

Année 2020

Thèse N° 128

Cancer du colon gauche en occlusion

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21/07/2020

PAR

Mlle **Lamia Chakib**

Née le 14 juin 1994 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Occlusion – Cancer – Colon gauche – Chirurgie

JURY

M. M. KHALOUKI

Professeur d'Anesthésie réanimation

PRESIDENT

M. R. BENELKHAÏAT BENOMAR

Professeur de Chirurgie générale

RAPPORTEUR

M. Y. NARJIS

Professeur agrégé de Chirurgie générale

M. R. EL BARNI

Professeur agrégé de Chirurgie générale

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ
نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى
وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ
الصَّالِحِينَ

✧ صدق الله العظيم ✧



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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino-laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie

ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie-vasculaire périphérique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumatologie-orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumophtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire

BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUEAT Aïcha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngology
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- reanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation

EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie-clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
EL IDRISSI SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virology
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne

AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie reanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie Clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie

BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie Clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



DEDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ;elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

je dédie cette thèse ...



*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

الحمد لله....

Mes très chers parents,

Les mots ne pourront jamais exprimer tout ce que vous représentez pour moi. Tout ce que j'ai, tout ce que je suis c'est à vous que je le dois. Votre patience et votre courage m'ont toujours fortement inspiré. Votre confiance en moi et vos encouragements m'ont rendu force dans mes moments de faiblesse. C'est par votre sens des valeurs que j'ai pu me construire. Vous êtes l'exemple de la bonté, de l'honnêteté et de l'humilité. Vous m'avez constamment soutenu et accompagné par votre amour inconditionnel vers le chemin de la réussite. Vous m'avez appris à oser apprendre et combattre sans relâcher. Je vous serais éternellement reconnaissant. Vous êtes j'en suis convaincu, les meilleurs parents de tous les temps. Puisse dieu vous protéger et vous prêter une longue vie.

A mon très cher Papa

Mr Jaouad CHAKIB

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. C'est à travers tes encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisé. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondé en moi et réalisé aujourd'hui l'un de tes rêves les plus précieux. Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini. Que Dieu tout-puissant te garde et te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau qui illumine mon chemin.

A ma très chère Maman

Mme Khadija ZOUIZI

Tu m'as donné la vie et l'envie de vivre, les plus précieux de tous les cadeaux. Je t'admire tant pour ta bonté, ton altruisme et ton courage. Merci d'être ce puits inépuisable d'amour, cet océan de tendresse. Merci pour ton temps, tes conseils et pour tous tes sacrifices. Merci pour tes prières et ta bénédiction. Tu étais toujours là à mes côtés pour me reconforter, essuyer mes larmes, soulager mes peines et partager mes joies. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est surtout grâce à toi. Puisse ce jour être l'exaucement de tes prières tant formulées. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi. Tu es et resteras à jamais, le soleil qui illumine ma vie. Sans toi, je ne suis qu'un corps sans âme. Tu es ma raison d'exister. Puisse Dieu tout-puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

A mon cher frère Yassine

Je te serais toujours reconnaissant pour ton soutien et ta présence que tu m'as accordé tout au long de mon parcours. Je te dédie ce travail en témoignage de tout ce que je ressens pour toi, qu'aucun mot ne le saurait exprimer. Puisse dieu nous garder toujours unis. Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de sérénité. Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour.

A ma grande famille :

Mes oncles et mes tantes,

A tous mes adorables cousins et cousines

Merci pour votre amour, vos prières et vos encouragements qui m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'aie depuis toujours pour vous honorer. Vous êtes pour moi une source inépuisable de sagesse. Il y a tant de chaleur dans la bonté de vos cœurs. Il n'y a aucun mot qui suffit pour vous dire merci, je vous aime énormément. J'implore Dieu pour qu'il vous garde en bonne santé et qu'il me permette de profiter de votre présence à mes côtés.

A mes chers ami(e)s et collègues

Je ne peux vous citer tous et toutes, car les pages ne le permettraient pas, et je ne peux vous mettre en ordre, car vous êtes tous et toutes chères... Vous étiez toujours là pour me reconforter et me soutenir dans les moments les plus durs. Merci, chers ami(e)s pour ce joli parcours que nous avons réalisé ensemble. Je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de réussite. Que notre fraternité reste éternelle.



REMERCIEMENTS



A

MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Pr. Mohammed KHALOUKI

Professeur d'Enseignement Supérieur d'anesthésie réanimation

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis.

Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Veuillez trouver ici, professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

A

MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

Pr. BENELKHAIA BENOMAR RIDOUAN

Professeur d'Enseignement Supérieur de Chirurgie générale au CHU Mohammed VI de Marrakech

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail.

Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois. Vous avez sacrifié beaucoup de votre temps pour mener à bout ce travail et je suis très reconnaissant des grands efforts que vous avez fournis en dirigeant ce travail.

Veuillez accepter, cher Maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission.

A

MON MAITRE ET JUGE DE THÈSE

PR. Youssef NARJIS

Professeur Agrégé de chirurgie générale au CHU Mohammed VI de Marrakech

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.

A

MON MAITRE ET JUGE DE THÈSE

PR. Rachid EL BARNI

Professeur Agrégé de chirurgie générale à l'hôpital militaire AVICENNE de Marrakech

Votre présence au sein de notre jury constitue pour moi un grand honneur. Par votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession.

Nous vous remercions de votre enseignement et gentillesse. Qu'il me soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance.

A TOUTE L'EQUIPE DE CHIRURGIE GENERALE à l'hôpital ibn tofaïl
CHU MED VI DE MARRAKECH:

Je vous remercie pour votre accueil, votre aide et votre professionnalisme.

A tous les enseignants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech ; Avec ma reconnaissance et ma haute considération.

Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.

A tous ceux qui ont aidé de loin ou de près à l'élaboration de ce travail

ABBREVIATIONS

Liste des abréviations

ADK	:	Adénocarcinome
ADP	:	Adénopathie
AEG	:	Altération de l'état général
AMG	:	Arrêt des matières et des gaz
ASP	:	Abdomen sans préparation
ATCD	:	Antécédent
HMG	:	Hépatomégalie
KC	:	Cancer
NHA	:	Niveaux hydro-aériques
PAF	:	Polypose adénomateuse familiale
RCH	:	Rectocolite hémorragique
SD	:	Syndrome
SMG	:	Splénomégalie
TDM	:	Tomodensitométrie
TR	:	Toucher rectal

PLAN

INTRODUCTION	01
OBJECTIF DE L'ETUDE	03
MATERIELS ET METHODE	04
I. TYPE D'ETUDE	05
II. POPULATION D'ETUDE	05
1. Critères d'inclusion	05
2. Critères d'exclusion	05
III. METHODES DE RECUEIL DES DONNEES	05
1. Collecte de données	05
2. Les paramètres recueillis	06
RESULTATS	07
I. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	08
1. Fréquence	08
2. Age	08
3. Sexe	09
4. Origine géographique	09
5. Antécédents	10
II. ETUDE CLINIQUE	11
1. Délai de consultation	11
2. Les signes fonctionnels	11
3. Les signes généraux	12
4. Les complications associées	12
5. Les signes physiques	13
III. PARACLINIQUE	14
1. ASP	14
2. TDM abdominale	15
3. Bilan biologique	17
IV. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	17
1. Réanimation préopératoire	17
2. Exploration chirurgicale	18
3. Geste chirurgical	19

V. POSTOPERATOIRE	20
1. Suites opératoires immédiates	20
2. Après la deuxième intervention	20
VI. ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE	21
1. Type histologique	21
2. Classification TNM	21
VII. LA SURVIE	22
DISCUSSION	23
I. RAPPEL ANATOMIQUE	24
1. Introduction	24
2. Situation général	24
3. Dimensions	25
4. Morphologie externe	25
5. Structure	26
6. Moyens de fixité	26
7. Vascularisation Innervation et drainage lymphatique	27
II. RAPPEL ANATOMOPATHOLOGIQUE	33
III. RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE	40
IV. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE	43
1. Fréquence	43
2. Age	43
3. Sexe	44
4. Origine géographique	45
5. Antécédents	45
V. ETUDE CLINIQUE	46
1. Délai de consultation	46
2. Signes fonctionnels	46
3. Signes généraux	48
4. Signes physiques	49
VI. ETUDE PARACLINIQUE	50
1. Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) debout ; face	50
2. TDM abdomino-pelvienne	52
3. Bilan endoscopique	53
4. Bilan biologique	54

VII. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	54
1. Le volvulus colique	54
2. La diverticulite sténosante pseudo tumorale	54
3. La sténose post-radique	55
4. Autres causes d'occlusion mécanique	55
5. Causes fonctionnelles	55
VIII. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	55
1. Réanimation préopératoire	56
2. Traitement chirurgical	57
3. Techniques non chirurgicales	73
4. Prise en charge à distance du cancer colique	76
IX. DISCUSSION DES RESULTATS DU TRATEMENT CHIRURGICAL	79
1. Résécabilité	79
2. Mortalité	79
3. Morbidité	80
X. ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE	81
1. Les types histologiques	81
2. Classification des cancers coliques	81
XI. PRONOSTIC	83
XII. SURVIE	84
XIII. SURVEILLANCE	84
1. But	84
2. Rythme ; Moyens et Indication	85
XIV. PREVENTION ET DEPISTAGE	86
1. Prévention primaire	86
2. Prévention secondaire	86
3. Prévention tertiaire	87
CONCLUSION	89
ANNEXES	91
RESUMES	95
BIBLIOGRAPHIE	102

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aiguë est définie par l'arrêt complet du transit intestinal.

Le diagnostic du cancer colique est posé tardivement souvent au stade de l'occlusion.
(1,2)

Le cancer colorectal occupe le 3e rang chez l'homme et le 4e rang chez la femme des tumeurs les plus fréquentes. (3)

Le cancer colique en occlusion pose une double problématique :

- d'une part, l'occlusion et son retentissement général et sur l'intestin d'amont
- d'autre part, le cancer localement avancé et fréquemment métastatique sur un terrain le plus souvent défavorable ce qui retenti sur le pronostic. (4)

Cependant une amélioration de la prise en charge en urgence tend à diminuer la morbi-mortalité à court et à long terme.

Objectif de l'étude

Les buts de notre thèse sont :

- Evaluer la part de cette complication révélatrice de la pathologie tumorale colique.
- Faire le point sur le panel de techniques chirurgicales.
- Instaurer une conduite devant ce type de complication afin de minimiser la morbi-mortalité immédiate et au long cours.

PATIENTS & METHODES

I. Type D'étude :

Notre travail est une étude rétrospective à visée descriptive à propos de 20 cas du cancer du côlon gauche en occlusion, colligés sur une période de 3 ans du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019, au sein de service de chirurgie viscérale de l'hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI de Marrakech.

II. Population D'étude :

1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus tous les cas de cancer colique gauche compliqué d'occlusion diagnostiqués et traités au service de chirurgie viscérale de l'Hôpital Ibn Tofail de Marrakech.

2. Critères d'exclusion :

Les cas qui n'ont pas été retenus au sein de notre étude intéressant toute occlusion non tumorale.

Les cas du cancer du colon gauche non compliqué.

III. Méthodes de recueil des données :

1. Collecte de données:

Les sources de données auxquelles on a eu recours étaient :

- Les dossiers médicaux du service de chirurgie viscérale IBN TOFAIL Marrakech.
- Les registres d'hospitalisation ;
- Les comptes rendus opératoires ;
- Les registres des comptes rendus anatomo-pathologiques.

2. Les paramètres recueillis:

Les paramètres étudiés étaient la fréquence, l'âge, le sexe, l'origine géographique, les antécédents personnels et familiaux, le début de la symptomatologie, le tableau clinique complet, le bilan para clinique préopératoire, le délai d'admission au bloc opératoire, le type d'intervention chirurgicale réalisée en fonction de la localisation, la morbi-mortalité immédiate, le grading de la tumeur, le type anatomopathologique, l'évolution, et le pronostic.

Pour une meilleure analyse des dossiers des malades ; nous avons mis au point une fiche d'exploitation (annexes).

RESULTATS

I. Les données épidémiologiques :

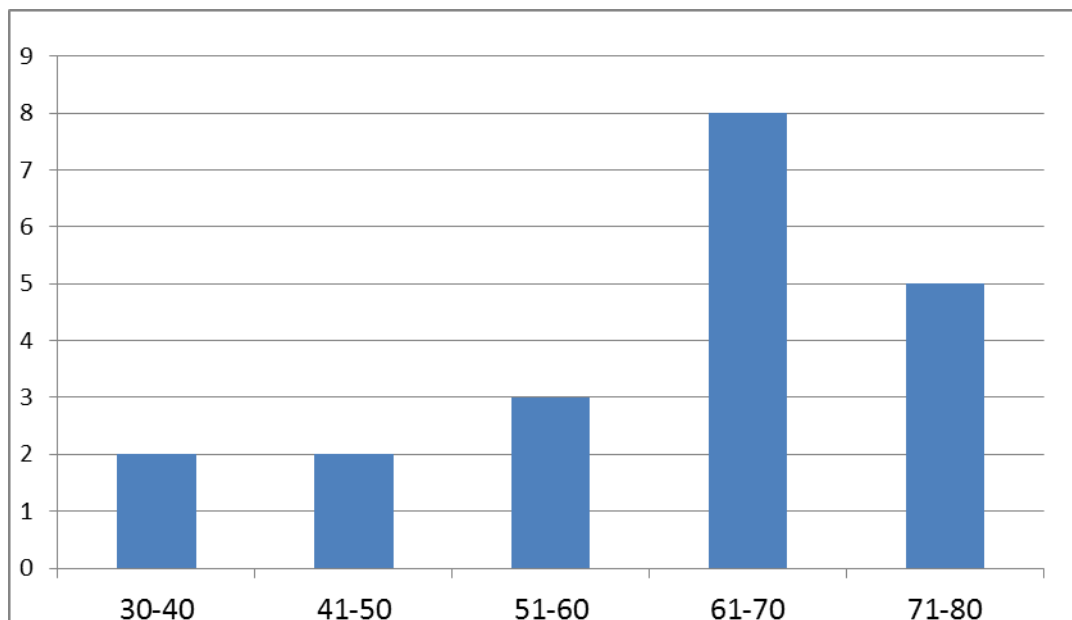
1. Fréquence :

Nous avons relevé 1.4% des patients porteurs de cancer du côlon gauche en occlusion par rapport à l'ensemble des malades hospitalisés via les urgences au cours de la même période.

2. Age :

La moyenne d'âge des patients est de 65 ans avec des extrêmes allant de 35 à 80 ans.

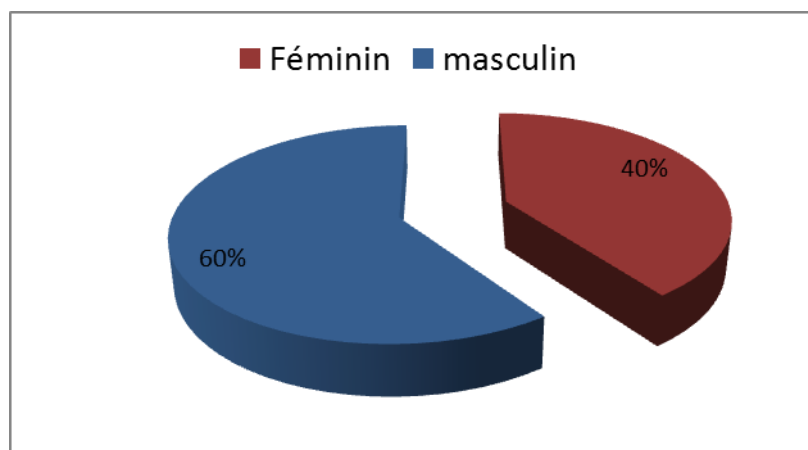
(Graphique1)



Graphique 1 : Répartition en fonction de la tranche d'âge

3. Sexe :

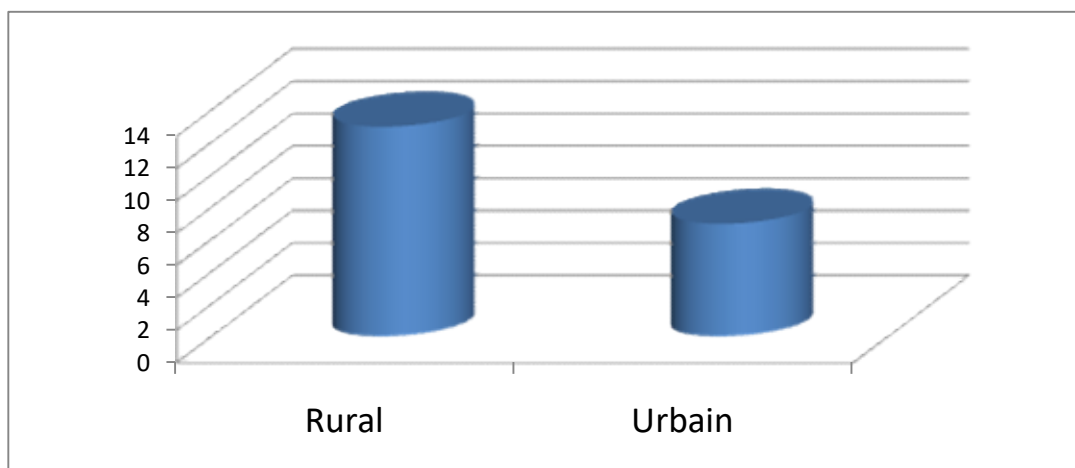
Notre série a comptabilisé 8 femmes pour 12 hommes ce qui fait un sexe ratio de 0.6.
(Graphique2)



Graphique2 : Répartition en fonction du sexe

4. Origine géographique :

Dans notre série on note une prédominance de l'origine rurale chez nos patients.
(Graphique3)



Graphique 3 : Répartition des patients entre milieu rural et urbain

5. Antécédents :

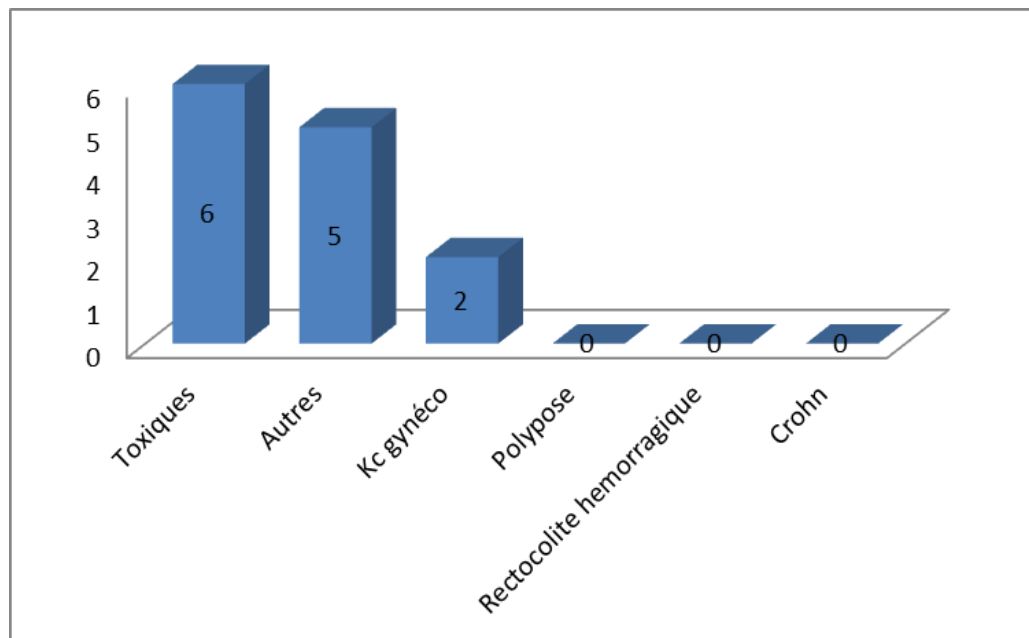
5.1. Antécédents personnels : (Graphique 4)

Une patiente de notre série a été opérée pour hernie inguinale.

Aucun antécédent personnel spécifique tel que la polypose adénomateuse familiale, les maladies inflammatoires du colon ; n'a été retrouvé dans notre série.

Six patients étaient tabagiques chroniques dont deux étaient également éthylique chronique.

Cinq de nos patients présentaient des antécédents non spécifiques à savoir le diabète, lithiase rénale, une hypertension artérielle et une hypertrophie de prostate.



Graphique 4 : Antécédents spécifiques.

5.2. Antécédents familiaux :

Chez aucun de nos patients, un antécédent familial de cancer digestif, gynécologique ou des voies urinaires ou de PAF n'a été relevé.

II. Etude clinique :

1. Délai de consultation :

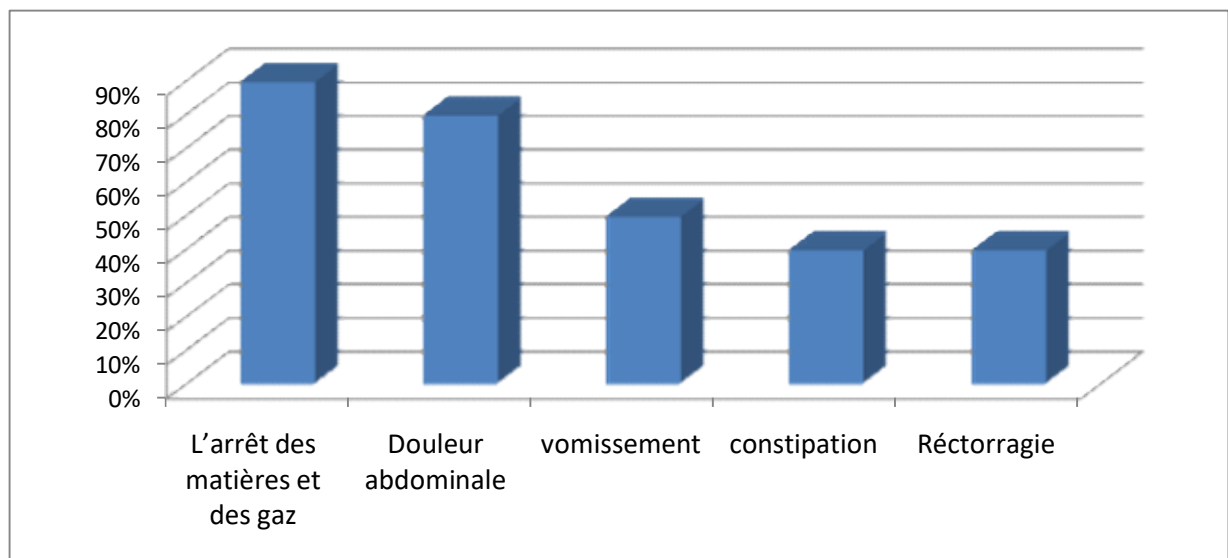
Le délai entre l'apparition de l'occlusion et la consultation était de 7 jours en moyenne avec des extrêmes allant de 02 à 15 jours.

2. Les signes fonctionnels : (Graphique 5)

L'arrêt des matières et des gaz est le maître symptôme ; 90% des patients ont présenté un syndrome occlusif, tandis que 10% de nos malades ont présenté un syndrome sub occlusif.

80% de nos patients ont présentés des douleurs abdominales, et 50% avaient des vomissements.

40% des patients avaient des rectorragies et des troubles du transit à type de constipation.

