



UNIVERSITE CADI AYYAD  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
MARRAKECH

ANNÉE 2015

THÈSE N° 123

**Prise en charge des cancers digestifs  
aux urgences  
(expérience au CHU Mohammed VI Marrakech)**

---

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/ 07 /2015

PAR

Mlle. **Khadija NEJMEDDINE**

Née le 17 juillet 1988 à Agadir

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**

---

**Mots clé**

Cancers digestifs–Urgences–Prise en charge–Complications

---

**JURY**

**M. A. LOUZI**

Professeur de Chirurgie Générale

**PRÉSIDENT**

**M. Y. NARJIS**

Professeur agrégé de Chirurgie Générale

**RAPPORTEUR**

**Mme. M. OUALI IDRISSE**

Professeur agrégé de Radiologie

**Mme. H. RAIS**

Professeur agrégé de Anatomie Pathologique

**JURY**

**Mme. M. KHOUCHANI**

Professeur agrégée de Radiothérapie



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك

التي أنعمت عليّ وعلى والديّ

وأن أعمل صالحاً ترضاه

وأصلح لي في ذريّتي

إنّي تبت إليك و إنّي من المسلمين"

صدق الله العظيم





*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

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
BENELKHAIAT 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	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI 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 péripherique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICHI 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
BOURRAHOUE 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 Nouredine	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- embryologie 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 – Cytogénétique
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	OUERIAGLI 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 EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique



*DÉDICACES*

***A mes très chers parents,***

*Aucun mot ne saurait exprimer ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance envers les deux personnes les plus chères à mon cœur ! Si mes expressions pourraient avoir quelque pouvoir, j'en serais profondément heureuse. Je vous dois ce que je suis. Vos prières et vos sacrifices m'ont comblés tout au long de mon existence. Que cette thèse soit au niveau de vos attentes, présente pour vous l'estime et le respect que je voue, et qu'elle soit le témoignage de la fierté et l'estime que je ressens. Puisse dieu tout puissant vous procurer santé, bonheur et prospérité*

***A mes très chères soeurs :***

***Nadia, Majida, Ghizlane .***

*Vous êtes mes anges gardiens, toujours présentes à mes côtés pour me soutenir, m'aider et m'encourager. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Alors je vous prie d'accepter ces doux et tendres baisers sur vos joues et vous dédier ce travail pour vous témoigner la gratitude, le respect et l'amour de la petite soeur que je suis. Que Dieu vous bénisse et vous guide vers le meilleur inchaellah*

***A mes très chères neveux:***

***Yahya, Ahmad et à ma très chère nièce Zineb***

*En témoignage de mon amour, et de ma grande affection. J'espère que vous trouvez dans ce travail l'expression de mon sincère attachement et de mon souhait d'être toujours votre bon exemple. J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser vos vœux.*

*Je vous souhaite une vie pleine de joie.*

***A mes très chers beaux-frères: Mestapha, Charafeddine***

*Vous m'avez toujours soutenu. Que ce travail soit témoignage mes sentiments les plus sincère et les plus affectueux. Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.*

***A toute la famille Nejmeddine et Hassoune***

*A mes très chères amis(es): Sanae, Maryam, Mourad, Meryem,  
Hicham, Ibtissam, Abdeltif*

*Vous êtes pour moi plus que des amies! Je ne saurais trouver une  
expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de  
fraternité que je vous porte. Je vous dédie ce travail en témoignage de  
notre amitié que j'espère durera toute la vie.*

*A mes amis(es) et collègues,*

*A 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.*

*A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer*



*DÉDICACES*

*A notre maître et président de thèses :  
Pr.A Louzi professeur de chirurgie viscérale*

*Il nous a chaleureusement accueilli dans son service. Nous sommes très touchés par ses qualités professionnelles et humaines. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude. Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissant de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.*

*A notre rapporteur de thèse :  
Pr Y Narjis professeur agrégé de chirurgie générale*

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail. Nous sommes très touchés par votre disponibilité et par le réconfort que vous nous avez apporté lors de notre passage au service ainsi que lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profonde gratitude.*

*A notre maître et juge  
Pr. M Oualí Idrissi professeur agrégé de radiologie*

*Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.*

*A notre maître et juge de thèse  
Pr. H Rais professeur agrégé de l'anatomie pathologique*

*Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.*

*A notre professeur et juge de thèse  
Pr. M Khouchani professeur de radiothérapie*

*Vous avez spontanément accepté de faire partie de notre jury. Nous apprécions vos qualités professionnelle et humaines. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.*



*ABRÉVIATIONS*

## Les abréviations:

**VBP** : Voie biliaire principale

**NHA** : Niveau hydroaériques

**NFS** : Numération des formules sanguines

**IPP** : Inhibiteurs de la pompe à protons

**RGO** : Reflux gastro-oesophagien

**Hp** : Helicobacter pylori

**AMG** : Arrêt des matières et des gaz

**ASP** : Abdomen sans préparation

**TDM** : tomodensitométrie

**Hb** : Hémoglobine



*PLAN*

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MATÉRIELS &amp; MÉTHODES</b> .....	<b>3</b>
I. Type d'étude .....	4
II. Patients et méthodes .....	4
1. Patients .....	4
2. Critères d'inclusion .....	4
3. Critères d'exclusion .....	4
III. Méthode de recueil des données .....	5
IV. Définition des paramètres analysés .....	5
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>6</b>
I. Données épidémiologiques .....	7
1. Classification de l'ensemble des cancers digestifs par siège et par ordre de fréquence .....	7
2. Age .....	8
3. Sexe .....	8
II. Facteurs de risque .....	9
1. Tabagisme .....	9
2. Alcoolisme .....	10
3. Autres facteurs de risque .....	10
III. Antécédents pathologiques .....	12
1. Antécédents personnels .....	12
2. Antécédents familiaux .....	13
IV. Etude clinique .....	13
1. Mode d'installation .....	13
2. signes fonctionnels .....	14
3. Signes généraux .....	18
4. Signes physiques .....	20
V. Etude para-clinique .....	21
1. Examens morphologiques .....	21
2. Biologie .....	24
3. Anatomie pathologique .....	24
VI. Prise en charge thérapeutique .....	25
1. Prise en charge médicale .....	26
2. Prise en charge chirurgicale .....	26
3. Durée d'hospitalisation .....	32
4. Durée d'hospitalisation postopératoire .....	32
5. Suivi postopératoire .....	32
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>33</b>

I. données épidémiologiques.....	34
1. Classification des cancers digestifs par siège et par ordre de fréquence.....	34
2. Age.....	35
3. Sexe.....	36
II. Facteurs de risque.....	36
1. Tabagisme.....	36
2. Alcoolisme.....	37
3. Autres facteurs de risque.....	37
III. Étude clinique.....	40
1. Mode d'installation.....	40
2. Signes fonctionnels.....	40
3. Signes généraux.....	43
4. Signes physiques.....	43
IV. Etude para-clinique.....	45
1. Examens morphologiques.....	45
2. Biologie.....	52
3. Anatomie pathologique.....	54
V. Prise en charge thérapeutique.....	55
1. Prise en charge médicale.....	55
2. Prise en charge chirurgicale.....	58
3. Autres méthodes thérapeutiques.....	74
4. Place de la chimiothérapie et de la radiothérapie dans le traitement des cancers digestifs.....	79
VI. Pronostic.....	84
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>88</b>
<b>RÉSUMÉS.....</b>	<b>92</b>
<b>BIBLIOGRAPHIES.....</b>	<b>96</b>



*INTRODUCTION*

Les cancers digestifs constituent un groupe hétérogène de tumeurs malignes; aux localisations diverses, de l'œsophage au rectum, en plus les glandes digestives. Ils ont des données épidémiologiques très différentes, et surtout des tableaux cliniques urgents très variés, nécessitant une prise en charge adéquate et sans aucun retard.

La cancérologie digestive présente un réel problème de santé publique au Maroc. Les cancers digestifs sont les plus fréquents dans notre pays avec 1 120 cas en 2012 représentant ainsi 20,25% de l'ensemble des cancers. Ils sont dominés par les cancers colorectaux qui comptent pour 41,43% [1]. La pathologie digestive maligne se situe aussi au premier rang des cancers à Marrakech, avec 3 838 cas de cancers digestifs diagnostiqués avec une preuve histologique, portant sur une période de 11 ans, allant de 1997 2008, représentant ainsi 27,4 % des cancers. [4]

A l'échelle mondiale, les cancers digestifs représentent 20% des cancers diagnostiqués annuellement [7], et parmi les cancers les plus meurtriers les cancers de l'estomac et du foie se situent respectivement en deuxième et en troisième position. [5]

La prise en charge en urgence des cancers de l'appareil digestif est une situation qui se rencontre assez souvent, en raison de la fréquence des complications révélatrices ou évolutives qui nécessite une intervention médicale et/ou chirurgicale urgente.

Nous nous proposons, dans ce travail, de rapporter une série de 141 cas de cancers digestifs révélés ou compliqués par des syndromes urgents, colligés sur une période de 3 ans allant de janvier 2012 à décembre 2014 dans le service de chirurgie viscérale du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.

Le but de ce travail est de dégager les facteurs épidémiologiques ainsi que les modalités thérapeutiques et de les comparer aux données de la littérature.



*MATÉRIELS  
&  
MÉTHODES*

## **I. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 3 ans s'étendant de Janvier 2012 à décembre 2014. L'étude est réalisée au sein du service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech (hôpital Ibn Tofail).

## **II. Patients et méthodes**

### **1. Patients**

Ce travail porte sur 141 cas de cancer digestifs diagnostiqués et /ou traités en urgence au niveau du service de la chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech.

### **2. Critères d'inclusion**

Ont été inclus, les patients admis aux urgences viscérales pour un syndrome urgent révélant ou compliquant un cancer digestif primitif ou secondaire, et qui a nécessité une intervention médicale et /ou chirurgicale immédiate.

### **3. Critères d'exclusion**

Les patients ayant une prise en charge urgente pour des complications digestives non métastatiques d'un cancer non digestifs, ainsi que les patients bénéficiant d'une prise en charge différée pour un cancer digestif, ont été exclus de cette étude.

### **III. Méthode de recueil des données**

Le recueil des données a été fait à partir des:

- Dossiers d'hospitalisation;
- Comptes rendu des différents examens para-cliniques, surtout les explorations morphologiques;
- Comptes rendu opératoires écrits par le chirurgien ou l'un de ces aides;
- Comptes rendu de l'étude histologique de biopsie et de pièce opératoire.

### **IV. Définition des paramètres analysés**

Pour aborder cette étude nous avons établi une fiche d'exploitation (voir annexe) pour étudier les dossiers et recueillir les données:

- Epidémiologiques, concernant l'âge et le sexe ;
- Cliniques comprenant les facteurs de risque, les antécédents, l'état général du patient et les données de l'examen clinique ;
- Para-cliniques, intéressant les bilans biologiques, et les examens morphologiques ;
- Thérapeutiques médicales et chirurgicales ;
- Des suites postopératoires ;
- Des résultats du traitement.



*RÉSULTATS*

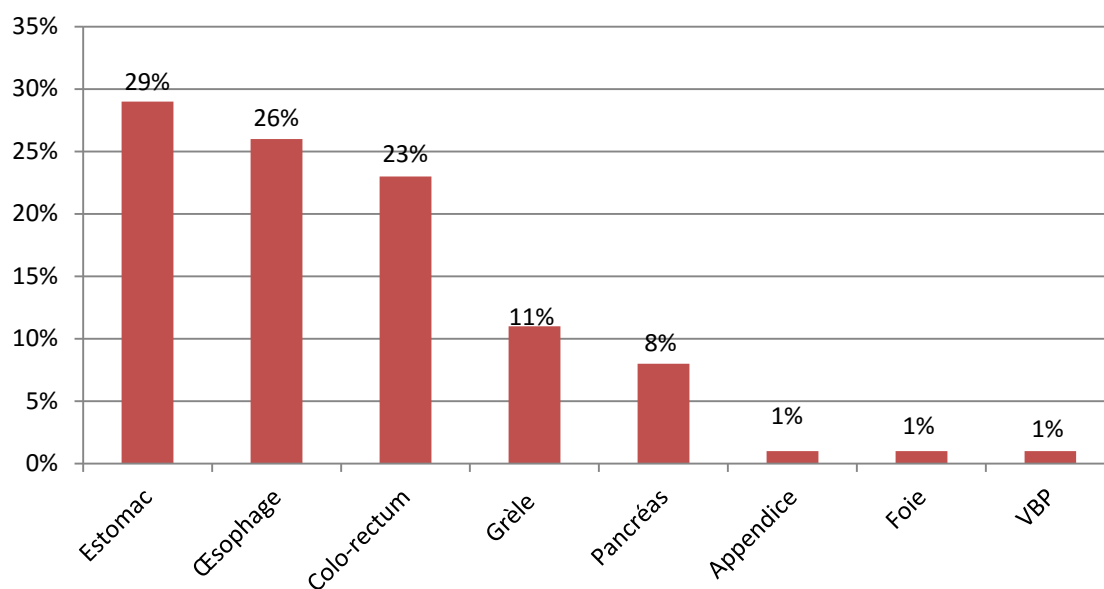
## I. Données épidémiologiques

### 1. Classification de l'ensemble des cancers digestifs par siège et par ordre de fréquence

Dans notre série la localisation la plus fréquente était l'estomac avec 41 cas (29%), suivi de l'œsophage par 36 cas (26%) ; par contre le foie et les VBP ont présentés les organes les moins touchés avec un seul cas pour chacun d'eux.

**Tableau I: Répartition des cas en fonction de la topographie de la néoplasie**

Topographie	Nombre de cas	Pourcentage
Estomac	41	29%
Œsophage	36	26%
Colo-rectum	33	23%
Grêle	16	11%
Pancréas	11	8%
Appendice	2	1%
Foie	1	1%
V.B.P	1	1%



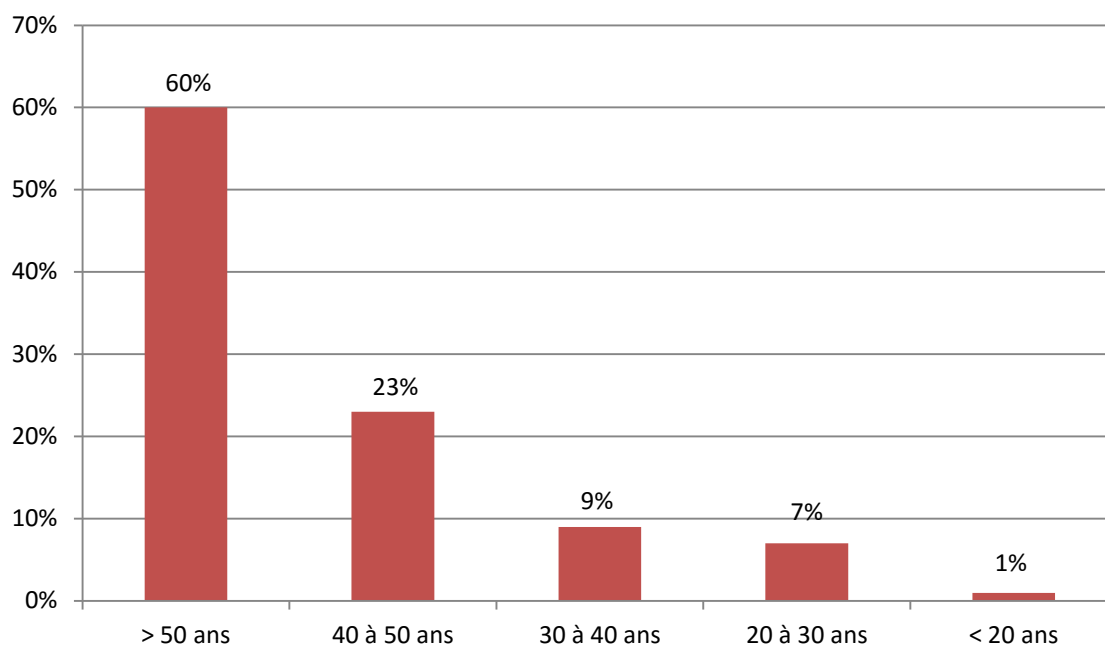
**Figure 1: Répartition des cas en fonction de la topographie**

## 2. Age

La tranche la plus touchée est celle âgée de plus 50 ans avec un pourcentage de 60 % ; alors que les patients âgés de moins de 20 ans ont été présentés par un seul cas.

**Tableau II: Répartition des cas selon l'âge**

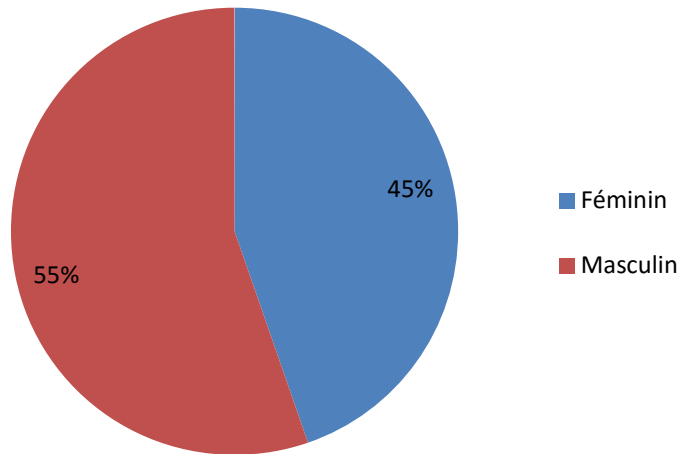
Age	Nombre de cas	pourcentage
< 20 ans	1	1%
20 à 30 ans	10	7%
30 à 40 ans	13	9%
40 à 50 ans	33	23%
> 50 ans	84	60%
Total	141	100%



**Figure 2: Répartition des cas selon l'âge**

## 3. Sexe

La prédominance masculine était légère avec un nombre de cas de 78 (55%) contre 63 femmes (45%). Ce qui donne un sex-ratio de 0,8.

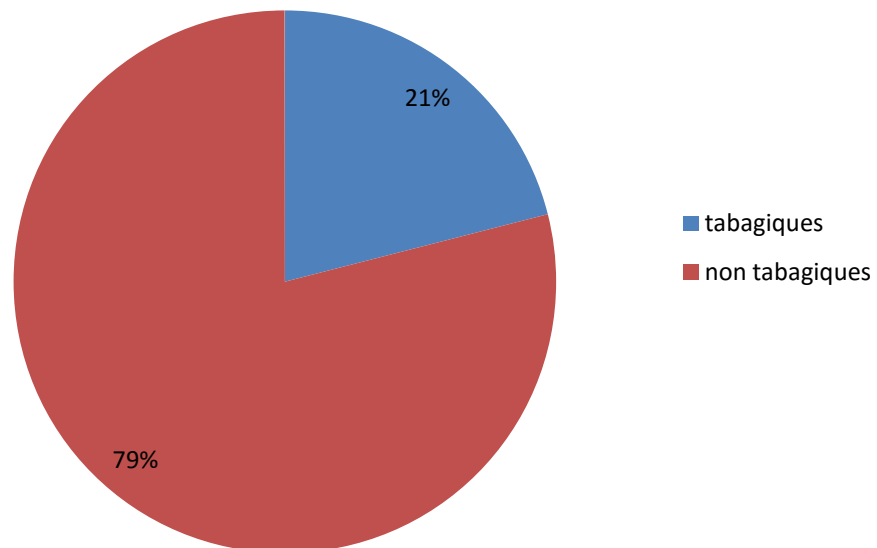


**Figure 3 : Répartition des cas selon le sexe**

## II. Facteurs de risque

### 1. Tabagisme

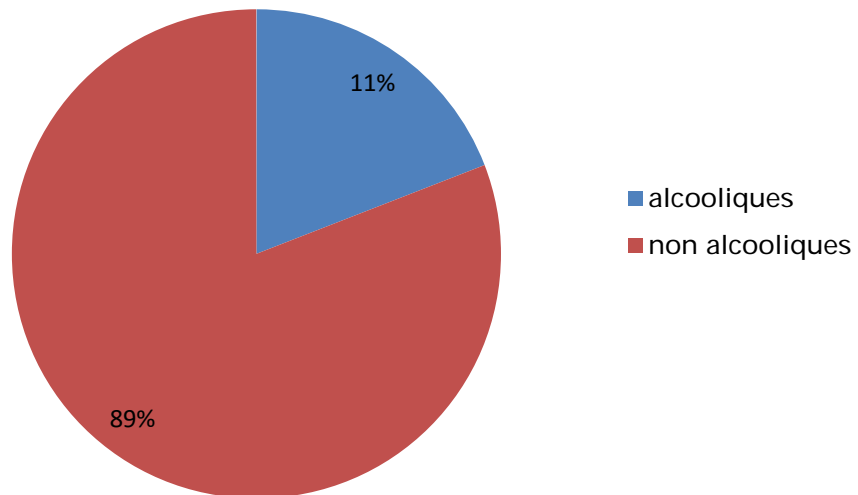
Les patients tabagiques ont été au nombre de 29(21%), contre 112(79%) cas des patients non tabagiques.



**Figure 4 : Répartition des cas selon le tabagisme**

## 2. Alcoolisme

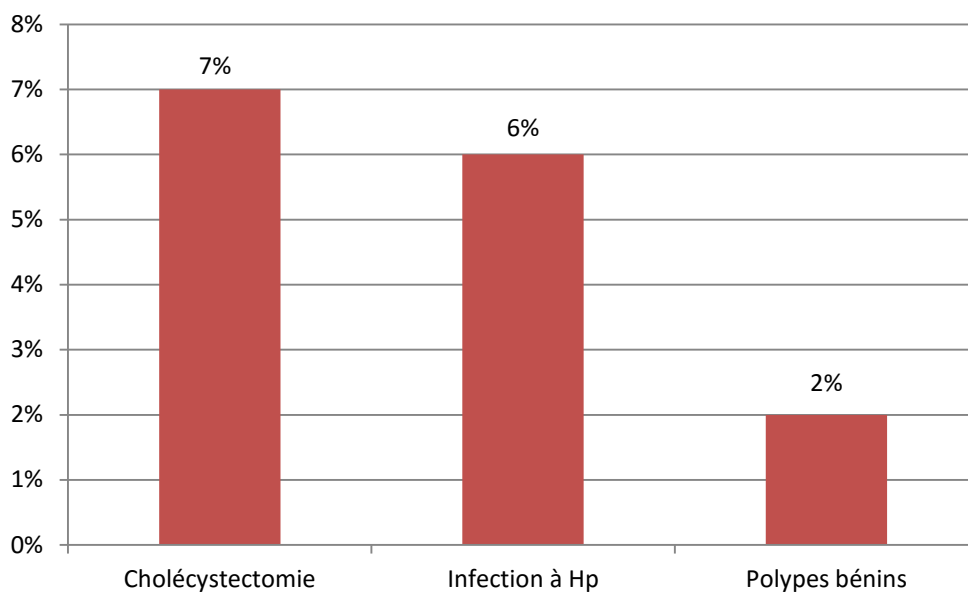
Dans notre série, les malade alcooliques ont été au nombre de 16(11%), alors que les non alcooliques ont présenté 125 cas (89%).



**Figure 5: Répartition des cas selon l'alcoolisme**

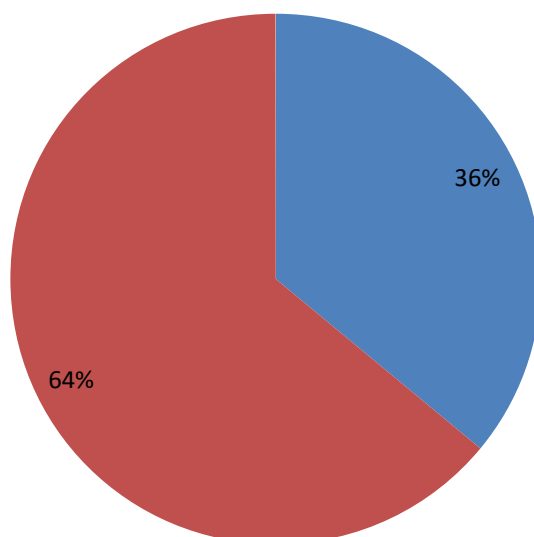
## 3. Autres facteurs de risque

- ✓ **Cholécystectomie:** les patients déjà cholécystectomisés ont été au nombre de 10(7%).
- ✓ **Infection à Hp :** Les patients ayant comme facteur de risque l'infection à HP ont présentés 9 cas(6%).
- ✓ **Polypes bénins :** avec 3 cas (2%). Deux se situent au niveau du rectum et un au niveau du colon.



**Figure 6 : La répartition des facteurs de risque les moins fréquents**

En concluant, que dans notre série les patient ayant un ou plusieurs facteurs de risque ont présentés 51 cas (36%), et que les autres facteurs de risque connus de la cancérologie digestive comme: les boissons chaudes, l'alimentation salée, l'excès e la graisse animale, et les MICI n'étaient jamais notés.



