

Année: 2021

Thèse N°: 131

Profil épidémiologique des cancers digestifs
au service de chirurgie viscérale
du 2011 au 2020

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

Monsieur El Houssein TEYEB
Né le 06 Octobre 1991 à Nouakchott

Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clés : Epidémiologie; Cancer digestifs; Localisation; Adénocarcinome

Membres du Jury :

Monsieur Ahmed BOUNAIM

Professeur de Chirurgie Digestive, Viscérale et Générale

Président

Monsieur Hakim EL KAOUI

Professeur de Chirurgie Générale

Rapporteur

Monsieur Abderrahman EL HJOUJI

Professeur de Chirurgie Générale

Juge

Monsieur Hicham LAARAQUI

Professeur de Chirurgie Générale

Juge

Monsieur Rahal MSSROURI

Professeur de Chirurgie Digestive, Viscérale et Générale

Juge

بِسْمِ الْعَلِيِّ الْعَلِيِّ الْعَلِيِّ



سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إننا أنت العليم الحكيم



سورة البقرة: الآية: 31

بِسْمِ
الْعَلِيِّ
الْعَلِيِّ



**UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen :
Professeur Mohamed ADNAOUI

**Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et
estudiantines** Professeur Brahim LEKEHAL

**Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la
Coopération** Professeur Taoufiq DAKKA

**Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la
Pharmacie** Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général
Mr. Mohamed KARRA

*Enseignant militaire

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET

PHARMACIENS PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT

SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne - Clinique Royale
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne - Doyen de la FMPR
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda	Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha	Gynécologie -Obstétrique
Pr. TAZI Saoud Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim	Anesthésie Réanimation
Pr. BAYAHIA Rabéa	Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA Yahia	Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina	Ophthalmologie
Pr. BEZAD Rachid	Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers

Pr. CHERRAH Yahia

Pharmacologie

Pr. CHOKAIRI Omar

Histologie Embryologie

Pr. KHATTAB Mohamed

Pédiatrie

Pr. SOULAYMANI Rachida

Pharmacologie- **Dir. du Centre National PV Rabat**

Pr. TAOUFIK Jamal

Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Pr. BENSOUDA Adil	Anesthésie Réanimation
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie
Pr. JIDDANE Mohamed	Anatomie
Pr. ZOUHDI Mimoun	Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine	Radiothérapie
Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
Pr. CAOUI Malika	Biophysique
Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la

FMPA

Pr. EL AMRANI Sabah	Gynécologie Obstétrique
Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale - Directeur du CHUIS
Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique
Pr. IFRINE Lahssan	Chirurgie Générale
Pr. RHRAB Brahim	Gynécologie -Obstétrique

Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*

Pr. BENTAHILA Abdelali

Pr. BERRADA Mohamed Saleh

Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae

Pr. LAKHDAR Amina

Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

*Enseignant militaire

Pr. ABOUQUAL Redouane

Pr. AMRAOUI Mohamed

Pr. BAIDADA Abdelaziz

Pr. BARGACH Samir

Pr. EL MESNAOUI Abbas

Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila

Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed

Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia

Pr. SEFIANI Abdelaziz

Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid

Pr. BOULANOVAR Abdelkrim

Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan

Pr. GAOUZI Ahmed

Pr. OUZEDDOUN Naima

Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan

Pr. BIROUK Nazha

Pr. FELLAT Nadia

Pr. KADDOURI Nouredine

Pr. KOUTANI Abdellatif

Pr. LAHLOU Mohamed Khalid

Pr. MAHRAOUI CHAFIQ

Pr. TOUFIQ Jallal

Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI

Pr. BOUGTAB Abdesslam

Pr. ER RIHANI Hassan

Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*

Pr. AIT OUAMAR Hassan

Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd

Pr. BOURKADI Jamal-Eddine

Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer

Dermatologie

Urologie **Inspecteur du SSM**

Pédiatrie

Traumatologie - Orthopédie

Ophtalmologie

Gynécologie Obstétrique

Pédiatrie

Réanimation Médicale

Chirurgie Générale

Gynécologie Obstétrique

Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Générale

Oto-Rhino-Laryngologie

Urologie

Ophtalmologie

Génétique

Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Néphrologie

Cardiologie **Directeur HMI Mohammed V**

Gynécologie-Obstétrique

Neurologie

Cardiologie

Chirurgie Pédiatrique

Urologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Psychiatrie **Directeur Hôp.Ar-razi Salé**

Gynécologie Obstétrique

Neurologie **Doyen de la FM Abulcassis**

Chirurgie Générale

Oncologie Médicale

Hématologie

Pneumo-phtisiologie

Pédiatrie

Pédiatrie

Pneumo-phtisiologie

Chirurgie Générale

Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Saïd
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Décembre 2001

*Enseignant militaire

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouada
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik

Rabat

Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Saïd
(Cheikh Khalifa)
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim

Acad. Est.

Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - **Directeur Hôp. Cheikh Zaid**
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique **Directeur Hôp. Des Enfants**

Chirurgie Générale
Pédiatrie - **Directeur Hôp. Univ. International**

Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique **V-D chargé Aff**

Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*	Urologie
Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
Pr. BAMOU Youssef*	Biochimie-Chimie
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
Pr. BENZZOUBEIR Nadia	Gastro-Entérologie
Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
Pr. CHOHO Abdelkrim*	Chirurgie Générale
Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
Pr. KRIOUILE Yamina	Pédiatrie
Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. SIAH Samir*	Anesthésie Réanimation
Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

*Enseignant militaire

Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*	Ophtalmologie
Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie Directeur Hôp. Al Ayachi Salé
Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie

Pr. BENYASS Aatif*	Cardiologie
Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
Pr. HAJJI Leila	Cardiologie (mise en disponibilité)
Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio - Vasculaire. Directeur Hôpital Ibn Sina

Marr.

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*	Microbiologie
Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
Pr. KILI Amina	Pédiatrie
Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
Pr. KISRA Mounir	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo - Phtisiologie
Pr. TELLAL Saida*	Biochimie

*Enseignant militaire

Pr. ZAHRAOUI Rachida

Pneumo - Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
Pr. AMHAJJI Larbi*	Traumatologie orthopédie
Pr. AOUMI Sarra	Parasitologie
Pr. BAITE Abdelouahed*	Anesthésie réanimation
Pr. BALOUCH Lhousaine*	Biochimie-chimie
Pr. BENZIANE Hamid*	Pharmacie clinique
Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
Pr. CHERKAOUI Naoual*	Pharmacie galénique
Pr. EL BEKKALI Youssef*	Chirurgie cardio-vasculaire
Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale

Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLOGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGADR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna*
*Enseignant militaire

Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik

Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Biochimie-chimie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie **Directeur Hôp.des Spécialités**
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie-orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie

Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie

Pr. MESSAOUDI Nezha*
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENSghir Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*

*Enseignant militaire

Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
Médecine Interne **Directeur ERSSM**
Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie- Chimie
Radiologie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie

Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI Nouzha*	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLouFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique Vice-Doyen à la Pharmacie
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophthalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie
AVRIL 2013	
Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
MARS 2014	
Pr. ACHIR Abdellah	Chirurgie Thoracique

Pr. BENCHAKROUN Mohammed*
Pr. BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss*
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira*
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale*
*Enseignant militaire

Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie

Pr. HERRAK Laila
Pr. JEADI Anass*
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. MAKRAM Sanaa*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Pneumologie
Hématologie Biologique
Génycologie-Obstétrique
Pharmacologie
CCV
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham*
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale

Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa

*Enseignant militaire

Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR RIDA ALLAH
Pr. BOUATTAR TARIK
Pr. BOUFETTAL MONSEF
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*
Pr. BOUZELMAT HICHAM*
Pr. BOUKHRIS JALAL*
Pr. CHAFRY BOUCHAIB*
Pr. CHAHDI HAFSA*
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*
Pr. DAMIRI AMAL*
Pr. DOGHMI NAWFAL*
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR
Pr. EL ANNAZ HICHAM*
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN*
Pr. EL KAOUI HAKIM*
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*
Pr. EN-NAFAA ISSAM*
Pr. HAMAMA JALAL*

Anatomie
Chirurgie Générale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Chirurgie Générale
Immunologie

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie

Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Traumatologie-Orthopédie
Anatomie pathologique
Neuro-chirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-Réanimation
Pharmacie-Galénique
Virologie
Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*
Pr. HJIRA NAOUFAL*
Pr. JIRA MOHAMED*
Pr. JNIE NE ASMAA
Pr. LARAQUI HICHAM*
Pr. MAHFOUD TARIK*
Pr. MEZIANE MOHAMMED*
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES*
Pr. MOUZARI YASSINE*
Pr. NAOUI HAFIDA*
Pr. OBTEL MAJDOULINE
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*
Pr. SAOUAB RACHIDA*
Pr. SBITTI YASSIR*
Pr. ZADDOUG OMAR*
Pr. ZIDOUH SAAD*

O.R.L
Dermatologie
Médecine interne
Physiologie
Chirurgie-Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie-Orthopédie
Anesthésie-Réanimation

*Enseignant militaire

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Mohammed	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 05/03/2021
KHALED Abdellah
Chef du Service des Ressources Humaines
FMPR

*Enseignant militaire



Dédicace



A ma chere mere :
Aichetou AHMED VALL

لك أُمي ، التي عرفت كيف تستمعين إلي في الاوقات الصعبة
كيف تشجعيني لقد كنت دائما بجانبني في ليالي الامتحان الطوال
كانت دعواتك هي المؤنس في الطريق الطويل الموحش
كانت هي الجسر الامن ال ذي أوصلني لهذا المكان
أطال الله عمرك ورزقك الصحة والسعادة والعمر المديد

A MON CHER PERE : Baba Teyeb

هذا العمل المتواضع ، هو تكريس
لجهودكم الكبيرة وتضحياتكم.
تجدون فيه ثمرة تفانيكم وما بذلتم من جهد
لقد كان حرصكم وتوجيهكم الدائم
هو المشكاة التي أنارت الدرب
والحافز الذي دفعني لمواصلت المشوار
رغم معترضني فيه من مطبات وحواجز
تقبلو مني فائق الاحترام مع امتناني وحي

A ma chère sœur : Mouna

لك مني كل المشاعر العزيزة والأبدية ،
أشكرك على وجودك
لقد كنت بالنسبة لي الصديقة ، و الشريكة
. قبل أن أكوين الأخت
أعشقك يا أختي الصغيرة

A ma cher fiance Khadija Wadiaa

لقد كنت دائما هنا بجانبك لمشاركة
أصعب الأوقات ولكن أيضا أسعدها.
أدعو الله ليبقينا متحدين إلى الأبد
في حياة مليئة بالسعادة والافراح

A mes très chères frères
TEYEB ET AHMED

أهدي لكم هذا العمل كدليل على امتناني وتعليقي.
أتمنى أن تستمر روابطنا الأخوية وتتوطد أكثر.
لم أستطع بأي حال من الأحوال التعبير عن امتناني الكبير
لكل التضحيات التي قدمتم لي، فقد كانت مساعدتكم
وتضحيتكم وكرمكم مصدرا للشجاعة والثقة والصبر بالنسبة لي.
اسمحوا لي اليوم أن أؤكد لكم امتناني العميق والكبير.
وفقكم الله بالصحة والسعادة ، وحقق كل أحلامكم.
أنا فخور بكم

*A toute la famille TEYEB
ET toute la famille AHMED VALL*

مع كل تقديري ومودتي.

هذا العمل هو تجسيد لكل التقدير
والاحترام الذي أكنه لكم، هو هدية متواضعة
لكم ودليل على امتناني لكم بما أتحنتموني بيه
من حب ودعاء كنت أستند عليه كلما تعثرت لأواصل المسير
أتمني لكم موفور الصحة والعافية

À mes chères amies et collègues

إبراهيم بحان والشيخ لكبير

لقد كنتم بالنسبة لي بمثابة الإخوة قبل أن تكونوا لي أصدقاء
، أتمنى أن يجلب لكم هذا العمل التقدير والاحترام اللذين أكنه لكم ،
ويكون دليلاً على الحبة التي لطالما كان علي تكريمكم بها

*A MES TANTES fatimetou ,
Khadija Et Siktou AHMED VALL*

مع كل تقديري ومودتي.

هذا العمل هو تجسيد لكل التقدير والاحترام
الذي أكنه لكم، هو هدية متواضعة لكم ودليل
على امتناني لكم بما تحفتموني بيه من حب
ودعاء كنت أستند عليه كلما تعثرت لأواصل المسير
أتمني لكم موفور الصحة والعافية



Remerciements



A monsieur le professeur
BOUNAIM Ahmed
Professeur de l'Enseignement Supérieur
chef service de Chirurgie viscérale 1
a l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V – RABAT

لقد منحتنا شرفا عظيما بموافقتك على رئاسة لجنة مناقشة أطروحتنا

قد تتاح للأجيال والأجيال فرصة الاستفادة من معرفتك التي لا تضاهيها

الإحسان والكرم.

أستاذي العزيز ، تجد في هذا العمل المتواضع تعبيراً عن تقديرنا الكبير

واحترامنا العميق لتوجيهك وإرشادك

لأخطى الخطوات الأولى في مسيرتي المهنية

*À notre maître et rapporteur de thèse
le professeur el KAOUI Hakim
Professeur agrégée en chirurgie générale
Service de Chirurgie viscérale 1 a l'hôpital militaire
d'instruction Mohamed V – RABAT*

لقد كرمتني بثقتك بتكليفني بهذا الموضوع الممتاز.

لقد أتيت لي الفرصة والامتياز للعمل تحت إشرافك

، للاستفادة من ثقافتك العلمية ومهاراتك المهنية

التي لا يمكن إنكارها وكذلك صفاتك الإنسانية

التي أكسبتك إعجاب الجميع واحترامهم

إن النصائح المثمرة التي قدمتها لنا كانت قيمة للغاية ،

ونحن نشكرك بصدق على ذلك

إن لطفك ، وتواضعك ، وتفهمك ، وكذلك صفاتك المهنية

لا يمكن إلا أن تثير احترامنا الكبير والعميق

تجدون هنا تأكيداً على امتناننا وإعجابنا العميق بسيادتكم

À notre maitre et juge de these
le professeur ELHJOUJI Abderrahman
Professeur agrégée
service chirurgie viscérale 2 hôpital militaire
d'instruction Mohamed VI – Rabat

..نشكرك على العفوية والبساطة التي قبلت بها الحكم على هذا العمل المتواضع

إن النصائح المثمرة التي قدمتها لنا كانت قيمة للغاية ،

ونحن نشكرك بصدق على ذلك

إن لطفك ، وتواضعك ، وتفهمك ، وكذلك صفاتك المهنية

لا يمكن إلا أن تثير احترامنا الكبير والعميق

كامل الاحترام والتقدير استاذي العزيز

*À notre maitre et juge de these
le professeur Hicham LARAQUI
Professeur Agrégé de Chirurgie-générale
Service chirurgie de proctologie
Hôpital militaire d'instruction Mohamed VI - Rabat*

نشكرك على العفوية والبساطة التي قبلت بها الحكم
..على هذا العمل المتواضع
إن النصائح المثمرة التي قدمتها لنا كانت قيمة للغاية ،
ونحن نشكرك بصدق على ذلك
إن لطفك ، وتواضعك ، وتفهمك ، وكذلك صفاتك المهنية
لا يمكن إلا أن تثير احترامنا الكبير والعميق
كامل الاحترام والتقدير استاذي العزيز

*À notre maitre et juge de thèse
le professeur MSSROURI Rahal
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chirurgie générale et viscérale CHU Ibn SINA Rabat*

نشكرك على العفوية والبساطة
.. التي قبلت بها الحكم على هذا العمل المتواضع
إن النصائح المثمرة التي قدمتها لنا كانت قيمة للغاية ،
ونحن نشكرك بصدق على ذلك
إن لطفك ، وتواضعك ، وتفهمك ، وكذلك صفاتك المهنية
لا يمكن إلا أن تثير احترامنا الكبير والعميق
كامل الاحترام والتقدير استاذي العزيز



Liste des illustrations



LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des malades hospitalisés en fonction des années.	9
Figure 2: Répartition des malades hospitalisés en fonction des années.	10
Figure 3: classement des cancers digestifs selon le sexe.....	11
Figure 4: progression des cas de cancers digestifs chez l’homme et la femme.....	12
Figure 5: progression des cancers colorectaux par année.....	13
Figure 6: classement du cancer colon et rectum selon le sexe.....	14
Figure 7: classement des Cancers Colon et rectum selon la localisation.	16
Figure 8: différenciation histologique des ADK colorectaux.....	18
Figure 9: Les types de résection opératoire.	19
Figure 10: progression des cancers gastriques par année.....	20
Figure 11: classement des tumeurs gastriques selon les tranches d’âge.....	21
Figure 12: classement du cancer de l’estomac selon le sexe.	21
Figure 13: classement du cancer de l’estomac selon la localisation.	22
Figure 14: différenciation des tumeurs gastriques.....	23
Figure 15: progression des cancers pancréatiques par année.....	25
Figure 16: cancer du pancréas selon les tranches d’âge.....	26
Figure 17 : classement du tumeur pancréatique selon le sexe.....	26
Figure 18: tumeur du pancréas selon la localisation.....	27
Figure 19: différenciation des cancer du pancréas.....	28
Figure 20 : Evolution des cancers du foie par année.....	29
Figure 21: classement du cancer du foie selon l’âge.....	30
Figure 22 : classement du cancer du foie selon le sexe.....	31
Figure 23: différenciation des tumeurs du foie.....	32
Figure 24 : Evolution des cancers des voies biliaires par année.....	33
Figure 25: Cancer de la VB et des voies biliaires selon l’âge.	34

Figure 26: classement destumeur voies biliaires selon le sexe	34
Figure 27: différenciation des tumeurs biliaires	35
Figure 28: progression des cancers du grêle par année	37
Figure 29: Répartition du cancer du grêle selon l'âge.....	38
Figure 30: classement du cancer du grêle selon le sexe	38
Figure 31: classement du cancer du grêle selon la localisation	39
Figure 32 : différenciation des tumeurs du grêle	40
Figure 33 : Progression des cancers de l'oesophage par année	42
Figure 34: Cancer de l'oesophage selon les tranches d'âge	43
Figure 35: classement du cancer de l'oesophage selon le sexe	43
Figure 36: Tumeur de l'oesophage selon la localisation	44
Figure 37: Stades TNM du cancer colorectal	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: évolution des cancers digestif en fonction des années.	8
Tableau II: Répartition des cancers digestifs selon le sexe et la localisation.	12
Tableau III: Les différents types histologiques du cancer colorectal.	17
Tableau IV: Extension pariétale des cancers colorectaux.	19
Tableau V: Différents types histologiques des cancers gastriques.	23
Tableau VI: Extension pariétale des tumeurs gastriques.	24
Tableau VII: Différents types histologiques des cancers pancréatiques.	27
Tableau VIII: Aspect histologique des cancers du foie.	32
Tableau IX: Aspect histologique des cancers des voies biliaires.	35
Tableau X: Aspects histologiques des cancers grêliques.	39
Tableau XI: Extension pariétale des tumeurs grêliques.	41
Tableau XII: Aspect histologique des cancers de l'oesophage.	44
Tableau XIII: Extension pariétale des tumeurs de l'oesophage.	45
Tableau XIV: Fréquence, et incidence des cancers digestifs selon les séries.	47
Tableau XV: Âge et sexe selon les différentes séries.	47
Tableau XVI: Âge et sexe selon les différentes séries.	49
Tableau XVII: Âge moyen et sex-ratio des cancers colorectaux.	51
Tableau XVIII: La localisation des cancers colorectaux.	52
Tableau XIX: type histologique des cancers colorectaux.	52
Tableau XX: Fréquence, incidence des cancers gastriques.	56
Tableau XXI: Âge et sexe dans le cancer de l'estomac selon les séries.	57
Tableau XXII: Localisation cancer gastrique selon différent série.	57
Tableau XXIII: Fréquence et incidence du cancer du pancréas selon les séries.	59
Tableau XXIV: Âge moyen de survenue et sex-ratio du cancer du pancréas selon les séries.	61
Tableau XXV: Fréquence du cancer du foie selon les études.	63
Tableau XXVI: Âge moyen de survenue et sex-ratio du cancer du foie selon les études.	64

Tableau XXVII: Fréquence et incidence du cancer de l'intestin grêle selon les séries.....	66
Tableau XXVIII: Âge moyen et sex-ratio du cancer du grêle selon les différentes séries.	67
Tableau XXIX: Fréquence des cancers des voies biliaires.	68
Tableau XXX: Âge moyen et sex-ratio selon les séries :.....	69
Tableau XXXI: Fréquence et incidence du cancer de l'oesophage.....	72
Tableau XXXII: Âge moyen de survenue et sex-ratio du cancer de l'oesophage	72



Table des Matières



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
Matériel et Méthodes	4
I. MATERIEL D'ETUDE	5
II. METHODE DE TRAVAIL :	5
RESULTATS	7
I. RESULTATS GLOBAUX :	8
1. Fréquence :	8
2. Répartition selon l'âge	10
3. Répartition selon le sexe:	11
4. La répartition selon la localisation :	12
II. RESULTATS PAR LOCALISATION	13
1. Cancer colorectal :	13
1.1. Résultats globaux :	13
a. Fréquence :	13
b. Répartition selon l'âge et le sexe :	14
c. Localisation :	16
d. Histologie:	17
1.2. Résultats des pièces opératoires :	18
a. Le type de résection :	18
b. Extension pariétale :	19
c. Extension ganglionnaire :	19
d. Extension à distance :	19
2. Cancer de l'estomac :	20
2.1. Résultats globaux :	20
a. Fréquence :	20
b. Age et sexe :	20
c. Localisation :	22
e. Histologie :	22

2.2. Résultats des pièces opératoires :.....	24
a. Type de résection :.....	24
b. Extension pariétale :	24
c. Extension ganglionnaire :.....	24
d. Extension à distance :	24
3. Cancer du pancréas :.....	25
3.1. Résultats globaux :.....	25
a. Fréquence :	25
b. Age et sexe :.....	25
c. La localisation :	27
d. Histologie :.....	27
3.2. Résultats des pièces opératoires :.....	28
a. Type de résection :.....	28
b. Extension pariétale :	28
c. Extension ganglionnaire :.....	29
d. Extension à distance :	29
4. Cancer du foie :	29
4.1. Fréquence :	29
4.2. Age et sexe :.....	30
4.3. Localisation :	31
4.4. Histologie :	31
5. Cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires:.....	33
5.1. Résultats globaux :.....	33
a. Fréquence :	33
b. Age et sexe :.....	33
5.2. Résultats des pièces opératoires :.....	36
a. Extension pariétale :.....	36
b. Extension ganglionnaire :	36
c. Extension à distance :.....	36

