

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDICINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2011

THESE N°: 172

**THERAPEUTIQUES ACTUELLES DU CANCER
DU COLON LOCALEMENT AVANCE
A PROPOS DE 25 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. Hind NAFLAA

Née le 05 Décembre 1986 à Béni-Mellal

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Cancer du colon localement avancé – Résection multiviscérale – Survie –
Traitement – Pronostic.

JURY

Mr. M. ABALLAT

Professeur de Chirurgie Générale

PRESIDENT

Mr. M. RAISS

Professeur de Chirurgie Générale

RAPPORTEUR

Mr. A. HORRA

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. F. SABBABH

Professeur de Chirurgie Générale

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إننا أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLI Abdeslam Neurochirurgie
4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie –Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
12. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
13. Pr. BENSOUDA Mohamed Anatomie
14. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
15. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma Physiologie

Novembre 1983

- 16. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 17. Pr. BALAFREJ Amina
- 18. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 19. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 20. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

- 21. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 22. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
- 23. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 24. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 25. Pr. NAJI M'Barek *
- 26. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

- 27. Pr. BENJELLOUNHalima
- 28. Pr. BENSAID Younes
- 29. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 30. Pr. IHRAI Hssain *
- 31. Pr. IRAQI Ghali
- 32. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

- 33. Pr. AJANA Ali
- 34. Pr. AMMAR Fanid
- 35. Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép.TAOBANE
- 36. Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq
- 37. Pr. EL HAITEM Naïma
- 38. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 39. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 40. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 41. Pr. LACHKAR Hassan
- 42. Pr. OHAYON Victor*
- 43. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

- 44. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
- 45. Pr. DAFIRI Rachida
- 46. Pr. FAIK Mohamed
- 47. Pr. HERMAS Mohamed
- 48. Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

49. Pr. ADNAOUI Mohamed
50. Pr. AOUNI Mohamed
51. Pr. BENAMEUR Mohamed*
52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
53. Pr. CHAD Bouziane
54. Pr. CHKOFF Rachid
55. Pr. KHARBACH Aïcha
56. Pr. MANSOURI Fatima
57. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
58. Pr. SEDRATI Omar*
59. Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

60. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
61. Pr. ATMANI Mohamed*
62. Pr. AZZOUZI Abderrahim
63. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
64. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
65. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
66. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
67. Pr. BENSOUDA Yahia
68. Pr. BERRAHO Amina
69. Pr. BEZZAD Rachid
70. Pr. CHABRAOUI Layachi
71. Pr. CHANA El Houssaine*
72. Pr. CHERRAH Yahia
73. Pr. CHOKAIRI Omar
74. Pr. FAJRI Ahmed*
75. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
76. Pr. KHATTAB Mohamed
77. Pr. NEJMI Maati
78. Pr. OUAALINE Mohammed*
79. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
80. Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

81. Pr. AHALLAT Mohamed
82. Pr. BENOUDA Amina
83. Pr. BENSOUDA Adil
84. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
85. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
86. Pr. CHRAIBI Chafiq
87. Pr. DAOUDI Rajae

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie

88. Pr. DEHAYNI Mohamed*
 89. Pr. EL HADDOURY Mohamed
 90. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
 91. Pr. FELLAT Rokaya
 92. Pr. GHAFIR Driss*
 93. Pr. JIDDANE Mohamed
 94. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
 95. Pr. TAGHY Ahmed
 96. Pr. ZOUHDI Mimoun

Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie Réanimation
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Mars 1994

97. Pr. AGNAOU Lahcen
 98. Pr. AL BAROUDI Saad
 99. Pr. BENCHERIFA Fatiha
 100. Pr. BENJAAFAR Nouredine
 101. Pr. BENJELLOUN Samir
 102. Pr. BEN RAIS Nozha
 103. Pr. CAOUI Malika
 104. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
 105. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
 106. Pr. EL AOUAD Rajae
 107. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 108. Pr. EL HASSANI My Rachid
 109. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
 110. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
 111. Pr. ERROUGANI Abdelkader
 112. Pr. ESSAKALI Malika
 113. Pr. ETTAYEBI Fouad
 114. Pr. HADRI Larbi*
 115. Pr. HASSAM Badredine
 116. Pr. IFRINE Lahssan
 117. Pr. JELTHI Ahmed
 118. Pr. MAHFOUD Mustapha
 119. Pr. MOUDENE Ahmed*
 120. Pr. OULBACHA Said
 121. Pr. RHRAB Brahim
 122. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
 123. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Cardio- Vasculaire
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

124. Pr. ABBAR Mohamed*
 125. Pr. ABDELHAK M'barek
 126. Pr. BELAIDI Halima
 127. Pr. BRAHMI Rida Slimane

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique

128. Pr. BENTAHILA Abdelali
 129. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 130. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 131. Pr. CHAMI Ilham
 132. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
 133. Pr. EL ABBADI Najia
 134. Pr. HANINE Ahmed*
 135. Pr. JALIL Abdelouahed
 136. Pr. LAKHDAR Amina
 137. Pr. MOUANE Nezha

Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Mars 1995

138. Pr. ABOUQUAL Redouane
 139. Pr. AMRAOUI Mohamed
 140. Pr. BAIDADA Abdelaziz
 141. Pr. BARGACH Samir
 142. Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*
 143. Pr. BENZAOUZ Mustapha
 144. Pr. CHAARI Jilali*
 145. Pr. DIMOU M'barek*
 146. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
 147. Pr. EL MESNAOUI Abbas
 148. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 149. Pr. FERHATI Driss
 150. Pr. HASSOUNI Fadil
 Hygiène
 151. Pr. HDA Abdelhamid*
 152. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 153. Pr. IBRAHIMY Wafaa
 154. Pr. MANSOURI Aziz
 155. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 156. Pr. RZIN Abdelkader*
 157. Pr. SEFIANI Abdelaziz
 158. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et

Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

159. Pr. AMIL Touriya*
 160. Pr. BELKACEM Rachid
 161. Pr. BELMAHI Amin
 162. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 163. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 164. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
 165. Pr. GAOUZI Ahmed
 166. Pr. MAHFOUDI M'barek*

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Chirurgie réparatrice et plastique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Parasitologie
 Pédiatrie
 Radiologie

167. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
168. Pr. MOHAMMADI Mohamed
169. Pr. MOULINE Soumaya
170. Pr. OUADGHIRI Mohamed
171. Pr. OUZEDDOUN Naima
172. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

173. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
174. Pr. BEN AMAR Abdesselem
175. Pr. BEN SLIMANE Lounis
176. Pr. BIROUK Nazha
177. Pr. BOULAICH Mohamed
178. Pr. CHAOUIR Souad*
179. Pr. DERRAZ Said
180. Pr. ERREIMI Naima
181. Pr. FELLAT Nadia
182. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
183. Pr. HAIMEUR Charki*
184. Pr. KANOUNI NAWAL
185. Pr. KOUTANI Abdellatif
186. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
187. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
188. Pr. NAZI M'barek*
189. Pr. OUAHABI Hamid*
190. Pr. SAFI Lahcen*
191. Pr. TAOUFIQ Jallal
192. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

193. Pr. AFIFI RAJAA
194. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
195. Pr. ALOUANE Mohammed*
196. Pr. BENOMAR ALI
197. Pr. BOUGTAB Abdesslam
198. Pr. ER RIHANI Hassan
199. Pr. EZZAITOUNI Fatima
200. Pr. KABBAJ Najat
201. Pr. LAZRAK Khalid (M)

Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

202. Pr. BENKIRANE Majid*
203. Pr. KHATOURI ALI*
204. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

205. Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
206. Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
207. Pr. BENCHERIF My Zahid	Ophtalmologie
208. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd	Pédiatrie
209. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
210. Pr. CHAOUI Zineb	Ophtalmologie
211. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
212. Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
213. Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
214. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
215. Pr. EL OTMANY Azzedine	Chirurgie Générale
216. Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
217. Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
218. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
219. Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
220. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie
221. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
222. Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
223. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

Novembre 2000

224. Pr. AIDI Saadia	Neurologie
225. Pr. AIT OURHROUI Mohamed	Dermatologie
226. Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
227. Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
228. Pr. BENCHEKROUN Nabih	Ophtalmologie
229. Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
230. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
231. Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
232. Pr. EL IDGHIRI Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
233. Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
234. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*	Rhumatologie
235. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
236. Pr. HSSAIDA Rachid*	Anesthésie-Réanimation
237. Pr. LACHKAR Azzouz	Urologie
238. Pr. LAHLOU Abdou	Traumatologie Orthopédie
239. Pr. MAFTAH Mohamed*	Neurochirurgie
240. Pr. MAHASSINI Najat	Anatomie Pathologique
241. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie
242. Pr. NASSIH Mohamed*	Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
243. Pr. ROUIMI Abdelhadi	Neurologie

Décembre 2001

244. Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
245. Pr. AOUAD Aicha	Cardiologie
246. Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
247. Pr. BELMEKKI Mohammed	Ophtalmologie
248. Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
249. Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
250. Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
251. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
252. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
253. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
254. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
255. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
256. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
257. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
258. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
259. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
260. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
261. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
262. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
263. Pr. DRISSE Sidi Mourad*	Radiologie
264. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
265. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
266. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
267. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
268. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
269. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
270. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
271. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
272. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
273. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
274. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
275. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
276. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
277. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
278. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
279. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
280. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
281. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
282. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
283. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
284. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
285. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
286. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
287. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
288. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie
289. Pr. TAZI MOUKHA Karim	Urologie

Décembre 2002

290. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
291. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
292. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
293. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie

294. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
295. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
296. Pr. BENBOUAZZA Karima	Rhumatologie
297. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
298. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
299. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
300. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
301. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
302. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
303. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
304. Pr. EL ALJ Haj Ahmed	Urologie
305. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
306. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
307. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
308. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
309. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
310. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
311. Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
312. Pr. IKEN Ali	Urologie
313. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
314. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
315. Pr. KRIOULE Yamina	Pédiatrie
316. Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
317. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
318. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
319. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
320. Pr. MOUSTAINE My Rachid	Traumatologie Orthopédie
321. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
322. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
323. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
324. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
325. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
326. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
327. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
328. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
329. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale
330. Pr. ZRARA Ibtisam*	Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

331. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
332. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
333. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
334. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
335. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique
336. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
337. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
338. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
339. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
340. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
341. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
342. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
343. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
344. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
345. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
346. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
347. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
348. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
349. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
350. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
351. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
352. Pr. NAOUMI Asmae*	Ophtalmologie
353. Pr. SAADI Nozha	Gynécologie Obstétrique
354. Pr. SASSENOU ISMAIL*	Gastro-Entérologie
355. Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
356. Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
357. Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

358. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
359. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
360. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
361. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
362. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
363. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
364. Pr. AZIZ Nouredine*	Radiologie
365. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
366. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
367. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
368. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
369. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie

370. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
371. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
372. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
373. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
374. Pr. EL HAMZAOUI Sakina	Microbiologie
375. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
376. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
377. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
378. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
379. Pr. KENDOUSI Mohamed*	Cardiologie
380. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
381. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
382. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
383. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
384. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
385. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
386. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Saïd*	Radiologie
426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique

447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
455. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
456. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
457. Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila	Anatomie pathologique
459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
462. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
463. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
464. Pr. OUZZIF Ez zohra *	Biochimie
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhousain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie

487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie

Pr. ZOUHAIR Said*
Pr. L'kassimi Hachemi*
Pr. AKHADDAR Ali *
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AGADR Aomar *
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. MESKINI Toufik
Pr. KABIRI Meryem
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
Pr. BASSOU Driss *
Pr. ALLALI Nazik
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. AMINE Bouchra
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. KADI Said *

Microbiologie
Microbiologie
Neuro-chirurgie
Neurologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Rhumatologie
Rhumatologie
Traumatologie orthopédique
Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. CHERRADI Ghizlan
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. ALILOU Mustapha
Pr. KANOUNI Lamya
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. BOUSSIF Mohamed*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. LEZREK Mounir
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. LAMALMI Najat
Pr. ZOUAIDIA Fouad
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. CHADLI Mariama*

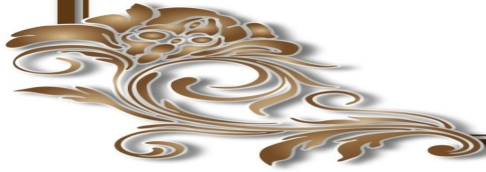
Médecine interne
Gastro entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie réanimation
Radiothérapie
Radiologie
Radiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Médecine aérologique
Chirurgie plastique et réparatrice
Chirurgie pédiatrique
Urologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
ORL
Ophtalmologie
Hématologie
Anatomie pathologique
Anatomie pathologique
Physiologie
Biochimie chimie
Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3. Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5. Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10. Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11. Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13. Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17. Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19. Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21. Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22. Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23. Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*** Enseignants Militaires**

Dédicaces



A mon très cher père

Nullle dédicace ne pourrait décrire mon grand amour et mon grand respect pour vous

Vous avez toujours été là pour moi en m'encadrant et en m'éclairant de vos conseils lumineux afin d'être aussi bon médecin que vous

Vous êtes aussi bien mon idole dans la vie que dans le cadre professionnel

Vos qualités humaines et votre renommée professionnelle ne me rendent que davantage fière d'être votre fille

Grâce à vous, j'ai pu suivre le même chemin que vous et j'espère vous voir fier de ce que je suis maintenant

J'implore le Tout Puissant de vous préserver pour moi et de vous gratifier de bonne santé et de longévité pour que vous soyez présent quand j'accomplirai le reste du parcours

A ma douce et tendre maman chérie,

*Unique et irremplaçable, aucune dédicace ne saurait exprimer
l'amour, le dévouement et l'estime que je vous porte*

*Votre éducation, votre affection et votre soutien permanent
m'ont permis de réaliser mon rêve de devenir médecin*

*Je suis très fière de vous et en vous dédiant ce travail, j'espère
que vous le seriez aussi de moi*

*J'implore le Tout Puissant de vous gratifier d'une longue vie et
de vous accorder une bonne santé afin que je puisse vous combler*

A mes grands parents paternels

Je vous dédie ce mémoire en témoignage de mon amour et de ma reconnaissance pour vous d'avoir fait de mon père cet homme accompli, cet excellent médecin dont les vertus et les éloges sont interminables

J'aurai aimé que vous soyez parmi nous en ce jour-ci afin de partager ensemble ce moment de joie et de gloire

Qu'ALLAH vous ait en sa sainte miséricorde et que vos âmes reposent en paix

A mon très cher frère

Mohammed Oussama

*Quoique je dise, je n'arriverai sans doute pas à exprimer tout
l'amour et l'affection que je te réserve*

*Tu as toujours été le frère protecteur et l'ami fidèle, et je savais
que je pourrai compter sur toi .*

*Tu m'as toujours supportée quand j'en avais besoin et tu as su
être un refuge pour moi dans les moments pénibles*

*Je te dédie ce travail en guise de témoignage de mon estime hors-
pair pour toi*

*Je te souhaite beaucoup de courage pour ton parcours
professionnel et beaucoup de bonheur dans ta vie familiale*

Je t'aime mon adorable petit samo

A mes amies

*Dr Najoua Fqih, Dr Najlae Gribi, dr Asmae
Grine et Dr Hanae Oum hani Zniber*

*Bien plus que de simples amies, vous êtes mes
chères sœurs que j'admire tellement*

Que dieu vous accorde une vie pleine de succès et de bonheur

A la famille Addou et la famille Bouabid,

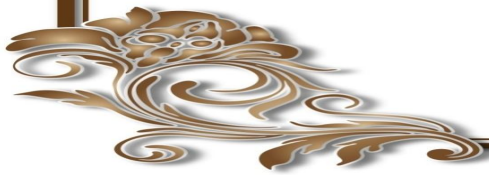
*A mes professeurs du collège Khalid Ibn El Oualid
et Maghrib Arabi*

*A tous mes ami(e)s: Meryem B, Amal, Naoual, Loubna,
Khaddouj, Fatimazzahra, Rosa, Jacqueline, MeryemO, Sara,
Nissrine, Lamiae, Ilham ,Yousra, Samira, Yassine, Azzeddine,
Mohammed, Youness, Houcine, Hicham, Mouhcine...*

Et à tous ceux et celles dont j'ai omis de citer les noms ..

Veillez trouver en ce travail le gage de ma sincère amitié

Remerciements



A mon maitre et Président de thèse

Mr le professeur M. Ahallat

Professeur de chirurgie générale

*C'est pour moi un grand privilège que vous acceptiez de siéger
au sein de mon jury*

*Vos compétences professionnelles et vos qualités humaines font
de vous un modèle à suivre aussi bien pour moi que pour tous les
futurs médecins*

*Que ce travail soit pour vous le gage de la haute considération
que je vous témoigne*

A mon maitre et Rapporteur de thèse

Mr le professeur M. Raiss

Professeur de chirurgie générale

Je suis très heureuse de l'honneur que vous m'avez accordée en acceptant de me confier ce travail

Vous m'avez consacré votre temps précieux en dépit de vos obligations professionnelles et à chaque fois vous m'avez réservée un accueil aimable tout au long de l'élaboration de ce mémoire dont vous avez suivi la réalisation de très près avec autant de sympathie que de rigueur scientifique

Veillez trouver ici le témoignage de ma très sincère admiration et de ma profonde reconnaissance ainsi que mon estime pour vos qualités humaines et professionnelles

Vous êtes et vous resterez toujours une idole pour moi ainsi que pour les promotions à venir

A Mon maitre et juge de thèse

Mr le professeur A.Hrora

Professeur de chirurgie générale

En acceptant de faire partie de mon jury, non seulement vous m'honorez mais vous m'accordez un privilège qui ne fait que renchérir mes sentiments les plus respectueux envers votre personne

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance

A Mon maitre et juge de thèse

Mr le professeur F.SABBAH

Professeur de chirurgie générale

Vous m'avez fait l'honneur en acceptant de siéger parmi les membres de jury de cette thèse.

Qu'il me soit permis cher maitre, de vous exprimer ma vive reconnaissance et mon grand respect.