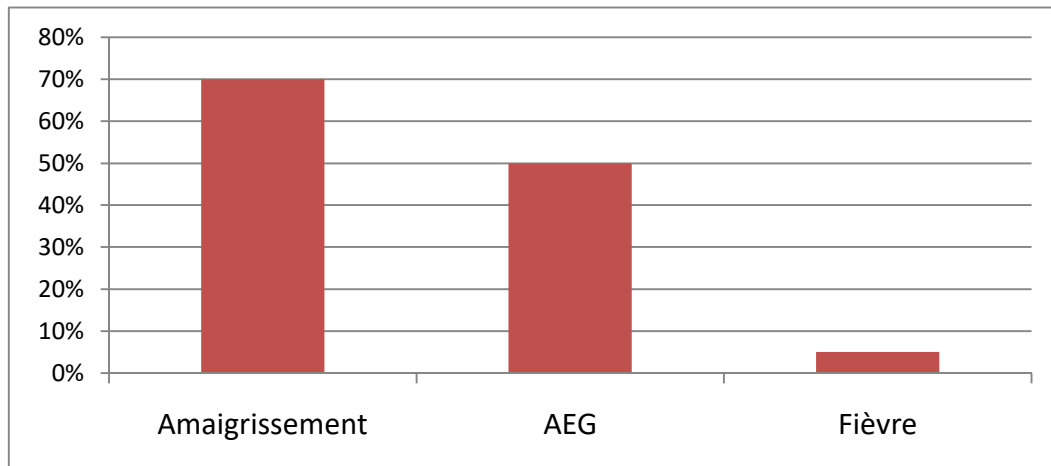


Graphique 5: Signes fonctionnels révélateurs dans notre étude.

3. Les signes généraux : (Graphique 6)

Des signes généraux sont fréquemment retrouvés, 70% de nos patients rapportent une notion d'amaigrissement ; 50% une notion d'altération de l'état général.

La fièvre était présente chez 5% des malades.

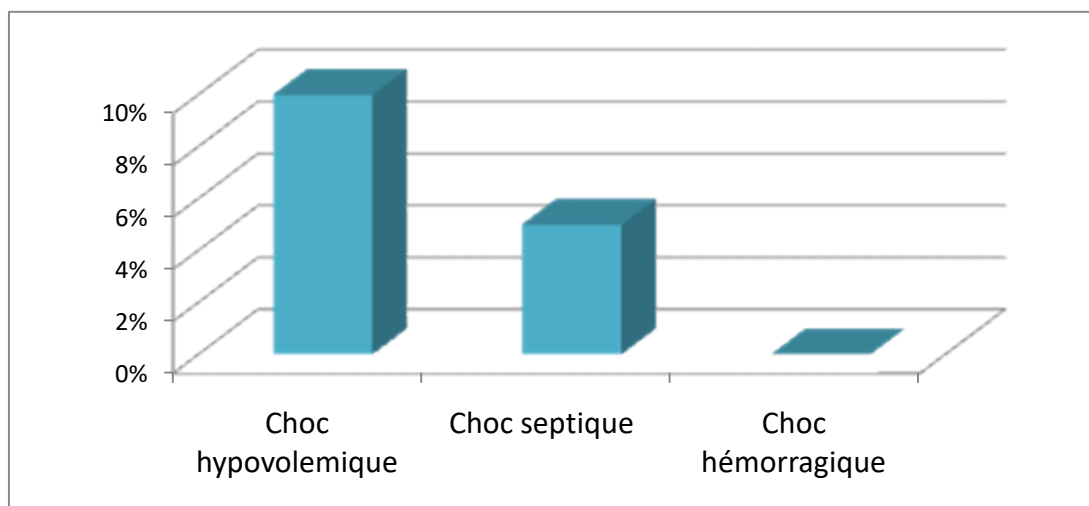


Graphique 6 : Signes généraux

4. Les complications associées: (Graphique7)

Deux de nos patients ont été admis dans un tableau de choc hypovolémique soit 10%.

Un cas de choc septique soit 5%.

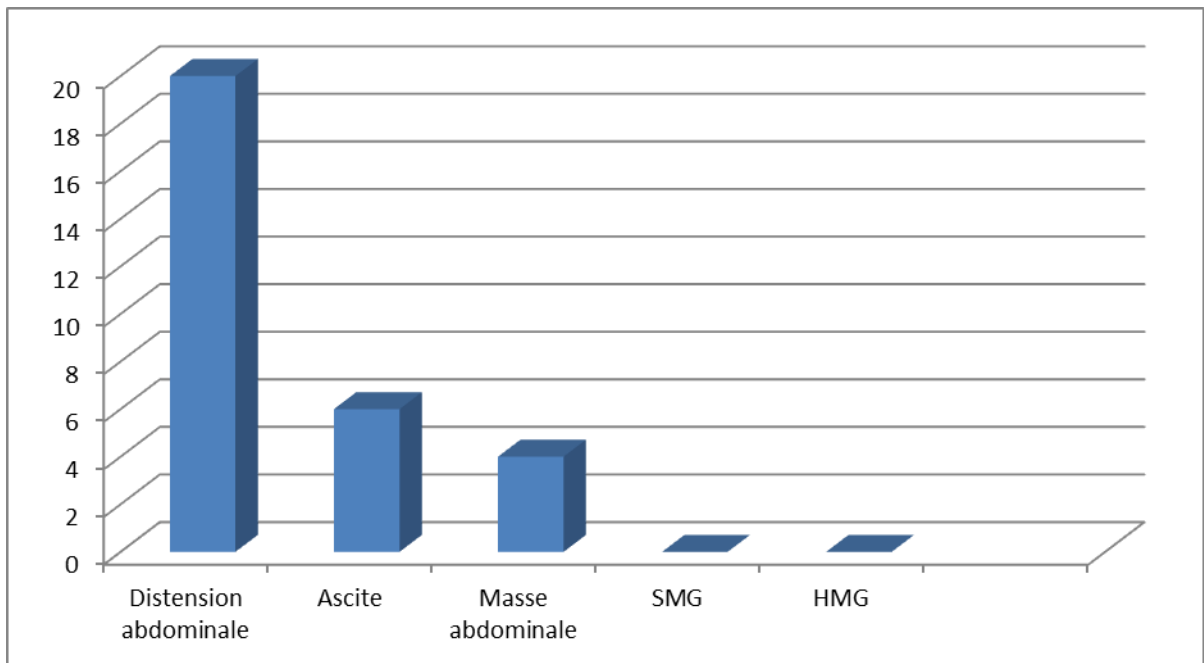


Graphique 7 : Les complications associées

5. Les signes physiques : (Graphique8)

- L'examen clinique a objectivé pour tous les patients une distension abdominale.
- Une masse abdominale a été retrouvée à la palpation chez quatre patients.
- Une ascite a été retrouvée chez six patients.

Le toucher rectal a été réalisé pour tous les patients ; dans 75% des cas, l'ampoule rectale était vide, dans 25% des cas des stigmates d'hémorragie ont été objectivés.

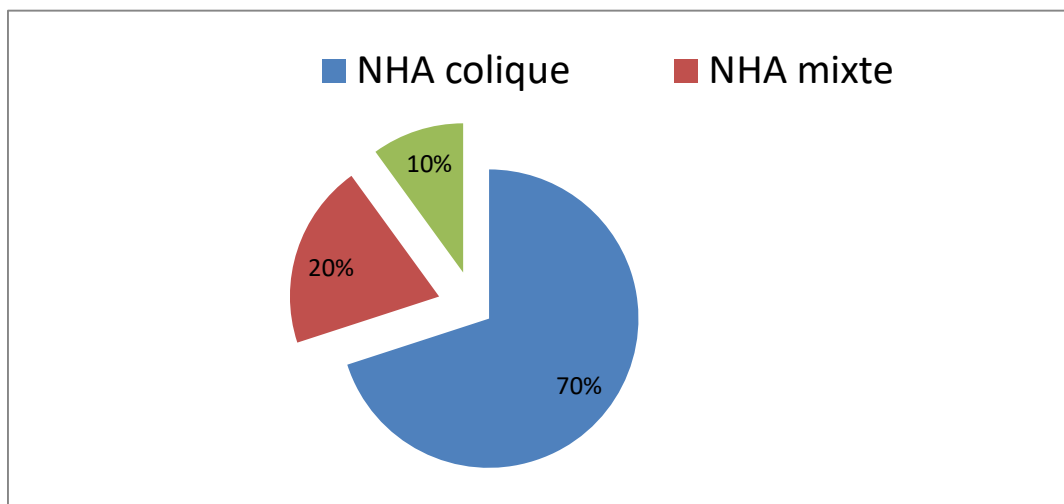


Graphique 8 : Principaux signes physiques

III. Para clinique :

1. ASP : (Graphique 9)

Un ASP a été réalisé pour tous nos patients. Des niveaux strictement de types coliques ont été retrouvés dans 80% des cas, mixtes dans environ 16% et de types grêliques dans près de 4% des cas.



Graphique 9: Aspects retrouvés à l'ASP



Figure 1 : ASP debout montrant des NHA coliques chez un patient présentant une occlusion sur un obstacle colique tumoral

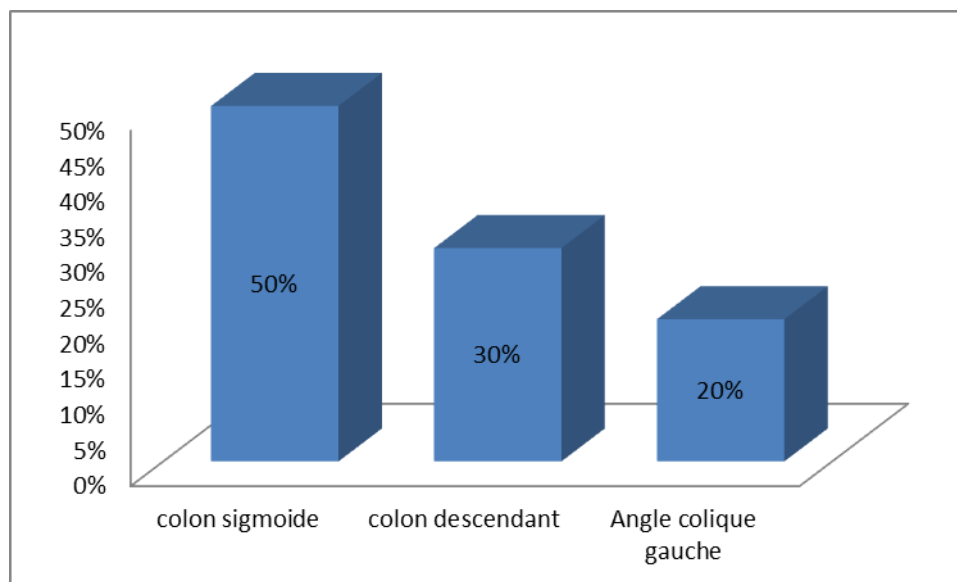
2. TDM abdominale : (Graphique10)

Le scanner abdominal a été réalisé chez tous nos patients ; il a permis de préciser le siège de la tumeur, en montrant une masse tissulaire pariétale colique plus ou moins circonférentielle et rehaussée après injection de contraste IV, avec dilatation colique et /ou intestinale en amont.

La TDM a objectivée des métastases hépatiques chez 4 patients, un envahissement des organes de voisinage chez 2 patients, et des ganglions profonds chez deux patients. (Tableau si dessous)

Les anomalies objectivées a la TDM

Les anomalies à la TDM	Nombre de patients	Pourcentage
Métastases hépatiques	4	20%
Envahissement des organes de voisinage	2	10%
Ganglions profonds	2	10%



Graphique 10 : Siège de la tumeur précisé par tomodensitométrie.



Figure2 : Aspect de tumeur sigmoïdienne au colo scanner (Lésion sténosante du côlon sigmoïde avec un épaissement pariétal circonférentiel)

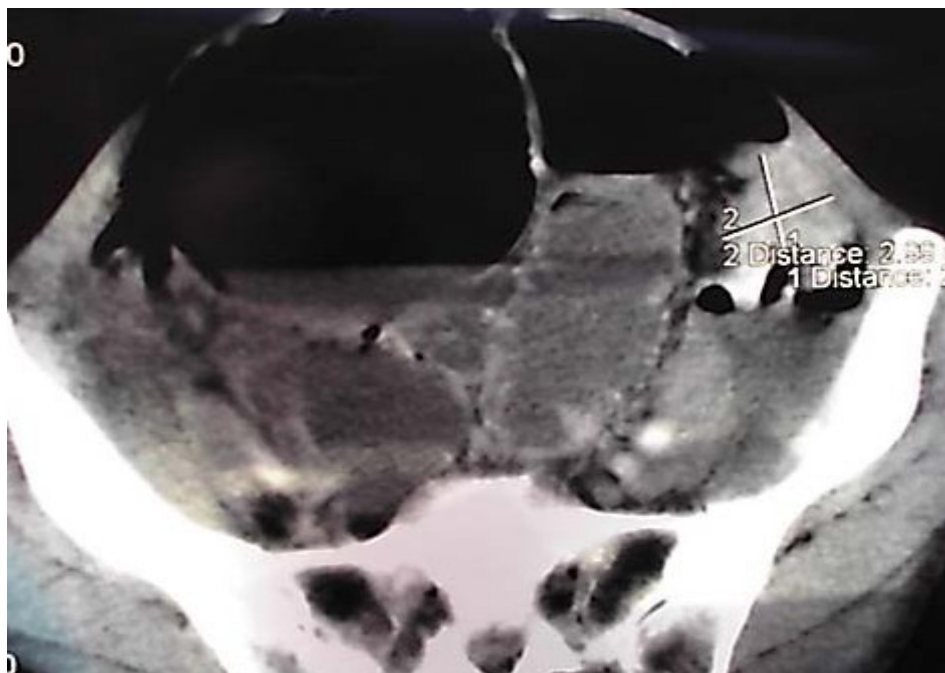


Figure3 : Colo scanner : tumeur du colon descendant occlusive

3. Bilan biologique:

Le bilan demandé en urgence comporte :

- Un bilan de crase sanguine ;
- Un ionogramme sanguin ;
- Une fonction rénale ;
- Une numération formule sanguine ;
- Un groupage sanguin ABO et Rhésus.

Il a objective une anémie hypochrome microcytaire chez 4 patients dont 2 ont été transfusés en peropératoire.

Une hypokaliémie chez 2 patients (corrigée).

Une insuffisance rénale fonctionnelle a été trouvée chez un seul patient (corrigée).

IV. Prise en charge thérapeutique :

1. Réanimation préopératoire:

Tous nos patients ont bénéficié d'une réanimation adaptée à leur état général.

Elle comprend :

- Une sonde naso-gastrique de décompression en aspiration douce et continue.
- Une voie veineuse de bon calibre.
- Un schéma de réhydratation avec correction des troubles hydro électrolytiques.
- Des antispasmodiques.
- Des antalgiques du premier et deuxième palier.
- Un sondage urinaire, avec surveillance de la diurèse horaire.
- L'antibiothérapie n'était pas systématique (un seul cas).

2. Exploration chirurgicale:

L'exploration peropératoire a objectivée des métastases hépatiques pour 4 patients, un épanchement péritonéal chez 6 patients, des adénopathies profondes ont été retrouvées chez 3 de nos patients ; un envahissement des organes de voisinage chez 2 patients.

Deux tumeurs perforées (une sigmoïdienne et l'autre au niveau du colon descendant) :
(Tableau ci-dessous)

Les anomalies objectivées à l'exploration chirurgicale

Exploration peropératoire	Nombre de patients
Ascite	6
Métastases hépatiques	4
Adénopathies profondes	3
Envahissement des organes de voisinage	2
Tumeurs perforées	2

Le siège de la tumeur définitif établi en per opératoire et réparti comme suit : (Tableau ci-dessous)

Le siège de la tumeur établi en per opératoire

Le siège de la tumeur	Nombre de patient
Colon sigmoïde	10
Colon descendant	6
Angle colique gauche	4

Le colon sigmoïde est le segment le plus touché (50% des cas).

3. Geste chirurgical:

Les attitudes chirurgicales devant un cancer colique gauche en occlusion se divisent en deux groupes : colostomie de décharge et résection stomie (graphique 11)

3.1. Les colostomies de décharge :

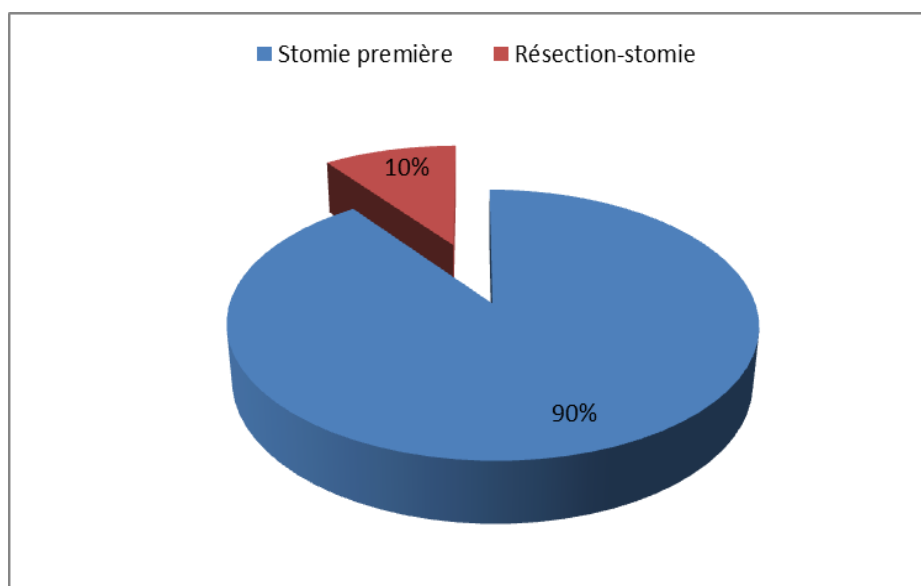
Une stomie de proche amont a été réalisée dans un premier temps chez 18 patients.

Elle a été menée chez tous les patients par voie médiane.

3.2. Résection-stomie :

Une résection de la tumeur a été réalisée d'emblée chez 2 patients avec tumeur perforée qui ont bénéficié d'une intervention de Hartmann.

En résumé ; les interventions réalisées pour les localisations gauches étaient comme suit :



Graphique 11: les interventions réalisées

V. Postopératoire

1. Suites opératoires immédiates :

1.1. Simples :

Les suites opératoires immédiates étaient simples dans près de 85% des cas (constantes normaux, colostomie fonctionnelle).

1.2. Complications :

Trois patients de notre série ont eu des suites postopératoires compliquées soit 15% :

Deux ont présenté une surinfection de la paroi jugulée par pansement et antibiothérapie.

Nous avons déplorés un seul décès dans notre série : sujet âgé qui a subi une résection-stomie en Hartmann qui a présenté par la suite des troubles hydro électrolytiques avec choc septique pour lesquels a été transféré en réanimation

2. Après la deuxième intervention :

Une résection carcinologique avec rétablissement de la continuité ont été réalisées pour 13 patients (65% des cas), c'était :

- 12 patients ayant eu initialement une colostomie première (92% des cas) au cours de la même hospitalisation (j10 du post opératoire).
- L'autre patient ayant eu une intervention de Hartmann a bénéficié d'un traitement adjuvant (chimiothérapie) avant le rétablissement de continuité (8% des cas).

Les suites opératoires après la deuxième intervention ont été simples à part deux patients qui ont présenté une surinfection de la plaie.

VI. Etude anatomopathologique :

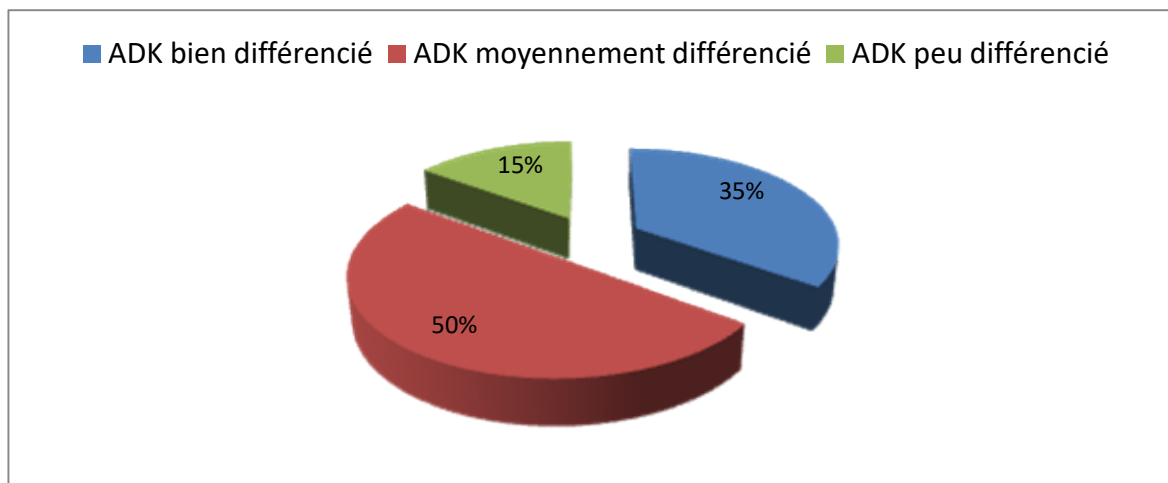
1. Type histologique : (Graphique12)

Tous les patients de notre série ont une preuve histologique de malignité.

Dans la totalité des cas il s'agit d'un adénocarcinome liberkhunien plus ou moins différencié :

- Adénocarcinome bien différencié : 35%
- Adénocarcinome moyennement différencié : 50%
- Adénocarcinome peu différencié : 15%

Les adénocarcinomes mucineux représentent 20% des tumeurs.



Graphique12 : Degré de différenciation des cancers coliques.

2. Classification TNM:

Les 4 patients qui ont présenté des métastases hépatiques et 2 patients avec un envahissement locorégional ont subi une biopsie sous colonoscopie ; Ces patients ont été référés au service d'oncologie pour traitement palliatif et évaluation clinico radiologique ultérieur pour éventuelle acte chirurgicale secondaire.

Donc une étude anatomopathologique est faite sur pièce opératoire chez 13 patients : (tableau ci-dessous)

Patients	T	N	M
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T3	N1	M0
Stade IIIC	T4	N2	M0
Stade IV	T4	N2	M1

✓ Sur une pièce opératoire de résection sigmoïdienne avec biopsie de nodule péritonéale s'est révélée en faveur d'un adénocarcinome métastatique (T4N2M1).

VII. La survie:

- Recul était de 18 mois.
- Récidive tumorale à distance chez 3 patients :
 - ✓ 2 cancers non occlus (métastase hépatique et carcinose péritonéale)
 - ✓ Un cancer occlus.

DISCUSSION

I. Rappel anatomique : [5 ; 6 ; 7 ; 8]

1. Introduction : [5 ; 6]

Le colon ou communément appelé gros intestin est la partie du tube digestif, étendue de l'orifice iléo-caecal à la charnière sigmoïdo-rectale.

Il est subdivisé en 8 parties successives:

Le caeco-appendice, le colon ascendant, l'angle colique droit, le colon transverse, l'angle colique gauche, le colon descendant, le colon iliaque et le colon sigmoïde.

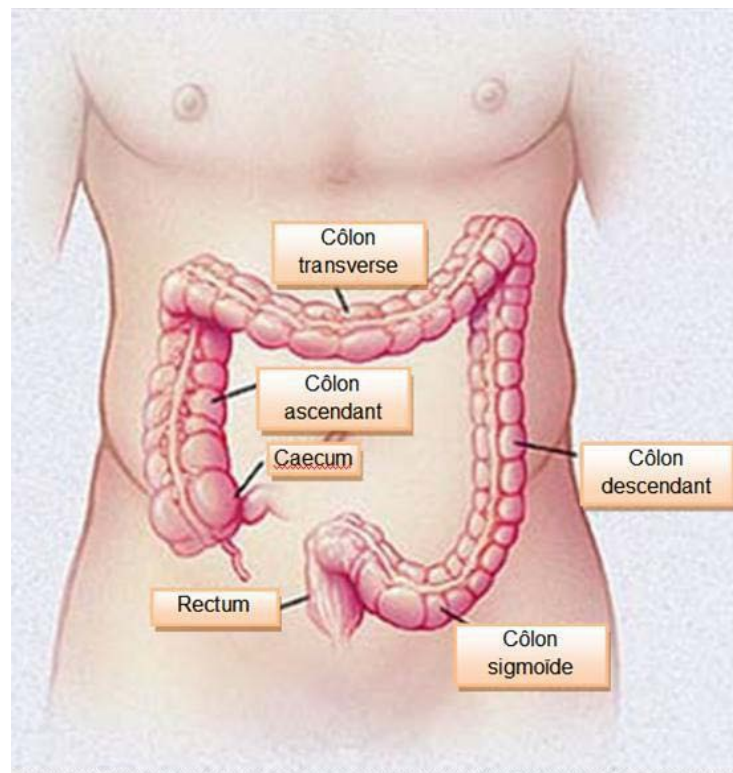


Figure 4: Illustrant les différentes parties du colon [6]

2. Situation générale:

La totalité du colon est en situation intra péritonéale, sous-mésocolique. Il à la forme d'un « cadre » ou d'un «U inversé ».