6. Cancer du Grêle :	37
6.1. Résultats globaux :	37
a. Fréquence :	37
b. Age et sexe :	37
c. La localisation :	39
Figure 32: Répartition du cancer du grêle selon la localisation.....	39
d. Histologie :	39
6.2. Résultats des pièces opératoires:	40
a. Type de résection :	40
b. Extension pariétale :	41
Tableau XI: Extension pariétale des tumeurs grêliques.	41
c. Extension ganglionnaire :	41
d. Extension à distance :	41
7. Cancer de l'Œsophage :	42
7.1. Résultats globaux :	42
a. Fréquence :	42
b. Age et sexe :	42
c. Localisation :	44
e. Histologie :	44
6.2. Résultats des pièces opératoires:	45
a. Type de résection :	45
b. Extension pariétale :	45
c. Extension ganglionnaire :	45
d. Extension à distance :	45
III. ETUDE DES RESULTATS GLOBAUX :	46
1. Fréquence:	46
2. Répartition selon l'âge et le sexe :	47
IV. ETUDE DES RESULTATS SELON LA LOCALISATION:	48
1. Le cancer colorectal.....	48
1.1. Fréquence et incidence :	48

1.2. Répartition selon l'âge et le sexe	49
1.3. La localisation :.....	51
1.4 Anatomie pathologique :	52
1.5. Stades anatomo-cliniques :	53
2. Cancer de l'estomac :.....	55
2.1. Fréquence et incidence:.....	55
2.2. Répartition selon l'âge et le sexe :	56
2.3. Localisation :	57
2.4. Anatomie pathologique :	58
2.5. Stades anatomo-cliniques :	58
3. Cancer du pancréas:.....	59
3.1. Fréquence et incidence:.....	59
3.2. Répartition selon l'âge et le sexe :	60
3.3. Anatomie pathologique :	61
3.4. Stades anatomo-cliniques:	61
4. Cancer du foie :	63
4.1. Incidence et fréquence :.....	63
4.2. Répartition selon l'âge et le sexe :	63
4.3. Anatomie pathologique :	64
a. Le carcinome hépatocellulaire (CHC) :	64
b. Le Cholangiocarcinome intra-hépatique (CCIH):.....	65
c. L'hépatoblastome:	65
5. Cancer du grêle :.....	66
5.1. Fréquence et incidence :	66
5.2. Répartition selon l'âge et le sexe :	67
5.3. Anatomie pathologique :	67
6.1. Fréquence et incidence:.....	68
6.2. Répartition selon l'âge et le sexe	69
6.3. Anatomie pathologique :	69
6.4. Stades anatomo-cliniques :	70

7. Cancer de l'œsophage:.....	70
7.1. Fréquence et incidence :	70
7.2. Répartition selon l'âge et le sexe :	72
7.3. Anatomie pathologique :	73
CONCLUSION	74
RESUMES	76
BIBLIOGRAPHIE	80



Introduction



Dans le monde entier le cancer excite des inquiétudes par sa progression. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cancer massacrera plus de 10 millions de personnes en 2010, et fera 16 millions nouveaux cas par an si aucune acte n'est entreprise dans ce sens. Les pays en développement sont les plus touchés. Le Maroc n'échappe fâcheusement pas à cette tendance, le Centre International de Recherches sur le cancer aperçue le nombre de personnes atteintes par le cancer au Maroc à environ 35000 nouveaux cas par an. Des études sont en cours pour déterminer avec plus de précision son incidence au Maroc [1]. À noter l'absence d'un registre national de la pathologie cancéreuse, par contre il existe des études épidémiologiques dans ce sens au sein de certains services. Sans un registre de national des cancers, il est impossible de conduire une espionnage épidémiologique du cancer, ni mettre en place un plan national de lutte contre le cancer adapté à notre situation [40]. Un registre de population a été défini par le Comité National des Registres comme une structure épidémiologique qui réalise l'enregistrement continu et exhaustif des cas d'une pathologie donnée, dans une région géographique donnée et qui, à partir de cet enregistrement, effectue, seule ou en collaboration avec d'autres équipes, des études visant à améliorer les connaissances concernant cette pathologie. Les registres de cancers représentent un moyen attiré pour l'évaluation des politiques et des systèmes de santé, pour réaliser des rapportage épidémiologiques à visée étiologique ou évaluer l'intérêt des actions de dépistage ou de prévention. Mais le premier objectif d'une telle structure est d'indiquer la fréquence des maladies étudiées et de la comparer à celles d'autres régions réalisant un enregistrement semblable [41]. C'est dans ce cadre et via ce

travail, on tentera d'analyser le profil épidémiologique des cancers et les grandes tendances caractérisant chaque type, en chirurgie viscérale I de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V (HMIMV) sur une période de dix ans, compté de Janvier 2011 au Décembre 2020.



Matériel et Méthodes



I. MATERIEL D'ETUDE

C'est une étude rétrospective et descriptive portant sur 860 cas de cancer digestif, regroupés en 10 ans (entre Janvier 2011 et Décembre 2020), au sein du service de chirurgie viscérale I de L'HMIMV.

Tous les cas de cancer digestif enregistrés dans le registre d'hospitalisation ont été inclus dans notre étude.

Les localisations digestives secondaires, les carcinomes péritonéaux d'origine indéterminée ainsi que les cas non prouvés histologiquement ont été exclus de ce travail.

II. METHODE DE TRAVAIL :

Nous avons consulté le registre d'hospitalisations du service : registre établi par l'infirmier major du service et comportant : l'âge, le nom du malade, la date d'entrée dans le service, la date de sortie, le diagnostic d'entrée et de sortie, l'acte chirurgical, et la destination du malade en postopératoire.

Nous avons également étudié les comptes rendus anatomopathologiques des biopsies préopératoires ou opératoires, et des pièces de résection.

Pour les malades opérés nous avons consulté le registre des comptes rendus opératoires.

Nous avons recueilli pour chaque malade les données étudiées suivantes :

- ☒ L'année d'hospitalisation.
- ☒ L'âge.
- ☒ Le sexe.

- ✧ La localisation.
- ✧ Le type histologique
- ✧ La siège de la tumeur au niveau de l'organe.
- ✧ Le degré de la différenciation.
- ✧ En ce qui concernant les pièces opératoires, nous avons étudiée :
- ✧ L'extension à distance,
- ✧ L'extension ganglionnaire ,
- ✧ L'envahissement pariétale,
- ✧ La geste chirurgical réalisée.

La saisie des données a été réalisée à l'aide de la fiche d'exploitation.
L'analyse statistique des données a été effectuée sur Excel.



Résultats



I. RESULTATS GLOBAUX :

1. Fréquence :

Sur la période allant du 2011 au 2020, 860 cas des tumeur digestifs était colligé soit 86 cas par an en moyenne , sur un totale de 12690 cas hospitalises au niveau du service chirurgie viscérale I de l'HMIM5, soit 6.77 %.

La répartition en fonction des années révèle un maximum des cas enregistré en 2016 et un minimum des cas en 2013 et 2020

Tableau I: évolution des cancers digestif en fonction des années.

Année d'hospitalisation	Nombre des cancers digestifs	Pourcentage (%)
2011	90	10,46%
2012	83	9,65%
2013	75	8,72%
2014	82	9,53%
2015	92	10,69%
2016	98	11,39%
2017	85	9,38%
2018	87	10,11%
2019	93	10,81%
2020	75	8,72%
Total	860	100%

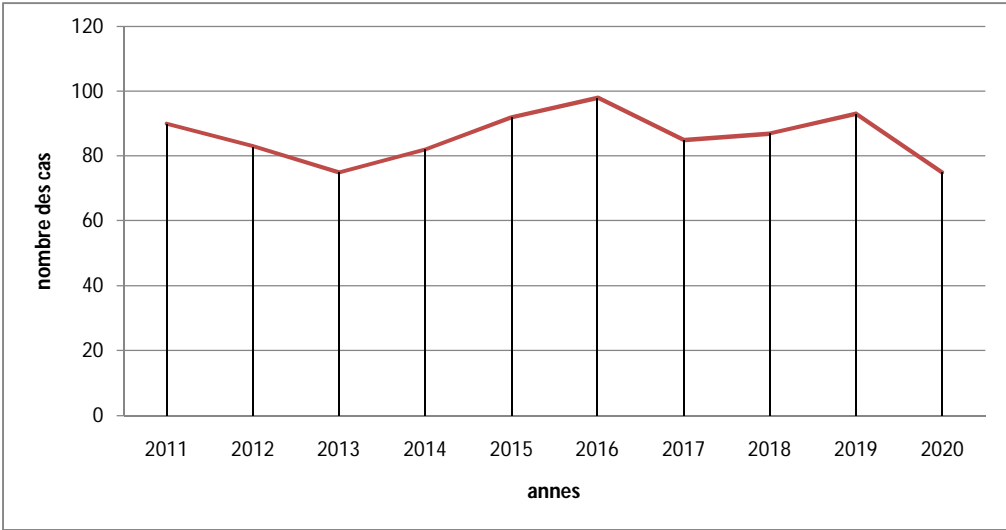


Figure 1: Classement des malades hospitalisés en fonction des années.

2. Classement selon l'âge

L'âge moyen des malades était de 56 ans avec un écart type de 13 ans. La moyenne d'âge chez les hommes était de 57 ans avec un écart type de 13 ans, alors que chez les femmes cette moyenne était de 56 ans avec un écart type de 13 ans.

Dans notre série 51,16% des patients étaient âgés de 50 à 59 ans alors que 1,16% étaient âgés de moins de 30ans.

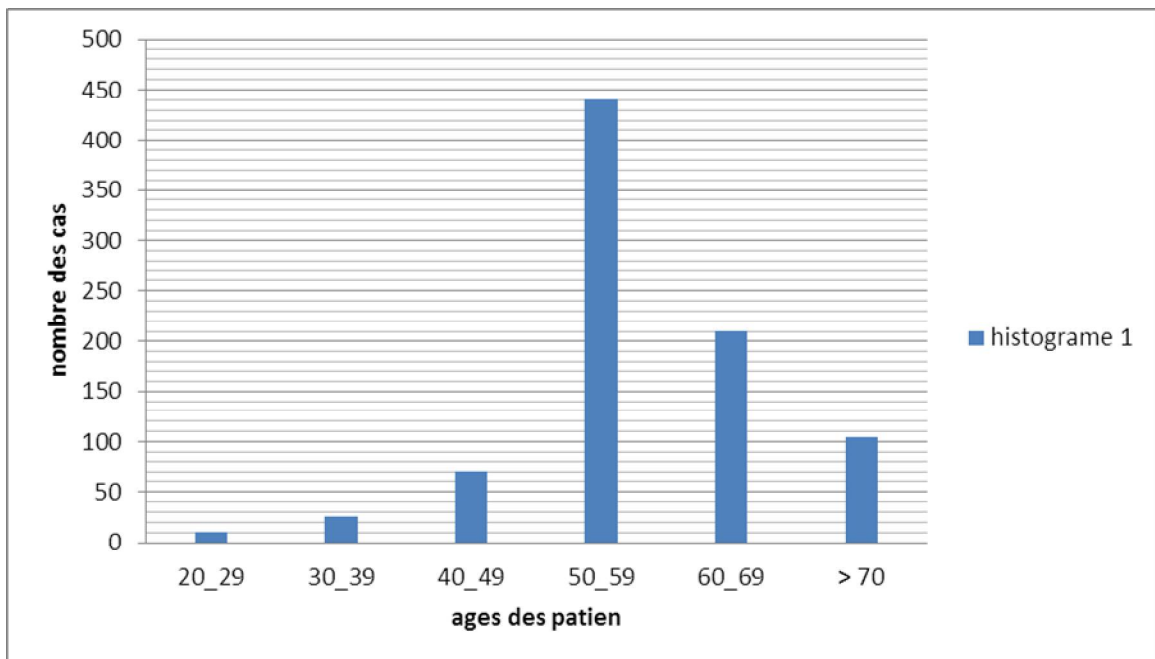


Figure 2: Classement des malades hospitalisés en fonction des années.

3. Classement selon le sexe:

Dans notre étude, nous avons constaté une prédominance masculine (65,11%) soit 560 hommes pour 300 femmes (Figure 1), avec un sex-ratio hommes sur femmes de 1,86.

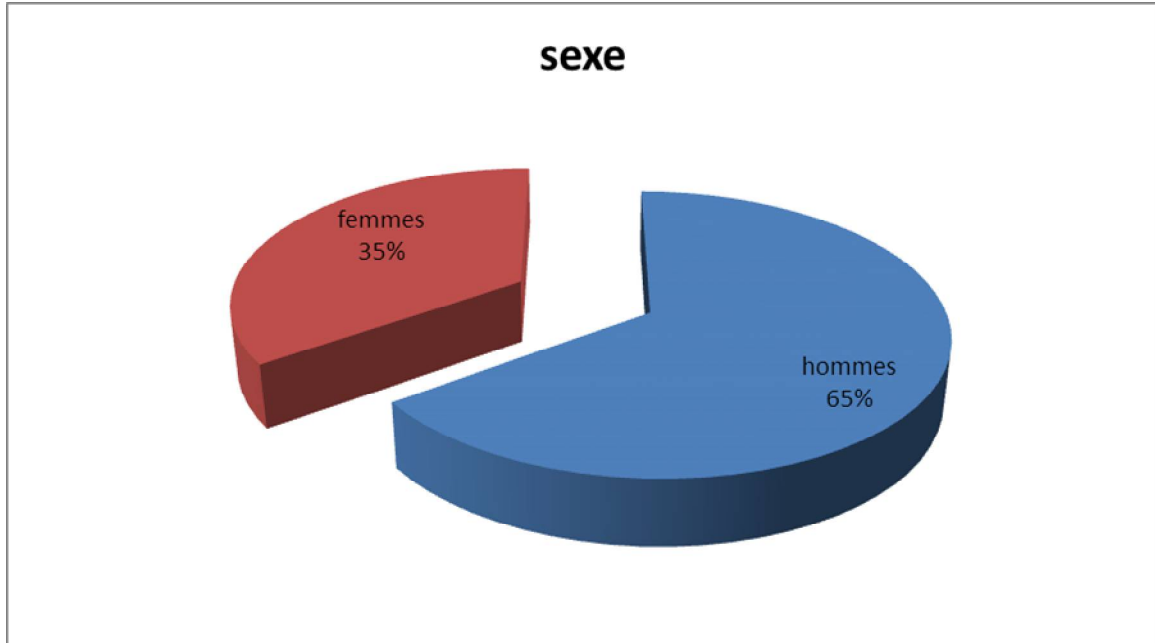


Figure 3: classification of digestive tumors by sex

LA progression des cas des tumeurs digestifs est variable selon les années chez les deux sexes avec un minimum en 2013 pour les hommes et en 2012 pour les femmes, et un maximum de cas en 2019 chez la femme (40 cas), et en 2015 chez l'homme (65 cas).

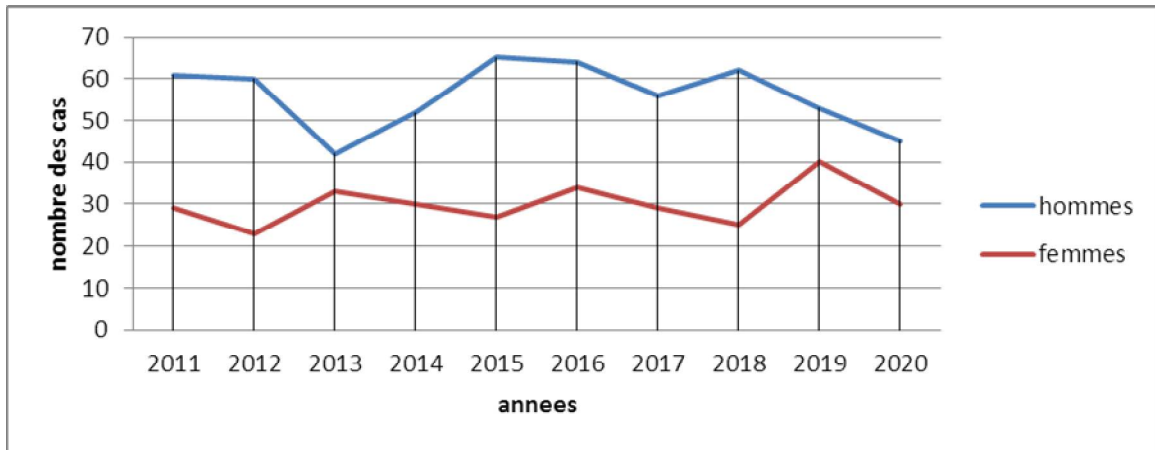


Figure 4: progression of cases of digestive cancer in men and women

4. classification selon la localisation :

Chez les deux sexes La localisation colorectale représente la localisation la plus fréquente des cancers digestifs est avec 250 cas diagnostiqués, soit 44,18%. Néanmoins les autres localisations sont classées par ordre décroissant: cancer de l'estomac (18.02%), du foie (12,79%), le pancréas (11,62%), le grêle (7,90%), la vésicule biliaire (4,65%) et l'œsophage (1,51%).

Tableau II: classification of digestive cancers according to sex and location.

	Localisation tumorale	Pourcentage	men	women
Colon et rectum	380	44,18 %	250	130
stomach	149	18,02 %	109	40
Pancréas	100	11,62 %	67	33
Foie	110	12,79 %	60	50
Grêle	68	7,90 %	46	22
Vésicule et voies biliaires	40	4,65 %	18	22
Œsophage	13	1,51 %	10	3
Total	860	100 %	560	300

II. RESULTATS PAR LOCALISATION

1. Cancer colorectal :

1.1. Résultats globaux :

a. Fréquence :

Parmi les cancers digestifs, 380 cancer colorectal était diagnostiqué soit 44,18%, les cancers colon et rectum se situait en première rang parmi les cancers digestifs avec un maximum de cas enregistré en 2019 (Courbe 3).

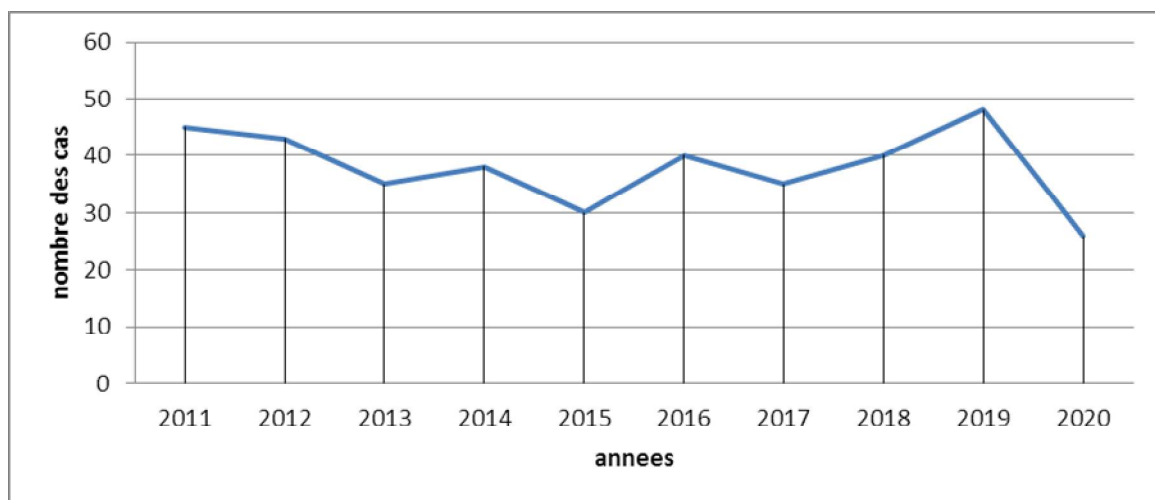


Figure 5: progression of colorectal cancers by year

b. classification selon l'âge et le sexe :

L'âge moyen des cancers du colon et rectum était de 56 ans avec un écart type de 13 ans. Les tumeur colorectaux sont prédominants chez les hommes (250 H/ 130 F), (Figure 2) avec sexe ratio de 1,9.

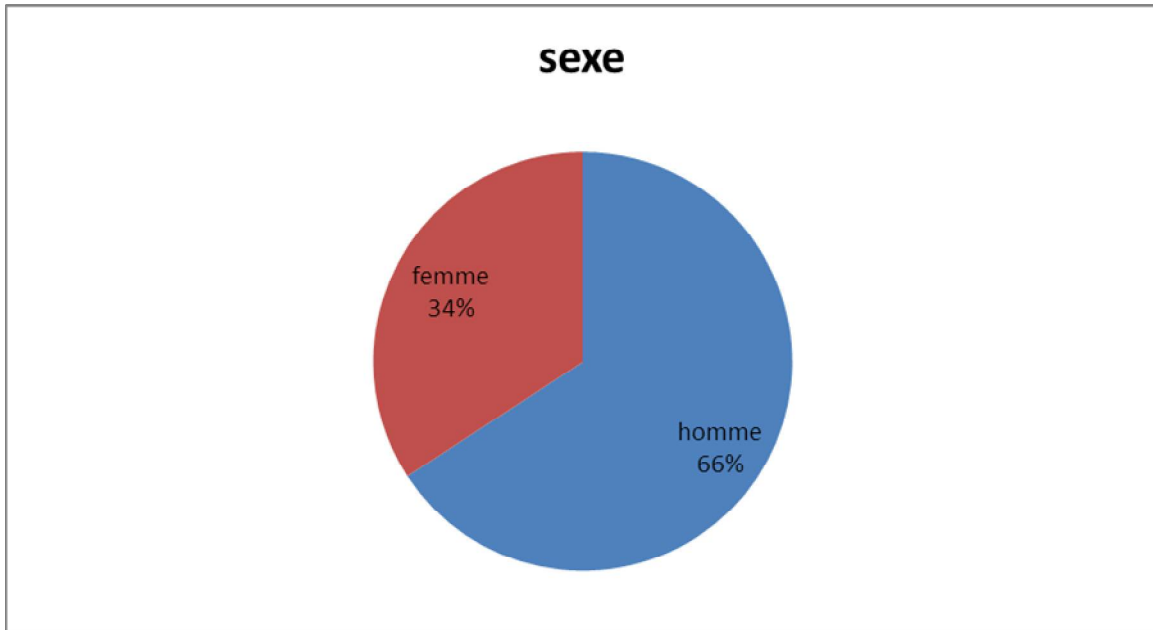
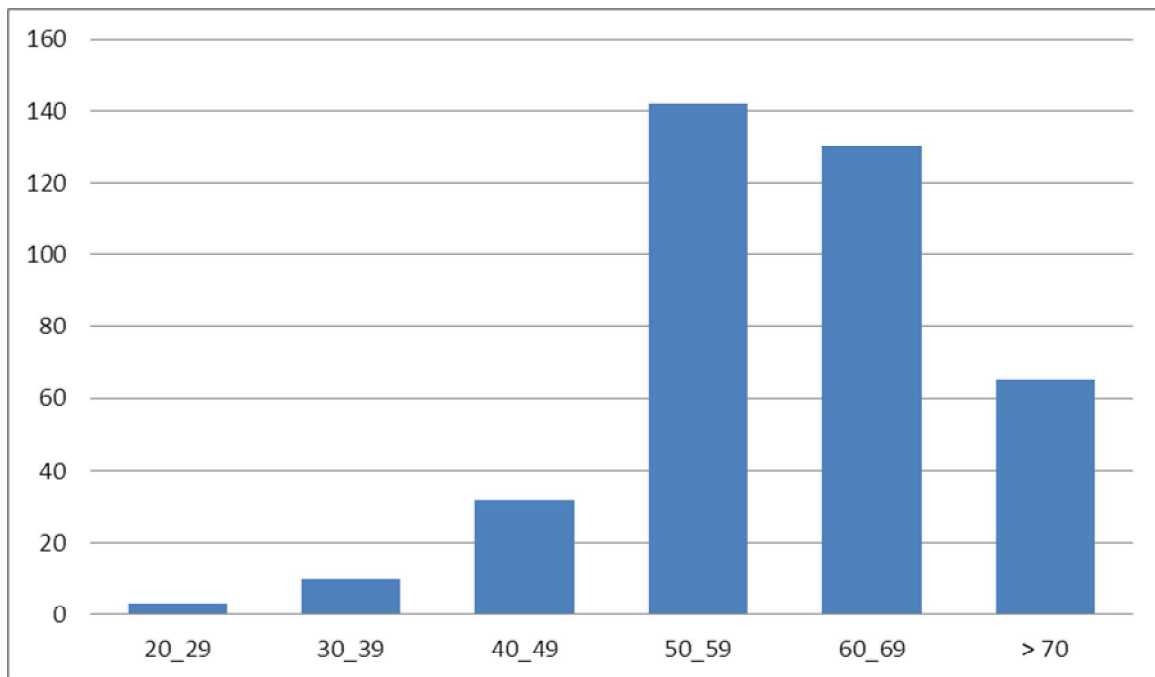


Figure 6: classification of rectal and colon cancer by sex

les patients de plus de 50 ans représentaient 86,84% des cas .