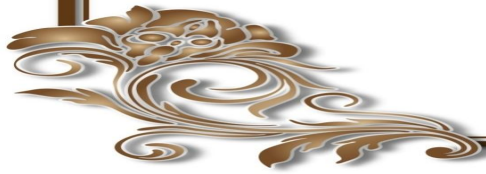
Sommaire

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	3
RESULTATS	17
I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS	18
A- Casuistique	18
B-Profil épidémiologique.....	18
I- Fréquence	18
II- Age.....	20
III Sexe :.....	21
C- Antécédents pathologiques	23
D -Diagnostic.....	24
I. Circonstances de découverte	24
1. <i>Délai de découverte</i>	24
2. <i>Signes révélateurs</i>	24
II. Examens complémentaires	25
1. <i>Explorations endoscopiques</i>	25
a. <i>Colonoscopie totale</i>	25
b. <i>Rectosigmoïdoscopie</i>	26
2. <i>Examens radiologiques</i>	26
a. <i>Echographie</i>	26
b. <i>Tomodensitométrie</i>	28

<i>c. Lavement baryté</i>	28
<i>d. Radiographie standard du thorax</i>	28
3- <i>Marqueurs tumoraux</i>	30
4- <i>Résultat des examens complémentaires :</i>	30
III- <i>Siège de la tumeur</i>	30
E- <i>Bilan d'opérabilité</i>	32
F- <i>Opérabilité et résécabilité</i>	32
G- <i>Types de résection</i>	32
H. <i>Organes macroscopiquement envahis par la tumeur et réséqués</i>	34
I . <i>Résultats anatomopathologiques de la pièce opératoire</i>	35
I. <i>Aspect macroscopique</i>	36
II. <i>Type histologique</i>	36
III. <i>Stade TNM</i>	36
J. <i>Suites opératoires immédiates</i>	41
K . <i>Suites au long cours</i>	42
L- <i>Traitement néo-adjuvant</i>	47
M- <i>Traitement adjuvant</i>	47
DISCUSSION	49
I. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	51
1. <i>Fréquence</i>	51
2. <i>Age</i>	53
3. <i>Sexe</i>	55
III. APPROCHE CLINIQUE ET PARACLINIQUE DU CANCER DU COLON	
LOCALEMENT AVANCE	56

IV. ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE	58
1. Siège de la tumeur	58
2. Aspect macroscopique	59
3. Type histologique	59
5. Classification TNM	60
a) Classification commune UICC (TNM) et AJCC	60
b) Classification de Dukes.....	62
c) Classification de Astler-Coller (Dukes modifié)	62
d) Correspondance entre Astler-Coller et TNM	62
CONCLUSION	80
ANNEXES	82
RESUMES	88
BIBLIOGRAPHIE	92

Introduction



L'incidence du cancer colorectal varie dans un rapport de 1 à 25 dans le monde. Elle est la plus élevée en Amérique du Nord et Nouvelle-Zélande et la plus faible en Inde, Asie, Afrique du Sud. En Europe, elle est plus élevée au Nord qu'au Sud et à l'Ouest qu'à l'Est.

En France, le cancer colorectal représente 13 % de l'ensemble des cancers. Il vient en 3^e position après les cancers du sein et de la prostate, les deux sexes réunis (39/100 000 chez l'homme et 24/100.000 chez la femme).

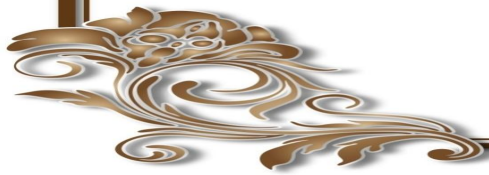
Avec le vieillissement de la population mondiale, une augmentation importante du nombre de cas est attendue.

Le Maroc constitue une zone de basse prévalence par rapport aux pays occidentaux d'après les différentes études menées dans ce sens.

Notre étude consiste à étudier l'évolution de 25 malades atteints de cancer du colon localement avancé colligés à la clinique chirurgicale « C » entre 2006 et 2010 .

Le but de cette étude est de cerner les problèmes que pose le cancer du colon localement avancé et de déterminer les facteurs influençant le pronostic et la survie de ces patients

Matériel et méthodes



Nous avons effectué une analyse rétrospective sur 25 patients ayant subi une chirurgie radicale pour les stades histologiques p T3 et p T4 du cancer du colon, avec ou sans envahissement ganglionnaire, sans métastases à distance, à la clinique chirurgicale C de l'hôpital IBN SINA de Janvier 2006 à Décembre 2010.

Nous nous sommes basés sur le registre des malades entrants-sortants du service de chirurgie C, sur la base de données du cancer du colon chez les patients ayant été hospitalisés au cours de cette période, des dossiers d'hospitalisation, des comptes rendus opératoires et anatomopathologiques.

Le suivi des malades a été recueilli à partir de l'examen du suivi noté sur le dossier d'hospitalisation lors du contrôle des patients et des informations fournies par le malade lui-même ou –en cas de décès de ce dernier- de son représentant le plus proche, via téléphone.

Critères d'inclusion :

Nous avons repéré 25 malades qui ont bénéficié d'une résection chirurgicale pour cancer du colon, localisé à la paroi ou infiltrant les organes de voisinage, constaté en péri-opératoire ou en per-opératoire.

Tous ces malades ont été bien suivis selon un protocole standard.

Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre étude, les tumeurs rectales et les tumeurs avec métastases à distance ou carcinose péritonéale .

Les paramètres analysés

En examinant les dossiers médicaux des patients, nous avons étudié les facteurs clinicopathologiques suivants :

- ✧ L'âge
- ✧ Le sexe
- ✧ Le délai d'apparition des symptômes motivant la consultation et ainsi l'hospitalisation
- ✧ Les signes cliniques que présentent les patients ainsi que les complications
- ✧ Le siège de la tumeur
- ✧ Les données des examens paracliniques
- ✧ Le type et la différenciation histologique
- ✧ L'envahissement ganglionnaire
- ✧ Les organes ou structures envahis.
- ✧ Le type de résection chirurgicale
- ✧ Les suites à court terme et au long cours
- ✧ Le recul

Les tumeurs ont été classées selon la classification de l'UICC 2002 (union internationale contre le cancer).

La morbidité post opératoire et la mortalité ont été évaluées à partir d'un examen de suivi médical des dossiers d'hospitalisation.

Pour repérer les patients ayant bénéficié d'une résection chirurgicale, nous avons accédé au registre des malades entrants –sortants de la clinique chirurgicale « C », à la base de données du cancer du colon du service, des dossiers d'hospitalisation, des comptes rendus opératoires et anatomopathologiques.

Le suivi des malades a été recueilli à partir de l'examen clinique du suivi de contrôle noté sur le dossier d'hospitalisation et des informations fournies par le malade lui-même, ou, en cas de décès de celui-ci, par son représentant physique, via téléphone.

Analyse statistique

Dans notre étude, l'analyse statistique a été effectuée par un logiciel SPSS 18 pour Windows 7.

La survie globale et la survie sans récurrence ont été calculées par la méthode de Kaplan – Meier.

Fiche d'exploitation : cancer du colon localement avancé

Nom : prénom : age : NE : NO : année :

Tel : adresse :

Motif d'hospitalisation :

ATCD : RCH : polypose : crohn : autres :

Clinique : Délai d'apparition : sd subocclusif :

 Rectorragies : masse : signes associés :

 Données de l'examen physique :

Paraclinique :

Echographie abdominale :

Coloscopie :

Lavement baryté :

TDM :

Rx pulmonaire :

Examen anatomopathologique :

Marqueurs tumoraux :

Traitement néo-adjuvant :

 Radiothérapie

 Chimiothérapie

Bilan biologique : TP : TCA : Hb : groupage : protidémie : Alb :

Intervention chirurgicale :

Suites immédiates :

Résultats fonctionnels :

Résultat anapath de la pièce opératoire :

Traitement adjuvant :

Suites au long cours : récidives métastases autre

Tableau synoptique

N°du cas	NE Date-int	Age	Sexe	Clinique Délai-sp	Siège Coloscopie-LB	Bilan d'extension Echo-TDM	Intervention réalisée	Suites opératoires	Anapath	Ttt adjuvant	Recul
1	3366G6 10/10/06	70	F	Délai : 5mois Rectorragies+ Sd subocclusif	A.colique Dt Processus tum ulcéré et hgique avec berges irrégulières o nv transverse- Angle colique Dt(95 cm de la MA)	Echo : pas de localisation II	Hémi-colectomie Dte +aniléocolique TT	Simple	ADK lieberkuhnien peu diff pT3N0M0	Aucun	Vivant à 62 mois
2	4073E 6 25/9/06	56	F	Délai : 20j Sd subocclusif +masse de la FID	Caecum Colo et LB non faits	TDM :Grosse masse tum tissulaire au nv caecum infiltrant la graisse de voisinage associée à de multiples nodules hép d'allure II	Pas de métastases hépatiques Hémi-colectomie Dte élargie aux tissus voisins Structures envahies : graisse de voisinage	Simple	ADK lieberkuhnien peu diff T4N2M0	Chimiottt indiquée non faite	DCD à 8 mois 05/ 2007 Méta osseuses

Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

3	1376G6 16/5/06	64	M	Délai : 3mois Sd subocclusif	Sigmoïde Processus bourgeonnant circonférentiel sténosant à 40cm de la MA. LB : image en trognon de pomme à la jonction sigmoïdo-iliaque sténosante Aspect en faveur d'un ADK sigmoïdien	Echo : épaissement digestif nodulaire d'allure tum au nv de la FIG	Coléctomie segmentaire Gche+ anacolocolique TT	Simples	ADK lieberkuhnien T3N2M0	Chimiottt : 6 séances	Vivant à 55 mois
4	35H7 29/6/07	69	M	Délai : 3mois Rectorragi es+Sd subocclusif	Sigmoïde 1 polype à 15cm de la MA+2 polypes plans à 10cm de la MA LB : aspect de sténose tum agressive o du sigmoïde	Echo : pas de loc II	Coléctomie subtotale +anailéorectale	Simples	ADK moy diff T3N1M0	Chimiottt 6 séances	Vivant à 42 mois
5	70H7 11/6/07	41	F	Délai : 12 mois Masse de la FID	Caecum Processus ulcérobourgeonnant étendu jusqu'au coecum le comblant. la valvule de Bauhin est probablement prise par le processus	Echo : Volumineuse masse tissulaire hypoéchogène de contours irrég o nv de FIDte=>processus expansif malin du carrefour ileocaecal. TDM : processus des 1/3 moy et inf du colon Dt avc extension locoreg sans loc II à distance.	Hémi-coléctomie Dte +résection de l'anse iléale envahie +ana iléotransverse et iléoileale Structures envahies : grêle	Simples	ADK colloïde muqueux bien diff T4N1M0	Chimiottt indiquée non faite	Vivant à 42 mois

Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

6	1018F8 20/5/08	34	M	Délai : 3mois Constipation	Angle colique Dt Processus ulcérobourgeonnant sténosant empêchant la progression LB :image en trognon de pomme o nv du colon ascendant	Echo :epaississemnt pariétal digestif+aspect de pseudorein suspect de processus tum colique	Hémi-coléctomie Dte +ana iléocolique TT Structures envahies : segment VI du foie + Muscle petit oblique (pas de méta hépatique)	Simples	ADK peu diff T4N0M0	Chimiott 6 séances pdt 6 mois= 1 séance/mois	Vivant à 31 mois
7	1856F8 30/9/08	82	M	Délai : 7 mois Masse de la FIG	Sigmoïde O nv du colon G : processus bourgeonnant occupant le ¼ de la circonférence Rectosigmoidoscopie :polyp e plan à 50cm de la MA étalé sur 0.5cm LB :image lacunaire o nv de la jonction rectosigmoïdienne avc dilatation du segmnt en amont	Echo-TDM :pas de loc II	Hémi-coléctomie Gche+ ana colosigmoïdienne	Simples	ADK bien différencié T3N0M0	Aucun	Vivant à 26 mois
8	1706 E8 22/7/08	30	F	Délai : 2mois Masse de la FIG	Sigmoïde Tm ulcérovégétante du sigmoïde à 30 cm de la MA	TDM : Epaisisssemnt circonférentiel de la région rectosigmoïdienne d'origine tum. Pas d'extension locoreg ou a distance	Résection segmentaire du sigmoïde sous coelio Structures envahies : Infiltration de la paroi colique jusqu'à la séreuse	Simples	ADK lieberkuhnien bien diff T4N0M0	Chimiott Dernière séance reçue le 8/9/2008	Vivant à 41 mois

Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

9	2516 E8 10/11/08	79	F	Délai : 1mois Sd subocclusif	Sigmoïde Processus ulcérobourgeonnant sténosant du colon G	TDM : Processus d'allure tum sténosant du colon G et une partie du sigmoïde réalisant une distension dig et infiltrant en amont	Résection segmentaire emportant la Tm+ anastomose colique TT	Simple	ADK lieberkuhnien bien diff T3NxM0	Chimiottt	Vivant à 37 mois
10	794H9 20/2/09	53	M	Délai : 1 sem Masse de l'HDT et FIDte Opéré pr Tm caecale 7ans auparavant	Colon ascendant Anastomose iléocolique propre sans récidence tum.siège d'un pt polype. Le reste de la coloscopie est normale	TDM :masse abdo oblongue 89x53mm d'allure tum faisant saillie ds la lum du colon ascendant Greffe nodulaire péritonéale venant en contact intime avc les anses grêles avoisinantes entraînant par le biais obstructif. Importante distension digestive en aval	1- 2002 :Hémi-colectomie dte emportant la dernière anse iléale et colon ascendant + ana.iléocolique TT PUIS 2-2009 :Résection tum emportant l'ancienne anastomose ac colerette sigmoïdienne+ana jéjuno-colique Structures envahies : grêle		ADK lieberkuhnien moy diff pT4N2M0	Chimiottt 8 séances : Fufol	Vivant à 9 ans (100 mois) Méta pulmonaire suspectée
11	2025G9 11/6/09	66	M	Délai : 24 mois Vomissements	Angle colique G Tm colique ulcéroinfiltrante et nodulaire de l'A.colique G à 90cm de la MA. LB :image de sténose irrégulière de l'A.colique G, inchangée pdt tte la durée de l'examen+ image lacunaire du colon transverse suggérant un polype	Echo : dilatation des anses intestinales ds le pelvis. TDM :blindage en regard de la lx de l'angle colique G sous forme d'une plage de 37x42mm	Colectomie Gche emportant les 2/3 Gche du transverse +anacologique TT	Surinfection de la paroi	ADK peu diff T3N2M0	Chimiottt 8 séances : xeloda+ zomita	Vivant à 8 mois Méta osseuse

Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

12	6619 11/6/09	84	M	Délai : 1mois Masse du fl Dt +moelena	Angle colique Dt Colo et LB non faits	TDM : processus tum de l'angle colique dt. Epaississemnt tissulaire de l'ang.colique dt en faveur d'une atteinte néopl avc envahissemnt périphérique.	Hémi-coléctomie Dte +ana iléotransverse	Simples	ADK colloide muqueux T3N0M0	aucun	Vivant à 18 mois
13	2876G9 1/09/09	58	M	Délai : 2mois Rectorragi es+ sd subocclusif	Colon descendant Zone de sténose fixée o nv du colon G avc aspect déchiqueté des bords évoquant en premier une lx tum	Echo : epanchemnt au nv du mousson en périphérique interanses et du Douglas TDM :important epaississemnt pariétal au nv du colon G avc un flou de la graisse régionale péricolique, l'ensemble évoquant une lx tum du colon G	Coléctomie segmentaire Gche haute+anacolocolique TT	Péritonite post op par lavage Reprise chir stomie	ADK lieberkuhnien bien diff avc composante colloide muqueuse (40%) T3N1M0	aucun	DCD 6 mois après l'op ds un état cachectique
14	1470 E9 08/7/09	54	M	Délai : 5mois après op pr Kc colon G Masse du fl Dt	Colon Dt (02/2009) Colon ascendant Processus ulcérobourgeonnant Du 1/3 Dt du colon transverse. Polype sessile à 85 cm de la MA+polype à 5cm de la MA	Echo : epaississemnt dig au nv du flanc Dt+FIDte TDM : processus lésionnel circonférentiel de la portion moy du colon ascendant avc infiltration de la graisse périlésionnelle+ ADP iliaque Ive Dte	Coléctomie subtotale+ ana iléo rectale	Simples	ADK lieberkuhnien bien diff T3N0M0	Chimiottt : 8 séances : xeloda	Vivant à 18 mois

Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

15	1491 E9 22/7/09	34	F	Délai : 2mois rectorragies	Colon Dt LB :processus expansif du colon Dt avec image atypique en trognon de pomme	Echo-TDM : pas de loc II	Découverte en per opératoire d'une polypose colique + Coléctomie totale +ana iléo rectale	Simples	ADK lieberkuhnien bien diff T3N0M0	Chimiottt 2 séances	Vivant à 17 mois
16	919 E9 4/05/09	46	M	Délai : 2mois Vomissements	Colon Dt Colo post op : Anastomose iléotransverse siège d'un pt bourrelet sans +.	TDM post op: pas de lx évolutive à l'étage abdo-pelv et thoracique	Hémi-colectomie Dte	Simples	Carcinome colloide muqueux T3N0M0	Aucun	Vivant à 20 mois
17	1850 E9 20/11/09	67	M	Délai : 6mois Sd subocclusif	Sigmoide Colo et LB non faits car Tm sténosante	Echo : pas de loc II	15/06/09 /Résection sigmoïdienne+ana colorectale et stomie colique de protection Repris le 20/11/09 pr rétablissement de continuité par voie déclive	simples	ADK lieberkuhnien bien diff T3N1M0	Chimiottt 2 séances dont la dernière reçue le 2/12/09	Vivant à 13 mois
18	524 E9 13/3/09	54	M	Délai : 2mois Tbs de transit	Sigmoide Processus tumoral du sigmoide à 18 cm de la MA	TDM : epaississement circonférentiel tissulaire au nc de la portion distale du sigmoide	Résection segmentaire du sigmoide	Simples	ADK lieberkuhnien bien diff T3N1M0	Chimio Indiquée nn faite	Vivant à 22 mois

Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

19	908JO 26/4/10	78	M	Délai : 15 jrs Déc fortuite	Caecum Processus ulcéro bourgeonnant caecal+polype de l'A.colique Dt + polype à 15 cm de la MA	Echo : processus tissul dig de l'hypochondre Dt TDM : processus tum du bas fond caecal avc infiltration de la graisse adjacente sans atteinte hép ou adénomégalie profonde	Hemicolectomie Dte +ana iléotransverse terminolatérale Résection endoscopique du polype à 15 cm de la MA Structures envahies : graisse de voisinage	Simples	ADK lieberkuhnien T4N2M0	Chimio Indiquée nn faite	Vivant à 8 mois
20	634F10 22/12/1 0	68	M	Délai : 2mois Tbs de transit	Angle colique Droit Tm sténosante de l'A.colique Dt infiltrante infranchissable dure a la biopsie+ polype pediculé rouge de la charnière rectosigmoïdienne (15cm de la MA) mesurant 1cm de gd axe. LB : arrêt de type tumoral de l'A.colique Dt en rapport avc l'infiltration de la graisse périphérique	Echo : pas de loc lia	Hémicolectomie Dte Structures envahies : graisse de voisinage	Simples	ADK moy diff T4N0M0	Chimiottt	Vivant à 1 mois
21	862M0 7/04/10	65	M	Délai : 4mois rectorragie s	Angle colique Gauche Tm végétante sténosante à 40 cm juste avant l'A.colique G LB :rétrecissemnt irrégulier o nv de l'A.colique G	Echo : foie dysmorphique sans métastases + HTP . Epaississemnt de la muq colique. Pas d'ascite.	Colectomie segmentaire haute+ana olocolique TT	Simples	ADK lieberkuhnien moy diff T3N1M0	Chimiottt 6séances	Vivant à 8 mois

Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

22	861K0 27/4/10	45	F	Délai : 1mois Sd subocclusif	Sigmoïde Ascension du coloscope jusqu'au sigmoïde à 50 cm de la MA, au-delà->progression impossible (matières fécales) Muq rectale et sigmoïdienne d'aspect normal. LB : image d'arrêt polypoïde et irrégulier o nv de la jonction colon descendant-sigmoïde, évoquant un processus tum agressif colique	TDM :épaississement tissulaire circonférentiel au nc de la portion distale du sigmoïde irrég avc infiltration de la graisse autour, mesurant 20x35mm + importante distension hydroaérique grélocalique	Résection segmentaire du sigmoïde+ ana colorectaleTT+curage ggaire Structures envahies : graisse de voisinage	Simples	ADK lieberkuhnien moy diff T4N1M0	Chimiottt 2 séances puis arrêt par le patient	Vivant à 7 mois
23	2104M 0 23/8/10	45	F	Délai : 4mois Tbs de transit	Sigmoïde Processus tum du sigmoïde à 20cm de la MA au delà et jusqu'au caecum	TDM : lx hypodense après injection centimétrique du segmt VII hép lia probable	Résection colorectale+ana latérotérminale colorectale	Simples	ADK lieberkuhnien bien diff T3N2M0	Chimiottt	Vivant à 4 mois Méta ovariennes

Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

24	1115M 0 28/4/10	40	M	Délai : 1an Rectorragies+ sd subocclusif Opéré à meknes pr ADK colique à 30 cm de la MA=> colectomie G segmentaire basse+ana stomose colorectale T-T	Sigmoïde Processus bourgeonnant en lobe d'oreille hémicircconférentiel à 18 cm de la MA	TDM : 2 formations arrondies bourgeonnantes rectosigmoïdiennes endoluminales en rapport avc les polypes Infiltration de la graisse périphérique	Colectomie subtotale +ana iléorectale Structures envahies : graisse de voisinage	Simples	ADK moy diff T4N2M0	Chimiottt 10 séances : Oxapalatine + xeloda	Vivant à 8 mois
25	1598JO 23/7/10	50	F	Délai : 8 mois Sd subocclusif	Colon descendant Colo et LB non faits	Echo :épaississement pariétal de l'angle colique G TDM : processus lésionnel colique étendu intéressant le colon descendant	Hémiectomie Gche+ana colosigmoïdienne TT Structures envahies : infiltration de toute la paroi colique (séreuse)	simples	ADK lieberkuhnien T4N0M0	Chimiottt 8 séances : Eluxatine 200mg	Vivant à 4 mois



Résultats

I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS

Notre étude intéresse 25 patients qui ont été sélectionnés selon la classification TNM UICC 2002.

