

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

ANNEE: 2013

THESE N°: 126

**SURVIE ET PRONOSTIC DES PATIENTS
OPERES POUR CANCER DU RECTUM**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Soukaïna Sara FATHI

Née le 18 Août 1987 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Survie – Pronostic – Adénocarcinome – Cancer du rectum.

JURY

Mr. M. AHALLAT

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. A. HRORA

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. F. SABBAH

Professeur de Chirurgie Générale

Mme. H. N. KRAMI

Professeur de Gastro-entérologie

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

JUGES

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 32



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

DOYENS HONORAIRES :

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

ADMINISTRATION :

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



PROFESSEURS :

Mars, Avril et Septembre 1980

1.

Mai et Octobre 1981

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 2. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| 3. Pr. TAOBANE Hamid* | Chirurgie Thoracique |

Mai et Novembre 1982

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| 4. Pr. ABROUQ Ali* | Oto-Rhino-Laryngologie |
| 5. Pr. BENSOUA Mohamed | Anatomie |
| 6. Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
| 7. Pr. LAHBABI Naïma ép. AMRANI | Physiologie |

Novembre 1983

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| 8. Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 9. Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI | Rhumatologie |

Décembre 1984

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 10. Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 11. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 12. Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 13. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 14. Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

15. Pr. BENJELLOUN Halima
16. Pr. BENS Aid Younes
17. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
18. Pr. IRAQI Ghali
- 19.

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phtisiologie



Janvier, Février et Décembre 1987

20. Pr. AJANA Ali
21. Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép. TAOBANE
22. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
23. Pr. EL HAITEM Naïma
24. Pr. EL YAACOUBI Moradh
25. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
26. Pr. LACHKAR Hassan
27. Pr. YAHYA OUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

28. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
29. Pr. DAFIRI Rachida
30. Pr. HERMAS Mohamed
31. Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

32. Pr. ADNAOUI Mohamed
33. Pr. AOUNI Mohamed
34. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
35. Pr. CHAD Bouziane
36. Pr. CHKOFF Rachid
37. Pr. HACHIM Mohammed*
38. Pr. KHARBACH Aïcha
39. Pr. MANSOURI Fatima
40. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
41. Pr. TAZI Saoud Anas

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

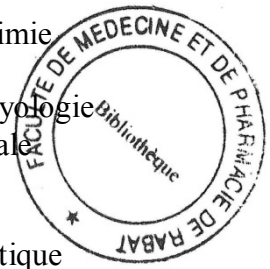
Février Avril Juillet et Décembre 1991

42. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
43. Pr. AZZOUZI Abderrahim
44. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
45. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
46. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
47. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
48. Pr. BENSOUDA Yahia
49. Pr. BERRAHO Amina
50. Pr. BEZZAD Rachid

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

51. Pr. CHABRAOUI Layachi
52. Pr. CHERRAH Yahia
53. Pr. CHOKAIRI Omar
54. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
55. Pr. KHATTAB Mohamed
56. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
57. Pr. TAOUFIK Jamal

Biochimie et Chimie
 Pharmacologie
 Histologie Embryologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Pharmacologie
 Chimie thérapeutique



Décembre 1992

58. Pr. AHALLAT Mohamed
59. Pr. BENSOUADA Adil
60. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
61. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
62. Pr. CHRAIBI Chafiq
63. Pr. DAOUDI Rajae
64. Pr. DEHAYNI Mohamed*
65. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
66. Pr. FELLAT Rokaya
67. Pr. GHAFIR Driss*
68. Pr. JIDDANE Mohamed
69. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
70. Pr. TAGHY Ahmed
71. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

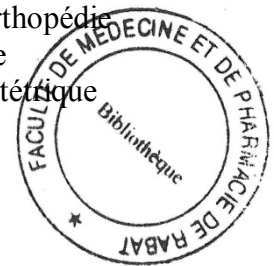
Mars 1994

72. Pr. AGNAOU Lahcen
73. Pr. BENCHERIFA Fatiha
74. Pr. BENJAAFAR Nouredine
75. Pr. BENJELLOUN Samir
76. Pr. BEN RAIS Nozha
77. Pr. CAOUI Malika
78. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
79. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
80. Pr. EL AOUAD Rajae
81. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
82. Pr. EL HASSANI My Rachid
83. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
84. Pr. ERROUGANI Abdelkader
85. Pr. ESSAKALI Malika
86. Pr. ETTAYEBI Fouad
87. Pr. HADRI Larbi*
88. Pr. HASSAM Badredine
89. Pr. IFRINE Lahssan
90. Pr. JELTHI Ahmed
91. Pr. MAHFOUD Mustapha

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

92. Pr. MOUDENE Ahmed*
93. Pr. OULBACHA Said
94. Pr. RHRAB Brahim
95. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
- 96.

Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie



Mars 1994

97. Pr. ABBAR Mohamed*
98. Pr. ABDELHAK M'barek
99. Pr. BELAIDI Halima
100. Pr. BRAHMI Rida Slimane
101. Pr. BENTAHILA Abdelali
102. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
103. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
104. Pr. CHAMI Ilham
105. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
106. Pr. EL ABBADI Najia
107. Pr. HANINE Ahmed*
108. Pr. JALIL Abdelouahed
109. Pr. LAKHDAR Amina
110. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Mars 1995

111. Pr. ABOUQUAL Redouane
112. Pr. AMRAOUI Mohamed
113. Pr. BAIDADA Abdelaziz
114. Pr. BARGACH Samir
115. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
116. Pr. CHAARI Jilali*
117. Pr. DIMOU M'barek*
118. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
119. Pr. EL MESNAOUI Abbas
120. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
121. Pr. FERHATI Driss
122. Pr. HASSOUNI Fadil
123. Pr. HDA Abdelhamid*
124. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
125. Pr. IBRAHIMY Wafaa
126. Pr. MANSOURI Aziz
127. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
128. Pr. SEFIANI Abdelaziz
129. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

- 130. Pr. AMIL Touriya*
- 131. Pr. BELKACEM Rachid
- 132. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
- 133. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
- 134. Pr. GAOUZI Ahmed
- 135. Pr. MAHFOUDI M'barek*
- 136. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
- 137. Pr. MOHAMMADI Mohamed
- 138. Pr. MOULINE Soumaya
- 139. Pr. OUADGHIRI Mohamed
- 140. Pr. OUZEDDOUN Naima
- 141. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

- 142. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
- 143. Pr. BEN AMAR Abdesselem
- 144. Pr. BEN SLIMANE Lounis
- 145. Pr. BIROUK Nazha
- 146. Pr. CHAOUIR Souad*
- 147. Pr. DERRAZ Said
- 148. Pr. ERREIMI Naima
- 149. Pr. FELLAT Nadia
- 150. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
- 151. Pr. HAIMEUR Charki*
- 152. Pr. KADDOURI Nouredine
- 153. Pr. KOUTANI Abdellatif
- 154. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
- 155. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
- 156. Pr. NAZI M'barek*
- 157. Pr. OUAHABI Hamid*
- 158. Pr. TAOUFIQ Jallal
- 159. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

- 160. Pr. AFIFI RAJAA
- 161. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
- 162. Pr. ALOUANE Mohammed*
- 163. Pr. BENOMAR ALI
- 164. Pr. BOUGTAB Abdesslam
- 165. Pr. ER RIHANI Hassan
- 166. Pr. EZZAITOUNI Fatima
- 167. Pr. LAZRAK Khalid *

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

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



Novembre 1998

168. Pr. BENKIRANE Majid*
169. Pr. KHATOURI ALI*
170. Pr. LABRAIMI Ahmed*

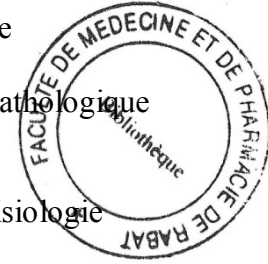
Janvier 2000

171. Pr. ABID Ahmed*
172. Pr. AIT OUMAR Hassan
173. Pr. BENCHERIF My Zahid
174. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
175. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
176. Pr. CHAOUI Zineb
177. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
178. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
179. Pr. EL FTOUH Mustapha
180. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
181. Pr. EL OTMANY Azzedine
182. Pr. HAMMANI Lahcen
183. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
184. Pr. ISMAILI Hassane*
185. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
186. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
187. Pr. TACHINANTE Rajae
188. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

