



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année : 2016

Thèse N°: 72

Prise en charge thérapeutique du cancer du côlon localement avancé : à propos de 07cas/57cas colligés au service de chirurgie générale-Hôpital Militaire Avicenne

THÈSE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/05/2016

PAR

Mlle. **Asma ALAOUI**

Née le 29/11/1987 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Cancer du côlon localement avancé- Résection multiviscérale -
Chimiothérapie – Pronostic – survie.

JURY

Mr. D. TOUITI Professeur d'Urologie	PRESIDENT
Mr. A. ACHOUR Professeur de Chirurgie générale	RAPPORTEUR
Mr. K. RABBANI Professeur agrégé de Chirurgie générale	} JUGES
Mr. R. EL BARNI Professeur agrégé de Chirurgie générale	
Mr. Y. QAMOISS Professeur agrégé d'Anesthésie-Réanimation	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

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

✧ صدق الله العظيم ✧

✓ سورة النمل الآية 19



Serment d'hypocrate

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

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



**LISTE DES
PROFESSEURS**

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr Badie Azzaman MEHADJI
: Pr Abdalheq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie

EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiaa	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie

BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie

EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénéue
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique



DÉDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut,

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

L'amour, le respect et la reconnaissance.

Aussi, c'est tout simplement que :



Je dédie cette thèse...

À Allah

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

À mon adorable mère Lalla Aïcha

*Aucun mot ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour toi, je te
remercie pour tout le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que
tu me portes depuis mon enfance et j'espère que ta bénédiction
m'accompagne toujours.*

*Tu me seras à jamais l'exemplaire de sagesse, de bonté. En ce jour,
j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant
que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu
m'as donné et fait pour moi.*

*Puisse dieu, tout puissant te préserver du mal, combler de santé, de
bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon
tour...*

À l'homme de ma vie, mon cher père My Ahmed ALAOUJ

*Mon idole, mon exemple..., si je suis debout, fière, aujourd'hui devant
vous, ma famille, mes maîtres et mes amis, c'est grâce, après Dieu, à
un grand homme qui m'a inculqué le sens de devoir, de la
responsabilité, de l'honnêteté et l'humilité, qui m'a épaulé, protégé,
consolé et aimé. Cette thèse n'est que le fruit de votre soutien
permanent, votre générosité et vos sacrifices. J'espère que vous y*

trouviez une humble récompense. Je souhaite également ne jamais vous décevoir et être toujours à la hauteur de ce que vous attendiez de moi. Que Dieu vous accorde santé bonheur et longue vie.

À mes chères sœurs et à mes chers frères

Meriem, Hassan, Nezha, Malika, Ghita et Habib

*Vous qui étiez toujours quelque part à mes cotés,
Vous qui me soufflez des mots d'espoir et d'amour et de tendresse,
Vous qui me donnez à chaque fois le courage de continuer mon
chemin,*

*C'est par vos actes et vos paroles,
Par vos regards et vos sourires, Que j'ai pu traverser ce long chemin,
Et tenir jusqu'au bout, Vous tous, aussi aimants qu'aimables,
Je vous offre ce travail, Qui est le votre avant d'être le mien,*

À toute ma famille

Avec mes sincères sentiments d'estime et de respect.

À mes ami(e)s et collègues,

À tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagés.

À ma chère promotion de médecine

Nous avons passé des moments inoubliables qui resteront gravés dans ma mémoire à jamais. Je vous remercie pour vos conseils, votre soutien et votre écoute tant dans les moments de joie que dans les moments de difficultés. Je vous dis merci et je vous souhaite Bonheur, réussite et prospérité et bonne continuation inchaallah.

À tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer qu'ils me pardonnent...



REMERCIEMENTS

*A mon maître et président de thèse : Pr. Driss TOUITI Professeur en
urologie à l'Hôpital militaire Avicenne*

*Vous m'avez faite un grand honneur en acceptant aimablement la
présidence de mon jury de thèse.*

*Votre modestie jointe, à vos compétences professionnelles et humaines
seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.*

*Veillez trouver ici, l'expression de mon respect et de ma très haute
considération.*

*À mon maître et rapporteur de thèse : Pr. A ACHOUR chef de service
de chirurgie viscérale et générale à l'Hôpital militaire Avicenne*

*Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour
l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre
travail et en nous consacrant de votre temps précieux pour parfaire
ce travail. Que votre compétence, votre sérieux, votre rigueur au
travail, votre sens critique et vos nobles qualités humaines soient pour
nous le meilleur exemple à suivre.*

*À mon professeur et juge : Pr. Khalid RABBANI Professeur agrégé
De chirurgie viscérale et générale CHU MOHAMMED VI de
Marrakech*

*Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous m'avez fait en
acceptant de siéger parmi mon jury de thèse.*

*Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre bienveillance et
votre simplicité avec lesquelles vous m'avez accueillie.*

*Veillez trouver ici, Professeur, le témoignage de ma grande estime et
de ma sincère reconnaissance.*

*À mon maître et juge : Pr. Rachid EL BARNI professeur agrégé de
chirurgie viscérale et générale à l'Hôpital militaire Avicenne*

*Veillez accepter Professeur, mes vifs remerciements pour l'intérêt
que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon
jury de thèse.*

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de mon profond respect.

*À mon maître et juge : Pr. Youssef QAMOUISS Hôpital militaire
Avicenne*

*Vous avez accepté de juger ce travail avec une spontanéité et une
simplicité émouvante.*

*C'est pour moi un grand honneur de vous voir siéger parmi le jury de
cette thèse.*

*Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma grande
reconnaissance.*

*À mes professeurs : Pr. A EL KHADER et Pr. M LAHKIM professeurs
en chirurgie viscérale et générale - Hôpital militaire Avicenne :*

*Je vous remercie pour l'accompagnement dont vous avez fait preuve
dès le début de ce travail jusqu'à son achèvement.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mes sincères
remerciements et de ma profonde reconnaissance.*

*Au Docteur I. ESSAADI chef du service d'oncologie de l'Hôpital
militaire Avicenne*

*A tout le personnel du service de chirurgie viscérale et générale
Hôpital Avicenne Marrakech.*

*A toute personne qui de près ou de loin a contribué à la réalisation de
ce travail.*



Introduction	1
Matériels et méthodes	3
I. Type d'étude :	4
II. Patients et méthodes :	4
II. 1. Patients :	4
II. 2. Critères d'inclusion :	4
II. 3. Critères d'exclusion :	4
II. 4. Sources des données :	4
II. 5. Paramètres analysés	5
Cas cliniques	7
I. Observation n°1	7
II. Observation n°2	9
III. Observation n°3	11
IV. Observation n°4	12
V. Observation n°5	14
VI. Observation n°6	15
VII. Observation n°7	17
Résultats	19
I. Profil épidémiologique	19
I. 1. Fréquence	19
I. 2. Âge et sexe	19
II. Etude clinique	19
II. 1. Délai de découverte	19
II. 2. Signes révélateurs	19
II. 3. Signes accompagnateurs	20
II. 4. Signes physiques	20
III. Examens complémentaires	20
III. 1. Explorations endoscopiques	20
III. 2. Histologie aux biopsies	21
III. 3. TDM thoraco-abdomino-pelvienne	21
IV. Bilan d'opérabilité	22
V. Traitement chirurgical	22
V. 1. Types d'exérèse	22
V. 2. Organes macroscopiquement envahis par la tumeur et réséqués	22
VI. Anatomopathologie de la pièce opératoire	22

VI. 1.	Aspect Macroscopique	23
VI. 2.	Type histologique.....	23
VI. 3.	Classification TNM	23
VII.	Morbidité et mortalité postopératoire	24
VII. 1.	Mortalité	24
VII. 2.	Morbidité.....	24
VIII.	Traitement néo-adjuvant.....	24
IX.	Traitement adjuvant.....	25
X.	Suites au long cours.....	26
X. 1.	Survie.....	26
X. 2.	Récidives.....	26
Discussion	27
I.	Données épidémiologiques	29
I. 1.	Fréquence.....	29
I. 2.	Âge	29
I. 3.	Sexe.....	30
I. 4.	Facteurs de risque	30
I. 5.	Cancérogénèse et lésions précancéreuses.....	32
II.	Prise en charge clinique et para-clinique du cancer du côlon localement avancé	34
III.	Traitement chirurgical	35
III. 1.	Voies d'abord et exploration	35
III. 2.	Place de la coelioscopie	36
III. 3.	Types d'exérèses et organes réséqués	37
III. 4.	Morbidité et mortalité post-opératoire.....	38
IV.	Etude anatomopathologique.....	39
IV. 1.	Siège de la tumeur	39
IV. 2.	Aspects macroscopiques dans notre série	40
IV. 3.	Types histologiques	40
IV. 4.	Classification.....	41
V.	Précision de la véritable infiltration carcinologique dans le cancer du côlon localement avancé.....	42
VI.	Chimiothérapie et la radiothérapie.....	43
VI. 1.	Traitement néoadjuvant	43
VI. 2.	Traitement peropératoire	43

VI. 3. Traitement adjuvant	44
VII. Pronostic des patients avec cancer du côlon localement avancé après résection multi viscérale	44
Conclusion.....	46
Résumé	49
Bibliographie.....	53
Annexes	61



Le cancer colorectal est le premier cancer digestif. Il est découvert dans 5 à 10% des cas à un stade localement avancé, infiltrant les organes de voisinage.

Le cancer du côlon localement avancé a été longtemps considéré comme non résecable.

Durant ces dernières années, grâce au développement des moyens techniques et des compétences humains, la résection multi-viscérale emportant en monobloc la tumeur colique et les organes envahis est devenue performante dans plus de 10% des cas, et donne une vraie chance de guérison.

Toutefois, il est également bien reconnu que l'exérèse large augmente la morbidité et la mortalité.

Certains chercheurs ont signalé que la résection multi-viscérale est responsable d'une morbidité et une mortalité acceptable par rapport à la résection standard, tandis qu'elle améliore le pronostic à long terme, chez les patients atteints d'un cancer du côlon localement avancé.

Il y a un manque d'information important, concernant la résection multi-viscérale du cancer du côlon localement avancé, principalement en raison de la rareté de ce type d'opération.

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



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 5 ans allant de Janvier 2010 à Décembre 2014, elle concerne des malades hospitalisés pour le cancer du côlon localement avancé au service de chirurgie générale au sein de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

II. Patients et méthodes :

II. 1. Patients :

Notre étude concerne 07 patients traités et suivis sur une période de 05 ans entre janvier 2010 et décembre 2014.

II. 2. Critères d'inclusion :

- Ont été inclus les patients hospitalisés au service de chirurgie générale de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.
- Tous les diagnostics du cancer du côlon localement avancé ont été retenus.

II. 3. Critères d'exclusion :

Sont exclus :

- Les cancers du rectum.
- les tumeurs avec métastases à distance ou carcinose péritonéale.

II. 4. Sources des données :

Pour la réalisation de ce travail nous avons eu recours :

- Aux registres d'hospitalisation des malades,
- Aux dossiers médicaux,
- Aux comptes-rendus d'anatomie pathologique,

- Aux comptes-rendus opératoires.

II. 5. Paramètres analysés

En examinant les dossiers médicaux des patients, nous avons étudié les facteurs clinicopathologiques suivants (voir la fiche d'exploitation) :

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



Cas cliniques

I. Observation n°1

Mr M. 57ans, marié, niveau social moyen, sans antécédent pathologique notable, a été hospitalisé au service pour douleur de l'hypochondre droit + trouble de transit.

L'histoire de la maladie remontait à 4 mois avant son admission par l'installation de douleurs abdominales intermittentes avec des troubles du transit associés parfois à des rectorragies minimales. Le tout évoluait dans un contexte d'apyrexie et d'amaigrissement non chiffré.

L'examen clinique trouvait un patient apyrétique avec une masse au niveau de l'HCD. Le toucher rectal a été sans particularités.

Le patient a bénéficié d'une coloscopie qui a été non concluante à 3 reprises, avec des biopsies négatives.

La TDM thoraco-abdomino-pelvienne réalisée dans le cadre du bilan d'extension a montré un épaissement de la paroi de l'angle colique droit, avec infiltration du foie et du rein droit (Figure 1 et 2).

Le patient a été opéré par incision médiane à cheval sur l'ombilic. L'acte chirurgical a consisté en une colectomie droite élargie par une hépatectomie atypique touchant les segments V, VI et une néphrectomie droite en un seul bloc avec anastomose iléo transverse.

Les suites opératoires immédiates ont été simples.