Il s'agit de patients ayant une tumeur du colon classée T3,T4,N0, N1 ou N2 mais sans carcinose et sans métastases colligées à la clinique chirurgicale « C » entre Janvier 2006 et Décembre 2010 sur une période de 5 ans.

A- Casuistique

Sur un total de 73 patients hospitalisés au service de chirurgie « C » pour un cancer du colon, de la période allant de Janvier 2006 a Décembre 2010, 25 patients présentaient un cancer du colon localement avancé.

B-Profil épidémiologique

I- Fréquence

Les cas de cancers du colon localement avancé inclus dans cette étude représentent 34.24% de l'ensemble des cas du cancer du colon pris en charge entre 2006 et 2010.(tableau n°1 ; figure n°1)

Tableau N°1 : Répartition annuelle des cas de cancer du colon localement avancé

	2006	2007	2008	2009	2010	total
effectif des cancers du colon localement avancé	3	2	4	9	7	25
effectif des cancers du colon	10	8	12	20	23	73
pourcentage	30	25	33,33	45	30,43	34,24

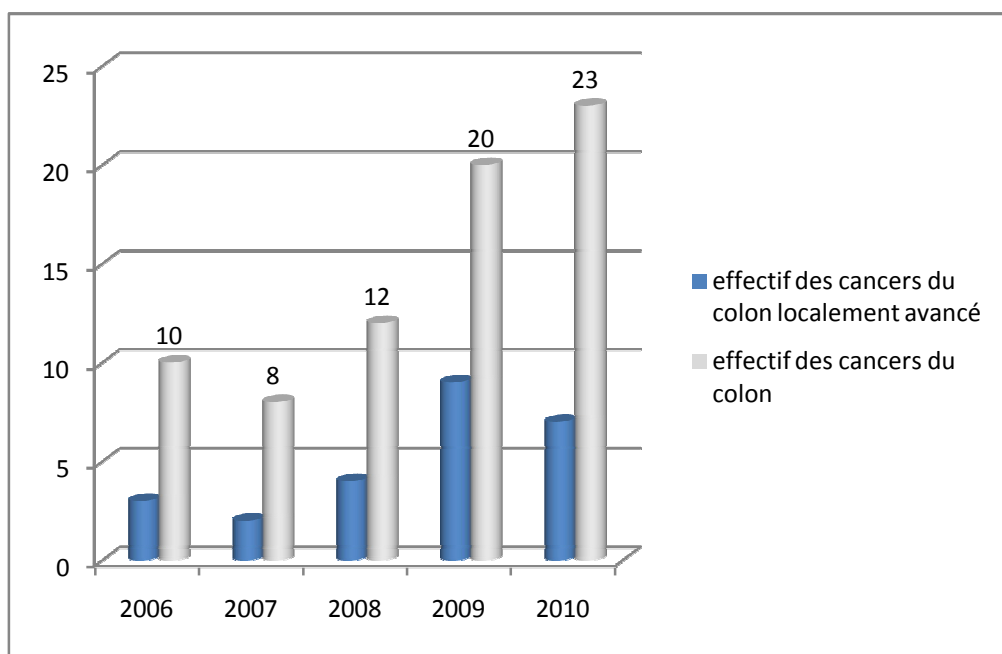


Figure N° 1 : Répartition annuelle des cas de cancer du colon localement avancé

II- Age

L'âge de nos patients variait de 30 à 84 ans avec une moyenne d'âge de 57,28 +ou- 15,58.

Les patients âgés de plus de 40 ans étaient la tranche d'âge la plus touchée, avec un taux de 92 %

- ✧ Patients âgés de moins de 40 ans : n = 4
- ✧ Patients âgés entre 41 et 70 ans : n = 17
- ✧ Patients âgés de plus de 70 ans : n = 4 (Voir Figure n°2)

Tableau N° 2: Répartition des cas selon la tranche d'âge

tranche d'âge	effectif	Pourcentage(%)
<ou= 40 ans	4	16
41 à 70 ans	17	68
> 70 ans	4	16

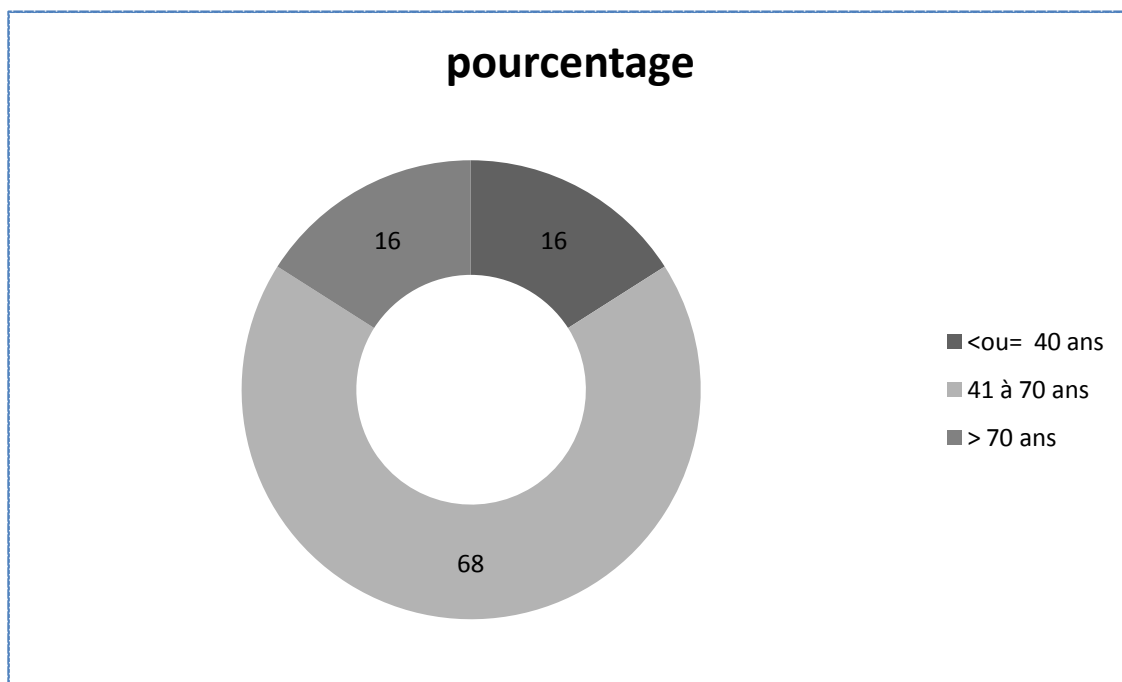


Figure N° 2: Répartition des cas selon la tranche d'âge

III Sexe :

On note que le sexe masculin est plus touché que le sexe féminin par le cancer localement avancé. (Tableau n°3, figure n°3)

Tableau N° 3 : Répartition des cas selon le sexe

	effectif	Pourcentage (%)
hommes	16	64
femmes	9	36
total	25	100

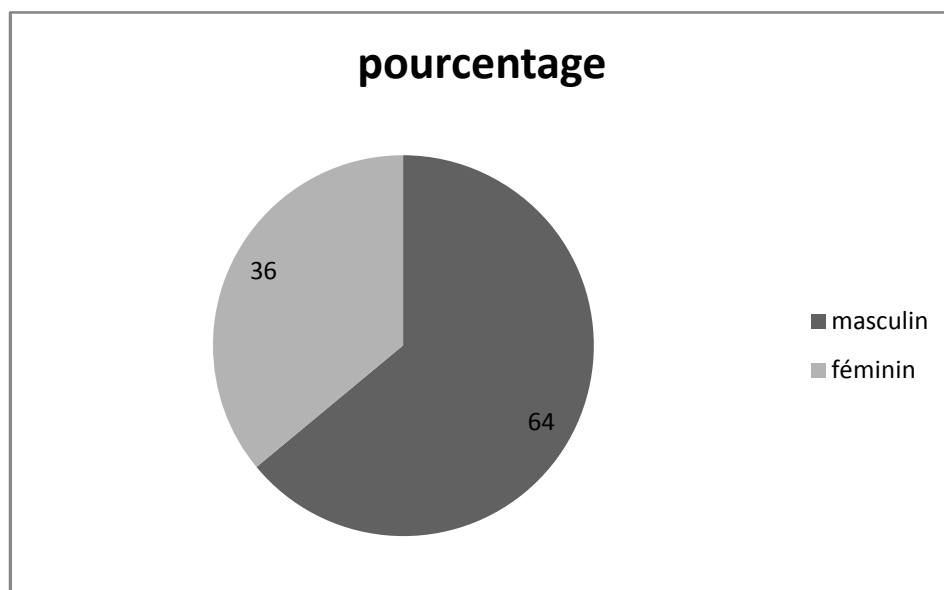


Figure N°3: Répartition des cas selon le sexe

le sexe masculin représente presque le double du sexe féminin (64% vs 36%), avec un sexe ratio de 1.7.

Tableau N°4 : Répartition des patients par sexe en fonction de tranche d'âge

sexe	<ou= 40 ans	41 à 70 ans	> 70 ans
masculin	3	7	1
féminin	1	10	3
total	4	17	4
pourcentage	16	68	16

Le sexe féminin prédomine légèrement à partir de 40 ans

C- Antécédents pathologiques

Les antécédents des patients de notre série sont les suivants :

❖ Antécédents familiaux de cancer : 1 cas

✧ Frère : tumeur osseuse

✧ Cousines : cancer du colon

❖ Antécédents personnels de cancer du colon : 4 cas

2 du colon gauche et deux du colon droit avec récurrence controlatérale.

❖ Adénome de prostate : 1 cas

❖ Hypertension artérielle : 4 cas

❖ Hépatite C : 1 cas

❖ Diabète : 1 cas

❖ Cirrhose : 1 cas

❖ Hémorroïdes : 1 cas

❖ Angine de poitrine : 1 cas

❖ Hernie inguinale opérée : 2 cas

❖ Appendicectomie : 1 cas

D -Diagnostic

I. Circonstances de découverte

1. Délai de découverte

Le délai de découverte moyen chez nos patients était de 03 mois avec des quartiles à 2 et à 6 mois des extrêmes allant de 15 jours à 2 ans .

2. Signes révélateurs

- ✧ Syndrome subocclusif
- ✧ Rectorragies
- ✧ Masse de la fosse iliaque ou du flanc
- ✧ Autres

(Voir figure n°4)

Tableau n° 5 : répartition des cas selon les signes révélateurs

Signes	Effectifs	Pourcentage (%)
Subocclusion	10	40
Rectorragies	2	8
Masse abdominale	6	24
autres	7	28

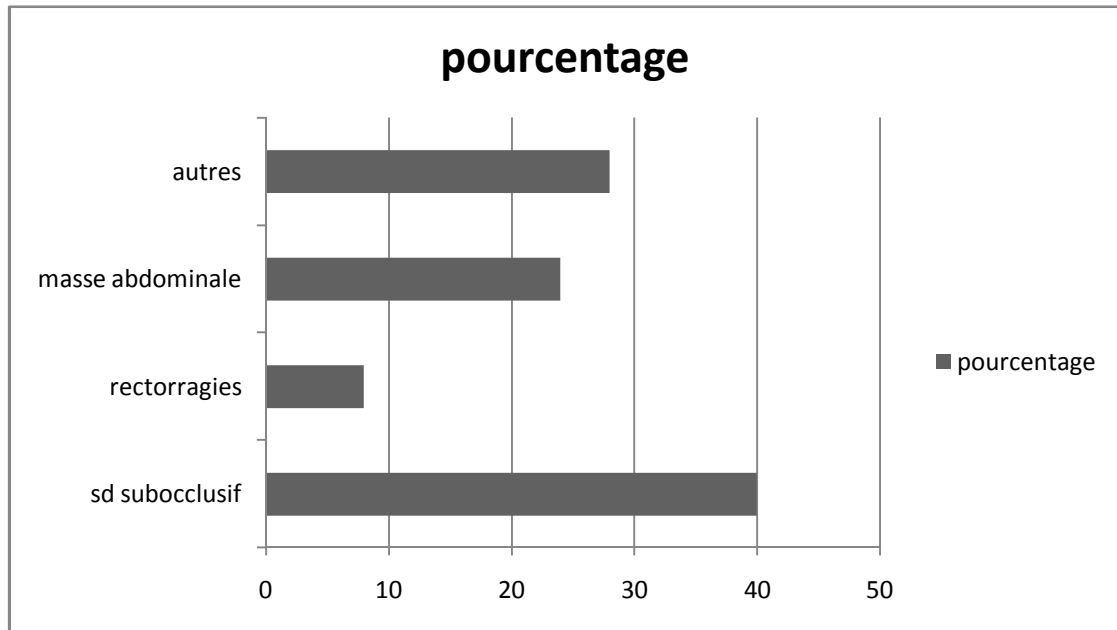


Figure N° 4 : Répartition des cas selon les signes révélateurs

Le tableau de subocclusion représente le signe révélateur le plus fréquent **(40%)** suivi de la perception de masse abdominale **(24%)**

II. Examens complémentaires

1. Explorations endoscopiques

a. Colonoscopie totale

Elle a été réalisée chez 21 patients soit 84 % de l'ensemble de nos malades. Elle a confirmé le diagnostic ainsi que le siège de la tumeur.

Elle joue un rôle clé pour la détection de polypes. D'ailleurs elle a objectivé la présence de polypes chez 36% de nos patients. dans notre série, ce fut le cas pour 9 patients, soit 16% des cas.

b. Rectosigmoïdoscopie

Elle a été réalisée chez un seul patient. Elle a permis de mettre en évidence la présence d'un polype plan à 50 cm de la marge anale, étalé sur 0,5 cm, chez un patient présentant une tumeur localisée au niveau du sigmoïde.

2. Examens radiologiques

a. Echographie (Tableau n° 6, Figure n° 5)

Elle a été réalisée chez 15 patients. Elle a permis de montrer différents aspects :

- ✧ Un épaissement digestif chez 4 patients
- ✧ Un processus tumoral chez 3 patients
- ✧ Une masse tissulaire chez 2 patients
- ✧ Chez les six autres patients, l'échographie est revenue normale. Elle n'a pas détecté de localisation secondaire.

Tableau N° 6 : Répartition des cas selon le résultat de l'échographie

Examen échographique	Pourcentage (%)
normal	33,33
anormal	66,66
total	100

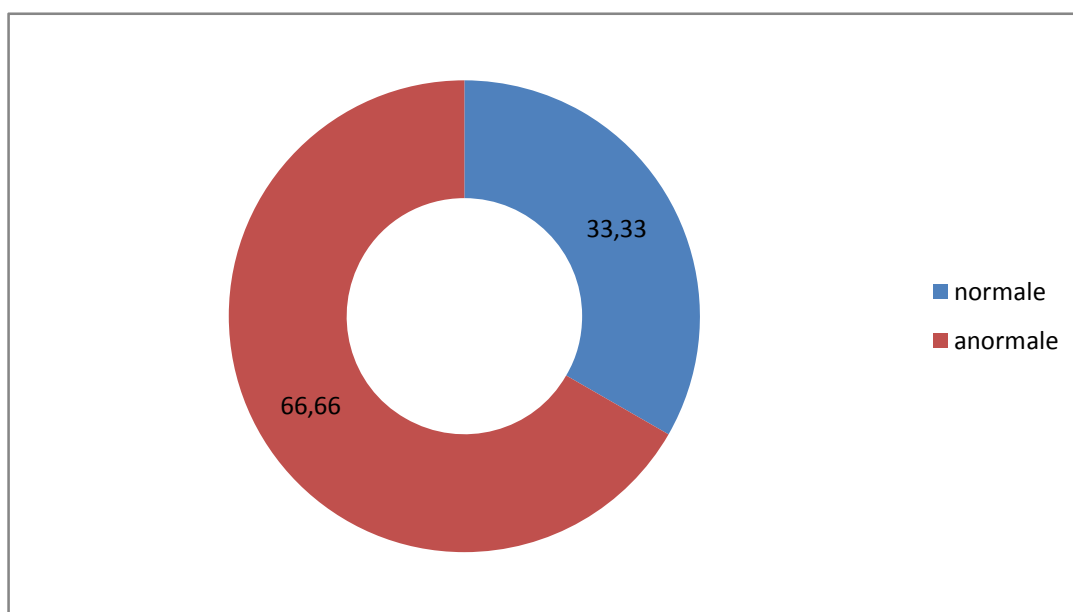


Figure N° 5 : Répartition des cas selon le résultat de l'échographie

L'échographie a montré des anomalies chez les 2/3 des patients

b. Tomodensitométrie

Elle permet de faire le bilan d'extension de la tumeur en question, de mieux la localiser par rapport aux tissus et organes adjacents et de préciser son caractère et sa taille tumorale.

Elle a été réalisée chez 18 de nos patients

Elle a objectivé l'extension locorégionale chez 12 patients de notre série.

c. Lavement baryté

Il a été réalisé chez 09 patients de notre série.

Il a montré les aspects suivants :

- ✧ Image en trognon de pomme chez 3 patients
- ✧ Aspect de sténose chez 2 patients
- ✧ Image lacunaire chez un seul patient
- ✧ Image d'arrêt chez 2 patients, dont un cas d'image d'arrêt polypoïde

1 patient présentait au lavement baryté les 2 aspects en même temps : image lacunaire+aspect de sténose (cas n11)

Le LB a permis de détecter la présence de polype chez un patient chez qui la coloscopie était difficile à réaliser (cas 22)

d. Radiographie standard du thorax

Elle a été réalisée chez tous nos patients. Tous les clichés étaient normaux.