Histogramme 2: classement des cancers colon et rectum selon l'âge

c. Localisation :

Dans notre série, le cancer du colon représente 68,42% des cas ; soit 260 cas, avec une prédominance des sigmoïdes cancers (26,51%) suivie de l'ascendant colon (24,20%) et descendant colon cancer dans 15% (Figure 7).

Alors que les rectum cancers représentent 31,57% des colorectaux cancers avec une prédominance des cancers du rectum bas.

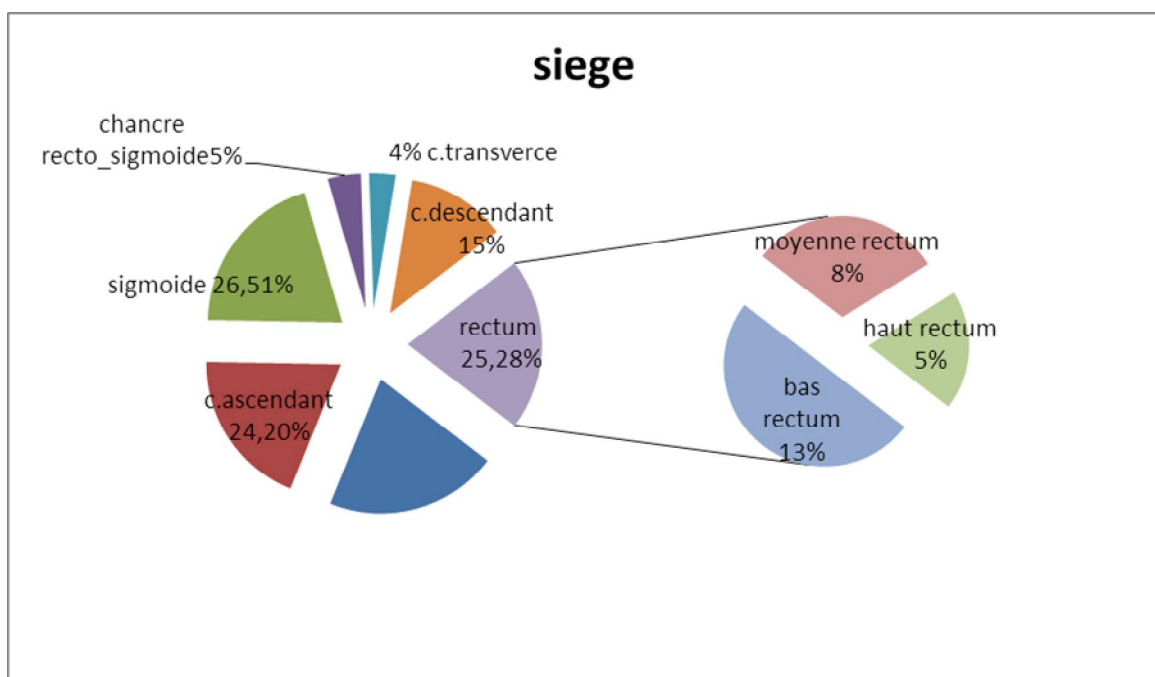


Figure 7: Classification of Colon and Rectal Cancers according to location.

d. Histologie:

Le principal type histologique des cancers colorectaux est l'adénocarcinome Lieberkunien qui a été diagnostiquer chez 320 cas, soit 84,21% des cancers colon et rectum (Tableau III).

Tableau III: Les types histologiques du cancer colon et rectum

Type histologique	Nombre	Pourcentage
Adénocarcinome lieberkūnien	320	84,21%
Adénocarcinome mucineux colloïde	30	7,89%
Adénocarcinome neuroendocrine	4	1,05%
Epidermoïde Carcinome	1	0,26%
Cellule indépendante	3	0,78 %
STROMAL TUMEUR	6	1,57%
TUBULO VILLEUSE	16	4,21%
Total	380	100%

Les adénocarcinomes colorectaux étaient bien et moyennement différenciés dans 94% des cas (Figure 8).

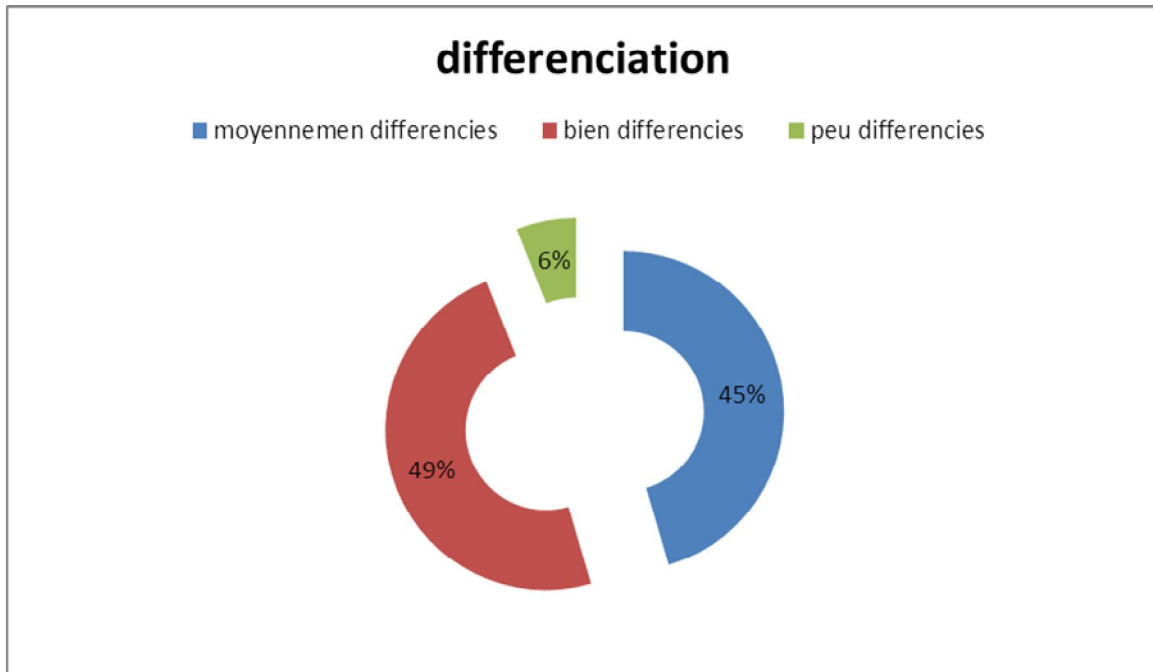


Figure 8: histological differentiation of colorectal ADKs

1.2. Résultats des pièces opératoires :

Sur tout le cancers colorectaux, on a recueilli au total 261 pièces opératoires soit 68,68% des prélèvements réalisée.

a. Le type de résection :

Une A right hemi colectomy a été faite dans 34,48% des cas et une left hemi colectomy dans 32,56% des cas sur 261 pièces opératoires.

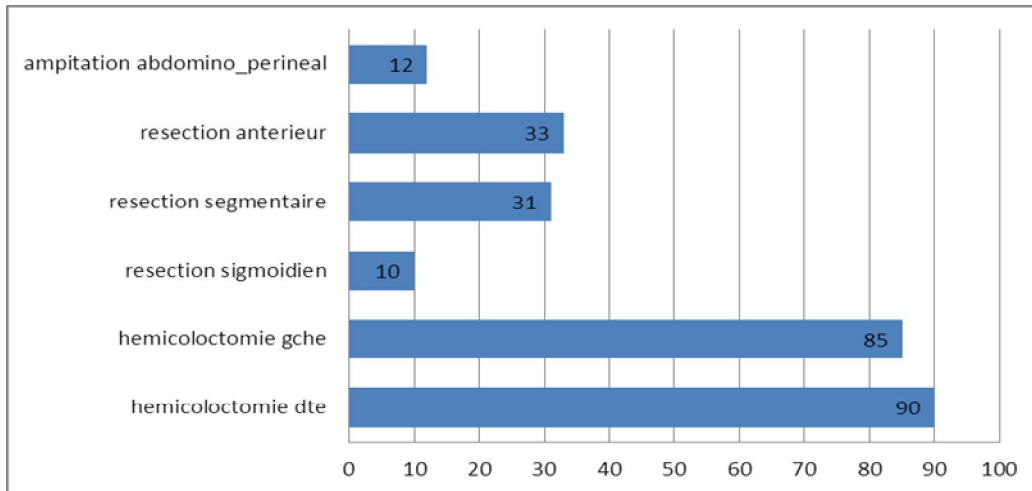


Figure 9: Types of operative resection.

b. Envahissement pariétale :

Elle était mentionnée sur 225 pièces opératoires, et elle a envahi la sous séreuse dans 185 cas ,soit donc 82,22% des cas classée enT3 . (Tableau IV)

Tableau IV: Parietal invasion of colorectal cancers.

Stade	Nombre des cas	Pourcentage
Tis	0	0
T1	5	2,22%
T3	185	82,22%
T2	25	11,11%
T4	10	4,44%

c. Envahissement ganglionnaire :

Elle était notée sur 225 pièces opératoires, l'atteinte ganglionnaire était notée chez 88 cas se qui représente 39,11%.

d. Extension à distance :

Elle était mentionnée chez 69 cas se qui représente 30,66% des patients (Notamment péritonéale et hépatique).

2. Cancer de l'estomac :

2.1. Résultats globaux :

a. Fréquence :

Le tumeur de l'estomac occupe la deuxième rang parmi les tumeur digestifs, 149 cas de tumeur de l'estomac était diagnostiqués soit 18,02 %.

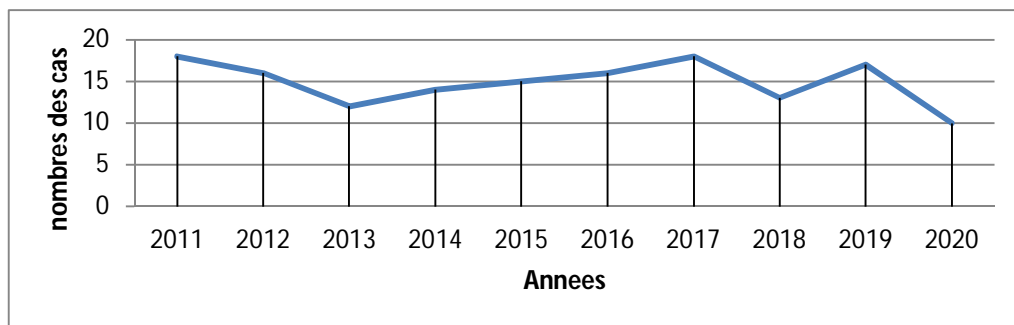


Figure 10: progression des cancers gastriques par année

b. Age et sexe :

L'âge moyen de survenue du tumeur de l'estomac est de 61 ans avec des bord allant de 31 à 83 ans et un type écart de 9,71 ans. Plus de 67,78% des patients étaiis âgé de 50_69 ans (figure12).

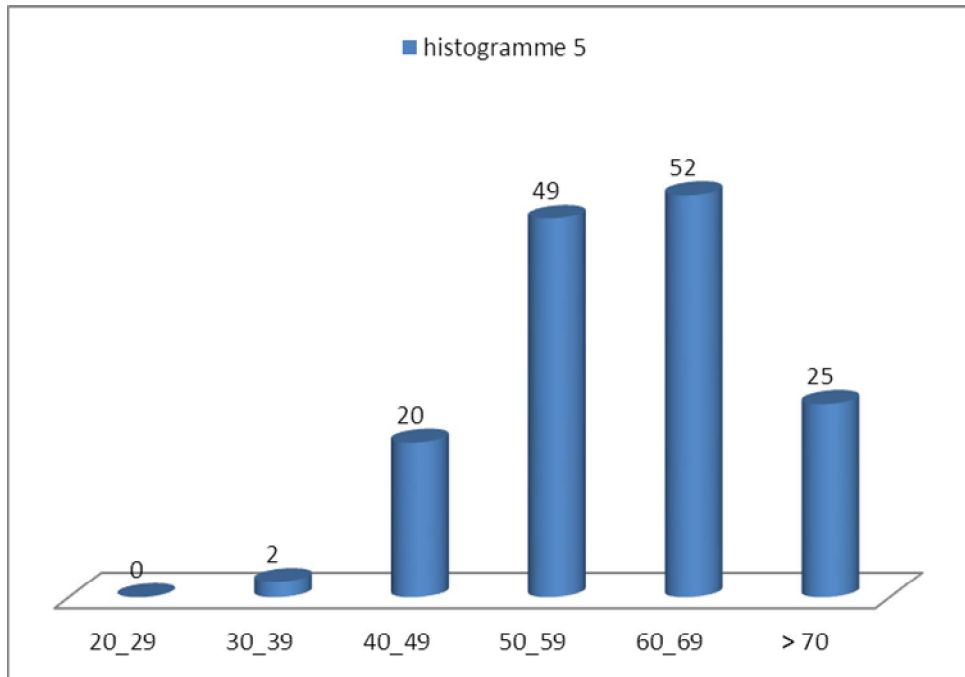


Figure 11: classement des tumeurs gastriques selon les tranches d'âge

Le tumeur de l'estomac est plus fréquente chez le sexe masculin elle représente 73,15% et 26,84% chez le sexe féminin, soit un sex-ratio(homme sur femme) de 2,72 (figre5)

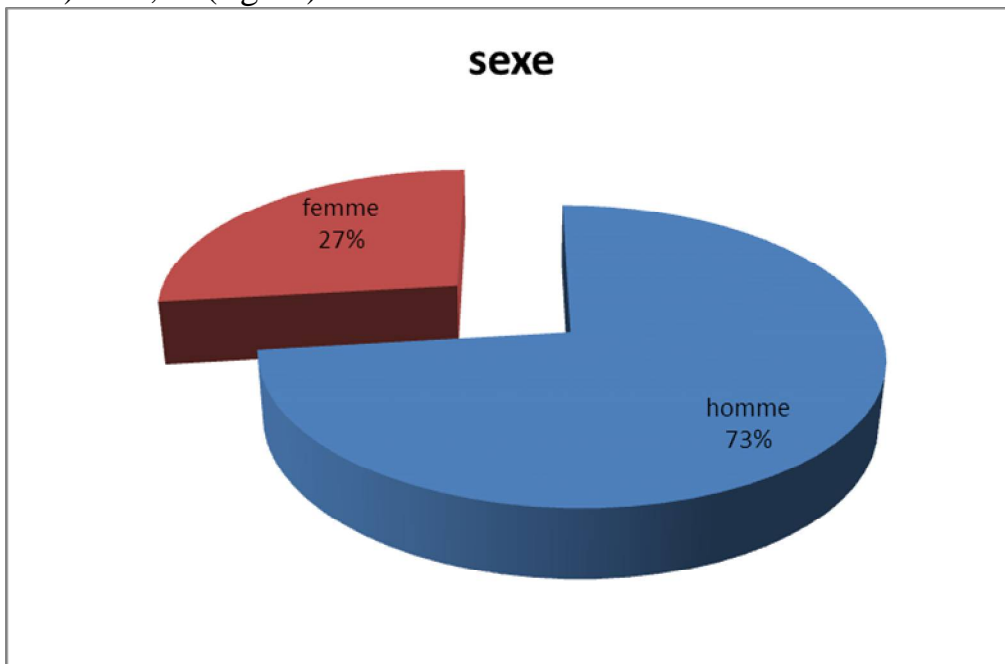


Figure 12: classement du cancer de l'estomac selon le sexe.

c. Localisation :

La forme étendue a été retrouvée dans 28% des cas, suivi du antrale siège dans 18% des cas (figure 13).

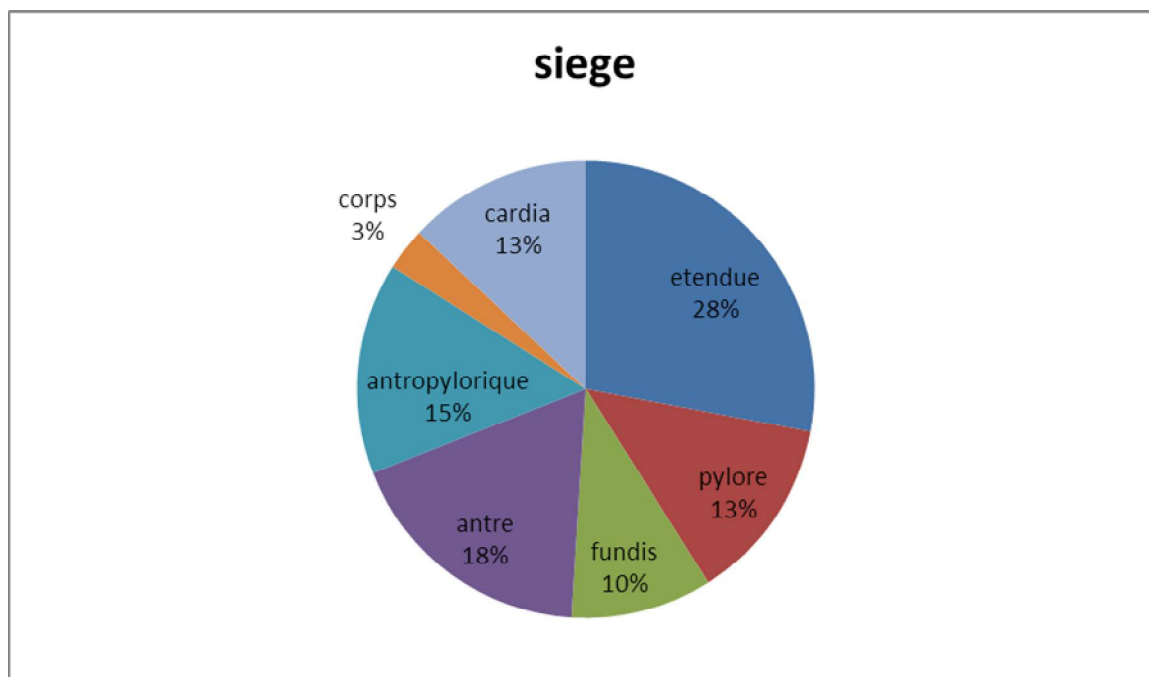


Figure 13: classification of stomach cancer according to location.

e. Histologie :

Parmi les différents types histologiques des cancers de l'estomac, l'adénocarcinome était le type le plus fréquent, elle représente 85,25% des tumeurs de l'estomac (Tableau V).

Tableau V: Different histological types of gastric cancers

Histologique type	Nombre de cas	pourcentage
Adénocarcinome	125	83,89%
Stromal Tumeur	8	5,36%
Indéterminés Carcinomes	8	5,36%
Neuroendocrinien Carcinome	2	1,34%
Shwoman	2	1,34%
Lymphome	3	2,01%
Carcinoïde Tumeur	1	0,67%
total	149	100%

L'analyse de la différenciation des tumeurs gastriques a prouvé qu'il s'agit de tumeur différenciés moyennement dans 52,63% des cas (Figure15).

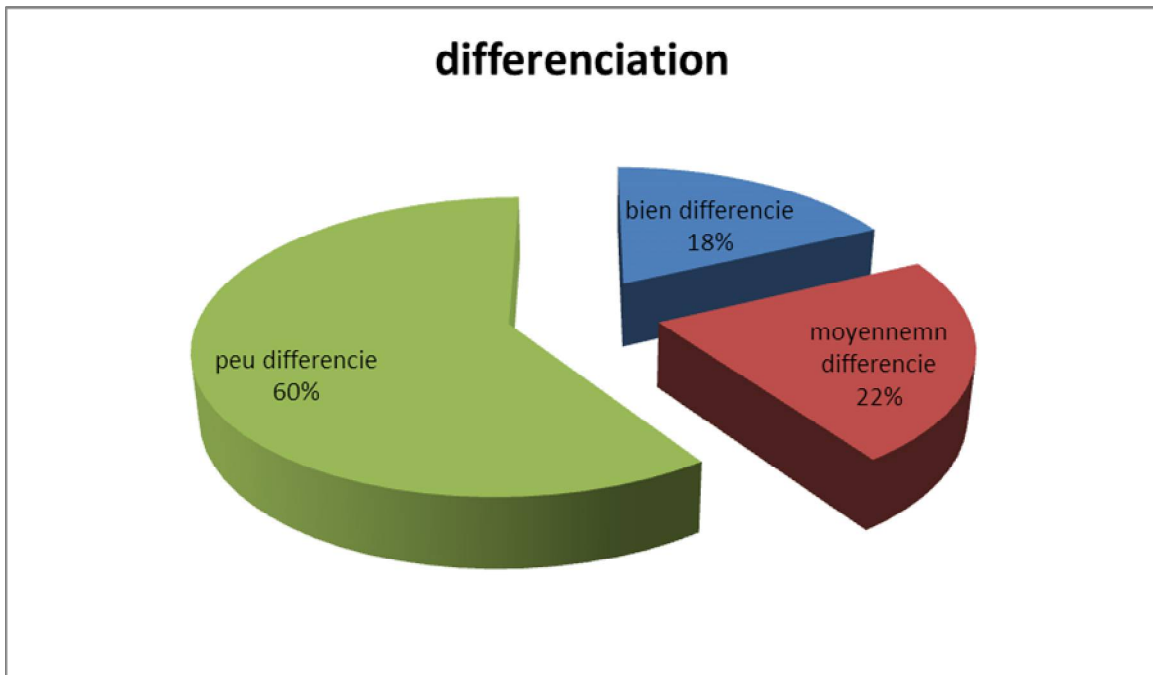


Figure 14: differentiation of gastric tumors

2.2. Résultats des pièces opératoires :

Sur l'ensemble des tumeur gastriques, on a pu exploiter 95 pièces opératoires soit 63,75% de tous les prélèvements.

a. Type de résection :

Dans 56% il s'agissait de gastrectomie partielle, alors qu'une gastrectomie totale était réalisée dans 44% des cas.

b. envahissement pariétale :

Elle était notée sur 85 pièces opératoires dont 58,82% étaient classées en T3.

