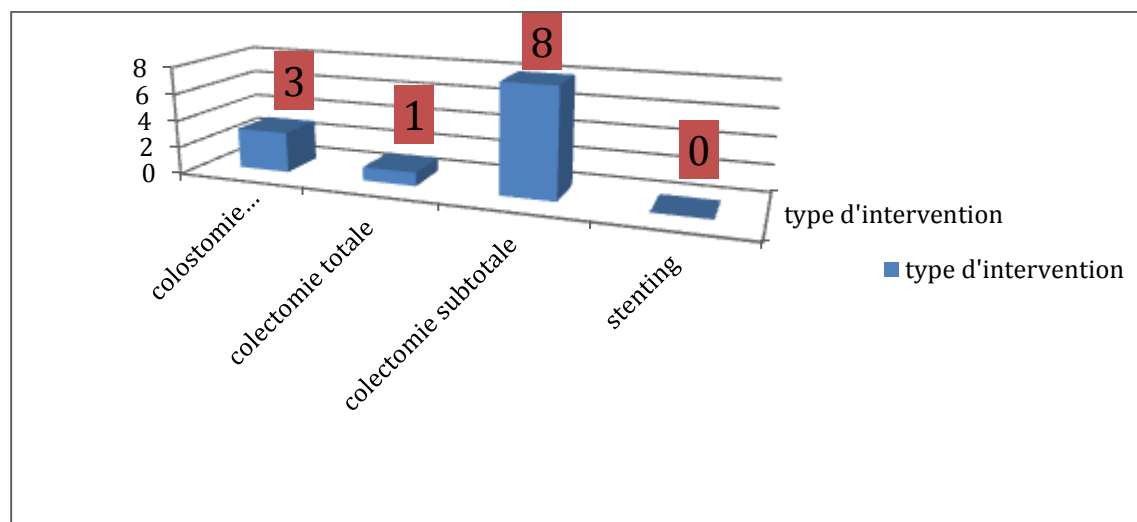


Tableau 9 : type d'intervention.

	2014	2015	2016
Colostomie de proche amont	01	00	02
Colectomie totale	01	00	00
Colectomie subtotale	02	02	04
Stenting	00	00	00

Tableau 10 : Le taux de rétablissement de la continuité digestive.

INTERVENTION CHIRURGICALE	N
COLOSTOMIE PROCHE AMONT	2/3
COLECTOMIE SUBTOTALE	6/8

5- DISCUSSIONS.

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, par ailleurs certains résultats d'examen paracliniques n'ont pas été consignés.
- L'insuffisance dans le suivi post opératoire des patients a limité la collecte des paramètres sur l'évolution.
- En dépit de ces difficultés, nous avons pu colliger 12 dossiers complets.

5.2 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

5.2.1. FREQUENCE :

- Au cours de l'étude nous avons colligé 34 cas de cancer colique en occlusion dans le services de chirurgie générale et digestive du CHU-TLEMEN EN 10 ans, soit une fréquence de 3.4 cas/an.
Nos résultats sont supérieurs à ceux faites au Burkina Faso.
- En effet, KALMOGO [26] en 09 ans avait colligé 17 cas, soit une fréquence de 1,88 cas/an et D. SANO [47] avait rapporté en 05 ans, 13 cas soit une fréquence annuelle de 2,6.
- Notre fréquence se rapproche de celle de RAVELOSON [43] à Madagascar qui a rapporté une fréquence de 4,68 cas/an à intervalle d'année d'étude égale au nôtre.
 - Elle est inférieure à celle de DIMITRIOS [16] au États-Unis qui en 02 ans d'étude retrouvait une fréquence annuelle de 10 et de celle de LAW [31] en Angleterre retrouvait en 06 ans une fréquence de 10,16 cas/an.
- Par ailleurs HENNEKINNE-MUCCI [25] en France, avait en 16 ans retrouvé une fréquence annuelle de 9,75 cas.
- Cette fréquence élevée serait due aux changements socio-économiques avec introduction de régimes alimentaires hypercarnés et aux retards diagnostiques imputables au long délai avant la consultation.