Tableau N° 7: Examens complémentaires

examen complémentaire	réalisé	% de réalisation
coloscopie	21	84
rectosigmoidoscopie	1	4
échographie	15	60
lavement baryté	9	36
TDM	18	72
radio du thorax	25	100
marqueurs tumoraux	17	68

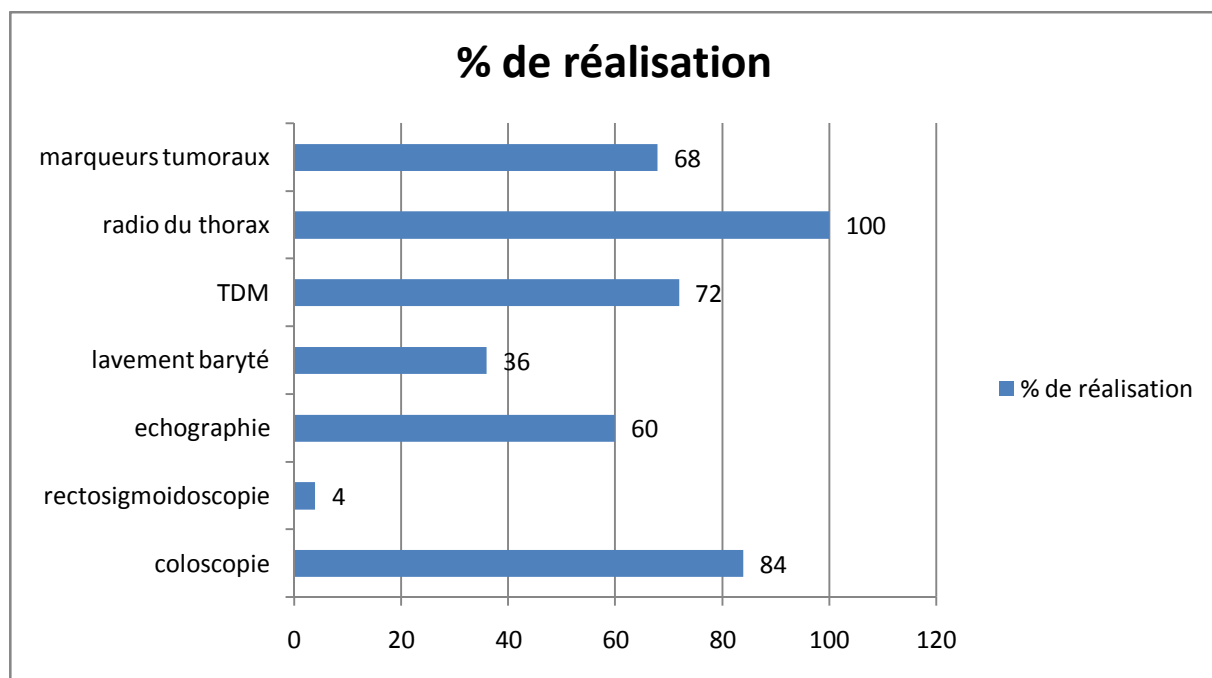


Figure N° 6 : Examens complémentaires

3- Marqueurs tumoraux

Le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire a été réalisé chez 17 patients soit 68%

Il était inférieur à la normale (<5 ng/l) chez 10 patients, soit 40% des malades

Il était supérieur à 05 ng/l chez 07 patients, soit 28% de nos malades

La valeur ACE moyenne était de 3.38 [2.6—10.6], avec une minimale de 1.6 ng/l et une maximale de 212 ng/l.

4- Résultat des examens complémentaires :

Le diagnostic de tumeur du colon a été porté sur les données histologiques lors de la colonoscopie chez 21 malades.

Les 04 autres malades, sur les données de l'échographie et de la tomodensitométrie abdomino-pelvienne.

III- Siège de la tumeur

Au terme des explorations endoscopiques et radiologiques, le siège de la tumeur a pu être déterminé avec précision. (Tableau n°8, figure n°7)

La localisation sigmoïdienne dominait le tableau, comme le montre les résultats ci-dessous:

- ✧ Sigmoides : n = 10
- ✧ Angle colique droit : n = 4
- ✧ Colon ascendant : n = 4
- ✧ Caecum : n = 3
- ✧ Colon descendant : n = 2
- ✧ Angle colique gauche : n = 2

Tableau N° 8 : répartition des cas selon la localisation

localisation	nombre de cas	pourcentage
sigmoïde	10	40
angle colique droit	4	16
colon ascendant	4	16
caecum	3	12
colon descendant	2	8
angle colique gauche	2	8

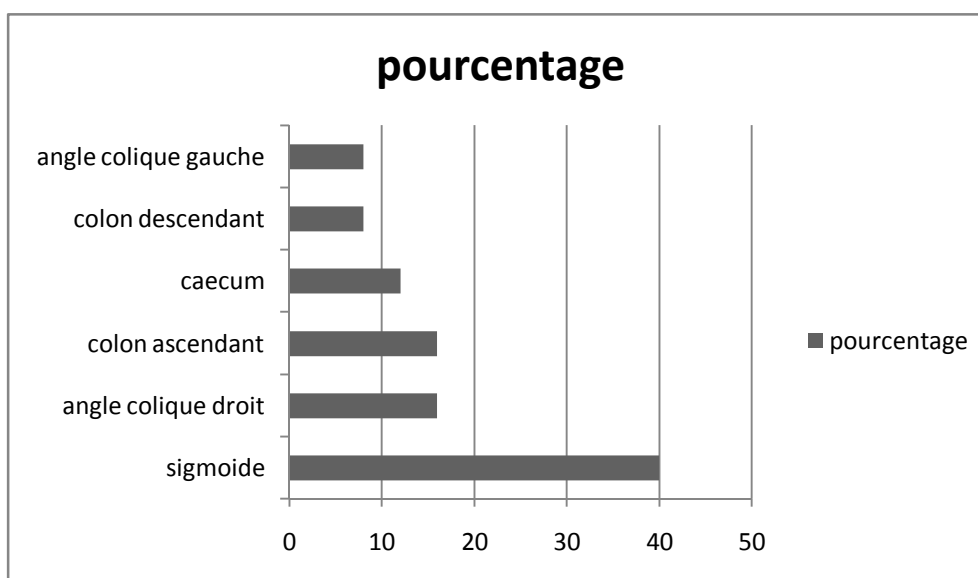


Figure N° 7 : Répartition des cas selon la localisation

Le sigmoïde est le siège le plus fréquent avec 40% des cas, suivi de l'angle colique droit et du colon ascendant (16% chacun).

E- Bilan d'opérabilité

Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan pré-opératoire comprenant un examen cardiovasculaire avec électrocardiogramme, un examen pleuropulmonaire avec radiographie standard du thorax, un bilan biologique fait d'une numération formule sanguine, d'un ionogramme sanguine avec protidémie, d'un groupage sanguine et d'un bilan d'hémostase.

Au terme de ce bilan, aucun de nos patients n'avait une contre-indication opératoire d'ordre anesthésique.

F- Opérabilité et résécabilité

Notre étude n'a inclus que des malades opérables et résécables. Nous avons donc une opérabilité et une résécabilité à 100%.

La résection a été réalisée en intention curative chez tous les malades

Tous nos patients étaient opérables. Donc elle était de 100% dans notre série.

G- Types de résection

- ✧ 09 patients ont subi une hémicolectomie droite
- ✧ 07 patients ont subi une résection segmentaire
- ✧ 06 patients ont subi une colectomie subtotale
- ✧ 03 patients ont subi une hémicolectomie gauche

Tableau N°9 : Répartition des cas selon le type de résection

Type de résection	nombre de patients	Pourcentage (%)
hémicolectomie droite	9	36
résection segmentaire	7	28
Colectomie subtotale	6	24
hémicolectomie gauche	3	12

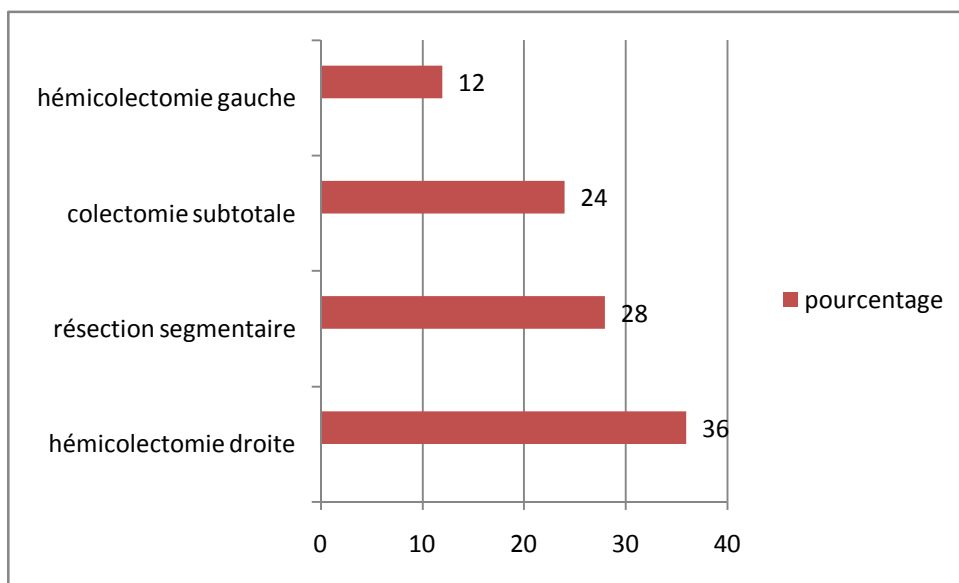


Figure N°8 : Répartition des cas selon le type de résection

L'hémicolectomie a été réalisée chez la moitié des patients (36% à droite et 12% à gauche)

24% ont subi une colectomie subtotale

La résection segmentaire n'a été faite que chez 28% des patients

H. Organes macroscopiquement envahis par la tumeur et réséqués

La graisse de voisinage est infiltrée chez 05 patients, soit 16% des patients

L'intestin grêle est infiltré chez 02 patients, soit 8% des patients

Le foie est infiltré chez 01 patient soit 4% des patients

17% des patients n'avaient pas d'organe envahi en dehors du colon lui-même.

Tableau n°10: distribution des cas selon les structures envahies par la tumeur

Structure envahie	nombre de cas	Pourcentage (%)
graisse de voisinage	05	20
grêle	01	4
Grêle + sigmoïde	01	4
foie	01	4
aucun	17	68

Le patient présentant un envahissement hépatique, s'avérait avoir des adhérences inflammatoires lors de l'acte chirurgical, et l'examen anatomopathologique a éliminé l'invasion tumorale .

La résection chirurgicale a été élargie aux structures voisines envahies par la tumeur colique chez 08 patients, soit 32% des cas de notre série .

Les 68% des patients restants, autrement dit, les 17 autres patients avaient bénéficié d'une résection limitée au colon

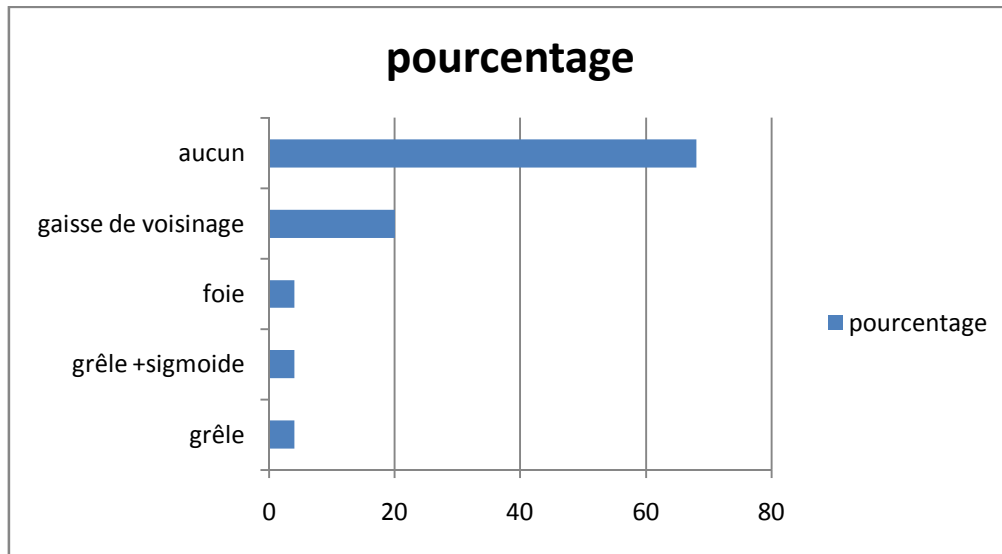


Figure N° 9 : Distribution des cas selon l'envahissement des organes de voisinage

Les 2/3 des patients n'avaient pas d' envahissementd' organes de voisinage

I . Résultats anatomopathologiques de la pièce opératoire

Le diagnostic clinique et radiologique de l'infiltration tumorale a été complété par un examen anatomopathologique systématique de la pièce opératoire chez tous nos patients.

L'adhérence ou infiltration inflammatoire des organes de voisinage sans envahissement carcinologique a été détectée chez 01 patient, à savoir, les patients qui présentait un aspect d'envahissement hépatique à la tomodensitométrie et en per-opératoire.

L'envahissement métastatique de ganglions lymphatiques était présent chez 15 patients dans notre série, soit 60% de l'ensemble des patients.

I. Aspect macroscopique

Dans notre série, l'aspect macroscopique a été précisé dans 14 cas

- ✧ Forme infiltrante : 13 cas
- ✧ Forme ulcéro-bourgeonnante : 1 seul cas
- ✧ Forme non précisée

II. Type histologique

Chez nos 25 malades, l'ADK était le seul type retrouvé :

- ✧ L'ADK bien différencié est retrouvé chez 12 patients, soit 48%
- ✧ L'ADK moyennement différencié est retrouvé chez 06 patients, soit 24%
- ✧ L'ADK peu différencié est retrouvé chez 04 patients, soit 16%
- ✧ L'ADK colloïde muqueux est retrouvé chez 3 patients, soit 12%

III. Stade TNM

Dans notre série, l'extension à la paroi colique et l'extension aux ganglions lymphatiques ont été établies d'après les données des compte-rendus anatomopathologiques de la pièce opératoire, les données de l'exploration opératoire et d'après les bilans de la maladie

La classification selon **T** est répartie chez nos 25 patients ainsi :

Notre étude ne comporte que les patients ayant une tumeur du colon classée stade T3 ou T4. (Tableau n°11, Figure n°10)

➤ T3 : 15 cas, soit 60%

Il s'agit de tumeurs touchant la paroi colique jusqu'à la séreuse sans la dépasser.

➤ T4 : 10 cas, soit 40%

Il s'agit là de tumeurs touchant la séreuse colique à l'étude de la pièce opératoire, avec envahissement d'une structure adjacente ou un organe de voisinage ou encore la paroi abdominale.

Corrélation entre les données opératoires et les données histologiques :

Les 07 patients ayant un organe adjacent envahi ont une infiltration histologique et 03 patients ont une tumeur infiltrant la séreuse colique.

Tableau N° 11 : Répartition des cas selon le stade de la tumeur

stade	nombre de cas	Pourcentage (%)
T3	15	60
T4	10	40

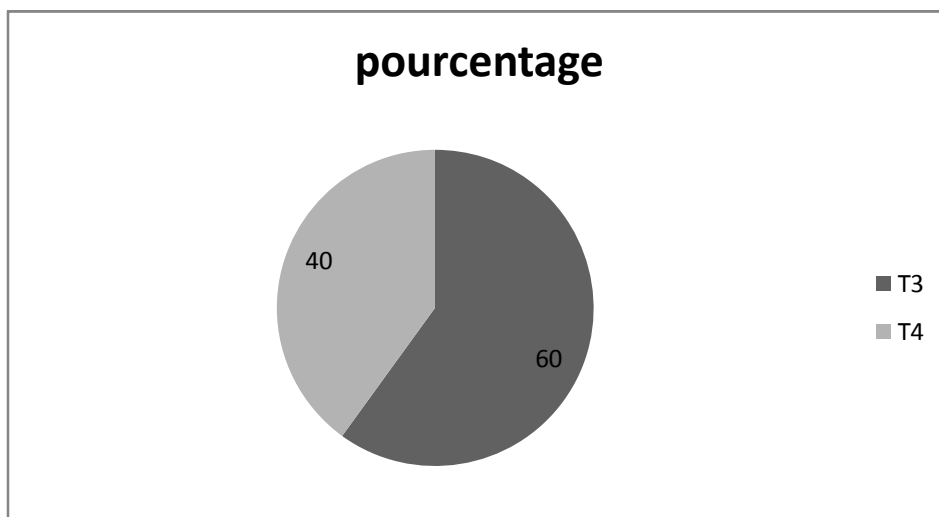


Figure N° 10 : Répartition des cas selon le stade de la tumeur

60% de nos patients étaient au stade T3 et 40% au stade T4 lors de la prise en charge.

La classification selon **N** est répartie chez nos patients comme suit (Tableau n°12, figure n°11) :

N0 : 10 cas, soit 40%

N1 : 07 cas, soit 28%

N2 : 07 cas, soit 28%

Nx : 01 cas, soit 4%

La classification selon **M**

L'absence de métastase à distance est un critère d'inclusion de base dans notre étude. Par conséquent, tous nos patients avaient un stade M0, au moment de la chirurgie .

Regroupement en stades TNM: (Tableau n° 12, figure n°11)

- **stade I** : T1 N0M0, T2N0M0,
- **stade II** : T3 N0M0, T4 N0M0,
- **stade III**: quelque soit le T, N1, N2 ou N3, M0,
- **stade IV**: quelque soit le T ou le N, M1.