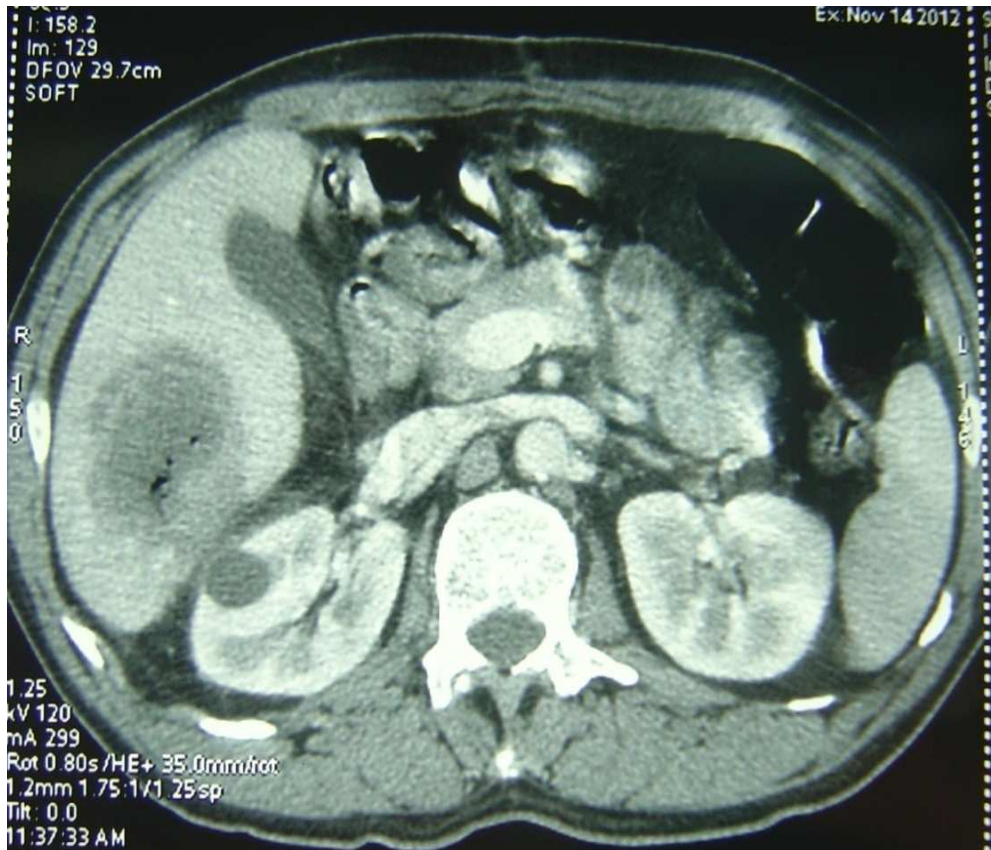


Figure 1

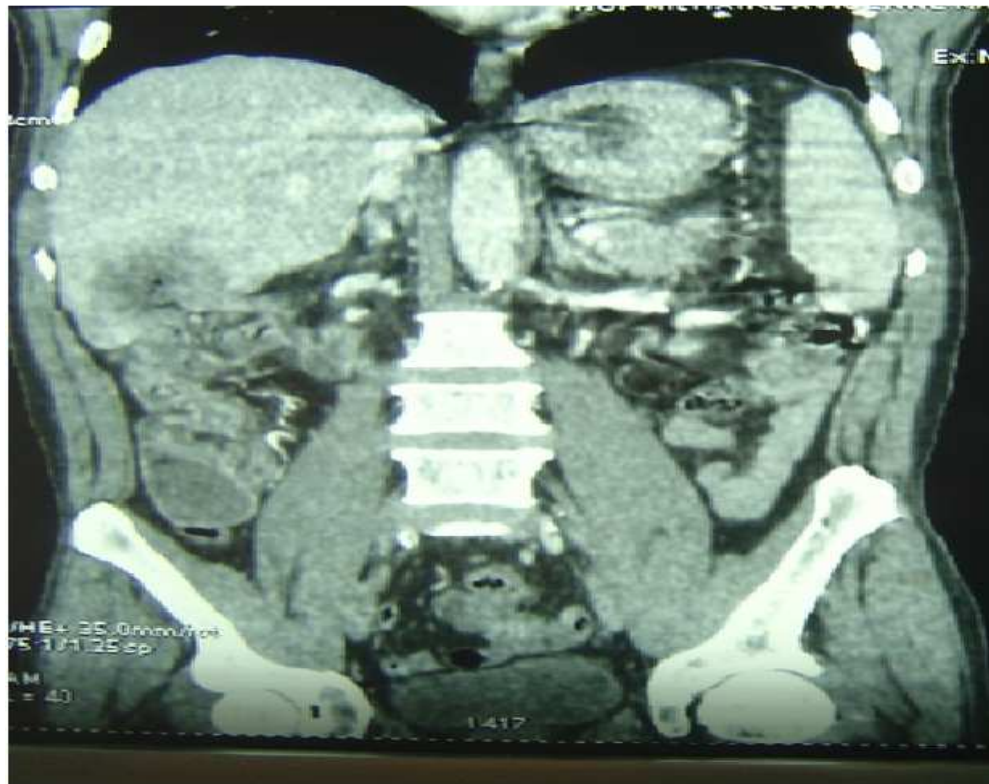


Figure 2

L'étude anatomo-pathologique de la pièce a objectivé un processus tumoral malin infiltrant, en faveur d'un adénocarcinome peu différencié du côlon, envahissant le foie et le rein droit, avec une composante neuroendocrine probable sans métastases ganglionnaires (12-/12), ni embolies vasculaires. Les limites d'exérèse colique, grêliques et hépatique ont été saines.

Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante selon le protocole suivant :

FOLFOX4

- Oxaliplatine: 85 mg/m² : J₁-J₁₅
- 5 Fluorouracil : 400mg/m² bolus J₁-J₁₅
- Acide folinique : 400mg/m² J₁-J₁₅
- FU: 2400mg/m² en perfusion continue /48h

Le patient est vivant sans récurrence jusqu'à le jour de l'enquête (38 mois).

II. Observation n°2

Mr M. 70 ans, sans antécédent pathologique notable, a été hospitalisé au service pour un syndrome subocclusif évoluant depuis 1 mois.

L'examen clinique trouvait un abdomen distendu avec tympanisme. Le toucher rectal a été sans anomalies.

Le patient a bénéficié d'une coloscopie qui a montré un processus tumoral de l'angle colique gauche dont l'étude anatomopathologique a affirmé le diagnostic d'un adénocarcinome moyennement différencié, infiltrant le chorion, sans embolies vasculaires.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré un aspect en faveur d'un processus pariétal circonférentiel sténosant de l'angle colique gauche d'allure tumorale avec importante dilatation des anses intestinales.

Le patient a eu une colostomie de décharge première. La deuxième intervention a été réalisée une semaine plus tard, sur un côlon préparé. L'exploration chirurgicale a objectivé une tumeur de l'angle colique gauche adhérente en arrière au fascia pré-rénal et au pédicule splénique.

L'acte chirurgical a consisté en une résection en monobloc du côlon gauche, du rein gauche et de la rate avec anastomose colorectale termino-terminale.

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'un choc hémorragique sur hémopéritoine ayant nécessité une hémostase chirurgicale et une transfusion sanguine.

Les suites ont été marquées également par l'apparition d'une fistule pancréatique qui s'est tarie au bout de 04 semaines avec de la sandostatine.

L'étude anatomopathologique a montré :

- Un adénocarcinome lieberkühnien bien différencié infiltrant toute la paroi colique et le rein par contiguïté sans métastases ganglionnaires stade pT4.
- Les limites chirurgicales sont saines.
- Présence d'emboles vasculaires.
- Présence d'engainements périnerveux.

Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante selon le protocole suivant FOLFOX 4

- o Oxaliplatine: 85 mg/m² : J₁-J₁₅
- o 5 FU : 400mg/m² bolus J₁-J₁₅
- o Acide folinique : 400mg/m² J₁-J₁₅
- o FU: 2400mg/m² en perfusion continue /48h

Le patient est vivant et indemne de la maladie avec un recul de 14 mois.

III. Observation n°3

Mr M. 55 ans, sans antécédent pathologique notable, a été hospitalisé pour un syndrome subocclusif évoluant depuis 2 mois

L'examen clinique a trouvé un abdomen distendu avec tympanisme.

Le toucher rectal : ampoule rectale vide, le doigtier revient souillé de matières

Le patient a bénéficié d'une coloscopie, qui a objectivé un processus tumoral ulcéré et hémorragique au niveau de l'angle colique gauche.

L'étude histologique a été en faveur d'un ADK moyennement différencié.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien réalisé dans le cadre du bilan d'extension a montré un épaississement de la paroi de l'angle colique gauche avec infiltration de la graisse en regard (figure 3).

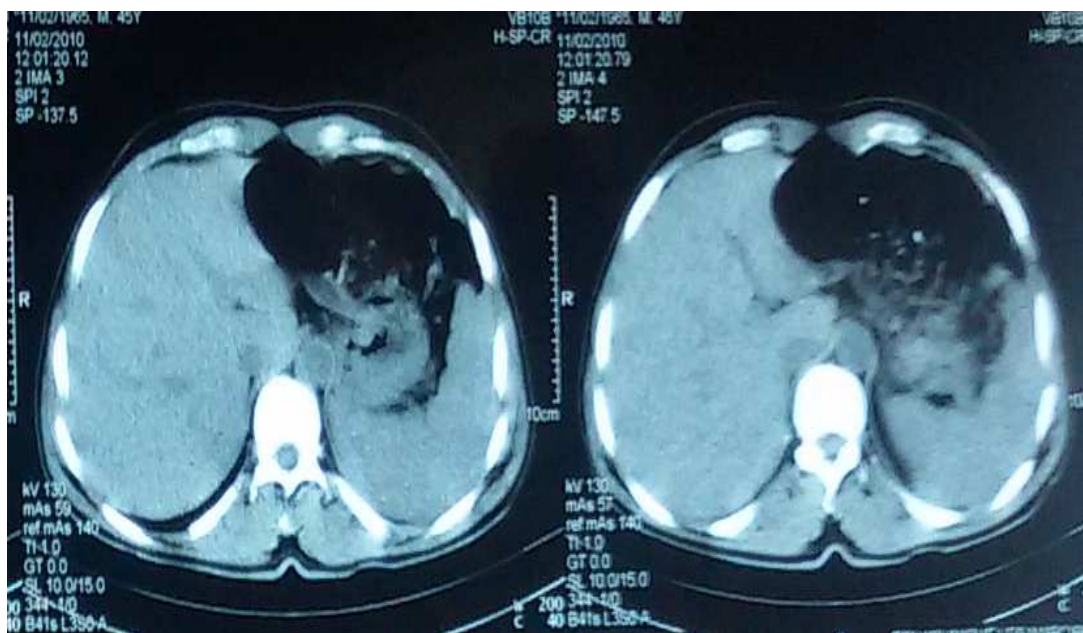


Figure 3

Le patient a été opéré par incision médiane à cheval sur l'ombilic. L'exploration a trouvé une énorme tumeur envahissant la queue du pancréas et le fascia prérenal.

Le reste de l'exploration n'a pas trouvé de métastases hépatiques, ni de carcinose péritonéale.

L'acte chirurgical a consisté en une résection élargie emportant en monobloc le côlon gauche, la rate, la queue du pancréas et le fascia pré-rénal, avec rétablissement de continuité digestive transverso-sigmoïdienne.

Les suites opératoires ont été marquées par l'apparition à j1 d'une fistule pancréatique qui s'est tarie au bout de 03 mois.

L'étude histologique de la pièce a objectivé un ADK moyennement différencié et infiltrant toute la paroi jusqu'à la séreuse, avec emboles lymphatiques et envahissement du pancréas (stadeT4), les tranches de résection colique proximale et distale, ainsi que les tranches de résection pancréatique ont été saines, la rate et les ganglions hilaires ont été de structure histologique subnormale.

Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie selon le protocole suivant :

- Oxaliplatine: 85 mg/m² : J₁-J₁₅
- 5 FU : 400mg/m² bolus J₁-J₁₅
- Acide folinique : 400mg/m² J₁-J₁₅
- FU: 2400mg/m² en perfusion continue /48h

Le patient est toujours vivant et indemne de la maladie avec un recul de 06 ans.

IV. Observation n°4

Mme R 48 ans, sans antécédent pathologique notable, a été hospitalisée au service pour rectorragie et moelena.

L'histoire de la maladie remontait à 2 mois avant son admission par l'apparition de rectorragies de moyenne abondance associés à des troubles du transit, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général.

L'examen clinique trouvait une patiente apyrétique, des conjonctives décolorées avec une masse de la région para ombilicale droite. Le toucher rectal a objectivé des traces de sang noirâtre.

La patiente a bénéficié d'une coloscopie qui a objectivé une tumeur du côlon droit bourgeonnante, non franchie par l'endoscope, saignant après biopsies.

L'étude anatomopathologique a montré un adénocarcinome peu différencié.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré une masse volumineuse caecale au niveau de la fosse iliaque droite et l'hypochondre droit avec envahissement postérieur (figure 4).

La patiente a été opérée par une incision médiane, à cheval sur l'ombilic. L'exploration a objectivé une énorme tumeur du côlon ascendant envahissant le fascia prérenal, la paroi abdominale antérieure et la dernière anse iléale, sans métastases hépatiques ou péritonéales décelables.

L'acte chirurgical a consisté en une résection en monobloc du côlon droit, des dernières anses iléales, d'une partie de la paroi abdominale antérieure et du fascia prérenal avec rétablissement de continuité digestive iléo-transverse (figure 5).