Tableau VI: Wall invasion of gastric cancer

stade	Nombre	pourcentage
T is	0	0%
T1	6	7,08%
T2	24	28,23%
T3	50	58,82%
T4	5	5,88%

c. Envahissement ganglionnaire :

Elle était mentionnée dans 58 pièces opératoires, dans 68,96% des cas il existait une atteinte ganglionnaire.

d. Extension à distance :

Les tumeurs de l'estomac métastatiques correspond a 34,48% des nos patient (Notamment péritonéale et hépatique).

3. Cancer du pancréas :

3.1. Résultats globaux :

a. Fréquence :

Sur tout les cancer digestif on a colligée 100 cas de tumeur pancréatique ce qui représente 11,62% des nos patients, un maximum des cas en 2019 a été marquer et un minimum de cas en 2020 (Courbe 5).

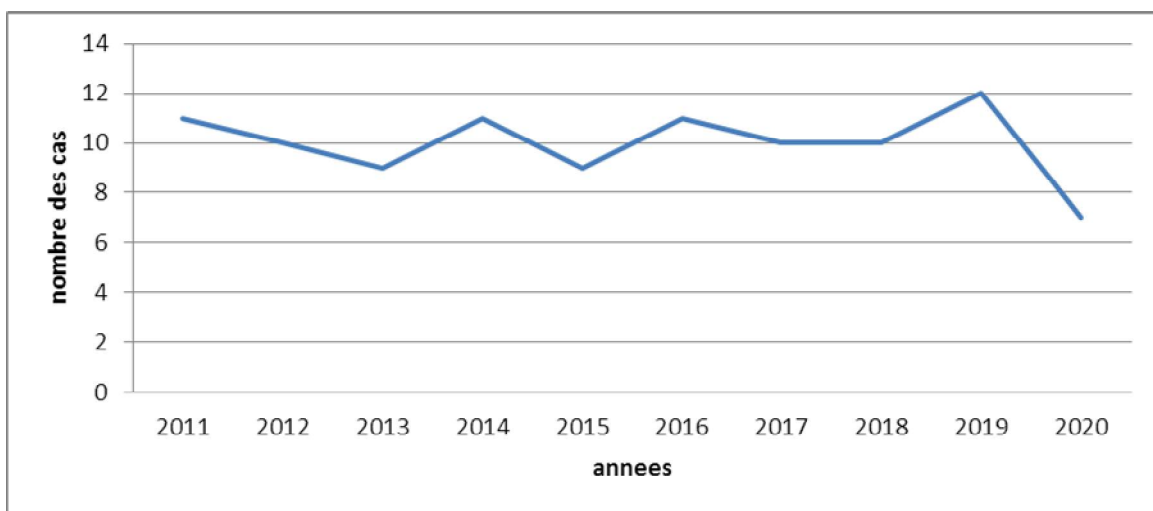


Figure 15: progression des cancers pancréatiques par année

b. Age et sexe :

Le tumeur du pancréas survient a un âge moyen de 58,2 et un écart type de 9,35 ans.

La tranche d'âge entre 50 et 69 ans est le plus touche, le maximum des cancers pancréatiques sont diagnostiquer dans cette période d'âge (76%) (Histogramme 5).

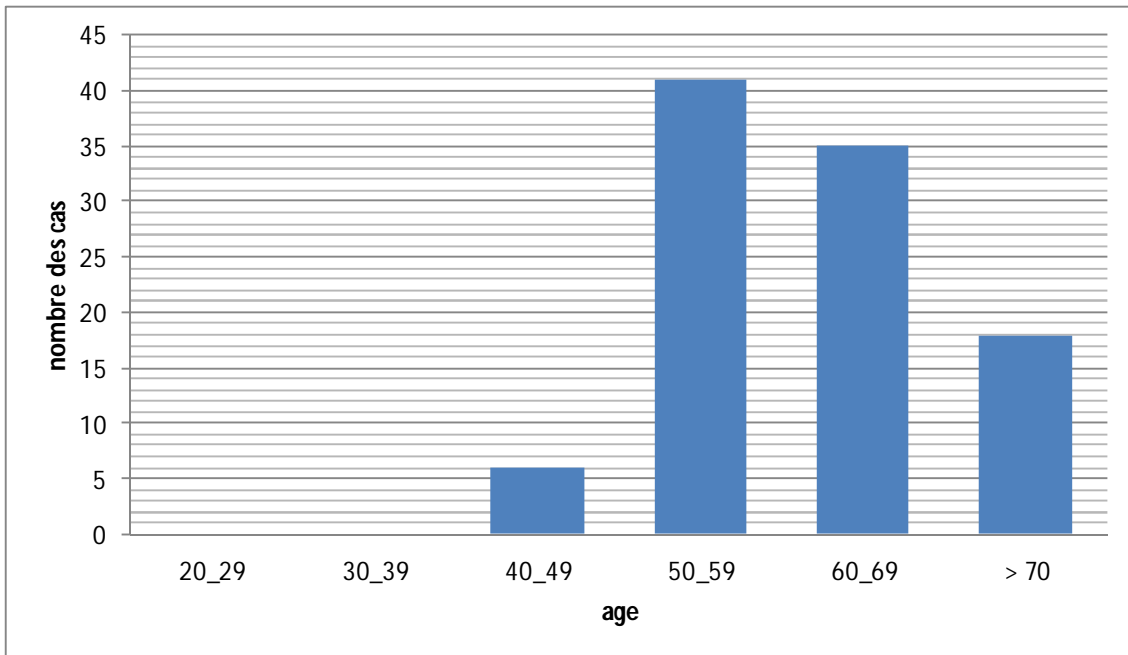


Figure 16: cancer du pancréas selon les tranches d'âge

Le tumeur du pancréas touche avec prédominance le sexe masculine dans cette série, 67% des patients sont des hommes. Le sex-ratio (homme sur femme) est de 2,03(Figure 17).

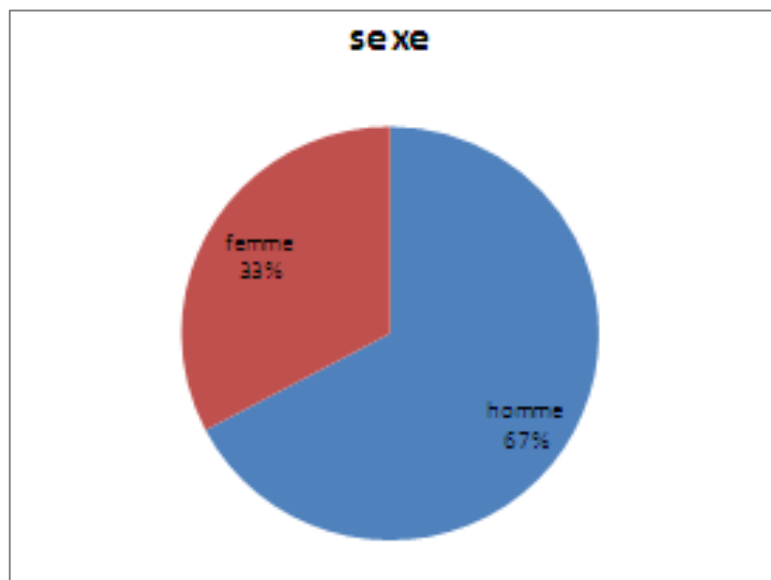


Figure 17 : classification of pancreatic tumor by sex

c. La localisation :

Le cancers du pancréas siègent au niveau de la tête dans 21% des cas , au niveau du queue dans 72,27% des cas et 3,15 % au niveau du corps .

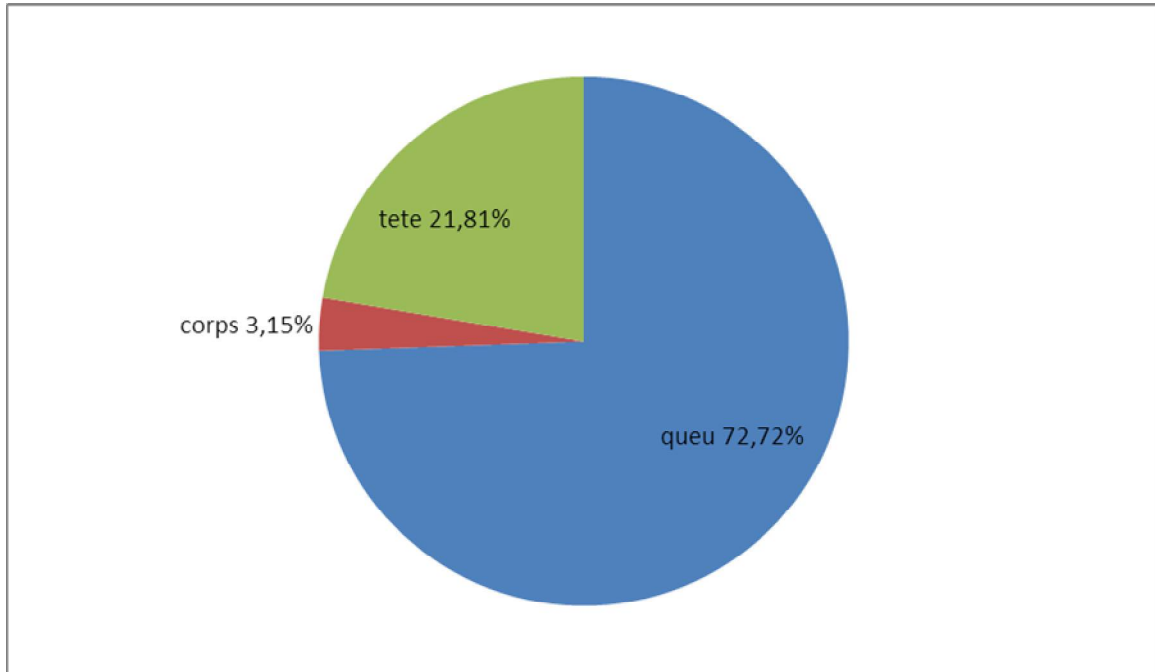


Figure 18: pancreatic tumor depending on the location

d. Histologie :

L'adénocarcinome représente 90% des tumeurs pancréatiques elle est donc le type histologique le plus fréquent (Tableau VII).

Tableau VII: histological types of pancreatic tumors

Type histologique	Nombre des cas	pourcentage
adnecarcinome	90	90%
Tm neuroendocrine	6	6%
Carcinomes non déterminés	4	4%
Total	100	100%

Plus de 63.% des tumeur pancréatiques sont des tumeurs moyennement différenciées selon l'analyse de la différenciation (Figure 19).

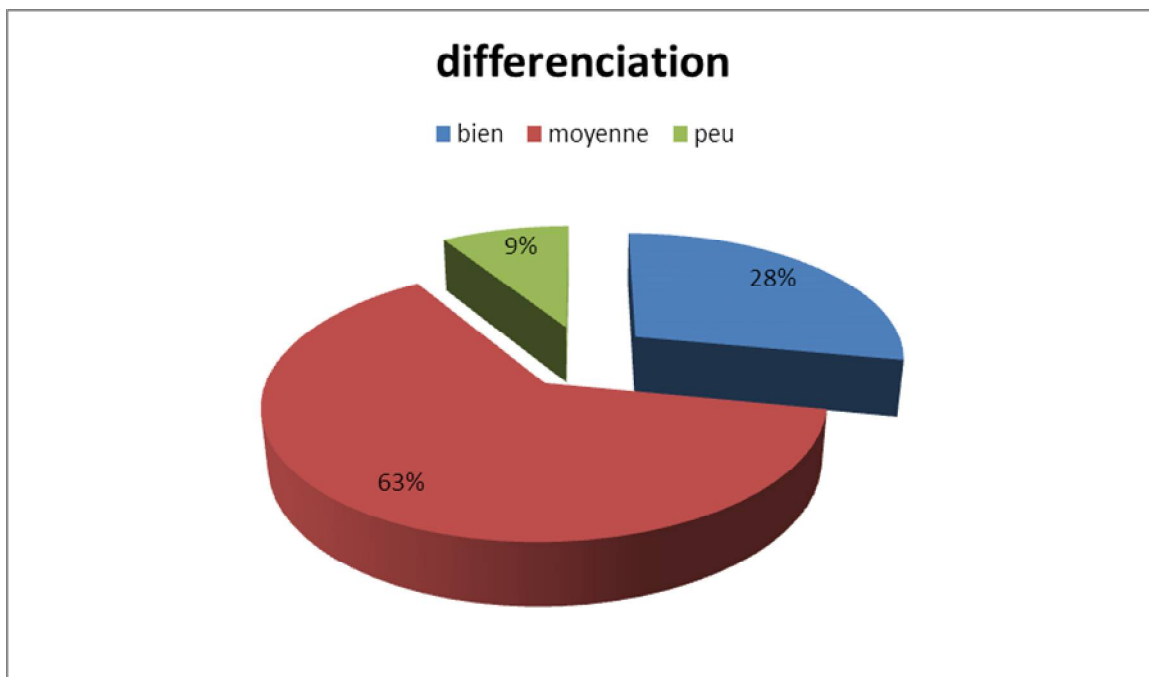


Figure 19: differentiation of pancreatic cancer

3.2. Résultats des pièces opératoires :

Sur l'entier des tumeurs pancréatiques 55 pièces opératoires était colliger, ce qui représente 52% des analyse.

a. Type de résection :

40 duodéno-pancréatectomie céphalique a été réalisé parmi les 55 cas des tumeurs pancréatiques opérés. Ainsi la spléno-pancréatectomie a été réalisé chez 15 cas.

b. Envahissement pariétale :

l'extension pariétale était précisée sur 40 pièces opératoires parmi le quelle 30 ont été classées en T3 ce qui représente 66,66%.

c. Envahissement ganglionnaire :

Elle était mentionnée sur 30 pièces opératoires, et une atteinte ganglionnaire était retrouvée chez 10 patient soit 18,18%.

d. Extension à distance :

Les formes métastatiques étaient retrouvées d'emblée chez 25 cas , soit 45,45%.

4. Cancer du foie :

4.1. Fréquence :

Sur 860 cancer digestif colligé Nous avons recueilli 110 cas du tumeur du foie soit 12,79 % de l'ensemble des cancers digestifs , ce cancer se place en troisième rang après le colo-rectum et l'estomac.

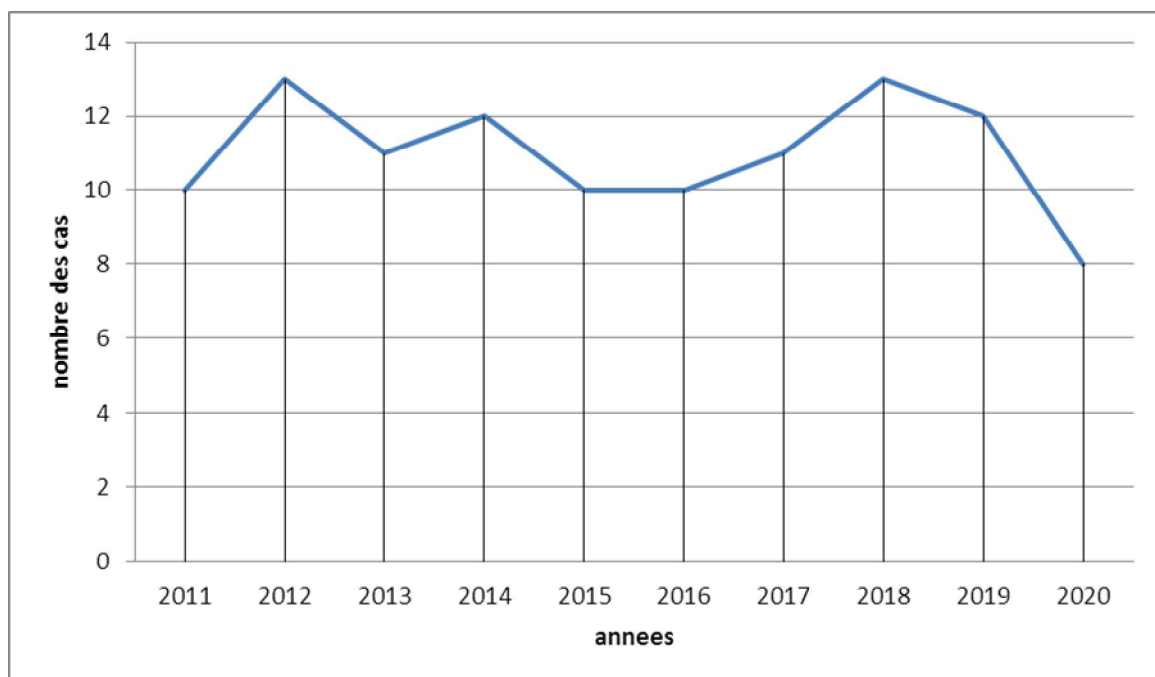


Figure 20 : Evolution of liver cancer by year

4.2. Age et sexe :

Dans notre série le cancer du foie survient à un âge moyen de 55,4 ans et un écart type de 6,75 ans.

Le cancer du foie touche la tranche d'âge entre 50 et 59 ans chez 45,45% des nos patient.

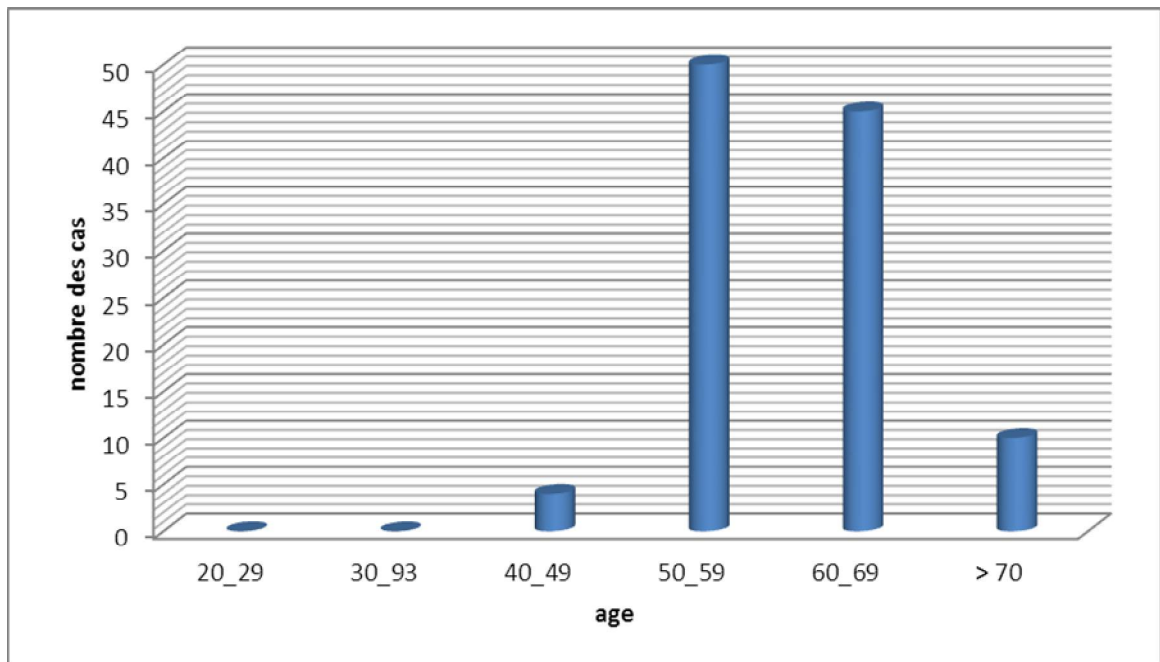


Figure 21: classification of liver cancer by age

Le cancer du foie prédomine chez le sexe masculin elle représente 54,54% des cas avec un sex-ratio (hommes sur femmes) de 1,5 .

Alors que le sexe féminine représente 45,46%

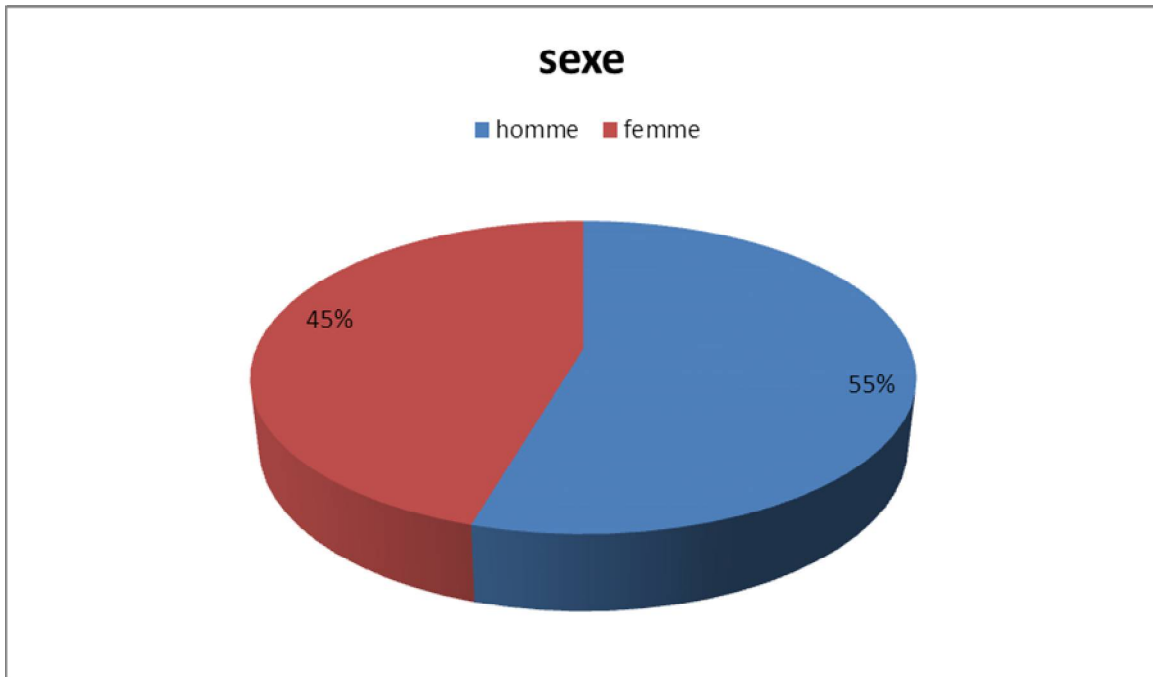


Figure 22 : classification of liver cancer by sex

4.3. Localisation :

Le siège était mentionnée au niveau du foie droit dans 60% des cas contre 40% au niveau du foie gauche.