Dans notre série :

- **Stade II** : 10 cas
- **Stade III** : 14 cas

Stade N	nombre de cas	Pourcentage (%)
No	10	40
N1	7	28
N2	7	28
Nx	1	4

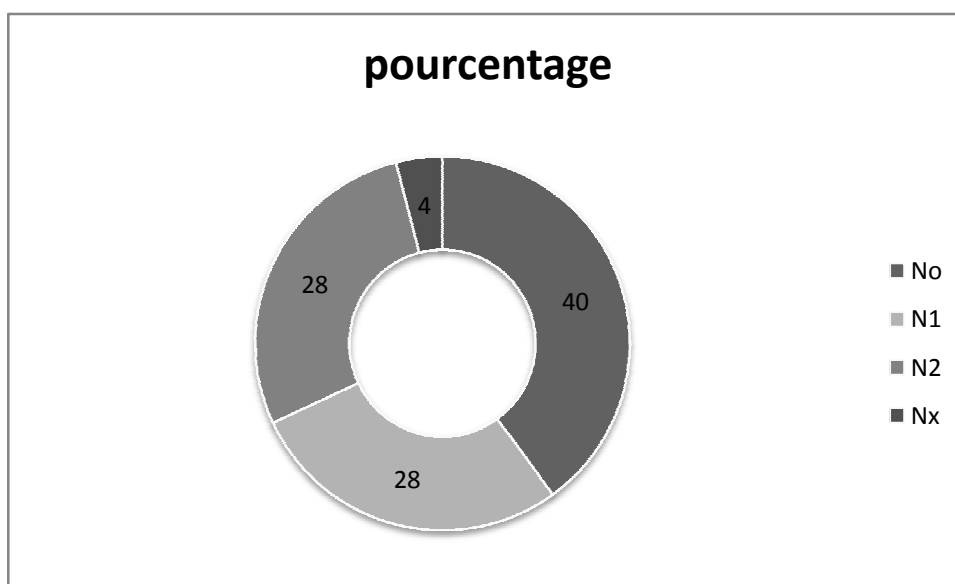


Figure N° 11 : Répartition des cas selon le stade N

40% de nos patients n'avait d'invasion ganglionnaire

28% sont au stade N1 et 28% au stade N2

Un cas est classé Nx

Tableau N° 13 : Répartition des cas selon la classification TNM

	nombre de cas	Pourcentage (%)
T3NxMo	1	4
T3NoMo	6	24
T3N1Mo	5	20
T3N2Mo	3	12
T4NoMo	4	16
T4N1Mo	2	8
T4N2Mo	4	16
total	25	100

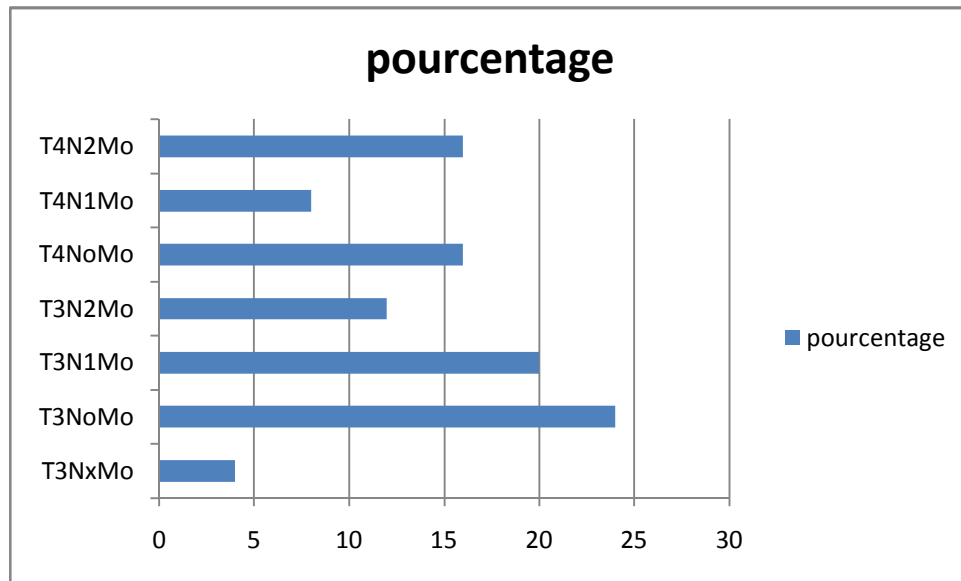


Figure N° 12 : Répartition des cas selon la classification TNM

Tous nos malades sont classés Mo (critère d'inclusion)

Le stade T3NoMo est légèrement prédominant sur les autres stades qui se répartissent de manière variable

J. Suites opératoires immédiates

Dans notre série ,23 patients, soit 92 % de nos malades avaient des suites simples.

Un patient avait développé une surinfection postopératoire de la paroi (cas n 11)

Un patient avait présenté une péritonite post opératoire (cas n 13)

K . Suites au long cours

I- Survie

On a étudié l'évolution sur 5 ans chez tous nos patients. (figures n° 12 et 13)

23 d'entre eux sont vivants jusqu'au jour de l'enquête, soit 92%, On a noté seulement deux décès, soit 8% au cours de notre étude L'un est décédé à 8 mois de l'acte opératoire dans un contexte de métastases osseuses, le deuxième à 6 mois du geste dans un état cachectique.

Ces deux patients avaient un envahissement ganglionnaire : T4N2M0 et T3N1M0 respectivement.

La survie moyenne est de 102,6 mois avec un intervalle de confiance à 95% entre 90 et 115 mois .la survie sans récurrence est de 91%. la survie moyenne et la survie sans récurrence ont été étudiées par la méthode de Kaplan-Meier.

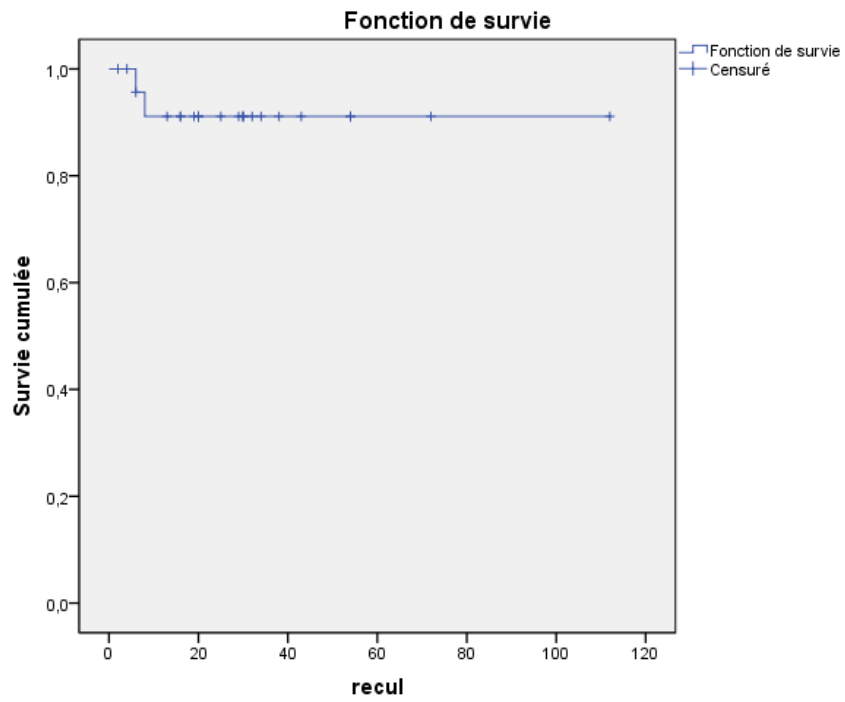


Figure n°13 : fonction de survie

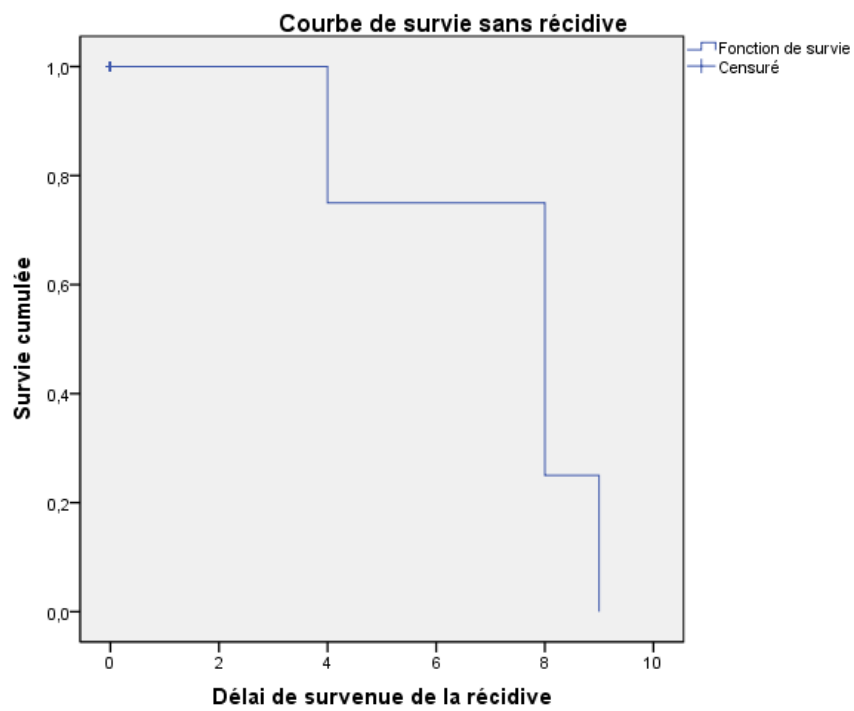


Figure n°14 : courbe de survie sans récurrence

Tableau N° 14 : Répartition des cas selon le stade de la tumeur et l'évolution des malades

Evolution des malades	T3	T4
vivant sans récurrences	13	7
vivant avec métastases	2	1
Décédés	1	1
Total	16	9

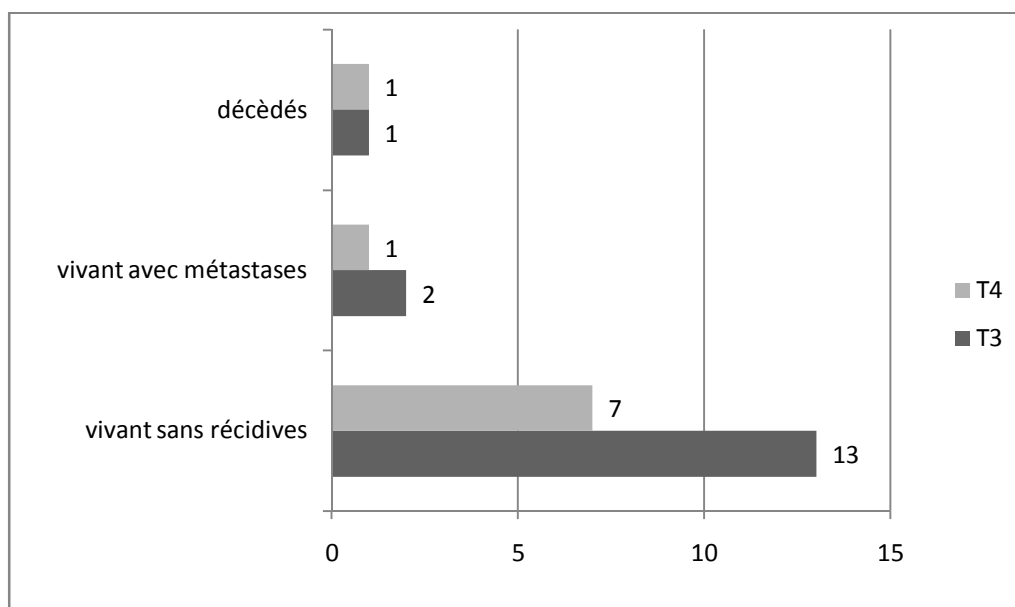


Figure N° 15 : Répartition des cas selon le stade de la tumeur et l'évolution des malades

23 patients parmi 25 sont encore en vie soit (92 %) dont :

- 20 sans récurrences ; classé T3 : 13 cas et T4 : 7 cas
- 3 avec métastases : 2 classés T3 et 1 classé T4

II-Récidives

Le délai moyen de récurrence est de 07 mois avec un intervalle de confiance à 95%, entre 05 mois et 09 mois.

Le délai moyen de récurrence a été étudié par la méthode de Kaplan –Meier

Dans notre étude, aucun patient n'a présenté de récurrence locorégionale sur le site initial de la tumeur.

- ❖ 21 patients, soit 84% de nos patients, n'ont présenté aucune métastase.
- ❖ 4 patients ont présenté des métastases, soit 16%.
 - ✧ Métastases osseuses : n = 2
 - ✧ Métastases pulmonaires : n = 1
 - ✧ Métastases ovariennes : n = 1
 - La patiente présentant une métastase osseuse dans l'évolution est décédée 08 mois après l'intervention chirurgicale (cas n 2)
 - Le patient présentant une métastase pulmonaire est toujours en vie. Son recul est de 09 mois (cas n 10)
 - Un patient présentant une métastase osseuse est toujours en vie . Son recul est de 08 mois (cas n 11)
 - La patiente présentant une métastase ovarienne est toujours vivante. Son recul est de 04 mois (cas n 23)

Tableau N° 15 : Proportion des cas avec métastases

métastases	nombre de cas	Pourcentage (%)
présentes	4	16
absentes	21	84
total	25	100

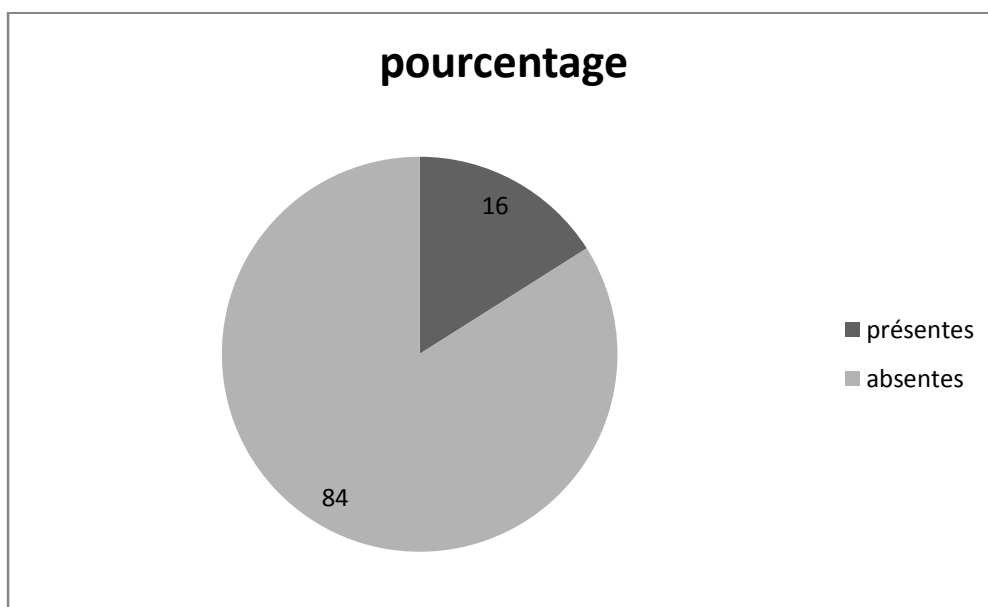


Figure N° 16 : Proportion des cas avec métastases

Les patients ayant développé des métastases au cours de l'évolution ne représentent que 16% de l'ensemble des patients de notre série

L- Traitement néo-adjuvant

Aucun de nos patients n'a eu de chimiothérapie avant le geste opératoire. Ils ont tous bénéficié d'une chirurgie première.

M- Traitement adjuvant

Parmi nos 25 patients, 16 d'entre eux ont bénéficié d'un traitement adjuvant, détaillé comme suit :

Chez 04 patients, la chimiothérapie adjuvante a été indiquée mais n'a pas été faite (cas n 2, cas n 5, cas n 18 et cas n 19).

L'une d'entre elles est décédée par métastases osseuses 8 mois après l'intervention chirurgicale

Notons que les deux patients décédés dans notre série n'ont pas reçu de traitement adjuvant.

01 patient a reçu une chimiothérapie adjuvante associée à une radiothérapie faite pour métastase osseuse à visée antalgique.

- 09 patients ayant reçu un traitement adjuvant sont des T3
- 07 patients ayant reçu un traitement adjuvant sont des T4

Parmi ces 16 patients :

- ✧ 06 patients ayant reçu un traitement adjuvant n'avaient pas de métastase ganglionnaire
- ✧ 05 patients ayant reçu un traitement adjuvant sont des N2
- ✧ 04 patients ayant reçu un traitement adjuvant sont des N1
- ✧ 1 seul patient ayant reçu un traitement adjuvant est un Nx.

Tableau N° 16 : Distribution des cas selon le traitement adjuvant reçu

traitement adjuvant	nombre de patients	Pourcentage (%)
chimiothérapie	15	60
radiothérapie+chimiothérapie	1	4
aucun	9	36
total	25	100

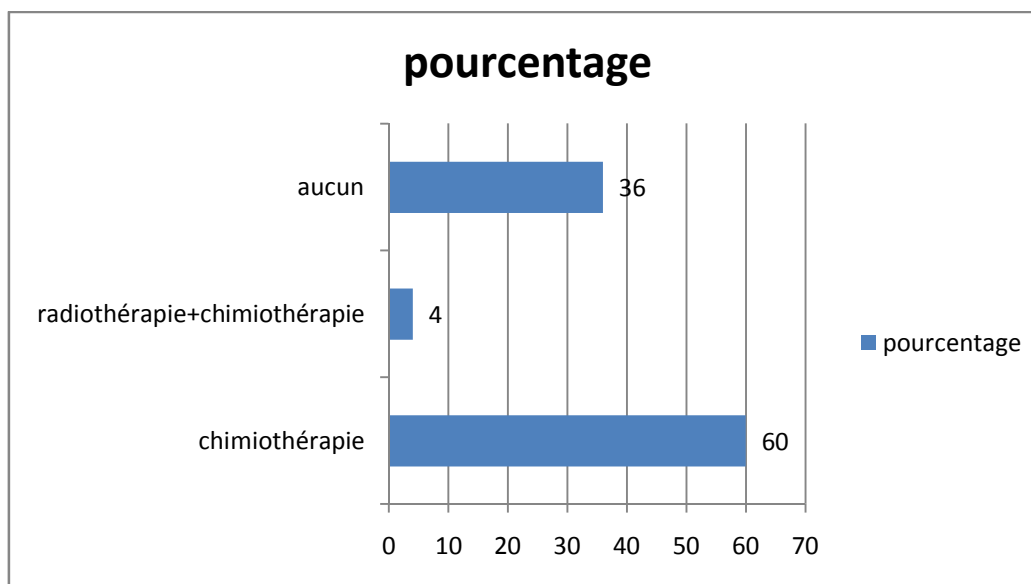


Figure N° 17 : Distribution des cas selon le traitement adjuvant reçu

60 % de nos patients ont bénéficié d'une chimiothérapie seule et 4% associée à la radiothérapie

36% n'ont reçu aucun traitement adjuvant.



Discussion

Avec une fréquence de 34.24% en moyenne, d'après les résultats de notre étude, le Maroc constitue une zone de basse fréquence en comparaison avec les pays occidentaux notamment l'Amérique et la Nouvelle Zélande.

Le cancer du colon localement avancé est un cancer qui peut être curable par résection chirurgicale.

Néanmoins, il pose 3 principaux problèmes :

- ✧ L'occlusion
- ✧ La résécabilité de la tumeur
- ✧ La récurrence locorégionale et surtout les métastases à distance.

I. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1. Fréquence

En France, les cancers représentent la deuxième cause de mortalité, derrière les affections cardio-vasculaires ; avec 147 000 décès (en 1997) ils sont responsables d'environ 28% des décès en France et le plus meurtrier est le cancer du poumon, responsable de 24 000 décès en 1995, 20 500 chez les hommes et 3500 chez les femmes (données Réseau FRANCIM). « 1 »

En effet les cancers colorectaux correspondaient à 61% des cancers digestifs, ainsi le nombre annuel de nouveaux cas de cancer colorectal était de 36.257 cas « 2 »

Les données de l'incidence sur le cancer colorectal à travers le monde font apparaître des **différences considérables avec des rapports de 1 à 15** entre les pays à bas risque comme les régions rurales d'Afrique, la Chine et l'Inde, et les régions à haut risque comme l'Australie, l'Amérique du Nord et la plupart des pays d'Europe occidentale et nordique. « 1 »

Le cancer du côlon à Rabat est relativement peu fréquent. Son incidence est proche des incidences retrouvées par les autres registres de cancer au Maghreb (excepte en Libye) et reste très inférieure aux incidences observées dans les pays occidentaux, au Japon ou en Chine. « 3 »

Tableau n°17 : Incidence du cancer du colon – registre des cancers à Rabat « 3 »

	Total	Hommes	Femmes
Nombre de cas	16	10	6
Incidence brute (pour 100000 cas)	2.5	3.3	1.8
Incidence standardisée sur la population mondiale (IC à 95%)	2.5 (1.2-3.7)	3.3 (1.2-5.4)	1.8 (0.3-3.2)
Incidence standardisée sur la population marocaine (IC à 95%)	2.0 (1.0-3.0)	2.6 (1.0-4.2)	1.5 (0.3-2.7)
Risque cumulé 0-74 ans (%)	0.3	0.4	0.2

A l'institut national d'oncologie (INO), une étude épidémiologique des cas de CCR faite entre le 15 janvier 1985 et le 31 décembre 2000 a montré que le cancer du colon occupait la première place après celui du sein, col, peau, lymphome ganglionnaire, cavum et poumon et qui représente 39.8% des cancers digestifs. « 4 »

A la clinique chirurgicale « C » entre 1990- 2000, le nombre des cas rapportés de cancer colique est de 158 dont 102 cas de cancer du colon localement avancé, soit 64% « 6 »

A la clinique chirurgicale « B » entre 1995-2005 :75 cas de cancers coliques ont été admis dont 43 patients présentaient un stade avancé, soit 60.71% « 5 »

Dans une ancienne série intitulée « prise en charge du cancer du colon localement avancé », allant de 2000 à 2010, 204 patients présentaient un cancer du colon dont 129, soit 63% sont à un stade avancé « 7 »

Au Canada, l'estimation du nombre de cas de cancer colorectal par an en 2004 est de 19100 cas, il constitue ainsi le 4^{ème} type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué. « 8 »

Dans notre série, allant de Janvier 2006 à Décembre 2010, sur un total de 73 patients hospitalisés à la clinique chirurgicale « C » pour un cancer du colon, 25 patients présentaient un cancer du colon localement avancé.

La fréquence étant de 34.24% en moyenne.

2. Age

Selon le registre marocain du cancer à Rabat ,élaboré en 2005 ,la moitié des cas de cancer du côlon survient entre 25 et 54 ans.

L'âge moyen des malades est un peu plus élevé chez les femmes (59,5 ans) que chez les hommes (53,6 ans).

L'incidence du cancer du côlon à Rabat augmente avec l'âge. «3 »

Dans la série de Melle Bark, l'âge moyen des patients atteints de cancer colique était de 54.7 +ou- 17.1 ans . 17, 5 % des patients avaient moins de 40 ans. « 9 »

Une étude de série de 83 patients, faite à la clinique chirurgicale « C », incluant la période 1980-1990, montrait un âge moyen des patients de 50.6 +ou- 12.8 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 20 ans à 85 ans, et un âge médian de 50 ans. « 10 »

Dans notre série, L'âge des malade est relativement élevé puisqu'il oscille de 30 ans à 84 ans, avec une moyenne d'âge de 57.28 +ou- 15.58.

Néanmoins, il est relativement jeune par rapport aux séries occidentales.

En effet, l'étude de M.ADLLOF portant sur 1122 malades opérés pour un cancer du colon, on trouve une moyenne de 70 ans avec des extrêmes d'âge allant de 19 ans à 93 ans, alors que 9% des patients (102 cas), avaient plus de 80 ans, avec un pic de fréquence entre 60 et 80 ans. Seuls 3.5% avaient moins de 40%. « 11 »

En Amérique, une étude portant sur 118 cas de cancer du colon localement avancé faite entre 1973 et 1983, l'âge moyen était de 64 ans. « 12 »

Par rapport à la série de Melle Bark, nous avons une proportion moindre représentée par la tranche d'âge des patients ayant moins de 40 ans, puisqu'ils représentent dans notre série seulement 16% de l'ensemble des patients de notre série.

Il semblerait donc que l'âge jeune de survenue est l'une des caractéristiques du cancer du colon au Maroc

3. Sexe

Dans la série de Mlle Bark, il existe une prédominance masculine (101 hommes contre 57 femmes) avec un sexe ratio de 1.8

Cette prédominance est confirmée par plusieurs études menées au service de chirurgie « C », dont une série incluant la période allant de 1966 à 1978 avec 69 hommes et 49 femmes. « 10 »

Une autre série plus récente incluant la période située entre 1980 et 1990, comportait 48 hommes et 35 femmes, avec un sexe ratio de 1.8 « 13 »

Dans notre série, il y'avait 16 hommes et 09 femmes, d'où on remarque une nette prédominance masculine, avec un sexe ratio de 1.7

On constate que le sexe ratio demeure presque constant dans toutes les études de série faites à la clinique chirurgicale « C », quelque soit la période d'étude, commençant par 1966 et s'achevant par 2010.

III. APPROCHE CLINIQUE ET PARACLINIQUE DU CANCER DU COLON LOCALEMENT AVANCE

Les patients atteints de cancer du colon localement avancé peuvent présenter divers tableaux cliniques : douleurs au niveau du flanc ou d'une fosse iliaque, masse abdominale palpable, troubles de transit, nausées ou vomissements, faisant penser à un tableau subocclusif, ou encore des rectorragies franches.

Rappelons que les rectorragies et le syndrome subocclusif étaient présent chez 48% de nos patients ; ils constituaient 8% et 40% des signes révélateurs de la maladie, respectivement.

La coloscopie réalisée chez 84% de nos patients, a permis de visualiser le processus tumoral, qui prenait un aspect végétant, sténosant, bourgeonnant, ulcéro-bourgeonnant ou un aspect ulcéro-infiltrant.

Elle a permis également de détecter la présence de polypes chez 9 patients .

Le lavement baryté, en optionnel, complète l'apport de la coloscopie. Il tient toute son importance quand cette dernière est difficile à réaliser . (cas du patient num 22)

La tomodensitométrie, elle, demeure l'examen de choix pour une meilleure précision du siège de la tumeur, de sa nature, de sa taille, et permet également de faire un bilan d'extension. Elle a été réalisé chez 72% de nos patients . cependant, elle ne pourrait distinguer entre une adhérence inflammatoire péritumorale et une infiltration tumorale .

Plusieurs études antérieures ont indiqué que 33-84% de la résection en bloc des adhérences du cancer colorectal primitif avaient histologiquement prouvé l'infiltration carcinomateuse aux structures adjacentes parce que l'infiltration carcinomateuse et inflammatoire est connue variable. « 14-20 »

Si cliniquement une infiltration locale est suspectée, une résection multiviscérale doit être envisagée pour faire une chirurgie radicale curative quand cela est possible.

IV. ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

1. Siège de la tumeur

La localisation exacte de la tumeur colique a pu être déterminée chez tous les patients de notre série.

Ces cancers siègent au niveau du colon droit chez 11 patients (44%) et au niveau du colon gauche chez 14 patients (56%), dont 10 intéressent le sigmoïde (40%).

Dans notre série, aucun patient ne présentait une tumeur localisée au colon transverse.

Dans la série de Melle Bark, les 154 cancers ayant pu être déterminés se répartissent en 65 cas (41%) de cancers du colon droit et 09 cas du cancer du colon du transverse et 80 cas (5%) du colon gauche dont 58 cas au niveau du sigmoïde (38%) « 21 »

Dans la série de Melle Moufid, sur les 19 patients qu'elle regroupe, 31.5% d'entre eux avaient un cancer du colon droit, 10.5% un cancer du colon transverse et 57.5% du colon gauche dont 47% au niveau du sigmoïde . « 22 »

Dans une étude de série faite en Amérique comportant 113 patients, 19% des cas avaient une tumeur du colon droit, 9.5% avaient une tumeur du transverse et 71% avaient une tumeur du colon gauche dont 55% se concentrent au niveau du sigmoïde. « 23 »

En comparant les résultats des précédentes études, nous constatons une prédominance relative de la localisation gauche, notamment de la localisation sigmoïdienne.

2. Aspect macroscopique

Dans notre série, l'aspect macroscopique a été précisé dans 15 cas dont 1 cas présentait un aspect macroscopique mixte :

- La forme infiltrante est présente chez 14 patients
- La forme ulcéro-bourgeonnante est présente chez 1 seul patient

Alors qu'un patient présente à la fois une forme infiltrante et ulcérobourgeonnant

3. Type histologique

On note une prédominance évidente de l'adénocarcinome dans différentes cultures, ainsi que l'appuie notre étude, puisqu'il était le seul type histologique retrouvé.

L'adénocarcinome lieberkuhnien bien et moyennement différencié représente 72% des cas

Tandis que l'adénocarcinome peu différencié représente 16% des cas .

Quant à l'adénocarcinome colloïde muqueux, il ne représente que 12% des cas.

Dans une étude antérieure faite à la clinique chirurgicale « C », l'adénocarcinome lieberkuhnien représentait 80% alors que l'adénocarcinome colloïde ne représentait que 20%. « 24 »

On remarque que l'adénocarcinome est le type le plus représentatif du cancer du colon localement avancé.

5. Classification TNM

Dans notre série, l'extension à la paroi colique et l'extension aux ganglions lymphatiques ont été établies d'après les données des compte-rendus anatomopathologiques de la pièce opératoire, les données de l'exploration opératoire et d'après les bilans de la maladie.

Les facteurs pronostiques comme notamment le degré d'envahissement tumoral trans pariétal et ganglionnaire et la présence ou non de métastases ont été intégrés dans des classifications. Le standard pour la classification post-thérapeutique des cancers du côlon est représenté par les classifications UICC - AJCC, Astler - Coller et Dukes dont l'utilisation facilite la décision thérapeutique.

a) Classification commune UICC (TNM) et AJCC

Tumeur primitive (T) :

- TX : tumeur non évaluable,
- TO : pas de tumeur sur le prélèvement,
- Tis : carcinome *in situ*,
- T1 : atteinte de la sous-muqueuse,
- T2 : atteinte de la musculuse,
- T3 : atteinte de la sous-séreuse, de la séreuse ou de la graisse péricolique,
- T4 : atteinte de la cavité péritonéale à travers la séreuse ou extension par contiguïté à un organe de voisinage à travers la séreuse.

Adénopathies régionales (N) :

- NX : adénopathies non précises,
- N0 : pas d'adénopathies régionales,
- N1 : 1 à 3 adénopathies péricoliques métastatiques,
- N2 : 4 ou + adénopathies péricoliques métastatiques,
- N3 : adénopathies centrales (des troncs vasculaires) métastatiques.

Métastases à distance (M) :

- MX : non précisé,
- M0 : pas de métastases,
- M1 : métastases.

Tumeur résiduelle (R) (AJCC) :

- R0: berges de résection microscopiquement indemnes de tumeur résiduelle,
- R1 : berges de résection microscopiquement envahies,
- R2 : tumeur résiduelle macroscopique (constatation chirurgicale).

Regroupement en stades :

- stade I : T1 N0M0, T2N0M0,
- stade II : T3 N0M0, T4 N0M0,
- stade III: quel que soit le T, N1, N2 ou N3, M0,
- stade IV: quel que soit le T ou le N, M1 .

b) Classification de Dukes

Elle a été adaptée pour le cancer du côlon par Kirklin.

- Stade A : atteinte de la muqueuse ou de la sous- muqueuse ou de la musculuse sans atteinte de la sous-séreuse.
- Stade B : atteinte trans pariétale au-delà de la sous-séreuse.
- Stade C : envahissement ganglionnaire.

c) Classification de Astler-Coller (Dukes modifié)

Elle a été adaptée par Turnbull pour ajouter le stade D {invasion de voisinage ou métastases) [TURNBULL 1967].

- Stade A : atteinte muqueuse ou sous-muqueuse.
- Stade B1 : atteinte de la musculuse sans atteinte de la sous-séreuse .
- Stade B2 : atteinte de la musculuse avec atteinte de la sous-séreuse ou de la séreuse ou au-delà .
- Stade C1 : B1 avec envahissement ganglionnaire.
- Stade C2 : B2 avec envahissement ganglionnaire.
- Stade D : métastases.

d) Correspondance entre Astler-Coller et TNM

- A : T1N0M0
- B1 : T2N0M0
- B2 : T3N0M0, T4N0M0,

- C1 : T1N1 ou N2 ou N3M0, T2N1 ou N2 ou N3M0,
- C2 : T3N1 ou N2 ou N3M0, T4N1 ou N2 ou N3M0,
- D : M1, quel que soit le T ou le N

Dans notre série, le stade T3 est présent dans 15 cas soit 60% . en revanche le stade T4 est présent dans 10 cas, soit 40%.

L'envahissement ganglionnaire était présent dans 60% des cas.

Dans la série de Melle Moufid, le stade T3 était présent chez 15.8% des malades et le stade T4 était à 84.2%, et l'envahissement des ganglions lymphatiques était présent chez 10 patients.

Traitement chirurgical du cancer du colon localement avancé

Le but de la chirurgie curative pour le cancer du colon est la résection complète de la tumeur. Dans les carcinomes du colon localement avancés avec adhésion aux organes de voisinage, les procédures chirurgicales standard se transforment souvent en une résection multiviscérale.

L'exérèse chirurgicale demeure un traitement de référence à visée curative des cancers coliques. Dans notre série, l'opérabilité ainsi que la résécabilité étaient à 100%.

Dans la série tunisienne, ce taux était de 83.7%. Il se rapproche des taux retrouvés dans la littérature qui variaient entre 87 et 97%, avec 79% à 82% d'exérèses à visée curative. « 25 »

Dans une étude rétrospective portant sur 1122 malades opérés ; le taux de résecabilité à visée curative était à 75.2% . « 26 »

Dans notre série, seulement 8 patients, soit 32% des patients ont bénéficié d'une résection élargie aux structures adjacentes envahies par la tumeur.

La graisse de voisinage était infiltrée chez 04 patients, soit 16% des patients

L'intestin grêle était infiltré chez 02 patients, soit 8% des patients

Le foie était infiltré chez 02 patients soit 8% des patients.

Moynihan décrit le cancer du colon localement avancé en 1926 et il a préconisé d'élargir la résection en bloc pour tous les organes ou structures impliquées « 29 »

Sugarbaker a présenté en 1946 la première série de grandes résections étendues multiviscérales pour 42 cancers colorectaux, et il a réalisé ce type de chirurgie en évitant toute diffusion des cellules tumorales lors de la découpe tumorale. « 30 »

Une étude en Floride portant sur 25 patients traités par résection multiviscérale a montré qu'il y'avait 12 patients ayant bénéficié d'une résection d'un organe adjacent, 10 patients d'une résection de 02 organes adjacents et 03 patients d'une résection de 03 organes adjacents. « 27 »

Une étude prospective regroupant 174 patients du registre Erlangen pour carcinomes colorectaux ayant subi une résection multiviscérale pour le cancer du colon, de 1978 à 2002, rapporte que les organes les plus fréquemment impliqués sont l'intestin grêle (31.6%), la vessie (27%) et la paroi abdominale (15.5%). La résection R0 (pas de tumeur résiduelle) a été obtenue dans 93.1%. Pour ces patients là, l'estimation de Kaplan-Meier liée à la survie à 5ans était de 80.7% « 28 »

Une récente étude menée en Corée a comporté 1288 patients ayant subi une résection curative pour le cancer du côlon pT3-4 sans métastases à distance de 1994 à 2004.

84 patients (6,5%) avec un cancer du côlon envahissant les organes de voisinage (CT4) ont subi une résection multiviscérale. La précision de la décision intra-opératoire pour l'invasion vraie (PT4) était de 35,7%. La Majorité de la morbidité chirurgicale est survenue chez 11 patients du groupe résection standard (0,9%) et chez 2 patients du groupe RMV (2,3%) ($p = 0,206$). La plupart des récives a été des métastases à distance (20 patients, 23,8%). La récive locale était survenue chez 05 patients (6,0%).

Les facteurs pronostiques de récive et de survie ont été l'invasion tumorale pathologique ($p = 0,033$ et $p = 0,016$, respectivement) et les métastases ganglionnaires ($p = 0,010$ et $p < 0,001$, respectivement).

Les auteurs de cette étude « 47 » ont conclu que la résection multiviscérale était une procédure sûre et curative par rapport à la résection standard pour les patients atteints de cancer du côlon localement avancé. La

cause d'un mauvais pronostic dans la résection multiviscérale ne fut pas une récurrence locale, mais les métastases à distance. L'envahissement tumoral et les métastases ganglionnaires ont été les facteurs pronostiques potentiels.

Ceci nous permet de conclure que la résection chirurgicale multiviscérale doit être réalisée chaque fois que possible.

Voies d'abord et exploration

L'incision la plus souvent utilisée est une médiane, permettant la meilleure exploration de la cavité abdominale et une extension à la demande.

Cependant, une voie transversale droite peut être préférée pour la résection des cancers du côlon droit. On explore soigneusement la cavité abdominale. On palpe attentivement le foie et le pelvis. Tout nodule suspect est prélevé et éventuellement examiné extemporanément par l'anatomopathologiste. On palpe les chaînes ganglionnaires lomboaortiques (en cas de cancer colique gauche) en prélevant tous ganglions suspects à ce niveau.

« 31 »

Place de la coelioscopie

Plusieurs études randomisées publiées récemment, ayant inclus suffisamment de patients et ayant pour certaines un recul suffisant, permettent de situer la place de la coelioscopie dans le traitement des cancers coliques. Actuellement, on peut répondre à une question longtemps débattue : peut-on opérer les cancers coliques par coelioscopie ?

Une étude chinoise «³¹» monocentrique, a inclus 403 patients ayant un cancer du sigmoïde ou du haut rectum. Il n'a pas été observé de différence significative sur la survie entre les 203 patients opérés par coelioscopie et les 200 patients opérés par laparotomie (76% versus 73 %) ni sur le taux des récurrences (22% versus 18 %).

Une étude américaine ^[33] (COST : *Clinical Outcomes of Surgical Study group*) a inclus 872 patients dans 48 centres. Il y avait 54 % de cancers du côlon droit et 46 % de cancers du côlon gauche. Le recul médian est de 4,4 ans. Il n'y avait aucune différence sur la survie globale à 3 ans entre la coelioscopie (435 patients) et la laparotomie (428 patients) : 86 % versus 85 % ni sur la survenue des récurrences (16 % versus 18 %).

Une étude européenne ^[34] (COLOR : *Colon, Cancer, Laparoscopic or Open Resection*) a inclus 1 248 patients et s'est terminée en mars 2003.

Enfin, une étude anglaise ^[35] (CLASSIC : *Conventional versus Laparoscopic Assisted Surgery In Colorectal cancer*) a inclus 794 patients dans 27 centres. Il y avait deux interventions par coelioscopie (526 patients) pour une intervention par laparotomie (268 patients).

L'abord coelioscopique a été utilisé par les auteurs dans 92% des cancers du colon en 1997. le taux de conversion a été inférieur à 5% depuis 1995. La mortalité postopératoire a été de 0.4% et la morbidité postopératoire de 5.5%. après exérèse curative, le taux actuariel de survie à 5 ans calculé selon la méthode de Kaplan-Meier a été 65%. « 36 »

Concernant la mortalité, la morbidité et la qualité de l'exérèse carcinologique, la coelioscopie permet de faire aussi bien que la laparotomie. En particulier, le nombre de ganglions examinés est identique quelle que soit la technique. Quant aux risques de greffes tumorales sur les sites de trocart, ils n'ont pas été mis en évidence dans ces études : 0,5 % versus 0,2 %. Le taux de conversion de la coelioscopie en chirurgie conventionnelle est de 14 à 29 %.