- ✓ Sur le plan chirurgical, le colon droit comprend :
 - Le caecum
 - Le colon ascendant
 - L'angle colique droit
 - Les deux tiers droits du colon transverse.
- ✓ Le colon gauche comprend quant à lui :
 - Le tiers gauche du colon transverse
 - L'angle colique gauche
 - Le colon descendant
 - Le colon iliaque
 - Le colon pelvien ou sigmoïde.

La jonction entre colon droit et colon gauche se situe anatomiquement en regard de l'artère colique moyenne lorsqu'elle existe, en pratique elle correspond à l'union du tiers moyen, tiers gauche du colon transverse.

3. Dimensions:

Le colon est étendu sur une longueur d'environ 1m45 à 1m65, son calibre est variable selon le segment et tend à se réduire progressivement. Le caecum étant la partie la plus dilatée son diamètre est de 8 à 28 cm ; le colon pelvien a quant à lui un calibre de 3 à 14cm.

4. Morphologie externe [6 ; 7]:

Trois éléments distinguent le colon : les bandelettes musculaires longitudinales, au nombre de 3 et qui convergent toutes vers la base de l'appendice, les bosselures ou haustrations coliques séparés par des sillons transversaux, et les appendices épiploïques houppes graisseuses plus nombreuses sur le colon gauche.

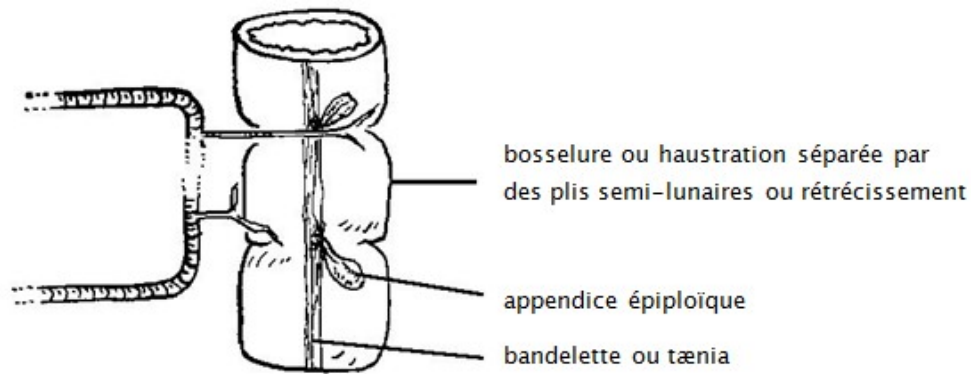


Figure 5: Schématisation d'un segment colique: morphologie externe [6]

5. Structure:

La paroi colique est constituée de quatre couches se disposant de la périphérie la profondeur en :

- ✓ **Une séreuse** : il s'agit du péritoine viscéral entourant la quasi-totalité du colon.
- ✓ **Une couche musculieuse** : elle-même subdivisée en deux sous couches :
L'une superficielle est disposée longitudinalement ;
L'autre profonde est circulaire.
- ✓ **Une sous muqueuse** : c'est elle qui assure la vascularisation de la paroi digestive.
- ✓ **La muqueuse** : dont l'aspect interne rose pâle épouse les différentes bosselures et plis.

6. Moyens de fixité:

Le colon est entouré par la séreuse péritonéale qui le relie au péritoine pré aortique en entourant une lame porte vaisseaux : le méso-côlon. D'un point de vu chirurgical le colon peut être divisé en segments mobiles facilement mobilisables et en segments fixe nécessitent des décollements parfois laborieux notamment chez les sujets obèses.

- ✓ **Segments coliques fixes** : Il s'agit de droite à gauche du caecum, du colon ascendant, de l'angle colique droit, de l'angle colique gauche et du colon descendant.

- ✓ **Segments coliques mobiles** : il s'agit du colon transverse et du colon sigmoïde.

Les points d'accolement du colon sont en réalité très variables d'un individu à l'autre.

Les études comparatives menées par Saunders et al sur des patients occidentaux et des patients d'origine orientales ont montrées des différences significatives dans la mobilité des différents segments du colon. Des adhérences sur le sigmoïdes sont retrouvées chez 17% des sujets d'origine occidentale contre 8% seulement des patients d'origine orientale. L'angle colique gauche est plus mobile chez les sujets d'origine occidentale, 20% vs 9 %. 29 % des patients d'origine occidentale ont un colon transverses particulièrement, se projetant à hauteur de la symphyse pubienne contre 10% seulement des sujets d'origine orientale.

7. Vascularisation Innervation et drainage Lymphatique :

7.1. La vascularisation artérielle et veineuse :

a. Les artères coliques : [5 ; 7]

La vascularisation colique est sous la dépendance de deux systèmes artériels:

- ✓ L'artère mésentérique supérieure (AMS) qui vascularise le côlon ascendant et les 2/3 droits du côlon transverse.
- ✓ L'artère mésentérique inférieure (AMI) qui vascularise le 1/3 gauche du côlon transverse et le côlon descendant.

Il existe donc deux territoires coliques vasculaires distincts anastomosés entre eux par une arcade située à proximité du côlon transverse et permettant une exérèse systématisée avec ligature première des vaisseaux en chirurgie carcinologique des tumeurs coliques.

a.1. Les artères du côlon ascendant :

- Les branches coliques de l'artère mésentérique supérieure sont au nombre de 2 à 3. Elles se détachent du bord droit de l'artère, empruntent le méso-côlon droit et abordent le côlon ascendant par son bord médial.

- **L'artère colique droite** se dirige vers la courbure colique droite où elle se divise en deux branches en T : l'une longe le côlon transverse, l'autre le côlon ascendant.
- **L'artère colique ascendante**, issue de l'artère iléo colique, assure la vascularisation de la partie initiale du côlon ascendant par sa branche colique, et la vascularisation du caecum et de l'appendice par les branches caecales antérieure, postérieure et appendiculaire.
- Dans quelques cas une branche intermédiaire alimente la partie moyenne du côlon ascendant.

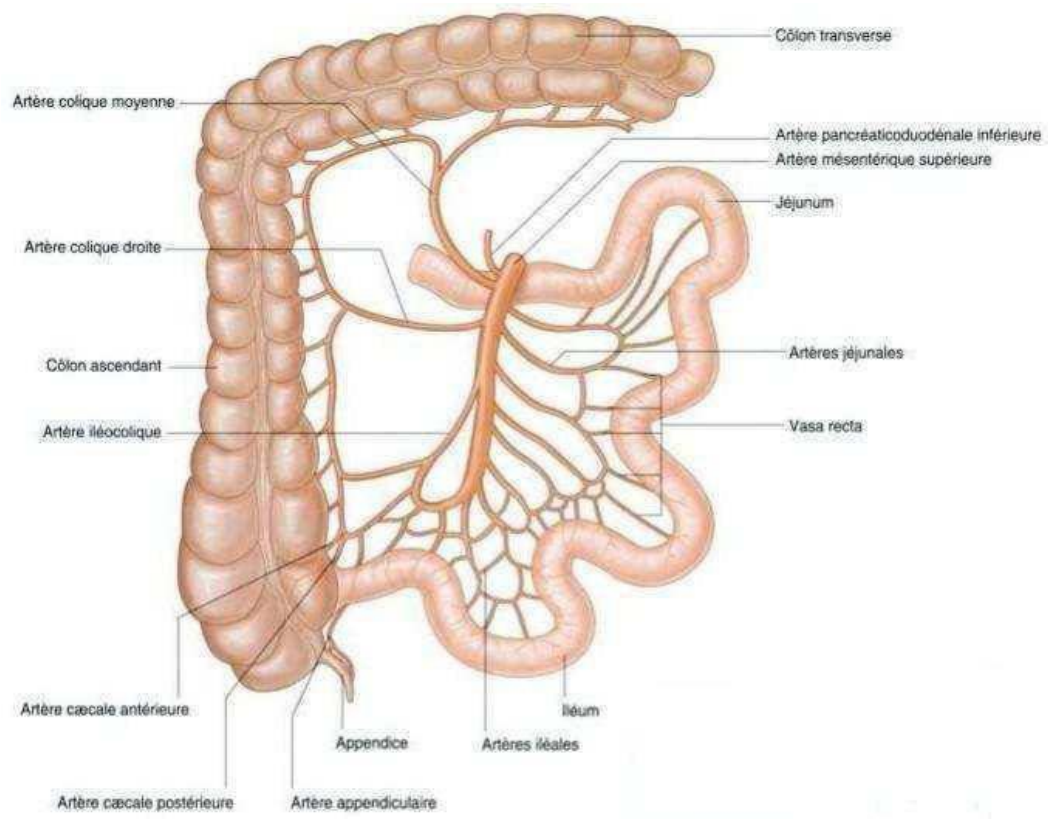


Figure 6: Artère mésentérique supérieur [6]

a.2. Les artères du côlon transverse :

Le côlon transverse est le plus souvent vascularisé par une branche directe de l'artère mésentérique supérieure : L'artère colique moyenne, et par l'anastomose des branches

ascendantes de la colique supérieure droite et la colique supérieure gauche appelée l'arcade de Riolan.

a.3. Les artères du côlon gauche :

Ils proviennent de l'artère mésentérique inférieure et se répartissent en artère colique gauche et en artères sigmoïdiennes :

- **L'artère colique gauche** se détache de l'artère mésentérique inférieure à 2 ou 3 cm de son origine et gagne la courbure colique gauche par un trajet récurrent. Au contact du côlon elle se divise en T en donnant une branche transverse et une branche descendante.
- **Les artères sigmoïdiennes** sont au nombre de 3. Elles se répartissent en branche supérieure, moyenne et inférieure disposées dans le méso-sigmoïde.

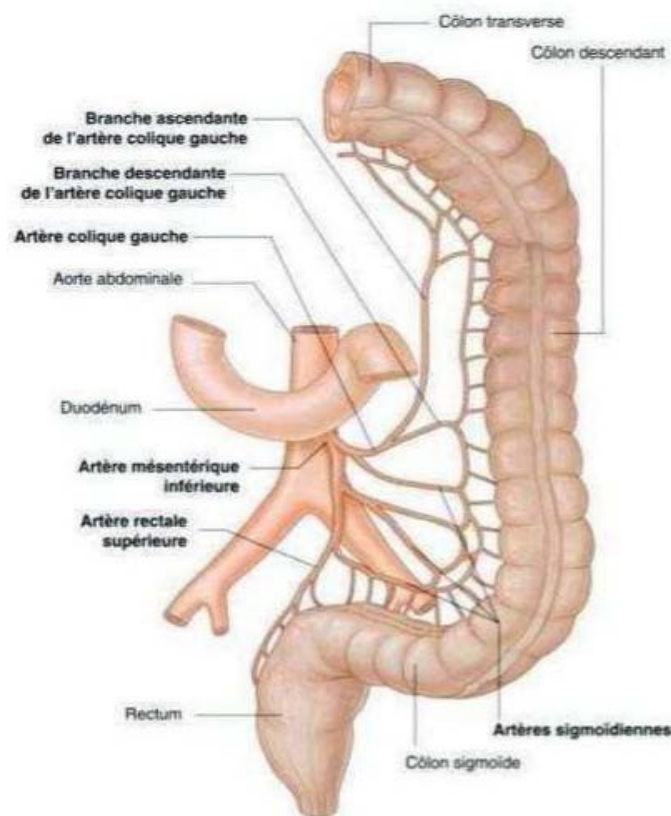


Figure 7: Artère mésentérique inférieure [6]

a.4. Répartition des artères coliques :

Chaque artère colique ou sigmoïdienne se divise en T à proximité du côlon et s'anastomose avec l'artère voisine.

L'ensemble forme une arcade artérielle marginale para-colique qui porte le nom du côlon vascularisé.

De l'arcade para-colique partent les vaisseaux droits qui sont le point de départ d'un riche réseau sous muqueux.

Le sigmoïde est vascularisé par l'artère colique inférieure gauche (tronc des artères sigmoïdiennes) branche de l'artère mésentérique inférieure.

La colique inférieure se termine en trois artères sigmoïdiennes qui se bifurquent en une branche descendante et une autre descendante, la première s'unit à l'arcade para colique, la deuxième s'unit à la branche gauche de l'hémorroïdale supérieure ou à la mésentérique inférieure elle-même par la 'sigmoïda ima' cette anastomose entre le territoire sigmoïdien et rectal est considéré comme un point critique de la chirurgie sigmoïdo rectale.

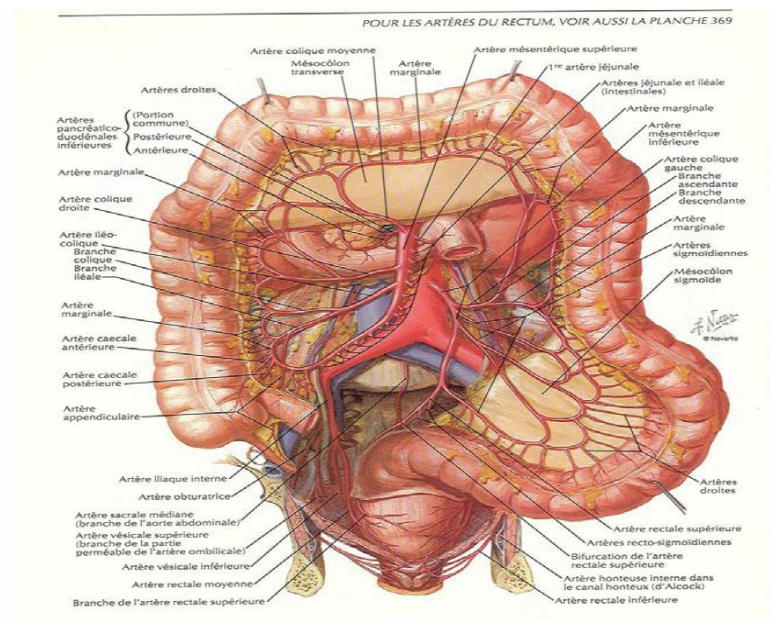


Figure 8: Vascularisation du colon [6]

b. Les veines du côlon :

b.1. Vascularisation veineuse du colon droit :

Les veines coliques droites suivent les axes artériels en les croisant par en avant pour se jeter dans la veine mésentérique supérieure à son bord droit. La veine colique droite peut s'unir à la veine gastro-épiploïque droite et la veine pancréatico-duodénale supérieur et antérieur pour former le tronc veineux gastro-colique (tronc de Henlé).

b.2. Vascularisation veineuse du colon gauche :

Les veines coliques gauches suivent, comme à droite, les axes artériels correspondants.

Le confluent des veines sigmoïdiennes constitue l'origine de la veine mésentérique inf. Celle-ci, en haut, se détache du tronc de l'artère mésentérique inférieure pour rejoindre l'artère colique gauche (formant ainsi l'arc vasculaire du méso-côlon gauche ou arc de Treitz).

Elle s'en sépare pour, derrière le pancréas, se jeter dans la veine splénique et constituer le tronc spléno-mésaraïque.

7.2. Les lymphatiques du côlon :

La circulation lymphatique et la localisation des ganglions coliques plus particulièrement, conditionnent toutes les techniques de la chirurgie carcinologique.

Il existe cinq relais ganglionnaire :

- ✓ Un relais épi-colique : au contact du colon;
- ✓ Para-colique : le long de l'arcade vasculaire bordante;
- ✓ Intermédiaire : le long des vaisseaux coliques;
- ✓ Principal : le long des artères mésentériques supérieure et inférieure.
- ✓ Un relais central :
 - Rétro pancréatique et péri-aortico-cave pour le territoire droit
 - Péri-aortique sous mésocolique pour le territoire gauche.

Chacun de ces relais centraux aboutit au grand collecteur rétro pancréatique ou portal.

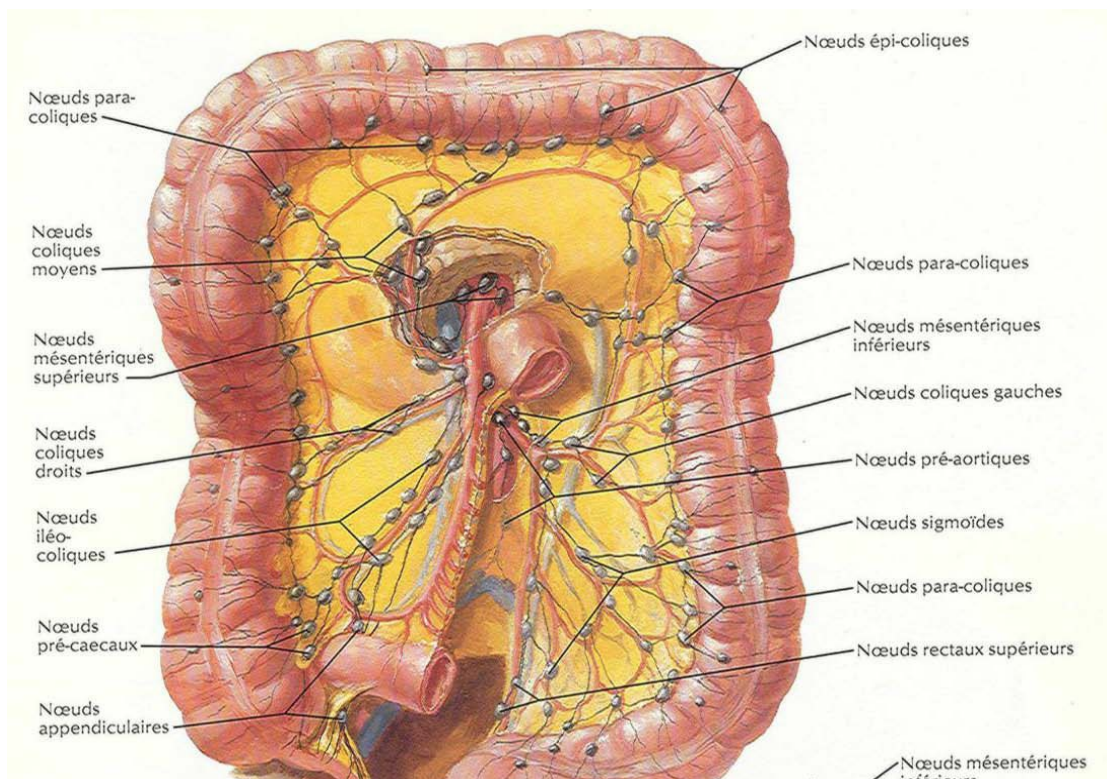


Figure 9: Lymphatiques du colon [6]

7.3. Innervation du côlon [7] :

Les nerfs du côlon proviennent de la chaîne pré vertébrale abdominale.

Elle reçoit ses fibres parasympathiques du tronc vagal postérieur par l'intermédiaire des ganglions cœliaques et ses fibres sympathiques du tronc latéro-vertébral thoracique (nerfs petits splanchniques) et du tronc latéro-vertébral lombaire.

Les ganglions mésentériques supérieurs destinés à l'innervation du côlon ascendant sont groupés autour de l'origine de l'artère mésentérique supérieure et constituent le plexus mésentérique crânial.

Ses fibres suivent l'axe de l'artère mésentérique supérieure.

Les ganglions mésentériques inférieurs destinés au côlon descendant sont groupés autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure qui suit l'axe artériel correspondant.

Entre les deux plexus mésentériques on trouve généralement un réseau d'anastomoses nerveuses dense et serré appelé plexus inter mésentérique.

II. Rappel anatomopathologique : [9 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 15 ; 16]

1. La structure de la paroi colique :

La paroi colique est constituée de quatre couches : une muqueuse ; une sous muqueuse ; une musculuse elle-même subdivisée en deux faisceau (circulaire interne et longitudinale externe) ; et une séreuse péritonéale sur les faces libres du côlon.

2. L'histogénèse du cancer : [16;17;18]

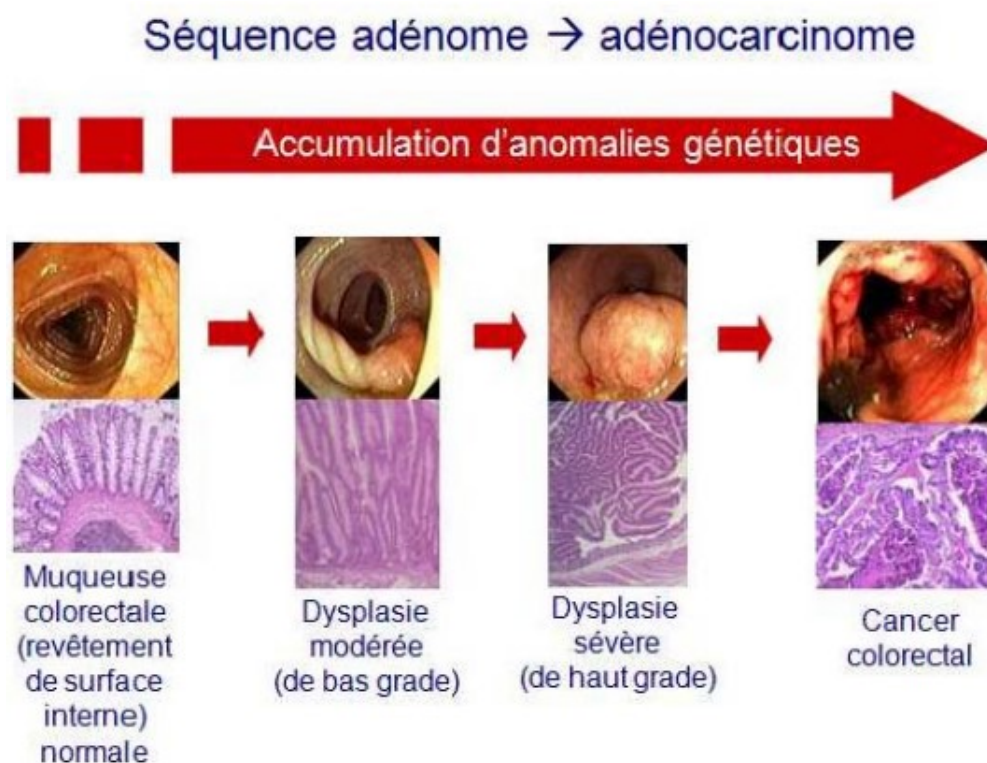


Figure 10 : Illustration montrant l'évolution d'une dysplasie [10]

À l'épithélium normal succède une hyper-prolifération épithéliale avec des étapes de dysplasie de degré croissant, de modérée à sévère.

Des anomalies architecturales de l'épithélium glandulaire (stratification, plissement, bourgeonnement) ; des anomalies cellulaires nucléaires (anisonucléose, hyperchromasie, anomalies des mitoses et de leur siège) et cytoplasmiques (perte de la muco-sécrétion) sont souvent associées.

Puis survient une effraction de la membrane basale des glandes, aboutissant à l'invasion du chorion muqueux.

Le foyer d'adénocarcinome, d'abord superficiel et intra-muqueux, s'étend et atteint la musculaire muqueuse qu'il dissocie, puis envahit l'axe des adénomes pédiculés et la sous-muqueuse des adénomes sessiles.

Le terme d'adénocarcinome invasif est réservé, pour les adénocarcinomes coliques, aux lésions dépassant la musculaire muqueuse.

3. La macroscopie :

Trois formes de lésions macroscopiques sont classiquement décrites :

- La forme végétante revêt l'aspect d'une masse exophytique, encéphaloïde, irrégulière, friable et sessile faisant saillie dans la lumière colique.

Cet aspect est fréquemment retrouvé au niveau du côlon droit, il est rarement sténosant.

- La forme infiltrante réalise l'aspect d'une tumeur rétractile, aboutissant à une sténose plus ou moins serrée qui réalise le cancer en virole fréquent au niveau du côlon gauche.
- La forme ulcéreuse est rarement retrouvée dans sa forme pure, il s'agit le plus souvent d'une lésion mixte, ulcéro-végétante ou ulcéro-infiltrante.