**Figure 7 : Répartition des cas selon les facteurs de risque**

### III. Antécédents pathologiques

#### 1. Antécédents personnels

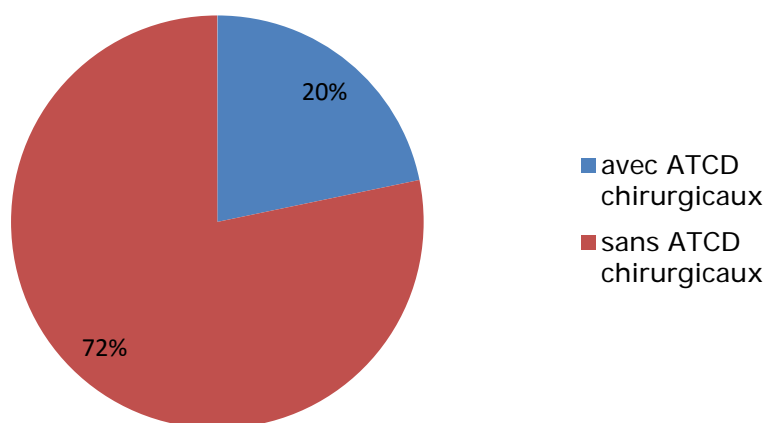
##### 1-1 Médicaux

En traitant les antécédents ayant un lien avec la pathologie digestive maligne, on a trouvé :

- Quatre cas d'anémie (2,83%) ;
- Trente-un cas de néoplasie personnelle digestive ou non digestive, surtout gynécologique (22%).

##### 1-2 Chirurgicaux

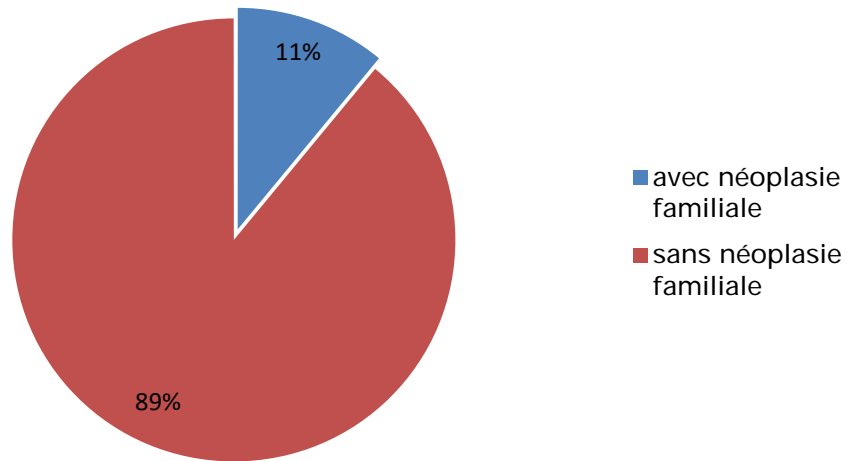
Vingt-huit de nos patients (20%) ont été opérés, dont 12 cas pour une néoplasie digestive ou non digestive, 10 cas pour une cholécystectomie; qui présente un facteur de risque des cancers colorectaux; 5cas pour une appendicectomie ; en parlant surtout des cancers de l'appendice; et 1 cas pour un ulcère gastroduodéal.



**Figure 6 :** Répartition des cas selon les ATCD chirurgicaux

## 2. Antécédents familiaux

Seize patients (11%) de notre série avaient des antécédents familiaux de cancers digestifs.

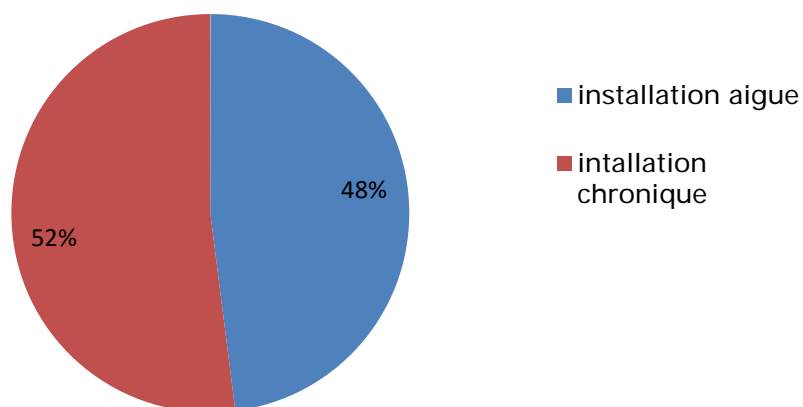


**Figure 9 : Répartition des cas selon le néoplasie familiale**

## IV. Etude clinique

### 1. Mode d'installation

L'installation était chronique dans 74 cas (52%), surtout dans le cadre de la dysphagie, alors que l'installation aiguë était de 67 cas (48%) intéressant notamment le syndrome occlusif.

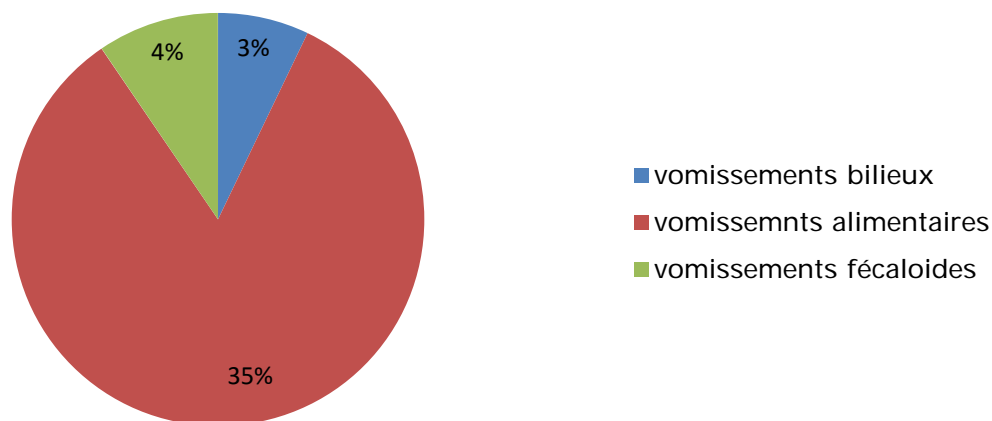


**Figure 7 : Répartition des cas selon le mode d'installation**

## 2. Signes fonctionnels

### 2-1 Vomissements

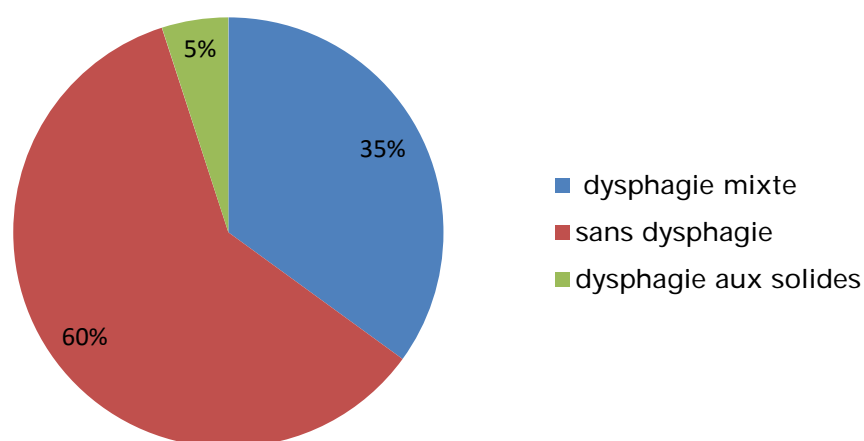
Ils sont retrouvés chez 59 patients (42%), ces vomissements étaient alimentaires chez 50 patients (35%), fécaloïdes chez 5 d'entre eux (4%), et bilieux chez 4 patients (3%); alors qu'ils étaient absents chez 82 patients (58%).



**Figure 8 :** Répartition des vomissements selon leur nature

### 2-2 Dysphagie

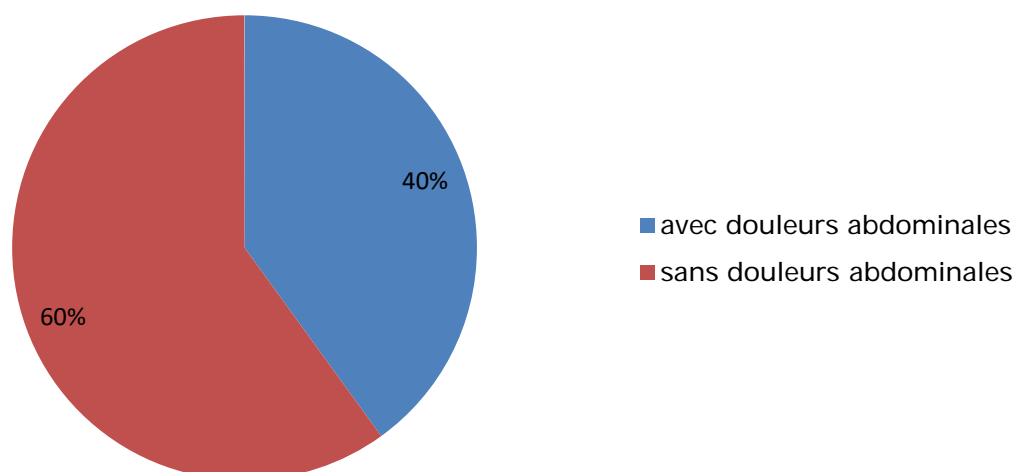
Elle présente un motif de consultation fréquent aux urgences, avec 57 cas (40%), il s'agissait d'une dysphagie mixte chez 50 cas (35%), et d'une dysphagie aux solides chez 7 cas (5%).



**Figure 9:** Répartition de la dysphagie selon son type

### 2-3 Douleurs abdominales

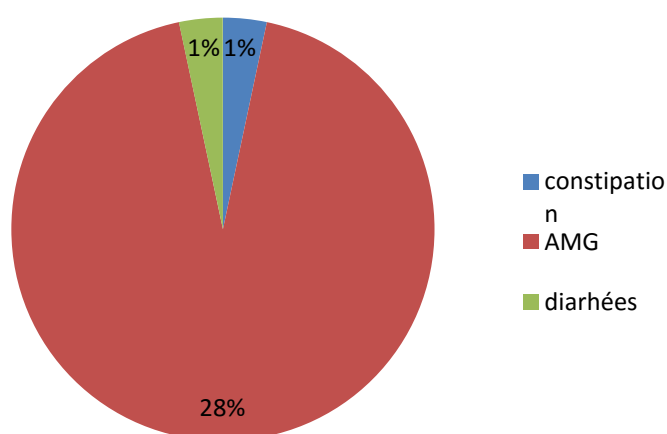
Cinquante-six cas de nos malades (40%) présentaient des douleurs abdominales, il s'agissait de douleurs diffuses ou localisées à un quadrant abdominal à type de brûlure, de crampes ou de torsion. Elles peuvent être permanentes, paroxystiques à fond continu ou paroxystiques pures. Leur intensité est variable mais souvent modérée.



**Figure 10:** Répartition des cas selon les douleurs abdominales

### 2-4 Troubles de transit

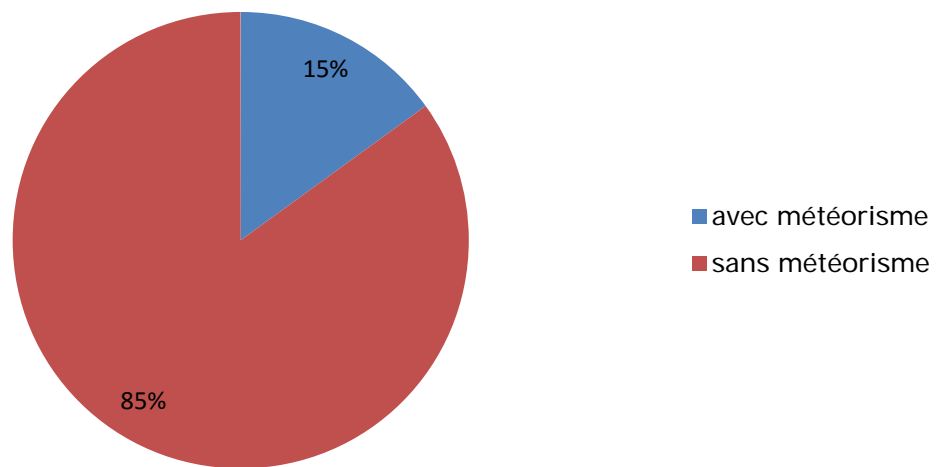
Ils étaient notés chez 42 patients (30%), en notant une prédominance importante de l'arrêt de matières et de gaz avec 38 cas (28%), alors que les diarrhées chez 2 cas (1%) et de même pour la constipation.



**Figure 14:** Répartition des troubles de transit selon leur type

### 2-5 Météorisme

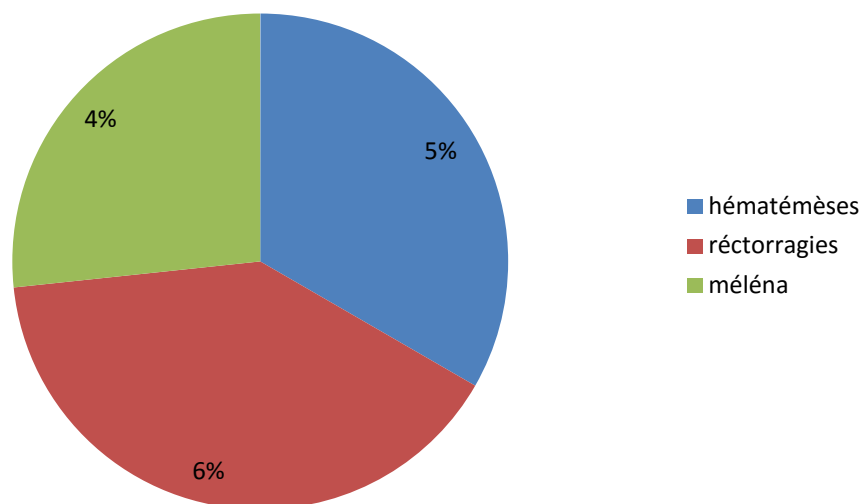
Il était noté chez 21 cas (15%).



**Figure 11 : Répartition des cas selon le météorisme**

### 2-6 Hémorragies digestives

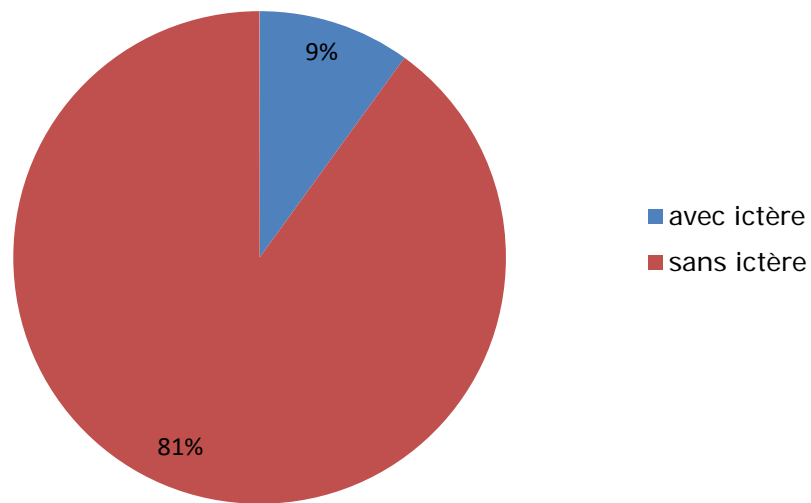
Vingt cas de nos patients (15%) présentaient des hémorragies digestives, sous forme de réctorragies chez 8 cas (6%), 7 cas d'hématémèses (5%), et 5 cas de méléna (4%).



**Figure 12 : Répartition des cas selon le type d'hémorragies digestives**

**2-7 Ictère**

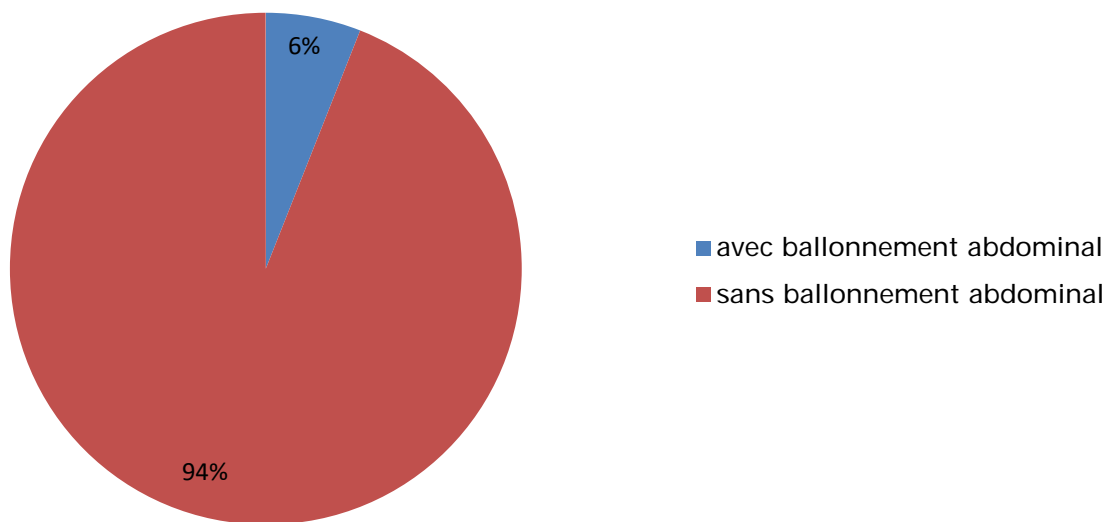
Il était noté chez 13 cas (9%), toujours d'allure choléstatique.



**Figure 13 : Répartition des cas selon l'ictère**

**2-8 Ballonnement abdominal**

Il est retrouvé chez 8 malades (6%), alors qu'il était absent chez 133 malades (94%).



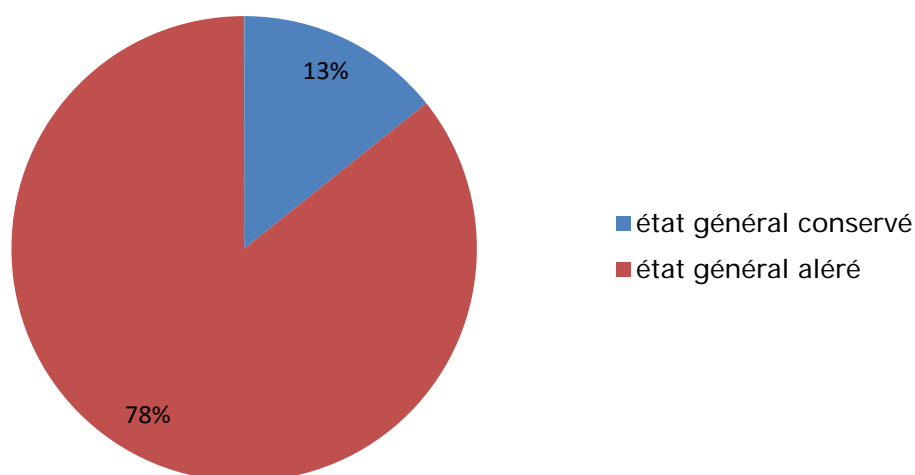
**Figure 18 : Répartition des cas selon le ballonnement abdominal**

On a noté aussi, la présence des douleurs osseuses chez un seul malade.

### 3. Signes généraux

#### 3-1 Etat général

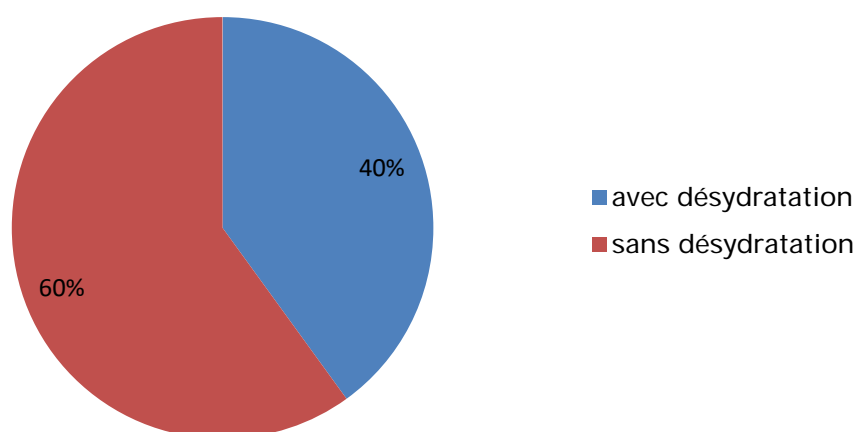
Sous forme d'amaigrissement, anorexie, et asthénie; il était altéré chez 122 patients (87%), contre 19 cas de conservation de l'état général (13%).



**Figure19** : Répartition des cas selon leur état général

#### 3-2 Déshydratation

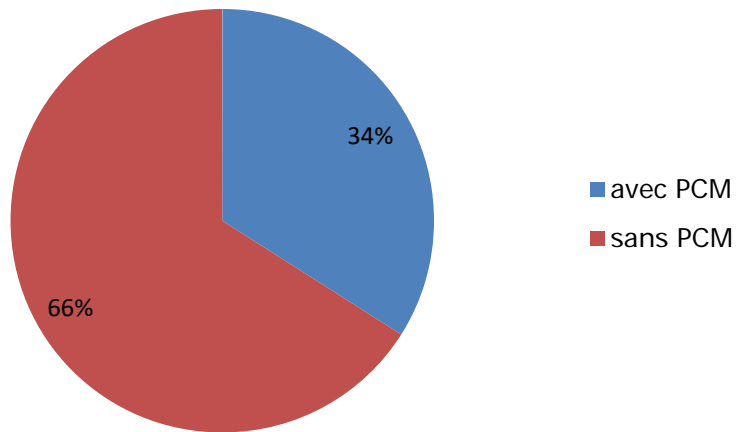
Les signes de déshydratation ont été trouvés chez 57 patients (40%) faits de la présence du pli cutané et/ou l'enfoncement des globes oculaires; et absents chez 84 patients (60%).



**Figure 14** : Répartition des cas selon la déshydratation

### 3-3 Pâleur cutanéomuqueuse

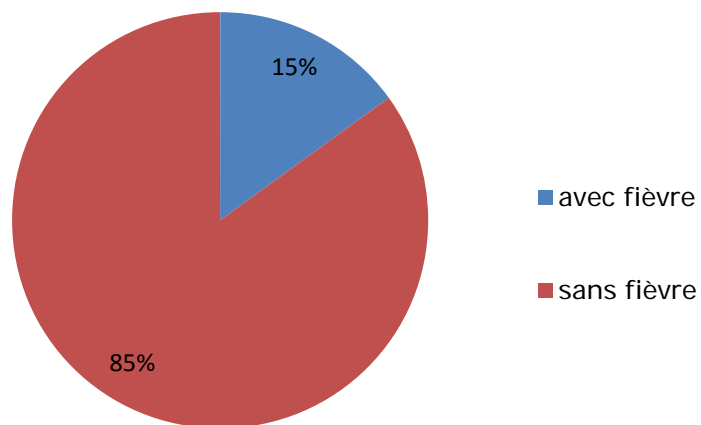
Elle était notée chez 48 cas (34%).



**Figure 15** : Répartition des cas selon la PCM

### 3-4 Fièvre

Elle était notée chez 21 cas (15%); il s'agissait des cas d'angiocholite et de péritonite.



**Figure 16** : Répartition des cas selon la fièvre

## 4. Signes physiques

### 4-1 Examen abdominal

#### a. Sensibilité abdominale

C'était le signe le plus fréquent avec 54 cas (38%), il s'agissait d'une sensibilité généralisée ou localisée.

#### b. Autres signes de l'examen abdominal

- Une distension abdominale était trouvée chez 34 cas (24%) ;
- Un météorisme était noté chez 21 cas (15%) ;
- Une masse abdominale était palpée chez 16 patients (34%), dont 11 masses (9%) étaient épigastriques ;
- Une défense abdominale était marquée chez 9 patients (8%), généralisée chez 4 cas ;
- Une contracture était retrouvée chez un seul patient de même que l'hépatomégalie,
- Pour les orifices herniaires, des adénopathies ont été notées chez 2 patients ;
- Aucun cas de splénomégalie n'était noté.

### 4-2 Toucher rectal :

Il était fait chez 30 patients (21%) ce qui représente 79% des cas de l'arrêt de matières et de gaz, et il a confirmé la vacuité de l'ampoule rectale chez 15 patients (11%), alors que le doigtier était souillé de sang chez 3 patients (2%) et l'ampoule rectale était pleine chez 3 autres patients (2%), le toucher rectal a objectivé chez 9 patients (6%) la présence d'un processus, en précisant aussi sa distance de la marge anale qui était de 4 cm en moyenne.

#### 4-3 Le reste de l'examen physique :

Il a permis de noter une adénopathie sus claviculaire chez 3 de nos malades, l'issu des selles du vagin chez 2 patientes, et une masse cervicale chez un seul patient, alors qu'aucun autre signe clinique n'était mentionné.