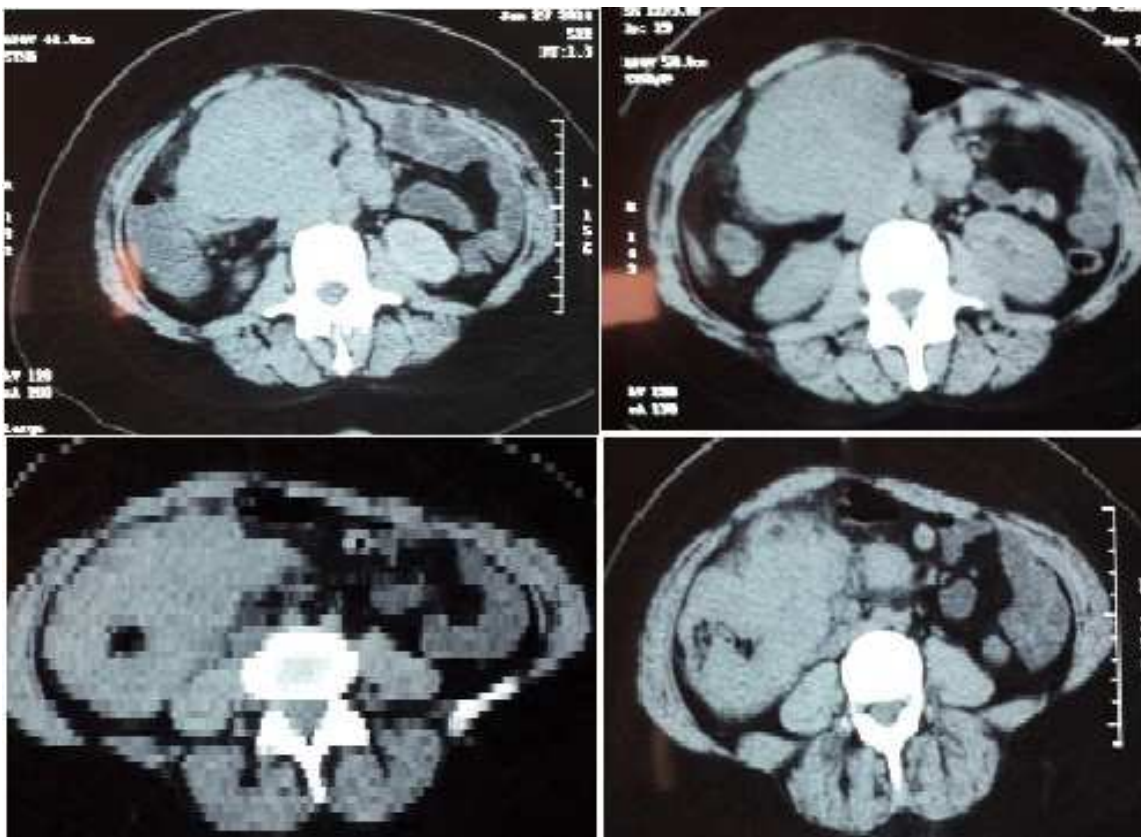


Figure 4



Figure 5

L'étude histologique de la pièce opératoire a objectivé une prolifération tumorale maligne indifférenciée ulcérant la muqueuse, infiltrant la totalité de la paroi colique et la sous séreuse et la paroi abdominale avec dépôts tumoraux de la sous séreuse. Les tranches de sections digestives et pariétales sont saines.

Elle est classée pT4N1cM0 selon TNM.

La patiente a été décédée dans les suites opératoires précoces en réanimation par un choc hémorragique.

V. Observation n°5

Mr M. âgé de 59 ans, connu diabétique sous des antidiabétiques oraux, a été hospitalisé dans le service pour un syndrome subocclusif, avec à l'anamnèse une alternance diarrhée-constipation et des épisodes de rectorragies minimes évoluant depuis 04 mois dans un contexte d'amaigrissement non chiffré.

L'examen clinique a trouvé une distension abdominale avec tympanisme. Le toucher rectal : traces de sang noirâtres.

La coloscopie a objectivé un processus bourgeonnant circonférentiel sténosant à 40cm de la marge anale: aspect en faveur d'un ADK sigmoïdien.

L'histologie a montré un ADK lieberkühnien bien différencié.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré un épaissement tumoral circonférentiel de la paroi du sigmoïde, sans métastases hépatiques.

Le patient a été opéré par incision médiane sus et sous ombilicale. L'exploration a trouvé une volumineuse tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne, qui a envahi la paroi postérieure et le dôme de la vessie, quelques anses iléales ont été fixées sur la tumeur. Par ailleurs, il n'y avait pas de métastases hépatiques, ni de carcinose péritoniale.

Le geste chirurgical a consisté en une résection en monobloc du côlon gauche, de 20 cm de l'iléon et de la partie du dôme vésical envahi, avec rétablissement de continuité digestive.

Les suites opératoires ont été simples.

L'étude anatomopathologique a montré un ADK lieberkühnien bien différencié stade pT4, les limites de résection chirurgicales ont été saines, la paroi intestinale siège de remaniements inflammatoires intenses avec prédominance de PNN sans lésion tumorale.

Le patient a bénéficié de 3 cures de chimiothérapie selon le protocole **Capecitabine**:

- Oxaliplatine: 130 mg/m² : J₁
- Capecitabine 1000mg/m² en 2 prises pendant 14 jours

Le patient est en vie (44 mois) et indemne de la maladie.

VI. Observation n°6

Mr S. âgé de 48 ans, sans antécédent pathologique notable, a été hospitalisé pour rectorragies minimales + troubles du transit évoluant depuis 6 mois. Le tout a évolué dans un contexte d'apyrexie et altération de l'état général.

L'examen clinique n'a pas objectivé d'anomalies.

La coloscopie a objectivé un processus tumoral ulcérobourgeonnant au niveau du sigmoïde.

L'histologie a montré un ADK moyennement différencié.

La TDM thoraco-abdomino-pelvien a montré un épaissement circonférentiel de la paroi du sigmoïde arrivant en contact de la vessie sans liseré de séparation (Figure6).

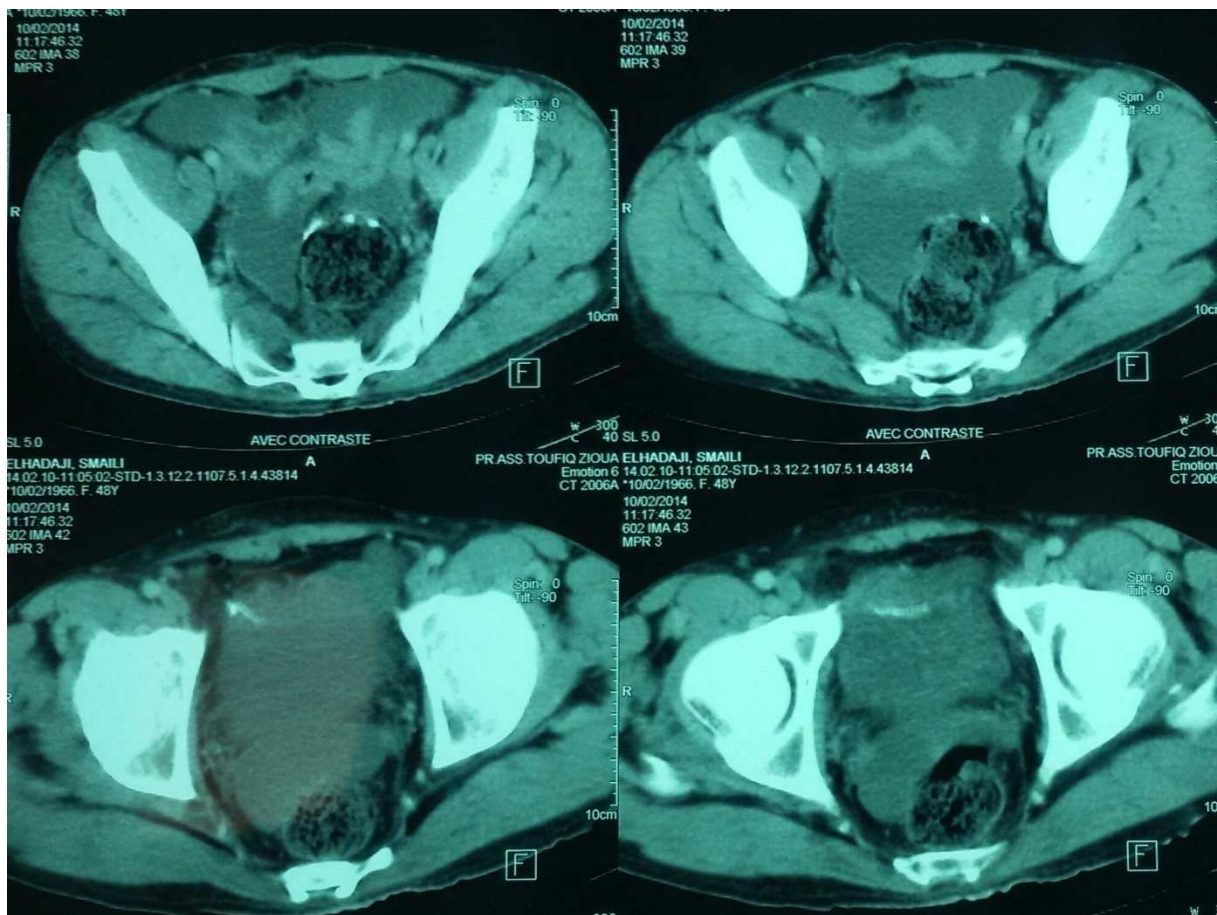


Figure 6

Le patient a été opéré par incision médiane à cheval sur l'ombilic, une colectomie gauche élargie, emportant une colerette vésicale a été réalisée.

Les suites opératoires ont été simples.

L'étude histologique de la pièce opératoire a montré :

- ✓ Adénocarcinome colique moyennement différencié ulcéré en surface, infiltrant la totalité de la paroi colique avec envahissement de la paroi vésicale et embols vasculaires.
- ✓ Les limites d'exérèse ont été saines.
- ✓ Présence de métastases ganglionnaire (4N+/14) avec effraction capsulaire.
- ✓ Il a été classé pT4bN2a du TNM.

Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante selon le protocole FOLFOX4.

- Oxaliplatine: 85 mg/m² : J₁-J₁₅
- 5 FU : 400mg/m² bolus J₁-J₁₅
- Acide folinique : 400mg/m² J₁-J₁₅
- FU: 2400mg/m² en perfusion continue /48h

Le patient est décédé 18 mois de l'acte chirurgical dans un état cachectique et dissémination tumorale diffuse.

VII. Observation n°7

Mr A. âgé de 67 ans, sans antécédent pathologique notable, a été hospitalisé pour un syndrome subocclusif évoluant depuis deux mois.

L'examen clinique a montré un patient apyrétique, un abdomen distendu avec tympanisme. Le toucher rectal a trouvé une ampoule rectale vide.

La coloscopie réalisée a objectivé une tumeur ulcérovégétante du sigmoïde à 30 cm de la marge anale.

L'histologie a objectivé un ADK moyennement différencié.

La TDM a objectivé un épaissement circonférentiel de la région rectosigmoïdienne d'origine tumorale

Le patient a été opéré par incision médiane sous ombilicale amplement élargie vers le haut. A l'exploration, une énorme masse de la boucle sigmoïdienne envahissant le dôme

vésical a été trouvé. Donc l'acte chirurgicale a consisté en une résection sigmoïdienne élargie au dôme vésicale puis colostomie type de Hartmann.

L'étude anatomopathologique de la pièce a montré :

- ✓ Adénocarcinome lieberkühnien moyennement différencié, stade pT4
- ✓ Les limites de résection chirurgicales coliques longitudinales et vésicale circonférentielle ont été indemne de lésion tumorale.
- ✓ Curage ganglionnaire 1N+/19N.

Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante selon le protocole : **FOLFOX4**

- Oxaliplatine: 85 mg/m² : J₁-J₁₅
- 5 FU : 400mg/m² bolus J₁-J₁₅
- Acide folinique : 400mg/m² J₁-J₁₅
- FU: 2400mg/m² en perfusion continue /48h

Le patient a été décédé 2 ans après dans un contexte de métastases hépatiques et péritonéales.

Résultats

I. Profil épidémiologique

I. 1. Fréquence

Sur un total de 57 patients hospitalisés au service de chirurgie générale pour un cancer du côlon, de la période allant de Janvier 2010 à Décembre 2014, sept patients présentaient un cancer du côlon localement avancé (12%).

I. 2. Âge et sexe

Une prédominance masculine a été notée dans notre série. En effet le sex-ratio était de 6 hommes pour 1 femme.

L'âge moyen de nos patients était de 57.5 ans avec des extrêmes de 48 et 70 ans.

II. Etude clinique

II. 1. Délai de découverte

Le délai de découverte moyen chez nos patients était de 03 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 6 mois.

II. 2. Signes révélateurs

Le syndrome subocclusif est considéré comme le signe révélateur le plus fréquent (4 malades : observation 2, 3, 5,7) soit 57%.