5.2.2.AGE :

- La moyenne d'âge des patients de notre étude était de 61.17 ans avec des extrêmes de 20 et 90 ans; Cette moyenne est proche de celle trouvée par K.BOUKROUH(60) a Alger [55] , supérieure à celle de la littérature en Afrique, notamment avec D. SANO (44,53 ans) au Burkina Faso [47] ; KOUADIO (40,6 ans) [28] ; KOFFI (56,4 ans) en Côte d'Ivoire [27];ROUICHED au Maroc [46] retrouvait un âge moyen de 56 ans.
- Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés dans les pays développés. Ainsi, en France, RAULT [42] retrouvait un âge moyen de 69 ans et HENNEKINNE-MUCCI, 74,9 ans [25].
- Les séries africaine et algérienne en particulier ont une moyenne d'âge relativement jeune, ce qui pourrait s'expliquer par l'espérance de vie dans nos régions qui était en 2014 de 74,81 ans en algérie (wikipédia).
- En outre, la population générale est le plus souvent jeune. En effet, la tranche d'âge de 0 à 14 ans représentait 28.1% et celle de 15-65 ans représentait 66.8% de la population générale en Algérie 2012.

5.2.3. SEXE :

- Nous avons noté une prédominance masculine (25H/9F) avec un sex-ratio de 2,7. Nos résultats sont supérieurs à ceux de ROUICHED [46] au Maroc et KOUADIO [28] en Côte d'Ivoire qui ont trouvé respectivement 1,43 et 1,33 mais comparables a ceux de KOFFI [27] qui rapportait un sex-ratio de 2,5 et ceux de BOUKROUH[55] qui retrouvait un sex-ratio de 3 mais loin de celui de burkina faso qui rapportait un sex-ratio de 1.44.
- Ces résultats diffèrent de ceux de RAULT [42] en France et RAVELOSON [43] à Madagascar qui ont retrouvé une prédominance féminine avec un sex-ratio respectif de 0,31 et 0,94.
- Il n'y a pas en apparence d'explication à ces variations qui pourraient être attribuées au hasard.

5.2.3. LOCALISATION :

- la localisation du cancer était à gauche chez 89 sur 98 cas.
- le cancer responsable de l'occlusion se situait à gauche chez 31 sur 34 cas.

- dans les années (2014/2015/2016) 6 cas sur 12 siégeaient sur le sigmoïde et 2 cas sur le colon ascendant, 1 sur le colon descendant et en fin 3 cas sur le rectum.
- ceci est du a la dilatation du colon droit lors des obstacles siègent a son niveau ce qui permet d'éviter l'occlusion.
- cette dilatation est limitée au niveau du colon gauche c'est pour cette raison qu'on aurait beaucoup plus d'occlusion a ce niveau.

5.3. CLINIQUE :

5.3.1. MOTIF DE CONSULTATION :

- Dans notre série, le carré occlusif a été retrouvé dans 19 cas sur 34.
- Ce résultat diffère de celui de D.SANO [47] qui retrouvait un carré occlusif dans 7 cas sur 13.
- Dans l'étude menée par RAULT [42], le carré occlusif était présent chez la totalité des patients et chez TOHMÉ [49] au Liban, il était présent chez 63 patients sur 67.

- **ANTECEDENTS :**

- Deux de nos patients avaient des antécédents de cancers coliques opérés et un autre, de cancer colorectal familial.
- Près de 80 % des récurrences tumorales surviennent dans les 02 ans suivant l'intervention, et 90 % dans les 03 ans [52]. Elles sont d'autant plus précoces que le stade initial est avancé [52].
- Ce type de patients se présentant pour une complication occlusive de leur maladie tumorale ne seraient suivis pour aucun terrain prédisposant ou n'auraient pas bénéficié d'un suivi post opératoire régulier et durable. Si cela avait été le cas, la surveillance armée dont ils auraient bénéficiée aurait permis le diagnostic à un stade précoce et éviter les récurrences tumorales ainsi que les complications.

- **mode de vie :**

- Sur les trente quatre patients, 02 avaient des antécédents de tabagisme et d'éthylisme. La consommation d'alcool est associée à un risque relatif de 1,2 de cancer colorectal dès 40 g/jour [6].
- Le tabagisme est associé à une augmentation du risque et de la mortalité par cancer colorectal au-delà de 20 paquets-année. Ce risque disparaît après arrêt

du tabagisme [6;9].