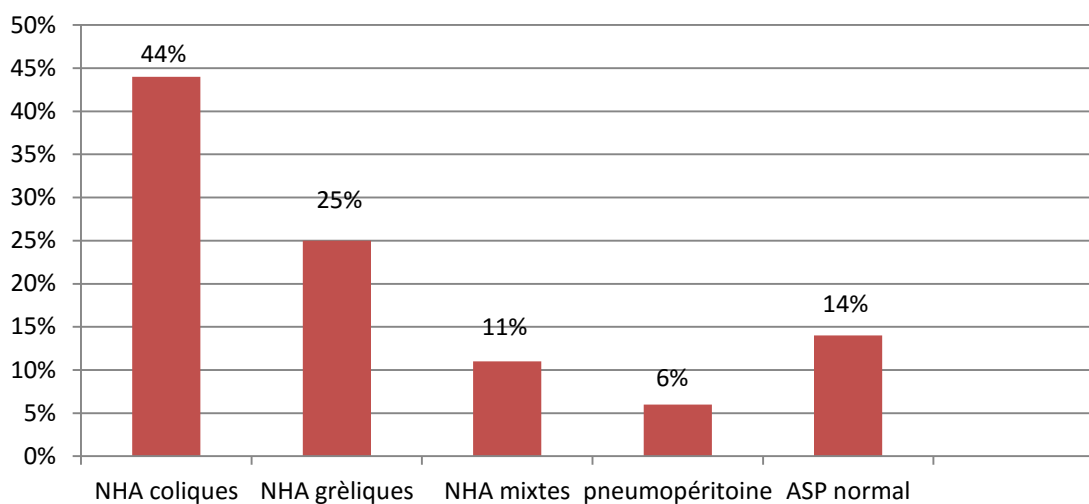
## V. Etude para-clinique

### 1. Examens morphologiques

#### 1-1 Examens radiologiques

##### a. Abdomen sans préparation

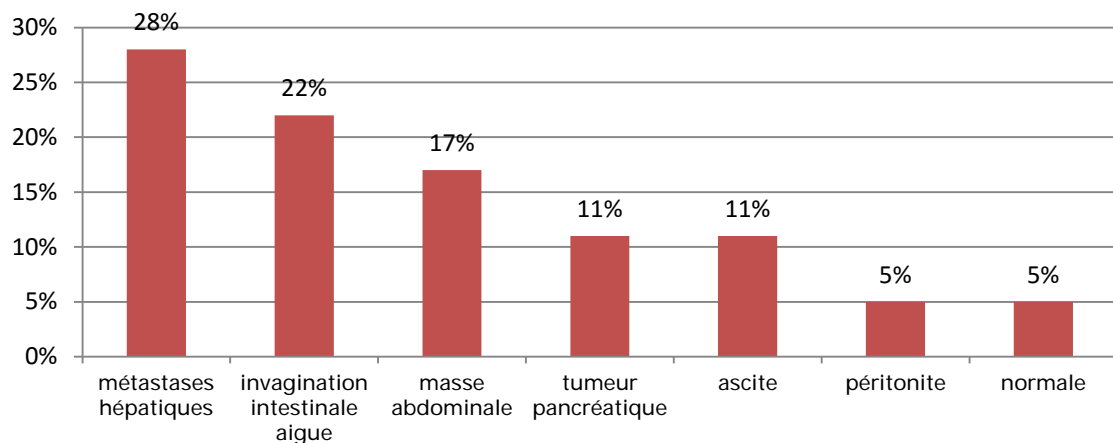
Il était réalisé chez 36 patients (26%), sont 95% des cas d'arrêt de matières et de gaz. Il a pu déceler la présence des NHA chez 29 malades (81%), chez 9 patients sont grêliques (25%), chez 16 patients sont coliques (44%), et mixtes chez 4 patients (11%). Alors qu'il a révélé un pneumopéritoine chez 2 patients (6%), et il était normal chez 5 patients (14%).



**Figure 23 : Répartition des cas selon les résultats de l'ASP**

### b. Echographie abdominale

Le recours à l'échographie abdominale était nécessaire chez 18 patients (13%). Elle a révélé l'image de métastases hépatiques chez 5 patients (28%), une invagination intestinale aigue chez 4 patients (22%), une masse abdominale chez 3 patients (17%), une tumeur pancréatique chez 2 patients (11%), un épanchement péritonéale chez 2 patients (11%), un seul cas de péritonite (5%), et elle était normale chez un seul patient (5%).

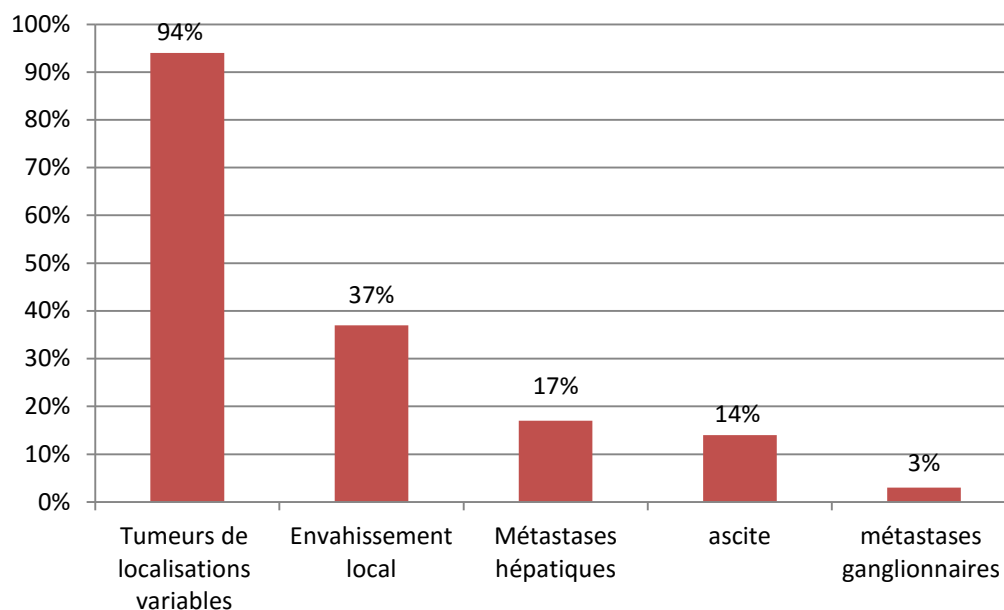


**Figure 24** : Répartition des cas selon les résultats de l'échographie abdominale

### c. Tomodensitométrie abdominale

Elle était effectuée en urgence dans 35 cas (25%), et elle a pu montrer:

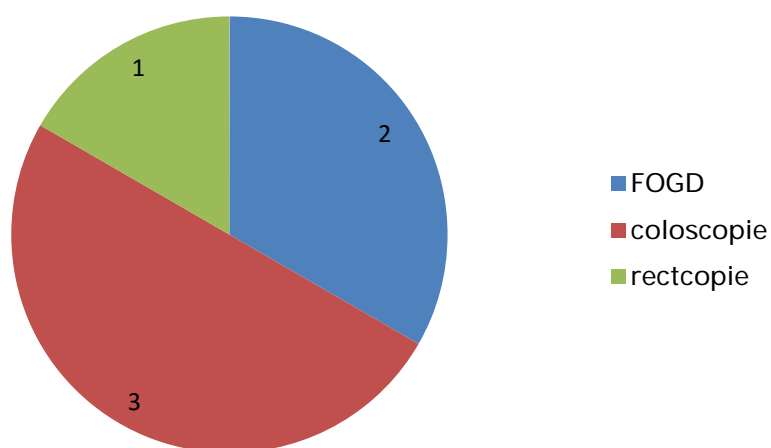
- Une tumeur digestive de localisation variable chez 33 patients (94%); avec envahissement local chez 13 patients (37%);
- Des métastases hépatiques chez 6 patients (17%);
- Un épanchement péritonéal chez 5 patients (14%);
- Et des métastases ganglionnaires chez un seul patient (3%).



**Figure 25:** La fréquence des anomalies révélées par la TDM abdominale

### **1-2 Endoscopie digestive**

Six patients (4%) avaient eu une endoscopie digestive en urgence ; dans tous les cas un processus tumoral était révélé avec la réalisation d'une biopsie. c'était une coloscopie pour 3 cas, une FOGD pour 2 cas, et une rectoscopie pour un seul cas.



**Figure 26:** Répartition des cas selon le type de l'endoscopie digestive

## 2. Biologie

Dans notre série, les examens biologiques faits en urgence étaient les suivants:

- **Une NFS** chez 120 patients (95%), diagnostiquant une anémie chez 94 patients; une hyperleucocytose chez 22 patients; une leucopénie chez un patient; et une thrombopénie chez un seul patient.
- **Un ionogramme** chez 94 patients (67%), révélant une hyponatrémie chez 34 patient; une hypokaliémie chez 22 patients.
- **Une albuminémie** chez 24 patients (17%), montrant une hypo-albuminémie chez 11 patients.
- **Une lipasémie** chez 16 patients (11%), avec une lipasémie élevée chez 5 patients.
- **Un bilan d'hémostase** chez 98 patients (70%), révélant des troubles d'hémostase chez 8 malades.
- **Un bilan rénal** chez 100 patients (71%), révélant 8 cas d'insuffisance rénale aigue.
- **Un bilan hépatique** chez 29 patients (21%), montrant 12 cas de choléstase et de cytolyse.
- **Une glycémie** chez 59 patients (42%), retrouvant une hyperglycémie chez 4 patients connus diabétiques.

Aucun dosage des marqueurs tumoraux n'a été réalisé en urgence.

## 3. Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique a un apport important dans la prise en charge des cancers digestifs; elle a un apport diagnostique par le biais des biopsies réalisées lors des endoscopies, et un apport pronostique par le biais de l'étude des biopsies (tumoraux, péritonéales, hépatiques, ou ganglionnaires) et des pièces d'exérèse chirurgicales.

Les résultats de l'étude histologique de notre série sont rapportés sur le tableau ci-dessous :

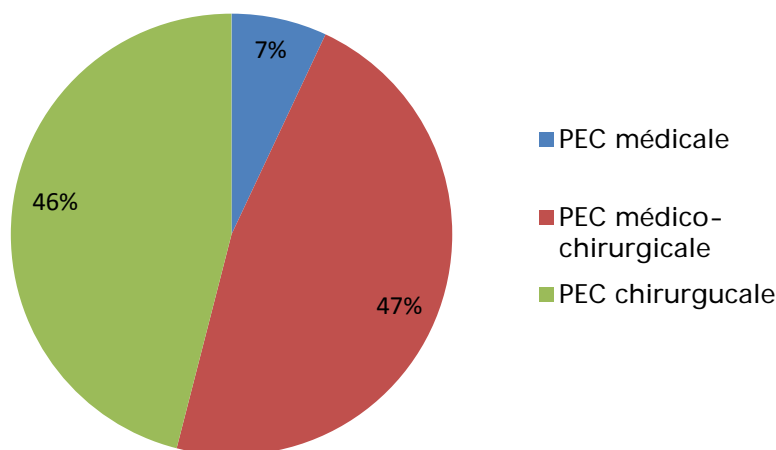
**Tableau III:** Répartition des cancers par segment du tube digestif en fonction du type histologique

Type histologique Localisation tumorale	Adénocarcinomes	Carcinomes	Tumeurs malignes (SAI)*
Estomac	33	5	3
Œsophage	3	30	3
Colo-rectum	19	6	8
Grêle	6	2	8
Pancréas	1	2	8
Appendice	0	2	0
Foie	0	0	1
VBP	1	0	0
<b>Total</b>	<b>63 (45%)</b>	<b>47 (33%)</b>	<b>31(22%)</b>

\*SAI (Sans Autre Indication)

## VI. Prise en charge thérapeutique

En traitant, dans notre série, la prise en charge des cancers digestifs en urgences, on avait distingué trois profils de cette prise en charge soit médicale pure avec 10 cas (7%), ou chirurgicale pure avec 65 (46%), ou médico-chirurgicale chez 66 patients (47%).



**Figure 27:** Répartition des cas selon le type de la prise en charge

## 1. Prise en charge médicale

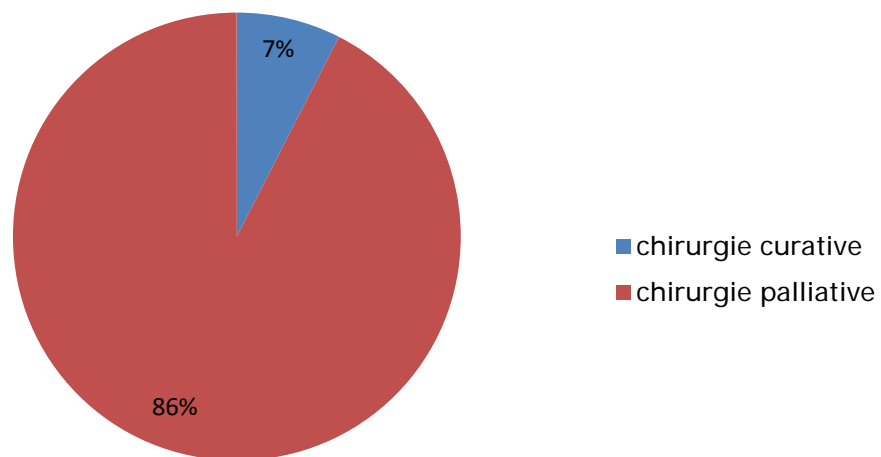
Le traitement médical était adapté à chaque patient, en comportant:

- **Un sondage gastrique** chez 31 patients (22%);
- **un schéma de réhydratation** avec correction des troubles hydro-électrolytiques chez 30 patients (21%);
- **une transfusion** chez 33 (23%);
- **une antibiothérapie** chez 15 patients (11%), alors qu'elle est systématique en post opératoire chez tous les malades;
- **des antispasmodiques** chez 15 patients (11%);
- **des IPP** chez 5 patients (4%);
- **une insulinothérapie** chez 5 patients (4%) connus diabétiques;
- **une alimentation parentérale** chez 7 patients (5%);
- **et de la vitamine K** pour 8 patients (6%).

## 2. Prise en charge chirurgicale

### 2-1 Indication chirurgicale

La majorité des interventions chirurgicales étaient effectuées dans un but palliatif avec 121 chirurgies (86%) ; contre 10 chirurgies d'une indication curative (7%) ; sachant bien que 10 patients n'étaient pas opérés (7%).



**Figure 28:** Répartition des cas selon l'indication chirurgicale

### **2-2 Voie d'abord**

Chez les patients opérés, la voie d'abord était médiane chez 122 patients (93%), sous costale droite chez 8 patients (6%), et élective au niveau de la FIG chez un seul patient (1%).

Aucun patient n'a été abordé par cœlioscopie.

### **2-3 Exploration chirurgicale**

L'intervention débute toujours par un temps d'exploration abdominale; qui est un temps capital et décisif pour le type d'intervention à envisager. Il comporte: l'examen des organes digestifs, la localisation de la tumeur primitive quand elle est accessible, le bilan locorégional de la tumeur, la palpation du foie, la visualisation et la palpation des aires ganglionnaires, l'inspection des organes de voisinage et du péritoine.

#### **a. Siège de la tumeur**

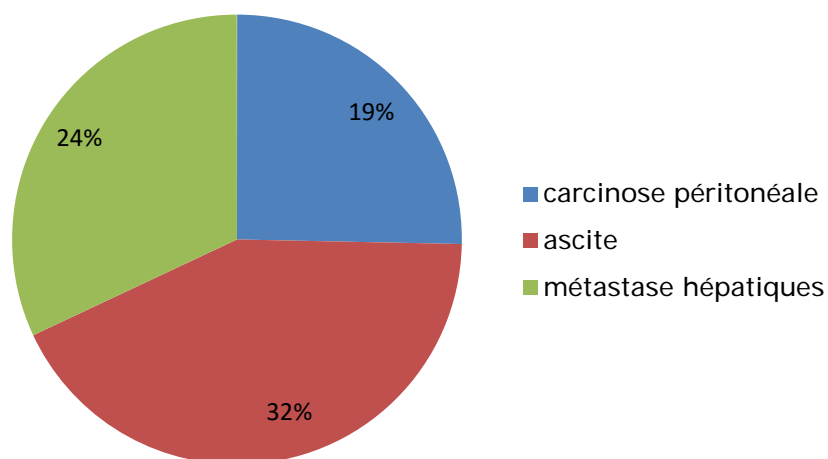
La répartition du siège des masses tumorales chez les patients opérés est résumée dans le tableau suivant :

**Tableau IV: Répartition des cas opérés selon le siège de la tumeur**

Localisation	Nombre de cas	Pourcentage
Non détectable	41	31%
Estomac	41	31%
Rectum	15	11%
Colon	12	9%
Grêle	9	7%
Pancréas	7	5%
Œsophage	5	4%
VBP	1	1%
total	131	100

**b. Autres principales constatations chirurgicales**

- **Ascite:** Etait retrouvée dans 42 cas, 32% des patients opérés.
- **Carcinose péritonéale:** Etait mise en évidence dans 25 cas, 19% des patients opérés.
- **Métastases hépatiques:** Etaient notées dans 31 cas, 24% des patients opérés.



**Figure 29: Répartition des cas opérés selon les constatations chirurgicales**

#### **2-4 Gestes chirurgicaux**

Adaptés à chaque patient, on peut classer les gestes chirurgicaux effectués en deux catégories: palliatifs et curatifs.

##### **a. Gestes palliatifs**

Dans le but d'améliorer la qualité de vie du malade, la chirurgie palliative est souvent envisagée dans les cancers avancés pour soulager la douleur liée à la taille de la tumeur, pour faciliter le fonctionnement de l'organe atteint ou pour prévenir une complication propre à la tumeur.

Représentant la majorité des chirurgies, comme déjà noté, ils englobent:

- **Jéjunostomie d'alimentation**

Constituant le geste chirurgical le plus fréquent, elle était confectionnée chez 68 patients (52%) des opérés, en traitant la dysphagie qui complique surtout les cancers sténosants œsophagiques, gastriques.

- **Colostomie de décharge**

chez 26 patients (20%), dans le cadre de la prise en charge de certains cancers sténosants coliques et rectaux, étant compliqués par un syndrome occlusif.

- **Dérivation interne**

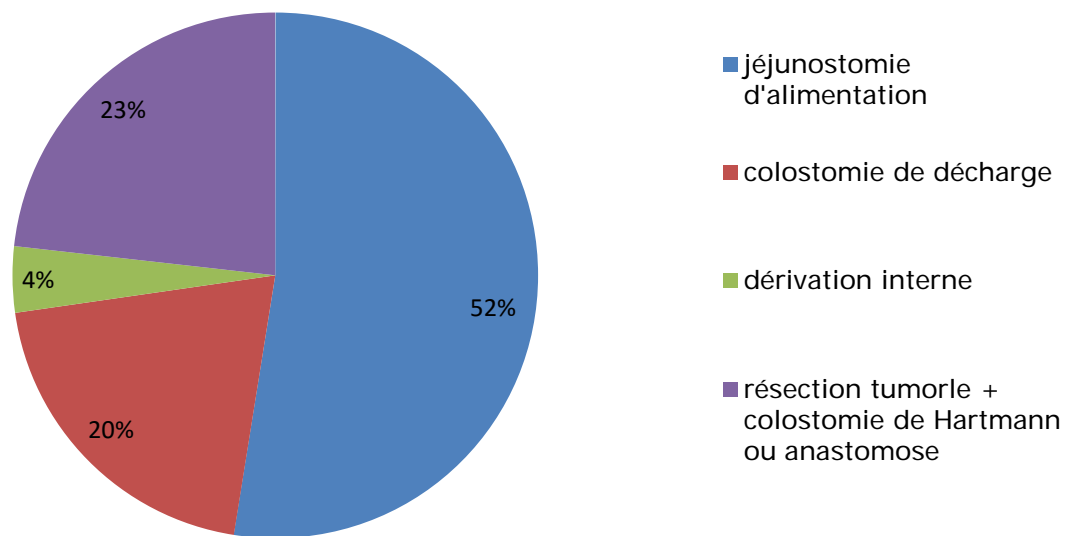
On a noté, dans notre série, deux types de dérivation interne: cholédoco-duodénale avec 3 cas de cancer de la tête de pancréas, et iléo-colique latéro-latérale chez 2 patients opérés pour un cancer colique. Donc faite chez 5 patients, elle a représenté 4% des chirurgies palliative.

- **Résection tumorale**

Lorsqu'elle est associée à une colostomie ou une anastomose d'objectif palliatif, elle est considérée comme un acte palliatif (23%) :

La résection colique palliative et abouchement en Hartmann pour 6 patients.

L'anastomose pour 16 patients: 5 gastro-entéro-anastomoses pour cancer gastrique, 7 grêlo-coliques pour cancer du colon droit et 4 grêlo-grêliques pour cancer grêlique.



**Figure 30:** Répartition des cas opérés selon le geste palliatif fait

#### **b. Gestes curatifs**

L'objectif d'un traitement curatif est d'entraîner la guérison. Une fois le diagnostic de cancer clairement posé, la chirurgie curative a pour but de retirer complètement la tumeur primaire avec une marge des tissus voisins sains et un curage des ganglions lymphatiques irriguant la région. Cet acte permet de limiter le risque de persistance de quelques cellules cancéreuses qui entraîneraient un risque de récurrence ou de propagation.

En pratique, la chirurgie curative n'est possible que dans certaines conditions dépendantes du type de tumeur. Dans d'autres cas, la localisation exacte au sein de l'organe ou la taille de la tumeur.

- **Résection tumorale**

Considérée comme acte curatif, elle était toujours associée à une anastomose protégée ou non avec une stomie d'amont, et cette résection intéresse soit la tumeur avec des limites saines ; soit l'organe comportant la tumeur.

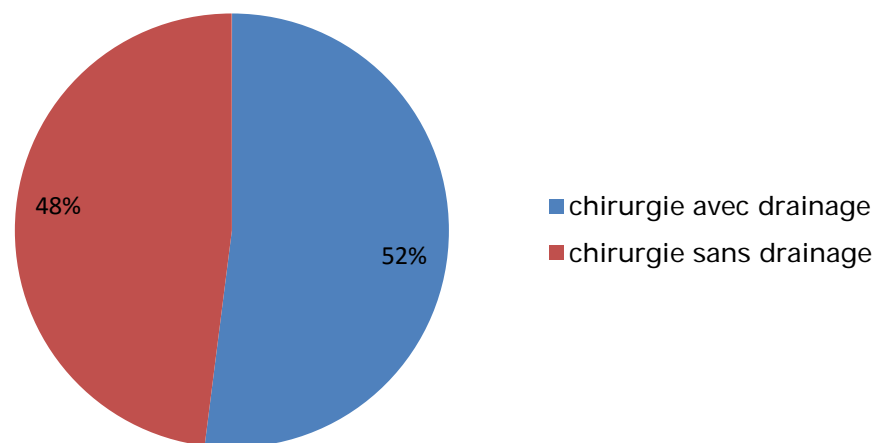
On a noté cette conduite thérapeutique chez 10 patients:

- cinq cas de cancer grêlique,

- deux cas de cancer gastrique,
- un cas de cancer colique,
- et deux cas particuliers : il s'agissait du cancer de l'appendice révélé par l'étude histologique de la pièce opératoire d'une appendicectomie; pour lesquels la conduite thérapeutique a consisté à une héli-colectomie droite avec anastomose grêlo-colique termino-latérale.

#### 2-5 Drainage

Mis en place chez 42 patients, équivalent de 52% des patients opérés.



**Figure 31:** Répartition des cas opérés selon le drainage

#### 2-6 Résultats immédiats

##### a. Mortalité postopératoire

Aucun cas n'était noté dans notre série d'étude.

##### b. Morbidité postopératoire immédiate

La morbidité était de 3% avec 4 patients qui ont eu des suites postopératoires compliquées classées en 2 catégories :

- **Complications générales:** observées chez 3 patients

- Bronchospasme sévère;
  - Déglobulisation, associée à une fièvre à 39°C;
  - Instabilisation hémodynamique.
- **Complications spécifiques:** notées chez 1 patient
- Infection de la cicatrice médiane
- c. Traitement préconisé**
- Transfusion chez 2 patients;
  - Antibiothérapie chez 2 patients;
  - Intubation ventilation assistée, nébulisation continue en adrénaline, corticothérapie, et bêta 2 mimétiques en SAP chez le même patient.
  - Soins locaux biquotidiens de la plaie opératoire.

### **3. Durée d'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 14 jours, avec des extrêmes de 4 jours et de 30 jours.

La majorité des cas étaient hospitalisés pour une durée d'une semaine: 63%.

### **4. Durée d'hospitalisation postopératoire**

La durée moyenne était de 8 jours, avec des extrêmes de 1 jour de séjour postopératoire à 20 jours.

La majorité des cas étaient hospitalisés pendant moins de 4 jours: 73%.

### **5. Suivi postopératoire**

Tous les patients ont été adressés au service d'oncologie, au CHU Mohammed VI de Marrakech, pour complément de prise en charge.



*DISCUSSION*

## I. Données épidémiologiques

### 1. Classification des cancers digestifs par siège et par ordre de fréquence

Dans une autre étude faite au niveau du CHU Mohammed VI dans la région de Marrakech, l'estomac est l'organe de prédilection avec 45,6 %, suivi des cancers colorectaux avec 26,4 %, de l'œsophage avec 9 %, des voies biliaires avec 8,1%, et en dernière position le foie avec 4,6%. [4]

Toujours au Maroc, mais à la région de Fès- Boulemane, la répartition des cancers digestifs par localisation a montré une prédominance des cancers colorectaux avec 464 cas (41,43%), suivis des cancers gastriques avec 332 cas (29,64%), et les cancers hépatiques étaient en troisième rang avec 91 cas (8,12%). [1]

Au Mali plus précisément à Bamako, le siège le plus touché par la pathologie digestive maligne était l'estomac avec 68 cas (59,1%), suivi du foie avec 23 cas (19,1%), puis le siège colorectal avec 12 cas (11,2%). [2]

A Rwanda, les cancers digestifs les plus fréquents selon la topographie sont par ordre: les cancers gastriques, les cancers hépatiques, puis les cancers colorectaux. [5]

Par ailleurs, en Algérie et plus précisément à la région de Chlef, les cancers gastriques étaient en première position, viennent en suite les cancers colorectaux, puis les cancers du foie. [3]

Globalement, la majorité des études citées ont montré que les cancers digestifs les plus fréquents sont: les cancers gastriques, colorectaux, et du foie; ce qui ne rejoint pas complètement les résultats de notre étude qui a révélé que les trois organes digestifs les plus touchés par la pathologie malignes sont par ordre de fréquence: l'estomac, l'œsophage, et le colo-rectum. Cette différence est très probablement due au fait que dans notre série, on a inclus que les cas des cancers digestifs compliqués ou révélés par des tableaux urgents. Une seule étude, faite aussi sur la région de Marrakech et dans le même service, a noté l'œsophage parmi les trois organes les plus touchés par la cancérologie digestive; ce qui rejoint les résultats de notre étude.