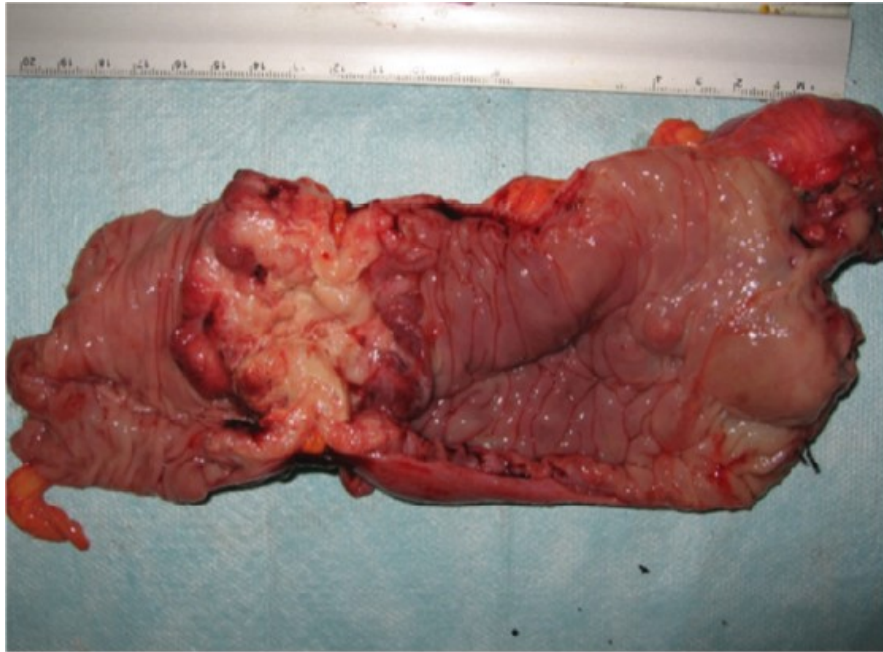


Figure 11 : Aspect macroscopique d'un adénocarcinome bien différencié(27)

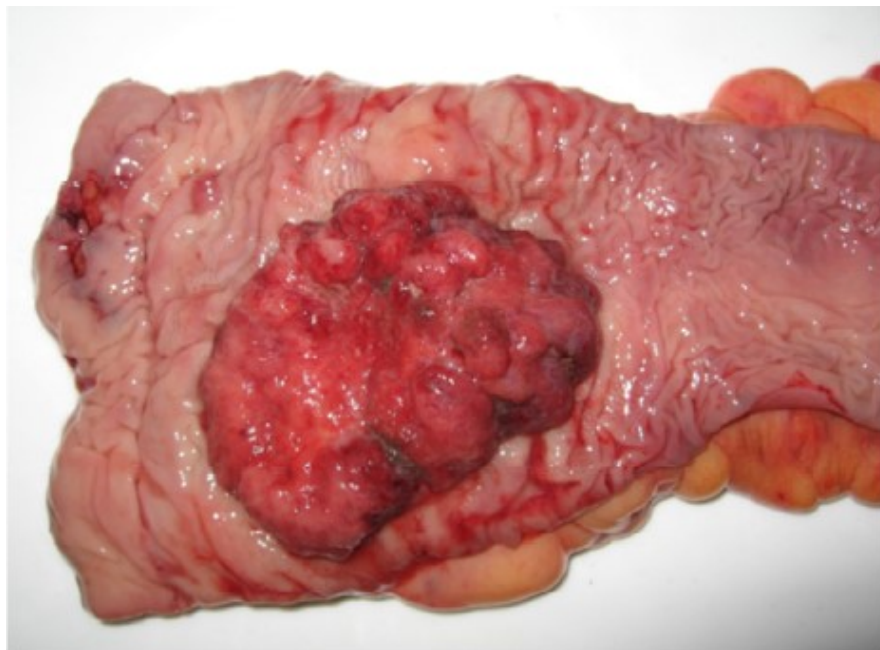


Figure 12 : Aspect macroscopique d'un adénocarcinome moyennement différencié(27)



Figure13 : Aspect d'un adénocarcinome peu différencié(27)

4. La microscopie : (14)

- L'adénocarcinome leiberhkunien est la tumeur colique la plus fréquente (80%) et doit être répartie en trois groupes selon le degré de différenciation :
 - Les adénocarcinomes bien différenciés (75 %).
 - Les adénocarcinomes moyennement différenciés (10 %).
 - Les adénocarcinomes peu différenciés ou indifférenciés ont très peu ou pas de structures glandulaires. (5 %)
- Les adénocarcinomes mucineux ou colloïdes représentent 20 % des tumeurs elles sont définies par la présence de plages étendues de mucus.
- Les carcinomes non leiberhkunien (épidermoïdes, adénome-squameux à petites cellules ou indifférenciés) sont exceptionnellement retrouvés au niveau colique. (0,1%)

- Les autres types histologiques sont rares :

Les lymphomes malins non hodgkiniens de localisation colique (1 à 2 %) Les léio-myosarcomes.



Figure 14 : Microscopie : Adénocarcinome lieberkühnien avec infiltration de la sous-muqueuse
(14)

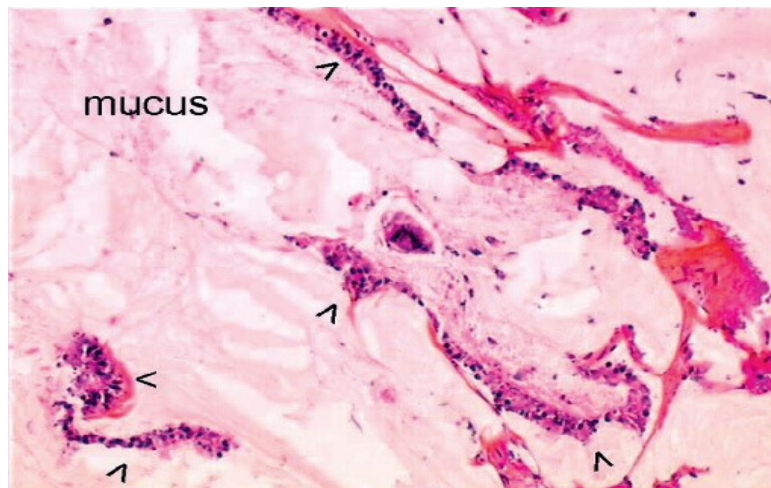


Figure 15 : Microscopie : Adénocarcinome mucineux (colloïde muqueux) avec quelques
lambeaux de cellules tumorales (flèches) flottant dans des flaques de mucus (14)

5. L'extension tumorale

5.1. L'extension pariétale :

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

5.2. L'extension ganglionnaire :

Dans les cancers du côlon, l'extension ganglionnaire suit les pédicules vasculaires mésentériques, supérieurs à droite et inférieurs à gauche. Les relais ganglionnaires sont les groupes para-coliques au contact de l'organe, intermédiaires et pédiculaires à la racine des pédicules.

L'extension ganglionnaire pédiculaire est de très mauvais pronostic car difficilement extirpable par le chirurgien.

5.3. L'extension métastatique :

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

6. La classification des cancers coliques :

Les classifications sont multiples et leur implication clairement thérapeutique permet un langage universel vis-à-vis de l'évaluation pronostique également.

Les classifications de Dukes et d'Astler-Coller, sources de confusion, doivent être abandonnées. L'examen d'au moins 12 ganglions régionaux est recommandé par l'UICC et l'AJCC. Quel que soit le stade, le pronostic est d'autant meilleur que le nombre de ganglions prélevés et analysés est grand.

Une nouvelle classification a été récemment adoptée par l'AJCC et l'UICC (TNM 7ème édition : www.uicc.org/tnm).

Il est recommandé que les pathologistes précisent la classification qu'ils utilisent dans leur compte-rendu (recommandation assurance qualité en anatomie pathologique).

Classification TNM

T : tumeur primitive	
T x	renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.
T0	pas de signes de tumeur primitive.
T is	carcinome in situ : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria
T1	tumeur envahissant la sous-muqueuse.
T2	tumeur envahissant la musculature.
T3	tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péri-coliques et péri-rectaux non péritonéalisés.
T4	t4a : tumeur perforant le péritoine viscéral. t4b : tumeur envahissant directement les autres organes de voisinage
N : adénopathies régionales	
Nx	: renseignements insuffisants pour classer les adénopathies Régionales
N0	pas de métastase ganglionnaire régionale.
N1	N1a : métastase dans 1 ganglion lymphatique régional. N1b : métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux N1c : nodule(s) tumoraux, satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonéalisés (péri-coliques ou péri-rectaux) sans métastase ganglionnaire régionale.
N2	N2a : métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux. N2b : métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux
M : métastases à distance	
M0	pas de métastases à distance.
M1	M1a : métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s), autre que régional. M1b : métastases dans plusieurs organes ou péritonéales.

▪ **Classification par stade:**

- **Stade 0** : pTis N0 M0
- **Stade I**: pT1-2 N0 M0
- **Stade IIA**: pT3 N0 M0
- **Stade IIB** : pT4a N0 M0

- **Stade IIC** : pT4b N0 M0
- **Stade IIIA** : pT1–T2 N1/N1c M0 et pT1 N2a M0
- **Stade IIIB** : pT3–T4a N1N1c M0, pT2–T3 N2a M0, pT1–T2 N2b M0
- **Stade IIIC** : pT4a N2a M0 ; p T3–T4a N2b M0 ; pT4b N1–N2 M0
- **Stade IVA** : tout T, tout N, M1a
- **Stade IVB** : tout T, tout N, M1b
- **Stade IVC** : tout T, tout N, M1c

III. Rappel physiopathologique [10 ; 11 ; 12 ; 20]

Les conséquences physiopathologiques d'une occlusion intestinale sur pathologie néoplasique sont d'abord d'ordre local mais également d'ordre général justifiant et guidant les mesures de réanimation préopératoire.

Ces conséquences sont celles observées devant toute occlusion mais présentent des particularités propres à la pathologie tumorale.

La physiopathologie de l'occlusion par obstruction associe :

Une augmentation du péristaltisme intestinal, une distension gazeuse et liquidienne, une contraction des volumes liquidiens extracellulaires (3èmesecteur) et une pullulation microbienne.

1. Augmentation du péristaltisme:

L'occlusion tumorale est le plus souvent d'abord incomplète et ce pendant un laps de temps plus ou moins long. Pendant la phase d'obstruction partielle, l'intestin lutte pour forcer l'obstacle; sa fonction de résorption aqueuse est rapidement dépassée ce qui favorise l'accumulation des sécrétions digestives dans la lumière colique, la distension pariétale et à fortiori l'arrêt progressif du péristaltisme.

L'arrêt des gaz et des matières n'est apparent qu'après la vidange de l'intestin distal.

2. Distension gazeuse et liquidienne:

L'accumulation de gaz en amont de l'obstacle est la première cause de la distension. Les gaz intestinaux proviennent à 80% de l'air dégluti; la contribution de la fermentation bactérienne intestinale et de la diffusion à partir des gaz du sang est mineure.

La rétention des gaz est précoce, dès les premières heures de l'occlusion.

La rétention liquidienne est plus tardive et n'a que peu ou pas de conséquences générales avant 6 heures d'évolution; elle est constante au-delà de la 12 heures.

L'accumulation de liquide, à la fois par diminution de l'absorption et par exagération de la sécrétion, majore la distension intestinale.

Par conséquent au niveau colique elle est responsable :

Augmentation de la pression intra-luminale :

Le principal risque des occlusions basses en cas de valvule de Bauhin continente est la perforation caecale diastatique, la distension colique avec accumulation de sécrétions hautement septiques entraîne une augmentation de la pression intra-luminale qui s'exerce essentiellement sur le caecum conformément à la loi de Laplace qui préconise que la pression exercée sur la paroi colique est directement corrélée au diamètre du segment colique.

Cette distension colique va tout d'abord entraîner des petites déchirures séreuses puis va faire intervenir des phénomènes vasculaires, la perforation débutera électivement au niveau du bord anti-mésentérique, zone la plus fragile du point de vu vasculaire.

En revanche en cas de valvule de Bauhin non continente, les sécrétions vont refluer au niveau des anses grêles et la symptomatologie sera mieux tolérée.

L'occlusion entraîne également une élévation de la tension pariétale dont la conséquence majeure est la survenue d'une stase veineuse, puis la survenue des troubles circulatoires secondaires à l'œdème pariétal.

L'ischémie résultante est source de nécrose et de micro-perforations.

3. Contraction des volumes extracellulaires:

La distension d'un viscère creux digestif entraîne une hypersécrétion liquidienne et une exsudation de protéines. Le grêle distendu peut se décompresser en partie par régurgitation du liquide dans l'estomac et vomissements. Le liquide qui reste dans l'intestin constitue le 3ème secteur, responsable d'une hypovolémie, une acidose métabolique et hypokaliémie.

Du fait des contractions péristaltiques, la pression intra-luminale augmente à 10 fois la valeur normale (normale : 2 à 4 mm hg).

Une stase lymphatique apparaît lorsque la pression dépasse 30mmhg et une stase veineuse lorsqu'elle dépasse 50 mm hg.

4. Pullulation bactérienne:

Elle débute dans le liquide de stase intestinale après quelques heures d'obstruction.

En l'absence d'ischémie, la barrière muqueuse intestinale s'oppose physiologiquement à la contamination bactérienne et au passage d'endotoxines et de germes dans la circulation veineuse et lymphatique.

5. Conséquences pratiques :

L'intérêt de détailler ces différents mécanismes physiopathologiques est de comprendre les principaux points à corriger dans le cadre de la prise en charge de ce type de patients et les principaux risques encourus.

On comprend aisément que la réanimation de tels patients que ce soit en vue d'une anesthésie ultérieure ou en cas d'expectative armée ; passe par quatre piliers :

Une réhydratation adaptée aux pertes estimées et à l'état cardiaque et rénal du patient.

Une correction hydro-électrolytique guidée par les données d'un ionogramme sanguin détaillé et répété.

Une aspiration naso-gastrique continue.

Une antibiothérapie peut être justifiée du fait de données physiopathologiques clairement établies.

La levée de l'obstacle quel que soit le moyen mis en œuvre ne doit être retardé ni par les moyens diagnostiques ni par les mesures de réanimation ; car nous l'avons vu, les phénomènes vasculaires ne tardent pas à survenir et l'évolution vers la perforation et donc une péritonite hautement stercorale est inéluctable et de pronostic plus sombre.

IV. Étude épidémiologique [21 ; 22 ; 23]

1. Fréquence :

Le cancer colorectal est par ordre de fréquence le quatrième dans le monde pour les deux sexes confondus [21].

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

Dans notre étude 45 cas de cancer colique sont diagnostiqués dans la même période dont 20 cas soit 44 % sont révélés par l'occlusion.

L'occlusion représente la complication révélatrice ou évolutive la plus fréquente des cancers coliques, sa fréquence étant de l'ordre de 15-30 % [22 ; 23].

2. L'âge :

La moyenne d'âge des patients de notre série est de 65 ans avec des extrêmes allant de 35 à 80 ans.

40% des patients de notre série ont un âge compris entre 60 et 70 ans.

Tableau N°I: Moyenne d'âge par série.

Auteurs	Nombre de patients	Age moyen
ELE [17]	27	55 ans
Kouadio [18]	21	40.6 ans
Rault [24]	22	69 ans
Konate [25]	22	52.4 ans
Alvarez [26]	83	71.5 ans
KAISSI.S [27]	12	57.8 ans
LIMOUNI .k [28]	48	58 ans
Notre série	20	65 ans

On constate que notre moyenne est inférieure à celle rapportée dans les séries occidentales:

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

3. Le sexe :

Notre série se caractérise par une légère prédominance masculine (60%) et un sexe ratio H/F calculé à 0.6.

Différentes données épidémiologiques révèlent des incidences de cancers coliques occlus voisines pour les deux sexes.

Tableau N°II: Incidence en fonction du sexe.

Auteurs	Nombre de patients	Homme	Femme
ELE [17]	27	66.67%	33.33%
Kouadio [18]	21	57.14%	42.86%
Rault [24]	22	31.81%	68.19%
Konate [25]	22	63.63%	36.37%
Alvarez [26]	83	66%	34%
KAISSI.S [27]	12	75%	25%
LIMOUNI. k [28]	48	63%	37%
Notre série	20	60%	40%

Tout comme notre série ; Ele, Kouadio, Alvarez, KAISSI.S, Konaté et Limouni notent une légère prédominance masculine ; en revanche Rault note une certaine prédominance féminine.

4. L'origine géographique :

L'étude des dossiers de nos patients relève une origine rurale dans 65% des cas ; on conçoit aisément que de nos jours encore et du fait d'une couverture médicale toujours précaire en milieu rural; ces patients ne soient diagnostiqués qu'au stade de complication inaugurale de la tumeur colorectale.

C'est également sans surprise que nous retrouvons dans la quasi-totalité des cas un contexte socio-économique défavorable; non pas que cette complication inaugurale soit inexistante dans les milieux favorisés ou chez les malades bénéficiant d'une couverture médicale; mais c'est surtout inhérent au recrutement même de tous nos patients.

5. Antécédents

Il semble évident que ce type de patients se présentant pour une complication inaugurale de leur maladie tumorale ne sont suivis pour aucun terrain prédisposant ; auquel cas la

surveillance armée dont ils auraient pu bénéficier aurait permis le diagnostic à un stade beaucoup plus précoce.

Des antécédents non spécifiques ont été rapportés dans cinq cas : une lithiase rénale, une hypertrophie de prostate, le diabète et une hypertension artérielle.

Des antécédents toxiques ont été retrouvés dans 30% de notre série.

V. Étude clinique :

1. Délai de consultation :

Le délai moyen de consultation pour nos patients était de 7 jours avec des extrêmes allant de 2 à 15 jours.

Ce délai est relativement élevé comparé à la littérature, il est de seulement 4.75 jours pour Champault [29].

Ce délai d'attente excessif avant consultation devant un tableau franc d'occlusion est encore une fois probablement lié à la banalisation de la symptomatologie, l'absence d'éducation sanitaire, au niveau socio-économique le plus souvent bas des malades qui les empêche de consulter et d'effectuer les investigations nécessaires au diagnostic.

Ce retard ne sera pas sans conséquence sur la gravité de l'état de nos patients à leur admission et donc sur la décision thérapeutique ultérieure.

2. Signes fonctionnels :

Avant l'installation du syndrome occlusif complet, le malade présente dans 75% des cas des signes d'appel qu'il faut s'acharner à rechercher : [11 ; 12 ; 13 ; 20 ; 30]

- Notion de douleurs abdominales vagues localisées au cadre colique ou évoluant par crise d'aggravation progressive cédant après débâcle de selles ou de gaz et traduisant la mise en tension du cadre colique en amont d'une tumeur progressivement sténosante.

- Des troubles du transit à type de constipation, diarrhée rebelle, écoulements glaireux ou sanguinolents à travers l’anus, alternance diarrhée constipation ou d’accidents sub-occlusifs.
- Des rectorragies révélant souvent une tumeur du colon gauche.

Dans notre série, 8 patients ont rapporté la notion de rectorragies.

L’occlusion proprement dite se déclare progressivement sur plusieurs jours – huit jours en moyenne – pour réaliser le tableau complet d’une occlusion basse qui se manifeste par :

2.1. La douleur :

Douleurs abdominales : souvent d’intensité modérée et d’installation progressive .le siège en est variable, volontiers sous-ombilical.

Les douleurs abdominales souvent d’intensité modérée étaient présentes chez 80% des patients de notre série. KAISSE [27] révèle ce signe chez 66.6% de ses malades.

2.2. L’arrêt des matières et des gaz (AMG) :

L’arrêt des gaz est le signe qu’il faut rechercher et préciser avec soin. Quant à l’arrêt des matières, il est moins net.

Dans notre série 90% des cas ont présenté un arrêt des matières et des gaz. Ce maître symptôme est retrouvé chez 73,5% chez CHAMPAULT [29] ; 91.6% des cas dans la série de KAISSE [27] et 100% des cas dans la série de Limouni.

2.3. Les vomissements :

Ils sont inconstants ; Ils peuvent être absents et être remplacés que par les états nauséux d’apparition tardive.

Ils peuvent exister, mais généralement dans les occlusions coliques, ils sont d’apparition tardive.

Dans la série de CHAMPAULT ce symptôme n'est signalé que chez 45,5% de ses patients [29], alors qu'il était à 58.3% dans la série de KAISSI.S [27].

Dans notre série, les vomissements étaient présents dans 50% des cas, ce qui rejoint la littérature.

Tableau N°III: Répartition des signes fonctionnels selon les séries :

Auteurs	Arrêt des matières et des gaz	Douleurs abdominales	Vomissement
Champault [29]	73.5%	72.5%	45.5%
LIMOUNI. k [28]	100%	71%	79%
KAISSI.S [27]	91.6%	66.6 %	58.3%
Notre série	90 %	80%	50 %

3. Signes généraux:

Les signes généraux sont plus ou moins marqués selon l'ancienneté de l'occlusion mais aussi de la pathologie causale.

On pourra dans certains cas retrouver des signes de gravités :

- Accélération du pouls périphérique,
- Hypotension artérielle,
- Oligurie ou anurie,
- La température est le plus souvent normale,
- Des signes de déshydratation avancée peuvent être présents : soif, persistance du pli cutané, sécheresse muqueuse et anurie.

Dans certains cas extrêmes non exceptionnels le patient est admis dans un tableau d'état de choc avec agitation, marbrures, hypotension artérielle ne répondant pas au remplissage.

Dans notre série 50% des malades ont été altérés sur le plan général.

4. Signes physiques [31 ; 32 ; 33] :

4.1. Inspection :

- Le météorisme est fréquent, volontiers important et diffus.
- Les ondulations péristaltiques sont rarement visibles sous la paroi.

4.2. Palpation :

- Une masse abdominale a été objectivée chez quatre patients de notre série
- La recherche d'une défense ou une contracture.

4.3. Percussion :

- Elle confirme le caractère tympanique de la distension abdominale.
- Une matité des flancs peut être retrouvée en cas d'ascite de grande abondance.

4.4. Auscultation:

- Les bruits hydro-aériques sont plus souvent diminués ou absents.

4.5. Toucher rectal (TR) :

À la recherche de :

- Nodule de carcinose dans le cul de sac de douglas ou d'une masse pelvienne.
- Une tumeur rectale associée.
- Des stigmates de saignement.

VI. Etude para clinique: [34 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38 ; 39]

La radiologie reste incontournable en matière de diagnostic de ces occlusions coliques.

L'ASP est l'examen de première intention devant une occlusion aigue.

La TDM peut à elle seule confirmer le siège de l'occlusion colique et sa cause.

1. La radiographie d'abdomen sans préparation :

C'est l'examen réalisé classiquement en première intention dans le cadre d'un syndrome occlusif. Il comporte trois clichés : le premier de face en orthostatisme (recherche de niveaux hydro-aériques), le second de face en orthostatisme centré sur les coupes diaphragmatiques (recherche de pneumopéritoine) et le troisième de face en décubitus dorsal et rayon directeur vertical (meilleure analyse de la répartition des anses digestives dilatées) [25 ; 29 ; 35 ; 36]

Les clichés d'ASP permettent le diagnostic d'occlusion colique dans les deux tiers des cas en montrant une distension des structures digestives ou des niveaux hydro-aériques de type colique.

Classiquement, les niveaux hydro-aériques coliques sont plus hauts que larges, périphériques, avec visualisation des haustrations coliques.

L'ASP permet également de rechercher d'éventuelles complications telles que la perforation qui se voit dans 3% des cas et qui se manifeste par un pneumopéritoine (d'où l'intérêt de réaliser des clichés centrés sur les coupes diaphragmatiques)

Elle a été réalisée chez tous les patients de notre série.

Elle a permis le diagnostic positif d'une occlusion intestinale chez tous les patients.