4.4. Histologie :

L'aspect histologique le plus fréquent est celui de métastases d'adénocarcinome (surtout colorectaux) qui représente 57,27 % des cancers du foie (Tableau VIII).

La cholangio-carcinome a été la tumeur maligne primitive du foie la plus courant.

Tableau VIII: Histological appearance of liver tumors

Histological appearance	Nombre de cas	Pourcentage
Métastase d'adénocarcinome	63	57,27%
Hepatocellular carcinoma	20	18,18%
Neuroendocrine carcinoma	6	5,45%
Cholangio-carcinome	21	19,09%
Totale	110	100%

Dans notre série 68,08 % des cancer hépatique s'agissait des cancers moyennement différenciés (Figure 23).

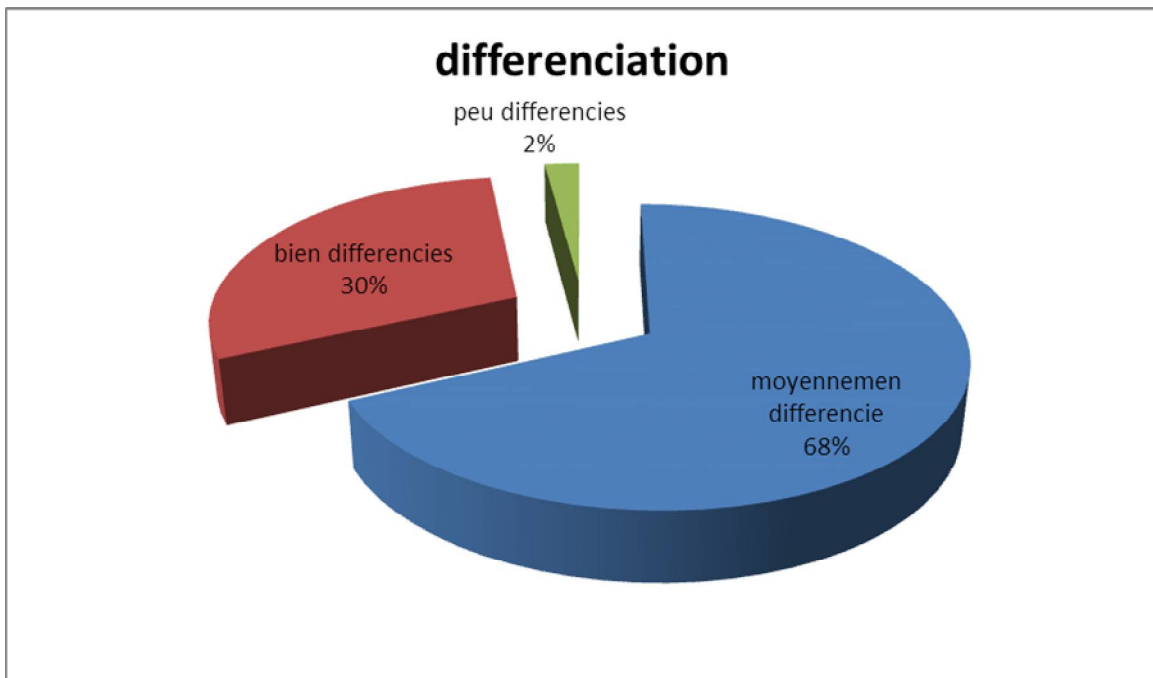


Figure 23: differentiation of liver tumors.

5. Cancer des voies biliaires et de la vésicule biliaire:

5.1. Résultats globaux :

a. Fréquence :

Dans notre série on a regroupé 40 cas des tumeurs des voies biliaires et vésicule biliaires sur tout les cancers digestifs colligée ce qui représente 4,65%. Occupant ainsi la sixième rang.

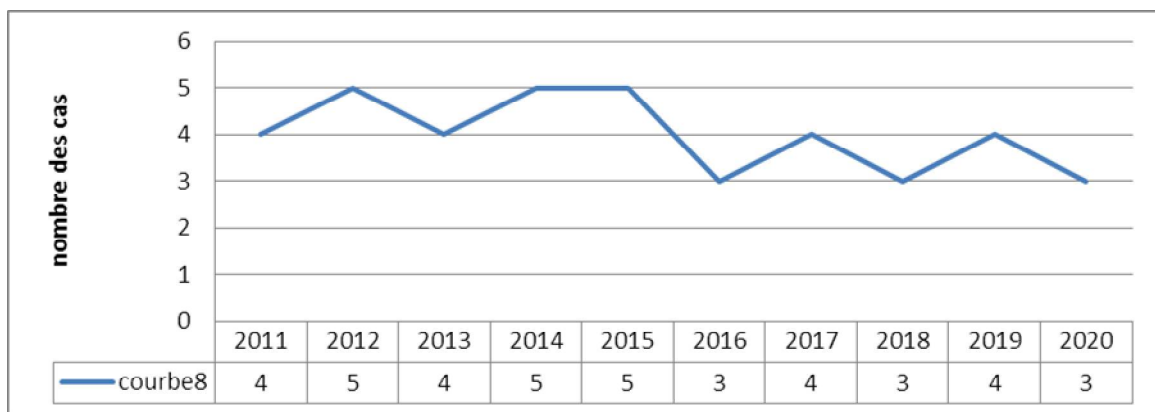


Figure 24 : Evolution of cancers of the bladder and bile duct by year

b. Age et sexe :

Dans notre étude les cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires survienne a un âge moyenne de 63,3ans. Dans 60% des cas l'âge était entre 50 et 59 ans .

L'écart type dans cette série était 8,1ans.

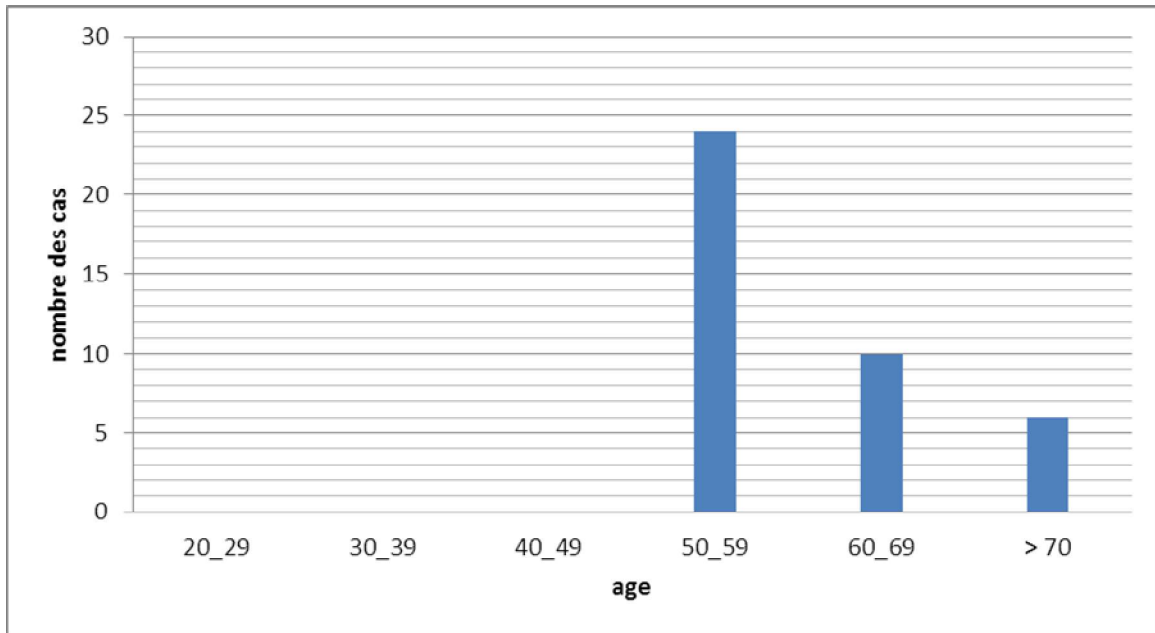


Figure 25: Cancer of the gallbladder and bile ducts by age.

Plus de 55% des nos patients était de sexe masculin alors que le sexe féminin représente 45%, le sex-ratio est de 1,2 (Figure 26).

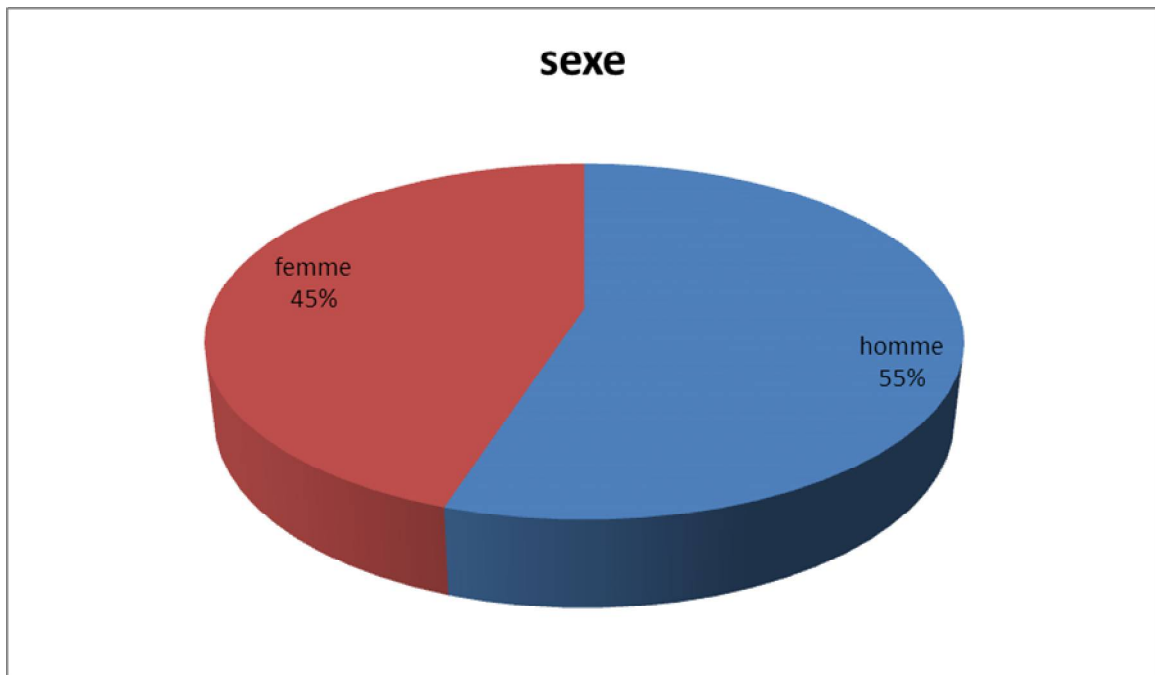


Figure 26: classification of bile duct and gallbladder tumors by sex

c. Histologie :

L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquente pour les cancers de voies biliaires et vésicule elle représente 70% des cancers des voies biliaires (Tableau IX).

Tableau IX: Histological appearance of bile duct tumors

Histological appearance	Nombre des cas	Pourcentage
Adénocarcinome	28	70%
épidermoïde Carcinome	2	5%
Carcinome indéterminé	5	12,5%
Cholangio-carcinome	5	12,5%
Total	40	100

Dans notre série 50 % les tumeur des voies biliaires et vésicule biliaires s'agissait des tumeur moyennement différenciés chez 50% des cas (Figure 28).

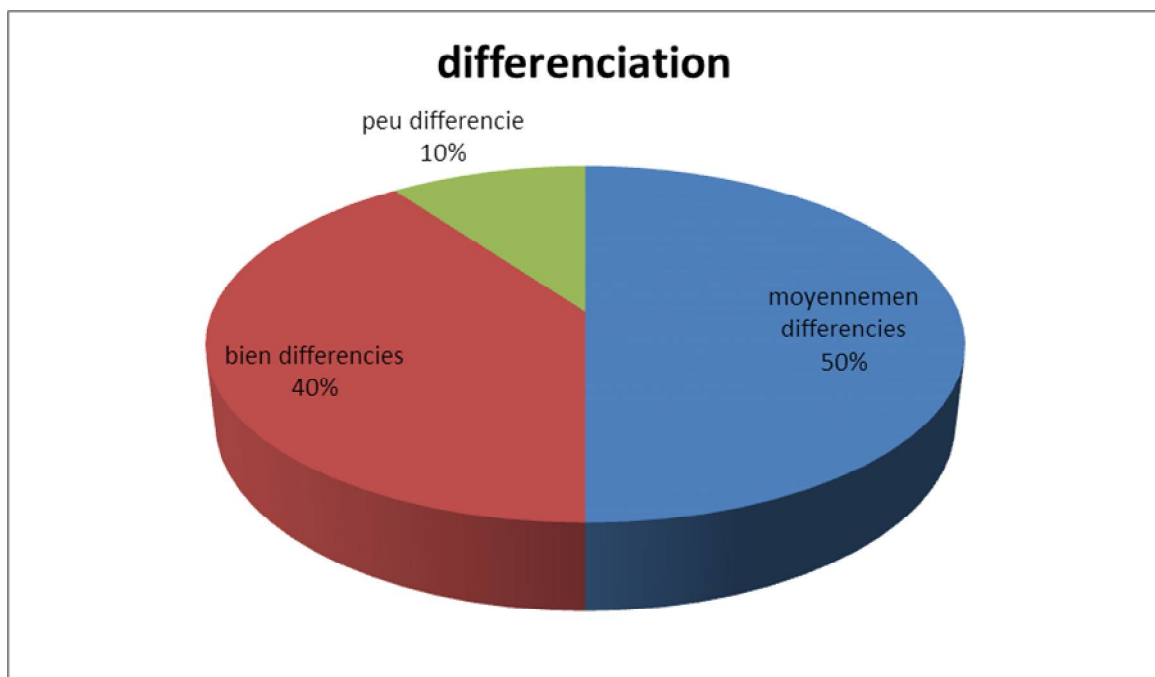


Figure 27: differentiation of biliary tumors

5.2. Résultats des pièces opératoires :

15 pièces opératoires étaient colligées sur toutes les tumeurs des voies biliaires et vésicule biliaire, ce qui représente 37,5 % des cas.

a. Envahissement pariétal :

Elle était précisée sur 15 pièces opératoires soit 100%

Tableau X: stadification des cancers de la VB

stade	Nombre des cas	Pourcentage
T1	1	6,66%
T2	3	20%
T3	10	66,66%
T3	1	6,66%

b. Envahissement ganglionnaire :

Elle était mentionnée chez 53,33% des nos patients soit 8 pièces opératoires.

c. Extension à distance :

Elle était mentionnée chez 3 cas se qui représente 20 % de nos malades (Surtout hépatique).

6. Cancer du Grêle :

6.1. Résultats globaux :

a. Fréquence :

68 cas des tumeurs de l'intestin grêle a été regroupé ce qui représente 7,90% de l'ensemble des tumeurs digestives.

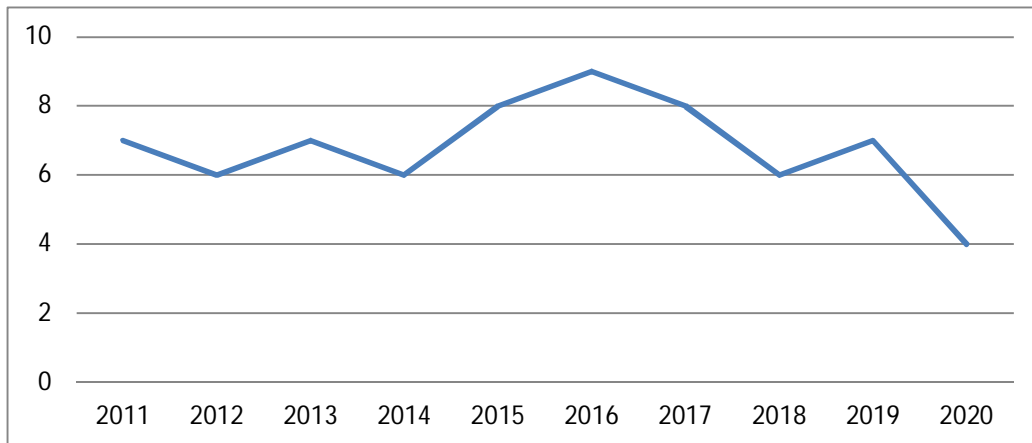


Figure 28: progression of small bowel cancers by year

b. Age et sexe :

Le cancer de l'intestin grêle survient à un âge moyen de 57,75 ans, avec un écart type de 8,8 ans.

L'âge de survenu de ce cancer était entre 60 et 69 ans dans 52,94% des cas.

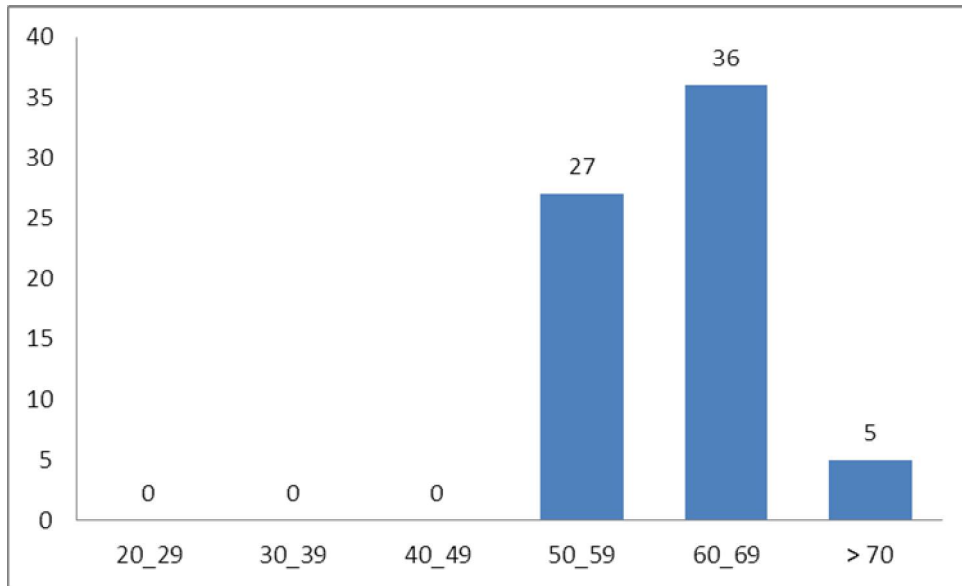


Figure 29: Distribution of small bowel cancer by age

Le cancer du grêle touche avec prédominance le sexe masculin dans 67,64% des cas, et 32,35% chez le sexe féminin ce qui représente un sex-ratio de 2,09 .

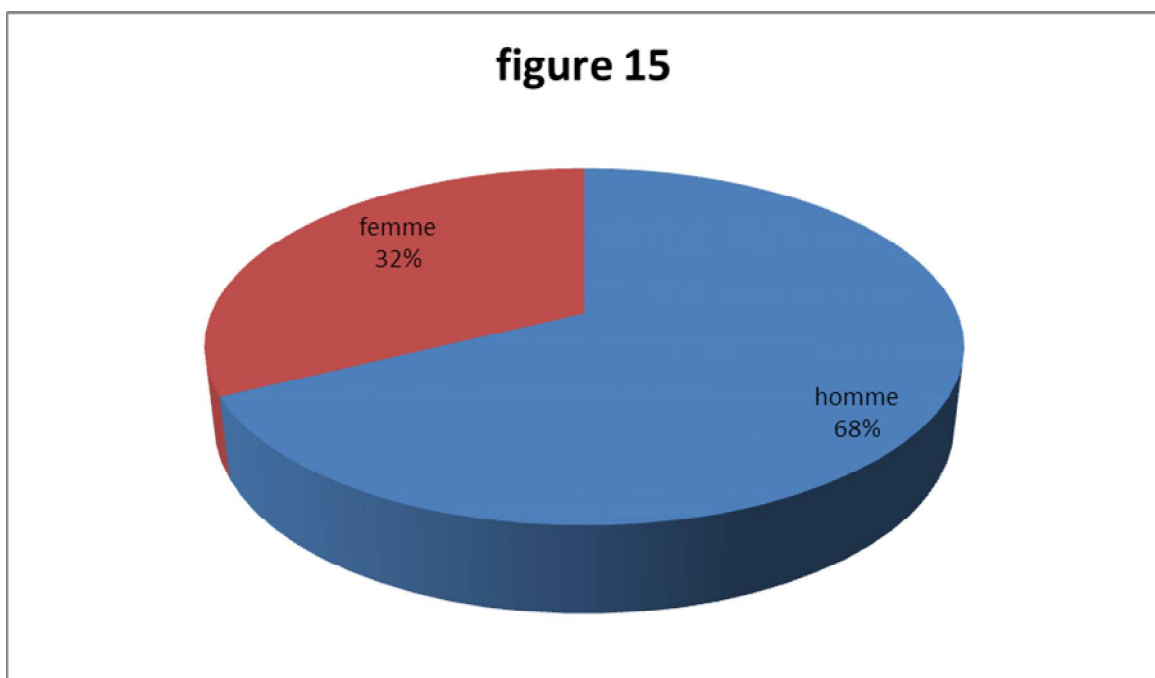


Figure 30: classification of small bowel cancer by sex

c. La localisation :

Le siège était mentionnée chez tous nos patients avec prédominance de la siège iléale (70%).