**Tableau V: La fréquence des cancers digestifs selon la topographie par série**

Localisation	Notre étude : 141 cas	CHU Mohammed VI Marrakech: 1052 cas [4]	Les CHU du Rwanda: 738 cas [5]	CHU Hassan II Fès: 1120 cas [1]	Cinq CHU de la région de Chlef: 388 cas [3]	CHU Gabriel Touré Bamak: 115 cas [2]
Estomac	29%	45,6%	42%	29,64%	35%	59,1%
Œsophage	26%	9%	9%	5,98%	6%	3,5%
Colo-rectum	23%	26,4%	15%	41,43%	22%	11,2%
Grêle	11%	1,2%	3%	7,86%	1,7%	-
Pancréas	8%	1%	5%	5,18%	5,18%	7,1%
Foie	1%	4,6%	24%	8,12%	8,12%	19%
Voies biliaires	1%	8,1%	2%	5,18%	9,52%	-

## 2. Age

Dans de nombreuses études, le pourcentage des différentes classes d'âge augmente corrélativement avec l'élévation de l'âge, ainsi la population touchée correspond en majeure partie à celle âgée de plus de 50 ans. [2, 3, 5]

Les séries marocaines ont une moyenne d'âge de 58,1 ans dans la région de Marrakech [4], et de 54,81 ans dans la région de Fès. [6]

Ces résultats rejoignent ceux de notre série.

**Tableau VI: Répartition des cas selon l'âge par série**

L'âge	CHU Gabriel Touré Bamako: 115 cas [2]	Les CHU du Rwanda: 738 cas [5]	Cinq CHU de la région de Chlef: 388 cas [3]	Notre série
< 20 ans	0%	3%	0%	1%
20 - 30 ans	3%	9%	2%	7%
30 - 40 ans	12%	19%	7%	9%
40 - 50 ans	19%	28%	12%	23%
> 50 ans	66%	41%	79%	60%

### 3. Sexe

Les différentes données épidémiologiques ont noté une légère prédominance masculine, comme notre étude. [2, 4, 6, 7]

**Tableau VII: Répartition des cas selon le sexe par série**

	CHU Gabriel Touré Bamako: 115 cas [2]	CHU Hassan II Fès: 646 cas [6]	Registre du Cancer du Niger: 594 cas [7]	CHU Mohammed VI Marrakech: 1052 cas [4]	Notre série
<b>% des femmes</b>	-	-	38,2%	40%	<b>45%</b>
<b>% des hommes</b>	-	-	61,8%	60%	<b>55%</b>
<b>Sex-ratio</b>	1,5	0,6	1,62	1,5	<b>0,8</b>

## II. Facteurs de risque

### 1. Tabagisme

Au monde entier, c'est le facteur de risque le plus confirmé et le plus fréquent de la cancérologie digestive. [2, 8, 9], ce même résultat est aussi retrouvé au Maroc. [6]

Les études ont révélé aussi que l'importance du rôle cancérogène du tabagisme se diffère selon la localisation du néoplasie, par exemple le risque de cancer de l'œsophage est multiplié par 32 chez les fumeurs [9], pour le cancer colorectal le pourcentage des cas fumeurs malades est de 21,7% [10], alors que le tabac n'est pas un facteur étiologique essentiel du cancer gastrique. [9]

Ces les mêmes conclusions de notre étude, puisque le tabagisme a été le facteur de risque le plus fréquent avec un pourcentage de 21%.

## 2. Alcoolisme

Le principal métabolite de l'alcool dans le tube digestif: l'acétaldéhyde a récemment été classé par l'OMS comme carcinogène groupe 1. [11]

Dans une étude sur les cancers digestifs, l'alcoolisme est situé en deuxième position des facteurs de risque. [2]

En France, la mortalité par cancer digestif attribuable à l'alcool est très importante, elle se diffère selon le siège, l'œsophage et le foie se situent en premier: par exemple, 86% des décès masculins par le cancer de l'œsophage est attribuable à l'alcool. [14]

L'association alcoolo-tabagique présente un risque accru de la cancérologie digestive. [8,6]

Les résultats de notre étude s'accordent avec ces conclusions de la littérature.

## 3. Autres facteurs de risque

### 3-1 Cholécystectomie

Par l'exposition chronique à la bile, la cholécystectomie représente un risque accru du cancer gastrique et grêlique, contrairement au cancer de l'œsophage et de colo-rectum dont le risque est réduit. Certes, les cancers du tractus hépatobiliaire restent les cancers qui résultent le plus de la cholécystectomie. [12]

Dans une autre étude sur le cancer de l'œsophage, La cholécystectomie est associée à un risque faible, mais significatif du cancer de l'œsophage, du à l'exposition chronique à la bile qui est plus marquée en cas de RGO. Par ailleurs, la corrélation entre cholécystectomie et survenue du cancer de l'œsophage tendait à augmenter avec la durée du suivi post-cholécystectomie, notamment après 10 ans de suivi. [13]

Dans notre série, le pourcentage des patients déjà cholécystectomies était aussi faible: 7%, rejoignant ainsi les résultats de la littérature, surtout que la durée de notre étude est seulement 3ans.

**Tableau VIII: la fréquence de la cholécystectomie selon le siège [12]**

Le siège du cancer	Nombre de cas de cancer	Pourcentage des malades cholécystectomies
Tractus hépatobiliaire	27314	11,7%
Pancréas	33280	3,3%
Estomac	22860	3%
Colo-rectum	150045	2,6%
Œsophage	11442	2,4%

### **3-2 Infection à Hp**

Le mécanisme carcinogène de cette bactérie est l'atrophie gastrique qui se considère comme lésion précancéreuse, et un traitement de l'éradication permet une réduction significative de l'incidence de l'atrophie gastrique: 77,2%. [12]

L'infection à l'Hp a été reconnue comme facteur étiologique du cancer de l'estomac en 1994 par l'OMS qui l'a classé parmi les carcinogènes de type 1, par conséquent 80% des cancers gastrique sont liés à la bactérie. [11, 23]

Cependant, très peu de sujets infectés développent un cancer car cet infection ne peut à elle seule être à l'origine du cancer de l'estomac. [9]

Les résultats de notre étude rejoignent ceux de la littérature, puisque les patients infectés sont seulement du cancer gastrique, et le nombre n'était pas significatif.

### **3-3 Polypes bénins**

Le potentiel néoplasique des polypes, en particulier colorectaux, était bien établi dès le début des années 1990. Ainsi plus de 60% des cancers colorectaux proviennent d'un adénome. [15,16]

Le risque de dégénérescence de ces polypes augmente avec la taille, la présence de la composante villositaire et le degré de dysplasie. [15,16]

Mais, la séquence adénome-cancer est très lente, plus de 10 ans. [15,16]

Ces résultats expliquent ceux de notre série, dans laquelle le pourcentage des polypes était diminué vu que la durée d'étude est juste 3 ans, et tous les polypes dégénérés étaient de localisation colorectale.

D'autres facteurs favorisants sont cités par plusieurs études, alors qu'ils étaient non révélés par la notre:

- ✓ **Facteurs alimentaires:** pour tous les cancers digestifs, quelque soient leurs localisation, la consommation des viandes rouges, la salaison, la fumaison, ainsi que le régime hypercalorique représentent des éléments avantageux. [2, 3, 9, 11, 17, 18, 19, 20]
- ✓ **Maladies pré-disposantes:** comme les polypes autres lésions précancéreuses sont citées dans la littérature: la pancréatite chronique calcifiante, et les tumeurs intracanalaires mucineuses et papillaires pour le cancer pancréatique. [19]. Les brûlures caustiques, le syndrome de Plummer-Vinson, le diverticule de Zencker, et le cardiospasme; qui multiplie le risque par 7 à 15 pour le cancer de l'œsophage. [17]. Les lésions de l'atrophie sévère ou de la métaplasie intestinale pour le cancer gastrique. [23]. Et les MICI pour le cancer du grêle. [6]
- ✓ **Facteurs environnementaux:** tel que l'origine géographique, certains toxiques comme les hydrocarbures aromatiques polycycliques ou les insecticides organochlorés. [11, 19]
- ✓ **Obésité:** les cancers digestifs sont les cancers les plus sensibles au surpoids quelque soit leurs siège. [18, 21]
- ✓ **Facteurs génétiques:** on parle des cancers de caractère héréditaire, ou même des syndromes du cancer familial. [3, 13, 18, 19, 22, 23]

### **III. Étude clinique**

#### **1. Mode d'installation**

Les motifs de consultation les plus fréquents: la dysphagie et l'occlusion d'origine maligne qui sont d'évolution progressive [26, 28, 35, 40, 41, 43, 48], et même en cas d'invagination intestinale sur tumeur intestinale maligne, le mode évolutif est habituellement chronique ou subaigu [81], ce qui explique aussi les résultats de notre étude ou ces deux signes sont également les plus fréquents et par conséquent, le mode d'installation chronique était prédominant.

#### **2. Signes fonctionnels**

##### **2-1 Vomissements**

Dans la cancérologie digestive, les vomissements sont classés en deuxième position après les douleurs abdominales. [2]

Alors que dans notre série c'étaient le signe fonctionnel le plus fréquent.

Sa prédominance dans notre série, peu être est expliquée par sa présence dans la plupart des tableaux cliniques des urgences de l'oncologie digestive: le syndrome occlusif; la dysphagie; l'angiocholite; la péritonite [27].

Dans la littérature, les vomissements sont surtout liés à l'oncologie gastrique, et ils sont alimentaires. [24, 25, 26]. Ces résultats rejoignent ceux de notre étude.

##### **2-2 Dysphagie**

Elle représente une complication très fréquente des cancers digestifs plus précisément des cancers œsophagiens et gastriques. [29]

Plus de 50% des patients atteints de cancer de l'œsophage se présentent à un stade avancé dont le principal signe est la dysphagie. [28]; dans une autre étude tous les cas colligés de cancer de l'œsophage ont consultés pour une dysphagie d'installation progressive, d'abord aux solides puis aux liquides. [62]

Et pour le cancer gastrique, la dysphagie se situe parmi ses symptômes les plus fréquents. [25, 26]

Du même notre série a aussi révélé que la dysphagie est la principale complication du cancer œsophagien et du cancer gastrique.

### **2-3 Douleurs abdominales**

Signe associé à la majorité des cancers digestifs, avec une fréquence toujours élevée. [2], surtout dans les cancers gastriques, colorectaux, hépatiques, et pancréatique. [24, 25, 26, 30, 33, 42], rejoignant ainsi les résultats de notre série mais avec un pourcentage moindre.

### **2-4 Troubles de transit**

Englobant l'AMG, la constipation, et les diarrhées, les troubles de transit représentent un motif de consultation important, par exemple ils représentent 22,5% des manifestations cliniques du cancer de l'estomac. [24]. Pour les cancers colorectaux, ils représentent 51,51% des symptômes. [56], et 19% comme signe révélateur. [30, 32]. Et on parlant des occlusions intestinales, les lésions néoplasiques sont leurs causes les plus fréquentes. [48]

Aux urgences de l'oncologie digestive, l'AMG est l'essentiel trouble, qui est soit une complication révélatrice ou évolutive des cancers intestinaux, cette occlusion est un mode de découverte fréquent notamment du cancer du colon puisqu'il permet le diagnostic dans 10 à 25% des cas. Cependant, elle représente un facteur de mauvais pronostic. [31,42, 84]

Egalement dans notre série, les troubles de transit ont représenté 30% des cas, avec une prédominance nette de l'AMG.

### 2-5 Hémorragies digestives

Les hémorragies digestives ont plusieurs étiologies dont 5 à 8% sont des tumeurs malignes pour les hautes, et 20% pour les basses. [33]

Elles représentent une complication rare des cancers digestifs, qui impose une prise en charge urgente. [31], par exemple l'hématémèse n'est notée que chez 8 cas parmi 53 malades atteints de cancer gastrique. [26] et que chez 3 cas parmi 38 malades de cancer pancréatique. [33]

Dans une autre étude, les hématémèses et les rectorragies représentent respectivement 15% des cas de cancers gastriques et 49,24% cancers colorectaux. [56, 30]. D'autres études aussi ont montré que les pourcentages des trois types d'hémorragies digestives sont diminués et très proches [25, 2, 34]. Ces résultats sont identiques à ceux de notre étude.

### 2-6 Ictère

L'ictère est un signe peu fréquent comme motif de consultation en urgence. [2] Certes, sa présence est due dans 60% à une cause cancérologique surtout pancréatique, et moins fréquemment hépatique. [24, 85]

Il s'agit d'un ictère lié à la compression de la voie biliaire principale. [31]

À la cancérologie pancréatique, l'ictère est le premier signe amenant le malade à consulter, dans ce cas le diagnostic se fait malheureusement tardivement. [60]

Tous ces chiffres confirment ceux de notre série, dans laquelle l'ictère n'a représenté que 9% des signes avec 13 cas, dont 10 ayant comme étiologie un cancer pancréatique.

### 3. Signes généraux

#### 3-1 Altération de l'état général

En parlant de l'oncologie digestive, l'altération de l'état général est toujours citée parmi les symptômes les plus fréquents, avec des pourcentages très élevés et quelque soit le siège. [2, 24, 25, 26, 60, 34, 37, 39, 56]

#### 3-2 Autres signes généraux

- ✓ **La déshydratation** présente, par exemple 76,9% des malades atteints de cancers gastrique, alors que l'amaigrissement présente 96,8%. [34, 39];
- ✓ **La pâleur cutanéomuqueuse** représente 25% et 15,68% par rapport à 93,8% et 84,31% pour l'amaigrissement, respectivement en cas de cancer de l'œsophage et de l'estomac. [35,38];
- ✓ **La fièvre** est rarement le symptôme révélateur du cancer colique. [36]

Ces résultats montrent clairement que l'altération de l'état général qui prédomine les signes généraux, et c'était le cas dans notre série.

### 4. Signes physiques

#### 4-1 Examen abdominal

Les données de la littérature classent les signes physiques selon la topographie:

Le cancer œsophagien: l'examen abdominal est souvent pauvre, on note l'hépatomégalie, le ganglion de Troisier, et l'ascite avec des fréquences très diminuées. [35, 37]

Le cancer de l'estomac: comme le cancer de l'œsophage, le tableau clinique est prédominé par les signes généraux. L'examen abdominal révèle souvent une masse épigastrique, qui peut être rarement associée aux autres signes comme l'hépatomégalie, les adénopathies, et l'ascite. [24, 25, 26, 34, 38]

Le cancer du grêle: les principaux signes sont la présence d'une masse abdominale, le syndrome occlusif traduit par un météorisme et une distension abdominale, la péritonite exprimée par une contracture, une défense ou une sensibilité abdominales. [39, 40, 41, 42].

Le cancer recto-colique: son principal motif de consultation est l'occlusion, donc à l'examen abdominal, la distension abdominale prédomine, suivie de la présence d'une masse abdominale alors que l'hépatomégalie est notée dans un seul article. [30, 42, 43, 44]

Le cancer du pancréas: l'examen souvent objective, selon une fréquence décroissante: une grosse vésicule, une hépatomégalie, une masse épigastrique, et une ascite. [51, 60]

Le cancer du foie: par ordre décroissant, les signes physiques principaux sont: masse de l'hypochondre droit et/ou de l'épigastre, une ascite. [24]

Pour notre étude, les signes sont prédominés par la sensibilité abdominale, la distension abdominale, le météorisme abdominale, et la masse abdominale mais avec des pourcentages un peu diminués; ce qui est expliqué par la pauvreté de l'examen abdominal en cas des cancers œsophagiens et gastriques qui sont les deux sièges les plus fréquents; et les autres signes, comme les adénopathies et l'hépatomégalie, sont cités pour quelques cas. Donc les résultats sont à peu près identiques à ceux de la littérature.

#### 4-2 Toucher rectal

C'est un examen essentiel, trop souvent négligé, il doit obéir à des règles strictes: le malade doit être sur un plan dur, les cuisses fléchies en faisant pousser le malade, et l'ampoule rectale étant vide. [82]

Il permet d'explorer le bas et le moyen rectum, alors que les cancers du haut rectum sont inaccessibles au toucher rectal. [45, 46]

« Tout doigt, même modéré peut explorer jusqu'à 8 à 9 cm de la marge anale à condition que le malade soit placé en position adéquate » (Edelmann). [45]

Le toucher rectal peut apprécier le type de la tumeur, sa taille, son siège par rapport aux parois rectales, et par rapport à la marge anale et surtout au bord supérieur du sphincter. Il

apprécie aussi le caractère fixe ou mobile, par rapports aux parois pelviennes et aux structures pelviennes. Combiné au palper abdomino-pelvien, il peut aider à la perception d'un cancer du sigmoïde probable dans le cul-de-sac de Douglas. Le geste est complété chez la femme par un toucher vaginal appréciant l'envahissement de la cloison recto vaginale. [45, 46]

## **IV. Etude para-clinique**

### **1. Examens morphologiques**

#### **1-1 Examens radiologiques**

##### **a. Abdomen sans préparation**

Les bonnes indications actuelles de l'ASP sont la recherche d'une perforation et d'une occlusion intestinale, il reste ainsi l'examen de base prescrit en cas de douleurs abdominales. Sans ignorer que cette technique vit probablement ses dernières heures, au moment des progrès technologiques de la tomodensitométrie rapide, et à faible dose. [47]

Surtout qu'il n'aide au diagnostic d'occlusion que dans 50 à 60 % des cas, en montrant les NHA et leurs topographies, une distension gazeuse colique globale. L'ASP peut révéler aussi une grisaille diffuse et un pneumopéritoine traduisant respectivement un épanchement péritonéal et une perforation. [48]

Pour la cancérologie digestive, cet examen est bien évidemment d'une rentabilité diagnostique quasi nulle. [49], mais il garde toute sa valeur dans le diagnostic d'occlusion intestinale et dans celui de la perforation. [53], qui représentent les principales complications des cancers intestinaux, c'est pour cela que l'ASP est l'examen le plus couramment pratiqué en urgence. [39,40]

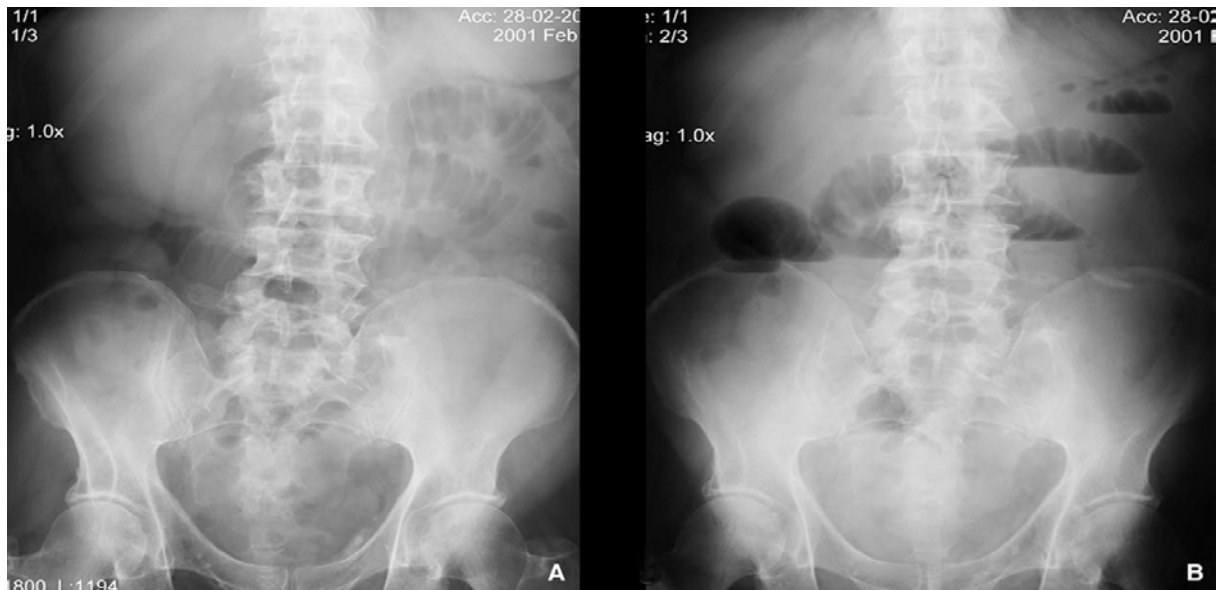
Ces résultats rejoignent ceux de notre série.



**Figure 32:** Abdomen sans préparation montrant des signes en faveur d'une occlusion colique: distension de segments digestifs de topographie périphérique, avec des niveaux plus hauts que larges. [47]



**Figure 33:** Présence d'aérocolie et d'aérogrière dont les niveaux hydro-aériques nous laissent fortement soupçonner une sub-occlusion du grêle. [42]



**Figure 34:** Signes radiologiques dans le cadre d'une occlusion mécanique de l'intestin grêle. A. Distension des anses grêles avec relief digestif typique de valvules conniventes. B. Niveaux hydro-aériques plus larges que hauts. [47]

#### **b. Echographie abdominale**

Aux urgences de la chirurgie viscérale, l'examen échographique est pratiquée en cas de douleurs abdominales aiguës, comportant une évaluation globale de l'abdomen en utilisant des sondes convexes et de basse fréquence afin d'exclure une anomalie du foie, de la vésicule, et les épanchements liquidiens. Une fois ce tour d'horizon réalisé, on procède à l'évaluation du tube digestif, avec intérêt particulier pour l'appendice, et le carrefour iléocœcal, et ensuite de l'ensemble du cadre colique plus précisément pour le sigmoïde. Cette partie d'examen se fait avec des sondes linéaires, de plus haute fréquence. [47, 49]

L'intérêt de l'échographie dans l'exploration des cancers digestifs est: [2, 50, 51]

- ✓ Le bilan d'extension et la surveillance post-thérapeutique des tumeurs muqueuses du tube digestif, pour lesquelles l'endoscopie est l'instrument diagnostique.
- ✓ La visualisation directe des tumeurs sous-muqueuses intestinales, et surtout des tumeurs hépatobiliaires et pancréatiques puisque l'échographie abdominale est l'examen d'imagerie de première intention dans le diagnostic de ces tumeurs, sa

sensibilité varie entre 55 et 90%. Toute fois cette sensibilité dépend essentiellement de la taille et de la localisation de la tumeur.

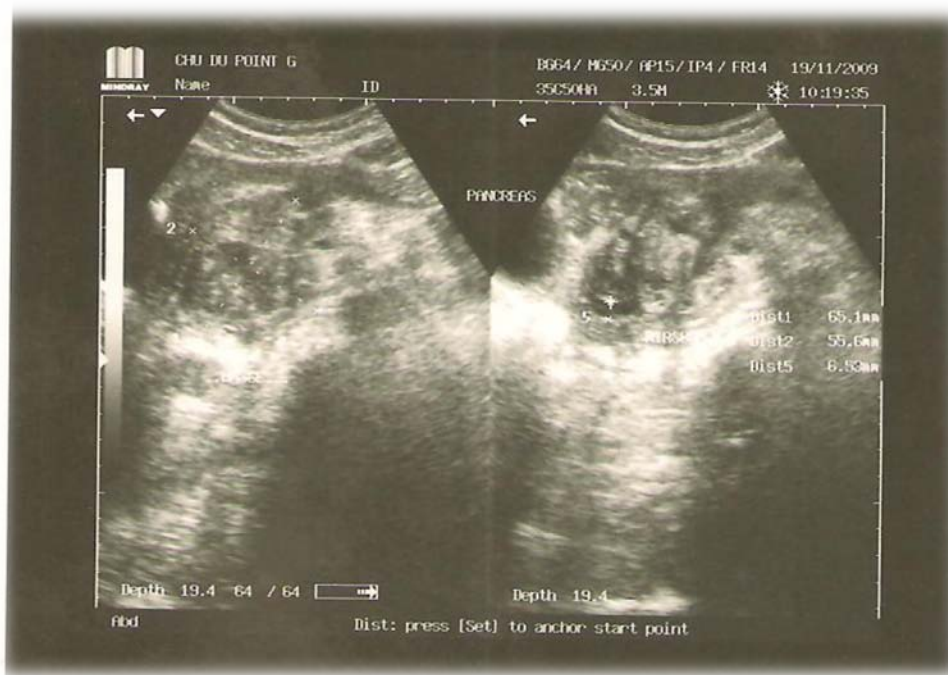
En conséquence, la TDM constitue dans ce domaine l'examen de référence, même s'il n'est pas rare que l'échographie transpariétale standard soit l'examen révélateur de ces lésions parfois longtemps asymptomatiques et découvertes lorsque leur volume est déjà important.



**Figure 35** : Coupe échographique transversale passant par la tête du pancréas montrant une tumeur du pancréas avec une importante dilatation du canal du Wirsung chez un patient âgé de 55 ans. [51]



**Figure 36:** Coupe échographique passant par le secteur latéral droit du foie montrant un gros foie métastatique avec une thrombose portale [51].