Nous reportons dans ce tableau comparatif les constatations radiologiques de notre série et d'autres séries nationales et étrangères :

Tableau N°IV : Type de niveaux hydro-aériques à l'ASP

Auteurs	Nombre de patients	NHA coliques	NHA gréliques	NHA mixtes
Champault [29]	497	56%	–	–
UCV CHU Hassan II Fès [37]	32	81.25%	3%	15.6%
BRESLER [39]	70	30%	5%	65%
KAISSI.S [27]	12	83%	–	17%
LIMOUNI. k [28]	48	58%	13%	29%
Notre série	20	80%	4%	16%

Tout comme notre série : Champault, les séries de Rabat ; Fès et Marrakech notent une prédominance des occlusions de type coliques.

2. TDM abdomino-pelvienne [35 ; 37 ; 39 ; 40 ; 41]

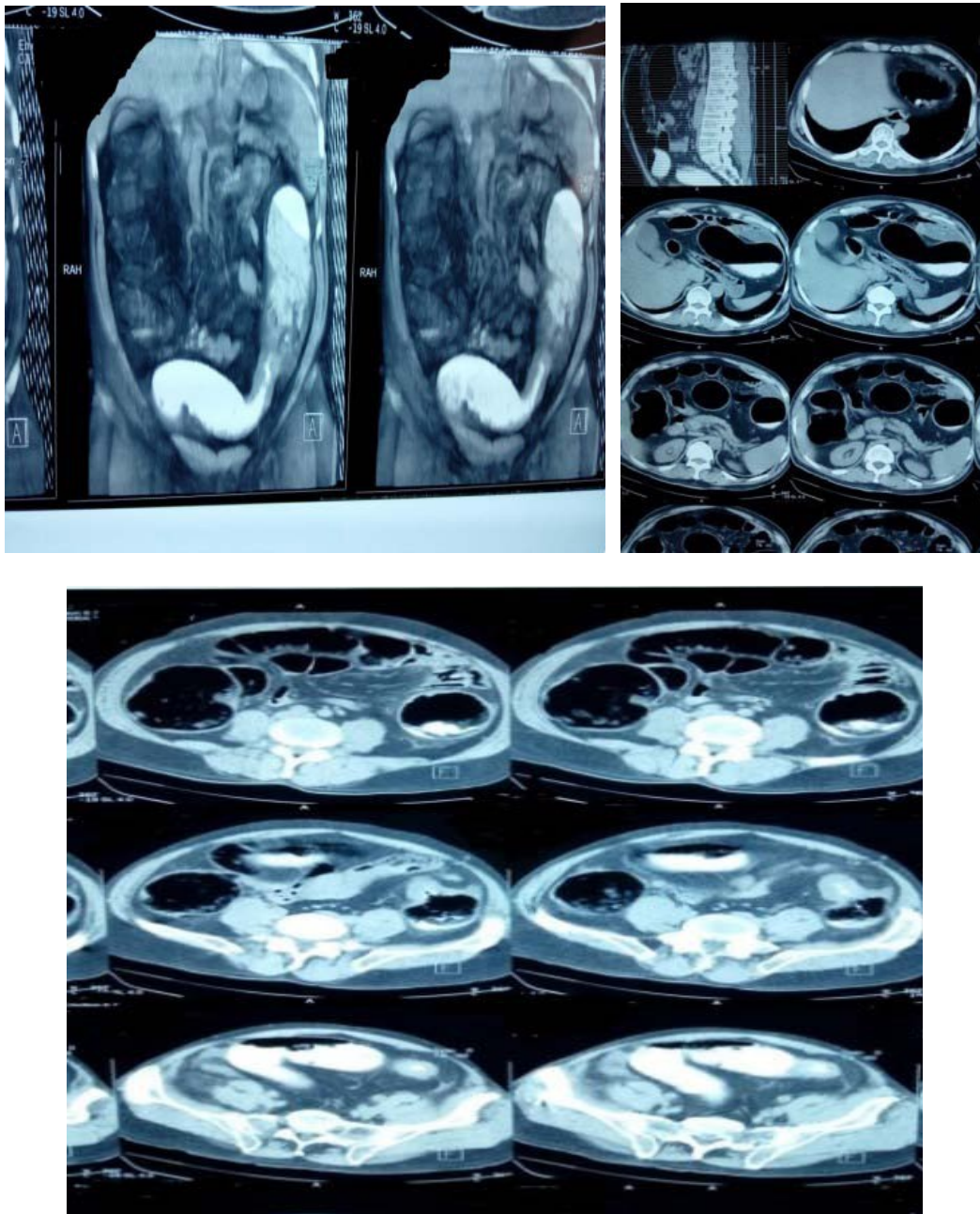


Figure 16 : Images de TDM hélicoïdale avec injection intraveineuse et ingestion de produit de contraste , montrant une sténose circonférentielle de l'extrémité inférieure du côlon descendant avec infiltration modérée du méso-côlon adjacent avec reconstruction dans le plan coronal montrant l'étendue de la sténose

Le scanner abdominal (colo scanner ou TDM TAP) est un examen de référence en matière d'occlusion intestinale aigüe.

Il permettra de confirmer le caractère organique de l'occlusion, d'en préciser le siège, l'étiologie et parfois de dépister d'autres complications associées.

La tomodensitométrie permet y compris dans le contexte de l'urgence, d'apprécier l'envahissement locorégional et général de la tumeur ; avantage majeur pour la décision thérapeutique.

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

Le segment colique d'aval est collabé.

En effet tous nos patients ont bénéficié d'une TDM abdominale permettant de préciser le siège de la tumeur avec présence de métastases hépatiques chez 4 patients.

3. Bilan endoscopique [17 ; 18 ; 29 ; 34 ; 42]:

La colonoscopie ou la recto-sigmoïdoscopie n'est pas de réalisation systématique dans un contexte occlusif même si la néoplasie est suspectée sauf en cas d'obstacle incomplet.

Le risque majeur de celles-ci est lié à l'insufflation qui peut aggraver la distension colique et donc le risque de perforation.

Elle permet la localisation, l'évaluation de l'état du côlon et une biopsie de la tumeur pour étude anatomopathologique.

Elle ne permet cependant pas d'étudier le côlon d'amont en cas de tumeur sténosante.

Son rôle reste majeur en cas de doute avec un volvulus du sigmoïde puisque son apport est également thérapeutique dans ce cas.

La colonoscopie n'a été réalisée chez aucuns patients dans notre étude.

4. Bilan biologique :

Le bilan biologique demandé en urgence comporte :

- Un bilan de crase sanguine ;
- Un ionogramme sanguin ;
- Une fonction rénale ;
- Une numération formule sanguine ;
- Un groupage sanguin ABO et rhésus.

Ces examens reflètent le retentissement biologique de l'occlusion ; l'opérabilité du patient et guident la réanimation.

Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan biologique montrant une insuffisance rénale fonctionnelle chez 5%, une anémie hypochrome microcytaire chez 20% et une hypokaliémie chez 10%.

VII. Diagnostic différentiel :

Plusieurs autres pathologies peuvent présenter un tableau similaire :

1. Le volvulus colique :

Notamment sigmoïdien dans 80% des cas, réalisant classiquement un tableau d'occlusion avec météorisme asymétrique et une image d'arceau à l'ASP.

2. La diverticulite sténosante pseudo tumorale :

Elle réalise un tableau similaire à la pathologie tumorale avec un syndrome infectieux intra péritonéal sévère.

Le diagnostic différentiel est parfois difficile et doit imposer en cas de doute une attitude carcinologique, dans la mesure du possible.

3. La sténose post-radique :

Elle survient dans les suites d'une radiothérapie secondaire à une rétraction cicatricielle.

4. Autres causes d'occlusion mécanique :

Les compressions ou envahissements par des tumeurs de voisinage (cancers pelviens, cancers gastriques, carcinose péritonéale...). Les tumeurs bénignes, les sténoses inflammatoires, les volumineux fécalomes peuvent également prêter à confusion.

5. Causes fonctionnelles :

Notamment le syndrome d'Ogilvie ; sans étiologie précise qui se présente sous une forme similaire mais sans obstacle individualisable à la TDM ou au lavement aux hydrosolubles.

VIII. Prise en charge thérapeutique :

L'occlusion colique tumorale est une urgence thérapeutique potentiellement grave. Cette gravité est liée d'une part aux troubles métaboliques, cardio-circulatoires et septiques qu'elle entraîne, et d'autre part à la pathologie causale.

La prise en charge doit être rapide et entreprise dès l'admission du malade, elle commence toujours par un traitement médical visant à corriger les désordres hydro-électrolytiques et circulatoires. La gravité des conséquences générales de l'occlusion conditionne l'importance et la durée de la réanimation préopératoire.

La seconde étape de cette prise en charge est le traitement de la pathologie occlusive ; les objectifs de cette étape sont la levée de l'obstacle et le traitement de la pathologie cancéreuse.

1. Réanimation préopératoire :

Elle comprend :

- La pose d'une voie de perfusion veineuse permettant une rééquilibration hydro-électrolytique.

La qualité des liquides perfusés dépend des résultats du bilan biologique (ionogramme sanguin) et leur volume, comme le débit de la perfusion, sont guidés par la réponse clinique au remplissage vasculaire (pression artérielle, diurèse horaire), mais aussi par des paramètres biologiques (numération sanguine, protidémie, ionogramme) ;

- Une aspiration digestive par sonde naso-gastrique à double courant permet non seulement de soulager le patient, les anses grêles mais aussi de réduire le risque d'inhalation au moment de l'intubation ;
- La pose d'une sonde urétrale permettra de suivre la diurèse horaire du patient et d'adapter la quantité de solutés perfusés ;
- Un traitement antalgique mineur améliore le confort du patient. (43)
- Une antibiothérapie peut être instaurée au moment de l'induction, ou plus tôt en cas de signes septiques (fièvre, hyperleucocytose, péritonite associée...). Les germes visés sont essentiellement les bacilles gram négatifs et les anaérobies.
- Tous les malades de notre série ont eu cette réanimation pré opératoire adaptée à leur état général.

La plupart des auteurs approuvent l'intérêt de la réanimation préopératoire c'est le cas de MILLAT(44), DIA(45) et MEYER(46).

2. Traitement chirurgical :

2.1. Voies d'abord :

❖ Voie médiane :

La voie médiane a été réalisée chez tous nos patients soit 100% des cas, c'est une médiane à cheval sur l'ombilic plus ou moins élargie.

Cette voie permet une bonne exploration de toute la cavité péritonéale, de faire un bilan complet du siège de la tumeur, de son extension, et de rechercher les éventuelles métastases hépatiques.

Elle évite de méconnaître une occlusion à double étage, des lésions ischémiques d'amont, ou une perforation pouvant évoluer à bas bruit.

❖ Voie élective :

Elle n'a été réalisée chez aucun patient de notre série. Toutes les stomies ont été réalisées par voie médiane.

On reproche à cette voie l'absence d'exploration complète de la cavité abdominale, avec le risque de laisser évoluer des lésions ischémiques ou une perforation, ou négliger une occlusion grélique associée.

2.2. siège de la tumeur :

Le siège définitif de la tumeur, établi en peropératoire, est au niveau de l'angle colique gauche dans 20% des cas, le colon descendant dans 30% des cas et le sigmoïde dans 50% des cas de notre série.

Le colon sigmoïde est le segment le plus touché dans notre série ; des résultats comparables ont été rapportés dans d'autres séries :

Tableau N° V : Fréquence de la localisation sigmoïdienne par série

Auteurs	localisations gauches	localisations sigmoïdiennes
Kouadio [18]	21	14
Lee [47]	136	92
Rault [24]	21	14
Gatsoulis [48]	16	13
Notre série	10	10

2.3. Tactiques opératoires:

L'occlusion tumorale du côlon gauche est un véritable défi pour la plupart des chirurgiens [17 ; 18 ; 51 ; 52].

L'attitude à adopter en urgence est loin d'être unanime sauf pour la classique résection en trois temps actuellement écartée du fait d'une morbidité et d'une mortalité cumulative trop élevées [51 ; 52].

Cette attitude fait l'objet de discussions entre les partisans d'une chirurgie en un seul temps et ceux d'une chirurgie en plusieurs temps [53].

Discussion sous-tendue par la gravité conjuguée du cancer et de l'occlusion dont la mortalité et la morbidité sont majorées d'environ trois fois par rapport à la chirurgie réglée [53 ; 54 ; 55 ; 56].

Ce sur-risque est lié au caractère d'urgence de l'intervention chez des patients parfois très âgés, en mauvais état général, avec un côlon non préparé [56 ; 57 ; 58 ; 59].

Les interventions en plusieurs temps ont la réputation d'avoir des taux de Morbidité et de mortalité élevés, une durée d'hospitalisation prolongée.

Ces interventions s'articulent autour des colectomies d'emblée sans anastomose avec colostomie selon Bouilly-Wolkman ou selon Hartmann, et la colostomie première, alors que les

interventions en 3 temps et les résections suivies d'anastomoses protégées par des ileostomies ou des colostomies sont très peu pratiquées actuellement.

La tendance actuelle est à l'exérèse tumorale en urgence qui a permis malgré cette agressivité chirurgicale une réduction de la morbidité et de la mortalité durant les deux dernières décennies.

Cette exérèse se fera selon Hartmann chaque fois qu'une anastomose est jugée hasardeuse, à savoir en présence d'une péritonite stercorale par perforation colique, chez les vieux patients très fragiles ou quand le chirurgien n'a pas l'habitude de la chirurgie colique urgente [59 ; 60].

Chaque fois que les conditions le permettent, une résection-anastomose de première intention est de plus en plus recommandée actuellement.

Elle se fera soit par une résection segmentaire après vidange colique et lavage per opératoire soit par une colectomie subtotale ou totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo rectale.

Cette attitude a été rapportée avec des résultats encourageants comparables à ceux de la chirurgie en 2 temps.

Ainsi dans une étude rétrospective de 115 patients ; Sjobahl et Al [61] n'ont pas trouvé de différence de mortalité post opératoire ou de complications post opératoires entre les malades ayant bénéficié d'une chirurgie en un seul temps et ceux qui ont bénéficié d'une chirurgie en plusieurs temps.

Parfois les conditions locales ou générales peuvent simplifier la prise en charge de ces malades ; ainsi une simple colostomie de décharge peut être réalisée en cas de tumeur non résécable ou en cas de mauvais état général, une colectomie totale ou sub-totale est indiquée en cas de lésions ischémiques pré perforative ou de tumeurs synchrones associées ; alors que l'intervention de Hartmann trouve ses indications en cas de péritonite.

Pour les patients qui n'ont pas de péritonite, ni instabilité hémodynamique, ni tumeur irrésécable ou dysfonction sphinctérienne ; le choix du procédé chirurgical peut être difficile à cause de la multitude des possibilités et l'absence d'attitude consensuelle [62].



Figure 17 : Tumeur sigmoïdienne réséquée (65)

a. Intervention en un seul temps :

Les interventions en un seul temps s'articulent autour de la colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale et la colectomie segmentaire avec lavage colique peropératoire et anastomose colo-colique ou colorectale immédiate.

Ces interventions ont été pendant longtemps considérées à haut risque de complications postopératoires. Cependant, beaucoup d'études récentes ont rapporté des résultats encourageants de cette technique.

The Large Bowel Cancer Project a analysé 4583 cas de cancers colorectaux dont 713 en occlusion : les résultats de cette étude n'ont montré aucune différence du taux de lâchage anastomotique entre la chirurgie programmée et urgente.

De nombreuses autres études n'ont pas montré de différence de mortalité post opératoire ou de survie à long terme entre la chirurgie en un seul temps et celle en plusieurs temps.

Dans une étude de 323 occlusions tumorales du colon gauche réalisée par Zorcolo et al. 176 patients ont bénéficié d'une résection avec anastomose immédiate.

La mortalité post opératoire était de 5.7%, avec une fuite anastomotique dans 4.5% des cas et un séjour hospitalier de 13 jours en moyenne.

Devant ces résultats ; de nombreux auteurs considèrent ces interventions comme l'option de choix dans les cancers coliques gauches en occlusion [47].

L'association de colo proctologie de la grande Bretagne et Ireland a recommandé la chirurgie en un seul temps comme l'intervention de choix devant un cancer colique en occlusion en se référant à de nombreuses études [62].

Ces interventions sont considérées également comme l'option de choix en cas de métastases hépatiques.

Ces interventions ont pour avantage majeur d'être définitives ne nécessitant pas de reprises chirurgicales ou de gestion de la stomie [64].

Les deux inconvénients principaux de ces techniques sont :

- ✓ Le risque de lâchage anastomotique, estimé dans la littérature entre 3% et 16%.
- ✓ Et la nécessité d'une plus grande expérience du chirurgien.

Le choc septique, la péritonite stercorale, l'immunodépression et l'état général altéré sont les principales contre-indications de ces techniques.

Plusieurs études ont comparé les deux techniques sans trouver de différence de mortalité, de morbidité ou de lâchage anastomotique.

Torralba JA et al ont comparé rétrospectivement la colectomie totale et la colectomie segmentaire avec lavage colique peropératoire ; ils n'ont pas trouvé de différence de mortalité péri opératoire mais ont trouvé plus de complications septiques intra-abdominales dans le groupe de colectomie segmentaire [66].

Nyam et al Ont rapporté une étude de 103 patients avec un cancer colique gauche en occlusion, 44 patients ont bénéficié d'une colectomie subtotale et 59 patients d'une colectomie segmentaire avec lavage colique per opératoire et anastomose immédiate : les résultats n'ont montré aucune différence quant à la durée de l'intervention, la mortalité, la morbidité ou le taux de lâchage anastomotique entre les deux méthodes [67].

Dans notre série, aucun patient n'a bénéficié d'une résection anastomose en un seul temps opératoire.

❖ La colectomie subtotale ou totale:

La colectomie subtotale ou totale est de plus en plus pratiquée pour traiter les occlusions coliques néoplasiques. Cette technique a de nombreux avantages :

- Elle permet de traiter en un temps le cancer et l'occlusion par résection de la tumeur et sa complication en emportant le côlon distendu ayant une vascularisation précaire et d'assurer le rétablissement de la continuité dans de bonnes conditions.
- Elle permet d'éviter la colostomie et ses complications. Elle diminue le risque septique per opératoire.
- Elle a aussi l'avantage d'enlever un côlon siège d'éventuels lésions synchrones retrouvés respectivement dans 20 à 30% pour les adénomes et de 3 à 11% pour les cancers synchrones dans la littérature ; cet avantage est cependant contesté par certains auteurs qui refusent le concept de la colectomie prophylactique préférant

soit une évaluation colique per opératoire manuelle ou endoscopique, difficile à réaliser du fait de l'absence de préparation colique et du risque de dissémination septique, soit une première évaluation endoscopique précoce à 3 ou 6 mois en postopératoire.

Elle est ainsi indiquée en cas de :

- Sur distension colique avec une paroi fragilisée ou des lésions vasculaires suspectes voire ischémiques pré-perforatives,
- Perforation diastatique du cœcum,
- Ou en cas de tumeurs synchrones,

La mortalité opératoire varie dans la littérature entre 0 et 13%, et la morbidité entre 10 à 22% [66 ; 68 ; 69 ; 70 ; 71 ; 72]

Dans une étude d'Arnaud et al à propos de 135 cas de cancers coliques gauches en occlusion [73 ; 74], une colectomie subtotala ou totale avec rétablissement immédiat de la continuité a été réalisée dans 44.4% des cas ; avec une mortalité de 6,6 % et une morbidité de 10 %. Ces bons résultats ne doivent pas occulter le résultat fonctionnel parfois peu satisfaisant de cette intervention: selles fréquentes et liquides nocturnes et diurnes.

Dans notre série, cette technique n'a été réalisée chez aucun patient.

La colectomie subtotala ou totale présente certains inconvénients:

- D'une part la difficulté de libération de l'angle colique gauche distendu avec risque de rupture colique per opératoire qui peut avoir des conséquences sérieuses.
- Et de l'autre l'importance du sacrifice colique responsable de la diarrhée postopératoire. En effet, entre 6% et 40% des patients présentent des diarrhées importantes, et ce taux devient plus important en présence d'une dysfonction sphinctérienne préexistante.

C'est d'ailleurs sur ce dernier critère que la résection segmentaire après lavage per opératoire lui a été préférée dans l'étude du SCOTIA Study Group.[68] Cette étude a comparé de manière prospective randomisée la colectomie subtotalé avec anastomose iléorectale et la colectomie segmentaire avec lavage colique per-opératoire sans retrouver de différence significative en termes de mortalité ou de morbidité entre les deux interventions mais notait des selles significativement plus fréquentes dans le groupe colectomie subtotalé.

Cet avis est loin d'être unanime car le principal déterminant de la diarrhée postopératoire serait l'iléon terminal qu'il faut éviter de réséquer au maximum pour améliorer les résultats fonctionnels postopératoires [75].

La plupart des études montrent un bon résultat fonctionnel pour la colectomie totale ou subtotalé avec 2 à 3 selles par jour à un an, une absence d'incontinence et un taux de satisfaction de 97% [76].

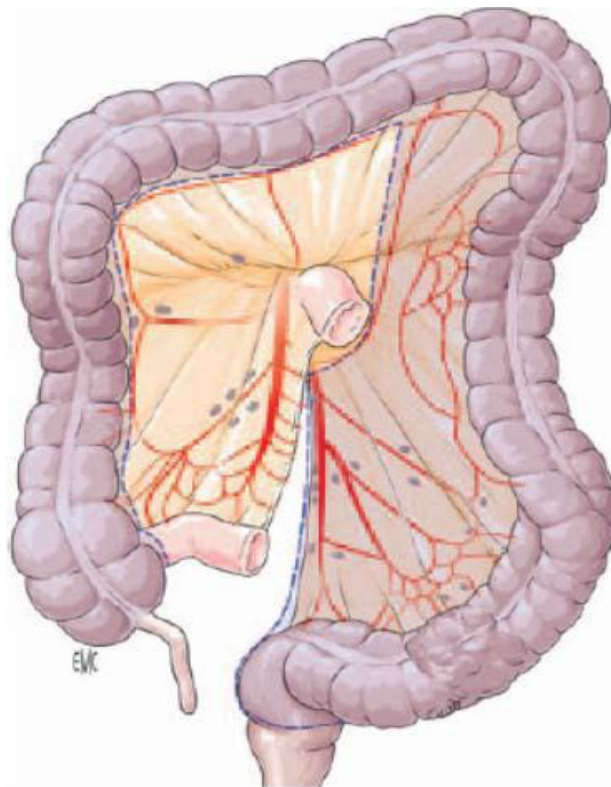


Figure 18 : Illustration montrant une colectomie subtotalé [77]

❖ **La résection segmentaire avec lavage colique per opératoire et anastomose immédiate :**

La colectomie segmentaire avec lavage colique péri-opératoire et anastomose immédiate a été proposée par Dudley en 1980 [78], et bien que n'étant pas encore une méthode de référence, elle est de plus en plus pratiquée surtout en Amérique du nord et en Europe [79].

Les avantages de cette technique sont multiples :

- ✓ Réalisation d'une anastomose sur un colon relativement préparé en préservant le colon normal et en évitant tout sacrifice inutile.
- ✓ Réduction du coût de prise en charge par diminution de la durée des séjours hospitaliers. Le caractère simple et peu onéreux du matériel.

Les principaux inconvénients sont :

- ✓ La durée d'intervention plus grande : Cette intervention demande en moyenne 3 heures et dans cette situation d'urgence, cette durée opératoire peut alourdir la morbi-mortalité.
- ✓ Le risque de contamination péritonéale.
- ✓ Le risque de lâchage anastomotique, c'est la complication majeure de cette technique elle est estimée dans la littérature entre de 0 à 4 %.
- ✓ La nécessité d'une grande expérience du chirurgien.

L'état général du patient apparaît comme l'élément primordial à prendre en considération dans l'indication de cette technique qui ne peut être réalisée que pour des patients relativement en bon état général et stables sur le plan hémodynamique.

Dans notre série, aucun patient n'a bénéficié d'une résection segmentaire avec anastomose colorectale.