- **Symptomatologie initiale en dehors de l'accident**

- **occlusif:**

- Le délai d'apparition de cette symptomatologie était en moyenne de 174 jours (environ 5,8mois) avec des extrêmes de 03 jours et 02 ans.

Ce résultat diffère de celui de MOUEFFEQ [39] au Maroc et de TRAORÉ au Mali [50] qui retrouvaient un même délai moyen de 11 mois.

- Cette différence pourrait être attribuée au fait que la durée d'évolution de la maladie est une donnée subjective évoquée par le malade lui-même.

- Cette symptomatologie était faite de douleurs abdominales chez 07 patients, de troubles du transit chez 03; 07 patients avaient en plus des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements , 06 avaient des antécédents de ballonnement abdominale,

- D.SANO [47] retrouvait des troubles du transit à type de diarrhée, constipation ou d'alternance diarrhée-constipation chez tous les patients (13 cas).

- Dans l'étude menée par RAVELOSON [43], la symptomatologie initiale était dominée par les troubles du transit et la douleur abdominale.

- TOHMÉ [49] notait dans 14 cas un ou plusieurs épisodes de rectorragie dans les semaines qui ont précédé l'hospitalisation.

- Ces signes annonciateurs auraient du être considérés par le patient ou son médecin traitant comme des signes d'alerte.

- Cela aurait permis de faire le diagnostic précoce et donc d'éviter les complications.

- Onze patients sur les 19 avaient consulté lorsque la symptomatologie initiale était présente et chez 02, la consultation était spécialisée.

- Cet état de fait serait lié à la banalisation de la symptomatologie, à l'absence d'éducation sanitaire,

au niveau socio-économique le plus souvent bas des malades qui empêchent de consulter et d'effectuer les investigations nécessaires au diagnostic précoce.

- **SIGNES GENERAUX :**

- douze de nos patients présentaient un état général altéré et 06 étaient anémiés.
- D.SANO [47] a rapporté 11 cas d'altération de l'état général sur 13.
- Dans l'étude menée par RAULT [42], 07 patients présentaient une anémie.
- L'existence de signes généraux francs et parfois graves dans notre contexte pourrait être liée au retard de diagnostic et de consultation chez les patients tant au stade de la maladie tumorale que de l'accident occlusif lui-même.

5.4 TYPE HISTOLOGIQUE :

- Les adénocarcinomes étaient les types histologiques les plus représentés avec un effectif de 11 cas sur 12. Ce résultat rejoint les constatations de RAVELOSON [43] à Madagascar, et de D.SANO [47] au Burkina Faso.
- Parmi les adénocarcinomes, le type lieberkühnien était le plus fréquent , Ces résultats sont corroborés par les études de KOUADIO [28] en Côte d'Ivoire.

5.5. DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE :

- L'origine néoplasique de l'occlusion était inconnue en préopératoire chez 28 sur 34 patients soit dans 83,33% des cas.
- KOUADIO [28], retrouvait une origine néoplasique de l'occlusion inconnue en préopératoire chez 20 malades sur 21 soit 95,23%.
- Ce constat serait une fois encore lié à la banalisation de la symptomatologie initiale par le patient et au niveau socio-économique bas entraînant un retard de consultation.
- Cela expliquerait le diagnostic de la pathologie au stade de complication telle que l'occlusion intestinale aigue

5.6. TRAITEMENT :

5.6.1. REANIMATION PREOPERATOIRE :

- La totalité de nos patients avaient bénéficié d'une réanimation en préopératoire. Cette réanimation avait consisté en la rééquilibration hydro électrolytique, l'administration d'antibiotiques, d'antalgiques et d'antispasmodiques. La plupart des auteurs approuvent l'intérêt de la réanimation préopératoire.

5.6.2 traitement chirurgical :

-sur les 3 dernières années (2014/2015/2016);

- ✓ 03 cas ont bénéficié d'une colostomie de proche amont.
- ✓ 01 cas de colectomie totale.
- ✓ 08 cas de colectomie subtotale.