**Figure 37:** Coupe échographique transversale dans le plan de la tête et du corps du pancréas, montrant une tumeur de la tête du pancréas avec une dilatation des voies bilio-pancréatiques [51].

**c. Tomodensitométrie abdominale**

C'est l'examen de choix surtout chez un patient aux antécédents de cancer. Il permet le diagnostic d'occlusion par la mise en évidence d'une distension localisée ou diffuse d'un segment digestif, le diagnostic du siège de l'obstacle en identifiant la zone du tube digestif qui change de calibre. La TDM approche aussi le diagnostic de la nature de l'obstacle en visualisant une masse tumorale, des nodules péritonéaux, un épanchement liquidien péritonéal, des métastases hépatiques. [48]

Le scanner peut être suffisant en cas d'occlusion aigue avec présence d'une zone transitionnelle unique. En cas d'occlusion chronique avec plusieurs zones transitionnelles, le scanner est moins précis mais permet d'orienter le choix de l'exploration endoscopique ou radiologique, haute ou basse. [48]

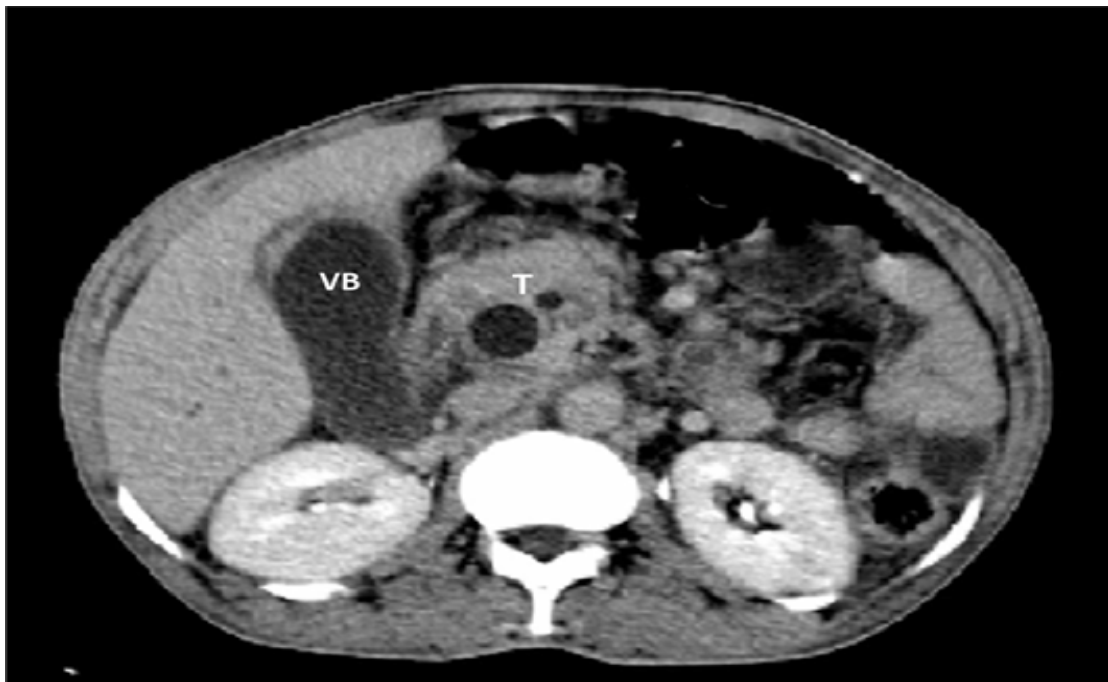
Par ailleurs, la TDM est l'examen de référence pour les cancers pancréatiques et les cancers hépatobiliaires chaque fois que l'échographie abdominale n'était pas contributive surtout pour le pancréas. [2]

Donc, Sur le plan diagnostique des cancers digestifs, le scanner abdominal est l'examen clé dans le contexte urgent car il est peu cher, non invasif, rapide et fiable. Plusieurs études ont montré l'apport essentiel de la TDM abdominale à la fois en termes de coût et de diminution de la durée d'hospitalisation dans le diagnostic des douleurs abdominales, en particulier chez le sujet âgé. [52]

Dans le cadre d'un bilan d'extension et pré-thérapeutique, la TDM joue aussi un rôle important car elle peut mettre en évidence des métastases hépatiques, un envahissement locorégional, et une carcinose péritonéale. [2, 43]



**Figure 38:** Le cas d'un patient atteint d'un cancer du côlon gauche métastatique compliqué d'une occlusion [86]



**Figure 39:** Image scannographique avant injection d'une tumeur de la tête du pancréas avec dilatation de la vésicule biliaire chez un patient de 62 ans (coupe passant par la tête du pancréas). T: tumeur de la tête du pancréas; VB: vésicule biliaire dilatée. [78]

Pour les différents examens radiologiques, les données de la littérature confirment ceux de notre étude, qui a montré aussi qu'en urgence, la TDM abdominale est l'examen clé pour le diagnostic des cancers digestifs ainsi que leur bilan d'extension.

Ainsi, dans notre série la TDM abdominale avait posé en urgence le diagnostic d'un cancer digestif chez 94,3% des cas bénéficiant de ce moyen d'exploration.

### **1-2 Endoscopie digestive**

Pour l'oncologie digestive, l'endoscopie d'urgence est parfois nécessaire pour des gestes surtout thérapeutiques, par exemple: la pose d'une prothèse colique en cas d'occlusion sur cancer colique. [55]; et pour les hémorragies digestives sur cancer. [61]

Donc, l'endoscopie digestive en urgence a acquis depuis nombreuses années toute sa place dans le traitement, car les interventions chirurgicales en cancérologie digestive sont lourdes de conséquence surtout chez les patients en mauvais état général. [48]

Certes, son utilisation aux urgences pour l'enquête diagnostique est très rare. L'endoscopie digestive permet la mise en évidence de la tumeur, son extension locale, et la réalisation des biopsies pour l'étude anatomopathologique. [2, 34], permettant ainsi de déterminer le type histologique. [43]

Les résultats de notre étude confirment aussi que l'endoscopie digestive n'a pas de rôle diagnostique important aux urgences, puisqu'elle n'était demandée en urgence que chez 6 patients (4%).

## **2. Biologie**

Le bilan biologique est effectué afin d'évaluer le retentissement du cancer digestif et/ou l'opérabilité du patient. [56]

L'anémie est la principale anomalie, elle est diagnostiquée chez 30 à 90 % des patients atteints d'un cancer. [57], globalement l'anémie est une complication fréquente et sérieuse en

cancérologie. [58], ce qui est confirmé aussi pour les cancers digestifs qui sont la première cause digestive de l'anémie par perte excessive de fer. [59].

Par exemple l'anémie est l'anomalie biologique située en premier rang en cas de cancer œsophagien. [62]

En parlant dans le cadre pré-thérapeutique, pour la chirurgie carcinologique intra-abdominale l'anémie préopératoire est définie par Hg < 13 g/dL chez l'homme et Hb < 12 g/dL chez la femme. L'incidence de l'anémie avant les interventions carcinologiques intra-abdominales est élevée, et plus précisément 40 % des patients anémique, avant une telle chirurgie, étaient opérés pour des cancers digestifs. [57]

Parmi les pathologies biologiques aussi fréquentes, les troubles hémodynamiques, les troubles hydro-électrolytiques, et le syndrome infectieux; surtout en cas d'occlusion sur cancer colique; ils ont liés à la construction d'un troisième secteur et parfois aux vomissements. [32], ces troubles sont notés avec des pourcentages importants, par exemple les désordres électrolytiques se trouvent chez 47 % des malades du cancer colorectal. [56]. Ainsi que pour les cancers de l'œsophage ces anomalies biologiques avec l'hypo-protidémie sont les plus fréquents, vu que la dysphagie est son principal motif de consultation en urgence. [62]. Aussi pour tous les cancers viscéraux, l'hypokaliémie est possible par pertes digestives ou rénales. [63]

Egalement les atteintes rénales sont fréquentes lors de la prise en charge des patients atteints de cancer, avec un spectre large et liées à un syndrome paranéoplasique, un envahissement, une compression vasculaire, ou à une cause iatrogène. [63]

Cependant, les cancers digestifs ne représentent que 19,6% des patients cancéreux atteints des néphropathies paranéoplasiques. [63]

Ces anomalies hématologiques et biochimiques les plus citées à la littérature, sont les mêmes qu'on a révélé dans notre étude: l'anémie, les troubles hydro-électrolytiques.

### 3. L'anatomie pathologique

Dans une étude faite dans la région de Marrakech et dans le même service, l'adénocarcinome a constitué le type histologique le plus fréquent en oncologie digestive: 82% des cas, avec une prédominance nette en cas des cancers gastriques (89,6%), des cancers grêliques (45,8%), des cancers colorectaux (85%), des cancers pancréatiques (90%), des cancers des voies biliaires (95,5%), et des cancers du foie (56,5%). Alors que le carcinome épidermoïde était le plus fréquent au niveau de l'œsophage (75,4%). [4]

Autre étude avait aussi confirmé que l'adénocarcinome est le type histologique prédominant au niveau du tube digestif dans 70,5% des cas, et que pour les cancers œsophagiens la prédominance était du carcinome épidermoïde (84,21%), suivi de l'adénocarcinome (15,79%), contre une prédominance de l'adénocarcinome pour les cancers gastriques (93,7%), colorectaux (71,5%), et grêliques (100%). [8]

Dans un autre article, le type histologique prédominant était toujours l'adénocarcinome totalisant 30,3% suivi du carcinome avec 13,6%. Les données rapportaient aussi 6% des cas de lymphomes, et 2% des cas de sarcomes; dans 48,5% des cas la malignité seule était confirmée sans autre indication.

En effet, les adénocarcinomes diagnostiqués se localisaient en majorité au niveau du colon, les carcinomes et les lymphomes au niveau de l'estomac, les sarcomes au niveau du rectum, anus. [7]

Egalement, une autre étude a retrouvé que le carcinome épidermoïde représentait 75% des cancers gastriques, 90,9% des cancers colorectaux, et le carcinome hépatocellulaire étant le plus fréquent avec 77,8% des cancers du foie. [5]

Tous ces résultats confirment ceux de notre série, puisque l'adénocarcinome était prédominant avec 45%, et ce type histologique se situe en majorité au niveau gastrique, colorectal, alors que le carcinome se localise surtout au niveau de l'œsophage.

## V. La prise en charge thérapeutique

Les urgences de la chirurgie viscérale constituent une part importante des activités du service des urgences. L'abdomen aigu chirurgical quelque soit l'étiologie, pose toujours un problème de la prise en charge surtout dans les hôpitaux du tiers-monde. [88]

Ainsi, le nombre de patients atteints de cancer admis aux urgences est en nette augmentation car l'évolution des cancers est souvent émaillée de situations urgentes. L'oncologie digestive est la première cause de consultation aux urgences avec 20,3% des patients cancéreux. Les principaux signes sont le syndrome occlusif, la dysphagie, la perforation, les troubles ioniques, et les vomissements incoercibles. [64]

Dans notre étude, on essayera d'étudier la prise en charge des cancers digestifs aux urgences, selon les tableaux cliniques représentant leurs complications révélatrices ou évolutives les plus fréquents dans la littérature ainsi que dans notre étude.

### 1. Prise en charge médicale

La majorité des tableaux cliniques des cancers digestifs qui constituent des motifs de consultations aux urgences nécessitent une intervention chirurgicale. Certes, le traitement médical garde sa place dans la plus part des cas, soit pour la stabilisation et la préparation des patients avant la chirurgie; soit comme tentative d'un traitement non opératoire qui est possible en absence de signes de gravité pendant 24 à 72 heures, soit chez les malades dont le pronostic de vie à court terme est mauvais (carcinose intra-abdominale, faible état fonctionnelle, ascite massive).

#### **1.1 Syndrome occlusif** [42, 65, 69, 71, 82]

Le traitement médical se résume à:

- La prise de deux voies veineuses de bon calibre.

- La compensation des troubles hydro-électrolytiques:
  - Réhydratation;
  - Correction des désordres hydro-électrolytiques en fonction des résultats d'ionogramme;
  - Transfusion: en fonction des cas.
- La pose d'une sonde naso-gastrique: est un élément clé du traitement de l'occlusion intestinale, indiquée avant une intervention chirurgicale et chez les patients inopérables, et elle ne devrait être utilisée que temporairement.
- Le traitement de la douleur: les antispasmodiques et les antalgiques de palier un qui sont en général suffisants.
- Les antiémétiques: peuvent être utilisés.
- L'alimentation parentérale: pour les patients dénutris.
- L'antibiothérapie: dans un but prophylactique.

Tous ces moyens étaient cités dans notre série, mais dans la littérature, on trouve un autre moyen souvent utilisé en cas d'occlusion intestinale:

- Les corticostéroïdes: leur efficacité dans l'atténuation des symptômes de l'occlusion a été montrée dans plusieurs études rétrospectives. Ils ont un effet antiémétique et anti-inflammatoire. De plus, ils augmentent l'absorption d'eau et de sel au niveau intestinal. Par contre, ils peuvent être responsables de plusieurs effets indésirables tels que le delirium, les hallucinations, l'insomnie et l'hyperglycémie.

### **1.2 Dysphagie**

Dans une série de dysphagie sur cancer de l'œsophage, tous les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique constitué d'une rééquilibration hydro-électrolytique, d'une transfusion, et d'un traitement antalgique. Une antibiothérapie lorsque cela était nécessaire.

Cette étude a montré aussi que le traitement médical a deux objectifs: soit stabiliser le patient avant l'intervention chirurgicale, ou soulager les patients inopérables. [62]

Par ailleurs, l'alimentation parentérale a une place importante dans la prise en charge de la dysphagie sur cancer œsophagien ou gastrique. Sachant bien qu'en général, la mise en place d'une immunonutrition préopératoire chez les patients opérés pour cancer digestif a fait l'objectif de recommandation par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation en 2010. [98]

### **1.3 Angiocholite [71]**

C'est une urgence médico-chirurgicale, le traitement comporte toujours une double composante, médicale et chirurgicale, consiste en priorité à drainer la bile infectée et à traiter le sepsis généralisé. Pour les utiles médicaux on note:

- L'antibiothérapie: à large spectre en utilisant des antibiotiques à élimination biliaire, et administrés par voie parentérale.
- Le traitement des perturbations métaboliques: il vise à obtenir un équilibre nutritionnel et hydro-électrolytique satisfaisant, avec des quantités adaptées aux données des examens cliniques et biologiques, sans oublier le maintien de la fonction rénale.
- Le traitement des troubles de l'hémostase: il est important de penser à corriger ces troubles, toujours majorés par la choléstase, le traitement est fait appel au vit K administré par voie parentérale.

En absence de traitement approprié, dont le traitement médical est crucial, le risque est d'évoluer très rapidement vers un choc septique puis une défaillance multi-viscérale.

Les mêmes moyens médicaux sont notés pour les cas de l'angiocholite de notre étude.

## **2. Prise en charge chirurgicale**

### **2.1 Indication chirurgicale**

A partir de tous les articles qui vont être cités dans ce chapitre, le traitement chirurgical en urgence est dans la majorité des cas, quelque soit le siège du cancer digestif, est un traitement palliatif car les tableaux urgents cités ne compliquent qu'une néoplasie digestive souvent à stade avancé. Cette intervention chirurgicale peut être rarement curative en absence de métastases, et avec un cancer résécable.

Par exemple: 2,5% est seulement le taux d'une chirurgie curative devant un cancer pancréatique révélé par un ictère. [78]. Aussi une autre étude a montré que quand le diagnostic de cancer de l'œsophage est posé, environ 60 % des malade ne sont pas candidats à une chirurgie curative. [72], et toujours à propos du cancer de l'œsophage, selon une autre étude, au stade d'une dysphagie le taux de résécabilité est nul. [62]. Ainsi que pour la prise en charge chirurgicale du cancer de l'estomac, les interventions palliatives représentent 68,18 %. [76]

Ces données de la littérature confirment les résultats de notre étude qui a montré que 86 % des interventions chirurgicales étaient palliatives.

### **2.2. Voie d'abord**

#### **a. Laparotomie**

La voie de la laparotomie médiane est la seule voie notée pour les chirurgies devant un syndrome occlusif, une invagination intestinale, ou une perforation, quelque soit le siège et le geste: une stomie avec ou sans résection, une résection avec anastomose, une dérivation interne, ou une chirurgie exploratrice. [71, 81, 82, 83]. Cette voie d'abord est préférée pour ces interventions urgentes car elle permet de faire un bilan d'extension complet de la maladie. [68, 84]

Par ailleurs, l'intervention chirurgicale devant une angiocholite ou un ictère sur cancer est habituellement réalisée par une laparotomie sous costale droite. [71]

Donc les différentes laparotomies possibles sont adaptées à la fois au type d'organe à aborder et au type d'intervention à pratiquer; elles doivent également prendre en compte l'anatomie de la paroi abdominale, de façon à être aussi peu délabrantes que possible. [71]

Ces deux voies sont les mêmes qu'on a trouvées dans notre série.

#### **b. Laparoscopie**

La laparoscopie s'est imposée comme la voie d'abord de référence pour la chirurgie élective et non urgente car elle est très dépendante du matériel et de la technologie qui l'accompagne. Et bien sûr cet environnement spécial nécessite un apprentissage adapté de la part du chirurgien.

Cependant, elle peut être proposée chez certains patients de façon sélective. Elle a l'avantage de donner une vue globale de la cavité abdominale. [71, 84]

L'exploration est la première étape, elle implique une recherche de métastases, suivi d'une évaluation de la tumeur primaire. Il faut noter qu'il y a perte d'information tactile. Le geste dépendra de l'état locorégional et aussi de l'expérience du chirurgien. [82]

Elle est aussi possible à la place de la laparotomie sous costale droite, toujours à condition de bénéficier de l'expérience et du matériel nécessaire. [71]

La laparoscopie s'est imposée comme la voie d'abord de référence pour la chirurgie élective et non urgente car elle est très dépendante du matériel et de la technologie qui l'accompagne. Et bien sûr cet environnement spécial nécessite un apprentissage adapté de la part du chirurgien. [71, 84]

### **2.3. Gestes chirurgicaux**

Comme la prise en charge médicale, ce chapitre va être traité selon les tableaux cliniques les plus fréquents des cancers digestifs exigeant une prise en charge chirurgicale en urgence:

**a. Syndrome occlusif**

Les principaux cancers responsables d'occlusion intestinale sont d'origine digestive ou gynécologique, principalement les cancers coliques qui sont la première cause d'occlusion colique aigue. 15 à 20% des cancers coliques sont diagnostiqués au stade de syndrome occlusif, qui se considère comme forme évoluée de la maladie. [48]

L'occlusion intestinale peut aussi due à la présence d'une carcinose péritonéale et le plus souvent dans le cadre d'une évolution terminale des cancers colorectaux. [65]

La prise en charge en urgence des occlusions intestinales par cancer doit être adaptée au siège de la tumeur, à son stade, à l'état du patient et à l'expérience du chirurgien. [32]

Pour les cancers coliques, la stratégie de la prise en charge d'occlusion en urgences n'est pas standardisée et reste un sujet de forte controverse. Si une chirurgie standard peu être réalisée en un temps, cette solution a la préférence de tous les chirurgiens. L'exemple est celui d'un cancer de l'angle droit, pour lequel la chirurgie consiste à une exérèse avec une anastomose en un temps est à préférer. La discussion concerne la prise en charge des cancers du colon gauche et du sigmoïde lorsque la distension colique rend la suture aléatoire, ce qui conduit à faire une stratégie en deux temps, le premier temps devant lever l'occlusion, le second faire la colectomie carcinologique. Historiquement, le traitement de préférence est la colostomie première puis après quelques jours une chirurgie standard. [66, 71]

En détails, les options d'intervention chirurgicales sont les suivantes:

- Pour les sténoses coliques droites et transverses et de l'angle colique gauche, l'hémi-colectomie droite éventuellement étendue à l'angle gauche, avec rétablissement immédiat de continuité est le traitement de référence. L'exérèse emporte la lésion colique et le colon distendu sus-jacent et la continuité digestive est rétablie par une anastomose portant sur des segments intestinaux habituellement sains. En cas d'altération intense des fonctions vitales et en l'absence de perforation digestive, une stomie latérale, permet de traiter l'occlusion et de mettre en œuvre

une réanimation intensive en vue d'une colectomie ultérieure. En fonction du siège plus ou moins distal de la tumeur, la stomie peut être une colostomie droite ou transverse, ou une iléostomie latérale. De même, en cas de sepsis local ou d'altération des processus de cicatrisation (défaillance hémodynamique par exemple), une hémi-colectomie droite sans rétablissement de continuité peut être indiquée dans un premier temps thérapeutique. [32]

- Pour les sténoses coliques gauches, les options thérapeutiques sont liées au retentissement général et local de l'occlusion, à l'état général du patient, au stade de la maladie, ainsi qu'au risque opératoire. Premièrement, le traitement séquentiel consistant à traiter dans un premier temps l'occlusion, puis à réséquer secondairement la tumeur selon les principes de la chirurgie carcinologique dans les conditions d'une exérèse élective: c'est la colostomie de décharge de type latéral sur baguette, réalisée en amont de la sténose tumorale et permet ultérieurement l'exploration coloscopique de la totalité du colon. Il s'agit d'une intervention techniquement simple, rapide, peu traumatisante, d'efficacité immédiate, et qui permet en outre — si elle est faite par une laparotomie médiane — d'explorer la cavité péritonéale afin d'éliminer une perforation diastatique ou une carcinose péritonéale. Elle est également réalisable par un abord électif, moins traumatisant pour la paroi abdominale, et moins générateur d'adhérences qui pourraient gêner une exérèse laparoscopique ultérieure. Chez les patients maigres et présentant une contre-indication à l'anesthésie générale, elle peut être effectuée sous anesthésie locale. Si le cancer est sigmoïdien, cette colostomie dite aussi « de proche amont » est réalisée immédiatement au-dessus de la sténose de manière à pouvoir être réséquée en même temps que la tumeur colique. Si la sténose siège sur le colon descendant, la stomie est située soit sur le côlon transverse gauche afin de pouvoir être emportée avec la pièce de colectomie, soit au niveau du colon transverse droit,

ou de la dernière anse iléale s'il est envisagé de la conserver lors du deuxième temps chirurgical afin de protéger l'anastomose ultérieure. La colectomie peut ensuite être réalisée lorsque le colon n'est plus distendu par les matières ou les gaz et que l'état du patient le permet, souvent le malade peut être opéré de son cancer et libéré de sa colostomie 8 à 15 jours plus tard après un bilan plus approfondi comportant notamment une coloscopie totale. La seconde solution peut être l'intervention de HARTMANN qui est une chirurgie assez lourde dans un contexte d'urgence, mais qui présente l'avantage de traiter au même temps le cancer (parfois perforé et abcédé) et l'occlusion, le principe de l'intervention est consisté à enlever le segment du colon malade, le segment distal (en général le haut rectum) est obturé et laissé dans le ventre. Le rétablissement de continuité est envisagée 2 à 3 mois plus tard au prix d'une seconde opération qu'elle n'est en pratique réalisée qu'une fois sur deux en raison de la fragilité de certains patients. [32]. Le troisième choix chirurgical consiste à une exérèse colique et/ou rectale suivie d'une anastomose colorectale immédiate est possible, mais elle est déconseillée. En effet la stase stercorale, ainsi que la dilatation colique d'amont entraîne des phénomènes ischémiques de la paroi intestinale, rendent l'anastomose colo-colique ou colorectale à haut risque des fistules anastomotiques, d'où le recours à la vidange lavage du colon en occlusion « sur table » et/ou une stomie latérale de protection dont la réalisation systématique restait controversée car cette protectomie souvent expose à la stomie définitive. C'est vrai que le taux de fistules anastomotiques et leur gravité diminue chez les patients avec stomie, certes le taux de stomie définitive augmentent chez ces patients. [67, 87]

**Tableau IX: Indications, bénéfices, et inconvénients comparés des différentes techniques chirurgicales. [32]**

Technique	Indications	Bénéfices	Inconvénients
Colostomie de décharge	Palliation ou levée de l'occlusion si échec ou indisponibilité du stent	Intervention simple	-
Hartmann	Patients à risque Chirurgical inexpérimenté	-	Ré-intervention pour rétablissement Risque de colostomie définitive Inconfort
Résection-anastomose	Patients à faible risque	Pas de colostomie de protection Vidange colique	Risque de fistules anastomotiques

Dans le cas particulier des occlusions avec nécrose intestinale, il est toujours nécessaire de réséquer la zone nécrosée. [69]

**Tableau X: Avantages et inconvénients de la colostomie de décharge**

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par une courte laparotomie médiane péri-ombilicale, on peut précéder à un bilan lésionnel complet.</li> <li>• Morbidité et mortalité postopératoires faibles, de 9,8 et 3,3% respectivement.</li> <li>• bilan oncologique complet est possible: une coloscopie totale à la recherche d'une tumeur synchrone et biopsies, un bilan d'extension locorégional et à distance.</li> <li>• En cas de tumeur métastatique ou localement évoluée, une chimiothérapie peut rapidement être mise en place avant la résection si celle-ci est possible.</li> <li>• Intervention simple, rapide, et peu traumatisante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficilement acceptée par le patient</li> <li>• Facteur prédictif du risque de garder une stomie définitive.</li> </ul>

Pour les cancers grêliques, les manifestations aiguës sont fréquemment révélatrices, et les occlusions aiguës sur obstruction se situent en première position. Le traitement a été chirurgical dans tous les cas. Il a consisté en une résection intestinale segmentaire unique passant au large de la tumeur et emportant le mésentère adjacent et les ganglions satellites, suivie d'anastomose termino-terminale. Si l'exploration de la cavité abdominale a confirmé des métastases, l'intervention est considérée comme palliative. Dans cette série le traitement était exclusivement chirurgical par résection plus anastomose. Cependant, certaines publications rapportent des cas d'iléostomie et de dérivation interne court-circuitant la tumeur. [70]

Une autre étude confirme que la résection-anastomose est réalisable dans la majorité des cas, alors que l'entérostomie se discute au cas par cas. [71]

Ces résultats rejoignent ceux de notre série, dans laquelle la colostomie de décharge est le traitement de choix des occlusions sur cancer colique gauche et la résection+anastomose immédiate pour les cancers coliques droits et grêliques sténosants.