Les rectorragies ont été le signe révélateur chez deux malades (observation 4, 6) soit 28,5%, alors qu'on retrouve des douleurs de HCD chez un patient

II. 3. Signes accompagnateurs

Ils sont principalement liés au retentissement de l'affection sur le transit, il s'agit soit d'une constipation ou des diarrhées, soit alternance de constipation diarrhées (observation 2, 4, 6).

Chez un patient (observation 1), des rectorragies minimales ont été constatées soit 14,2%.

II. 4. Signes physiques

L'examen clinique a trouvé une distension abdominale avec tympanisme chez 4 malades (observation 2, 3, 5,7).

Une masse abdominale a été constatée chez deux patients :

- Masse de la région para ombilicale droite (observation 4)
- Masse au niveau de l'HCD.

Le toucher rectal a objectivé des traces de sang noirâtre chez deux patients (observation 4, 5).

L'état général a été altéré chez nos malades lié essentiellement au retentissement de l'affection :

- Pâleur cutanéomuqueuse franche (observation 1, 4, 5, 6)
- Amaigrissement non chiffré (observation 1, 2, 3, 4, 5, 7)

III. Examens complémentaires

III. 1. Explorations endoscopiques

La coloscopie a été réalisée chez nos patients. Elle a confirmé le diagnostic ainsi que le siège de la tumeur.

- Caecum : un cas (observation 4)
- Angle colique gauche : deux cas (observation 2, 3)
- Sigmoïde : 3 cas (observation 5, 6, 7)

La coloscopie non concluante à 3 reprises chez un patient (observation n° 1).

III. 2. Histologie aux biopsies

L'histologie a confirmé le diagnostic d'un ADK lieberkühnien lors de la coloscopie chez 6 malades. Alors qu'elle était non concluante à 3 reprises chez un patient (observation 1).

III. 3. TDM thoraco-abdomino-pelvienn

La TDM thoraco-abdomino-pelvienn a été réalisée chez tous nos patients. Elle a permis de faire le bilan d'extension de la tumeur en question, de mieux la localiser par rapport aux tissus et aux organes adjacents et de préciser son caractère et sa taille tumorale.

Elle a objectivé l'extension locorégionale chez 4 malades de notre série (observation 1, 3, 4, 6).

Bien sûr, pour nos patients sélectionnés, il n'y a pas de métastases au moment du diagnostic. Donc sur les données de la TDM nos patients ont été classés T₄N_xM₀.

Tous les patients ont été discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire d'oncologie à l'Hôpital Militaire Avicenne.

Les décisions ont été comme suit :

Une intervention chirurgicale urgente a été proposée pour les quatre patients ayant présentés un syndrome subocclusif.

Une exploration chirurgicale a été exigée chez le patient, nous n'avions pas de preuve histologique.

Chez les deux patients restants, le bilan d'extension n'objectivait pas d'arguments d'extension péritonéale. Donc, il a été décidé de réaliser une cure chirurgicale en 1^{er} lieu et d'évaluer les facteurs pronostiques sur les pièces opératoires.

IV. Bilan d'opérabilité

Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan pré-opératoire comprenant un examen cardiovasculaire avec électrocardiogramme, un examen pleuropulmonaire avec radiographie standard du thorax, un bilan biologique fait d'une numération formule sanguine, d'un ionogramme sanguin avec protidémie, d'un groupage sanguine et d'un bilan d'hémostase. Au terme de ce bilan, aucun de nos patients n'avait une contre-indication opératoire d'ordre anesthésique.

V. Traitement chirurgical

V. 1. Types d'exérèse

- 02 patients ont subi une colectomie droite (observation 1,4).
- 04 patients ont subi une colectomie gauche (observation 2, 3, 5, 6).
- 01 patient a subi une résection sigmoïdienne (observation 7).

V. 2. Organes macroscopiquement envahis par la tumeur et réséqués

- Le foie est infiltré chez 01 patient (observation 1)
- L'intestin grêle est infiltré chez deux malades (observation 4, 5)
- Le pancréas est infiltré chez un patient (observation 3).
- Le rein est infiltré chez deux patients (observation 1, 2)
- La vessie est infiltrée chez 03 malades (observation 5, 6, 7)

VI. Anatomopathologie de la pièce opératoire

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

VI. 1. Aspect Macroscopique

- Forme ulcérobourgeant : 05 cas (observation 1, 2, 3, 4,6).
- Forme non précisée : 02 cas (observation 5,6).

VI. 2. Type histologique

L'ADK était le seul type retrouvé dans notre série :

- L'ADK bien différencié est retrouvé chez 02 patients (observation 2,5)
- L'ADK moyennement différencié est retrouvé chez 3 patients (observation 3, 6, 7)
- L'ADK peu différencié est retrouvé chez 01 patient (observation 1)
- L'ADK indifférencié est retrouvé chez 01 patient (observation 4)

L'exérèse élargie aux autres organes a été justifié chez tous nos patients excepté un seul cas (observation 5). En effet, il n'a pas été prouvé d'envahissement carcinomateux de l'intestin grêle. L'adhérence était inflammatoire.

La résection R0 est confirmée histologiquement chez tous nos patients.

L'envahissement ganglionnaire était présent chez 3 patients dans notre série (observation 4, 6, 7).

VI. 3. Classification TNM

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

Les tumeurs sont classées selon la classification anatomopathologique des cancers colorectaux (UICC 2010).

Toutes ces tumeurs sont classées (T4).

Selon N :

- N0 :3 cas (observation 1, 2, 5)
- N1 : * N1a : 1cas (observation 7)
* N1c : 1 cas (observation 4)
- N2 : * N2a : 1 cas (observation 6)

Tous nos malades sont dépourvus de toutes métastases à distance au moment de la chirurgie.

VII. Morbidité et mortalité postopératoire

VII. 1. Mortalité

Dans notre série une patiente est décédée en postopératoire en réanimation par un choc hémorragique.

VII. 2. Morbidité

La morbidité opératoire concerne 3 de nos patients :

- Un cas d'abcès de paroi dont la prise en charge était un drainage de la collection avec une couverture ATB
- Deux cas de fistule pancréatique qui se sont tariées, l'une spontanément et l'autre sous la sondostatine.
- Un hémopéritoine qui a nécessité une hémostase chirurgicale et une transfusion sanguine (observation 2).

VIII. Traitement néo-adjuvant

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

IX. Traitement adjuvant

Six de nos patients ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante. Une patiente a été décédée dans les suites opératoires.

03 patients ayant reçu un traitement adjuvant n'avaient pas de métastase ganglionnaire, mais ils présentaient des facteurs de mauvais pronostiques.

- Carcinome peu différencié ;
- Présence d'emboles vasculaires ;
- Intervention en urgence (occlusion).

01 patient a reçu une chimiothérapie adjuvante avait un statut Nx (curage non exploité).

05 patients de notre série ont bénéficié d'une chimiothérapie selon le protocole **FOLFOX4** :

- Oxaliplatine: 85 mg/m² : J₁-J₁₅
- 5 FU : 400mg/m² bolus J₁-J₁₅
- Acide folinique : 400mg/m² J₁-J₁₅
- FU: 2400mg/m² en perfusion continue /48h

01 patient a bénéficié d'une chimiothérapie selon le protocole **Capecitabine** :

- Oxaliplatine: 130 mg/m² : J₁
- Capecitabine 1000mg/m² en 2 prises pendant 14 jours

Le choix de la Capecitabine seule était motivé par les antécédents du patient (Diabète compliqué d'une neuropathie).

La durée totale du traitement adjuvant était de six mois chez tous les patients.

X. Suites au long cours

X. 1. Survie

- ✓ 4 patients sont vivants jusqu'au jour de l'enquête, soit 57% ;
- ✓ 2 patients sont décédés de causes liées à la tumeur soit 28% (métastase hépatique et péritonéale) ;
- ✓ La survie moyenne est de 30 mois.

X. 2. Récidives

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

2 patients ont présenté des métastases, soit 28%.

- Le patient présentant des métastases hépatiques est décédé 18 mois après l'opération (observation 6) ;
- Le patient présentant des métastases hépatiques et péritonéales est décédé 2 ans après l'intervention chirurgicale (observation 7).



Le traitement chirurgical radical est le pilier dans le cancer du côlon.

Le cancer colique avec une extension tumorale aux organes adjacents sans métastases à distance est rapporté dans 10–20% des cas [1].

Dans ce groupe de patients, il est impossible lors de l'exploration chirurgicale de faire la distinction entre une lésion carcinomateuse ou inflammatoire [2].

La séparation per opératoire de la tumeur des organes adjacents est établie comme un facteur indépendant de mauvais pronostic et par conséquent une résection en bloc est la norme des soins pour ce groupe de patients [3].

En 1926, Maynihan décrit le cancer du côlon localement avancé et il a préconisé d'élargir la résection en bloc pour tous les organes ou structures impliquées [4], une telle suggestion a été renforcé par Sugarbaker qui est en 1946 a présenté la première série de grandes résections étendues multi-viscérale pour 42 cancers colorectaux, et il a réalisé ce type de chirurgie en évitant toute diffusion des cellules tumorales lors de la découpe tumorale [5].

I. Données épidémiologiques

I. 1. Fréquence

Sur les 100000 cas du cancer du côlon présentés chaque année aux états unis, 10 à 15% présentent une maladie localement avancée, avec des tumeurs s'étendant à travers la paroi du côlon avec perforation et ou infiltration des organes ou structures adjacentes [6].

Au Maroc, il est difficile d'approcher avec exactitude l'incidence et la prévalence des cancers coliques localement avancés.

Dans notre série allant de 2010 au 2014, cinquante sept patients présentaient un cancer de côlon dont 07 soit 12% des cas ont un cancer colique localement avancé.

I. 2. Âge

L'âge des malades dans notre série est relativement jeune avec un âge moyen de 57,5 ans ; 28,5% des patients sont au dessous de 50 ans, il est relativement bas en le comparant avec d'autres séries hospitalières.

Dans l'étude d'une série de 174 cas faite au département de chirurgie à l'université d'Erlanger-Nuremberg en Allemagne incluant la période 1987-2002, l'âge moyen était de 65 ans[7].

Dans une autre étude faite au service de chirurgie oncologique au centre médical Siglo XXI en Mexique portant sur 40 patients, l'âge moyen était de 51.5 ans [8].

En Amérique, dans une étude portant sur 791cas de cancer du côlon localement avancé faite De Janvier 1999 à Décembre 2009, l'âge moyen était de 65 ans [9]. Il nous semble donc que l'âge jeune de survenue du cancer du côlon est l'une des caractéristiques des cancers du côlon au Maroc.

I. 3. Sexe

Une étude récente, s'étalant sur une période allant de 2005 à 2011, comportait 27 hommes et 10 femmes avec un sexe ratio de 2,7 [10].

Les études marocaines rapportent une répartition variable selon le sexe :

Au sein du service de chirurgie C de l'hôpital IBN SINA Rabat, une prédominance masculine a été retrouvée avec un sex-ratio = 1,66 [11].

La même chose dans l'étude faite au CHU Mohammed VI de Marrakech avec un sex-ratio= 1,28 à prédominance masculine [12].

Dans notre série, il existe une nette majorité d'hommes, soit 06 hommes sur 7 observations (85,7%), avec un sexe- ratio de 06 hommes pour une femme.

I. 4. Facteurs de risque [13]

I. 4. 1. Facteurs héréditaires et génétiques

Dans environ 5 % des cas, le cancer colique survient dans un contexte de maladies héréditaires prédisposant au cancer colique. Un âge inférieur à 50 ans lors du diagnostic, des antécédents tumoraux personnels, une agrégation familiale de cancers, doivent faire évoquer une prédisposition familiale et reconstituer l'arbre généalogique du sujet.

a) Polypose adénomateuse familiale

Moins de 1 % des cancers colorectaux seraient imputables à la polypose adénomateuse familiale, qui se caractérise par le développement, après la puberté, de plusieurs centaines d'adénomes intestinaux. La transformation maligne est inéluctable.

b) Syndrome HNPCC ou syndrome de Lynch

Près de 5 % des cancers colorectaux surviendraient dans le cadre d'un syndrome de Lynch. Ils surviennent vers 40 à 50 ans, atteignent plus souvent le côlon droit, et sont souvent de type mucineux, peu différenciés, avec une réaction stromale très inflammatoire. Ils sont précédés d'adénomes peu nombreux et de petite taille, avec parfois un aspect plan. On distingue le syndrome de Lynch I (prédisposition exclusivement colorectale), du

syndrome de Lynch II où des cancers d'autres localisations sont retrouvés (estomac, intestin grêle, ovaire, endomètre, et voies urinaires).

c) Antécédent personnel et familial de cancer colorectal

Les sujets traités pour un cancer de l'intestin ont un risque de cancer colorectal métachrone qui persiste toute la vie, deux fois supérieur à celui de la population générale. Un antécédent au premier degré de cancer colorectal expose à un risque supérieur à celui de la population générale et est fonction du nombre d'apparentés atteints et de l'âge du cas index lors du diagnostic.