N.B :

- ❖ La préférence des auteurs français va à la colostomie première [12;24] ; ainsi, BARTH [4] a réalisé 84 colostomies premières dans une série de 112 malades.
- ❖ BOUKROUH [55] a ALGER a réalisé 26 colostomies premières dans une série de 52 malades.
- ❖ Plusieurs arguments plaident en faveur de cette opération en urgence :
 - elle permet de lever l'obstacle, de corriger les désordres hydro-électrolytiques induits par l'occlusion, de réaliser le bilan d'extension tumoral et enfin, de préparer le colon pour une éventuelle chirurgie élective dans un deuxième temps.
- ❖ Malgré toutes ces raisons, cette technique chirurgicale présente des inconvénients :
 - ✓ le premier est que la stomie est souvent mal acceptée par les patients à cause de certaines croyances socioculturelles. Aussi, du fait des difficultés matérielles de certains patients pour se procurer le kit d'appareillage des stomies, la gestion est souvent approximative.
 - ✓ Le deuxième est la nécessité d'un autre temps opératoire pour la résection tumorale qui se fera chez des patients souvent affaiblis, en mauvais état général et dont la durée de vie peut être limitée.
 - ✓ le troisième est que tous les patients ne vont pas toujours au bout des différentes étapes du traitement en raison d'un cancer avancé ou d'un état général altéré,
- ❖ La pose de prothèses métalliques auto-expansives pourrait constituer une alternative thérapeutique de choix à la colostomie première ou définitive.
- ❖ En effet, le stent peut être posé en préopératoire, afin de préparer le malade à

une intervention chirurgicale curative dans les meilleures conditions ou dans un but purement palliatif en cas de dissémination métastatique ou de haut risque chirurgicale.

- ❖ Une résection avec stomie (intervention de Hartmann) a été réalisée chez 03 patients, soit dans 28% des cas.
- ❖ L'intervention de Hartmann est pratiquée dans des proportions variables selon les séries : 100% pour D.SANO [47], 90,5% pour KOUADIO [28], 70% pour KOFFI [27], 31,9% pour VILLAR [53] ; et 27% pour RAULT [42]. Ces chiffres, provenant de séries récentes, prouvent qu'elle garde encore des indications dans la prise en charge des cancers coliques gauches en occlusion.
- ❖ Cependant, malgré les avantages théoriques attribués à l'intervention de Hartman (histologie de la pièce, absence de fistule anastomotique), l'inconvénient de cette méthode est le long délai pour le rétablissement de continuité. Dans ces conditions, la colostomie pourrait poser des problèmes quant à sa gestion, son impact psychologique et ses répercussions sur la qualité de vie.
- ❖ En outre, la mortalité et la morbidité du rétablissement de la continuité peuvent atteindre respectivement 3% et 30% et un tiers des patients ne bénéficieront jamais de ce rétablissement [45].
- ❖ Quatre patients ont bénéficié d'une résection avec anastomose immédiate. Ce type d'intervention dite idéale rendu possible grâce au lavage colique per opératoire, est l'alternative actuelle aux méthodes en plusieurs temps pour pallier leurs inconvénients chez des malades souvent fragiles [3]; elle est cependant au niveau du colon gauche associée à un haut risque de désunion anastomotique du fait de la septicité de cette partie.

6-CONCLUSION.

- ❖ Au terme de cette étude, il convient de souligner que le cancer du côlon en occlusion est une urgence chirurgicale grave et que seul le dépistage et le traitement précoces préviennent une telle complication et améliorent le pronostic. Il y a alors l'intérêt de faire des campagnes de sensibilisation des populations afin qu'elles consultent dès l'apparition des premiers symptômes.
- ❖ La priorité dans cette pathologie semble donc être la restauration de la perméabilité colique par le procédé le plus simple : colostomie de proche amont. L'exérèse tumorale d'emblée avec ou sans rétablissement de la continuité digestive doit être réservée aux cas les plus favorables.
- ❖ Le traitement du cancer du colon en occlusion ne peut se concevoir que dans une stratégie pluridisciplinaire associant la chirurgie, la réanimation et la chimiothérapie. Il bénéficie actuellement des méthodes endoscopiques, dont les résultats semblent meilleurs que ceux des meilleures séries chirurgicales. Cette approche mini invasive malheureusement indisponible dans notre contexte, semble particulièrement adaptée à des patients qui sont le plus souvent en situation palliative, et exposés à un risque particulier du retentissement général de l'occlusion.
- ❖ Des études épidémiologiques des facteurs favorisants sont à envisager dans le cadre de la mise en place des mesures de prévention. Il importe donc que les cancers coliques soient inclus dans les politiques nationales de santé, ne serait-ce que dans le volet de la communication pour le changement de comportement; cela permettra de les prévenir ainsi que leurs complications.