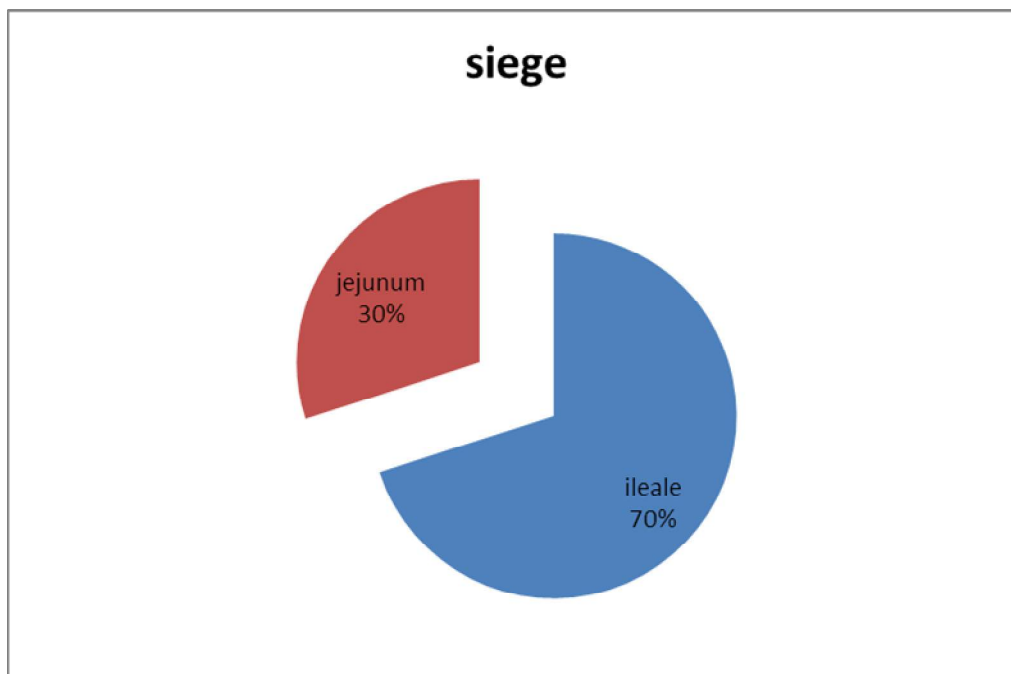


Figure 31: classification of small bowel cancer by location

d. Histologie :

L'adénocarcinome est le type histologique le plus courant et représente 63,23 % des tumeur grêliques (Tableau X)

Tableau X: Histological aspects of small-scale cancers.

Histological type	Nombre des cas	Pourcentage
Adénocarcinome	43	63,23%
Neuroendocrine Tumeur	5	7,35%
Stromale Tumeur	14	20,58%
Lymphome	3	4,41%
liomiosarcome	3	4,41%
Total	68	100%

Dans notre série les cancers du grêle s'agissait de tumeurs moyennement différenciées dans 64% des cas (figure 24).

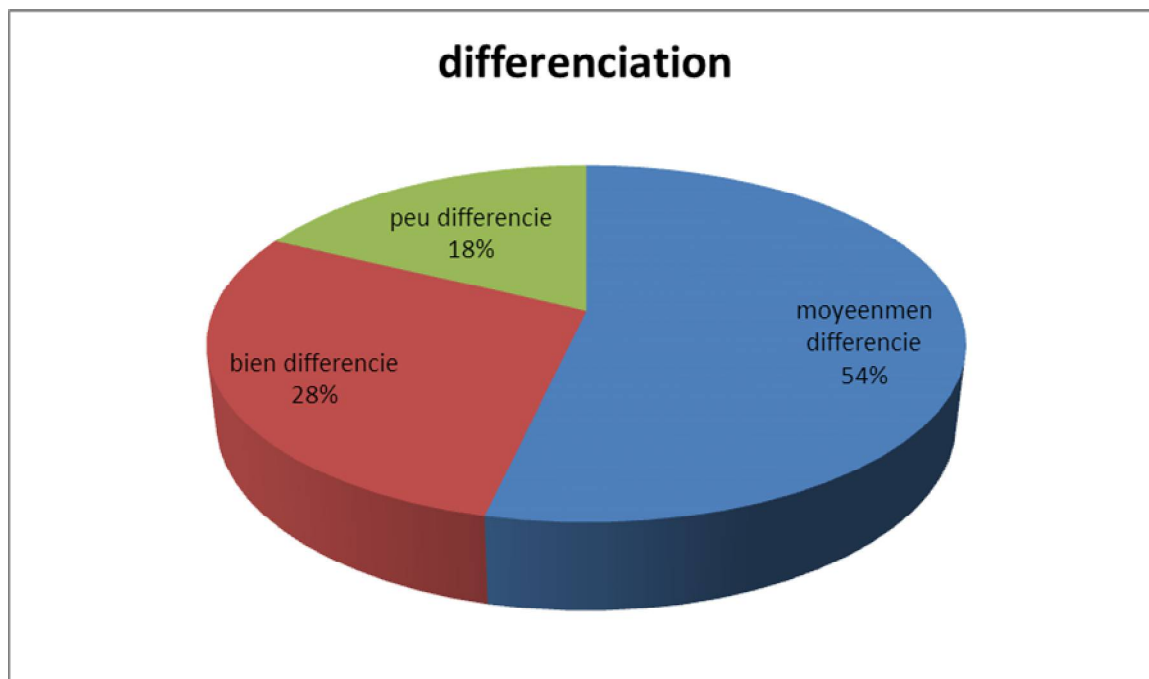


Figure 32 : differentiation of small bowel tumors

6.2. Résultats des pièces opératoires:

Sur tout les tumeur grêlique, quarante (40) pièces opératoires était colligée ce qui représente 58,82% des cas.

a. Type de résection :

La résection intestinale segmentaire était mentionnée sur tout les pièces opératoires.

b. Envahissement pariétale :

Elle était mentionnée sur 30 pièces opératoires

Tableau XI: Envahissement pariétale des tumeurs grêliques.

stade	Nombre des cas	Pourcentage
T3	22	73,33%
T2	6	20%
T4	2	6,66%
T1	0	0%
Tis	0	0%

c. Envahissement ganglionnaire :

Elle était précisée sur 20 pièces opératoires et 50% ont présenté une atteinte ganglionnaire.

d. Extension à distance :

Les cas métastatiques d'emblée métastatiques représente 10 %.

7. Cancer de l'Œsophage :

7.1. Résultats globaux :

a. Fréquence :

13 cas de cancer œsophagien était colligée ,sur l'ensemble des cancers digestifs soit 1,51% plaçant ce dernier en septième position .

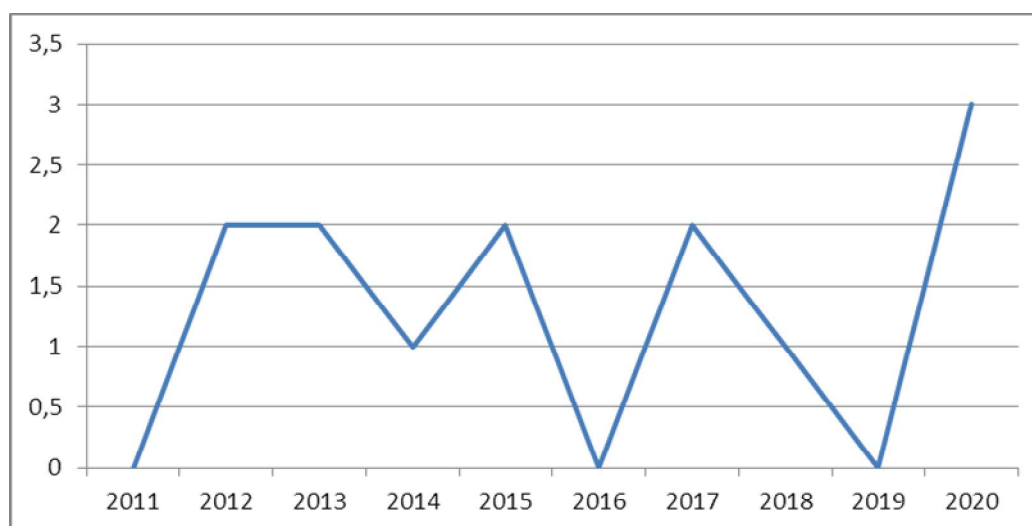


Figure 33 : Progression of esophageal cancer by year

b. Age et sexe :

Ce tumeur survient a un moyen d'âge de 56,2 ans chez tous le sexe avec un type d'écart de 11,13 ans.

La tranche d'âge le plus touché par le cancer de l'œsophage se situ dans 61,53% des cas entre 60 et 69 ans .

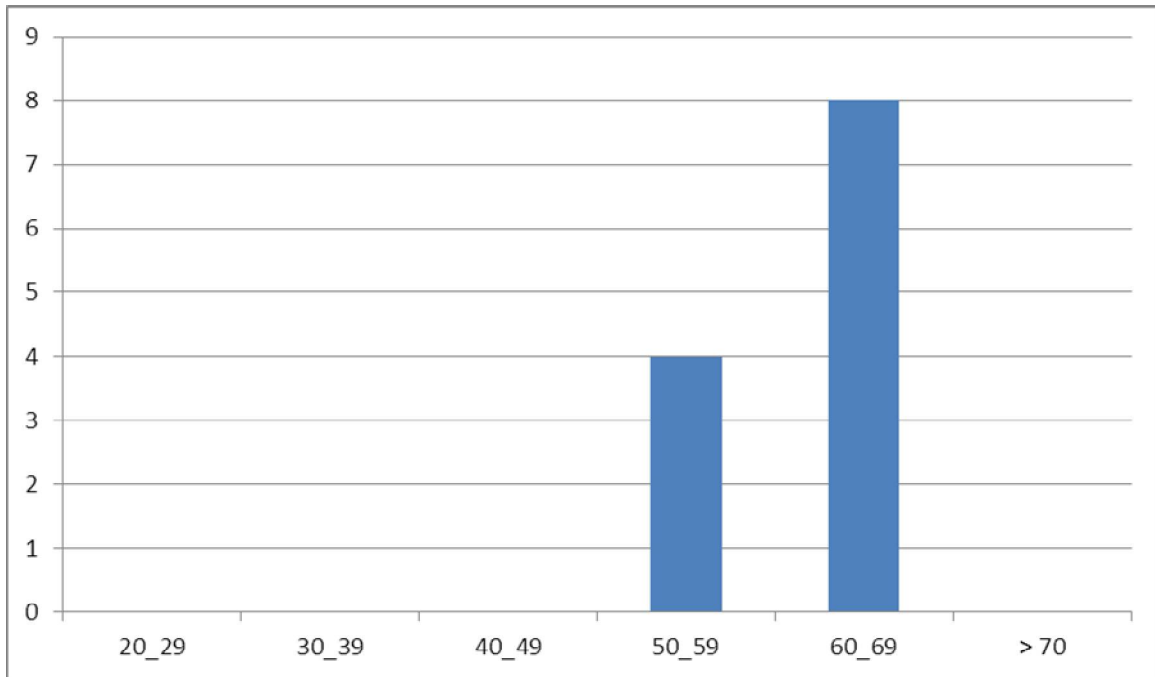


Figure 34: Esophageal cancer by age group

Le tumeur de l'œsophage touche avec prédominance le sexe masculin dans 76,92% des cas ce qui représente un ratio-sexe de 3,33 .

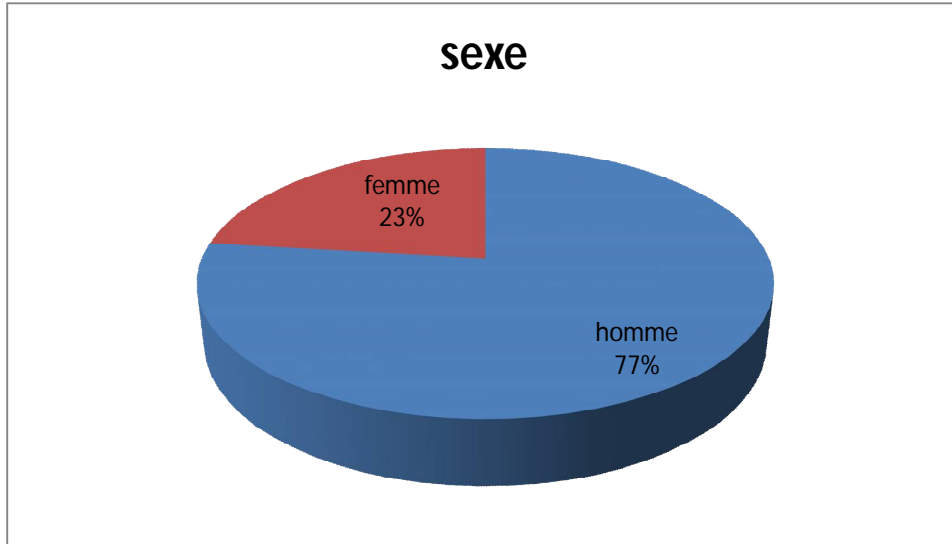


Figure 35: classification of esophageal cancer by sex

c. Localisation :

Le cancer du bas œsophage était le plus fréquent (61,53%), suivie du cancer de l'œsophage moyen (38,46%) (Figure 36).

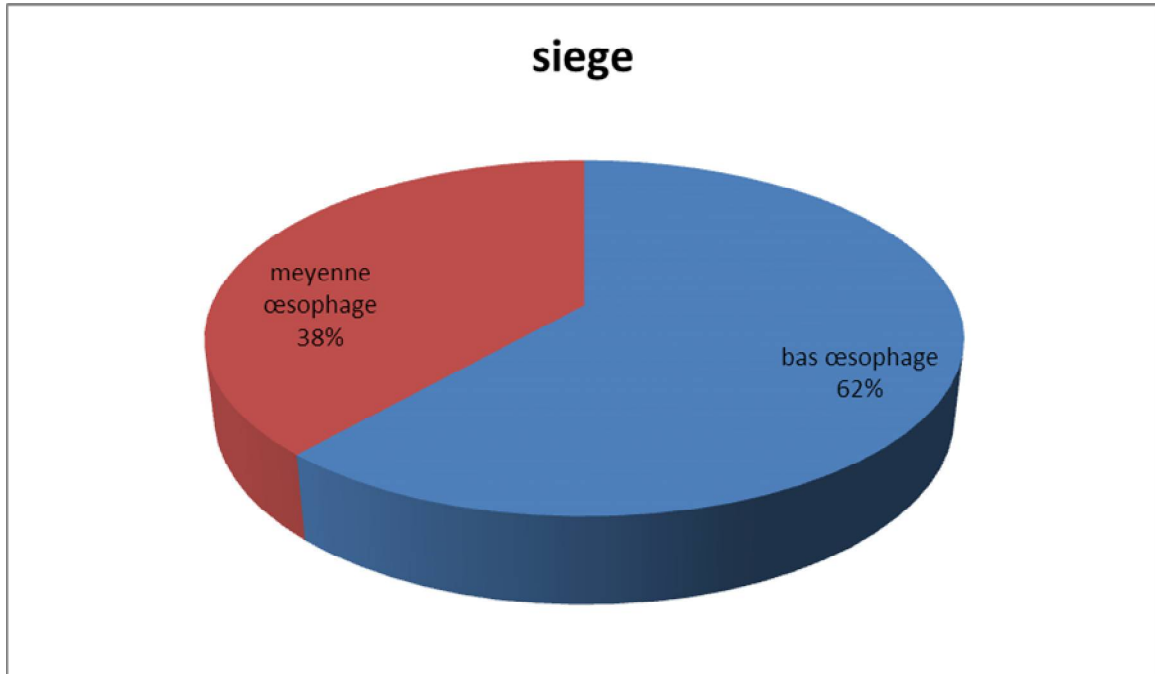


Figure 36: Tumeur de l'œsophage selon la localisation

e. Histologie :

L'adénocarcinomes était avec prédominance le type histologique le plus courant, elles représentent soixante pour cent (60%) des tumeur de l'œsophage dans notre série. (Tableau XII).

Tableau XII: Histological appearance of esophageal cancer

Histological appearance	Nombre des cas	Pourcentage
adénoicarcinome	8	61,53%
épidermoïde Carcinomee	3	23,07%
léiomyome	2	15,38%
totale	13	100%

Les cancers de l'œsophage s'agissait de tumeurs bien différenciées dans 100% des cas selon l'analyse de la différenciation.

6.2. Résultats des pièces opératoires:

a. Type de résection :

Une œsophagectomie a été réaliser chez tout les patient soit partielle dans 61,53% des cas, ou oesophagectomie total dans 38,46% des cas.

b. Envahissement pariétale :

Dans notre série quatre-vingt pour cent (80%) des tumeurs ont auparavant envahi l'adventice (T3) .

Tableau XIII: Parietal invasion of esophageal cancer.

stade	Nombre des cas	Pourcentage
T3	11	84,61%
T2	2	50,38%
T1	0	0%
T4	0	0%
Tis	0	0%

c. Envahissement ganglionnaire :

Elle était mentionnée sur les Cinq pièces opératoires, dont le résultat a montré trois atteintes ganglionnaires soit dans 38,46% des cas.

d. Extension à distance :

Les tumeurs œsophagiens métastatiques représente 7,69 % des cas ce qui represente un cas.

III. ETUDE DES RESULTATS GLOBAUX :

1. Fréquence :

En raison du retard de leur diagnostic les tumeur digestifs restent des pathologies courants et de mauvais pronostic.

Au Maroc, le cancer est en augmentation continue, selon les estimations du centre international de recherche sur le cancer l'incidence actuelle se situerait entre 35000et 50000 nouveaux cas par an [5] (tout cancer confondu).

En Afrique, des études rétrospectives constate que les tumeurs digestifs sont fréquente, et que leur incidence est même en augmentation, ce qui est probablement le fait de l'accès de plus en plus facile aux soins, de la disponibilité de l'endoscopie digestive et du changement des habitudes alimentaires [5].

Dans une étude réalisée à Marrakech (11002 cas de cancers), les cancers digestifs ont représenté 3.4% de l'ensemble des cancers [3].

Dans notre service, les cancers digestifs représentaient 6.77% de l'ensemble des cas (12690 cas), ces taux sont plus faibles a comparés aux registre des cancers de Rabat (763 cas en 2005 seulement) [2], et au registre de Casablanca (1703 cas de 2008 à 2012) [1]. (Tableau XVI). Vu que c'est l'expérience d'un service intra-hospitalier, ces résultats ne peuvent être comparés aux registres de population.

Tableau XIV: Incidence and frequency of digestive cancers according to series.

Séries	Fréquence (Tous les cancers)	Incidence standardisée	
		Hommes	Femmes
Region de Fas Chabani [8] 2005	16.1%	-	-
Register de cancer de Rabat [2] 2005	12.73	45,5	12.3
Registers de cancer de Casa-Blanca [1] 2008_2012	14.24%	60.6	19,6
Marrakech [3] 2006_2015	3.4%	-	-
Notre série	6,77%	-	-

2. Répartition selon l'âge et le sexe :

L'âge moyenne de survenue dans notre série est 51,16 ans, elle rejoint celle observée dans plusieurs études publiées.

Les résultats de notre étude ont montré, comme celles des différentes études, une prédominance des cancers digestifs chez le sexe masculin avec un sex-ratio de 1,86 (Tableau XVII).

Tableau XV: Age and sex according to the different études

Séries	Age moyen	Sex- ratio
Grand casa Blanca [1] 2008_2012	55	1,1
Register de cancer de Rabat[2] 2005	56	1,5
Region fes [6] 2004-2010	53	1,08
These en medecine Marrakich [3] 2006_2015	58,13	1,95
Notre série	51,16	1,86

IV. ETUDE DES RESULTATS SELON LA LOCALISATION:

1. Le cancer colorectal

1.1. Fréquence et incidence :

A l'échelle mondiale, le cancer colorectal est compté parmi les cancers les plus fréquents, avec environ 1,4 million de nouveaux cas chaque année et 700 000 de décès survenant globalement en 2012. Il représente la quatrième cause de décès par cancer, tout sexe confondu et se situe au troisième rang de l'ensemble des cancers [7].

L'incidence du cancer colorectal est variable suivant la localisation géographique. Les plus fortes incidences ont été localisées dans les pays industrialisés, mais elles ont tendance à s'abaisser dans ces pays, cependant qu'elles maintiennent à s'accroître dans les pays en voie de développement où ce cancer était relativement peu courant. Actuellement se produisent dans les pays du tiers monde près de 55% des cas, Cette augmentation remarquée est due aux modifications des habitudes alimentaires, et surtout au vieillissement des populations [4].

La fréquence des tumeurs du colon et rectum, au niveau de la région grand Casablanca, est moyenne avec une incidence 7,7 pour 100 000 chez la femme et 8,5 pour 100 000 chez l'homme [1].

Au niveau de la région de Rabat, le cancer colorectal est le 2^{ème} cancer digestif après le cancer de l'estomac avec une incidence de 4,9 chez la femme et une incidence de 6,8 pour 100 000 chez l'homme [2].

Puisque notre étude est descriptive d'expérience du service, ces résultats ne sont pas comparables et ne peuvent être donc comparés à des registres de population.

A Marrakech, les cancers colorectaux occupaient le 1^{er} rang, en représentant 42,66% des tumeurs digestifs [3].

Dans cette étude les tumeurs colorectaux ce classent en 1er rang en représentant 44,18% des tumeurs digestifs.

Tableau XVI: Age and sex according to the different series

Etude	Fréquence		Incidence standardisée	
	Tous les cancers	Cancers digestifs	Hommes	Femmes
Grand casa Blanca [1] 2008-2012	–	–	8,5	7,7
Région de Rabat [2] 2005	–	-	6,8	4,9
Marrakech Thèse en médecine [3] 2006_2015	1,45	42,6%	–	–
Notre série	2,99%	44,18%	-	-

1.2. Répartition selon l'âge et le sexe

beaucoup des études au niveau mondiale ont prouvé que les tumeur colorectaux prédomine chez le sexe masculine avec un ratio-sexe de 1,5 [9].

Une prédominance masculine du cancer colorectal (65,8%) est noté également dans notre série, avec un sex-ratio de 1,92 ; Un taux qui est plus élevé par rapport aux autres séries .

Plusieurs facteurs sont responsables de cette prédominance masculine, y compris, les habitudes alimentaires, l'activité physique, mais surtout les variations hormonales entre l'homme et la femme. On note aussi que les femmes ont tendance à développer les tumeurs distales moins que les hommes, Ainsi que les tumeurs proximales sont moins courantes chez les hommes que chez les hommes [10].

L'âge moyen de survenue du cancer colorectal est de 63 ans chez l'homme et 58 chez la femme dans la région de grand Casablanca [1], mais la survenue avant l'âge de 40 ans est possible. Les intervalles d'âge principalement atteints se trouvent entre soixante-dix (70) et soixante-quatorze (74) ans avec un sexe ratio de 1.02 [1].

Cependant, l'étude de l'âge du cancer colorectal dans la région de Rabat montre un âge moyen de 59,9 ans [2].

Selon la thèse de Marrakech, l'âge moyen de survenue des cancers colorectaux était de 59 ans, la partie d'âge au dessus de cinquante (50) ans représentent 82% des patients, ainsi la partie d'âge moins de quarante ans (40) représente 8,1% des patients [3].

Dans notre série l'âge moyen de survenue était de 59 ans, la partie d'âge au dessus de cinquante (50) ans montre une nette prédominance avec 86,84% des patients, ainsi la partie d'âge moins de quarante (40) ans représente 11,84%.

Tableau XVII: Average age and sex ratio of colorectal cancers.