Plusieurs études cas-témoins montrent un risque proche de celui des apparentés de sujets atteints de cancer colorectal dans la fratrie et/ou chez les parents de sujets ayant des adénomes colorectaux dépassant 1 cm diagnostiqués avant 60 ans.

I. 4. 2. Maladies inflammatoires chroniques intestinales

La rectocolite ulcérohémorragique est liée à un risque relatif de cancer colorectal de 1,7 à 2,5, fonction de l'étendue de la rectocolite, de l'âge au diagnostic et de l'ancienneté de la maladie

Le risque de cancer colorectal dans la maladie de Crohn est encore discuté. Les études négatives sont critiquables en raison des faibles effectifs et du suivi court des malades. D'autres études montrent un risque relatif de 21 à 57 pour les maladies étendues diagnostiquées avant 30 ans.

I. 4. 3. Facteurs alimentaires, métaboliques et cancérogenèse colique

a) Facteurs associés à une augmentation du risque de tumeur colique

Les données concernant la consommation de viande sont discordantes, le risque étant plutôt lié à une consommation excessive de viande rouge (> 133 g/jour).

La charcuterie, riche en graisse et conservée à l'aide de nitrites dont les dérivés sont mutagènes, possède un rôle potentiellement néfaste.

Un apport calorique élevé, une obésité de type androïde ainsi que la sédentarité sont associés à un risque augmenté d'adénome ou de cancer colique. En revanche, l'activité

physique régulière diviserait par 3 le risque de cancer colique.

La consommation d'alcool est associée à un risque relatif de 1,2 de cancer colorectal dès 40 g/jour.

Le tabagisme est associé à une augmentation du risque et de la mortalité par cancer colorectal au-delà de 20 paquets-année. Ce risque disparaît après arrêt du tabagisme

b) Facteurs associés à une diminution du risque de tumeur colique

Une revue des 37 études épidémiologiques à visée étiologique et une méta-analyse de 16 études cas-témoin ont montré une majorité de résultats en faveur d'un effet protecteur de la consommation de légumes. Ce rôle protecteur serait lié à leur teneur en vitamines, en fibres alimentaires et en phytates...

Le calcium et la vitamine D possèdent un effet protecteur modéré sur le risque de cancer colorectal, noté principalement en cas d'apport préalable faible.

I. 5. Cancérogénèse et lésions précancéreuses [13]

I. 5. 1. Histogenèse du cancer

La majorité des cancers dérivent d'adénomes, après des étapes de dysplasie au sein de laquelle s'associent des anomalies architecturales de l'épithélium des glandes, des anomalies cellulaires nucléaires et cytoplasmiques. Puis survient une effraction de la membrane basale des glandes, aboutissant à l'invasion du chorion muqueux. Le terme d'adénocarcinome invasif est réservé, pour les adénocarcinomes coliques, aux lésions dépassant la musculaire muqueuse.

I. 5. 2. Aspects macroscopiques

La forme végétante, exophytique, irrégulière et friable, est saillante dans la lumière colique et souvent ulcérée en surface. La forme infiltrante est dure, rétractant la paroi colique, à l'origine d'une sténose qui réalise le cancer «en virole» plus fréquent dans le côlon gauche. La forme ulcéreuse pure est rare, et souvent associée aux formes précédentes.

I. 5. 3. Aspects microscopiques

Les adénocarcinomes représentent 94 % des cancers colorectaux. Le grade histologique de malignité défini par le degré de différenciation est un facteur prédictif aussi bien de l'envahissement locorégional, que de la dissémination métastatique.

Les carcinomes épidermoïdes du côlon sont exceptionnels (0,1 % des cancers coliques) et sont parfois mixtes (épidermoïdes et glandulaires).

Les lymphomes malins non hodgkiniens sont rares (2 % des tumeurs coliques).

I. 5. 4. Extension locorégionale et à distance

a) Extension locale et régionale

L'infiltration de la sous-muqueuse peut être précoce, notamment en cas d'adénocarcinome sur adénome plan. Les différentes couches de la paroi colique sont ensuite atteintes. L'extension longitudinale se fait par voie muqueuse puis sous-muqueuse. Il peut exister des nodules de perméation à plusieurs centimètres de la tumeur principale, par extension sous-muqueuse et périadventicielle.

L'extension régionale se fait vers le péritoine puis vers les organes de voisinage de proche en proche, mais aussi par des greffes à distance. L'accolement à un organe de voisinage est cependant souvent uniquement de nature inflammatoire.

b) Extension veineuse et nerveuse

Le risque d'envahissement veineux existe dès le franchissement de la membrane basale, compte tenu de la présence de vaisseaux dans le chorion.

L'extension veineuse a un caractère prédictif pour le développement de métastases hépatiques. La présence d'emboles tumoraux, dans la lumière des veines de l'axe d'un polype dégénéré, expose à une dissémination métastatique viscérale.

L'extension nerveuse et périnerveuse favoriserait les récurrences et métastases hématogènes plus fréquentes, et serait un facteur pronostique dans les cancers coliques.

c) Extension lymphatique

Le risque d'envahissement lymphatique apparaît en cas d'atteinte de la sous-muqueuse. Le nombre de ganglions envahis par rapport au nombre examiné doit être précisé dans le compte-rendu histologique, en raison de son importance pronostique

d) Métastases à distance

Des métastases hépatiques, principal site métastatique, sont présentes dans 15 à 20 % des cas au moment du diagnostic de la tumeur primitive. Le foie droit est plus souvent envahi que le foie gauche. Les métastases pulmonaires synchrones isolées sont observées dans moins de 1 % des cas. Les métastases cérébrales et osseuses sont encore plus rares.

II. Prise en charge clinique et para-clinique du cancer du côlon localement avancé

L'identification des patients avec des lésions avancées est importante dans la planification chirurgicale

La majorité des patients avec tumeurs localement avancées présentent des symptômes y compris la douleur du flanc, les nausées ou vomissement indiquant dans une certaine mesure de l'obstruction, ou franche rectorragie [14-15]. Souvent les symptômes indiquent la zone de la maladie par exemple : l'infiltration de la vessie est associée à une dysurie et hématurie. Les tumeurs avancées ont tendance à être plus grandes et sont souvent palpables à l'examen physique.

Rappelons que le syndrome subocclusif était le signe révélateur le plus fréquent, dans notre série avec 4 patients soit 57%.

La coloscopie réalisée chez tous nos patients, a permis de visualiser le processus tumoral chez 6 patients, alors elle était non concluante chez un patient (observation 2).

Les patients décrivant les symptômes indiquant l'infiltration de la vessie ou ceux avec une invasion de la vessie sur l'imagerie devraient subir une cystoscopie [16].

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien demeure l'examen de choix pour évaluer la taille et le siège de la tumeur, l'extension tumorale loco-régionale, ganglionnaire et à

distance, permettant ainsi d'évaluer la résecabilité. Cependant, elle ne pourrait distinguer entre une adhérence inflammatoire péritumorale et une infiltration tumorale

III. Traitement chirurgical

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

L'exérèse chirurgicale demeure un traitement de référence à visée curative des cancers coliques.

Dans notre série, l'opérabilité ainsi que la **résecabilité étaient à 100%**.

Dans la série tunisienne, ce taux était de 83.7%. Il se rapproche des taux retrouvés dans la littérature qui variaient entre 87 et 97%, avec 79% à 82% d'exérèses à visée curative [17].

Dans une étude rétrospective portant sur 1122 malades opérés ; le taux de résecabilité à visée curative était à 75,2% [18].

Dans notre série, tous les patients ont bénéficié d'une résection élargie aux structures adjacentes envahies par la tumeur.

Les auteurs ont conclut que la résection chirurgicale multiviscérale doit être réalisée chaque fois que possible.

III. 1. Voies d'abord et exploration

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

Cependant, une voie transversale droite peut être préférée pour la résection des cancers du côlon droit. On explore soigneusement la cavité abdominale. On palpe attentivement le foie et le pelvis. Tout nodule suspect est prélevé et éventuellement examiné extemporanément par L'anatomopathologiste. On palpe les chaînes ganglionnaires

lombo-aortiques (en cas de cancer colique gauche) en prélevant tous ganglions suspects à ce niveau. Elle représente la voie d'abord utilisée dans notre série [19].

III. 2. Place de la cœlioscopie

Plusieurs études randomisées publiées récemment, ayant inclus suffisamment de patients et ayant pour certaines un recul suffisant. Elles permettent de situer la place de la cœlioscopie dans le traitement des cancers coliques [20–22].

Il n'y avait aucune différence sur la survie globale à 3 ans entre la cœlioscopie (435 patients) et la laparotomie (428 patients) : 86 % versus 85 % ni sur la survenue des récurrences (16 % versus 18 %).

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

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

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

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

III. 3. Types d'exérèses et organes réséqués

Plusieurs études confirment la nécessité de réaliser une résection en bloc du cancer du côlon localement avancé.

L'équipe de mayo clinique à Floride a rapporté une série de 25 patients [23] traités par une résection multi viscérale, la majorité de ces patients (20 sur 25) se sont présentés après la chirurgie. Tous les patients ont subi une résection d'un organe adjacent (n=12) ,2 organes (n=10), ou 3 organes (n=3) ont plus de la lésion primaire du côlon; il y'avait 11 patients au stade T4N0 et 14 au stade T4N1/2 de la maladie.au total: 15 patients ont subi une résection complète, 7 avaient des marges macroscopiquement positif R1,et 3 ont subi une résection largement incomplète R2. Pour la cohorte entière, le suivi médian était de 38 mois, avec une survie à 5 ans de 49%, les métastases à distance étaient le mode le plus commun d'échec, les récives locales ont été notées chez 12% des cas.

Curley et al. [24] rapportent la première série impliquant l'infiltration des organes génito-urinaires. L'infiltration maligne de l'uretère ou la vessie a été documentée dans 71 parmi 101 patients, le taux de survie à 5 ans était de 54%.

C. Göktas et al. Rapportent une étude comporte 35 patients ayant un cancer du côlon localement avancé, la vessie, les uretères, l'urètre, les reins et de la prostate ont été trouvés comme envahi en 19, 9, 5, 2 et 2 cas, respectivement [10].

Dans notre série la vessie est envahie chez 03 patients, ainsi que le rein chez deux malades.

Koea et Coll [25] ont rapporté 8 cas de lésions du côlon droit T4 exigeant soit une résection pancréatique ou duodénale, les patients ont nécessité une colectomie droite et une duodenectomie en bloc (n=4), duodenopancreatectomie (n=4), il y avait seulement 2 mineurs complications et aucun décès.6 patients sont restés en vie sans récive de la maladie après une période moyenne de 26 mois.et un survivant a été indemne de la maladie au 84 mois.

Dans une autre étude rapportée par Curley et al. [26] :12 patients ont subi une duodenectomie latérale en bloc (n=5), pancreatoduodenectomie (n=7) au moment de la résection du côlon, 8 patients ont été décrits comme vivants sans maladies après une période moyenne de 42 mois.

Dans notre série : tous nos patients ont subi une résection complète R0, tous les patients ont reçu la résection d'un seul organe adjacent (n=3) ,2 organes (n=4).

Ces séries fournissent la preuve pour une agressive résection des organes adjacents dont le pancréas pour le cancer du côlon localement avancé, à condition que cela soit réalisé avec une morbidité et une mortalité acceptable.

Dans une étude incluant 90 patients qui ont subi une résection multiviscérale, les organes les plus réséqués étaient les ovaires, la vessie et l'intestin grêle (26.5%, 25.5%, 21,1% respectivement [27]. Selon Croner et al. l'intestin grêle est souvent envahi par la tumeur primitive localement avancée alors que l'appendice et le grand omentum sont rarement infiltrés [28].

Dans notre série l'intestin grêle est envahi chez deux patients.

À notre connaissance, le premier cas d'infiltration du foie par un cancer colique a été rapporté dans la littérature médicale en 21 juillet 2005 [29].

Une autre étude a été réalisée à l'Ecole de médecine de l'Université Jiaotong de Xi'an qui a présenté un cas de cancer de côlon localement avancé, révélé par un abcès du foie, le diagnostic ainsi que le traitement étaient difficile. L'envahissement du foie par la tumeur primitive a été découvert lors de l'exploration chirurgicale [30].

Le foie est infiltré chez un patient dans notre série.

III. 4. Morbidité et mortalité post-opératoire

La morbidité et la mortalité connues après résection en bloc ont été très diverses allant de 1,4 jusqu'à 49,1% et de 1,2 jusqu'à 12% pour le cancer colorectal respectivement [8, 31-41].

Certains auteurs ont rapporté que la résection multi-viscérale avait plus de complications post-opératoires et un pronostic plus sombre que la résection standard pour le cancer colorectal [32, 34, 37], mais d'autres ont déclaré qu'il n'y avait aucune différence dans les taux de morbidité et de mortalité entre les résections standard et multi viscérales [31, 33].

Dans notre série, il ya un seul cas de mortalité post-opératoire suite à un choc hémorragique

Si la résection multi viscérale se fait avec prudence et soin lors de la chirurgie, nous pouvons nous attendre qu'il y aura pas de différence de morbidité liée à l'opération par rapport à la résection standard.