7-RECOMMANDATIONS ET
SUGGESTIONS :

Au terme de nos travaux, il nous est apparu nécessaire de formuler quelques recommandations et suggestions s'adressant :

Aux autorités et personnels de santé :

- ✓ Augmenter le nombre de blocs opératoires dans les services d'urgences chirurgicales.
- ✓ Doter chaque service d'urgence d'un centre de radiologie et d'endoscopie.
- ✓ Œuvrer à la mise en place d'une politique nationale de lutte contre le cancer colorectal par des campagnes d'information, d'éducation, de communication pour un dépistage précoce chez les sujets à risque.
- ✓ Créer une banque informatique dans les différents services pour la conservation des données médicales des patients.
- ✓ Référer les patients dans une structure spécialisée devant tout syndrome d'occlusion intestinale ou de signes d'appel de cancer colique (rectorragie, mélénas ou troubles du transit intestinal chronique).
- ✓ Développer une stratégie de collaboration étroite multidisciplinaire entre les spécialistes de chirurgie digestives, de réanimation, de gastro-entérologie et d'oncologie pour la prise en charge des cancers coliques en occlusion.
- ✓ Sensibiliser les patients et leur entourage sur l'importance du suivi postopératoire.
- ✓ Bien rédiger et tenir les dossiers médicaux des patients ainsi que les registres de compte rendu opératoire.
- ✓ Suivre rigoureusement tous les patients à risque élevé de cancer colique afin de faire un diagnostic précoce et de prévenir les complications.

Aux populations

- ✓ Consulter précocement en cas d'arrêt des matières et des gaz ou de signes d'appel de cancer colique tel qu'une rectorragie, des mélénas ou un trouble du transit intestinal permanents. En conséquence, le corps médical devrait d'abord les informer du caractère «dangereux» de la pathologie.

- ✓ Respecter les règles d'hygiène en pré et en postopératoire afin d'éviter les complications infectieuses.

- ✓ Effectuer un suivi post opératoire régulier et durable afin d'éviter les récurrences tumorales et d'occlusion intestinale. Aussi respecter les calendriers de rendez-vous.

- ✓ Consulter régulièrement en cas d'antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colique et d'antécédent personnel de maladie inflammatoire de l'intestin.

- ✓ Adopter une alimentation riche en fibres alimentaires et pauvre en matières grasses.

- ✓ Éviter l'alcool et le tabac et pratiquer un exercice physique régulier.

8-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1-Adloff M, Arnaud JP, Olivier JC, Scoegel Colonic cancer.

A retrospective study of 1122 surgically treated patients. J chir 1990; 127 :565-71.

2-ANAES.

Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Gastroenterol Clin Biol 1998;22:205-18.

3-Arnaud J. P., Cervi C.H, Duplessis R., Cattan F.

Place de la colectomie subtotale/totale dans le traitement en urgence des cancers occlusifs du côlon gauche. J Chir 1997; 134: 267-270.

4-Barth X., Landrivon A., Repeli P., Dargent J., Spay G., Lombard-Platet R.

Les occlusions aiguës du côlon gauche d'origine néoplasique. Étude d'une série de 128 observations. Chirurgie 1989 ; 115 : 133-141.

5-Bouché O, Conroy T, Michel P, Penna C, Tournigand C.

Metastatic colorectal cancer. Gastroenterol Clin Biol 2006; 30(hors série 2): 2S3042.

6-Boutron-Ruault MC, Senesse P, Meance S, Belghiti C, Faivre J.

Energy intake, body mass index, physical activity and the colorectal adenomacarcinoma sequence. Nutr Cancer 2001; 39: 50-57.

7- Carty NJ, Corder AP, Johnson CD.

Colostomy is no longer appropriate in the management of uncomplicated large bowel obstruction: true or false? Ann. R Coll Surg Engl 1993; 75: 46-51.

8- Casa.C, Arnaud J.P.

Occlusion intestinale du colon. La Rev du Prat, Paris, Hépatogastro-entérologie 1997; 47:1933-1936.

9-Chao A, Thun MJ, Jacobs EJ, Henley SJ, Rodriguez C, Calle E.E.

Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II. J Natl Cancer Inst 2000; 92: 1888-1896.

10- Chen H.S., Sheen-Chen SM.

Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma : an analysis of prognosis and current trends. Surgery 2000; 4 : 370-76.

11-Conférence de consensus

Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon. j.chir.(Paris),1998; 135(2): 97-102.

12-Cugnenc P. H., Berger A., Zinzindohoue F., Quinaux D., Wind P., Chevallier J-M. La Chirurgie en 2 temps dans les occlusions coliques gauches néoplasiques reste la sécurité. J.

13- Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST.

Malignant obstruction of left colon.Br J Surg 1994; 81:1270-6.

14- Deen K., Madof R., Goldberg S., Rothenberger D.

Surgical management of left colon obstruction: the university of Minnesota experience. J Am Coll Surg 1998; 187: 573-576.

15- Dia A, Bad, Fall B, NDiayem, Tourel T, Sow ML. et coll.

Les occlusions coliques: Etude rétrospective à propos de 62 cas Dakar Med 1993, 38, 23-26.

16- Dimitrios Stefanidis, Ken Brown, Hector Nazario, Hector H. Trevino, Hector Ferral, Charles E. Brady, et coll. Safety and Efficacy of Metallic Stents in the Management of Colorectal Obstruction. JSLs 2005; 9(4): 454-459.

17-Drake Richard L, Wayne Vogl, Adam W.M.Mitchell Gray's Anatomie pour les Étudiants, 2006, Elsevier Masson.SAS. 287p, 311p, 313p, 316p.

18-Echimane AK, Ahnoux AA, Adoubi I, et coll.

Cancer incidence in Abidjan, Ivory Coast. First results from the cancer registry, 1995-1997. Cancer 2000; 89: 653-63.

19-Elé N, Okiémy G, Lebeau R, Nkoua-Mbon JB, Mbonbi Pandi RI, Massengo R.

Le cancer du côlon gauche au CHU de Brazzaville. Résultats du traitement chirurgical. Mali Med 2006;21:1-3.

20-Encyclopedie-Medico-Chirurgicale.

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences - Medico- Chirurgicales (EMCUMC-Tome1). Paris-France, urgences, 24059A10, 10.1984, 20p.

21-Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer :

Standard, options et recommandations pour la prise en charge des patients atteints de cancer du colon ; in recommandation pour la pratique clinique en cancérologie ;

22-Gallot D.

Anatomie chirurgicale du côlon. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-535, 2006.

23- Guirimand Frédéric

Prise en charge des occlusions intestinales chez des patients atteints de cancer en phase avancée. Med Pal 2003; 2:197-210.

24-Guivarch M., Boche O., Rouillet-Avoy J-C, Mosnier H.

Soixante et une occlusions aiguës du côlon par cancer. Indications chirurgicales en urgences Ann Chir 1992 ; 46 : 239-243.

25-Hennekinne-Mucci. S, Tuech JJ, Bréhant.O, Lermite.E, Bergamaschi.R, Pessaux.P, and Arnaud J.P. Emergency subtotal/total colectomy in the management of obstructed left colon carcinoma. Int. J. Colorectal Dis. 2005 ; 14 : 1-4.

26- Kalmogo E.

Les cancers du colon et du rectum au Burkina Faso, une revue de 86 cas colligés au CHU-YO et au CHU-SS. Thèse de médecine : UFR/SDS, Université de Ouagadougou.2001.p 77. 28

27-Koffi E., G.Kakou-Aka.

Méthodes et résultats de la chirurgie des cancers coliques en occlusion au CHU- Rev. Afr chir.; 2008; 11(1) : 15-18.

28- Kouadio GK, Turquin TH.

Cancers coliques gauches en occlusion en Côte d'Ivoire. Ann. Chir 2003;128:3647.

29- Lambert R. Épidémiologie du cancer colorectal ; Cancero digest 2009; 1(1): 2-6.

30- Laure LAMARE. Tumeurs du colon et du rectum. Collection conférence Hippocrate, Hépathe- Gastroentérologie, Cancérologie, Chirurgie-Digestive.1-10-148.

31-Law WL, Choi HK, Chu KW Comparison of stenting with emergency surgery as palliative treatment for obstructing primary left-sided colorectal cancer.Br J Surg 2003; 90:1429-33.