Meijer et al. ont réalisés 17 lavages colique peropéatoires avec résection segmentaire et rétablissement immédiat de la continuité ; la durée d'intervention était prolongée de 30 à 45 minutes, deux patients ont présenté des fuites anastomotiques. [80]

Dans une autre étude de Chiappa et al, 39 patients ont été traité par une résection segmentaire après lavage colique : les résultats ont été encourageants avec un taux de fistule anastomotique de 6%, d'abcès intra-abdominal de 3%, et d'infection pariétale de 8%. [81]

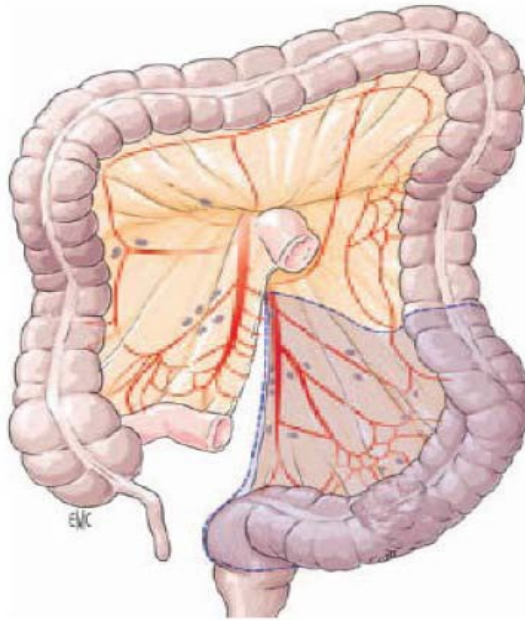


Figure 19 : Illustration montrant une colectomie ségmentaire gauche basse [77]

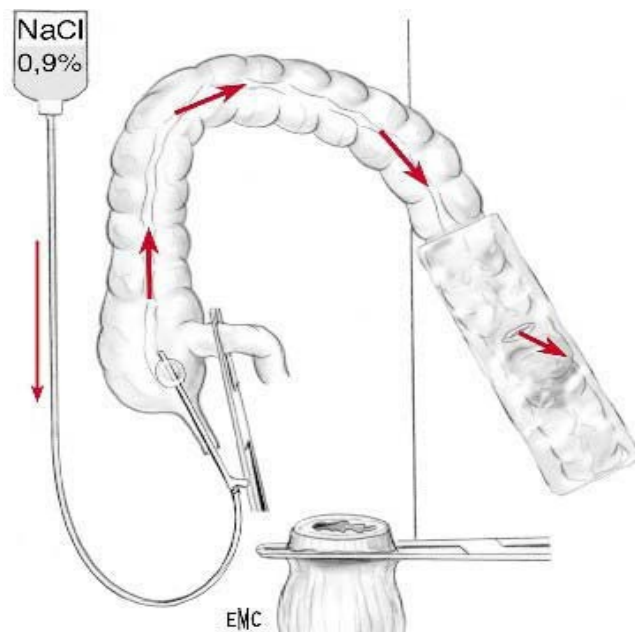


Figure 20 : Illustration montrant la technique du lavage colique per opératoire [77]

b. Intervention en plusieurs temps :

Il s'agit des stomies de proche amont premières, les résections sans rétablissement immédiat de continuité et enfin les résections avec anastomoses protégées.

❖ *Colostomies de proche amont*

C'est l'une des méthodes de référence pour les tumeurs du colon gauche en occlusion; elle peut être réalisée par voie élective ou médiane. On reproche à la voie élective l'absence d'exploration abdominale complète, et la non exploration possible du coecum pouvant être le siège d'une perforation ou de lésion ischémique irréversible.

Cette technique permet dans un premier temps de lever l'occlusion. Une chirurgie d'exérèse tumorale est réalisée dans un délai de huit à dix jours plus tard, dans le cours de la même hospitalisation ce qui limite le handicap fonctionnel et psychologique de la colostomie.

Ce délai est mis à profit pour préparer le malade et le côlon et compléter le bilan, à la recherche de lésions synchrones ou de métastases à distance.

Les indications de la colostomie première sont :

- ✓ Une simple colostomie palliative en cas de :
 - Tumeur inextirpable : blindage pelvien, envahissement des vaisseaux iliaques...
 - Carcinose péritonéale importante.
 - Mauvais état général du malade contre-indiquant une exérèse tumorale ou une intervention ultérieure du fait d'une cachexie néoplasique ou de tares viscérales sévères.

C'est ainsi qu'environ 20 à 50% des colostomies sont réalisées à visée palliative [82].

- ✓ Une colostomie première s'inscrivant dans une prise en charge en deux temps chez les malades âgés et fragiles ne pouvant pas supporter une exérèse tumorale en urgence du fait du retentissement de l'occlusion sur l'état général.

Cette stratégie en plusieurs temps comporte plusieurs inconvénients qui sont :

- La multiplication des temps opératoires entraînant un cumul de morbidité qui varie dans la littérature entre 10% et 36% (toutes procédures et patients confondus).
- La colostomie est souvent mal acceptée par les malades à cause l'altération de la qualité de vie et de certaines croyances socioculturelles.
- Les difficultés matérielles éprouvées par certains malades à se procurer le kit d'appareillage des stomies.

La colostomie première est l'attitude recommandée pour le traitement des cancers coliques gauches en occlusion par la conférence de consensus française sur le traitement des cancers du côlon [83] et par l'Association américaine des chirurgiens colorectaux.

Plusieurs arguments plaident en faveur de cette opération en urgence : absence d'arguments en faveur d'une évolution tumorale évidente entre les 2 temps opératoires, facilité d'exécution par tout chirurgien généraliste, taux de mortalité de plus en plus faible, risque faible de contamination de la cavité abdominale à partir d'un colon non préparé [18].

Dans notre série douze malades ont bénéficié dans un deuxième temps d'une résection tumorale avec rétablissement de la continuité.

Dans une série de 128 patients ayant une occlusion sur cancer du côlon gauche et de la charnière rectosigmoïdienne, Barth et al [84] ont réalisé 99 colostomies premières, avec un taux de mortalité de 21.6% (incluant la mortalité liée au deuxième temps d'exérèse).

Champault [29] a colligé 270 cancers du côlon gauche en occlusion, 146 ont été traités par une colostomie première avec une mortalité de 26% (presque toujours due au terrain).

L'âge moyen relativement élevé des patients, la prise en charge de la maladie à un stade souvent avancé, l'existence de facteurs de risques opératoires et les complications métaboliques

liées à l'occlusion intestinale expliquent ce taux important de mortalité pour une intervention a priori peu invasive [82].

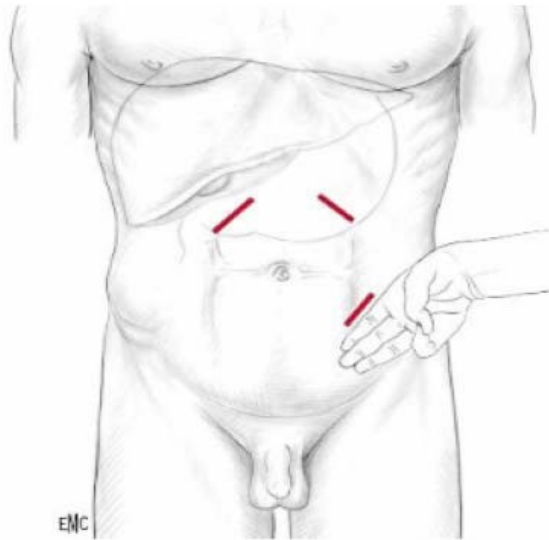


Figure 21 : Les différentes incisions possibles pour colostomies latérales [85]

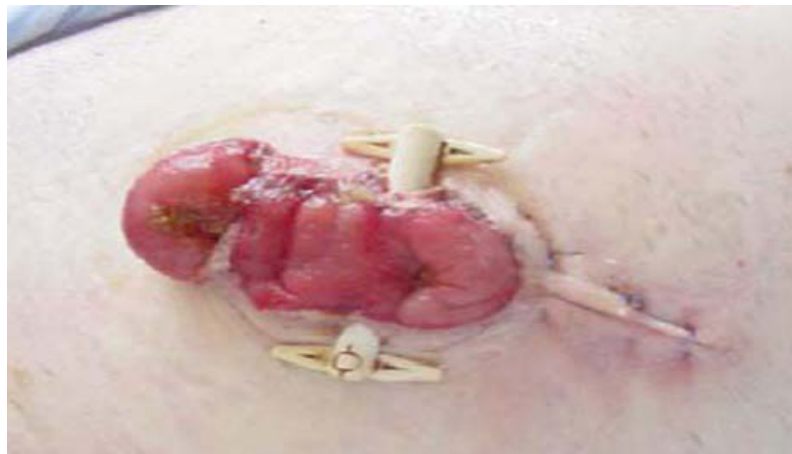


Figure 22 : Colostomie laterale sur baguette [86]

❖ ***La résection sans rétablissement de continuité :***

Il s'agit d'une résection tumorale plus ou moins étendue respectant les règles carcinologiques suivie :

- Soit d'une double colostomie en canon de fusil type Bouilly Volkmann lorsque les deux coupes coliques peuvent être extériorisées, permettant un rétablissement de continuité par voie élective après un mois, elle est rarement réalisée pour un cancer colique gauche en occlusion ;
- Soit, la plus souvent de l'abouchement du bout proximal à la peau et fermeture du bout distal, c'est l'intervention de Hartmann. Elle a été décrite la première fois en 1921 par Henri Hartmann.

Le rétablissement de la continuité se fait lors d'un deuxième temps après un délai de 3 mois.

Elle est licite lorsque la distension colique, fécale plus qu'aérienne d'amont est majeure ; si il existe un élément septique : liquide réactionnel louche, abcès peritumoral, perforation colmatée ou péritonite franche et enfin en cas d'incongruence importante des deux tranches de section.

Cette intervention a deux principales indications:

Chez les patients à haut risque avec des comorbidités (immunodépression, maladie cardio-vasculaire, stade avancée de la maladie tumorale...) et en cas de péritonite sur tumeur perforée.

Cette stratégie comporte plusieurs avantages :

- Absence de risque de lâchage anastomotique.
- Facilité d'exécution relative ne nécessitant pas une grande expérience.
- Elle comporte une laparotomie permettant un bilan complet de la maladie tumorale.

L'intervention de Hartmann présente des inconvénients majeurs :

- Le premier est le délai trop long de ré-intervention pour rétablir la continuité qui est de 3 mois, ce qui oblige à prévoir la gestion de la stomie en ambulatoire durant cette période.

- Le deuxième est que le rétablissement de la continuité est une intervention majeure avec sa propre morbidité estimée dans la littérature entre 29% et 54.8%, et sa propre mortalité de 0% et 3.8%.

Boland et al [87] rapportent que le rétablissement de la continuité après intervention de Hartmann était associé à une adhésiolyse majeure et laborieuse dans 69% des cas, avec des complications mineures dans 40% des cas, des complications majeures dans 38% des cas, une mortalité propre de 3.8%, et un taux de fistule anastomotique de 8%.

– Le troisième et principal argument avancé par les détracteurs de cette technique chirurgicale est le taux faible de rétablissement de continuité puisque 32%–75% des patients ne bénéficieront jamais de rétablissement de la continuité.

La mortalité de cette intervention est aux alentours de 20% [68].

Dans une étude rétrospective de 21 malades rapportée par Kouadio et Turquin, 19 malades (90,5 %) ont eu une intervention de Hartmann, la colostomie est restée définitive dans 6 cas alors que 13 patients (soit 63%) ont eu un rétablissement de la continuité digestive. La mortalité opératoire globale était de 9,5 % [18].

Dans une série récente de 72 interventions de Hartmann réalisées pour cancer colique (dont 68% en urgence), Khosraviani et al rapportent une mortalité post opératoire de 10%, une morbidité opératoire de 40%, et un rétablissement de continuité réalisé avec succès chez 70% des malades [88].

Dans notre série deux patients ont bénéficié d'une intervention de Hartmann (10% des patients porteurs d'un cancer colique gauche en occlusion), et il a bénéficié d'un rétablissement de la continuité dans un délai de 10 jours.

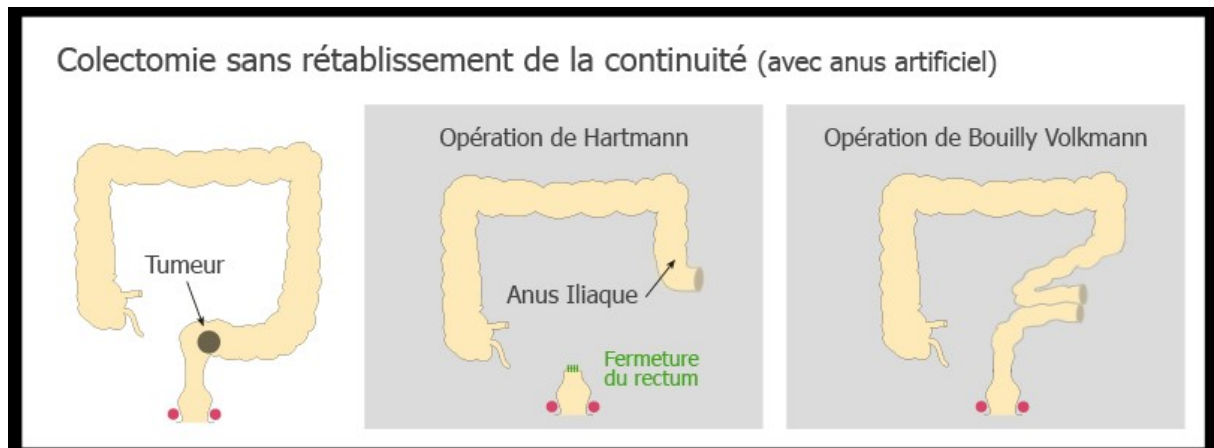


Figure 23 : Illustration de la résection sans rétablissement de continuité

❖ **Résection avec anastomose protégée :**

C'est la résection tumorale de type carcinologique avec lavage colique peropératoire, rétablissement immédiat de la continuité et colostomie ou iléostomie de protection.

Une deuxième intervention est nécessaire pour rétablissement par voie élective. Cette technique n'est pas très répandue, elle nécessite également un lavage colique peropératoire, la durée d'intervention n'en est que plus prolongée.

La seconde intervention est cependant plus simple qu'en cas d'intervention de type Hartmann.

Aucun de nos patients n'a bénéficié de cette technique que nous ne pouvons donc discuter en terme pratique.

❖ **Chirurgie en trois temps :**

C'est à titre indicatif que nous évoquons cette technique qui multiplie inutilement le risque anesthésique par trois, chez des patients fragilisés.

Cette technique n'a été réalisée pour aucun patient de notre série.

c. **Les dérivations internes [77] :**

Cette technique est généralement réalisée à titre palliatif.

Elle permet de ne pas réaliser une anastomose à haut risque de désunion anastomotique sur un colon distendu, siège d'une pullulation microbienne c'est pour cela qu'elle doit être réalisée loin du colon distendu.

Elle est souvent pratiquée chez les sujets âgés, en mauvais état général dont le cancer est évolué.

Elle peut constituer une alternative thérapeutique avantageuse en cas d'inextirpabilité et pour des patients à espoir de survie limitée afin d'éviter une colostomie définitive pouvant être mal acceptée socialement et culturellement.

Elle n'a cependant jamais été réalisée dans notre série.

3. Techniques non chirurgicales :

Il s'agit notamment des prothèses métalliques auto-expansives placées sous contrôle radioscopique ou endoscopique, récemment introduite dans l'arsenal thérapeutique et que l'on présente actuellement comme le principal « concurrent » de la colostomie de décharge :

Les prothèses métalliques auto expansives constituent une alternative reconnue au traitement chirurgical dans 2 indications :

- La levée en urgence de l'occlusion colique aiguë avant une chirurgie curative (si elle est possible) en un temps dans de meilleures conditions environ 10 jours après [89 ; 90].
- Le traitement palliatif de l'obstruction colique chez les patients ayant une maladie localement avancée ou métastatique, et/ou chez ceux dont l'état général est trop altéré pour une intervention chirurgicale [90 ; 91].

Différentes études regroupées dans une méta analyse récente montrent un taux de succès technique de pose des prothèses métalliques auto-expansives variant de 86 à 100% et un taux de succès clinique (levée de l'occlusion) de 83 à 100% [92].

Cinq études ont comparé la chirurgie au traitement endoscopique des tumeurs coliques obstructives [93 ; 94 ; 95].

Trois sont des études rétrospectives en situation palliative, montrant l'absence de différence pour la survie, et pour 2 d'entre elles, une diminution significative de la durée de séjour et de la morbidité pour les patients traités par prothèse [94 :95 ; 96]

L'étude de Targownik et al. [95] est une analyse décisionnelle comparant 2 stratégies en situation d'urgence caractérisée par une occlusion aiguë : la pose d'une prothèse éventuellement suivie d'une chirurgie à froid vs la chirurgie en urgence (Hartmann) éventuellement suivie d'un deuxième temps opératoire à froid (rétablissement de continuité quand il est possible). Cette étude concluait à la supériorité de la prothèse sur la chirurgie décompressive d'urgence en terme de mortalité liée à la procédure (5 vs 11%), de nécessité d'une stomie (7 vs 43%), du nombre d'actes opératoires par patient (1,01 vs 1,32) et du coût (45709 \$ vs 49941 \$).

L'échec de pose est le plus souvent lié à la longueur et l'étroitesse de la sténose (40). Les complications sont peu fréquentes : Migration : 8,5%, obstruction : 6% perforation : 6% et hémorragie.

En conclusion, les prothèses métalliques auto-expansives constituent une alternative de choix au traitement chirurgical des sténoses tumorales coliques symptomatiques, soit pour permettre un traitement curatif chirurgical « à froid », soit dans un but palliatif avant de débiter une éventuelle chimiothérapie.

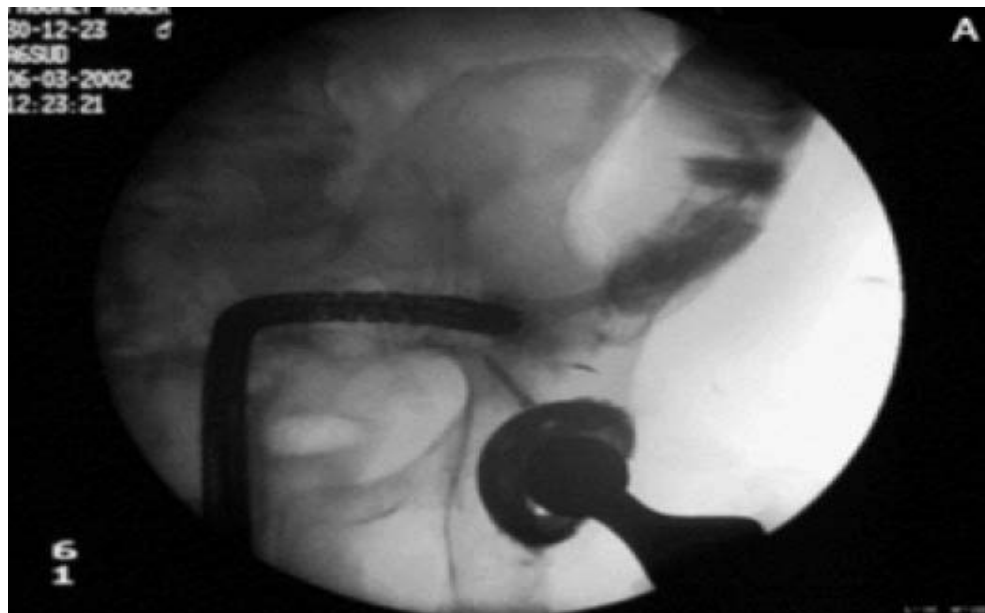


Figure 24 : Insertion d'une prothèse métallique expansive sous endoscopie. Contrôle radioscopique par un lavement aux hydrosolubles [97]



Figure 25 : Vue endoscopique de l'endoprothèse

4. Prise en charge à distance du cancer colique :

4.1. Place de la chimiothérapie [98] :

Qu'il s'agisse de chimiothérapie adjuvante s'adressant à des malades résécables ou qu'il s'agisse d'une chimiothérapie palliative au stade locorégional avancé ou de métastases ; la chimiothérapie occupe une place importante tout au long de l'évolution de cette maladie.

a. Chimiothérapie adjuvante :

La chimiothérapie adjuvante est réalisée après exérèse curative de la tumeur primitive chez un patient non métastatique.

Cette définition sous-entend la réalisation d'un bilan préopératoire (ou à défaut post-opératoire en cas d'intervention d'urgence) afin d'affirmer le caractère non métastatique de la maladie. Les constatations peropératoire seront également très importantes permettant notamment d'éliminer une carcinose péritonéale.

La chimiothérapie post-opératoire adjuvante a pour but d'éliminer une éventuelle maladie néoplasique résiduelle.

Les traitements de première intention reposent sur l'utilisation de 5-FU (fluorouracile). Le schéma 5FU LEVAMISOLE a été un standard pendant quelques années en France puis a été rapidement supplanté par le schéma 5FU-acide folinique, cette dernière association est appelée communément «FUFOL» de la Mayo-clinic. Plusieurs protocoles FUFOL existent avec une dose faible (20mg/m²) ou standard (200mg/m²) d'acide folinique, le schéma mensuel sur six mois a montré un avantage en termes d'efficacité et de tolérance pour une durée de traitement inférieure : une réduction de 45% du risque de rechute par rapport à la chirurgie seule ainsi qu'une réduction du risque de décès de 33% ont été notés [99].

Une chimiothérapie orale par précurseur du 5-FU paraît efficace dans plusieurs essais. Elle pose le problème de la biodisponibilité réelle du produit en cas de troubles digestifs, et de la compliance au traitement sur de longues durées d'administration. L'accroissement de

l'espérance de vie et de la toxicité modérée des traitements utilisés fait proposer une chimiothérapie adjuvante à un âge de plus en plus avancé.

b. Chimiothérapie locorégionale :

Il s'agit d'une chimiothérapie intrapéritonéale ou intraportale permettant de diminuer grâce à de fortes concentrations et une résorption locale ; le taux de récurrences hépatiques et péritonéales [100].

D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer cette modalité thérapeutique dans la stratégie actuelle.

c. Chimiothérapie palliative :

En cas de cancer colique au stade d'occlusion, la tumeur est souvent inaccessible à une chirurgie curative. L'instauration immédiate d'une chimiothérapie palliative améliore la qualité de vie et la survie.

Le LV5FU2 associant un bolus et une perfusion continue de 5FU à forte dose et d'acide folinique 2 jours de suite tous les quinze jours ; a prouvé sa supériorité au protocole FUFOL classique [101]. Il est d'utilisation répandue en France.

L'avènement de nouvelles molécules a renforcé l'arsenal thérapeutique.

4.2. Place de la radiothérapie :

Une radiothérapie adjuvante a été proposée pour certaines tumeurs T4 du coecum, de l'angle colique gauche, du colon iliaque ou de la charnière recto sigmoïdienne, en cas de perforation ou de résidu tumoral. Cependant ces résultats restent non validés et de pratique non courante.

4.3. L'immunothérapie :

Il s'agit d'une voie thérapeutique visant à stimuler le système immunitaire de l'hôte afin de mieux rejeter la tumeur cancéreuse :

a. Immunothérapie non spécifique :

Le recours au BCG, à la cimétidine, l'acide polyadénylique-polyuridylique (poly-A-poly-U) s'est révélé totalement inutile [102]. Le Lévamisolé s'est révélé délétère en situation adjuvante.

b. Immunothérapie spécifique :

La vaccinothérapie consiste à injecter des cellules tumorales irradiées associées à un agent amplificateur de la réponse immunitaire tel que le BCG. Ces résultats suggèrent un intérêt potentiel en traitement adjuvant qui doit encore être démontré [103].

La perfusion d'anticorps monoclonal 17-1A (Panorex®) après chirurgie versus chirurgie seule pour des cancers colorectaux de stade III, a permis une diminution significative du risque relatif de récurrence locale et de décès avec un suivi médian de 5 ans [104].

Des essais récents n'ont pas confirmé ces résultats.