#### **b. Dysphagie**

Le diagnostic des cancers œsophagiens et gastriques a lieu souvent à un stade avancé, et la dysphagie est présente dans 82% des cas. Elle est le principal symptôme poussant les patients à consulter. Mais à ce stade 60% des malades ne sont pas candidats à une chirurgie curative. Le but palliatif est de permettre au patient de manger le plus normalement possible tout le long de sa survie, et de commencer rapidement le traitement oncologique adjuvant. [72, 73, 74]

Pour les cancers œsophagiens, l'exérèse palliative de la tumeur avec anastomose oeso-gastrique donne de bons résultats fonctionnels. Mais lorsque l'évaluation pré-opératoire a montré que la chirurgie curative était impossible, une exérèse même palliative n'est habituellement pas proposée pour deux raisons: la mortalité très élevée après résection palliative, et elle n'est pas toujours réalisable. [72]

Une autre étude a montré que le choix de la résection est préférable dans les stades précoces, mais il devient inutile et même dangereux dans les stades avancés ou en cas

d'altération de l'état général. Et puisque c'est la situation la plus fréquente au stade de la dysphagie: 50% des cas ont des métastases, et 85% avec état général altéré, plus le contexte de l'urgence; le choix de l'exérèse est très limité. [73]. Toujours dans le cadre de chirurgie palliative, les dérivations rétro- sternale sans exérèse de la tumeur pourraient être la meilleure option palliative chirurgicale. Néanmoins, dans une série de 52 patients, le taux de morbidité a été de 46%, avec une mortalité de 19,2% et une durée moyenne d'hospitalisation de 21 jours. Ces résultats limitent aussi les indications de cette technique chirurgicale. [72]

La Troisième option chirurgicale est la stomie: Dans une autre étude sur le cancer œsophagien compliqué de dysphagie, le traitement palliatif par une œso-gastrectomie représente 33,33%, alors que la jéjunostomie d'alimentation représente 66,7%. Cette étude confirme que l'indisponibilité des moyens endoscopiques aux urgences, laisse lieu au traitement palliatif chirurgical par jéjunostomie d'alimentation. [62]

Pour les cancers gastriques, la prise en charge chirurgicale est souvent palliative avec 68,18%. [76]. L'indication de la chirurgie palliative dépend de l'intensité des signes fonctionnels, de l'état général et nutritionnel, de l'âge, des ressources thérapeutiques surtout de la réséquabilité et d'une espérance de vie supérieure à 6 mois.

Les options thérapeutiques possibles sont:

- ✓ L'exérèse palliative: cette technique se définit comme une intervention laissant en place du tissu néoplasique, des métastases hépatiques, des métastases péritonéales ou des ganglions inextirpables. Elle est représentée par la gastrectomie palliative ou de propreté sans curage ganglionnaire. Elle eut offrir un meilleur effet symptomatique que les procédures de la dérivation.
- ✓ La dérivation interne: laissant en place la tumeur, elle est indiquée dans le cas d'une tumeur sténosante inextirpable. Il s'agit soit d'une gastro-entéro-anastomose, soit d'une anastomose oeso-tubérositaire ou soit d'une anastomose œso-jéjunale.

- ✓ Stomies digestives: indiquée dans le cas d'une tumeur inextensible obstructive et qu'une dérivation ne peut être pratiquée. Il s'agit soit d'une gastrostomie ou d'une jéjunostomie. [74, 77]

A partir de toutes ces études, le traitement de choix; dans le contexte urgent; d'une dysphagie sur cancer œsophagien ou gastrique est le jéjunostomie d'alimentation, ce qui s'accorde avec les résultats de notre étude.

**c. Autres tableaux cliniques**

➤ Angiocholite [60, 71, 75, 78, 79]

L'angiocholite est une infection du contenu de la voie biliaire principale, cette infection complique presque toujours un obstacle à l'écoulement de la bile. Dans 90% des cas, elle est due à une lithiase de la voie biliaire principale. D'autres causes cependant sont retrouvées dont l'origine tumorale arrive en deuxième rang. Il s'agit des cancers de la tête de pancréas, de duodénum, de la vésicule biliaire, ou de cholangio-carcinome.

Donc l'angiocholite est un motif de consultation moins fréquent aux urgences de l'oncologie viscérale que les complications déjà citées. Certes, c'est une urgence médico-chirurgicale n'autorisant aucun retard de la prise en charge thérapeutique.

Le traitement en urgence a l'objectif de drainer la bile, deux attitudes sont aujourd'hui en cours d'évaluation: le traitement chirurgical et le traitement endoscopique.

L'intervention chirurgicale est réalisée par laparotomie sous costale droite. Elle consiste à une dérivation bilio-digestive, dont la seule contre-indication est l'inopérabilité du patient, surtout que les suites postopératoires sont simples dans 83% des cas et marquées par une régression de l'ictère. Les complications possibles sont rares, comme une fistule biliaire ou une suppuration pariétale.

Dans une étude de comparaison entre la dérivation chirurgicale ou endoscopique chez des patients ictériques, le taux de succès technique et l'efficacité à court terme sont identiques,

mais le délai de la réalimentation, la morbidité et la durée d'hospitalisation sont supérieures en cas de dérivation chirurgicale. Donc le traitement palliatif des complications biliaires ou duodénales doit se faire en priorité par voie endoscopique, mais toujours avec risque des complications suivantes: angiocholite (35 %), pancréatite aiguë (29 %), saignement (23 %), perforation (6 %), migration précoce (3 %), et le traitement chirurgical palliatif reste indiqué en cas de découverte lors d'une laparotomie, d'une contre-indication à une exérèse curative. Toutefois cet événement devait devenir exceptionnel.

Contrairement, une autre série du cancer de la tête de pancréas au stade d'ictère, aucun patient n'a bénéficié d'un geste d'exérèse curative car la taille de la tumeur est excessive, les organes de voisinages sont envahis. L'abstention thérapeutique chez 10 % des cas vu l'âge avancé, l'existence de métastase à distance, et l'altération profonde de l'état général. La laparotomie exploratrice chez 13% des malades. La dérivation interne à type cholédoco-duodénale chez 76% des cas. Et aucun cas de traitement endoscopique n'était noté.

En absence d'études comparatives et contrôlées entre ces deux techniques, il n'y a pas de consensus et les attitudes dépendent des habitudes et du plateau technique disponible aux urgences.

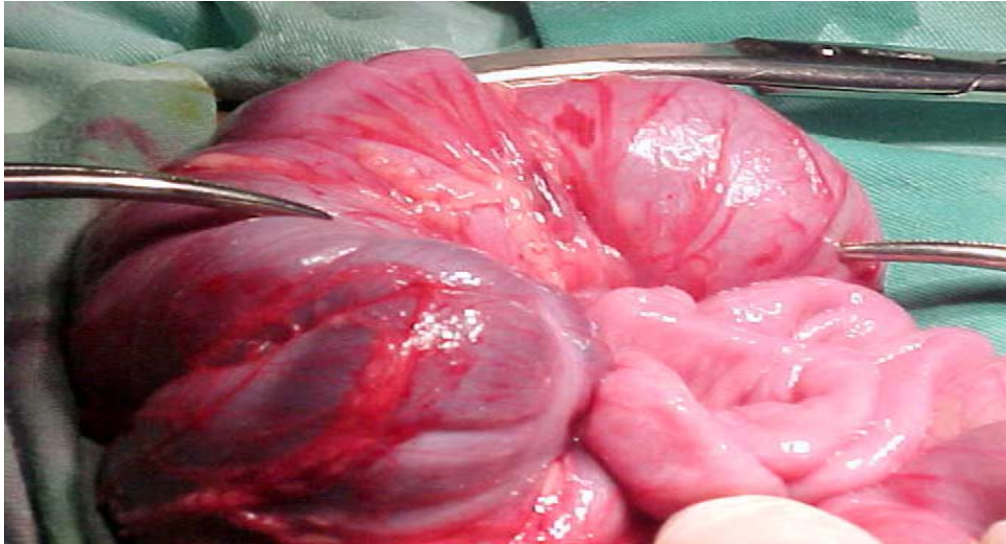
Dans notre étude, 25% des cas d'angiocholite ont eu une dérivation cholédoco-duodénale.

➤ Invagination intestinale aigue

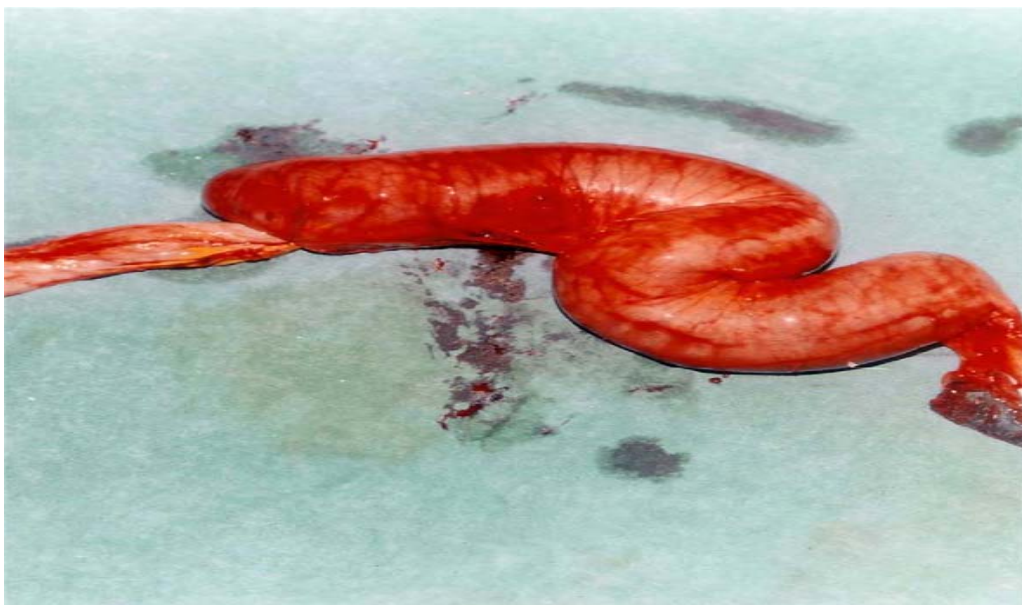
C'est une entité clinique rare chez l'adulte, avec une cause organique dans 70 à 90 %, et notamment avec 65 % de cause néoplasique. Les complications possibles sont la nécrose intestinale, la perforation, et le choc septique; et elles sont d'autant plus importantes que l'intervention chirurgicale est retardée. [80]

La fréquence élevée de la nécrose intestinale et des formes secondaires à des tumeurs malignes justifient la résection intestinale sans désinvagination avec un rétablissement de continuité immédiat chez 90% des malades, et une jéjunostomie temporaire chez un cas. [81]

Dans notre série, quatre patients ont eu une invagination intestinale aiguë. La prise en charge chirurgicale qui consiste à une résection + anastomose immédiate était effectuée chez 3 patients (75%) et la résection + colostomie de décharge chez un cas (25%). Ces résultats sont soutenus par ceux de la littérature.



**Figure 40:** Constatación per-opératoire d'une invagination iléo-caecale. La pince de droite indique l'intestin invaginé, la pince du haut s'engage dans le collet et la pince de gauche indique l'intestin receveur le cæcum. [81]



**Figure 41:** Pièce de résection intestinale d'une invagination iléo-iléale. [81]

➤ Perforation

Pour les cancers coliques, la perforation est une complication peu fréquente. Dans une étude rétrospective espagnole portant sur 378 cancers coliques, 36 patients (9,5 %) s'étaient présentés avec un tableau de perforation. [96]

Si la prise en charge des formes occlusives du cancer colique est soumise à large discussion, la prise en charge des formes perforées est consensuelle et va consister en un geste de résection en urgence, sans anastomose en cas de péritonite (colostomie de Hartmann).

Pour les cancers grêliques, la perforation est plus fréquente. Dans une étude rétrospective des cas de cancer de l'intestin grêle opérés au CHU de Lomé, la péritonite sur perforation a représenté 25 % des motifs de consultations, et tous les cas sont traités chirurgicalement par une résection intestinale segmentaire unique passant au large de la tumeur et emportant le mésentère adjacent et les ganglions satellites, suivie d'anastomose termino-terminale. Donc, il s'agit d'une intervention curative, mais quand l'exploration de la cavité abdominale a confirmé des métastases hépatiques ou une carcinose péritonéale, l'intervention est considérée dans palliative. [70]

Dans notre série, on a trouvé un seule cas de péritonite sur cancer grêlique dont le traitement était aussi chirurgical, mais le geste n'a consisté qu'une biopsie des nodules de la carcinose péritonéale, à cause de l'impossibilité d'accéder à la cavité péritonéale car les anses de grêle étaient agglutinées et très accolées au péritoine pariétale antérieur.

**2.4. Résultat**

Les suites postopératoires des différentes interventions chirurgicales pour cancers digestifs peuvent être marquées par des complications et même des cas de mortalité. Plus que la caractère urgent de la chirurgie représente un facteur favorisant de la mortalité et des complications postopératoires, par exemple pour les cancers coliques la mortalité postopératoire de la chirurgie en urgence variant de 15 à 30 % contre 1 à 5 % pour la chirurgie élective, et le taux de morbidité étant deux fois plus important qu'en situation élective. Et en général, une

intervention en urgence a été identifiée comme un facteur indépendant de risque de mortalité postopératoire dans l'enquête de l'Association française de chirurgie (AFC). [32]

Plusieurs études de cancers digestifs ont identifié des facteurs de risque prédictifs de morbidité et de mortalité postopératoires, dont la prise en charge permet de réduire les taux de ces complications postopératoires:

- La dénutrition: un facteur indépendant reconnu associé à une augmentation de la morbidité et de la mortalité postopératoires après une chirurgie d'oncologie digestive, aussi avant toute chirurgie d'oncologie digestive l'immunonutrition chez les patients dénutris permet une réduction de 50 % des complications postopératoires. Ainsi, la mise en place systématique et planifiée d'une immunonutrition pré-et/ou postopératoire chez les patients opérés pour cancer digestif a fait l'objet de recommandation par la Société Française d'Anesthésie en 2010. Exemple: pour les cancers colorectaux plusieurs études ont montré qu'il existait une diminution de 30 à 40 % de morbidité globale, de 50 % pour la morbidité infectieuse et une réduction de la durée d'hospitalisation de 10 à 20 %. Aussi pour le cancer de l'œsophage, l'insuffisance de la nutrition parentérale est un facteur aggravant du pronostic.
- La préparation colique: réduit d'une façon significative la morbidité globale, surtout les fistules anastomotiques. Alors que cette préparation n'a pas un effet important sur la mortalité pos-opératoire.
- Le sondage urinaire: indiqué pendant 24 heures pour les patients opérés pour cancer du rectum et de 5 jours pour le cancer du bas rectum, pour diminuer le risque de la rétention aigue d'urine et d'infection urinaire.
- L'aspiration digestive par sonde naso-gastrique: n'est pas recommandée en post-opératoire car elle prolonge la durée de reprise d'un transit intestinal, elle augmente

aussi le nombre de complications pulmonaires et n'a pas d'effet sur le taux de fistule anastomotique.

- La transfusion sanguine: compte tenu de l'augmentation de la morbidité postopératoire associée, il est recommandé de restreindre les indications de la transfusion ou au mieux de définir une stratégie transfusionnelle en tenant en compte de la valeur de l'hémoglobine, de la comorbidité du patient, et du contexte de la chirurgie.
- La stomie de protection: diminue le taux de fistules anastomotiques, pour les cancers colorectaux.
- La laparoscopie: permet une diminution significative de la morbidité postopératoire.

L'optimisation de la prise en charge des soins péri-opératoires est une étape clé pour améliorer les résultats opératoires de la chirurgie en termes de diminution des complications postopératoires. Mais l'application de ces recommandations nécessite une remise en question des moyens conventionnels médicaux et paramédicaux notamment aux urgences. [62, 89, 90]

#### **a. Mortalité postopératoire**

Pour la jéjunostomie d'alimentation, qui est l'intervention chirurgicale la plus fréquente dans notre série, la littérature révèle un taux de mortalité postopératoire très faible.

Dans une étude sur le cancer gastrique, en cas de jéjunostomie la mortalité postopératoire était de 0,75 %. [76],

Egalement, la mortalité postopératoire en cas de chirurgie d'urgence pour un cancer colique occlusif est peu fréquente notamment en cas de colostomie de décharge, elle ne représente que 3,3 % des patients opérés, mais elle reste plus élevée que la chirurgie élective. [68, 82]

Ces deux gestes chirurgicaux sont les plus fréquents dans notre étude, dont le taux de mortalité est nul. Donc nos résultats s'accordent avec celle de la littérature.

Par ailleurs, Pour les autres gestes plusieurs études ont montré que la mortalité postopératoire est toujours peu courante, tel que la dérivation cholédoco-duodénale pour angiocholite ou ictère simple d'étiologie maligne, dont aucun décès n'était noté. [60, 71]

Ainsi la mortalité postopératoire d'une résection+ anastomose pour une invagination intestinale sur cancer ne représente que 7,3 à 15%, et dans une autre étude, le taux de mortalité après le même geste chirurgicale mais pour une occlusion ou péritonite sur cancer grêlique était nulle. [70, 80, 81]

**b. Morbidité postopératoire [70, 74, 80, 81, 82, 84, 91]**

Toutes les chirurgies d'oncologie digestive aux urgences, quelque soit la localisation du cancer, peuvent se compliquer en postopératoire. Ces complications dépendent de l'état général, du stade évolutif du cancer et de la technique chirurgicale.

➤ Complications communes:

- **Suppurations pariétales:** la complication la plus citée dans la littérature, traitée par des pansements locaux et par une antibiothérapie par voie générale.
- **Péritonite postopératoire:** La mortalité des péritonites postopératoires peut atteindre 60 %. Leur prise en charge efficace requiert de garder à l'esprit des règles simples.

➤ Complications de la colostomie de décharge:

- **Occlusion :** Elle peut siéger sur le grêle ou le côlon et relève de mécanismes divers. Après avoir éliminé une cause locale, il faut ré-intervenir, par abord médian.
- **Dérivation incomplète:** Elle se rencontre dans les stomies latérales sans baguette ou dans les stomies sur baguette. Cet état peut justifier une reprise chirurgicale afin de terminaliser la colostomie par abord local.

- **Hémorragie et hématome:** le traitement varie de la simple surveillance à l'évacuation chirurgicale de l'hématome par ré-abord local.
- **Œdème et nécrose stomiale:** Cette complication fréquente (1 à 14 % des patients) est la principale cause de mortalité en rapport avec la confection d'une stomie.
- **Rétraction stomiale:** Incident grave (2-3 %) en rapport avec l'extériorisation d'une anse sous traction. Si la rétraction est partielle, il convient d'attendre, sous surveillance stricte, la coalescence colopariétale et la conséquence en est une stomie partiellement rétractée avec des difficultés d'appareillage. En cas d'une rétraction plus importante il convient de reprendre la stomie par voie locale.
- **Suppurations péri-stomiales:** Ce sont les plus fréquentes des complications précoces, leur incidence variant entre 10 et 25 %. En l'absence de rétraction stomiale, elles sont habituellement d'évolution bénigne sous traitement médical antibiotique associé à des soins et à un appareillage adapté.
- **Eviscération stomiales:** Elles représentent 1 à 2 % des complications précoces, favorisées par un orifice pariétal trop large. L'éviscération peut être colique, en rapport avec une anse extériorisée trop longue. Il convient de réopérer le patient par voie locale et de réséquer l'excédent d'anse en refaisant une nouvelle stomie. L'éviscération peut être para-stomiale. Et elle implique une ré-intervention en urgence.

➤ Complications de la jéjunostomie d'alimentation:

- La stomite;
- L'éviscération;
- Le volvulus;

- Les Fistules digestives;
- Les ischémies du grêle postopératoires.
- Complication de l'anastomose immédiate:
  - Les fistules anastomotiques;
  - La désunion de l'anastomose: la survenue d'une désunion anastomotique n'entraîne pas systématiquement de complications infectieuses et ne réclame pas obligatoirement une ré-intervention. C'est la survenue d'une infection intra-péritonéale grave qui requiert la ré-intervention.

### 3. Autres méthodes thérapeutiques

#### 3.1 Syndrome occlusif

Pour les cancers coliques gauches, la chirurgie n'est pas le seul moyen de lever en urgence l'occlusion. [32], une alternative moderne apparait: L'endoprothèse colique autoexpnsive qui pour l'instant réservée aux patients en situation palliative. [67, 71]

Cette technique récente, et moins invasive consiste à traiter l'occlusion par la mise en place d'une endoprothèse au niveau de la zone de sténose colique ou rectale sous contrôle radioscopique ou endoscopique. [67]. Cette stratégie de bridg to surgery s'adresse à deux types de situation comme alternative de la chirurgie: soit à titre de traitement palliatif définitif, chez les patient non opérable; soit pour réaliser une décompression urgente en cas d'occlusion avant chirurgie de résection afin d'éviter une colostomie transitoire. [48]

Ainsi toutes les études effectuées confirment que l'endoprothèse reste une alternative possible à la chirurgie, chez les patients présentant une contre-indication anesthésique majeure ou un pronostic très défavorable à très court terme. [67]

Certes, les données les plus récentes ne permettent plus de la considérer comme une alternative, car plusieurs grandes études prospectives randomisées comparant la pose d'endoprothèse à une chirurgie en urgence ont été fermées prématurément en raison de la sur-

morbidity liée à la prothèse. Une dernière étude de Sabbagh Etal comparant 48 patients traités par prothèse à 39 patients ayant bénéficié d'une chirurgie première a montré qu'indépendamment des complications, les patients traités par prothèses avaient significativement une moins bonne survie globale à 5 ans (62 vs 25%) ( $p < 0,001$ ) par rapport à la confection d'une stomie de décharge qui reste donc le traitement de référence. [87]. Sachant bien que dès le début aussi, la colostomie première de décharge par voie élective est favorisée, elle était recommandée par le consensus sur le cancer du colon gauche de janvier 1998, pour tous ces arguments déjà cités. [67]

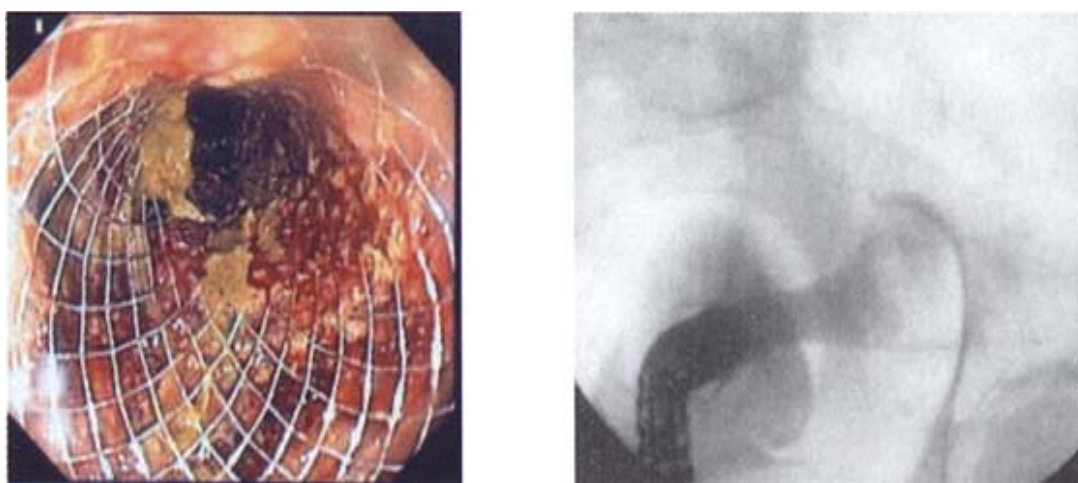


Figure 42: Prothèse colique ouverte et aspect radiologique [48]

Tableau XI: Avantages et inconvénients de l'endoscopie auto-expansive

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"><li>• Amélioration de la qualité de vie.</li><li>• Moins invasive, plus supportée chez des patients altérés ou avec des métastases.</li><li>• Le délai moyen entre la levée de l'occlusion et l'intervention d'exérèse lorsqu'elle a lieu est plus court.</li><li>• Diminution du nombre des interventions chirurgicales.</li><li>• Diminution du taux des stomies éfinitives</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risque élevé de la dissémination tumorale par manipulation de la tumeur.</li><li>• Proscrite lors d'un projet thérapeutique curatif.</li><li>• Taux important des complications: la perforation, la migration, la récidence proche de l'occlusion, les hémorragies.</li><li>• Contre-indication formelle de la chimiothérapie anti-angiogénique, proposé habituellement en premier ligne chez les patients métastatique, vu le risque de perforation très élevé.</li></ul>



**Figure 43:** Perforation tumorale par une prothèse colique. [68]

### 3.2 Dysphagie

Pour la dysphagie sur cancer œsophagien, les autres options du traitement par technique endoscopique, Faisant appel à la dilatation, à la mise en place de prothèse, au laser, ou à l'électrocoagulation multipolaire circonférentielle (sonde de BICAP):

La dilatation: est habituellement utilisée comme première étape d'un traitement plus radical car si elle est utilisée seule, la tumeur continue à proliférer et les résultats fonctionnels ne dure que quelques semaines. Elle exige souvent plusieurs séances avec risque de complications à type de perforation et d'hémorragie.