32-Les traitements du cancer du côlon, collection Guides de référence Cancer info, édité par l'INCa (Institut National du Cancer) de France, mars 2010.33-34.

33-Lombard.R, Platet, Barth.X. Le cancer du colon, Edition technique, Encyclo-Med-Chirurg-gastroentérologie, 9068-A-10, cancérologie, 60-9-050-A-10,1993 ; 11pages.

34- Meyer Ch, Manzini N, Rohn B. "Comment je traite » le cancer du colon en occlusion. M.C.D, 1994; 23(7) : 403404.

35-Millat.B Traitements des cancers coliques en occlusion. Ann chir; 2003; 128 : 349-350.

36- Millat B, Guillon E. Physiopathologie et principe de réanimation des occlusions intestinales. Rev. Prat.1993; 43 (6): 667-672.

37-Millat B., Guillon F., Avila JM. Occlusion intestinale aigue de l'adulte. Edition technique. Encycl. Méd. Chir., Paris-France, Gastro-entérologie, 9-044-A10, 1993. 21p.

38-Ministère de la santé. Direction générale de l'information et statistiques sanitaires. Annuaire statistique 2014.

39--Moueffeq El, Abdessamed Cancers colo-rectaux dans le service de chirurgie 2 du CHU Ibn Rochd de Casablanca : à propos de 120cas. Thèse de médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie ; Université Hassan II de Casablanca, Maroc, 2004

40- Netter F H, Arthur F, Li D. Atlas d'anatomie humaine : Paris, Masson ; 1997 : 547p.

41- Olaf Mercier «Syndrome occlusif» ; Collection conférence Hippocrate, Hépathe- Gastroentérologie, Chirurgie-Digestive, Réanimation-Urgences.1-11-217.

42-Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Larroude D, Ndo'Epoy F Masson B.

Prise en charge du cancer colique en occlusion. Ann Chir 2005;130:331-5.

43-Raveloson JR, Rantomalala HYH, Rakotoarisoa B, et coll. Prise en charge des cancers du côlon en occlusion au Centre Hospitalier de Soavinandriana. Med Afr Noire 2005;52:633-7.

44-Régimbeau J. M, Yzet .T, Brazier F., Jean. F., Dumont F., Manaouil.D et coll.

Endoprothèse colique métallique expansive dans les occlusions coliques d'origine tumorale. Ann chir 2004;129: 203-210.

45-Roe AM, Prabhu S, Ali A et coll. Reversal of Hartmann's procedure: timing and operative technique. Br J Surg 1991 ; 78 : 1167-70.

46-Rouiched, Nawal. Occlusions coliques néoplasiques dans le service des urgences chirurgicales viscérales du CHU Ibn Rochd de Casablanca : à propos de 17 cas. Thèse de médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie ; Université Hassan II de Casablanca, Maroc.

47- Sano D., Bonkougou G., Zongo. N, Sanou A., Zida M., Traoré S.S. Occlusions coliques par cancers aux urgences viscérales du CHU-YO. Guinée Med. 2008, 60: 54-58.

48-Soussan E.B, Hochain. P, G.Savoie, P. Michel Les prothèses métalliques expansives colorectales. Ann de biologie clinique, Hépatho-gastro 2000 ; 7(5) : 383-90.

49-Tohmé C, Chakhtoura G, Abboud B, Noun R, Sarkis R, Ingea H, Farah P, Ghossain A.

Place de la colectomie subtotale ou totale dans le traitement en urgence des cancers du côlon gauche et du sigmoïde en occlusion. J Med Liban 2008 ; 56 (4) : 198-202.

50-Traoré C.M. Cancers colo-rectaux : aspects cliniques, thérapeutiques dans le service de chirurgie A du CHU du Point G. Thèse de médecine, Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; Université du Mali, 2007 ; page 102.

51-Tuech JJ, PessauxP, Arnaud JP. Cancer du colon en occlusion. Principe de tactiques et de techniques opératoire. Encycl Med Chir, Techniques Chirurgicales-appareil digestif, 40-575, 2001 ; 7p.

52-Viguiier 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.

53-Villar JM, Martinez AP, Villegas MT, et coll. Surgical options for malignant left-sided colonic obstruction. Surg Today 2005; 35: 275-81.