Les complications fréquemment rapportés étaient liées à la cicatrisation (infection, déhiscence et abcédation) [42-45].

Une étude a démontré que la cystectomie réalisée a plus de complications en post-opératoire et à long terme que la résection partielle (58 contre 11%, respectivement) [46].

IV. Etude anatomopathologique

IV. 1. Siège de la tumeur

Dans notre série, ces cancers intéressent le côlon droit dans 02 cas (28,5%), le côlon gauche dans 05 cas (71,4%) dont 3 cas localisés au niveau du sigmoïde. Dans notre série, aucun patient ne présentait une tumeur localisée au côlon transverse.

Dans la série de Melle Moufid, sur les 19 patients qu'elle regroupe, 31,5% d'entre eux avaient un cancer du côlon droit, 10.5% un cancer du côlon transverse et 57,5% du côlon gauche dont 47% au niveau du sigmoïde [47].

Dans une série coréenne portante sur 84 cas on trouve 22 (26.2%) cas du cancer du côlon droit, 62 (73.8%) cas de côlon gauche [48].

La série mexicaine qui portait sur 40 patients, comptait 15 cas au niveau du côlon droit, 7cas du côlon gauche et 13 cas du sigmoïde [8].

Dans la série allemande portant sur 174 cas, il y'avait 106 cas de localisation sigmoïdienne, 17 cas au niveau du côlon transverse, 14 cas au niveau du côlon ascendant, 12 au niveau du coecum, 8 au niveau de l'angle colique gauche ,8 au niveau de l'angle colique droit, 7 au niveau du côlon descendant [7].

Dans une étude de série faite au canada comportant 33 patients, 24% des cas avaient une tumeur du côlon droit, 6% avaient une tumeur du transverse et 70% avaient une tumeur du côlon gauche dont 64 se concentrent au niveau du sigmoïde [6].

En comparant les séries occidentales, on constate une légère prédominance de la localisation gauche, avec un maximum de fréquence au niveau du sigmoïde, la localisation au niveau du côlon droit vient en seconde place.

Cette différence dans les localisations du cancer nous laisse penser que leurs causes peuvent être différentes, des travaux récents de biologie moléculaire suggèrent que ces deux localisations se distinguent en partie par le type d'anomalie chromosomique dans les cancers digestifs.

IV. 2. Aspects macroscopiques dans notre série

Les principaux aspects macroscopiques retrouvés sont en 1^{er} lieu :

- ✓ Forme ulcéro-bourgeonnant : 05 cas.
- ✓ Forme non précisée : 02 cas

IV. 3. Types histologiques

Les données des différentes séries soulignent la fréquence de l'ADK, elle représente 100% dans notre série.

Le pourcentage des ADK bien et moyennement différenciés représente 73.6%, ces données ne présentent pas de particularités par rapport aux données de la littérature occidentale.

On conclut que l'adénocarcinome est le type histologique le plus représentatif du cancer du côlon localement avancé.

IV. 4. Classification

Dans notre série le stade T4 représente 100%

Parmi les T4: il ya 3 cas de N0, 2 cas de N1 et 1 cas de N2

Dans notre série, l'extension à la paroi colique et l'extension aux ganglions lymphatiques ont été établies d'après les données des comptes-rendus anatomopathologiques de la pièce opératoire, les données de l'exploration opératoire et d'après les bilans de la maladie. Les facteurs pronostiques comme notamment le degré d'envahissement tumoral trans pariétal et ganglionnaire et la présence ou non de métastases ont été intégrés dans des classifications.

Le standard pour la classification post thérapeutique des cancers du côlon est représenté par les classifications UICC.

Classification commune UICC (TNM) et (*classification TNM*) [49]

T Tumeur primitive

Tx Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

T0 Pas de signes de tumeur primitive

Tis Carcinome in situ : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria

T1 Tumeur envahissant la sous-muqueuse

T2 Tumeur envahissant la musculature

T3 Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péricoliques et péirectaux non péritonéalisés

T4

T4a : Tumeur perforant le péritoine viscéral

T4b : Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures

N Adénopathies régionales

Nx Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales

N0 Pas de métastase ganglionnaire régionale

N1a Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional

N1b Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux

N1c Nodule(s) tumoraux, c-à-d satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonéalisés péricoliques ou périrectaux sans métastase ganglionnaire régionale

N2a Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux

N2b Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux

M Métastases à distance

M0 Pas de métastases à distance

M1a Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s), autre que régional

M1b Métastases dans plusieurs organes ou péritonéales

L'envahissement ganglionnaire était présent chez 50% des cas.

La division de pT4 en pT4a et pT4b a été introduite dans la 6^{ème} édition du Manuel Staging AJCC., appuyée sur les résultats de plusieurs études, pT4a a été créé pour classer les tumeurs envahissant les structures adjacentes ou organes et pT4b pour classer les tumeurs impliquant le péritoine viscéral. Puis inversée dans la 7^e édition du manuel AJCC. Ce changement a été basé sur les résultats de la surveillance [50-51].

Plusieurs études suggèrent une survie meilleure chez les patients atteints T4a (tumeur envahissant le péritoine viscéral) que ceux avec T4b (définie comme tumeur envahissant les organes et les structures adjacentes) [49, 52, 53].

V. Précision de la véritable infiltration carcinologique dans le cancer du côlon localement avancé

Lors de l'exploration, le cancer du côlon a parfois des attaches à la paroi abdominale ou aux organes adjacents, mais le défi pour le chirurgien est de distinguer cliniquement entre l'infiltration carcinomateuse et inflammatoire lorsqu'il est confronté à un cancer localement avancés.

Le sectionnement en per opératoire des attaches tumorales par réfrigération n'est pas utile pour identifier une vraie infiltration tumorale [54].

Plusieurs études antérieures ont indiqués que 33–84% de la résection en bloc des adhérences du cancer colorectal primitif avaient histologiquement prouvé l'infiltration carcinomateuse aux organes adjacents [8, 31–36] par ce que la précision de l'infiltration carcinomateuse et inflammatoire est connue variable.

Si cliniquement l'infiltration locale est suspectée, une résection multi-organes doit être effectuée pour réaliser une opération radicale curative lorsque cela est possible.

Dans notre étude, l'infiltration carcinomateux est identifiée dans 09 organes (90 %).

VI. Chimiothérapie et la radiothérapie

VI. 1. Traitement néoadjuvant

Dans une étude récente incluant 150 patients, a montré que la chimiothérapie néoadjuvante n'augmente pas la morbidité, ni la mortalité post-opératoire [55].

Dans notre série aucun patient n'a bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante.

La radio-chimiothérapie néoadjuvante permet un bon contrôle locorégionale de la maladie, diminuant ainsi le taux de récurrence [56].

VI. 2. Traitement peropératoire

Une méta-analyse a confirmé le bénéfice d'une chimiothérapie locorégionale par rapport à une chirurgie seule, avec une réduction du risque de rechute de 1,4 + 0,5 % en valeur relative ($p = 0,0007$) et de décès de 1,3 + 0,6 % ($p = 0,002$) [54].

la radiothérapie peropératoire peut réduire les récurrences locorégional (IC à 95%, de 0,05 à 0,85; $p = 0,03$), la survie sans maladie (IC à 95%, de 0,31 à 0,85; $p = 0,009$) et la survie globale (IC à 95%, de 0,2 à 0,54; $p = 0,001$) [57–58].

La Mayo Clinic a rapporté une série rétrospectives en utilisant cette technique pour le cancer du côlon localement avancé, avec une toxicité acceptable et des résultats encourageants [59].

VI. 3. Traitement adjuvant

Dans une série rétrospective Willett et al [60] ont signalé une amélioration de la survie chez les patients traités par radiothérapie adjuvante externe ; après la chirurgie du cancer du côlon localement avancé.

Dans une étude incluant 62 patients, a démontré que la radio-chimiothérapie adjuvante a permis un contrôle locorégional de la maladie, avec une amélioration de la survie, par rapport à la chimiothérapie seule [61].

VII. Pronostic des patients avec cancer du côlon localement avancé après résection multi viscérale

Le pronostic des patients après résection multi viscérale est encore débattu.

La récurrence à distance et locale après l'opération du cancer du côlon varie de 20 à 40% et de 3,1 à 25,6% respectivement [62-66].

Certains auteurs ont insisté sur le fait que la récurrence locale est fidèle à l'infiltration des organes de voisinage est beaucoup plus élevée dans les simples résections par rapport aux résections en bloc réalisés pour le cancer du côlon.

Dans notre étude 02 patients ont présenté des métastases à distance sans récurrence locale.

Le facteur pronostique cliniquement important pour les patients qui ont une véritable infiltration carcinologique et qui ont subi une résection multi viscérale ne semble pas être la récurrence locale mais les métastases à distance.

Les chercheurs Eisenberg et al [67] ont rapporté une survie de 5 ans à 76 % chez les patients sans métastases ganglionnaires et 0% chez les patients avec métastases ganglionnaires.

Ces résultats ont été confirmés par Poez et al. [68] qui a noté une survie de 5 ans de 40% chez les patients T4N0 par rapport à 0% chez les patients T4N+ (p=0.005).

Dans notre étude, la survie à 5 ans chez les patients avec des métastases ganglionnaire est de 0%.



Cette étude rétrospective a porté sur 07 cas de cancer du côlon localement avancé qui ont subi une résection multi viscérale, colligés au service de chirurgie générale à l'hôpital militaire Avicenne pendant une période de 5 ans (2010–2014).

Le cancer du côlon au Maroc semble être peu fréquent. Son incidence est proche des incidences retrouvées par les autres registres de cancer du Maghreb et de l'Amérique latine et reste très inférieur aux incidences observées dans les pays occidentaux, au Corée ou en chine. Le diagnostic est souvent tardif ce qui assombrit le pronostic.

10% à 20% des patients sont diagnostiqués à un stade avec envahissement des organes de voisinage

La TDM a un intérêt dans le diagnostic des tumeurs localement avancés, mais son rôle reste limité, et l'identification per opératoire de la tumeur avancé reste la plus fiable.

Le traitement du cancer du colon envahissant les organes de voisinage est essentiellement chirurgicale est basé sur une exérèse radicale de la tumeur, des ganglions tributaires et de tout organe envahis par la tumeur primitif. C'est le seul traitement à prétention curative des cancers coliques invasifs.

Malgré la morbidité et la mortalité élevée associées à la résection en bloc, les bénéfices atteints dépassent clairement les risques.

le pourcentage élevé des résection R0, le taux élevé de la survie à 5 ans, et le faible taux de récurrence locorégional rapportés dans la littérature ainsi dans notre étude justifient la résection multi viscérale.

Les métastases à distance sont les principales causes d'échec thérapeutiques et Les facteurs pronostic sont : l'âge >50ans, le stade tumorale et l'envahissement ganglionnaire, les marges de résection positifs chez les patients qui subissent une résection multi viscérale pour le cancer du colon localement avancé.

L'augmentation des récurrences locorégionales rapportés lors de la dissémination des cellules tumorales lors de l'opération indique l'importance d'avoir une main chirurgicale expérimentée.

Enfin, la chimiothérapie a eu un essor considérable avec la mise au point de nouvelles associations, de nouvelles drogues, permettant d'augmenter à la fois la qualité de vie et la survie des patients.

Bien que cette étude comporte des limites en raison de sa petite taille et un examen rétrospectif, nos résultats suggèrent que la résection multi viscérale peut être réalisée comme résection curative.



Résumé

C'est une étude rétrospective à propos de 07 cas du cancer colique localement avancé traités au service de chirurgie générale au sein de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech sur une période de 5 ans allant de Janvier 2010 à décembre 2014. Il s'agit d'un cancer assez fréquent, il représente 10% de l'ensemble des cancers digestifs. Le cancer colique localement avancé a représenté 12.5% des cancers coliques.

Cette étude inclut 6 hommes et une femme, avec un âge moyen de 57,5 ans. La symptomatologie motivant l'hospitalisation la plus fréquente était le syndrome subocclusif. Le délai diagnostique moyen était de 3 mois. La localisation de la tumeur primaire est comme suit : côlon droit (n=2), angle colique gauche (n=2), et côlon sigmoïde (n=3). L'ADK est le seul type histologique trouvé. La résection a été réalisé en intention curative chez tous nos patients emporte le plus souvent: la vessie (n=3), une partie de l'intestin grêle (n=2), le rein (n=2), le foie (n=1), le pancréas (n=1) La résection R0 est atteinte chez 100% des patients. Trois patients ont développé des complications post opératoire, une seule patiente a été décédée au cours de la période post opératoire par un choc hémorragique. L'infiltration tumorale est démontrée dans 72% des organes reséqués. Le stade tumoral est comme suit : T4N0=3, T4N1a=1, T4N1c=1, T4N2a=1. Tous nos patients ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante. La médiane de survie était de 30 mois. Deux patients sont décédés durant les deux premières années. Leur décès est dû à une récurrence à distance. Les autres patients sont en vie et sont indemne de la maladie.

La résection multi-viscérale est le traitement de base des cancers colique localement avancé. La chimiothérapie et la radiothérapie ont permis d'améliorer la survie et le contrôle locorégional de la maladie.