Les avantages en faveur de la coelioscopie sont la voie d'abord (moindre cicatrice, moins de complications pariétales : éventration, le risque d'abcès de paroi est réduit de moitié), le bénéfice esthétique est indiscutable. Les autres avantages : moins de douleurs postopératoires (diminution de la consommation d'antalgiques), reprise plus précoce du transit, hospitalisation plus courte et reprise plus précoce de l'activité sont indiscutables mais modestes par rapport à une chirurgie classique moderne.

Les deux inconvénients majeurs de la coelioscopie sont la durée de l'intervention (c'est plus long : plus 18 à 87 minutes) et c'est plus cher (plus de 2 000 euros à plus de 2 100 dollars).

Concernant les résultats sur la survie à 4 ans, il n'y a aucune différence entre les deux techniques dans les deux études ayant un recul suffisant.

Prise en charge du cancer localement avancé du colon en stade d'occlusion

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

Deux occlusions néoplasiques sur 3 siègent entre le tiers gauche du transverse et la charnière recto-sigmoïdienne. La colostomie de proche amont par une voie d'abord élective avec exérèse de la tumeur 8 à 15 jours plus tard est l'attitude recommandée par la Conférence de Consensus Française et par l'Association Américaine des chirurgiens colo-rectaux.

L'exérèse de la tumeur sans rétablissement de la continuité, la colectomie subtotale d'amont et la colectomie segmentaire avec lavage peropératoire sont plus difficiles dans les conditions de l'urgence. La mise en place d'une prothèse métallique auto-expansive au travers de la tumeur par voie transanale sous contrôle radiologique ou endoscopique tient toute sa place dans l'arsenal thérapeutique. « 37 »

Les complications sont la perforation du côlon (4%), ou les hémorragies.

Les échecs sont soit techniques (impossibilité de mise en place : 8%), soit cliniques (absence de levée de l'occlusion malgré la prothèse en place : 12%). « 38 »

En intention curative, la colectomie a lieu quelques jours plus tard, dans des conditions proches de la chirurgie élective. Cette méthode thérapeutique n'est pas validée par rapport à la chirurgie première et une étude randomisée est en cours depuis janvier 2003 en France.

Lorsque le bilan d'extension ou le pronostic à court terme sont péjoratifs, la prothèse est laissée en place à titre palliatif. Les risques secondaires sont la migration de la prothèse (10%), ou son obstruction (10%). « 39 »

Place de la chimiothérapie systémique : chimiothérapie adjuvante

Après résection curative d'un cancer du côlon stade III (N+), une chimiothérapie adjuvante systémique (intraveineuse) doit être proposée.

Moertel et al. ^[40], en 1990, dans une étude randomisée, ont observé une diminution de 40 % du risque de récurrence à 5 ans et de 32 % du risque de décès par cancer en utilisant l'association 5-fluoro-uracile (5FU) plus levamisole pendant 1 an. Cette chimiothérapie a ensuite été supplantée par l'association 5-fluoro-uracile-acide folinique délivrée pendant 6 mois et cette chimiothérapie est restée jusqu'en 2004 le traitement de référence, entériné en 1998 par la conférence de consensus de Paris.

À la suite des résultats récents de l'étude Mosaic ^[41], le FOLFOX (5FU - acide folinique - oxaliplatine) a supplanté le LV5 FU2 et est devenu le traitement de référence.

Cette étude, qui a inclus 2 246 patients, a comparé après résection colique deux chimiothérapies adjuvantes : le LV5-FU2 (qui associe 5-fluoro-uracile et acide folinique) et le FOLFOX qui ajoute au LV5-FU2 de l'oxaliplatine.

Dans le sous-groupe des 1 377 patients stade III, le taux de survie sans récurrence à 3 ans atteint 72,2 % pour le FOLFOX versus 65,3 % pour le LV5-FU2, soit une réduction du risque de récurrence de 24 % ($p < 0,05$). On peut cependant reprocher au FOLFOX sa neurotoxicité mais celle-ci serait réversible à la fin du traitement (neurotoxicité de grade 3 : 0,5 % avec 24 mois de survie) « 42 » . Ainsi, depuis janvier 2005 le FOLFOX est le traitement de référence en adjuvant des cancers coliques stade III. Qu'en est-il des autres substances ?

Le 5-fluoro-uracile par voie orale : l'uracile-tegafur (UFT) a été étudié chez 1 608 patients dans un essai de phase 3 du NSABP qui a conclu à l'équivalence d'efficacité entre UFT-acide folinique per os et l'association 5FU-acide folinique en bolus. De même, la capecitabine est équivalente au schéma 5FU-acide folinique de la Mayo Clinic dans une étude incluant près de 2000 patients de stade III.

Trois examinateurs ont résumé les résultats des essais randomisés et de méta-analyses contenant des données sur les patients de stade II du cancer du colon ,de 2005 à 2006 ,subissant un traitement adjuvant versus chirurgie seule.

En ce qui concerne l'effet du traitement adjuvant des cancers du côlon de stade II, le ratio du risque relatif pour la survie globale était de 0,96 (intervalle de confiance 95% 0,88- 1,05).

En ce qui concerne la survie sans maladie, le ratio du risque relatif était de 0,83 (intervalle de confiance 95% 0,75- 0,92). « 43 »

Malgré les avantages prouvés de la chimiothérapie adjuvante dans le cancer du côlon, les résultats restent hétérogènes. Plusieurs facteurs pronostiques non validés ont été proposés.

Une étude américaine « 44 » a étudié la valeur pronostique des facteurs de la tumeur réséquée et du patient actuellement inclus dans le calcul ainsi que les réponses inflammatoires locales et systémiques chez les patients recevant une chimiothérapie adjuvante pour cancer du côlon.

Elle regroupait 348 patients ayant subi une résection entre 1997 et 2007. Parmi eux, 76 ont reçu une chimiothérapie adjuvante. La chimiothérapie a été de 5-FU base (simple ou combiné). L'indice de Petersen a été utilisé pour évaluer les caractéristiques des tumeurs considérés à risque élevé de récurrence (envahissement veineux, la participation séreuse, l'implication des marges de résection chirurgicale et l'envahissement par la tumeur). L'infiltrat inflammatoire local a été marqué par les critères de Jass et Klintrup, la réponse inflammatoire systémique par le score pronostique de Glasgow (POP).

Le suivi médian était de 78 mois. La prescription de chimiothérapie était plus élevée chez les jeunes patients ayant le moins de comorbidités ou le plus d'envahissement ganglionnaire tumoral ou l'élévation du stade T et à haut risque des caractéristiques (tous $p < 0,05$). En analyse univariée, caractéristiques de la tumeur à haut risque tels que le stade T et à haut risque Indice Petersen en plus de la POP liés à la survie. Seul le GPS conserve une signification pronostique de l'analyse multivariée ($p < 0,005$).

Une récente étude multicentrique randomisée portant le nom de X-ACT randomisée a comparé la capécitabine par voie orale avec des bolus IV 5-fluorouracile (5-FU) / acide folinique (FA) comme traitement adjuvant du cancer du côlon de stade III. « 45 »

Les patients ont été assignés à 24 semaines de la capécitabine 1250 mg/m² deux fois par jour, les jours 1-14 tous les 3 semaines ou 5-FU/AF (Mayo Clinic). Le point final primordial était la survie sans maladie (DFS).

Avec un suivi médian de 6,9 ans, la capécitabine a été au moins équivalente à 5-FU/AF en termes de DFS [hazard ratio (HR) = 0,88, intervalle de confiance 95% (IC) de 0.77 à 1.01] et la survie globale (OS) (HR = 0,86, IC 95% 0.74 à 1.01), l'IC à 95% limites supérieures ont été significativement inférieure à la marge de non infériorité prédéfini de 1,20 (P <0,0001) et 1,14 (p <0,001), respectivement. Ce modèle a été maintenu dans tous les sous-groupes, y compris les patients âgés de ≥ 70 ans. Les analyses Préplanifiées et multivariées ont montré que la capécitabine avait statistiquement une différence significative des effets bénéfiques sur DFS (p = 0,021) et OS (p = 0,020) par rapport 5-FU/AF. Une analyse post hoc a suggéré que la survenue du syndrome main-pied peut être associée à de meilleurs résultats chez les receveurs de capécitabine.

Cette étude a conclu que la capécitabine par voie orale est une alternative efficace aux bolus 5-FU/AF comme traitement adjuvant pour les patients atteints de cancer du côlon de stade III avec des avantages d'efficacité maintenue à 5 ans et chez les patients âgés.

Une étude de cohorte menée au Canada a sélectionné les patients résidents en Alberta chez qui on a diagnostiqué un adénocarcinome du côlon de stade III dans les années 2000 à 2005 qui ont subi une résection chirurgicale . « 46 »

Il y avait 1053 patients de l'étude; 648 (61%) ont commencé une chimiothérapie adjuvante dans les 16 semaines de la chirurgie. Il n'y avait aucune différence dans la survie globale entre ceux qui ont reçu une

chimiothérapie adjuvante de 8 à 12 semaines après la chirurgie, comparativement à ceux qui l'ont reçu dans les 8 semaines. Toutefois, ceux qui ont reçu une chimiothérapie 12 à 16 semaines après la chirurgie et ceux qui, soit ont reçu leurs cures de chimiothérapie dans les 16 semaines suivant le geste chirurgical ,ou n'ont reçu aucun traitement, ont eu 43% et 107% du risque plus élevé de décès, respectivement, que ceux qui ont reçu une chimiothérapie dans les 8 semaines de chirurgie.

Les résultats de cette étude étaient conformes aux recommandations des lignes directrices actuelles ,que les patients ayant un adénocarcinome de stade III devraient recevoir une chimiothérapie dans les 12 semaines de chirurgie.

La thérapie ciblée

Place de la biothérapie dans la prise en charge des cancers du colon

Des progrès thérapeutiques majeurs ont été effectués depuis 1995 où le cancer colorectal était traité par le fluorouracile seul, grâce à l'adjonction d'autres drogues de chimiothérapie : notamment l'oxaliplatine, l'irinotécan et la capécitabine (pro-drogue orale du 5 Fluorouracile). A partir des années 2000, des progrès importants dans la connaissance des mécanismes moléculaires de la biologie tumorale, en particulier la description des voies de transduction de signaux activateurs dans les cellules cancéreuses, ont permis l'identification de nouvelles thérapeutiques, dites ciblées ou biothérapies : spécifiques, bloquant une ou plusieurs fonctions indispensables au développement tumoral ou à la prolifération cellulaire. Ces biothérapies ont permis d'atteindre des taux de survie médiane de 25 à 30 mois.

Deux classes d'anticorps monoclonaux sont actuellement admises dans le traitement des cancers colorectaux : les anti-VEGF (vascular endothelial growth factor receptor), des anti-angiogéniques, représentés par le Bevacizumab. Les

anti-EGFR (epidermal growth factor receptor), représentés par le Cetuximab et le Panitumumab. Par ailleurs des facteurs prédictifs de réponse à ces biothérapies ont été identifiés, conduisant à une individualisation de la stratégie thérapeutique en fonction de ces facteurs.

Bevacizumab

Le bevacizumab est un anticorps monoclonal chimérique humanisé qui bloque l'angiogenèse en formant des complexes avec le VEGF. En combinaison avec l'IFL (irinotecan 125 mg/m², 5-FU en *bolus* 500 mg/m², AF 20 mg/m² selon un schéma hebdomadaire 4 semaines /6 de Saltz), en première ligne de traitement.

Une étude de phase III 37 a montré que les patients métastatiques randomisés dans le bras IFL et bevacizumab avaient significativement plus de réponse que les patients du bras IFL et placebo (44,9 % vs 34,7 %, P= 0,003), la survie sans progression était significativement améliorée (10,6 vs 6,2 mois, p < 0,00001), de même que la survie globale (20,3 vs 15,6 mois, p = 0,00003). Les toxicités principales de grade 3-4 n'étaient pas significativement différentes et étaient représentées par une diarrhée (33 vs 25 %) et une neutropénie (37 vs 32 %). Le profil de toxicité propre au bevacizumab se caractérisait par une hypertension artérielle grade III (22,4 vs 8,3 %), plus fréquente mais contrôlable par thérapeutiques orales. Les manifestations thromboemboliques emboliques (19,3 vs 16,1 %) ou hémorragiques (3,1 vs 2,5 %) n'étaient pas différentes entre les deux groupes. Six patients (1,9 %) du bras bevacizumab ont présenté une perforation digestive.

Saltz et Al avaient rapporté les résultats d'un essai de phase III randomisé, évaluant en première ligne de traitement des cancers colorectaux métastatiques, un protocole de type XELOX (capécitabine+Oxaliplatine) ou FOLFOX4 versus XELOX ou FOLFOX4+Bevacizumab. Le bras Bevacizumab était significativement supérieur en terme de survie sans progression(9.4vs 8.0mois), sans bénéfice en réponse objective(RO) ni en survie globale. L'analyse en sous groupe avait démontré que seul le bras XELOX+Bevacizumab était responsable du bénéfice en survie sans progression.

L'étude BRITe, une étude observationnelle, avait suggéré l'intérêt de poursuivre le Bevacizumab en 2^{ème} ligne métastatique après progression sous chimiothérapie plus Bevacizumab (SM=31.8 vs 19.9 mois). A ce jour, aucun facteur prédictif de réponse au Bevacizumab n'a été identifié.

Les thérapeutiques ciblées anti-EGFR (Epidermal growth factor receptor) : le cetuximab et le panitumumab.

Le cetuximab

C'est un anticorps monoclonal chimérique qui inhibe le récepteur de l'EGF. Il est à l'heure actuelle le premier et le seul anticorps monoclonal ciblant l'EGFR à avoir obtenu l'autorisation de mise sur le marché dans le traitement de 1^{ère} et de 2^{ème} lignes CCRM, en association avec les chimiothérapies conventionnelles précédemment décrites.

En lère ligne de traitement du CCRM, combiné à une chimiothérapie associant 5FU, acide folinique et irinotecan chez des patients porteurs d'un cancer colorectal métastatique, on observe un taux de réponse de 44 %.

Les toxicités (grade 3-4) les plus fréquemment observées ont été la leucopénie (07 %), la diarrhée (04 %), les vomissements (01 %), et les éruptions cutanées (7 %).

L'association du cetuximab avec le protocole FOLFOX-4 a été évaluée au cours de l'étude de phase II ACROBAT 42. Les résultats sont parmi les meilleurs jamais observés dans cette indication.

En effet, le taux de réponse global était de 81 % (5 % de réponse complète). Le taux de contrôle de la maladie atteignait 98 % (RC + RP + maladie stable 17 %). Les taux de réponse de cette association apparaissent d'emblée encourageant par rapport à ceux observés avec le FOLFOX-4 seul dans cette indication (44 % et 49 %).

Chez les patients souffrant de CCRM, le cetuximab permet, en cas de résistance à l'irinotecan et en association avec ce dernier, un meilleur contrôle de la maladie et un allongement du temps sans progression mais sans augmentation de la survie.

Le panitumumab

Le panitumumab, anticorps monoclonal anti-EGFR, entièrement humain, présente l'avantage d'avoir moins de toxicité que le cetuximab, notamment en ce qui concerne les réactions allergiques. Le panitumumab a connu le même développement que le Cetuximab. Il y'a tout d'abord eu un essai testant le panitumumab versus soins de confort, chez des patients réfractaires aux protocoles de chimiothérapie standards, à base de 5FU, Oxaliplatine et Irinotecan. Les patients en progression sous soins de confort, étaient éligibles à un cross over pour le panitumumab. Celui-ci réduisait le risque de progression de plus de 50%.

Certes, l'avènement de la biothérapie a permis d'améliorer le pronostic des patients atteints d'un cancer du colon, mais il a également conduit à l'émergence d'un nouveau spectre de toxicités.

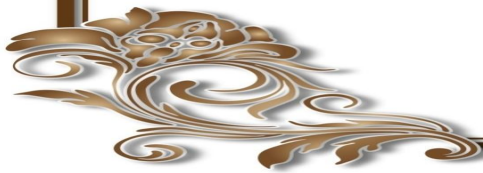
Le traitement du cancer du colon est très couteux et reste dans la plupart des cas, inaccessible aux patients, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce pour un meilleur pronostic.

Bien que la coloscopie conventionnelle soit le test le plus sensible disponible pour la détection des polypes au niveau du côlon et du rectum, il ya des données qui soulèvent des préoccupations quant à sa sensibilité. La Chromoscopie peut être un moyen d'accroître la capacité de la coloscopie pour détecter des polypes en particulier des lésions planes qui peuvent en être – autrement- difficiles à détecter.

La Chromoscopie améliore la détection de polypes par rapport à la coloscopie conventionnelle bien que cette dernière soit un test diagnostique qui permet de détecter les polypes. Ces lésions peuvent évoluer en cancer dans environ 5% des cas. Malgré la sensibilité de ce test dans la détection de ces excroissances, certaines peuvent y échapper. Si un simple colorant en technique de pulvérisation (chromoscopie) est utilisé avec le test de coloscopie, la détection de ces lésions ne peut être que meilleure. Plusieurs études ont examiné l'effet de la chromoscopie sur la détection de polypes, mais les données ont été incohérentes. Cette révision visait à savoir si la chromoscopie pourrait améliorer la détection des polypes par rapport à la coloscopie conventionnelle.

Cinq essais randomisés avec un total de 1059 participants ont été inclus. Malgré les différences dans les modèles d'étude il semble y avoir des preuves solides que la chromoscopie améliore la détection des polypes aussi bien au niveau du côlon que du rectum.

Conclusion



Le cancer du colon représente au Maroc 39.8% des cancers digestifs et par conséquent constitue un véritable problème de la santé publique.

Le diagnostic se fait à un stade tardif d'où l'importance d'un dépistage précoce voire en pré-opératoire.

Les facteurs pronostiques du cancer du colon localement avancé sont : l'âge avancé, la qualité de l'exérèse chirurgicale, l'envahissement des ganglions lymphatiques et la survenue de métastases dans l'évolution post-opratoire.

Depuis plusieurs années, la chimiothérapie adjuvante a prouvé son efficacité dans les stades III (N+). Elle reste discutée pour les stades II (N).

Les standards thérapeutiques ont évolué avec l'apparition de nouvelles molécules efficaces. Les anticorps monoclonaux, qui ont prouvé leur efficacité en situation métastatique, sont testés en situation adjuvante.

Cependant, ces traitements adjuvants, toxiques et onéreux, ne doivent pas être utilisés pour rattraper une chirurgie inadéquate et incomplète.



Annexes

Statistiques

		recul	age	delai dc
N	Valide	25	25	22
	Manquante	0	0	0
Moyenne		19,88	57,28	5,00
Médiane		13,00	56,00	3,00
Ecart-type		21,850	15,587	17,660
Minimum		1	30	1
Maximum		100	84	84
Centiles	25	6,00	45,00	2,00
	50	13,00	56,00	3,00
	75	26,50	68,50	6,50

FREQUENCIES VARIABLES=sexe signe siege ptnm resection elargie organe
 COLOIDE histo adj dcd
 /ORDER=ANALYSIS.