Series	Averag age		Ratio-sex
	femme	homme	
Grand casa Blanca 2008_2012[1]	58	63	1,02
fas [15] 2004-2012	55		1,02
Marrakech [3] these en medicine 2006-2015	59		1,01
Register de cancer Rabat [2] 2005	59,9		1,22
Notre etude	56		1,9

1.3. La localisation :

Le colon distal est le plus souvent la localisation fréquente des tumeur colorectal, le rectum en deuxième et viennent en suite le colon proximal [11 ; 12]. Il est prouvé que l'incidence des tumeurs du colon droit s'accroît au cours du temps (colon ascendant ,cæcum et le transverse), bien plus par rapport au tumeurs du colon gauche (sigmoïde ,colon descendant). Des différences d'emplacement ont été montrés aussi par la pathologie moléculaire : les localisations les plus fréquentes des cancers avec les mutations RAS proto-oncogène (MSI-H) où un niveau haut d'instabilité des microsatellites, sont le colon ascendant, le cæcum, et le colon transverse [13].

Dans notre étude comme dans notre contexte et à l'échelle nationale l'analyse des différentes localisations montre que le sigmoïde et le rectum sont les plus affectés (Tableau XVIII).

Tableau XIX: The location of colorectal cancers.

Siege	Notre Etude	These en médecine Merrakich [3]	Registre de cancer de Rabat [2]	Fas [14]
. Ascending colon	24,20%	25,00%	16%	11,02%
. Transverse colon	4%	3,1%	1,8%	1,7%
. Descending colon	15%	11,25%	10%	6,9%
.Tumeur Sigmoide	26,51%	30,6%	15%	12,1%
.Tumeur Rectum	25,28%	30%	56,2%	68,1%

1.4 Anatomie pathologique :

A l'échelle national comme dans notre série , on constate que l'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquente.

Les carcinome muscinaux et colloïde surviennent en deuxième position avec une taux d'incidence de 8,12 % dans la série de Marrakech [3] et 25 % dans le registre de cancer de rabat 2005 [2], alors que dans notre série son frequence était de 7,89 % (Tableau XX).

Tableau XXI: histological type of colorectal cancer

histological type	Notre étude	Thèse en médecine Merrakich 2006-2015[3]	Registre de cancer de Rabat [2]
Adénocarcinome Lieberküinien	84,21%	86%	37,5%
Adenocarcinome mucineux et colloïde	7,89%	8,12%	25%
Adenocarcinome Tubulo-villeux	4,21%	2,7%	6,2%

1.5. Stades anatomo-cliniques :

Le stade anatomopathologique est le principal facteur pronostic du cancer colorectal [15].

De plus en plus diagnostiquée au stade local dans les pays occidentaux, les cancers colorectaux y suivent une stratégie adoptée pour le dépistage et la surveillance des sujets à haut risque, et ce n'est pas le cas dans la majorité des pays du tiers monde.

Dans notre étude on a retrouvé que seulement 13,33% de nos patients étaient classés en T1 ou T2, plus de 85% étaient classés en T3 ou T4, 39,11% avaient un envahissement ganglionnaire, et 30,66 % étaient métastatiques d'emblée.

L'étude de Marrakech a trouvé que 24,5% des patients étaient classés T1 et T2, plus de 75,5% étaient classés T3 et T4, 45,6% avaient un envahissement ganglionnaire, et 34 % étaient métastatiques d'emblée [3]. Alors que dans le registre de cancer de Rabat 2005; 6,2% étaient classés en stade 1,

37,5% en stade 2 et 18,8% en stade 3.

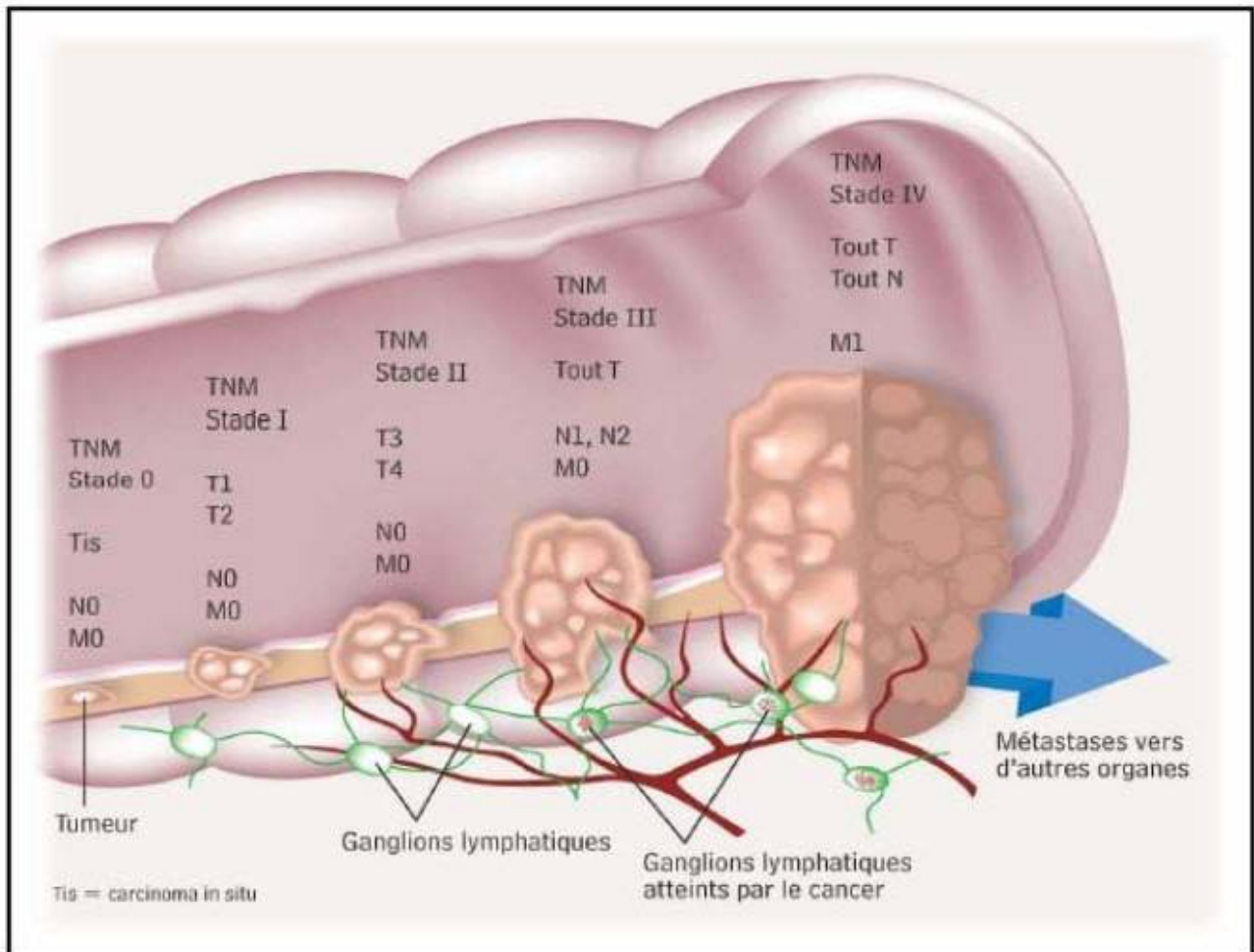


Figure 37: Stades TNM du cancer colorectal [59]

2. Cancer de l'estomac :

2.1. Fréquence et incidence:

Le tumeur de l'estomac est l'un des cancers encore agressifs dans le monde. En 2012 le tumeur de l'estomac a présentait a peu pré un million de nouveaux cas et 723 000 décès par an (tout sexe confondu), au niveau mondiale ce tumeur se rang en cinquième place parmi cancer le plus diagnostiqué (après les tumeur du poumon, cancer du sein, cancer colorectal et tumeur du prostate) et survient a la quatrième place parmi le principale cause de décès par cancer (après le tumeur du poumon, cancer du sein et du foie) [16].

L'absence d'un registre des cancers à l'échelle nationale rend difficile d'affirmer un chiffre au Maroc.

Le cancer de l'estomac est le cancer digestif le plus fréquent à Rabat aussi bien chez l'homme que chez la femme selon le registre nationale de cancer de Rabat 2005 [2].

Néanmoins les données du registre de grand Casablanca [1] plaçaient le cancer gastrique en 2ème position, rejoignant ainsi notre étude.

Le tumeur gastrique ce place en 2ème position et représentait 10,4% des cancers digestifs selon une étude menée dans le service chirurgie viscéral de l'hôpital militaire de Marrakech [3].

Dans notre série, les tumeurs gastriques représentaient 18,02 % de l'ensemble de ces cancers et ce place a la deuxième positon parmi les cancers digestifs..

Tableau XXII: Frequency and incidence of gastric cancers

Series	Fréquence		Incidence standardisée	
	Digestif cancers	Tout les cancer	Femme	Hommes
Register de cancer Rabat [2] 2005	–	–	3,7%	5,9%
Register de cancer de Grand Casa-Blanca [1] 2008-2012	–	-	4,8%	3,4%
These de medicine de Merrakich [3] 2006-2015	45,5%	10,8%	-	-
Fès [17] 2014	27,1%	5,23%	-	-
Notre Etude	1.17%	18.02%	-	-

2.2. Répartition selon l'âge et le sexe :

Le tumeur gastrique touche le sexe masculine dans 73,15% avec un sexe ratio de 2,72 dans notre série,. Ce chiffre est proche de celui qui est trouver dans la série de Marrakech.

Le tumeur de l'estomac touche exceptionnellement la partie l'âge moins de 40 ans. L'incidence s'accroît soudainement avec l'âge, les tranches d'âge entre 60 et 79 ans représentait l'âge de survenu les plus touchées.

Le cancer gastrique survient a un âge moyen de 61 ans dans la série de Marrakech [3].

Le cancer gastrique survient a un âge moyen de 61 ans, cependant la majorité de nos patients ce trouve dans la partie d'âge situait entre 60 et 79 ans. Ces données sont proche de ceux rencontré dans les registres des cancers de Rabat et grand Casablanca. [2 ; 1] (Tableau XXIII).

Tableau XXIV: Age and sex in stomach cancer according to the series.

Series	Middle age		ratio-sexe
	Femme	Homme	
Region fas [17] 2014	58		2,5
Register de cancer de Rabat [2] 2005	61,8	51,4	1,5
Register de cancer Grand Casa-blanca [1] 2008-2012	56		1,9
These de medecine en Merrakich [3] 2006-2015	61		3,2
Notre Etude	61		2,72

2.3. Localisation :

Les résultats anatomopathologis et endoscopiques des patients de notre série a prouvé que la localisation étendue de tumeur gastrique était la plus fréquente elle représente 28% des cas et que la localisation antrale isolée a représenté 18 % des no malade .

Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans la série de Marrakech.

Tableau XXV: Gastric cancer localization according to different series

Série	Corps	Antro_pylorique	Etendue	Pylore	Fundus	Antre	Cardia
Marrakech [3]	4%	17%	24%	12%	8	19%	16%
Notre série	3%	15%	28%	13%	10%	18%	13%

2.4. Anatomie pathologique :

Selon le registre des cancers de grand Casablanca les adénocarcinomes représentaient le type histologique le plus fréquente (77%), suivis des tumeurs stromales représentaient 2,8%, puis des tumeurs neuroendocrines 1,3% et 0,9% pour le carcinome épidermoïde [1].

Dans le registre de cancer de Rabat, l'adénocarcinome gastrique représentait 86,7 % suivie des tumeurs stromales 6,5% [2].

Dans l'étude de Marrakech [3] l'adénocarcinome était le type histologique les plus fréquente avec 81% des cas, puis les tumeurs stromales en deuxième place avec 5,6% des cas, suivie du lymphome en 3eme place avec 3,3% des cas. Ces pourcentages se rapprochent de ceux retrouvés dans notre étude.

Dans notre série, l'adénocarcinome gastrique était le type histologique les plus fréquente avec 83,9 % des tumeurs gastriques suivie par les tumeurs stromales 5,36% et les tumeurs neuroendocrines 1,34%.

2.5. Stades anatomo-cliniques :

Dans notre série 68,96% de nos patients présentait un envahissement ganglionnaire, 64,7% des cas étaient classés en T3 et T4, et 34,4% étaient métastatiques d'emblée.

Ces pourcentages se rapprochent de ceux retrouvés dans l'étude de Marrakech dont 71% des patients présentait un envahissement ganglionnaire 56,25% des cas classés T3 et T4, et 35,3% étaient métastatiques d'emblée [3].

Dans le registre de cancer de Rabat 10% étaient classés stade 1, 16,7% étaient classés stade 2, 10% étaient classés stade 3 et 56,6% en stade 4.

3. Cancer du pancréas:

3.1. Fréquence et incidence:

Dans le monde entier, il s'agit d'un cancer dont le rapport nouveau cas/ nombre de décès par an est proche de 1. Le cancer du pancréas présente un taux de survie à 5 ans qui dépasse 8% rendent ce cancer parmi l'un des cancers malins les plus agressifs [18 ; 19]. En 2012, environ 330 372 décès par cancer du pancréas et 337 872 nouveaux cas ont été enregistrés. Bien que le cancer du pancréas soit ce rang en 11^{ème} place parmi les cancers le plus souvent diagnostiqué, à l'échelle mondiale il s'agit de la septième cause de décès liés au cancer [19 ; 20 ; 21].

Le cancer du pancréas était classé en 4^{ème} place parmi les cancers digestifs dans notre étude ainsi son taux était plus élevé par rapport autres études publiées au niveau du Maroc.

Dans la série de Marrakech, il est classé en 4^{ème} place parmi les cancers digestifs [3]. Alors que dans les registres de Casablanca et Rabat, il était classé en 5^{ème} place.

Tableau XXVI: Incidence and frequency of pancreatic cancer according to the different series

Series	Frequency		Standardized incidence	
	Tout les cancers	Digestifs Cancers	Woman	Man
Notre série	0,78%	11,62%		
Registre de cancer de Grand Casablanca [1] 2008_2012	1,04%	2,13%	1.21	2.11
These en medecine a Merrakich [3] 2006_2015	0,25%	10,4%	-	-

3.2. Classement selon l'âge et le sexe :

Dans le monde entier la fréquence du tumeur pancréatique exocrine apparaitre en concordance avec l'accroissement de l'âge. Les tumeurs du pancréas touche rarement les sujet jeune âgées de moins de 25 ans, et elle est assez rare chez les personnes âgées moins de 45 ans. Les personnes âgés de 60 à 80 ans représentent plus de 80% des cas diagnostiqués par ce cancer [23].

Dans la majorité des population le tumeur du pancréas touche avec prédominance le sexe masculine [22].

Selon registre nation de cancer de Rabat, le cancer du pancréas survient à un âge moyen de 51 ans avec un sexe ratio de 1,6 [2]. Alors le summum de cas du tumeur pancréatique survient à un tranche d'âge entre 60 et 69 ans dans la série de Marrakech et l'âge moyenne de survenue de ce tumeur était de 63,3 ans dans la même série ,avec un sexe ratio (homme sur femme) de 0,56.

Dans notre série, le summum des tumeur pancréatiques se situaient à un tranche d'âge entre cinquante (50) et soixante-neuf (69) ans ,ainsi la moyen d'âge de survenue de ce tumeur était de cinquante-huit (58,2)ans avec un ratio sexe de 2,03.

Tableau XXVII: Sex ratio and mean age of onset
pancreatic tumor according to different studies.

Series	Sex-ratio	Âge moyen
Notre série	2.03	58,2
Register des cancers de Rabat [2] 2005	1.6	56.3
Merrakich [3] these en medicine 2006_2015	0,56	63.3
Grand casa Blanca [1] 2008-2012	1,5	59.6

3.3. Anatomie pathologique :

L'adénocarcinome étaient le type histologique des cancers pancréatiques les plus fréquents représentant 92,86% des cas dans la série de Marrakech. Alors que les tumeurs neuroendocriniens étaient en deuxième place avec 3,75%[3]. Ainsi le siège le plus fréquente était le siege céphalique avec 67,85% dans le même serie .

Ces données confortent ceux de notre étude où l'adénocarcinome représente 90% suivi des tumeurs neuroendocrines 6% alors que la localisation céphalique était le plus fréquente dans notre étude avec 72,27% des cas.

3.4. Stades anatomo-cliniques:

Le tumeur du pancréas dispose d'un pronostic très sombre, le taux de survie globale de l'adénocarcinome pancréatique à 5 ans est moins de 8% [24], malgré les progrès thérapeutiques obtenus ces dernières années le taux de mortalité par ce cancer reste quasi identique à la fréquence de ce cancer.

La plus part des tumeurs pancréatiques sont diagnostiqués selon une étude réalisée a Marrakech à un stade avancé: 48,5% ont été métastatiques d'emblée , l' envahissement ganglionnaire était trouvé chez 22,2% des patient[3].

Dans notre série 66,66% étaient classées en T3, les métastase d'emblée était trouvé chez 45,45% des cas, Alors que 18,18% de nos patient ont présenté une envahissement ganglionnaire.

4. Cancer du foie :

4.1. Incidence et fréquence :

Le tumeur du foie plus fréquemment survenu dans les pays en voie de développement

Le tumeur du foie ce place en cinquième position parmi le tumeur chez les hommes , le neuvième cancer chez les femmes dans le monde entier. le cancer du foie présente un taux de mortalité très élevé ,elle est le deuxième cause la de la mortalité par les cancer ,tout sexe confondu [25; 26].

Dans la série de Marrakech, le cancer du foie étaient classée en 5eme place [3], alors que dans notre série il était en 3eme place après les cancers colorectaux et gastrique.

Tableau XXVIII: Frequency of liver cancer according to the different series.

Etudes	Frequency	
	Tous les cancers	Digestifs Cancers
These en medecine Merrakich [3] 2006_2015	0,13%	4%
Fas [15] 2005	1,87%	9,75%
Cette etude	0.86%	12,79%

4.2. Répartition selon l'âge et le sexe :

Les hommes selon différent donnée épidémiologiques sont deux à quatre fois plus frappé par le carcinome hépatocellulaire par rapport a la femme,[27].

Le tumeur du foie touche avec prédominance le sexe féminin avec un sex-ratio de 0,87 et un moyen d'âge de 55,4 ans, dans la série de Marrakech [3].

Alors que dans note étude le sexe masculin est le prédominant avec un sexe ratio 1,5 et l'âge moyen de survenue de ce cancer est de 55,4 ans

Tableau XXIX: Average age of onset and sex ratio of liver cancer according to series

Études	Âge moyen	Sex-ratio
Marrakech [3] 2006/2015	54,4	0,87
Notre série	55,4	1,5

4.3. Anatomie pathologique :

Le foie est conformé de nombreux cellules telle que les cellules endothéliales les hépatocytes, et cellules bordant les voies biliaires . Chaque groupe cellulaire peut développer vers une lésion primitive maligne. Les hépatocytes peuvent se transformer en tumeurs, celle-ci est cas de carcinome hépatocellulaire [28].

Le carcinome hépatocellulaire est le tumeur du fois primitive la plus fréquence ; se développe le plus souvent sur une cirrhose suivie de l'hépatoblastome. Les tumeurs malignes qui se développent à partir des cellules biliaires sontle Cholangiocarcinome (10 % des cancers primitifs). Enfin, l'angiosarcome et l'hémangioendothéliome épithélioïde se développent à partir des cellules endothéliales [28].

a. Le carcinome hépatocellulaire :

Dans le monde Le carcinome hépatocellulaire est le cinquième cause de mortalité pour la femme et la troisième pour l'homme

Le carcinome hépatocellulaire représentait la cancer primitive du foie la plus rependu, elle est caractérisé par sa développement sur une cirrhose dans plus de 80 % des cas. Il s'agissait de la huitième cancer maligne chez la femme et de la cinquième cancer maligne de l'homme. ([29].

Les infections virales chroniques sont les causes les plus fréquentes d'hépatopathie. Néanmoins le syndrome dysmétabolique la consommation excessive d'alcool, et plus rarement l'hémochromatose [29].

b. L'hépatoblastome:

Suit a une différenciation incomplète des précurseurs hépatiques les hématoblastes présentait le cancer le plus fréquent chez les enfants, il présente entre 0,2 et 5,8 % de toutes les cancer malignes de l'enfant avec une incidence de 1 sur 100.000 [32]

c.: Le Cholangiocarcinome intra-hépatique

Le cholangio-carcinome intra-hépatique représentait la deuxième tumeur maligne primitive du foie [30 ; 31]. Le cholangio-carcinome intra-hépatique peu se développe sur une pathologie des voies biliaires sous-jacente ou sur foie cirrhotique, mais également sans hépatopathie caractérisée. L'incidence des cholangio-carcinome intra-hépatique est en augmentation, cependant qu'il est difficile de faire la différence entre une augmentation réelle et une amélioration du diagnostic [30].

L'analyse histologique dans la série de Marrakech a révèlé cinq cas de Cholangio-carcinome , un cas de carcinome hépatocellulaire, un cas de carcinome neuroendocrine, et huit cas des métastases d'adénocarcinomes [3].

Alors que l'analyse histologique de notre série, a révélé vingt cas (20) de carcinome hépatocellulaire, vingt et un cas (21) de Cholangio-carcinome, six cas de carcinome neuroendocrine, et le reste sont des métastases d'adénocarcinome (63cas).

5. Cancer du grêle :

5.1. Fréquence et incidence :

les tumeur de l'intestin grêle sont rares, représentaient 1 à 3 % de l'ensemble des tumeur .Tendit que l'intestin grêle représentait 75 % de la longueur du tube digestif et 90 % de sa surface muqueuse[33].

Les données du registre de cancer de Casablanca montre des taux faibles du cancer du grêle [1] ces taux sont proche de ceux trouvés dans l'étude de Marrakech [3] .

Dans notre série la fréquence étaient plus élevé par rapport aux autres études

Tableau XXX: Incidence and frequency of small intestine tumor according to the different series.

Series	Frequency	Standardized incidence		
	Digestifs Cancers		Man	Woman
Registre de cancer de Grand Casa-Blanca [1] 2008-2012	0.33%		0,31	0,1
Marrakech [3] these en medicine 2006_2015	3,46%		-	-
Cette series	7,9%		-	-

5.2. Répartition selon l'âge et le sexe :

Le tumeur du grêle survient surtout après l'âge de 60 ans dans tous les types histologiques ,elle est prédominée chez le sujet âgé [34].

Dans cette série comme dans l'étude de Marrakech [3], la majorité des patients ont été âgé entre 60 et 69 ans avec un âge moyen de 57,75 ans. Avec une petite différence dans le sexe ratio : dans notre série il représente 2,09 ; alors qu'à Marrakech il est de 1.5.

Tableau XXXI: Average age and sex ratio of the small bowel tumor according to the different series.

Series	Average age	ratio -Sex
Register de cancer Grand Casablanca[17] 2004	58,9	1.5
These de medecine en Merrakich [3] 2006-2015	57,75	1,4
Notre etude	57,75	2,09

5.3. Anatomie pathologique :

Dans le monde il existe plus 40 sous-types histologiques différents de tumeur de l'intestin grêle. Les types histologique les plus fréquente sont l'adénocarcinome, les tumeurs carcinoïdes , le sarcome et le lymphome [35].