SUMMARY

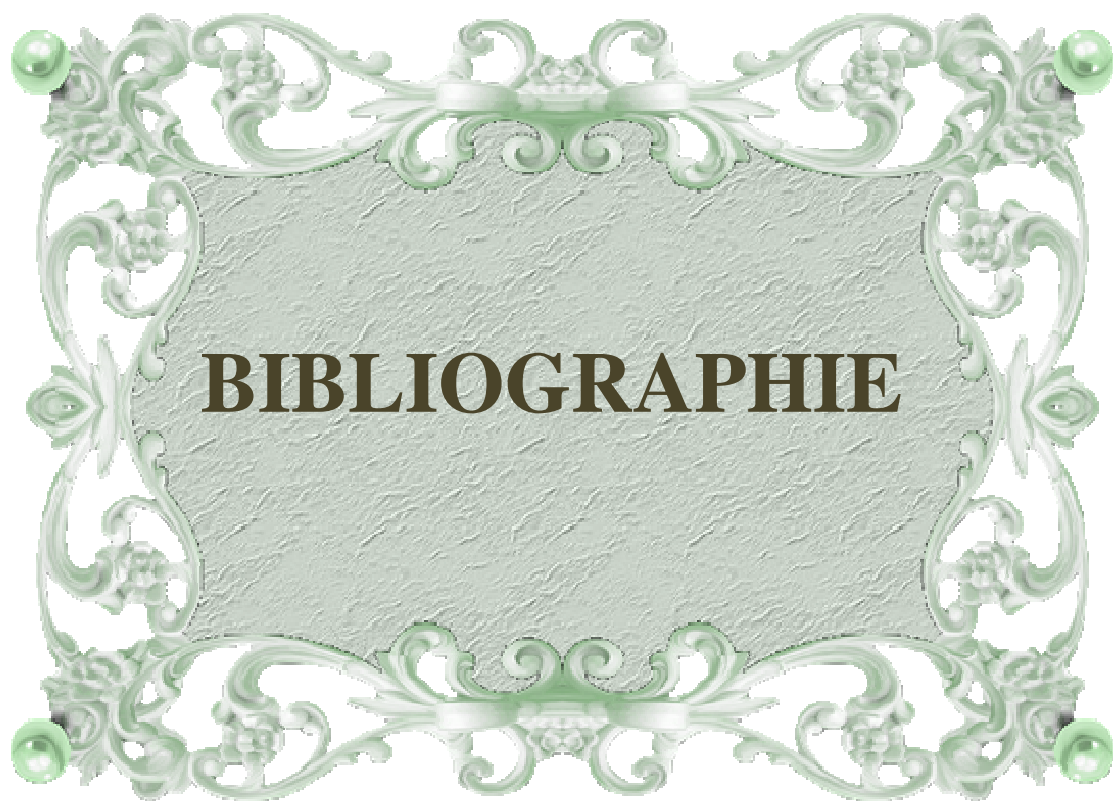
Locally advanced colon cancer represented 12.5% of the colon cancer, Our study included 7 patients, 6 men and 1 women, mean age of 57.5 (range 48 years – 70 years) who underwent surgery for locally advanced colon cancer. The lesion in the ascending colon (n = 2), splenic flexure (n = 2), sigmoid (n = 3).

Average time of diagnosis was 3 months. The most common symptomatology motivating hospitalization was subocclusif. The operability was 100% in our series. Extended multivisceral resection was performed in 100% of patients: Bladder (3 patients), the small intestine (2 cases) and liver (1 case), six patients in our series were received adjuvant therapy. The median survival was 30 months Surgical excision should be performed whenever possible. The cause of a poor prognosis of multivisceral resection was not a local recurrence, but distant metastasis.

ملخص

يتعلق الأمر بدراسة استرجاعية حول 7 حالات سرطان القولون المتقدم محليا منتقاة من مصلحة الجراحة العامة بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش على مدى 5 سنوات ما بين يناير 2010 و دجنبر 2014، ويمثل 10% من مجموع سرطانات الجهاز الهضمي. بلغت نسبة سرطان القولون المتقدم محليا 12,5% من سرطانات القولون. شملت دراستنا 6 رجال وامرأة واحدة، بلغ متوسط العمر 57,5. ولقد كانت أعراض الانسداد الشبه تام من العلامات السريرية الأكثر شيوعا. كان متوسط الوقت للتشخيص 3 أشهر. موقع الورم الرئيسي كان كالتالي القولون الأيمن (حالتان) قولون الزاوية اليسرى (حالتان) القولون السيني (3 حالات) ولقد تم الاستئصال بنية العلاج . الأعضاء المستأصلة هي المتانة البولية (3 حالات)، الكلية (حالتان)، جزء من المعي الدقيق (2) والبنكرياس (حالة واحدة). تعرضت ثلاثة حالات إلى مضاعفات ما بعد الجراحة، فيما توفيت مريضة في فترة ما بعد الجراحة. استفاد ستة مرضى من العلاج الكيميائي، حيث كان متوسط البقاء على قيد الحياة 30 شهرا.

يمثل الاستئصال متعدد الأعضاء العلاج الرئيسي بالنسبة لسرطان القولون المتقدم محليا. كما أن العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة اثبتوا فعاليتهم في تحسين متوسط البقاء على قيد الحياة.



1. Boey J, Cheung HC, Lai CK, Wong J. A prospective evaluation of serum carcinoembryonic antigen CEA levels in the management of colorectal carcinoma. *World J Surg* 1984; 8:279-86.
2. Sugarbaker EDWH. The significance of fixation in operable carcinoma of the large bowel. *Surgery* 1950; 27:343-7.
3. Hunter JA, Ryan JA, Scultz P. en bloc resection of colon cancer adherent to other organs. *Am J Surg* 1987; 154:67-71.
4. Moynihan B. Abdominal operations. vol 2. Philadelphia: WB Saunders;. 1926. p. 19.
5. Sugarbaker ED. *Concident removal of additional structures in resections for carcinoma of the colon and rectum*. *Ann Surg* 1946; 123:1036-46.
6. Govindarajan A, Fraser N, Cranford V, Wrtzfeld D, Gallinger S, Law CHL, Smith AJ, Gagliardi AR. Predictors of multivisceral resection in patients with locally advanced colorectal cancer. *Ann Surg Oncol* 2008; 15:1923-30.
7. Croner RS, Merkel S, Papadopoulos T, Schellerer V, Hohenberger W, Goehl J. Multivisceral resection for colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 2009; 52:1381-86.
8. Luna-Pérez P, Rodríguez- Ramírez SE, De La Barrera MG, Zeferino M, Labastida S. *Multivisceral resection for colon cancer*. *J Surg Oncol* 2002; 80:100-4.
9. Jung WH, Jae HL, Hyeong RK, Young JK, Prognostic significance of lymphovascular or perineural invasion in patients with locally advanced colorectal cancer. *Am J Surg* 2013; 206:758-63.
10. Goktas C, Horuz R, Yıldırım M, Faydacı G, Sahin C, Albayrak S. Major urologic surgical procedures in locally advanced colorectal cancers. *Actas Urol Esp* 2012; 36:361-6.
11. M Boutaalla Étude épidémiologique descriptive à propos de 549 cas de CCR colligés au service de chirurgie C Ibn Sina Rabat, Thèse de doctorat en médecine, Rabat 2005, N°296

12. Hakima EL OUARRADI Epidémiologie des cancers colorectaux dans la région de Marrakech ANNEE 2010 THESE N° 133.
13. Viguier J, Bourlier P, Karsenti D, de Calan L et Danquechin Dorval E. Cancer du côlon. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gastro-entérologie, 9-068-A-10, 2003, 18 p.
14. Bowne WB, Lee B, Wong WD. Operative salvage for locoregional recurrent colon cancer after curative resection: an analysis of 100 cases. Dis Colon Rectum 2005; 48:897-909.
15. Lopez-Kostner F, Fazio VW, Vignali A, Rybicki LA, Lavery IC. Locally recurrent rectal cancer: predictors and success of salvage surgery. Dis Colon Rectum 2001; 44:173-8.
16. Kobayashi T, Kamoto T, Sugino Y, Takeuchi H, Habuchi T, Ogawa O. High incidence of urinary bladder involvement in carcinomas of the sigmoid and rectum: a retrospective review of 580 patients with colorectal carcinoma. J Surg Oncol 2003; 84:209-14
17. le cancer du colon Etude de 153 cas et comparaison avec une série historique de 140 cas La Tunisie médicale -vol. 77, n°12, 1999.
18. Adloff M, Arnaud JL, Schloegel M. Les cancers du Colon, Etude rétrospective portant sur 1122 patients opérés. J chirurgie (Paris) 1990; 127:565-71.
19. EMC-Techniques chirurgicales-Appareil digestif 2010 pp455-459.
20. Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group: A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. N Engl J Med 2004; 350:2050-59.
21. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ, Haglind E, Pahlman L, Cuesta MA, Msika S, Morino M, Lacy AM, COlon cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group (COLOR). Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. Lancet Oncol 2005; 6:477-81.
22. Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, Walker J, Jayne DG, Smith AMH, Heath RM, Brown JM. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2005; 365:1718-26

23. Taylor WE, Donohue JH, Gunderson LL, Nelson H, Nagorney DM, Devine RM, Haddock MG, Larson DR, Rubin J, O'Connell MJ. *The mayo clinic experience with multimodality treatment of locally advanced or recurrent colon cancer*. Ann Surg Oncol 2002;9:177-85.
24. Curley SA, Carlson GW, Shumate CR, Wishnow KI, Ames FC. *Extended resection for locally advanced colorectal carcinoma*. Am J Surg 1992; 163: 553-9.
25. Koea JB, Conlon K, Paty PB, Guillem JG, Cohen AM. Pancreatic or duodenal resection or both for advanced carcinoma of the right colon: is it justified. Dis Colon Rectum 2000; 43:460-65.
26. Curley SA, Evans DB, Ames FC. Resection for cure of carcinoma of the colon directly invading the duodenum or pancreatic head. J Am Coll Surg 1994; 179:587-92.
27. Gezen C, Kement M, Altuntas YE, Okkabaz N, Seker M, Vural S, Gumus M, Oncel M. Results after multivisceral resections of locally advanced colorectal cancers: an analysis on clinical and pathological t4 tumors. World J Surg Oncol 2012; 10:39.
28. Croner RS, Merkel S, Papadopoulos T, Schellerer V, Hohenberger W, Goehl J. Multivisceral resection for colon carcinoma. Dis Colon Rectum 2009; 52:1381-86.
29. C. Napolitano, L. Valvano, V. Salvati, M. Barreca, Laparoscopic en bloc resection of the right colon and VI hepatic segment for locally advanced colon cancer. Int J Colorectal Dis 2006; 21:732-3.
30. Qu K, Liu C, Mansoor AMA, Wang B, Chen J, Yu L, Lv Y. Pyogenic liver abscess as initial presentation in locally advanced right colon cancer invading the liver, gallbladder, and duodenum. Front Med 2011; 5:434-7.
31. Staib L, Link KH, Blatz A, Beger HG. Surgery of colorectal cancer: surgical morbidity and five- and ten-year results in 2400 patients--monoinstitutional experience. World J Surg 2002; 26:59-66.
32. Nakafusa Y, Tanaka T, Tanaka M, Kitajima Y, Sato S, Miyazaki K. Comparison of multivisceral resection and standard operation for locally advanced colorectal

- cancer:analysis of pronostic factors for short-term and long-terme. Dis Colon Rectum 2004; 47:2055-63.
33. Izbicki JR, Hosch SB, Knoefel WT. *Extended resections are beneficial for patients with locally advanced colorectal cancer.* Dis Colon Rectum 1995; 38:1251-56.
34. Gall FP, Frost DB, Huang S. *Extended resection for locally advanced colorectal carcinoma.* Ann Surg Oncol 1997; 4:131-6.
35. Eisenberg SB, Kraybill WG, Lopez MJ. *Long-term results of surgical resection of locally advanced colorectal carcinoma.* Surgery 1990;108:779-85.
36. Lopez MJ, Monafo WW. *Role of extended resection in the initial treatment of locally advanced colorectal carcinoma.* Surgery 1993; 113:365-72.
37. Lehnert T, Methner M, Pollok A, Schaible A, Hinz U, Herfarth C. *Multivisceral Resection for Locally Advanced primary colon and rectal cancer:an analisis of pronostic factors in 201 patients.* Ann Surg 2002; 235:217-25.
38. Lopez MJ. *Multivisceral resection for colorectal cancer.* J Surg Oncol 2001; 76:1-5.
39. Gebhardt C, Meyer W, Ruckriegel S, Meier U. *Multivisceral resection of advanced colorectal carcinoma.* Langenbeck's Arch Surg, 1999, 384:194-9.
40. Bokey EL, Chapuis PH, Fung C, Hughes WJ, Koorey SG, Brewer D, Newland RC, Chiu Yanek SY. *Postoperative morbidity and mortality following resection of the colon and rectum for cancer.* Dis Colon Rectum, 1995; 38:480-6.
41. Kroneman H, Castelein A, Jeekel J. *En bloc resection of colon carcinoma adherent to other organs: an efficacious treatment?.* Dis Colon Rectum. 1991; 34:780-3.
42. Gezen C, Kement M, Altuntas YE, Okkabaz N, Seker M, Vural S, Gumus M, Oncel M. *Results after multivisceral resections of locally advanced colorectal cancers: an analysis on clinical and pathological t4 tumors.* World J Surg Oncol 2012;10:39.
43. Lehnert T, Methner M, Pollok A, Schaible A, Hinz U, Herfarth C. *Multivisceral Resection for Locally Advanced primary colon and rectal cancer:an analisis of pronostic factors in 201 patients.* Ann Surg 2002; 235:217-25.