4.4. Prise en charge psychologique [105] :

La prise en charge de patients atteints de cancer, quel que soit leur âge, nécessite une approche éthique et psychologique spécifique. La plupart des patients passent par un stade de refus, avant d'accepter leur maladie au fur et mesure que le diagnostic et le traitement évoluent.

IX. Discussion des résultats du traitement chirurgical:

1. Résécabilité :

Une résection complète de la tumeur était possible chez 14 patients de notre série, soit un taux de résécabilité de 70%.

Le taux de résécabilité varie dans les différentes séries entre 69% et 91%.

Tableau N°VI : Résécabilité par série.

Auteurs	Nombre de patients	Résécabilité
Biondo [36]	86	69%
Lee [47]	243	91%
Alvarez [26]	83	85%
KAISSI.S [27]	12	91%
Notre série	20	70%

2. Mortalité :

2.1. Mortalité globale :

La mortalité et la morbidité de la chirurgie des cancers coliques en occlusion sont élevées, en rapport avec les complications infectieuses, les décompensations de tares et les fistules coliques.

Plusieurs études ont retrouvé une mortalité comprise entre 9,5 et 27%.

Dans notre étude le taux de mortalité était de 5%.

Tableau VII: Mortalité par série.

Auteurs	Nombre de patients	Mortalité
Rault [24]	22	27%
Lee [47]	243	9.5%
Alvarez [26]	83	10.8%
KAISSI.S [27]	12	0%
Limouni.K [19]	48	10.4%
Notre série	20	5%

2.2. Mortalité en fonction de la stratégie thérapeutique :

▪ **La colostomie première :**

Aucun cas de décès n'a été enregistré dans notre série.

Dans la littérature le taux varie entre 0% et 39%.

▪ **Résection-stomie :**

1 patient ayant bénéficié d'une résection-stomie en Hartmann est décédé soit 5% des cas ; ce patient présentait des troubles hydro électrolytique ; Les différentes séries rapportent une mortalité de 20%.

3. Morbidité :

La morbidité de la chirurgie des occlusions coliques d'origine tumorale est élevée ; elle varie dans la littérature entre 40% et 50% [106]

Les complications post opératoires peuvent être en rapport avec la technique chirurgicale utilisée (fistule anastomotique, nécrose de stomie, éviscération...), ou au développement d'infections post opératoires.

Dans notre série deux patients ont présenté une surinfection de la paroi jugulée par pansement et antibiothérapie.

X. Etude anatomopathologique:

1. Les types histologiques :

1.1. L'adénocarcinome (ADK) : [14]

- L'adénocarcinome leiberhkunien est la tumeur colique la plus fréquente (80%) et doit être répartie en trois groupes selon le degré de différenciation :
 - Les adénocarcinomes bien différenciés (75 %).
 - Les adénocarcinomes moyennement différenciés (10 %).
 - Les adénocarcinomes peu différenciés ou indifférenciés ont très peu ou pas de structures glandulaires. (5 %)
- Les adénocarcinomes mucineux ou colloïdes représentent 20 % des tumeurs elles sont définies par la présence de plages étendues de mucus.

1.2. Les carcinomes épidermoïdes :

Sont exceptionnellement retrouvés au niveau colique.

1.3. Les autres types histologiques sont rares :

Les lymphomes malins non hodgkiniens de localisation colique. (1à2%)

Les léiomyosarcomes.

2. Classification des cancers coliques :

Les classifications sont multiples et leur implication clairement thérapeutique permet un langage universel vis-à-vis de l'évaluation pronostique également.

La classification la plus simple est celle de DUKES elle reste toujours utilisée.

2.1. Classification de DUKES [107] :

Proposée par Dukes en 1932 pour les cancers du rectum, et adaptée pour le cancer du côlon par Kirklin :

Tableau VIII : Classification de Duke 1932 :

Stade A	Tumeur ne dépassant pas la musculuse, sans atteinte ganglionnaire
Stade B	Tumeur dépassant la musculuse, sans atteinte ganglionnaire
Stade C	Atteinte ganglionnaire régionale, quelle que soit l'extension pariétale
Stade D	Métastase à distance

2.2. Classification d'Astler-Coller :

C'est une classification post-chirurgicale Proposée en 1954, et adaptée par Turnbull :

Tableau IX : Classification d'Astler-Coller 1954 :

Stade A	Tumeur limitée à la muqueuse
Stade B1	Tumeur atteignant la musculuse, sans atteinte ganglionnaire
Stade B2	Tumeur atteignant la sous séreuse, sans atteinte ganglionnaire
Stade C1	B1 + atteinte ganglionnaire
Stade C2	B2 + atteinte ganglionnaire
Stade D	Métastase à distance

2.3. Classification TNM :

La classification internationale de l'UICC est la meilleure classification histopronostique.

Une nouvelle classification a été récemment adoptée par l'AJCC et l'UICC (TNM 7ème édition : www.uicc.org/tnm).

Il est recommandé que les pathologistes précisent la classification qu'ils utilisent dans leur compte-rendu (recommandation assurance qualité en anatomie pathologique).

Dans notre série, 11 cas (85%) sont classés pT3, et 2 (15%) sont classés pT4. Aucun cas de notre série n'est classé pT1 ou pT2.

Ceci prouve que l'occlusion complique surtout les cancers évolués, et témoigne du retard de consultation et du diagnostic de nos patients, ce qui va conditionner la stratégie thérapeutique et le pronostic à court et à long terme [108].

Des résultats comparables ont été également rapportés dans la littérature :

Tableau X : Stade histologique par série

Auteurs	Nombre de patients	pT1	PT2	pT3	pT4
Kube [109]	743	1 (0.13%)	21 (3%)	550 (74%)	171 (23%)
Biondo [110]	59	3 (5.1%)	2 (3.4%)	48(81.4%)	6 (10.2%)
Villar [111]	63	0 (0%)	1 (2%)	45 (71%)	17 (27%)
KAISSI.S [27]	12	0(0%)	1(8%)	8(67%)	3(25%)
Notre série	13	0(0%)	0(0%)	11(85%)	2(15%)

XI. Pronostic :

Le cancer du côlon en occlusion reste une affection grave au pronostic extrêmement péjoratif avec une mortalité élevée [24].

Ratto et al ont montré que l'occlusion néoplasique est le facteur pronostique de survie le plus défavorable à long terme dans les cancers coliques [112], Ceci est confirmé par d'autres études ou méta-analyses [113].

La gravité de cette affection est multifactorielle et liée essentiellement à :

- Le stade avancé de la maladie tumorale,
- L'âge avancé des malades qui est également un facteur pronostique de survenue de complications ou de mortalité postopératoire.
- Le mauvais état général à l'admission,

- La décompensation des affections concomitantes (en particulier cardio-pulmonaires).
- La présence de métastases hépatiques, présentes dans 25% des cas, c'est le principal déterminant de la survie à long terme.
- La sévérité des conséquences de l'occlusion (la déshydratation, les troubles hydro électrolytiques et les infections intra abdominales).
- Le délai écoulé entre le début de l'occlusion et la prise en charge.

XII. Survie :

Tableau XI : Taux de survie a 5 ans

Auteur	Cancers non occlus	Cancers occlus
Adolff [114]	46%	28%
Boutron[115]	42.7%	26.7%

Cette faible survie est expliquée par le stade avancé de la maladie tumorale, les métastases hépatiques souvent associés, et les conséquences de l'occlusion.

XIII. Surveillance [116 ; 117]

1. But :

- Surveillance de l'évolution de la maladie.
- Surveillance des complications et effets secondaires des traitements.
- Dépister les métastases.
- Dépister l'apparition d'autres tumeurs.

2. Rythme, Moyens et Indications :

- Les recommandations pour la surveillance des patients stades I à III ayant bénéficié d'un traitement chirurgical curatif, sont les suivantes:
 - Interrogatoire et examen clinique tous les 3 à 6 mois pendant deux ans puis tous les six mois pendant cinq ans.
 - Un dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) tous les 3 à 6 mois pendant deux ans ; un dosage initial est souhaitable à titre comparatif Par la suite une surveillance tous les six mois pendant cinq ans.
 - Une colonoscopie après un an de la résection tumorale ou après 3 à 6 mois si elle a été incomplète auparavant. Elle doit être répétée tous les trois ans en l'absence de polypes sur le colon restant.
 - Une TDM abdomino-pelvienne est recommandé annuellement pendant trois ans dans les stades III elle peut être également recommandée pour les stades II à haut risque de récurrence.
 - En revanche la prescription d'un PET-scan n'est pas recommandée en pratique courante.

Les patients stade IV sont surveillés au même rythme que le groupe précédent en revanche,

- une TDM abdomino-pelvienne est recommandée tous les 3 à 6 mois pendant les deux premières années puis tous les 6 à 12 mois pendant cinq ans.
- Un dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) est recommandé tous les trois mois pendant les deux premières années puis tous les 6 mois pendant les trois à cinq ans qui suivent.

XIV. Prévention et dépistage [118 ; 119 ; 120 ; 121 ; 122] :

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

1. Prévention primaire:

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

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

2. Prévention secondaire:

La prévention secondaire vise la détection précoce du cancer et de ses précurseurs à un stade curable, chez des personnes en général asymptomatiques.

Elle repose sur:

- ❖ Le dépistage organisé ou dépistage de masse.

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

Deux types de tests sont disponibles :

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

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

- ❖ Le dépistage non organisé par coloscopie première.

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

3. Prévention tertiaire:

La prévention tertiaire a pour but de dépister:

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

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

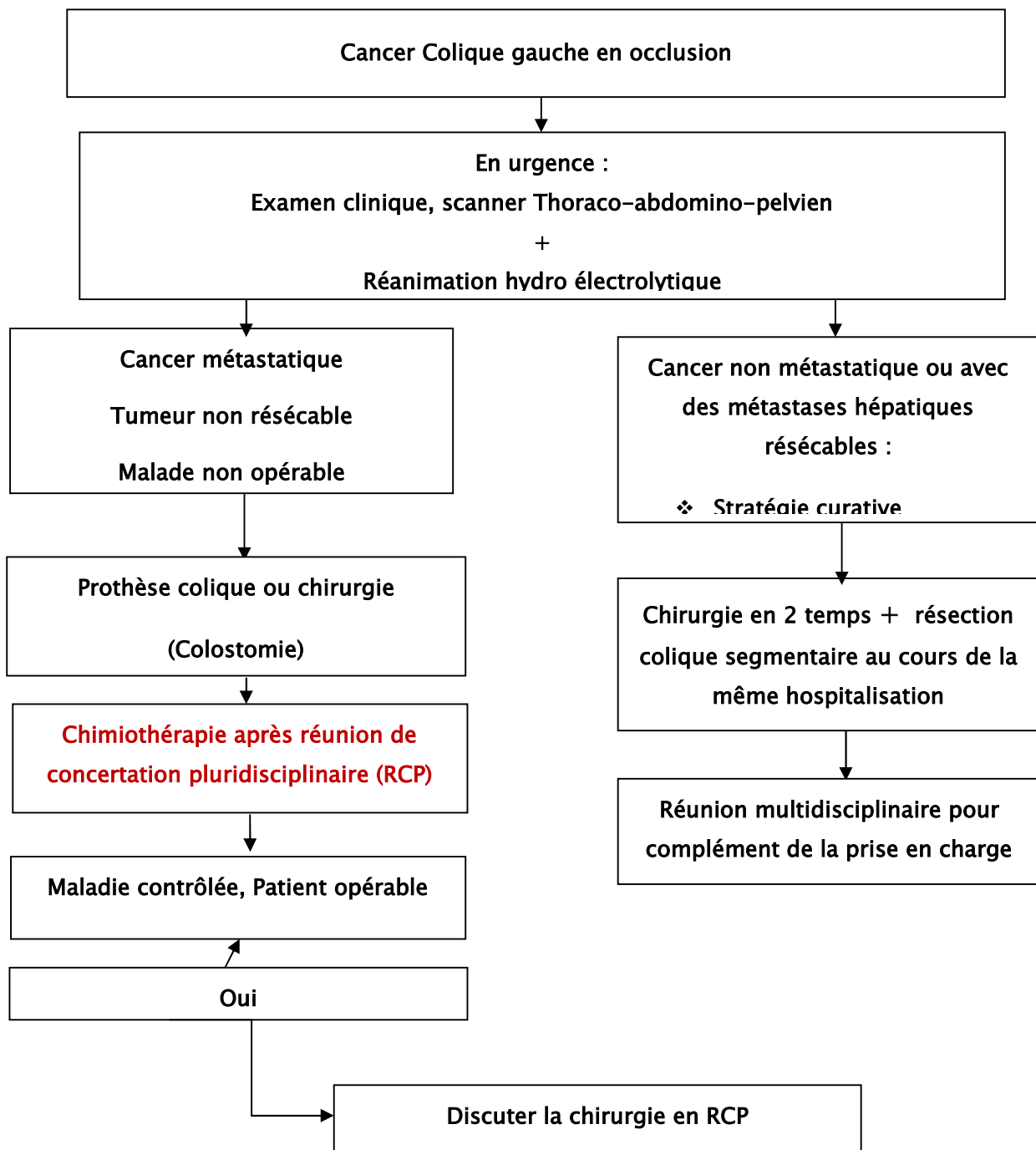


Figure 26 : Arbre décisionnel traitant la prise en charge du cancer colique gauche en occlusion

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il convient de souligner que le cancer du côlon gauche en occlusion est une urgence grave et constitue souvent le mode de révélation de la pathologie tumorale colique gauche, survenant chez des personnes en état général altéré ou ayant un cancer déjà localement avancé.

En effet, en l'absence de moyens de dépistage, ou du fait de la négligence des patients des premiers symptômes de la maladie, la pathologie est souvent diagnostiquée au stade de complications notamment l'occlusion intestinale aiguë et localisations secondaires.

Le traitement chirurgical reste l'attitude la plus utilisée dans notre contexte, vu la non disponibilité des prothèses métalliques dont les résultats semblent meilleurs que ceux de la série chirurgicale.

La colostomie de proche amont est la stratégie thérapeutique la plus réalisée dans notre étude ; l'exérèse tumorale d'emblée avec ou sans rétablissement de la continuité digestive doit être réservée aux cas les plus favorables.

*L'*amélioration du pronostic doit passer par :

- Un diagnostic plus précoce passant par l'amélioration de l'interprétation des signes cliniques et radiologiques ;
- Une prise en charge adaptée à notre contexte, à savoir, la généralisation des stomies de proche amont après mesures de réanimation ;
- Une collaboration entre réanimateurs, radiologues endoscopistes et chirurgiens.

ANNEXES

Fiche d'exploitation / Cancers du colon gauche en occlusion

Nom : Prénom : NE : NO :

Age : Sexe : M ☐ F ☐ Origine :

Niveau socio- économique :

MH : Syndrome occlusif ☐

ATCDs personnels : Polypose ☐ RCH ☐ Crohn ☐ Cancer gynécologique ☐

Autres : Toxiques :

ATCDs familiaux : PAF ☐ cancer colorectal ☐

Clinique :

♣ Délai d'apparition de la symptomatologie initiale:

♣ Le patient a initialement consulté : Oui ☐ : Non ☐

Cs spécialisée : oui ☐ non ☐

Traitement reçu :

Bénéficié d'un bilan approprié : oui ☐ non ☐

Syndrome occlusif ☐ Délai d'apparition :

♣ Signes associés : } Douleurs abdominales ☐

} Troubles du transit ☐

} Mélaen

} Rectorragies ☐

} Autres :

♣ Signes généraux : } Amaigrissement ☐

☐ Non chiffré

< 5% du poids corporel ☐ 5-10% du poids corporel ☐ >10% du poids corporel ☐

} Altération de l'état général ☐ } Fièvre ☐

☐ Autres complications associées: Péritonite ☐ Choc hypovolémique ☐

Choc septique ☐ Choc hémorragique ☐

Examen :

- ✓ Distension abdominale ☐ : symétrique ☐ asymétrique ☐
- ✓ Masse palpable ☐
- ✓ Hépatomégalie ☐
- ✓ Splénomégalie ☐
- ✓ Ascite ☐
- ✓ Adénopathies ☐ Troisier ☐
- ✓ TR :.....
- ✓ Autres :.....

Para-clinique :

ASP : ☐ résultats :.....

- **TDM** ☐ Résultats :.....
- **Bilan biologique** : Hb..... /Ht /GB.....
/urée /créatinémie
/TP...../TCA.....

Le bilan a permis de poser le diagnostic d'occlusion sur tumeur colique avant l'intervention : oui ☐ non ☐

Délai d'admission au bloc opératoire : <24h ☐ 24-48h ☐ >48h ☐

Exploration chirurgicale :

- Carcinose ☐
- Métastases hépatiques ☐
- Ascite ☐
- ADP profondes ☐
- Envahissement mésentérique ☐
- Autre envahissement locorégional ☐.....

Geste chirurgical :

- Stomie de proche amont ☐ par voie élective : oui ☐ non ☐

Organe stomisé :.....

- Résection + stomie ☐

Organe stomisé :.....

- Résection+ anastomose+ stomie de protection ☐

Organe stomisé :.....

- Résection+ anastomose ☐

Suites opératoires :

Immédiates / simples ☐

/compliquées :

- Lâchage anastomotique ☐
- Eviscération ☐ Infection de paroi ☐
- Abscess intra-péritonéal ☐
- Complications de décubitus ☐
- Décès ☐ Délai post-op :..... / Cause.....

- ❖ A long terme /simples ☐

/compliquées :

- Sténose de l'anastomose ☐
- Autres.....

Anatomo-pathologie :

- Type anatomo-pathologique :.....
- classification : TNM

RESUMES

Résumé

Le cancer colique gauche en occlusion est une pathologie grave car elle survient le plus souvent chez des personnes âgées et altérées.

Le but de notre étude rétrospective est d'éclairer l'aspect clinique ; les traitements disponible et la morbidité des interventions réalisées en urgence pour cette pathologie.

Notre étude porte sur 20 cas de cancers du côlon gauche compliqués d'occlusion diagnostiqués et traités au service de chirurgie viscérale de l'hôpital ibn tofail CHU Med VI Marrakech sur une période de 3 ans.

Notre série contient 12 hommes et 8 femmes âgés de 35 ans à 80 ans qui se sont présentés aux urgences après 7 jours en moyenne avec une symptomatologie faite de syndrome occlusif (90%), syndrome sub occlusif (10%) , troubles du transit et rectorragie (40%), vomissement (50%) et douleurs abdominales (80%).

L'examen clinique retrouve un état général altéré chez 50%, une distension abdominale chez tous nos patients, une masse abdominale (20%), des adénopathies inguinales (15%), une ascite (30%), ampoule rectale vide (75%), des stigmates d'hémorragie (25%).

L'ASP réalisée chez tous les patients a objectivé des NHA (100%), la TDM a précisé le siège de l'occlusion (sigmoïdien dans 50 %).

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical suivi d'un traitement chirurgical : une colostomie de proche amont (90 %), une intervention de Hartmann (10%).

La mortalité globale de notre série est de 5% et la morbidité est de 15%.

Au terme de cette étude, il convient de souligner que le cancer du côlon gauche en occlusion est une urgence chirurgicale grave et que seul le dépistage et le traitement précoces préviennent une telle complication et améliorent le pronostic.

La priorité dans cette pathologie est la restauration de la perméabilité colique, la colostomie première de décharge est une technique simple adaptée aux conditions d'urgence, l'exérèse tumorale d'emblée avec ou sans rétablissement de la continuité digestive doit être réservée aux cas les plus favorables.

Le traitement du cancer du côlon gauche en occlusion ne peut se concevoir que dans une stratégie pluridisciplinaire associant chirurgien, réanimateur radiologue, gastro-entérologue, oncologue et généraliste.

Abstract

Left colon cancer in occlusion is a serious pathology because it occurs most often in elderly and impaired people.

The purpose of our retrospective study is to shed light on the clinical aspect; the available treatments and the morbimortality of emergency procedures performed for this pathology.

Our study concerns 20 cases of left colon cancer complicated with occlusion diagnosed and treated in the visceral surgery department at the ibn tofail CHU Med VI Marrakech hospital over a period of 3 years.

Our series contains 12 men and 8 women aged 35 years to 80 years who presented to the emergency department after 7 days on average with symptomatology made of occlusive syndrome (90%), a sub occlusive syndrome (10%), transit disorders and rectal bleeding (40%), vomiting (50%) and abdominal pain (80%).

The clinical exam found an general state altered in 50%, abdominal distension in all our patients, abdominal mass (20%), inguinal lymphadenopathy (15%), ascites (30%), empty rectal bulb (75%) , stigmas of hemorrhage (25%).

The ASP performed in all patients objectified NHA (100%), the CT specified the site of the occlusion (sigmoid in 50%).

All our patients received medical treatment with surgical treatment: a near-upstream colostomy (90%), a Hartmann intervention (10%).

The overall mortality of our series is 5% and the morbidity is 15%.

At the end of this study, it should be emphasized that left colon cancer in occlusion is a serious surgical emergency and that only screening and early treatment prevent such a complication and improve the prognosis.

The priority in this pathology seems to be the restoration of colonic permeability; amount colostomy is a safe surgical procedure witch can be realized in all patients, tumor resection from the start with or without restoration of digestive continuity should be reserved for the most favorable cases.

The treatment of the left colon cancer in occlusion can be conceived only in a multidisciplinary strategy associating surgeon, resuscitator radiologist, gastroenterologist, oncologist and generalist.

ملخص

انسداد الأمعاء الناتج عن سرطان القولون الأيسر هو من الإصابات الخطيرة لأنه في كثير من الأحيان يصيب كبار السن.

الهدف من دراستنا هو وصف الجانب السريري، العلاجات المتاحة والأخطار التي ترافق التدخلات الطارئة لهذا المرض.

تتناول دراستنا 20 حالة سرطان القولون الأيسر معقدة مع انسداد تم تشخيصها وعلاجها بمصلحة جراحة الجهاز الهضمي بمستشفى ابن طفيل، المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش على مدى 3 سنوات.

تحتوي سلسلتنا على 12 رجلا و 8 امرأة تتراوح أعمارهم بين 35 سنة و 80 سنة تقدموا إلى قسم المستعجلات بعد 7 أيام في المتوسط مع أعراض من متلازمة انسداد (90%)، متلازمة انسداد فرعي (10%)، اضطرابات العبور ونزيف شرجي (40%)، التقيؤ (50%) وآلام في البطن (80%).

وجد الفحص السريري حالة عامة منهكة في 50% وانتفاخ البطن لدى جميع مرضانا، اعتلال العقد اللمفية الاربوية (15%)، استسقاء (30%)، المستقيم فارغ (75%).

أكد الكشف بجهاز الأشعة المقطعية تشخيص انسداد وتحديد موقع الانسداد في (100%).

تلقى جميع مرضانا العلاج الطبي مع العلاج الجراحي:

فغر القولون القريب من المنبع (90%)، إجراء هارتمان (10%).

الوفيات الإجمالية لسلسلتنا هي (5%) والاعتلال هو (15%).

في نهاية هذه الدراسة، ينبغي التأكد على أن سرطان القولون الأيسر في انسداد هي حالة جراحية استعجالية خطيرة وأن الفحص والعلاج المبكر فقط قد يمنعان مثل هذه المضاعفات.

الأولية في هذا المرض هي استعادة وظيفة القولون، فغر القولون هو تقنية جراحية بسيطة تتكيف مع الظروف الطارئة، أما استئصال الورم من البداية مع أو من دون استعادة الاستمرارية في الجهاز الهضمي يجب أن تكون محفوظة للحالات الأكثر ملائمة.