54-Wang HS, Lin JK, Mou CY, et coll. Long-term prognosis of patients with obstructing carcinoma of the right colon. Am J Surg 2004; 187:497-500.

55-K.BOUKROUH,N.BAAZIZI,A.CHENIBAT,H.BOUMAHDI,N.SIDIDRISS, cancer colique en occlusion clinique chirurgicale B CHU mustapha ALGER.

Intervention :

Résection segmentaire avec anastomose en un temps
Avec stomie sans stomie

Colectomie subtotale colectomie totale

Colostomie d'amont Stenting

HARTMAN

Autre :

Gestes associées :

Curage ganglionnaire Résection de métastases

Autres :

Rétablissement de la continuité :

Oui Non
1^{er} temps 2^{eme} temps

SUITES OPÉRATOIRES :

Simple

Complicées Lâchage anastomotique Suppuration pariétale

Complications de décubitus Éviscération Abcès intra-péritonéal

Autres :

Durée totale du séjour hospitalier :

9-RÉSUMÉ :

Titre :

-Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des cancers coliques en occlusion : A propos de 34 cas.

Objectif :

-Le cancer colique en occlusion constitue une affection grave au pronostic péjoratif.

L'objectif de ce travail a été d'étudier les cancers du colon en occlusion au Centre Hospitalier Universitaire de tlemcen service de chirurgie B.

Patients et méthodes :

-Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 34 patients opérés dans les services de chirurgie digestive et générale B du CHU-tlemcen pour cancers du colon en occlusion, du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2016.

Résultats :

- ✓ Notre moyenne d'âge était de 61.17 ans avec des extrêmes de 20 et 90 ans; le sex-ratio était de 2.7.
- ✓ La tumeur siégeait pour 91.17% au niveau du colon gauche et le segment colique préférentiellement touché était le colon sigmoïde.
- ✓ Pour les cancers du colon droit, l'hémicolectomie droite avec anastomose immédiate a été l'intervention la plus réalisée.
- ✓ Pour les cancers du colon gauche, le traitement a consisté en une colostomie de proche amont réalisée en urgence.

Conclusion :

- L'amélioration de nos résultats impose un dépistage et un traitement précoces des cancers coliques, afin de prévenir une telle complication et d'améliorer le pronostic. Il y a alors l'intérêt de faire des campagnes de sensibilisation des populations afin qu'elles consultent dès l'apparition des premiers symptômes.

-A côté de cela, la création de plus de services de chirurgie et de réanimation serait nécessaire.

Mots clés : Occlusion; cancer colique ; colectomie ; colostomie définitive, intervention de Hartman.

Liste des figures :

-figure 1 :	
anatomie générale du colon.....	page 8.
-figure 2 :	
muqueuse et sous musculuse du colon.....	page 9.
-figure 3 :	
artère mésentérique supérieure.....	page14.
-figure 4 :	
artère mésentérique inférieure.....	page15.
-figure 5 :	
veines coliques.....	page17.

Liste des tableaux :




-Tableau 1 :	
répartition des patients en fonction des tranches d'âge.....	page50.
-tableau 2 :	
répartition des patients en fonction du sexe.....	page51.
-tableau 3 :	
répartition des patients en fonction de la localisation.....	page52.
-tableau 4 :	
localisation segmentaire.....	page54.
-tableau 5 :	
motif de consultation.....	page55.
-tableau 6 :	
réparation des tumeurs malignes.....	page57.
-tableau 7 :	
répartition selon le type histologique.....	page58.
-tableau 8 :	
localisation des métastases.....	page59.
-tableau 9 :	
typed'intervention.....	page60.
-tableau 10 :	
le taux de rétablissement de continuité	page60.

Liste des graphes :

-graphe 1 :	
répartition selon le sexe.....	page51.
-graphe 2 :	
selon la localisation.....	page53.

-graphe 3 :	
selon l'occlusion ou pas.....	page53.
-graphe 4 :	
localisation segmentaire.....	page54.
-graphe 5 :	
fréquence des symptômes.....	page56.
-graphe 6 :	
selon les symptômes.....	page56.
-graphe 7 :	
nombre de métastases.....	page59.
-graphe 8 :	
type d'intervention.....	page60.

Auteurs :

-  benmensor mohamed
-  ben charef yacine
-  kohil asma