44. Austin KK, Solomon MJ. Pelvic exenteration with en bloc iliac vessel resection for lateral pelvic wall involvement. *Dis Colon Rectum* 2009; 52:1223–33.
45. Yeung RS, Moffat FL, Falk RE. Pelvic exenteration for recurrent and extensive primary colorectal adenocarcinoma. *Cancer* 1993, 6:1853–58.
46. Fujisawa M, Nakamura T, Ohno M, Miyazaki J, Arakawa S, Haraguchi T, Yamanaka N, Yao A, Matsumoto O, Kuroda Y, Kamidono S. Surgical management of the urinary tract in patients with locally advanced colorectal cancer. *Urology* 2002; 60:983–7.
47. Houda El MOUFID, Résultat du traitement du cancer du colon localement avancé, Université Mohammed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie –Rabat– 2011.
48. Yun SH, Yun HR, Lee WS, Cho YB, Lee WY, Chun HK. *The clinical outcome and prognostic factors after multi-visceral resection for advanced colon cancer*. *Eur J Surg Oncol*. 2009; 35:721–7.
49. Edge S, Byrd DR, Carducci MA, Compton CA. (eds): *AJCC Cancer Staging Manual*, 7th ed: New York, Springer, 2009.
50. Compton C, Fenoglio-Preiser CM, Pettigrew N, Fielding LP. American Joint Committee on Cancer Prognostic Factors Consensus Conference. *Cancer* 2000; 88:1739–57.
51. Keshava A, Chapuis PH, Chan C, Lin BP, Bokey EL, Dent OF. The significance of involvement of a free serosal surface for recurrence and survival following resection of clinicopathological stage B and C rectal cancer. *Colorectal Dis* 2007; 9:609–18.
52. Kenney BC, Jain D. Identification of lymphatics within the colonic lamina propria in inflammation and neoplasia using the monoclonal antibody D2–40. *Yale J Biol Med* 2008; 81:103–13.
53. Gunderson LL, Jessup JM, Sargent DJ, Greene FL, Stewart A. Revised tumor and node categorization for rectal cancer based on surveillance, epidemiology, and end results and rectal pooled analysis outcomes. *J Clin Oncol* 2010 ; 28:256–63.
54. Spratt JS, Watson FR, Pratt JL. Characteristics of variants of colorectal carcinoma that do not metastasize to lymph nodes. *Dis Colon Rectum* 1970; 13:243–6.

55. Feasibility of preoperative chemotherapy for locally advanced, operable colon cancer: the pilot phase of a randomised controlled trial *Lancet Oncol* 2012; 13: 1152–60.
56. Hallet J, Zih FS, Lemke M, Milot L, Smith AJ, Wong CS. Neo-adjuvant chemoradiotherapy and multivisceral resection to optimize R0 resection of locally recurrent adherent colon cancer. *Eur J Surg Oncol* 2014; 40:706–12.
57. Gunderson LL, Ashman JB, Haddock MG, Petersen IA, Moss A, Heppell J, Gray RJ, Pockaj BA, Nelson H, Beauchamp C. Integration of radiation oncology with surgery as combined-modality treatment. *Surg Oncol Clin N Am* 2013; 22:405–32. 58
58. Haddock MG, Nelson H, Donohue JH, Taylor WE, Devine RM, Nagorney DM, Wolff BG, O'Connell MJ, Gunderson LL. Intraoperative electron radiotherapy as a component of salvage therapy for patients with colorectal cancer and advanced nodal metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003. 56:966–73.
59. Taylor WE, Donohue JH, Gunderson LL, Nelson H, Nagorney DM, Devine RM, Haddock MG, Larson DR, Rubin J, O'Connell MJ. The Mayo Clinic experience with multimodality treatment of locally advanced or recurrent colon cancer. *Ann Surg Oncol* 2002; 9:177–85.
60. Willett CG, Fung CY, Kaufman DS, Efid J, Shellito PC. Postoperative radiation therapy for high-risk colon carcinoma. *J Clin Oncol* 1993; 11:1112–17.
61. Ludmir EB, Arya R, Wu Y, Palta M, Willett CG, Czito BG. Role of Adjuvant Radiotherapy in Locally Advanced Colonic Carcinoma in the Modern Chemotherapy Era. *Ann Surg Oncol* 201; 23:856–62.
62. Sjovall A, Holm T, Singnomklao T, Granath F, Glimelius B, Cedermark B. Colon cancer management and outcome in relation to individual hospitals in a defined population., *Br J Surg* 2007; 94:491–9.
63. Harris GJ, Church JM, Senagore AJ, Lavery IC, Hull TL, Strong SA, Fazio VW. Factors affecting local recurrence of colonic adenocarcinoma. *Dis Colon Rectum* 2002; 45:1029–34.
64. Cass AW, Million RR, Pfaff WW. Patterns of recurrence following surgery alone for adenocarcinoma of the colon and rectum *Cancer* 1976; 37:2861–65.

65. Read TE, Mutch MG, Chang BW, McNevin MS, Fleshman JW, Birnbaum EH, Fry RD, Caushaj PF, Kodner IJ. Locoregional recurrence and survival after curative resection of adenocarcinoma of the colon. *J Am Coll Surg* 2002; 195:2861-65.
66. Obrand DI, Gordon PH. Incidence and patterns of recurrence following curative resection for colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1997; 40:15-24.
67. Eisenberg SB, Kraybill WG, Lopez MJ. Long-term results of surgical resection of locally advanced colorectal carcinoma. *Surgery* 1990;108:779-785.
68. Poeze M, Houbiers JG, van de Velde CJ, Wobbes T, von Meyenfeldt MF. Radical resection of locally advanced colorectal cancer. *Br J Surg* 1995; 82:1386-90.



FICHE D'EXOLOITATION
Hôpital Militaire Avicenne
Service : Chirurgie Viscérale

IDENTITE

Nom et prénom : I P :

Age : Sexe : Male Female :

Origine : Milieu : Urbain Rural

Date de la consultation :

Adresse :

Téléphone :

ATCD PATHOLOGIQUES

ATCD personnels

Polypose : Oui Non Cancers : Oui Non

RCH : Oui Non Maladie de Crohn : Oui Non

Rectorragies : Oui Non Hémorroïdes : Oui Non

Toxiques: - Tabac : Oui Non - Alcool : Oui Non

Prises médicamenteuses : Oui Non

ATCD familiaux

PAF : Oui Non

Colecystectomie : Oui Non

Cancer colorectal : Oui Non Autres cancers :

Indications à la consultation d'oncogénétique : Oui Non

Comorbidités : Diabète HTA Cardiopathie path pulmonaire Autres :.....

CLINIQUE

Date de début : Durée entre le début et la consultation :

◆ Symptômes :

Douleur : – aigue – chronique

Vomissement : Oui Non Nausées : Oui Non

Asthénie : Oui Non /Anorexie : Oui Non /Amaigrissement : Oui Non

Trouble de transit : – diarrhée – constipation – Alternance

Rectorragies : – Faible – moyenne – grande abondance

Maelena : Oui Non

Syndrome occlusif : – arrêt des matières – des gazs – matières + gazs

Syndrome rectal : – ténésme – épreintes – évacuation anormale

◆ Examen physique

Examen général

Poids :Kg IMC :

TA :/..... T :

Ictère : Oui Non

Déshydratation : Oui Non

Examen physique

Inspection

Distension abdominale : Oui Non

Respiration : – normale – anormale

Cicatrice de laparotomie : Oui Non

Autres : CVC

Palpation

Sensibilité : Oui Non

Défense : Oui Non

Contracture : Oui Non

Masse abdominale : Oui Non

HMG : Oui Non

SMG : Oui Non

Percussion ascite : Oui Non

TR

Tonicité sphinctérienne :

Lésion tumorale : Oui Non

Distance par rapport à la MA :cm

Circonférentielle : Oui Non

Consistance :

Sensibilité :

Ampoule rectale : vide Oui Non

Doigtier : - sang - matière - glaire - rien

Examen des aires gg

ADP : Oui Non

Troisier : Oui Non

Reste de l'examen :

ENDOSCOPIE

Closcopie : Totale : Oui Non

Siège

Coeco-ascendant

Côlon transverse

Côlon descendant

Sigmoïde Charnière RS Rectum : - Haut - Moyen - Bas

Multiples (cancers synchrones) : Oui Non

Si oui, préciser :

Polypes associés : Oui Non

Aspect macroscopique

Végétant Ulcéro-Bourgeonnant Infiltrant

Lésion plane Sténosant : Oui Non

Si oui : Sténose franchissable Sténose infranchissable

Taille :cm Non précisée

Circonférence

Circonférentiel Hémi-circonférentiel Non précisée

Biopsie : Oui Non

Si oui,

Anapath :

IMAGERIE

- ASP : Oui Non

- Rx thorax : Oui Non

- Echo Abd : Oui Non

- Lavement baryté : Oui Non

- TDM : Oui Non

TAP : Oui Non

Siège Tm :

Extension locale :

Métastases : - Foie - Poumon - Os - Autre

IRM : Oui Non

Envahissement sphinctérien : Oui Non

BIOLOGIE

Groupe sanguin :

NFS : Hb :

Plq :

GB :

Ionogramme sanguin :

Na+ :

K+ :

Urée :

Créatinine :

Glycémie :

TP =

TCA =

ALAT =

ASAT =

Bilan nutritionnel : protédimie =

albuminémie =

Marqueurs tumoraux=

ACE = ng/ml

CA19-9 = ui/ml

Diagnostic final :

.....

TRAITEMENT

Chimiothérapie

Adjuvante

néo-adjuvante

pseudo-adjuvante

palliative

Chirurgie

- ◆ **Installation:** – Décubitus dorsal
- Position latérale
- Position double équipe

- ◆ **Voies d'abord :** – Médiante
- Coelioscopie
- Nombre de trocard

- ◆ **Exploration chirurgicale :**
- Ascite
- faible
- moyenne
- grande
- Métastases hépatiques

Nombre : Siège : Taille :

- Carcinose péritonéale étendue
- Epanchement purulent matières péritonite
- Tumeur : Siège :
- Taille :
- Consistance :
- Envahissement :

◆ **Geste réalisé :**

- Colon
- Rectum
- Stonie : Oui Non
- Type :

SUITES OPERATOIRES

◆ **Immédiates**

- Infection paroi - Infection urinaire - Hématurie
- Phlébite - Infection pulmonaire - Abscess profond
- Fistule anastomotique - Lachage des sutures - Autre

◆ **Reprise chirurgicale :** Oui Non

Geste réalisé :

◆ **A distance :**

- Consultation fonctionnelle : Oui Non
- Douleur : Oui Non
- Sténose anastomotique : Oui Non
- Autres :

◆ **Récidives**

Date : Type :

Prise en charge thérapeutique du cancer du colon localement avancé: à propos de 07cas/57cas

Moyen diagnostique :

Localisation :

Métastases : Oui Non

Traitements :



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها في كل الظروف والأحوال باذلةً وسعي في استنقاذها من الهلاك
والمرض والألم والقلق

وأن أحفظ للناس كرامتهم ، وأستر عورتهم ، وأكتم سرهم

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله ، بادلَ رعايتي الطبية للقريب والبعيد ، للصالح والطالح ،
والصديق والعدو

وأن أثابر على طلب العلم ، أسخره لنفع الإنسان . لا لأذاه

وأن أوقر من علمني ، وأعلم من يصغرنى ، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر
والتقوى

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي ، نقيّةً مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين

والله على ما أقول شهيد

التكفل العلاجي لسرطان القولون المتقدم محليا: بالنسبة ل
07 حالات / 57 حالة تم تجميعها من مصلحة الجراحة
العامة – المستشفى العسكري ابن سينا

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2016/05/16

من طرف

الآنسة أسماء العلوي

المزداة في 29 نونبر 1987 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

سرطان القولون المتقدم محليا – استئصال متعدد الأعضاء – العلاج الكيميائي - بقاء على قيد الحياة

اللجنة

الرئيس	السيد	د. التويتي
		أستاذ في جراحة المسالك البولية
المشرف	السيد	ع. عاشور
		أستاذ في الجراحة العامة
القضاة	السيد	خ. رباني
		أستاذ مبرز في الجراحة العامة
	السيد	ر. البرني
		أستاذ مبرز في الجراحة العامة
	السيد	ي. قاموس
		أستاذ مبرز في طب التخدير و الإنعاش