Cependant l'identification de plus de 40 types différents de cancer de l'intestin grêle [36], le type les plus fréquente de tumeurs malignes étaient les adénocarcinomes avec 36,9 % suivie par les tumeurs endocrines 37,4% puis survient les cancer stromales et les lymphomes [15].

L'adénocarcinome constituait le type histologique le plus fréquent dans notre série comme dans la série Marrakech (63,23% vs 41,68%), suivie des tumeurs stromales en deuxième (20,58% vs 33,3%).

6. Cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires:

6.1. Incidence et fréquence:

La fréquence des tumeurs de la vésicule biliaire et des voies biliaires est moins élevée par rapport à l'ensemble des tumeurs digestives au niveau du Maroc, elle varie de 6,1% à 15,5% .

Selon la série de Marrakech, les tumeurs de la vésicule biliaire et des voies biliaires se situent en 3ème place avec un taux de 10,40% des cancers digestifs [3].

Dans cette étude, le cancer de la vésicule biliaire des voies biliaires et de la se rang en 6ème place avec un taux de 4,65% des cancers digestifs.

Tableau XXXII: Frequency of bile duct cancer.

Series	Fréquence	
	Tous les cancers	digestifs cancers
Register de cancer de Grand Casa-Blanca [1] 2008-2012	0,87%	6,1%
Region fas [15] 2005	2,4 %	15,5%
These en medecine Merrakich [3] 2006_2015	0.35 %	10,4%
Notre etude	0.31%	4,65%

6.2. Répartition selon l'âge et le sexe

Le cancer de vésicule biliaire et des voies biliaires survient le plus souvent après l'âge de 65 ans, elle prédomine chez le sexe féminin avec un sex-ratio de 1,5.

L'incidence augmente de façon exponentielle à partir de 40 ans chez deux sexes [37 ; 38].

Les taux d'incidence augmentent de façon significative depuis les années 70, Chez les hommes, alors que chez les femmes, cette augmentation est moins observée. Il existe une légère prépondérance masculine [39].

La prédominance du sexe féminin était observée dans notre série avec un âge moyen de survenu de 63,3 ans et un sexe ratio 1,2.

Tableau XXXIII: Average age and sex ratio according to the different series:

Series	Average age	ratio -Sex
fes [14] 2005	60	0,24
Marrakech [3] 2006-2015	63,3	0,56
Notre série	63,3	1,2

6.3. Anatomie pathologique :

le type histologique le plus prédominant selon une étude réalisée à Marrakech était l'adénocarcinome, il inclut plusieurs sous types et correspond à plus de 79,48% des malades, alors que les autres tumeurs malignes d'origine épithéliale sont rares [3].

Ces chiffres sont proches de ceux trouvés dans notre série, on a trouvé, 12,5% des Cholangio-carcinomes et 5% des carcinomes épidermoïde et le reste sont des adénocarcinomes soit 70%.

La plupart des cancers de la vésicule biliaire sont moyennement à bien différenciés [3], rejoignant les résultats de notre série où les adénocarcinomes étaient moyennement à bien différenciés dans plus de 90% des cas.

6.4. Stades anatomo-cliniques :

Les tumeurs de la voie biliaire et de la vésicule biliaire sont de mauvais pronostic, les stades clinique et histologique représentent les principaux facteurs pronostics [38; 20], les taux de survie à 5 ans atteignent 41,9% pour les cancers qui ne dépassent pas la séreuse, alors que ce taux diminue à 3,8% ou 0,7% quand il y a un envahissement ganglionnaire ou quand il y a des formes métastatiques [38; 20].

La forme métastatique était d'emblée présente chez plus de 43,5% des patients, cependant l'extension ganglionnaire était trouvée chez 30% des cas selon l'étude de Marrakech.

Alors cette série a prouvé que la forme métastatique était d'emblée présente chez 20 % des patients, et que l'extension ganglionnaire était trouvée chez 53,33% des patients .

7. Cancer de l'œsophage:

7.1. Fréquence et incidence :

A l'échelle mondiale la tumeur de l'œsophage constitue la sixième cause de mortalité par cancer et la huitième cancer maligne la plus diagnostiquée. Cependant le diagnostic précoce du tumeur de l'œsophage est inhabituel et le taux de survie est faible [40].

à l'échelle mondiale, environ 456 000 nouveaux cas et 400 000 décès par ce tumeur ont été estimés en 2012. Parmi le quelle 20% ont été estimés dans des pays envoi de développement de (86 000 nouveaux cas et 71 000 décès)et plus de 80% (370 000 nouveaux cas et 329 000 décès) dans des pays moins développées [40].

Le cancer de l'œsophage représentaient 3,73% de l'ensemble de cancer digestif , et se place au sixième rang selon la série de Marrakech.

Alors que dans notre étude représente 1,51% et se place en 7eme rang.

Tableau XXXIV: Frequency and incidence of esophageal cancer.

Series	Frequency		Standardized incidence	
	Tous les cancers	digestifs Cancers	Man	Woman
Register de cancer Grand casa Blanca[1] 2008_2012	0,26%	1,8%	0.4	0,29
Region fas [15] 2005	1,1%	6,1%	-	-
These de medecine en Merrakichch [3] 2006_2015	0,12%	3,73%	-	-
Cette Serie	0,10%	1,51%	-	-

7.2. Répartition selon l'âge et le sexe :

Le tumeur de l'œsophage touche avec prédilection le sujet âgé et prédomine après 60 ans, avec prédominance masculin et un sexe ratio 1,8 [3, 15], rejoignant ainsi les résultats de cette série qui a prouvé que la partie d'âge supérieur a 60 ans représentait 61,53% des cas mais un sexe ratio de 3,33, ce taux est plus élevé par rapport aux autres études.

Tableau XXXV: Average age of onset and sex ratio of esophageal cancer according to the different series.

Series	Average age	ratio -Sex
Regin fas [15] 2005	66	1
These en medecine Merrakich [3] 2006_2015	52,6	1,8
Cette series	56,02	3,3

7.3. Anatomie pathologique :

Dans le monde entier et parmi tout les types histologique le carcinome épidermoïde était le plus fréquente des cancer œsophagiens, ce qui concorde avec l'étude de Marrakech [3]

Alors que dans notre série le type histologique le plus fréquente est l'adénocarcinome qui représente 61,53% suivie du carcinome épidermoïde 23,07%.



Conclusion



Dans notre contexte les cancers digestifs posent un problème de santé publique, de part leur taux de fréquence sont très élevées , ainsi leur gravité, les localisations les plus touchées sont : colon et rectum, suivie de cancer de l'estomac et des pancréas . les cancer digestifs touchent avec prédominance le sexe masculine et l'analyse de l'âge montre qu'ils touchent une population très jeune (l'âge moyen = 58.13 ans). les épreuves histologique montre que l'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquente.

La nécessité de mettre en place une stratégie de diagnostic précoce des tumeur vient du fait que le retard de leur dépistage précoce présente un risque de cancers digestif, parallèlement à l'investigation des principaux facteurs de risque favorisant le cancer digestif, dans le but de prendre des mesures préventives. Ainsi nous travaillons à l'amélioration de la plateforme technique

L'augmentation de la prévalence des cancers digestifs ces dernières années peut s'expliquer par plusieurs facteurs: le mode de vie marocain qui a récemment modifié ,la croissance rapide de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, et l'amélioration des conditions de diagnostic et de prise en charge, cependant, le pronostic de ces cancers est encore inférieur à la réalité car un grand nombre des cancers ont échappé à cette étude en raison de l'absence des preuves histologiques permettant le diagnostic de certitude

Dans ce sens, nous pensons que d'autres études seront nécessaires pour apporter une réponse et permettre des analyses plus approfondies ainsi la création d'un registre national des cancers, comme dispositif essentiel à la planification d'un politique de prévention et dépistage précoce des cancer.



Résumés



RESUME :

Titre : Profil épidémiologique des cancer digestifs au service de chirurgie viscérale I du

Auteur : El Houssein TEYEB

Mots clés : Epidémiologie; Cancer digestifs; Localisation; Adénocarcinome

Dans le monde entier le cancer suscite des inquiétudes par sa progression, Le Maroc n'échappe malheureusement pas à cette tendance. À travers cette étude on essaiera d'analyser le profil épidémiologique des cancers digestif en chirurgie viscérale I de l'HMIMV.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 860 cas de cancer digestif , colligés en 10 ans (1 janvier 2011 au 1 décembre 2020), au sein du service de chirurgie viscérale I de L'HMIMV.

Entre 2011 et 2020 le service de chirurgie viscérale I a hospitalisé 860 cancéreux. Le cancer colorectal se situait au premier rang des cancers avec 44,18%, suivi de cancer de l'estomac 18,02%, cancer du foie 12,79 %, cancer du pancréas 11,62% ,grêle 7,9%, vésicule et voix biliaire 4,65%, l'Œsophage 1,51%. L'homme est le plus touché avec un sex-ratio de 1,86. L'âge moyen de nos malades a été de 56 ans (± 13 ans). l'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent.

La lutte contre le cancer, suppose une vision globale et cohérente articulée autour d'une stratégie sur le long terme, qui doit être fondée sur la création des registres régionaux et un registre national de la population cancéreuse.

ABSTRACT

Titre : profil épidémiologique des cancer digestifs en chirurgie viscéral de l'HMIMV du 2011 au 2020

Auteur : TEYEB EL HOUSSEIN

Directeur : EL KAOUI HAKIM

Mots clés :. Epidémiologie ; cancer digestif ; localisation ; adénocarcinome

Worldwide cancer raises concerns about its progress; Morocco is unfortunately not immune to this trend. Through this study we attempt to analyze the epidemiological profile of cancer in surgery I of HMIMV.

This is a retrospective study of 860 cancer cases, collected in 10 years (1 January 2011 to 1 December 2020) in the surgery department of the visceral I HMIMV.

Between 2011 and 2020 the visceral surgery I was hospitalized 860 cancer cases. Colorectal cancer was at the forefront of cancer with 44,18 %, followed by stomach cancer 18,02%, liver cancer 12,79 %, pancreatic cancer 11,62 % small bowel 7,9%, bile duct cancers 4,65%, esophagus 1,51%, thyroid cancer 2.4%, and ovarian cancer 1.9%. Man is the most affected with a sex ratio of 1.5. The average age of our patients was 56 years (\pm 13 years). The adenocarcinoma was distinguished from other histological forms of all cases of digestive cancers.

The fight against cancer requires a comprehensive and coherent articulated around a strategy for the long term, it must be based on the creation of regional registers and national register of population cancer.

ملخص

العنوان: لمحة وبائية لسرطان الجهاز الهضمي في مصلحة جراحة الأحشاء I من 2011 إلى 2020

الكاتب: الحسين الطيب

الكلمات الأساسية: لمحة وبائية؛ سرطان الجهاز الهضمي؛ مصلحة جراحة الأحشاء I

تثير السرطان الكثير من القلق في أنحاء العالم نتيجة لارتفاع معدل الإصابة بها والمغرب للأسف لا يخرج عن هذا النطاق العالمي. من خلال هذه الدراسة سنحاول تحليل الوضع الوبائي للسرطانات الجهاز الهضمي في مصلحة الأحشاء I في المستشفى العسكري بالرباط.

دراستنا هذه دراسة استيعابية ل 810 حالة سرطان جمعت في عشرة سنوات ممتدة من 1 يناير 2011 إلى 1 ديسمبر 2020 في مصلحة جراحة الأحشاء I في المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط.

مابين في الفترة الممتدة مابين 2011 و 2020 و 2011 و 2020 استقبل قسم جراحة الأحشاء I 810 حالة سرطان في الجهاز الهضمي وقد احتل سرطان القولون والمستقيم المرتبة الأولى بنسبة 44.18% يليه سرطان المعدة بنسبة 18.02% ثم يأتي على التوالي سرطان الكبد 12.79% البنكرياس 11.62% الأمعاء الدقيقة 7.60% يليه سرطان القنوات الصفراوية 4.65%

ثم سرطان المريء في المرتبة الأخيرة بنسبة 1.51%. و يعتبر سرطان الغدية الليبركونية من أكثر العينات النسيجية انتشارا.

مكافحة السرطان تتطلب نظرة شاملة ومتماسكة تتمحور حول إستراتيجية بعيدة المدى والتي يجب أن يكون أساسها إنشاء سجلات إقليمية ووطنية للسرطان



Bibliographie



- [1] KREBSREGISTER für den Großraum Casablanca für den Zeitraum 2008 - 2012, Ausgabe 2016*
- [2] REGISTRE DES CANCERS de Rabat 2005
www.contrecancer.ma/fr/liste-des-publications. REGISTRE DES CANCERS de Rabat 2005.
- [3] these en medcine : Le profil épidémiologique des cancers digestifs Au sein de l'Hôpital Avicenne , Marrakech 2006 – 2015 , Thèse N° 187
- [4] V. Broyn, C. Nothibon-pokp, J. Faivre ENC-Chirurgie 1 (2010) 34–88.cancers digestif prévention.
- [5] Aspet épidémiologie des cancers digestifs à Bamako
Diarra S 1, Moussa E, Diallo MS , Serina-Kebri A, Fatimata TY, Moussa souleyman j, Dao P , Diallo G , Harouna T , Aminata M. aspet Panafrique Vol. 4N° 6 – 2009 –
- [6] marine bnijara 2,&, khawla said2, Samir hadou, Chaabi amin, ouiam smiti3 cancer digestif au Marocc: Fez-Boulemane region Pan African Medical Journal. 2014; 15:33
- [7] olina S. Sirine, Semone louiz Belastung durch Darmkrebs in Mittel- und Südamerika Epidemiologie von Verdauungskrebs 88D (2015) C67 - C86
- [8] Oussama L. Thèse : Profil épidémiologiques des tumeur au centre hospitalier universitaire Ibn Rochd. Thèse de médecine casa 2008, N : 141.
Bessere Erkennung und bessere Behandlung david, P. (2010). Cancers colorectaux .La Revue du praticien, 36, 115-133.

- [9] JAMES, KAROLINA T, SEMONE T, PATRIQUE Diet, colorectal cancer
Journée clinique de gastroentérologie 2014 66(8): 933-66
- [10] Caroline STP R, Racine GL, Darine S., Mroline G., CARLI M., Atef D.
und pk. C Marline und Häufigkeit von Verdauungskrebs in Frankreich
1975-1995. France Tumeur Journal 2000; 8: 331-225.GAO. Analyse
clinique de chirurgie de cancer rectal chez 233 patients. Ai Genzh. 2011
MAI:385-6.
- [11] patric T Prévention et épidémiologie du tumeur colorectal Verlag-
Springer- belgique 2003
- [12] Harouna konte Thèse Profil épidémiologiques des cancers digestif (A
propos de 233 cas) Service de gastro-hépatologie. Milieu hospitalier
bamakou . Mali, 2010, N° : 70.
- [13] TULLOCH, B.R. Thèse: profil EPIDEMIOLOGIQUE DES CANCERS
DIGESTIFS a hôpital universitaire MOHAMMED VI DE
MARRAKECH 2004-2008 THESE de médecine Marrakech 2010, N°:
131
- [14] **TiNBRoDGE, M.W ; iVERiD, C.D; HALL, R. ; APPLETON, D.**
Tumeur digestif en Martinique : fréquence et mortalité sur une durée de
20 ans 2008 Épidémiologie et Santé Publique 23 (2008) 444–449

- [15] Amina Maloki,et, Manal lazaar1, HAjiba Binyichou, Ezzidine Aqodad2, Edell Braham Profile épidémiologique du tumeur de l'estoma : [15]: Erfahrung eines marokkanischen Krankenhauszentrums Pan African Medical Journal - ISSN: 2003-7690 (8Twww.panafrican-med-journal.com8T)
- [16] Oauch-Mi Tganesa, Fich-tei Bgnah, galji kan, konihag, jakmi gachuo Chiange, kinmi geo hanyi soe, Chi-Gany Gancha,i, Gao-yan Suah,p,r,t,*, Hci -Ouih- Cheng,**, NUS-NAH Gianch j,NOWT- WAJ-Nali,t.f Inzidenz und Mortalität von Bauchspeicheldrüsenkrebs in china , 1995–2010 C.-M. Tseng et al. / Cancer Epidemiology 55 (2013) 66–73N.S.Migel, M.T. Tiller, O. Kemal, Statistique de cancer, 2014. AC. Tumeur F. Clini. 44 (2) (2014) 8–29.
- [17] Z Janasmili, R.R Kovi, G. Patric, J. Nasji, K. Rimohit, L. Kamela, Profile épidémiologique de cancer du pancea en jvodina province en Serbya, Asie Pac. G Tumeur Prev.: TGPC 14 (33) (2012) 23668–34671.
- [18] .S. TTUF, P. TTUF aspect épidémiologique de cancer du pancreas,Dolfi T. Hepatogastroenterologiel. 33 (55) (2015) 8856–8416.
- [19] SEMONE PATRIC T Y. Aspect épidémiologique et facteur de risque du cancer de pancra. Best Practice & Research Clinical. Gastroenterology 2009; Vol. 30, No. 5, tt. 154–309.
- [20] A Kamarra, Diarra fic,*, T.y. chi, SDK F KIsewii, Ghos Epidémiologie de cancer pancrea: en kouwei Diagnostic et Prevention 33(2014) 78–88
- [21] N.S.Migel, M.T. Tiller, O. Kemal, Statistique de cancer, 2014. AC. Tumeur F. Clini. 44 (2) (2014) 8–29..

- [22] B. Karlinee Raynold and li. Jahresbericht an die Nation über den Status von Krebs, 1975-2012, mit der zunehmenden Inzidenz von Leberkrebs. Bericht über den Status von Krebs, 1975-2012.
- [23] US-Arbeitsgruppe für Krebsstatistik. Tumorstatistik der Vereinigten Staaten: Webbasierter Bericht über Häufigkeit und Mortalität 1991-2011. MAILAND, DB: US-Gesundheitsministerium, Zentren für die Kontrolle und Prävention von Krankheiten und National Cancer Institute; 2011. Verfügbar unter: www.cffdc.gov/usbcs. Zugriff am 3. Oktober 2015.
- [24] A. ferkalv, S. Lopese, d. chyan Hepatocellular cancer in the non-cirrhotic liver. *Journale de chirurgie viscerale*, Volume 233, Issue 2, Pages 4-10, 2012.
- [25] ROMIO K.L Gravisen B, Gaberyel Q.I, Jolio k et MK. k GursDOI 11.2004/v125-123-8793-2. Galiani Liver Tumors in South African Children: A National Audit
- [26] Le franc NT, SEMIONI K, GABRYEL U et PM. tumeur du foi epidemiologie et prevention. a propo de 77 patients opérés Chirurgie 1993 ; 233 : 556-84
- [27] Atalanta eden Thèse en radiologie et sciences de la santé Ecole doctorale Vie-Agro-Santé, 2016 systemische Behandlungen bei primären Lebertumoren und selektive interne Strahlentherapie: Assoziationen und Vergleich der Ergebnisse
- [28] kamilia m, Berly GZ, Jimsa M. carcinome hepatocellulaire. *Lancet*. 25 avril 2013;426(5433):1388-66.

- [29] Karolina Anthman, F.L., N.R.L.,3Gabrial Giovanii, W.H.,5andYAN Sorian, Gl.,H.MB.3 epidemiologie et prevention primaire et secondaire de Cancers digestif RESuME 2008
- [30] SEMEONE G, LK, QRSO,*, Antania, GL, emanoueel, Diarra U. chaw, BERLINE, moniaca N. partik, Rodrigueze, DOMINIC, KL, FRANK, MACRONs GEIORGINI, LMK, KHAMINEZ PARTIMIOA, PEREZ, MONIK lk ROMERO , RLT TUMEUR Diseases of the Small Bowel ENDOSCOPIE gasro intestinal Clin N KL 2013 94–256
- [31] Pereze G, karoline G, dR Angelina L, Fal. Häufigkeit, Prävalenz und Überleben von Patienten mit seltenem epithelialeem Verdauungskrebs, die 1999–2004 in Europa diagnostiziert wurden. European Journal of Tumor 2010; 65: 1223–35.
- [32] Chawmi SoFranc, Dani Semon Aspect epideiologique des cancer d lintestin grel World J Gastrointest Oncologie 2013 avril 13; 44): 55-63
- [33] G. kamara,*, M. Jakob K. Crloos KH, O Lina tumeur digestif Clinique et Biologique (2009) 55, 262—402 cancer de l’intestin grêle
- [34] Donald PH. Michell, DRKL. Profil epideiologique du tumeur pancrea pancreatic, voies biliaire, et vesicule biliaire. Endoscopie gastro intestinal 2004; Volume 89, NO. 7(Clipps).
- [35] Mamadou M. KEITA, Sambou SOUMARE C Yaya FOFANA, karolina D, Rodrigo gossPtric EVEN, Roberto GH. TUMEUR hepatique : aspect épidémiologie et chirurgie.La Revue de médecine interne (2006)
- [36] Zlatan kamir LK, Ronald felick, LilianeE, et NBG frequence des canser digestif en france. Gastroenterol Clin Biol 2005 ;37:954-92.

- [37] **Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer.** Rapport d'activité 2006 de ALSC. [www.contrecancer.ma/fr/rapport annuel 2006](http://www.contrecancer.ma/fr/rapport%20annuel%202006).
- [38] **Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer.** Registre des cancers de la région du grand Casablanca (RCRC) année 2004.publication En 2007. www.contrecancer.ma/fr/liste-des-publications.
- [39] **Romero K, franco semione O,Langlai G, ARon filer L, Gabiy D, philipz SH, patrici P, Carlos felix , GRIGORIE Sanchez lm, Soumare kone.** profile epideiologique des tumeur digestifs en France. Gastro rnterologie cliniqu et biolo .1994. 34-285-175.

Serment d'Hippocrate

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

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

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

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

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



جامعة محمد الخامس بالرباط
Université Mohammed V de Rabat

أطروحة رقم: 131

سنة : 2021

لمحة وبائية لسرطان الجهاز الهضمي في مصلحة جراحة الأحشاء I من 2011 إلى 2020

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرف

السيد الحسين الطيب

المزاد في 06 أكتوبر 1991 بنواكشوط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : لمحة وبائية؛ سرطان الجهاز الهضمي؛ مصلحة جراحة الأحشاء I

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس	السيد أحمد بونعيم أستاذ في جراحة الجهاز الهضمي والأحشاء والجراحة العامة
مشرف	السيد حكيم الكاوي أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد عبد الرحمن الحجوجي أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد هشام العراقي أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد رحال مسروري أستاذ في جراحة الجهاز الهضمي والأحشاء والجراحة العامة