علاج سرطان القولون في انسداد لا يمكن تصوره إلا في إستراتيجية متعددة التخصصات مع جراح، أخصائي الإنعاش، أخصائي الأشعة، أخصائي أمراض الجهاز الهضمي وأخصائي الأورام.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Snfge Cdu-Hge/**
Editions Elsevier-Masson
Octobre 2014
2. **Mahaut Leconte**
Journée de gastroentérologie ;
congres/cochin2014/LECONTE.pdf
3. **J.Faivres ;C.Lepage ;J.Viguié Cancer colorectal :**
Du diagnostic au dépistage Gastroentérologie Clinique et Biologique.
V.33.Issues 8-9 ; 2009 ; pages 660-671
4. **Nathalie Chéreau ; Jérémie Lefèvre**
Place de la colostomie première dans le cancer du côlon gauche
5. **Chevret J.P, Gadalewski G.**
Anatomie clinique 2000
Chapitre 22 P : 347-365.
6. **Bouchet A, Cuillert J.**
Anatomie descriptive topographique et fonctionnelle 2001 :2051.
7. **Sobotta.**
Atlas d'anatomie humaine 1995.
8. **Gallot D.**
EMC anatomie chirurgicale du colon 40-535.
9. **Gouhard H, Jezewski Serra D, Salines E, Danzon A Et Les Medecins Coordinateurs.**
Institut de veille sanitaire. Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France. Décembre 2010
10. **Viguié J, Bourlier P, Karsenti D, De Calan L, Danquechin E.**
Cancer du côlon.
EMC. Cancer du côlon 9-068-A-10.

11. **Benchimol D, Rahili A.**
Tumeurs du colon et du rectum.
Rev prat , 2002, 52 , 10, 1105-1114 .

12. **Leger L.**
Sémiologie chirurgicale digestive.
Sémiologie chirurgicale 6ème édition Paris : Masson, 1999.- 444 .

13. **Motravers P, Houssa H, Boudinet S.**
Antibioprophylaxie péri opératoire.
Anales Françaises, 2012. Elsevier Masson.

14. **Elsevier Masson Sas**
Anatomie et cytologie pathologiques 2019,
2e édition, du Collège français des pathologistes.

15. **Benseddik N.**
Les aspects épidémiologiques des cancers colorectaux (A propos de 116 cas).
Thèse de médecine 2008 service d'hépatogastroentérologie .chu Hassan II FES.

16. **Al Hilal M.**
Etude épidémiologie du cancer (malades de l'INO entre 1985-2002).
<http://www.cancer.ma/Publications/docs/bilan85-2002.aspx>.

17. **Ele N, Okiemy G, Lebeau R, Nkoua- Mbon J.B., Mbombi Pandi Ri, Massengo R.**
Le cancer du côlon gauche au CHU de Brazzaville : Résultats du traitement chirurgical.
Mali Médical 2006.

18. **Kouadio G.K, Turquin T.H.**
Left colonic cancer obstruction in Ivory Coast.
Annales de chirurgie 128 (2003) 364-367.

19. **Limouni.K ; K. Rabbani**
Les cancers colorectaux en occlusion
These n° 06 /19 service de chirurgie viscérale du centre hospitalier universitaire
Mohammed VI de Marrakech.

20. **Borie F, Guillon F, Aufort S.**
Occlusions intestinales aiguës de l'adulte : diagnostic.
EMC. 9-044-A-10.

21. **Bouvier Am.**
Épidémiologie descriptive du cancer colorectal en France.
BEH. 2009; 2-3:14-6.

22. **Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A.**
Cancer Statistics, 2011.
CA, Cancer J. Clin. 2011; 61: 212-236.

23. **Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, Et Al.**
Cancer incidence and mortality in France over the period 1980—2005.
Rev Epidemiol Sante Publique 2008;56:159—75.

24. **Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Larroude D, Ndobu'epoy F, Massonb.**
Surgical management of obstructed colonic cancer.
Annales de chirurgie 130 (2005) 331-335.

25. **Konate I, Cisse M, Diallo Owono Fk, Sridi A, Gaye M, Dieng M, Ka O, Toure Ao, Toure Fb, Dia A, Toure Ct.**
Management of Colorectal cancers at the stage of intestinal occlusion at the Department of Surgery of Aristide.
Le Dantec Teaching Hospital Dakar.

26. **Alvarez J.A, Ricardo F, Baldonado I, Bear G, Truán N, Pire G, Alvarez P.**
Presentation, treatment, and multivariate analysis of risk factors for obstructive and perforative colorectal carcinoma.
The American Journal of Surgery 190 ;2005:376-382.

27. **Kaissi.S, Medaghri.J.**
Cancer colique gauche en occlusion.
Thèse 387/2019 service de chirurgie viscérale B Avicenne faculté de médecine et de pharmacie – Rabat.

28. **Limouni.K ; K. Rabbani**
Les cancers colorectaux en occlusion
THESE N° 06 /19 service de chirurgie viscérale du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.
29. **Champault G , Adolff M , Arnaud Jp .**
Les occlusions coliques : études rétrospectives coopérative de 497 cas.
J. Chir 120 ; 1-47-56 1983 .
30. **Lak K.**
Le cancer du rectum, étude rétrospective de 83 cas au service des urgences chirurgicales Viscérales. *Thèse de médecine CHU Ibn Rochd, Casablanca, 2006, N 83.*
31. **Umar A, Boland Cr, Terdiman Jp, Et Al.**
Revised Bethesda Guidelines for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndrome) and microsatellite instability.
Cancer Inst 2004; 96 : 261-8.
32. **Jérôme Viguiet et coll.**
Cancer du côlon.
EMC Gastro-entérologie 2003 [9-068-A-10]
33. **FlamantY.**
Douleurs abdominales aiguës de l'adulte.
Rambaud JC, editor. Traité de gastroentérologie. Paris: Flammarion; 2005.
34. **Scmutz G, Loi Hm, Aubry S O, Tehranipour N, Bernard A.**
Imagerie du grele et du colon.
Encycl Med Chir, Gastro-enterologie. 2011 .
35. **Arnaud J.P.**
Prise en charge des cancers occusifs en 2008.
Département de chirurgie viscérale CHU Angers.

36. **Biondo S, Marti-Rague J, Kreisler E, Et Al.**
A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer .
The American Journal of Surgery 189 (2005) 377–383.
37. **Lamrani J, Louchi A.**
Tumeurs coliques en occlusion.
Thèse 101/2008 CHU hôpital HASSAN II Faculté de médecine et de pharmacie – Fès .
38. **Benabbou. M; Absi.M .**
Cancers coliques en occlusion .
THESE 81/11 universite MOHAMMED V SOUISSI Faculte de medecine et de pharmacie – Rabat .
39. **Bresler L .**
Prise en charge des cancers coliques en occlusion.
103ème congrès français de chirurgie, octobre 2001.
40. **Benabbou. M; Absi.M .**
Cancers coliques en occlusion .
THESE 81/11 universite MOHAMMED V SOUISSI Faculte de medecine et de pharmacie – Rabat .
41. **Delabrousse E, Sarlieve P, Michalakis D, Louis G, Rodiere E, Kastler B.**
Tomodensitométrie de l'occlusion colique chez l'adulte .
Feuillets de Radiologie, 2004 ; 44, n° 2, 90–103.
42. **Arnaud Jp, Bergamaschi R.**
Emergency subtotal/total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the left colon.
Colon Rectum 1994 ; 37 : 685–688 .
43. **Tuesch JJ, Pessaux P, Arnaud JP**
Cancers du colon en occlusion. Principes de tactiques et de techniques opératoires.
EMC Techniques chirurgicales– Appareil digestif 2001[40–575]

44. **Millat B, Guillon E.**
Physiopathologie et principe de réanimation des occlusions intestinales
Rev. Prat. 42, 6, 667-672

45. **Dia A, Bad, Fall B, Ndiayem, Tourel T, Sow ML. Et Al.**
Les occlusions coliques: Etude rétrospective à propos de 62 cas
Dakar Médical 1993, 38, 23-26

46. **Meyer Ch, Manzini N, Rohn B.**
"Comment je traite » le cancer du colon en occlusion.
M.C.D. 1994, 23, 7, 403-404

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

48. **N. Gatsoulis • N. Roukounakis • I. Kafetzis • G. Mavrakis**
Surgical management of large bowel obstruction due to colonic cancer
Tech Coloproctol (2004) 8:S82-S84

49. **Aparicio T, Mitr Y E, Cunma , Giprad L.**
Prise en charge des cancers colorectaux des sujets ages.
Gastroenterol clin biol 2005 ; 29 : 1014-23.

50. **Jin Kn, Lee Jm, Kim Sh, Shin Ks, Lee Jy, Han Jk, Et Al.**
The diagnostic value of multiplanar reconstruction on MDCT colonography for the preoperative staging of colorectal cancer.
Eur Radiol 2006; 16:2284-91.

51. **Aparicio T, Mitr Y E, Cunma , Giprad L.**
Prise en charge des cancers colorectaux des sujets ages.
Gastroenterol clin biol 2005 ; 29 : 1014-23.

52. **Jin Kn, Lee Jm, Kim Sh, Shin Ks, Lee Jy, Han Jk, Et Al.**
The diagnostic value of multiplanar reconstruction on MDCT colonography for the preoperative staging of colorectal cancer.
Eur Radiol 2006; 16:2284–91.
53. **Martin Rcg, Joshi J, Robbins K, Tomalty D, O'hara R, Tatum C.**
Transarterial Chemoembolization of Metastatic Colorectal Carcinoma .
Multi-Institutional Registry. J Oncol 2009:539795.
54. **<http://www.arc-cancer.net/Le-cancer-colorectal/les-effets-secondaires-destraitements-du-cancer-colorectal.html>.**
55. **Becauarn.Y, Seitz Jf, Perrier H.**
Immunotherapy des cancers colorectaux.
Gastro-enterol. Clin BIOL. 1996 ; 20 :20–32.
56. **Goere D, Daveau C, Elias D, Boige V, Tomasic G, Bonnet S Et Al.**
The differentiated response to chemotherapy of ovarian metastases from colorectal carcinoma.
Eur J Surg Oncol 2008;34:1335–9.
57. **TAN CJ, DASARI BV, GARDINER K (2012).**
Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials of self-expanding metallic stents as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant left-sided large bowel obstruction.
Br J Surg 99:469–76.
58. **MAGGIORI L, PANIS Y.**
Chirurgie du cancer du côlon non métastatique, critères de qualité, avancées récentes ;
Colonic cancer surgical management, quality criteria, recent advances Colon Rectum
Springer-Verlag France 2013 .
59. **Tulchinsky H, Cohen Cr, Nicholls Rj.**
Salvage surgery after restorative proctocolectomy.
Br J Surg 2003;90:909–21.

60. **De Salvo GI, Gava C, Pucciarelli S, Et Al .**
Curative surgery for obstruction from primary left colorectal carcinoma: primary or staged resection.
Cochrane Database Syst Rev 2004.
61. **Verwaal Vj, Van Ruth S, De Bree E, Van Sloothen Gw, Van Tinteteren H, Boot H, Et Al.**
Randomized trial of cytoreduction and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy and palliative surgery in patients with peritoneal carcinomaosis of colorectal cancer.
J Clin Oncol 2003;31:3737-43.
62. **Sjodahl R, Franzen T, Nyostrom P.**
Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma.
British Journal of Surgery 1992; 79(7) : 685-8.
63. **Zorcolo L, Covotta L, Carlomagno N, Bartolo D.**
Safety of primary anastomosis in emergency colorectal surgery.
Colorectal Diseases 2003 ; 5(3) : 262-9.
64. **S.Berdah.**
Traitement chirurgical colique en occlusion.
65. **Boujguenna.I Mejdane.A**
Cancer colique complique d occlusion
Thèse 30/2018 service de chirurgie générale hôpital militaire Avicenne Marrakech.
66. **Torralba JA, Robles R, Parrilla P, Lujan JA, Liron R, Pinero A Et Al.**
Subtotal colectomy vs. intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma.
Dis Colon Rectum 1998; 41: 18-22.
67. **Nyam DCNK, Leong AFPK, Yo YH, Et Al.**
Comparison between segmental left and extended right colectomies for obstructing leftsided colonic carcinomas.
Dis Colon Rectum 1996; 9 : 1000-1003.
-

68. **The Scotia Study Group.**
Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation.
Br J Surg 1995 ; 82 : 1622-7.
69. **Hennekinne-Mucci S, Tuech JJ, Bréhant O et al.**
Emergency subtotal/total colectomy in the management of obstructed left colon carcinoma.
Int J Colorectal Dis 2005 ; 14 : 1-4.
70. **Stephenson BM, Shandall AA, Farouk R, Griffith G.**
Malignant left-sided large bowel obstruction managed by subtotal/total colectomy.
Br J Surg 1990 ; 77 : 1098-102.
71. **Reemst PHM, Kuijpers HC, Wobbes T.**
Management of left-sided colonic obstruction by subtotal colectomy and ileocolic anastomosis.
Eur J Surg 1998 ; 164 : 537-40.
72. **Papa MZ, Kami T, Koller M et al.**
Avoiding diarrhea after subtotal colectomy with primary anastomosis in the treatment of colon cancer.
J Am Coll Surg 1997 ; 184 : 269-72.
73. **Surg Endosc** 1991 ; 1 : 144-50.
Fabre E, Spano J.P, Atlan D, Broud A.C, Mitry E, Paris Y, et al.
Le cancer du colon : mise au point
Bull Cancer, Supplement FMC 2000
74. **Arnaud JP, Tuech JJ, Duplessis R, Pessaux P.**
Rôle de la colectomie subtotale/totale en urgence dans le traitement du cancer du côlon gauche en occlusion.
Ann Chir 1999 ; 53 : 1019-22.

75. **Eu KW, Lim SL, Seow-Choen F, Leong AFK, Ho YH.**
Clinical outcome and bowel function following total abdominal colectomy and ileorectal anastomosis in the oriental population.
Dis Colon Rectum 1998 ; 41 : 215-18.
76. **Branagan G, Finnis D.**
Prognosis after anastomotic leakage in colorectal surgery.
Dis Colon Rectum. 2005;48(5):1021-6.
77. **Oulahrir S.**
Cancers du côlon gauche en occlusion à propos de 20 cas.
Thèse N144/16 FMPF.
78. **Dudley H.A., Radcliffe A.G., McGeehan D.**
Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis .
Br. J. Surg. 1980 ; 67 : 80-81 .
79. **Vasileios Trompetas.**
Emergency management of malignant acute left sided colonic obstruction.
Ann R Coll Surg Engl 2008; 90: 181-186.
80. **Meijer S, Hoitsma HFW, Van Loenhout RM.**
Intraoperative antegrade irrigation in complicated left sided colonic cancer.
Journal of Surgical Oncology 1989 ; 40(2) : 88-9.
81. **Chappa A, Zbar A, Biella F, Staudacher C.**
One stage resection and primary anastomosis following acute obstruction of the left colon for cancer.
American Surgeon 2000 ; 66(7) : 619-22.
82. **P.Baqué, P. Chevallier,**
Colostomie de décharge vs endoprothèse colique autoexpansive
Annales de chirurgie 2004 :129 : 353-358.

83. Tired E.

Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du côlon ?
Conférence de consensus « prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon.

Gastroenterol Clin Biol 1998; 22 : 205-6.

84. Barth X, Landrison A, Repeli P, Dargent J, Spay G, Lombard-Platet R.

Les occlusions aiguës du côlon gauche d'origine néoplasique, Étude d'une série de 128 observations.

Chirurgie 1989 ; 115 : 133-141

85. Dib , Atrouche , Mahmoudi

Thèse :Les cancers coliques en occlusion

CHU KHELIL AMRANE , Béjaia ,2016

86. Bouznad N ,Benomar Benelkhaïat.R.

Les cancers colo-rectaux en occlusion .

Thèse n° 29 /12 service de chirurgie viscérale au CHU Mohammed VI.

87. Boland E, Hsu A, Brand MI, Saclarides TJ.

Hartmann's colostomy reversal: outcome of patients undergoing surgery with the intention of eliminating fecal diversion.

Am Surg 2007; 73 : 664-7.

88. Khosraviani K, Campbell W, Parks TG, Irwin S.

Hartman procedure revisited.

European Journal of Surgery 2000; 166(11) : 8 78-81.

89. Martinez-Santos C, Lobato RF, Fradejas JM, Pinto I, Ortega-Deballon P, Moreno-Azcoita M.

Self-expandable stent before elective surgery vs. emergency surgery for the treatment of malignant colorectal obstructions: comparison of primary anastomosis and morbidity rates.

Dis Colon Rectum 2002; 45:401-6.

90. **Baron TH, Dean PA, Yates MR 3rd, Canon C, Koehler RE.**
Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes.
Gastrointest Endosc 1998;47: 277–86
91. **Baron TH.**
Expandable Metal Stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract.
N Engl J Med 2001; 344 (22): 1681–87
92. **Khot UP, Lang AW, Murali K, Parker MC.**
Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents.
Br J Surg 2002; 89:1096–102
93. **Martinez–Santos C, Lobato RF, Fradejas JM, Pinto I, Ortega–Deballon P, Moreno–Azcoita M.**
Self-expandable stent before elective surgery vs. emergency surgery for the treatment of malignant colorectal obstructions: comparison of primary anastomosis and morbidity rates.
Dis Colon Rectum 2002; 45:401–6.
94. **Law WL, Choi HK, Chu KW.**
Comparison of stenting with emergency surgery as palliative treatment for obstructing primary left-sided colorectal cancer.
Br J Surg 2003; 90: 1429–33.
95. **Targownik LE, Spiegel BM, Sack J, Hines OJ, Dulai GS, Gralnek IM et al.**
Colonic stent vs emergency surgery for management of acute left-sided malignant colonic obstruction: a decision analysis.
Gastrointest Endosc 2004; 60: 865–74
96. **Carne PWG, Frye JNR, Robertson GM, Frizelle FA.**
Stents or open operation for palliation of colorectal cancer: A retrospective, cohort study of perioperative outcome and long term survival.
Dis Colon Rectum 2004; 47(9): 1455–1461

97. **Régimbeau J.M., Yzet T., Brazier F., Jean F., Dumont F., Manaouil D.**
L'endoprothèse colique métallique expansive (ECM) dans les occlusions coliques d'origine tumorale.
Ann. Chir. 2004 ; 129 : 203-210.
98. **Glehen O, Kwiattkowski F, Sugarbaker Ph, Elias D, Levine Ea, De, Simone M, Et Al.**
Cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chimiotherapy for the management of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: a multiinstitutional study.
J Clin Oncol 2004;22:3284-92.
99. **Viguier J, Bourlier P, Karsenti D, De Calan L, Danquechin E.**
Cancer du côlon.
EMC. Cancer du côlon 9-068-A-10.
100. **Rougier P, Seitz JF**
Quels sont les traitements adjuvants et leurs indications après exérèse curative des cancers du côlon ?
Gastroentérol Clin Biol 1998 ; 22 (suppl 3bis) : S131-S146.
101. **Baron TH, Kozarek RA.**
Endoscopic stenting of colonic tumours.
Best Prac Res Clin Gastroenterol 2004 ; 18 :209-229.
102. **Bécouarn Y, Seitz JF, Perrier H, Rouhier ML, Giovannini M, Brunet R**
Immunothérapie des cancers colorectaux.
Gastroentérol Clin Biol 1996 ; 20 : 20-32.
103. **Vermorken JB, Claessen AM, van Tinteren H, Gall HE, Ezinga R, Meijer S**
Active specific immunotherapy for stage II and stage III human colon cancer: a randomised trial.
Lancet 1999; 353 : 345-350.

104. **Riethmuller G, Schneider Gadick E, Schilmok G, Schmielgel W, Raab R ,**
Randomised trial of monoclonal antibody for adjuvant therapy of resected Dukes'C
colorectal carcinoma.
German cancer aid 17-1A study group. Lancet 2005; 343 : 1177-1183.
105. **Miniar Ben Ammar Sghari, Sami Hammami**
Prise en charge psychologique des patients cancéreux.
Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, V.175, Issue 3, 2017, 241-246
106. **Breitenstein S., Rickenbacher A., Berdajs D., Puhan M., Clavien P.A., Demartines N.**
Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic
obstruction
Br. J. Surg. 2007; 94 : 1451-1460 .
107. **Dukes CE.**
The classification of cancer of the rectum.
J Pathol 1932 ; 35 : 323-332.
108. **Antonios-Apostolos K. Tentes ,Charalambos G. Mirelis Stilianos and al.**
Results of surgery for colorectal carcinoma with obstruction
Langenbecks Arch Surg (2009) 394:49-53
109. **R. Kube et al.**
Surgical practices for malignant left colonic obstruction in Germany.
JSO 2010 : 36 ; 65-71.
110. **Sebastiano Biondo, Joan Martí-Ragué, Esther Kreisler, et al.**
A prospective study of outcomes of emergency and electivesurgeries for complicated
colonic cancer .
The American Journal of Surgery 189 (2005) 377-383.
111. **J.M. Villar et al.**
Surgical Options for Malignant Left-Sided Colonic Obstruction .
Surg Today 2005: 35: 275-281.

112. **Ratto C, Sofo L, Ippoliti M, Merico M, Doglietto GB, Crucitti F.**
Prognostic factors in colorectal cancer. Literature review for clinical application.
Dis Colon Rectum 1998 ; 41 : 1033-49.
113. **Emmanuel Mitry, Bernard Rachet**
Pronostic des cancers colorectaux et inégalités socio-économiques.
Gastroentérologie Clinique et Biologique, V.30, Issue 4, Avril 2006, Pages 598-603
114. **M. Adloff, J.P. Arnaud, J.C. Ollier and M. Schloegel**
Colonic cancers. A retrospective study of 1122 surgically-treated patients.
J Chir 1990; 127, pp. 565-571
115. **Boutron MC ; Faivre j ; Rallier h ; Du Baty ; Bmeny ; L Bedenne ; P Hillon.**
Les cancers colorectaux révélés par une occlusion : fréquence et pronostic dans une population.
Bull. Cancer, 1988, 75(4), 347-54
116. **Benson B.**
Epidemiology, disease progression and economic burden of colorectal cancer.
Journal of Managed Care Pharmacy JMCP 2007; 13 (suppl 5): 5-18.
117. **Benamr S, Mohammadine E, Niamane R, Abbassi A, Essadel A .**
Résultats du traitement chirurgical du cancer du colon.
Médecine du Maghreb 1996 n°60.
118. **Jean-François Bretagne, Sylvain Manfredi, Denis Heresbach**
Dépistage de masse du cancer colorectal: présent et avenir
La Presse Médicale, V.36, Issues 7-8, 2007, Pages 1054-1063
119. **Van Rossum Lg, Van Rijn Af, Laheij Rj, Van Oijen Mg. Fockens P, Van Krieken Hh, Verbeek Al, Jansen Jb, Dekker E.**
Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population.
Gastroenterology 2008 ; 135 : 82-90.

120. Allison Je, Sakoda Lc, Levin Tr, Tucker Jp, Tekawa Is, Cuff T, Pauly Mp, Shlager L, Palitz Am, Zhao Wk, Schwartz Js, Ransohoff Df, Selby Jv.

Screening for colorectal neoplasms with new fecal occult blood tests : update on performance characteristics.

J Natl Cancer Inst 2007 ; 99 : 1462-70.

121. Jean-François Bretagne

Dépistage du cancer colorectal : il faut évoluer

La Presse Médicale, V.43, Issue 11, November 2014, Pages 1165-1167

122. J. Faivre, C. Lepage, J. Viguier

Cancer colorectal : du diagnostic au dépistage

Gastroentérologie Clinique et Biologique, V.33, Issues 8-9, 2009, Pages 660-671

قسم الطبيب

أُقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَر_اقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَضَوْنَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِهِ وَشِيءٍ فِي انْقِذَائِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلَقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.
لِي الدَّوَامُ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِهِ رِغَايَتِي الطَّبِيبَةِ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

يَا أَنْابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخَرْهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.
نَ عَلَّمَنِي، وَأَعَلَّمْ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونُ أُخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

كَوْنِ حَيَاتِي مُصْداقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا
تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ





كلية الطب
والصيدلة - مراكش

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 128

سنة 2020

سرطان القولون الأيسر في انسداد

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/07/21

من طرف

الآنسة لمياء شكيب

المزودة في 14 يونيو 1994 بأسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

انسداد – سرطان – قولون أيسر – جراحة

اللجنة

الرئيس

م. خلوقي

السيد

أستاذ في التخدير و الإنعاش

المشرف

ر. بنعمر بن الخياط

السيد

أستاذ في الجراحة العامة

ي. نرجس

السيد

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

ر. البرني

السيد

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

الحكام