Tableau de fréquences

		sexe			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	H	16	64,0	64,0	64,0
	F	9	36,0	36,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

signe revelateur

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	subocclusion	10	40,0	40,0	40,0
	RECTORRAGIE	2	8,0	8,0	48,0
	MASSE	6	24,0	24,0	72,0
	AUTRE	7	28,0	28,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

siege tm

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	COLON ASCD	4	16,0	16,0	16,0
	colon descd	2	8,0	8,0	24,0
	ACD	4	16,0	16,0	40,0
	ACG	2	8,0	8,0	48,0
	SIG	10	40,0	40,0	88,0
	Caecum	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

pTNM

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	4,0	4,0	4,0
	T3N0M0	6	24,0	24,0	28,0
	T3N1M0	5	20,0	20,0	48,0
	T3N2M0	3	12,0	12,0	60,0
	T4N0M0	4	16,0	16,0	76,0
	T4N1M0	2	8,0	8,0	84,0
	T4N2M0	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

RESECTION

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	HCD	9	36,0	36,0	36,0
	HCG	3	12,0	12,0	48,0
	Col seg	7	28,0	28,0	76,0
	TOTALE	1	4,0	4,0	80,0
	SUBTOTALE	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

resection elargie

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	non	17	68,0	68,0	68,0
	OUI	8	32,0	32,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

organe envahi

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	aucun	17	68,0	68,0	68,0
	GRELE	1	4,0	4,0	72,0
	GRAISSE	5	20,0	20,0	92,0
	FOIE	1	4,0	4,0	96,0
	GRELE+SIG	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

COLOIDE

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	20	80,0	80,0	80,0
	OUI	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

histologie

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	3	12,0	12,0	12,0
	1	12	48,0	48,0	60,0
	2	6	24,0	24,0	84,0
	3	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

0 : ADK colloïde

1 :ADK bien différencié

2 : ADK moyennement différencié

3 : ADK peu différencié

ttt adjuvant

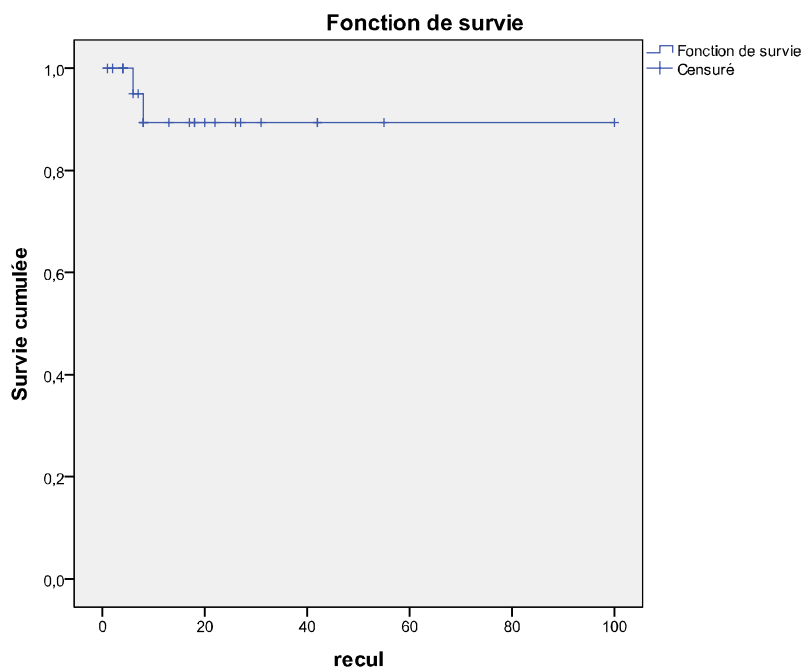
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	AUCUN	9	36,0	36,0	36,0
	CHIMIO	15	60,0	60,0	96,0
	RADIO+CHIMIO	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

dcd

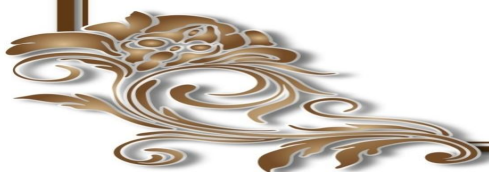
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	VIVANT	23	92,0	92,0	92,0
	DCD	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

N+

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	N0	10	40,0	40,0	40,0
	N+	15	60,0	60,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	



Résumés



Résumé

Titre : Thérapeutiques actuelles du cancer du colon localement avancé : A propos de 25 cas

Auteur : Hind NAFIAA

Mots clés : cancer du colon localement avancé- résection multi viscérale- survie – traitement – pronostic

Notre étude inclut 25 malades, dont 16 hommes et 9 femmes, d'âge moyen de 57.28 +ou- 15.58 (extrêmes 30 ans – 84 ans), ayant été opérés d'un cancer colique localement avancé. Les lésions siégeaient au niveau du caecum (n=3), colon ascendant (n=4), angle colique Droit(n=4), colon transverse (n=0), angle colique gauche (n=2), colon descendant (n=2),et du sigmoïde (n=10) . Le délai diagnostic moyen était de 3 mois . La symptomatologie motivant l'hospitalisation la plus fréquente était le syndrome subocclusif (40%), les masses abdominales (24%) et les rectorragies (8%). L'opérabilité était à 100% dans notre série. La résection multiviscérale élargie a été pratiquée chez 32% des patients .

Les facteurs pronostiques de récurrence et de survie ont été l'âge avancé, l'infiltration carcinologique des organes de voisinage et l'envahissement ganglionnaire. 64% des patients de notre série ont bénéficié d'un traitement adjuvant . La médiane de survie était de 102.6 mois avec un intervalle de confiance à 95% entre 90 et 115 mois . La survie moyenne sans récurrence est de 91%. Deux patients sont décédés durant la première année, au-delà de 8 mois. Leur décès est dû à une récurrence à distance.

La résection chirurgicale doit être réalisée chaque fois que possible. La cause d'un mauvais pronostic après une résection multiviscérale ne fut pas une récurrence locale, mais les métastases à distance. Depuis plusieurs années, la chimiothérapie adjuvante a prouvé son efficacité dans les stades III (N+). Elle reste discutée pour les stades II (N). Les standards thérapeutiques ont évolué avec l'avènement de nouvelles molécules efficaces telles les anticorps monoclonaux.

Abstract

Title: Current therapy of locally advanced colon cancer: **About 25 cases**

Author: Hind NAFIAA

Key words: colon cancer - multi-visceral resection- survival - treatment - prognosis

Our study included 25 patients, 16 men and 9 women, mean age of 57.28 (range 30 years - 84 years) who underwent surgery for locally advanced colon cancer. The lesion in the ascending colon (n = 4), descending colon (n = 2), Right Angle colon (n = 4), splenic flexure (n = 2), sigmoid (n = 10) and cecum (n = 3). Average time of diagnosis was 3 months. The most common symptomatology motivating hospitalization was subocclusif syndrom (40%), abdominal masses (24%) and rectal bleeding (8%). The operability was 100% in our series. Extended multivisceral resection was performed in 32% of patients. This usually entails resection: peripheral fat neighborhood (16%), part of the small intestine (8%) and liver (8%).

Prognostic factors for recurrence and survival were advanced age, oncologic infiltration of adjacent organs and lymph nodes. 64% of patients in our series received adjuvant therapy. The median survival was 102.6 months with a confidence interval of 95% between 90 and 115 months. The average survival without recurrence was 91%. Two patients died during the first year, in excess of 8 months. Their death is due to a distant recurrence.

Surgical excision should be performed whenever possible. The cause of a poor prognosis of multivisceral resection was not a local recurrence, but distant metastasis. For several years, adjuvant chemotherapy has proven effective in stage III (N +). Still, it remains controversial for stage II (N). The standard therapy has evolved with the advent of effective new drugs such as monoclonal antibodies

ملخص

العنوان : التوصيات العلاجية الحالية لسرطان القولون المتقدمة محليا : من 25 حالة

من طرف : نفيح هند

الكلمات الأساسية: سرطان القولون -- استئصال المتعددة الحشوية -- البقاء على قيد الحياة -- العلاج -- التكهن

عدم وجود توافق في الآراء بشأن نظام المعالجة لتحسين البقاء على قيد الحياة ونوعية الحياة لمرضى سرطان القولون المتقدمة محليا.

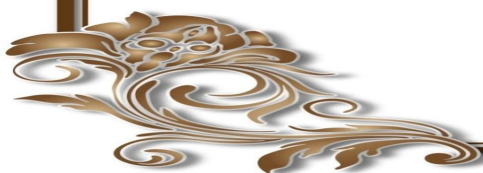
الهدف : الهدف من هذه الدراسة هو دراسة امد الحياة لدى المرضى المصابين بسرطان القولون المتقدمة محليا.

الأساليب : هذه دراسة استعادية تضم 25 مريضا خضعوا لجراحة جذرية لT 3, 4T دون انبثاث سرطاني ولا الانبثاث البعيدة في العيادة الجراحية "جيم" من يناير 2006 إلى ديسمبر 2010.

دراستنا شملت 25 مريضا ، 16 رجلا و 9 نساء ، متوسط العمر 57.28 (المدى 30 عاما -- 84 عاما) الذي خضع لجراحة لسرطان القولون المتقدمة محليا. الآفة في القولون الصاعد (ن = 4) ، والقولون النازل (ن = 2) ، والقولون الزاوية اليمنى (ن = 4) ، والطحال الثنية (ن = 2) ، والسيني (ن = 10) ، والأعور (ن = 3). وكان متوسط الوقت لتشخيص 3 أشهر. وكان المستشفى تحفيز الأعراض الأكثر شيوعا متلازمة الانسداد التام الشبه (40 ٪) ، كتلة في البطن (24 ٪) ونزيف المستقيم (8 ٪). كانت في سلسلة لدينا قابلية الاستئصال 100 ٪. تم إجراء استئصال موسع عند 32 ٪ من المرضى. كان متوسط البقاء على قيد الحياة 102 شهرا.

يجب أن يكون تنفيذ الاستئصال الجراحي كلما أمكن ذلك. وكان سببا في سوء التشخيص استئصال الجهاز متعددة ليس تكرار المحلية ، ولكن الانبثاث البعيدة. لسنوات عدة ، العلاج الكيماوي المساعد أثبتت فعاليته في المرحلة الثالثة (+ N). فإنها لا تزال مثيرة للجدل عن المرحلة الثانية (N). وقد تطور العلاج القياسية مع ظهور أدوية جديدة فعالة مثل الاجسام المضادة.

Bibliographie



- [1] cancer.du.colon.free.fr
- [2] **faivre J, anne marie Bowiwer.** Fréquence et pronostic des cancers digestifs, supplément à POST, U-SMC-HGE la lettre n°22, mars 2003 ,pp 203 - 207
- [3] registre des cancers de Rabat
- [4] **El Hilal M .** le cancer au Maroc : épidémiologie du cancer des malades de l'INO entre 1985-2000, avril 2004
- [5] **Bark Latifa.** Profil épidémiologique et prise en charge thérapeutique des cancers du colon, rabat : faculté de médecine et de pharmacie, 2005
- [6] **Mahacine Bousset.** Exerèse chirurgicale dans le cancer du colon rabat : faculté de médecine et de pharmacie, 2006
- [7] **Tepper Jf, Cohen Am, Orlow E, Welch CE,** failure patterns following curative resection of colonic carcinoma, ann surg oncol, 1984 (200) pp 685 - 690
- [8] **Jean Faivre, F vicarie, G gay**
Epidémiologie et prévention du cancer colorectal Springer Digest
- [9] **Latifa Bahoum Bark,** Profil et prise en charge thérapeutique des cancers du colon à propos de 158 cas colligés au service de chirurgie C de 1990-2000 ; Année 2005
- [10] **Meyam ouyahya**
Profil épidémiologique du cancer du colon en chirurgie à propos de 83cas colligés entre 1980 et 1990 . 2004, pp 63

- [11] **M. Adloff, J.L. Arnaud, M.Schloegel** Les cancers du Colon, Etude rétrospective portant sur 1122 patients opérés
J. chirurgie (Paris)1990, 127, n°12 :565-571
- [12] **vincent l.rowe, daniel b. forest, Samuel huang.** 1997,locally advanced carcinoma annals of surgical oncology, 4 (2) pp 131 - 136
- [13] **Tazi Sidioui Jawad**
Fréquence relative du cancer au Maroc à travers l'expérience du service d'anatomie pathologique du CHU de Rabat pour une période de 13 ans
Thèse n° 119 Année 1978
- [14] **Ppedro luna perez, saule rodriguez-ramirez.** 2002,multivisceral resection for colon cancer journal of surgical oncology (80) pp 100-104
- [15] **Daniel b forest, huang samuel .** 1997 extended resection for locally advanced colorectal carcinoma, annals of surgical oncology 4 (2) pp 150-152
- [16] **bowne WB, lee b, wong wd .** operative salvage for locoregional recurrent cancer after curative resection : an analysis of 100 cases . 2005, dis colon rectum, (48) pp 897-909
- [17] **fazio v w, vignali a, lopez-kostner f.** locally recurrent rectal cancer: predictors and success of salvage surgery (44): pp 173-178
- [18] **spratt js, Watson fr, pratt jl.** Characteristics of variants of colorectal carcinoma that do non metastasize to lymph nodes. Dis colon rectum 1970 (13) pp 243- 246

[19] **blatz and h.g. berger.** Surgery of colorectal cancer: surgical morbidity and 15 years results in 2004 patients 2002, world journal surgery (26) pp 59-66.

[20] **m.j lopez, w.g kraybill, s.b. eisenberg .**

Long term results of surgical resection of locally advanced colorectal carcinoma .1990 surgery (108) pp 779-785

[21] **Latifa Bahoum Bark.**

Profil et prise en charge thérapeutique des cancers du colon à propos de 158 cas colligés au service de chirurgie C de 1990-2000 ; Année 2005

[22] **houda.m**

Résection multiviscérale du cancer du colon localement avancé, 2011 p 40

[23] **M. houda**

Résultats de la prise en charge chirurgicale du cancer du colon localement avancé, 2011 p 41

[24] **Bark latifa profil** et prise en charge thérapeutique des cancers du colon à propos de 158 cas colligés au service de chirurgie C de 1990 à 2000,2005 ,p 131

[25] **le cancer du colon**

Etude de 153 cas et comparaison avec une série historique de 140 cas

La Tunisie médicale –vol. 77, n°12, 1999

[26] M. Adloff, J.L Arnaud, M Schloegel

Les cancers du Colon, Etude rétrospective portant sur 1122 patients opérés

J. chirurgie (Paris) 1990,127,n°12 :565-571

[27] Taylor We, donohue JH, Gunderson LL, et al.2002, The Mayo clinic experience with multimodality Ann Surg oncol pp 177-185

[28] Raland S.M.D, Croner, Merkel, Suganne M.D, Papadopoulos, Wener, Coehl, Jonas

Diseases of the colon & rectum August 2009- Volume 52-Issue 8-pp 1381-1386

[29] B.moynihan

Abdominal operations, philadelphia: S.N 1926 P19

[30] concident removal of additional structuresin resections for carcinoma of the colon and rectum e.dSugarbaker.1946, ann Surg 123, pp1036-1046, p Lasser

[31] EMC-Techniques chirurgicales-Appareil digestif 2010 pp455-459

[32] Leung K.L, Kwok SP,lam S C, Lee J.F, yiu R.Y

Laparoscopic resection of rectosigmoid carcinoma : prospective randomized trial, the lancet 2004, issue 363 pp 1187-1192

- [33]** Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group.: A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer
N. Engl J Med 2004, issue 350 :p 2050-2059
- [34]** **Veldkamp R, Kuhry S.P, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer N. et al**
Colon cancer laparoscopy surgery or open resection study group(COLOR) laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer, short term outcomes of randomised trial . the lancet oncol 2005, issue 6 pp 477-481
- [35]** **Guillon P, Quirke, P, Thope H, Walker J, Wayne DG, Smith A.M et al**
Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial-lancet 2005, issue 365 p 1718-1726
- [36]** **G. trebuchet, JL Le calvé, B Launois**
Résection coelioscopique du colon par ADN, présentation d'une série de 218 cas Chirurgie, Volume 123, Issue 4, 1998 p343-350
- [37]** **Tiret E,** Conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du colon, conférence de consensus dépistage et prise en charge des cancers du colon
Gastro-entérologie clinique et biologique 1998

[38] Khat Up, Lang Aw, Muralik, Parker Mc

Britain Journal Surgery 2002, 86 ; 1096-102

[39] Sebastian S, Johnston S, Geoghegan T, Torreggiani W, Buckley M.

Pooled analysis of the efficacy and safety of self-expanding metal stenting in malignant colorectal obstruction.

American J Gastroenterol. 2004 ;(99)pp :2051

[40] Moertel CG, Fleming TR, Macdonald JS, Haller DG,, Goodman PJ, et al.

Levamisole and fluorouracil for adjuvant therapy of resected colon carcinoma N

English Journal Med 1990, 322 : 352-358

[41] André T, Boni C, Mounedji-Boudiaf L, Navarro M, Tabernero J, Hickish T, et al

Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer.

N . Engel, J med 2004 ; 350.2343-2351

[42] Rougier P, Arnaud JP, Nordlinger B, Wils J, Ollier JC, et al

Adjuvant regional chemotherapy and systemic chemotherapy versus systemic chemotherapy alone in patients with stage II—III colorectal cancer: a multicentre randomised controlled phase III trial

Lancet Oncol 2005 ; 6pp 459-468

- [43] **Chantal W ,M Van Gils, Miriam Koapman, William, Redkop, Carin A Uyl-de-groot & cornelis J.A**
Acta Oecologica Nederland, pp 109-114
November 28, 2011
- [44] **Salmond J-Mc Donald, roxburgh C, R.Mckee, Horgan P, D. Mc millan**
International Journal of Colorectal Disease
Volume 26, n°4 pp 483-492 January 2011
- [45] **A.Wong, E.Diaz, C Twelves, W.scheithauer, J.F Seitz, J.cassidy**
Annals of oncology, Issue 22 p 2604-2609 September 2011
- [46] **Andrew Scarfe MD, Isac SF, Lima MS, Marcy Winget School of public health, University of Alberta, Edmonton –Alberta, Canada**
American cancer society, volume 117, issue 16, pp 38333-3840 August 2011
- [47] **S.H. Yun, W.S. Lee Y.B. Cho W.Y. Lee,Sh Yun**
European Journal of Surgical Oncology 2009 issue 35 pp721-727-July
- [48] **Brown SR, Baraza W, Chromoscopy versus conventional endoscopy for the detection of polyps in the colon and rectum**
Cochran Library Issue 10-2010 p 362-366

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

**المستجدات العلاجية لسرطان
القولون المتقدم محليا
بصدد 25 حالة**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الأستاذ : همد نعيم

الزمادة في 5 دجنر 1986 بني مابل

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

**التخصص الأساسية: سرطان القولون المتقدم محليا - الاستعمال متعدد الأعضاء -
أمد الحياة - علاج - شين**

تحت إشراف اللجنة التكونية من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد أحلام

أستاذ في الجراحة العامة

مشرف

السيد: محمد الرايس

أستاذ في الجراحة العامة

أعضاء

السيد: محمد مالك حروزة

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: فريد الصياح

أستاذ في الجراحة العامة