Le laser: s'effectue en plusieurs temps, par conséquent les progrès de la réalimentation sont lents et les sténoses sont exposées à un risque de perforation ou de fistule; et presque tous les auteurs sont d'accord pour dilater en premier.

La sonde de BICAP: toujours suivie par un contrôle radioscopie, et effectuée après dilatation. Elle exige aussi plusieurs conditions par exemple: le caractère circonférentielle de la sténose maligne, une paroi œsophagienne d'au moins 1cm d'épaisseur au niveau de la sténose.

La prothèse: c'est le traitement endoscopique le plus radical mais les perforations et les hémorragies sont fréquentes. Les résultats des prothèses œsophagiens sont excellents lorsqu'elles visent au traitement palliatif de la dysphagie au stade avancé de la maladie. Ils sont plus controversés au stade initial de la prise en charge du cancer de l'œsophage non résecabl.

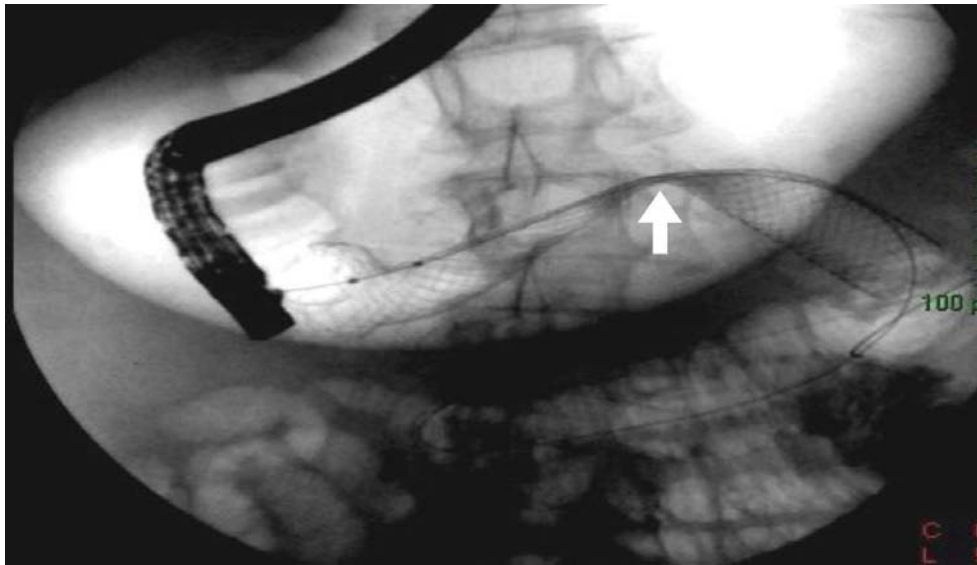
Ainsi que pour la dysphagie sur cancer gastrique, les traitements endoscopiques (prothèses, destruction laser ou Argon): sont possibles sur les formes non opérables (accord d'experts).

Ces traitements endoscopiques ne représentent que 20 à 30 % de traitement de la dysphagie maligne, car malgré qu'ils permettent l'alimentation par voie orale avec bonne intégration sociale, ils se caractérisent par son indisponibilité aux urgences, et leurs plusieurs inconvénients déjà cités. [72, 75, 74,77]

### **3.3 Angiocholite**

C'est une urgence médico-chirurgicale qui nécessite une prise en charge thérapeutique urgente dont l'objectif est de drainer la bile, et comme déjà noter, deux attitudes sont aujourd'hui en cours d'évaluation: la dérivation bilio-digestive et l'endoscopie.

Le traitement endoscopique peut être proposé dans les 24 heures suivant le début de l'antibiothérapie et si l'état clinique se stabilise dans l'attente. Les résultats de prothèse, malgré l'absence d'étude contrôlée sont favorables. [71]



**Figure 44:** Prothèse duodénale mise en place, à l'aide d'un duodéno-scopie, dans le troisième duodénum pour une occlusion digestive haute, localisée sur l'angle duodéno-jéjunal (flèche), et liée à un adénocarcinome du corps du pancréas. [79]



**Figure 45:** Prothèse biliaire métallique mise en place pour une sténose de la voie biliaire principale, trajet rétro-pancréatique (flèches), un adénocarcinome de la tête de pancréas. [79]

#### **4. La place de la chimiothérapie et de la radiothérapie dans le traitement des cancers digestifs**

Les récurrences locorégionales et les métastases métachrones ont incité à compléter une chirurgie d'exérèse considérée comme carcinologiquement correcte par des traitements adjuvants dans le but de réduire ses récurrences et de diminuer la mortalité par éradication des micro-métastases. Alors que le recours à ces traitements en préopératoire a deux principaux objectifs : la réduction du volume tumorale, et la stérilisation des métastases microscopiques.

##### **4-1 Cancer œsophagien :**

Longtemps, la chirurgie a été considérée indispensable dans le traitement du cancer de l'œsophage, et l'utilité de la chimiothérapie ou de la radio-chimiothérapie préopératoires a été discutée. En fait, d'après plusieurs méta-analyses concordantes, ces deux approches apparaissent utiles, en particulier la radio-chimiothérapie préopératoire. Il est maintenant prouvé que ces deux traitements néo-adjuvants augmentent le taux de résection R0 et la survie globale. En plus, la radio-chimiothérapie entraîne environ 30 % de réponses complètes.

Dans les méta-analyses de Thirion et al. , les seules réalisées à partir des données individuelles, la chimiothérapie et la radio-chimiothérapie préopératoires ont entraîné un bénéfice significatif en survie à cinq ans, respectivement de 4,3 et 6,5 %. Cette amélioration était observée indépendamment de l'âge, de l'état général et de l'histologie. Plusieurs études ont aussi montré que le bénéfice de la chirurgie est moins évident pour les récurrences plus tardives.

Ainsi la radio-chimiothérapie seule devenant en 2008 un traitement de référence pour le cancer épidermoïde de l'œsophage localement avancé. Elle est une option dans les Recommandations 2009 de l'European Society for Medical Oncology (ESMO).

Ce changement radical de stratégie se profile dans le cancer de l'œsophage, à savoir commencer par une radio-chimiothérapie à visée curative et n'opérer que les non répondeurs ou les rechuteurs résecables. Avant de recommander cela, le bénéfice de la résection « de

sauvetage» pour récurrence retardée devra être évalué dans un essai randomisé stratégique, actuellement en préparation par la FFCD et la FRENCH. [98]

#### 4-2 Cancer gastrique :

Même si la chirurgie garde une place centrale dans la prise en charge thérapeutique des cancers de l'estomac, l'efficacité de la chimiothérapie permet dans certains cas d'améliorer le pronostic des malades non opérables. Les principaux buts de la chimiothérapie sont d'améliorer les résultats de la chirurgie à visée curative grâce à l'optimisation des traitements adjuvants et néo-adjuvants, et de réduire la masse tumorale chez les malades métastatiques pour augmenter leur survie en cas d'inopérabilité.

Plusieurs stratégies ont été largement étudiées dans le but d'améliorer les résultats thérapeutiques des patients présentant un cancer de l'estomac. Un large consensus existe sur le fait que les patients présentant un cancer gastrique à un stade plus avancé, avec un bon état général et un fonctionnement organique conservé, bénéficieraient d'une thérapie néo-adjuvante ou adjuvante.

Trois stratégies possibles ont été largement étudiées au cours d'études randomisées : la chimiothérapie postopératoire, la chimiothérapie peropératoire et la chimioradiothérapie postopératoire.

La chimiothérapie péri-opératoire des formes résécables est une référence. L'efficacité de cette stratégie est démontrée par plusieurs études randomisées : la survie sans maladie et la survie globale étaient significativement allongées. Le bénéfice semblait s'appliquer à toutes les tranches d'âge et d'état général, aux 2 sexes, et à toutes les localisations dans l'étude anglaise.

La chimiothérapie néo-adjuvante des formes localement évoluées non résécables n'est pas validée par la littérature mais les études dans ce domaine et les résultats dans les formes localisées autorisent un accord d'experts pour la proposer. La méta-analyse des données individuelles de 3 838 patients dans 17 essais ont montré un bénéfice de la chimiothérapie

postopératoire. Pour les études européennes le bénéfice est significatif. En occident la faisabilité d'une chimiothérapie postopératoire est de l'ordre de 50 %.

La place de la chimiothérapie palliative dans la prise en charge des adénocarcinomes métastatiques de l'estomac a été démontrée dans les années 90 par 4 essais randomisés de faibles effectifs ayant comparé un traitement par chimiothérapie (poly-chimiothérapies) aux soins de support. La chimiothérapie palliative permet un allongement de la survie et de la qualité de vie, mais aucun schéma ne permet d'améliorer la médiane de survie au-delà de 1 an.

L'intérêt de la radio-chimiothérapie comme traitement locorégional a été mis en évidence dans plusieurs études :

- La radio-chimiothérapie adjuvante : avec l'objectif d'améliorer le taux de contrôle local mais aussi la survie.
- La radio-chimiothérapie néo-adjuvante : cette approche thérapeutique a deux principaux objectifs, une réduction du volume tumoral permettant d'augmenter les chances d'une résection curative, et une stérilisation des métastases microscopiques (infra-cliniques) permettant ainsi de diminuer le risque de récurrence.

Certains auteurs suggèrent qu'une radio-chimiothérapie préopératoire est mieux tolérée par les patients que celle postopératoire vu la détérioration du statut nutritionnel observé après la chirurgie. [74]

#### **4-3 Cancer du grêle :**

Plusieurs auteurs ont rapporté le bénéfice d'une chimiothérapie dans les tumeurs malignes de l'intestin grêle, cependant le protocole de chimiothérapie optimale ainsi que la vraie définition de ce bénéfice doit être élucidé. Actuellement l'association de 5-fluorouracile à un sel de platine semble être la combinaison la plus efficace en situation adjuvante et palliative en dépit de l'absence d'études prospectives randomisées. [41]

En cas de cancer localisé, la chirurgie reste le traitement princeps, consistant en l'exérèse complète de la tumeur avec marges de résection saines et anastomose jéjuno-jéjunale ou iléo-iléale. C'est le seul traitement potentiellement curatif de choix de l'adénocarcinome, des tumeurs neuroendocrines et des GIST, mais 40 % des patients récidivent. Une chimiothérapie adjuvante peut être efficace pour les tumeurs neuroendocrines et pour les GIST métastatiques. La chimiothérapie (avec radiothérapie et chirurgie) est le traitement de choix des lymphomes. En cas de métastases non résécables, il n'y a pas d'indication formelle au traitement initial du cancer primitif, sauf en cas de risque d'occlusion, de perforation ou d'hémorragie importante. [40]

#### **4-4 Cancer colorectal :**

L'efficacité de la chimiothérapie systémique adjuvante dans les cancers colorectaux avec extension ganglionnaire a été démontrée au début des années 1990. L'accroissement de l'espérance de vie et la toxicité modérée des traitements utilisés font proposer une chimiothérapie adjuvante à un âge de plus en plus avancé. La chimiothérapie systémique adjuvante après résection des métastases n'a pas fait la preuve de son efficacité.

Les chimiothérapies locorégionales intra-péritonéale a pour but de diminuer la dissémination des cellules tumorales par voie portale et péritonéale grâce à l'obtention de fortes concentrations d'antimitotique au niveau du péritoine et, par résorption locale, dans la veine porte. Elle a permis une diminution des récidives hépatiques et péritonéales, mais des résultats complémentaires sont nécessaires pour inclure cette modalité thérapeutique dans la stratégie actuelle.

La chimiothérapie intra-portale en postopératoire tente de détruire les cellules tumorales ayant migré par la veine porte et arrêtées par le « filtre hépatique ».

Pour la radiothérapie, elle a été proposée par certains auteurs pour les tumeurs coliques T4 envahissant les organes ou les tissus de voisinage, perforées, fistulisées, ou en cas de résidu tumoral laissé en place, mais la morbidité de ce traitement et l'absence de comparaison aux chimiothérapies actuelles, laissent peu de place à la radiothérapie dans le traitement adjuvant

des cancers coliques. Ainsi pour les cancers rectaux, la majorité des essais randomisés comparant la chirurgie seule à la chirurgie suivie de radiothérapie se sont avérés négatifs en termes de gain en survie et le bénéfice en récurrences locales est limité à quelques études pour les stades C. [82]

#### **4-5 Cancers hépatobiliaires**

La chirurgie est le traitement de choix car c'est le seul traitement à visée curative. Même si les taux de résection curative R0 ont nettement augmenté au cours du temps (8 % en 1976 à 28 % en 1995), la proportion de patients opérés reste faible du fait d'un diagnostic souvent tardif. Ainsi, durant ces trois dernières décennies, la proportion des patients traités par chimiothérapie et/ou radiothérapie palliative est passée de 5 à 25 %. Mais cette proportion reste faible; elle traduit probablement l'importante fréquence de l'altération de l'état général chez ces patients. Par ailleurs, la démonstration d'un bénéfice associé à l'administration d'une chimiothérapie dans ce type de tumeur est très récente. [97]

Selon la classification de Barcelone des carcinomes hépatocellulaires en 5 stades, les traitements médicaux palliatifs sont proposés aux stades terminaux (simples soins palliatifs), aux stades avancés, et aux stades intermédiaires. Le traitement intermédiaire repose sur la chimio-embolisation dont la qualité des résultats est fonction des indications. Pour les meilleurs cas, l'efficacité est majeure, proche de celle d'un geste de résection; pour les stades plus évolués, la tolérance de la chimio-embolisation est médiocre et le Sorafénib est le traitement de choix.

La radio-embolisation est d'efficacité probablement proche de la chimio-embolisation mais est mieux tolérée. Le Sorafénib est le traitement de première ligne des stades avancés ayant une cirrhose compensée et un état général correct. Aucun traitement n'a démontré son efficacité en seconde ligne pour l'instant. En conclusion, le traitement palliatif des carcinomes hépatocellulaires s'est enrichi, et les indications doivent être discutées de façon multidisciplinaire. [100]

#### **4-6 Cancer pancréatique :**

La chirurgie d'exérèse est le seul traitement curatif, mais seul 20 % des patients peuvent en relever et parmi eux la plupart rechute. Le traitement chirurgical, qui permet d'espérer un taux de survie à cinq ans autour de 10 %, ne peut plus être utilisé isolément. En effet, la chimiothérapie adjuvante permet de doubler les taux de survie à cinq ans dans deux essais thérapeutiques : elle est devenue un standard et est recommandée chez tous les patients opérés quel que soit le statut ganglionnaire, la radio-chimiothérapie adjuvante ou néo-adjuvante n'a pas montré, à ce jour, de bénéfice en termes de survie et n'est plus recommandée. Cependant, chez les patients avec métastases, elle vient d'être supplantée par une tri-chimiothérapie dans le sous-groupe des patients en très bon état général, âgés de moins de 75 ans avec une bilirubine normale. [99]

## **VI. Pronostic**

Les cancers digestifs commencent, dans la majorité des cas, par des signes non spécifiques et avec un mode d'évolution progressif, par conséquent le diagnostic est posé à des stades souvent avancés, et révélé par des tableaux cliniques urgents ce qui très péjoratif sur le pronostic. Ces données sont confirmées par la littérature.

Par exemple, dans un article publié en 2007 le taux global de cancer de l'estomac diagnostiqué au stade précoce n'a pas dépassé 15 %. [92]. Dans une autre étude, ce taux n'était que de 7,6 % contre 92,3% pour les stades avancés, et ce diagnostic tardif était surtout chez les malades admis aux urgences. [93]

Par ailleurs le cancer du pancréas est une affection de mauvais pronostic car son diagnostic est souvent tardif, et porté au stade d'ictère où tout geste d'exérèse chirurgicale est souvent impossible. [60]

Egalement, le cancer de l'œsophage est l'un des cancers digestifs les plus graves avec un mauvais pronostic, du fait de la profondeur de l'organe et des signes de début souvent banalisés

par le patient. Le diagnostic est donc le plus souvent tardif et d'un cancer déjà évolué contraignant souvent à un traitement palliatif. [62]

Aussi les cancers de l'intestin grêle posent des problèmes diagnostiques du fait de leur rareté et de l'absence de signes cliniques spécifiques. Et bien souvent c'est la laparotomie d'urgence imposée par une complication aiguë qui permet de les découvrir, rendant le pronostic péjoratif. [70]

Ainsi, des études multi-variées confirment que l'occlusion est un facteur de mauvais pronostic des cancers colorectaux. Ce qui est expliqué essentiellement par la fréquence élevée des métastases viscérales ou péritonéales qui accompagnent les formes occlusives. Certains auteurs suggèrent aussi que l'occlusion favorise l'extension tumorale lymphatique et veineuse. [94]

Et en fin, les cancers des voies biliaires ont également un pronostic sombre, toujours du à une progression insidieuse, aboutissant souvent à un diagnostic tardif. Dans la série du registre Bourguignon des cancers digestifs, 90 % des cas de cancer des voies biliaires étaient métastatiques ou avaient une tumeur non résécable au moment du diagnostic et ce qui est grave c'est qu'il n'y avait pas d'évolution au cours des 30 ans de l'étude. [97]

L'amélioration de ce pronostic doit passer par:

- Une organisation régulière des campagnes de dépistage et de sensibilisation, ainsi que la mobilisation des moyens médiatisés.
- Un diagnostic plus précoce passant par l'amélioration de l'interprétation des signes cliniques et para-cliniques.
- Une prise en charge adaptée à notre contexte, et l'amélioration des moyens diagnostique et thérapeutiques aux hôpitaux.
- Une collaboration entre réanimateurs, radiologues, endoscopistes et chirurgiens.
- Un encouragement de la recherche scientifique.



*CONCLUSION*

A la lumière de ce travail réalisé au service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech à propos de 141 cas de cancers digestifs aux urgences sur une période de 3 ans, il en ressort:

- Dans notre contexte, les cancers digestifs constituent un motif fréquent de consultation en urgence.
- Notre étude a montré que le motif le plus fréquent est le cancer de l'estomac, suivi du cancer de l'œsophage, et en troisième rang les cancers colorectaux.
- Les patients de notre série sont relativement âgés avec un pourcentage de 60 % de la tranche d'âge supérieur à 50 ans.
- La majorité des interventions chirurgicales ou médicales étaient dans un objectif palliatif (86%). Les gestes chirurgicaux les plus fréquents étaient la jéjunostomie d'alimentation, puis la colostomie de décharge.
- Les suites postopératoires sont en général simples avec aucun cas de décès et une morbidité de 3%.
- La sensibilisation de la population au cancer, l'amélioration de l'interprétation des signes cliniques et para-cliniques par les professionnels de santé, et l'amélioration des moyens diagnostiques et thérapeutiques aux urgences pourrait améliorer le traitement global de cette entité pathologique.



## Fiche d'exploitation

### 1 / identification du patient:

-Nom/N/code dossier:

-Tranche d'âge : <20ans 20- 30ans 30-40ans 40-50ans >50ans

- Sexe : F M -origine géographique :

-Facteurs de risque : a/cancer de l'œsophage : Alcoolisme tabagisme facteurs alimentaires: déficit en vit C et A, boissons chaudes

b/Cancer de l'estomac : alimentation salée facteurs génétiques infection à HP

c/Cancer colorectal : facteurs alimentaires: excès de la graisse animale et de cholestérol régime pauvre en fibres végétales cholécystectomie polypes bénins facteurs héréditaires maladies inf. intestinaux

### 2/ATCD :

#### 2.1 / personnels :

a/ Médicaux :

b/ Chirurgicaux :

#### 2.2/familiaux :

### 3/Signes:

#### 3.1 /Signes fonctionnels :

-Mode d'installation -Trouble de transit: AMG Diarrhées constipation

-Syndrome rectal: ténesme Faux besoins épreintes -Douleurs abdominales:

-Ballonnement abdominal -Vomissements: Bilieux Alimentaires Fécaloïdes -

Hémorragies digestives: Hématémèses Melaena Réctorragies

-Dysphagie: Haute Basse -Liquides solides Mixte -durée d'installation

-Ictère

#### 3.2/Signes généraux :

-Amaigrissement -Anorexie -Asthénie -Fièvre -Déshydratation

#### 3.3/Signes physiques: a/Examen général :

-TA -Pâleur cutanéomuqueuse -Ictère

-Autres

b/Examen abdominal :

-Distension abdominale -Sensibilité abdominale: Généralisée HCD HCG Epigastre

-Défense abdominale: Généralisée HCD HCG Epigastre -contracture abdominale

-Météorisme : -SPM -HPM -Masse abdominale : siège

Volume Etat: mobile fixe -Orifices herniaires

- TR :-Vacuité de l'ampoule rectale      -Doigtier souillé de sang      - ampoule rectale pleine
- Présence d'un processus : distance par apport à la MA

c/Ex des autres appareils :

#### 4/Examens para-cliniques

##### 4.1 /Examens morphologiques

- ASP: pneumopéritoine      NHA
- Echographie abdominale:-Epanchement péritonéal      -péritonite      -HPM      -SPM -Masse abdominale
- TDM abdominale: Tumeur      Métastases      Autres
- Endoscopie digestive: F.D.H      Coloscopie      Rectoscopie
- Tumeur :
- Autres :
- Biopsies

-Autres examen morphologiques :

##### 4.2/Biologie

- NFS: anémie      GB      Plaquettes
- Ionogramme
- Bilan hépatique
- Fonction rénale
- Bilan d'hémostase
- Glycémie :
- Autres :

#### 5/Prise en charge:

##### 5.1 /Médicale :

- Sonde gastrique
- Rééquilibration hydro-électrolytique
- Transfusion
- Antibiothérapie
- Antispasmodiques
- IPP en IV

##### 5.2/Chirurgicale :

- a/indication :-en urgence :      -en différé :
- Curative: Résection de la Tm      Curage gg      Autres
- Palliative:-Stomie      Dérivation
- b/Voie d'abord :
- c/Constataions chirurgicales :

d/Geste chirurgical : -curatif -Palliatif  
-Type de geste :

-Drainage :

e/Résultats: -Mortalité: non -oui ;J postopératoire

-Morbidité: -Complication générales :

-Complication spécifique :

-Traitement préconisé :

-Jour de sortie :

-J d'hospitalisation -J postopératoire



*RÉSUMÉS*

## Résumé

Les cancers digestifs présentent fréquemment des complications évolutives ou révélatrices nécessitant une prise en charge urgente. A travers une étude rétrospective intitulée la prise en charge des cancers digestifs aux urgences portant sur 141 cas, de 2012 à 2014 colligés au service de chirurgie viscérale au CHU Mohammed VI de Marrakech, nous avons essayé de dégager les facteurs épidémiologiques, les caractéristiques cliniques et para-cliniques, et les modalités thérapeutiques. Les trois localisations les plus retrouvés étaient par ordre de fréquence croissant: l'estomac (29 %), l'œsophage (26 %), et le colo-rectum (23 %). La tranche d'âge la plus retrouvée est celle de plus de 50 ans avec 60 % des cas, 17 % des patients avaient moins de 40 ans. Cette série comporte 78 hommes et 63 femmes avec une sex-ratio de 0,8. Le mode d'installation était principalement progressif avec 52 % des cas. Nos patients ont consulté pour des tableaux cliniques urgents essentiellement la dysphagie avec 40 % des cas, et le syndrome occlusif noté chez 28 % des patients. L'abdomen sans préparation a été le premier examen réalisé suivi de la tomodensitométrie abdominale respectivement chez 26 % et 23 % des patients. La prise en charge thérapeutique était médico-chirurgicale. 93 % des patients ont été opérés, dont 86 % pour une indication palliative: 52 % ont été opérés pour une jéjunostomie d'alimentation, et 20 % pour une colostomie de décharge. En général, les suites postopératoires étaient simples avec un taux de mortalité nul et une morbidité de 3%.

## Abstract

Digestive cancers represent evolutionary or revelatory complications requiring urgent care. Through a retrospective study on the management of digestive cancers in emergencies involving 141 cases, from 2012 to 2014 collected at digestive surgery department at CHU Mohammed VI Marrakech, we tried to study the epidemiological factors, the clinical and the para-clinical characteristics as well as the therapeutic methods. The three most frequent sites were rated in order of increasing frequency: stomach (29%), esophagus (26 %), and colo-rectum (23 %). The age group most found was age over 50 years with 60 % of cases, 17 % of patients had under 40 years. This series includes 78 men and 63 women with a sex ratio of 0,8. The installation method was mostly gradual with 52 % of cases. Our patients have consulted for urgent clinical presentations mainly dysphagia with 40 % of cases, and occlusive syndrome noted in 28 % of patients. Radiology was the first review to be carried monitoring the abdominal CT scan respectively in 26 % and 23 % of patients. The surgery done in 93 % of patients, 86 % for palliative indication: 52 % were operated for a jejunostomy, and 20 % for a colostomy. In general, postoperative were simple with no mortality and 3% of morbidity.

## ملخص

يمكن للأورام الخبيثة للجهاز الهضمي أن تُسبب مضاعفات تطويرية أو كاشفة لهذه السرطانات، والتي تتطلب تدخلا طبيا استعجاليا. عن طريق دراسة استرجاعية بصدد 141 حالة تم حصرها بمصلحة الجراحة العامة بالمركز الاستشفائي محمد السادس بمراكش في الفترة الممتدة ما بين 2012 و 2014, حيث حاولنا استخلاص العوامل الوبائية، الخصائص السريرية والشبه السريرية، والطرق العلاجية. المواضيع الثلاثة الأكثر ترددا: المعدة (29%)، المريء (26%)، القولون و المعي المستقيم (23%). 60% من المرضى يتجاوز عمرهم 50 سنة، بينما 17% هي نسبة المرضى ذوي أعمار أقل من 40 سنة. تشمل هذه السلسلة 78 رجلا و 63 امرأة، معدل النسبة بين الجنسين هو 0,8. بداية الأعراض غالبا ما تكون تدريجية بمعدل 52%. الاستشارات الطبية لمرضانا كانت لأسباب طبية استعجالية خصوصا عسر البلع ب 40 من الحالات، وانسداد الأمعاء ب 28%. يعتبر الاستعراض بالأشعة أول فحص خضعت له الحالات يليه الأشعة المقطعية بنسب 26% و 23% على التوالي. تم العلاج بالجراحة عند 93% من الحالات، 86% لأسباب مسكّنة: 52% لفغر الصائم، و 20% للتفريغ بفغر القولون. بشكل عام، كانت نتائج التدخلات الجراحية بسيطة بدون أي حالة وفاة، وبنسبة اعتلال 3.



*BIBLIOGRAPHIES*

1. **Chbani L, Hafid I, Erraho M, Mesbahi O, Nejari C, Amarti A**  
Epidemiological and pathological features of cancer in Fez Boulemane region, Morocco  
Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 19, N° 3, 2013.
2. **Diarra M, Konate A, Traoré CB, Souckho-Kaya A, Diarra CA, Doumbia- Samaké K, et al.**  
Épidémiologie des cancers digestifs en milieu hospitalier à Bamako  
Hegel Vol. 2, N° 1, 2012.
3. **Allem R**  
Épidémiologie des cancers digestifs dans la région de Chlef (Algérie)  
J. Afr. Cancer (2014) 6:22–26.
4. **Benelkhaiat R, Rabbani K, Nasrollah N, Finech B, Louzi A, El Idrissi Dafali A**  
Les cancers digestifs dans la région de Marrakech  
J. Afr. Cancer (2010) 2:160–165.
5. **Ndahindwa V, Ngendahayo L, Vyankandondera J**  
Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers dans les centres hospitaliers universitaires du Rwanda  
Revue Médicale Rwandaise. March 2012, Vol. 69 (1).
6. **Aqodad N, Benajah D, El Abkari M, El Yousfi M, Ibrahimi A, Mellouki I, et al.**  
Les cancers digestifs à Fès: quelle épidémiologie en absence d'un registre national  
JFHOD: Société Nationale Française De Gastro-entérologie.
7. **Mamoudou G. S, Hami H, Soulaymani A, Quayou A, Mahamadou Z. H, Nouhou H**  
Les cancers digestifs au Niger: fréquence relative sur une étude rétrospective  
European Scientific Journal March 2014 édition vol.10, No.9.
8. **Bagny A, Bouglouga O, Darre T, Lawson-Ananissoh L-M, Kaaga Y-L, Sonhaye L, et al.**  
Profil épidémiologique et diagnostique des cancers digestifs au CHU Campus de Lomé : à propos de 250 cas  
J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. Lavoisier 2015.
9. **Cottet V, Bonithon-Kopp C, Faivre J**  
Primary prevention of digestive cancers  
EMC-Chirurgie 1 (2004) 32–46.

10. **Steinmetz J, Spyckerelle Y, Guéguen R, Dupré C**  
Le tabac et l'alcool augmentent le risque d'adénomes et de cancers colorectaux  
Presse Med. 2007, 36: 1174–82.
11. **Robaszkiewicz M**  
Facteurs de risque et prévention du cancer gastrique  
Acta Endosc. (2012) 42:232–236.
12. **Nogueira L, Freedman N, Engels E, Warren J, Castro F, Koshiol J**  
Gallstones, Cholecystectomy, and Risk of Digestive System Cancers  
American Journal of Epidemiology (2014), Vol. 179, No. 6.
13. **Lagergren J, Mattsson F**  
Cholecystectomy as a risk factor for oesophageal adenocarcinoma.  
British Journal of Surgery. 2011, 98: 1133–7.
14. **Catherine H**  
Alcool et risque de cancer  
Fond. Nationale de Gérontologie. 2013/2–n° 105.
15. **Gandon y**  
Dépistage du cancer colorectal, place de la coloscopie virtuelle  
Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle (2014).
16. **Bulois P**  
Polypes festonnés: le chaînon manquant  
POSTU (2014).
17. **Faivre J, Lepage C, Bouvier A–M**  
Données récentes sur l'épidémiologie du cancer de l'œsophage  
Gastroenterol Clin Biol 2005, 29: 534–539.
18. **Bouvier A–M, Drouillard A**  
Le point sur l'épidémiologie des cancers du colon  
Oncologie(2014) 16 : S485–S490.
19. **Buscail L, Bournet B**  
Facteurs de risque du risque du pancréas  
Presse Med. 2007; 36: 1244–8, 2007.

20. **Kassaba A, Landolsib S, Mileda A, Ben Ahmedb S, Olfa G**  
Existe-t-il une relation entre les habitudes alimentaires en Tunisie et le cancer colorectal ?  
Éléments de réponse à partir d'un échantillon de population  
Immuno-analyse et biologie spécialisée (2013).
21. **Hillon P, Hamza S**  
Obésité et risque de cancer digestif  
HEPATO-GASTRO et Oncologie digestive 73, vol. 19 n8 2, février 2012.
22. **Baudin B**  
Test septine 9 et cancer colorectal ou comment améliorer son dépistage  
Immuno-analyse et biologie spécialisée (2013) 28, 1—7.
23. **Chollet R, Létard J-C, Vaillant E, Delchier G, Canard J-M, Lapuelle J, et al.**  
Prévention du cancer de l'estomac  
Acta Endosc. (2014) 44:219–222.
24. **Kadende P, Engels D, Ndoricimpa J, Ndabaneze E, Habonimana D, Marerawa G, et al.**  
Les cancers digestifs au Burundi: premiers résultats d'une enquête menée à Bujumbura  
Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37 (10).
25. **Diarra MT, Konate A, Diarra AN, Sow H épouse Coulibaly, Doumbia K épouse Samake, Kassambara Y, et al.**  
Les caractéristiques épidémiologiques et pronostiques du cancer de l'estomac en milieu urbain au mali  
Mali Medical 2014 TOME XXIX N° 4.
26. **KARAYUBA R, ARMSTRONG O, BIGIRIMANA V, NDARUGIRIRE F, NGENDAHAYO L, MARERWA G, KABURA L, et al**  
Le traitement chirurgical des cancers gastriques au CHU de kamenge (Bujumbura) à propos de 53 cas  
Médecine d'Afrique Noire: 1993, 40 (10).
27. **Richecoeur M, Bronstein A.J, Lipovac A.S, Caumes J.L, Blanchard C**  
Vomissements : étiologies et conduite à tenir  
EMC-Chirurgie 1 (2004) 481–492.
28. **Marjolein Y.V. Homs, Ewout W. Steyerberg, Wilhelmina M.H. Eijkenboom, Peter D. Siersema, for the Dutch SIREC study group.**  
Predictors of outcome of single-dose brachytherapy for the palliation of dysphagia from esophageal cancer  
M.Y.V. Homs et al. / Brachytherapy 5 (2006) 41–48.

29. **Dylan F. R, Kenneth W. A**  
Causes of Dysphagia Among  
Different Age Groups. A Systematic Review of the Literature. *Otolaryngol Clin N Am* 46  
(2013) 965–987.
30. **Sahraoui S, Acharki A, Tawfiq N, Jouhadi H, Bouras N, Benider A, et al.**  
Cancers recto–coliques chez le sujet de moins de 40 ans.  
*Cancer/Radiother* 2000; 4 : 428–32. 2000 Éditions scientifiques et médicales Elsevier  
SAS.
31. **Guetz G, Wind P**  
Urgences en cancérologie digestive.
32. **Gainant A**  
Prise en charge en urgence des occlusions coliques par cancer  
*Journal de Chirurgie Viscérale* (2012) 149, 3—11.
33. **Fumery M, Bartoli E, Dupas J.L**  
Hémorragie digestive  
*La Revue Du Praticien* VOL. 59. 20 avril 2009.
34. **Togo A, Diakité I, Togo B, Coulibaly Y, Kanté I, dembélé B.T, et al.**  
Cancer gastrique au CHU Gabriel–Touré: aspects épidémiologique et diagnostique  
*J. Afr. Cancer* (2011) 3:227–231.
35. **Maiga M.Y, Diallo G, Dembele M, Ndiaye M, Ongoiba N, Sanogo Z, Yena S, Traore H.A**  
Cancer de l'œsophage: aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques  
*Acta Endoscopica* Volume 32 – N° special CREGG – 2002.
36. **Lecoulesa S, Carmoia T, Klotza C, Rappb C Perrota, Galeanoa C, Algayresa J–P**  
Fièvre révélatrice d'un cancer colique : 11 observations.  
*La Revue De Médecine Interne* 34 (2013) 136–140.
37. **Bouglouga Oumboma, Lawson–Ananissoh Laté Mawuli, Bagny Aklesso, Kaaga Laconi,  
Redah Datouda.**  
Etude descriptive et analytique du cancer de l'œsophage au Togo.  
*Pan African Medical Journal*. 2014; 19:315.
38. **Bagnan K.O, Padonou N, Kodjoh N, Houansou T**  
Le cancer de l'estomac: A propos de 51 cas observés au CNHU de Cotonou.  
*Médecine d'Afrique Noire* : 1994, 41 (1).

39. **Ayite A, Dosseh E, Etey K, Senah K, Napo-koura K, James K**  
Les cancers de l'intestin grêle au chu de Lomé (Togo). A propos de 8 cas observés en 10 ans  
Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (10)
40. **Rabbani K, Narjis Y, Fouad H, Samlani Z, Difaa A, El Omrani M, et al.**  
Les cancers de l'intestin grêle au CHU de Marrakech: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques (à propos de 52 cas)  
J. Afr. Cancer (2012) 4:84-88.
41. **Abahssain H, Mokrim M, Lalya I, M'rabti H, Errihani H**  
Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle: aspects cliniques et thérapeutiques de 27 patients.  
Pan African Medical Journal. 2011; 8:18.
42. **Trempe D, Dion D, Geneviève D**  
L'occlusion intestinale chez le patient atteint de cancer.  
Le Médecin du Québec, volume 41, numéro 11, novembre 2006.
43. **Konaté I, Sridi A, Ba P.A, Cissé M, Gaye M, Touré F.B, et al.**  
Étude descriptive des cancers colorectaux à la clinique chirurgicale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar.  
J. Afr. Cancer (2012) 4:233-237.
44. **Silvéra L, Galula G, Tiret E, Louvet C, Leroux J-L, Trutt B.**  
Assessment of management practices for colonic cancer in the Paris metropolitan area in 2002  
Gastroenterol Clin Biol 2006; 30:852-858.
45. **Lasser P**  
Cancer du rectum.  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale gastroentérologie 9-084-A-10
46. **Rougier P**  
Cancers colorectaux  
Rev Prat. 2004, 54(2) :133-86.
47. **Danse E**  
Imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte  
EMC-Radiologie 1 (2004) 233-279.

48. **Lesidaner Anne**  
L'endoscopie d'urgence dans les obstructions gastro-intestinales  
Acta Endoscopica Volume 34 - N° 5 - 2004.
49. **Mathias J, Bruot O, Ganne P.A, Laurent V, Regent D**  
Tumeur du grêle.  
EMC, Radiologie et imagerie médical-abdominale-digestive. 2011.
50. **TAOUREL P**  
Echographie dans les atteintes du tube digestif  
Acta Endoscopica Volume 28 - N° 5 - 1998.
51. **Coulibaly S, Kéïta K, Sissoko S.B, Diallo M, Touré M, Sidibé S**  
Apport de l'échographie dans le diagnostic des tumeurs du pancréas au Chu du Point G.  
J Afr Imag Méd 2014; (6), 4: 10-17.
52. **Catherine Arvieux et al.**  
Spécificité du diagnostic d'un cancer digestif aux urgences chez le sujet âgé  
Médecine & Hygiène | Revue internationale de soins palliatifs. 2008/1 - Vol. 23.
53. **Papazian A**  
Le cancer colorectal: les moyens du diagnostic.  
Acta Endoscopica, Volume 22 - N°1 - 1992.
54. **Mamaa N, Dhifallaha M, Jarrarb M.S, Kadria K, Hasnia I, Arifaa N, et al.**  
Apport du scanner dans la pathologie du carrefour iléo-cæcal.  
Feuillets deradiologie2014.
55. **Lesur G, Vedrenne B, Heresbach D**  
Consensus en endoscopie digestive.  
Acta Endosc. (2009) 39:468-473 .
56. **El Housse H, Ajbara W, Amsaguine S, El Amrani N, Drissi H, Ahallat M, et al.**  
Profils épidémiologique et anatomo-clinique d'une population marocaine atteinte de cancer colorectal  
J. Afr. Cancer 2014.
57. **Boutboul D, Comptaer N, Garot M, Ethgen S, El Manser D, Lebuffe G**  
Anémie et carence martiale avant chirurgie carcinologique intra-abdominale: prévalence et impact sur la transfusion péri-opératoire à 30 jours.  
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 33S (2014) A68-A71.

- 58. Schneider M**  
Fréquence de l'anémie chez les patients français atteints de tumeurs solides ou d'hémopathies malignes: résultats de l'« European Cancer Anaemia Survey (ECAS) ». *Oncologie* (2005) 7: 397–402.
- 59. Samaha Elia, Cellier Christophe**  
Exploration d'une anémie ferriprive d'origine digestive en 2012. *Post'U* (2012) 119–124.
- 60. Faik M; Halhal A; Oudanane M; Housni K; Ahalat M; Baroudi S; et al.**  
Cancer de la tête du pancréas au stade d'ictère: ( à propos de 38 cas). *Médecine du Maghreb* 1998 n°72.
- 61. Marion Y, Lebreton G, Le Pennec V, Hournab E, Viennotc S, Alves A**  
Prise en charge des hémorragies digestives basses  
*Journal de Chirurgie Viscérale* (2014).
- 62. Sanou A, Ouangre E, Bonkougou P.G, Zida M, Ouedraogo S, Zongo N, et al.**  
Les cancers de l'oesophage dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU Yo: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.  
*Annales de l'Université de Ouagadougou – Série D, Vol. 011, juin 2012.*
- 63. Thariat J, Vendrely B, Roca S, Ravaud A, Bay J-O, Lacout A et al.**  
Syndromes paranéoplasiques à expression rénale et atteintes rénales des cancers.  
*Bulletin du Cancer. vol. 99 · N° 3 · mars 2012.*
- 64. Kerrouault Eva, Denis Nathalie, Le Conte Philippe, Dabouis Gérard**  
Une meilleure organisation des soins pourrait diminuer le nombre des patients atteints de cancer adressés aux urgences.  
*La Presse Médicale, 2007; 36: 1557–62.*
- 65. Arvieux C, Laval G, Mestrallet J.P, Stefani L, Villard M.L, Cardin N**  
Traitement de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale. Étude prospective à propos de 80 cas.  
*Arvieux et al. / Annales de chirurgie 130 (2005) 470–476.*
- 66. Lo Dico R, Pocard M**  
Formes localisées des cancers du côlon : principes de la chirurgie carcinologique, quelles limites et pour quelles formes compliquées.  
*Oncologie* (2014) 16:S499–S503.

67. **J.L, Bereder J.M, Oddo F, Padovani B, Guegenheim J, Benchimol D, et al.**  
Colostomie de décharge vs endoprothèse colique autoexpansive: comparaison des deux techniques dans l'occlusion colique gauche aiguë par obstacle tumoral.  
P. Baqué et al/ Annales de chirurgie 129(2004) 353–358.
68. **Laforest A, Lefèvre J.H**  
Cancer colique gauche en occlusion : en faveur d'une chirurgie première.  
Colon Rectum. Springer-Verlag France 2014.
69. **kebe Moussa, Zimogo Zié Sanogo.**  
Thèse: Evaluation de la Prise en Charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie B de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.  
Université de Bamako, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Mali 2009.
70. **Ayite A, Dosseh E, Etey K, Senah K, Napo-koura K, James K**  
Les cancers de l'intestin grêle au chu de Iomé (togo). A propos de 8 cas observés en 10 ans.  
Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (10).
71. **Moutei Hassan M, Mazaz khalid**  
Thèse: Guide pratique des urgences chirurgicales viscérales.  
Université sidi Mohammed ben Abdellah, Faculté de médecine et de pharmacie, Fès 2013, N° 117.
72. **Brunetaud J.M, Maunoury V, Delmot J.S, Cortot A, Paris J.C**  
Les traitements palliatifs du cancer de l'œsophage.  
Acta Endoscopica Volume 18 N° 3 – 1988.
73. **Hulpuæ R, Constantinoiu S, Bratu D, Dumitra A, Sabau A, Sabau D, et al.**  
Superior socio-medical alternative to feeding gastrostomy and jejunostomy in advanced esophago-gastric junction adenocarcinoma.  
Chirurgia (2013) 108: 451–455. No. 4.
74. **Rharrabti Afifa, El harroudi Tijani**  
Thèse: Des cancers gastriques dans la région orientale (à propos de 120 cas).  
Université sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de pharmacie, Fès 2014, N° 61.
75. **Prat F**  
Les prothèses digestives.  
Acta Endosc. (2009) 39:192–194.

76. **Togo A, Kanté L, Traoré A, Dembélé B.T, Diakité I, Kamaté B, et al.**  
Cancer gastrique: résultats du traitement chirurgical au CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali).  
J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. (2012) 6:183–187.
77. **Antomarchi O, Futier E, Pezet D**  
Prise en charge chirurgicale de l'adénocarcinome gastrique.  
Oncologie (2013) 15: 155–159.
78. **Bambara A.T, Zida M, Ouangré E, Bambara A.H, Zongo N, Traoré S.S**  
Tumeurs de la tête du pancréas: un défi diagnostique et thérapeutique à Ouagadougou.  
J. Afr. Cancer (2014) 6:17–21.
79. **Mairea F, Sauvanetb A**  
Dérivations biliaires et digestives pour tumeur pancréatique non résécable: endoscopie ou Chirurgie.  
Journal de Chirurgie Viscérale (2013) 150, S28—S32.
80. **Traoréa D, Sissokoa F, Ongoïbaa N, Traoréa I, Traoréa A.K, Koumaré A.K**  
Invagination intestinale aiguë chez l'adulte : écueils diagnostiques, morbidité et mortalité dans un pays en voie de développement.  
Journal de Chirurgie Viscérale (2012) 149, 231—234.
81. **Lebeau R, Koffi E, Diané B, Amani A, Kouassi J.C**  
Invaginations intestinales aiguës de l'adulte: analyse d'une série de 20 cas.  
Annales de chirurgie 131 (2006) 447–450.
82. **Benelkhaiat R, Bouznad N**  
Thèse: Les cancers colo–rectaux en occlusion au service de chirurgie viscérale au CHU Mohammed VI (Etude rétrospective sur 5 ans).  
Université Cadi Ayyad faculté de médecine et de pharmacie, Marrakech 2012, N° 29.
83. **Lassina Samoura M, Koitak A**  
Thèse: Prise en charge des urgences chirurgicales digestives au Csref de Bougouni.  
Université de Bamako, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto–stomatologie, Bamako, 2011.
84. **Maggiori L, Panis Y**  
Chirurgie du cancer du côlon non métastatique, critères de qualité, avancées récentes.  
Colon Rectum, 2013.

85. **Takongmo S, Guifo ML, PISOH Tangnyin C, Talla P, Monabang C, Essame–Oyono J.L. et al.**  
Prise en charge des ictères obstructifs à Yaounde. Analyse d'une série de trente cas.  
Health Sci. Dis: Vol 11 (2) (June 2010).
86. **Lecomte T, Féau S, Caulet M**  
Place des prothèses coliques dans la prise en charge du cancer colorectal.  
Oncologie (2014) 16:S593–S598.
87. **Hor T, Lefevre J.H**  
Quoi de neuf en chirurgie du cancer colorectal depuis la fin du dernier millénaire ?  
Colon Rectum, 2015.
88. **HAROUNA Y, ALI L, SEIBOU A, ABDOU I, GAMATIE Y, RAKOTOMALALA J, et al.**  
Deux ans de chirurgie digestive d'urgence a l'hôpital national de Niamey (Niger): Etude analytique et pronostique.  
Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2)
89. **Brévert C, Karoui M**  
How to decrease the postoperative morbidity after rectal cancer surgery?  
Colon Rectum (2012) 6:97–104.
90. **Senesse P, Flori N, Altwegg R, Vercambre L, Augeix N, Assenat E**  
Nutrition et cancers digestifs  
Hépto–Gastro, vol. 16, n° 3, mai–juin 2009
91. **Parc Y, Frileux P, Dehni N, Ollivier JM, Tiret E, Parc R.**  
Réinterventions pour complications infectieuses intrapéritonéales postopératoires.  
Encycl Méd Chir , Techniques chirurgicales – Appareil digestif. 2003:40–080, 24 p.
92. **Fry LC, Mönkemüller K**  
Prevention for gastric cancer: a challenging but feasible task.  
Acta Gastroenterol Latincam 37(2):110–7. Malferttheiner P (2007).
93. **Togo A, Diakitè I, Togo B, Coulibaly Y, Kanté L, Dembélé B.T, et al.**  
Cancer gastrique au CHU Gabriel–Touré: aspects épidémiologique et diagnostique.  
J. Afr. Cancer (2011) 3:227–231.

94. **Arfa N, Hamdani I, Gharbi L, Ben Abid S, Ghariani B, Mannai S, et al.**  
Survie et facteurs pronostiques des adénocarcinomes colorectaux: étude analytique uni-  
et multifactorielle de 150 cas.  
Ann Chir. 2006;13:104-11.
95. **Abi Ayed**  
Thèse: Le syndrome occlusif  
Université Abu Bekr Belkaid, Faculté de médecine, Tlemcen, 2014.
96. **Badia JM, Sitges-Serra**  
Perforation of colonic neoplasms. A review of 36 cases.  
Int. J Colorectal Dis. 1987, 2: 187-9
97. **Samia Hamza, Jean-Marc Phelip, Côme Lepage.**  
Epidemiology of biliary duct cancers.  
Cancéro dig. Vol. 4 N° 1, 2012.
98. **Bedenne L, Hamza S, Jouve L-J.**  
Chemoradiation as medical treatment for esophageal cancer. Is surgery always necessary?  
Oncologie (2013) 15: 139-143
99. **Dahan L, Ouaisi M**  
Traitement médical et chirurgie de l'adénocarcinome du pancréas  
John Libbey, Volume 18, N°6, 2011.
100. **Raoul J-L, Gilibert M, OZIEL-TAÏEB S, GIOVANNINI M**  
Traitement palliatif du carcinome hépatocellulaire.  
La revue du praticien, 2013, vol. 63, N° 2, pp. 233-236 [4 page(s) (article)] (10 ref.)



## أَقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونُ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِهِ وَسَعْيِي

فِي اسْتِنْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِهِ رِعَايَتِي لِلطَّبِيبَةِ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ  
وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

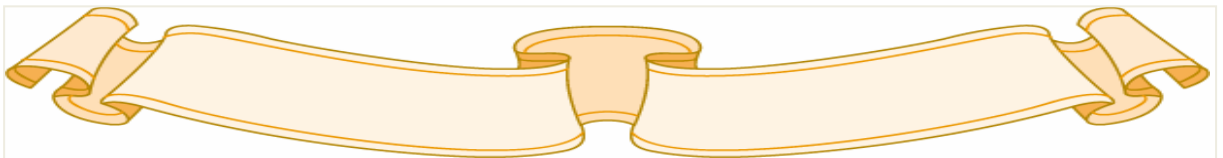
وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، أَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْنَعُنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبِيَّةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ  
وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ





جامعة القاضي عياض  
كلية الطب و الصيدلة  
مراكش

أطروحة رقم : 123

سنة 2015

**التكفل بعلاج الأورام الخبيثة للجهاز الهضمي  
في المستعجلات  
(تجربة في المستشفى الجامعي محمد السادس مراكش)**

**الأطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم 2015/ 07 /13

**من طرف**

**الآنسة خديجة نجم الدين**

المزودة في 17 يوليوز 1988 بأكادير

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

**الكلمات الأساسية:**

سرطانات الجهاز الهضمي – حالات الطوارئ – تكفل – مضاعفات.

**اللجنة**

الرئيس

**ع. لوزي**

السيد

أستاذ في الجراحة العامة

المشرف

**ي. نرجس**

السيد

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

**م. والي ادريسي**

السيدة

أستاذة مبرزة في الفحص بالأشعة

**ح. رايس**

السيدة

أستاذة مبرزة في التشريح المرضي

**م. خوشاني**

السيدة

أستاذة مبرزة في العلاج بالأشعة

الحكام