189. Pr. AIDI Saadia
190. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
191. Pr. AJANA Fatima Zohra
192. Pr. BENAMR Said
193. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
194. Pr. CHERTI Mohammed
195. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
196. Pr. EL HASSANI Amine
197. Pr. EL IDGHIRI Hassan
198. Pr. EL KHADER Khalid
199. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
200. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
201. Pr. HSSAIDA Rachid*
202. Pr. LAHLOU Abdou
203. Pr. MAFTAH Mohamed*
204. Pr. MAHASSINI Najat
205. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
206. Pr. NASSIH Mohamed*
207. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique



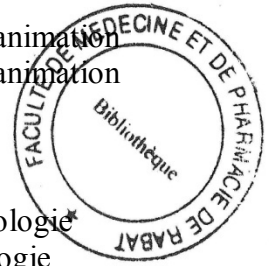
Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2001

208. Pr. ABABOU Adil
209. Pr. BALKHI Hicham*
210. Pr. BELMEKKI Mohammed
211. Pr. BENABDELJLIL Maria
212. Pr. BENAMAR Loubna
213. Pr. BENAMOR Jouda
214. Pr. BENELBARHDADI Imane
215. Pr. BENNANI Rajae
216. Pr. BENOUACHANE Thami
217. Pr. BENYOUSSEF Khalil
218. Pr. BERRADA Rachid
219. Pr. BEZZA Ahmed*
220. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
221. Pr. BOUHOUCHE Rachida
222. Pr. BOUMDIN El Hassane*
223. Pr. CHAT Latifa
224. Pr. CHELLAOUI Mounia
225. Pr. DAALI Mustapha*
226. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
227. Pr. EL HAJOUJI Ghziel Samira
228. Pr. EL HIJRI Ahmed
229. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
230. Pr. EL MADHI Tarik
231. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
232. Pr. EL OUNANI Mohamed
233. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
234. Pr. ETTAIR Said
235. Pr. GAZZAZ Miloudi*
236. Pr. GOURINDA Hassan
237. Pr. HRORA Abdelmalek
238. Pr. KABBAJ Saad
239. Pr. KABIRI EL Hassane*
240. Pr. LAMRANI Moulay Omar
241. Pr. LEKEHAL Brahim
242. Pr. MAHASSIN Fattouma*
243. Pr. MEDARHRI Jalil
244. Pr. MIKDAME Mohammed*
245. Pr. MOHSINE Raouf
246. Pr. NOUINI Yassine
247. Pr. SABBAH Farid
248. Pr. SEFIANI Yasser
249. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

- Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie*
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

250. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
251. Pr. AMEUR Ahmed *
252. Pr. AMRI Rachida
253. Pr. AOURARH Aziz*
254. Pr. BAMOU Youssef *
255. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
256. Pr. BENBOUAZZA Karima
257. Pr. BENZEKRI Laila
258. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
259. Pr. BERNOUSSI Zakiya
260. Pr. BICHA Mohamed Zakariya
261. Pr. CHOHO Abdelkrim *
262. Pr. CHKIRATE Bouchra
263. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
264. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
265. Pr. EL BARNOUSSI Leila
266. Pr. EL HAOURI Mohamed *
267. Pr. EL MANSARI Omar*
268. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
269. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
270. Pr. HADDOUR Leila
271. Pr. HAJJI Zakia
272. Pr. IKEN Ali
273. Pr. ISMAEL Farid
274. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
275. Pr. KRIOUILE Yamina
276. Pr. LAGHMARI Mina
277. Pr. MABROUK Hfid*
278. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
279. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
280. Pr. MOUSTAINE My Rachid
281. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
282. Pr. OUIJILAL Abdelilah
283. Pr. RACHID Khalid *
284. Pr. RAISS Mohamed
285. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
286. Pr. RHOU Hakima
287. Pr. SIAH Samir *
288. Pr. THIMOU Amal
289. Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale



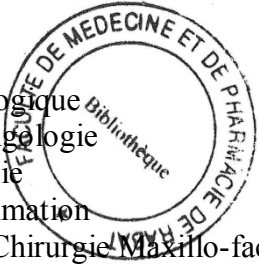
PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

290. Pr. ABDELLAH El Hassan
291. Pr. AMRANI Mariam
292. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
293. Pr. BENKIRANE Ahmed*
294. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
295. Pr. BOULAADAS Malik
296. Pr. BOURAZZA Ahmed*
297. Pr. CHAGAR Belkacem*
298. Pr. CHERRADI Nadia
299. Pr. EL FENNI Jamal*
300. Pr. EL HANCHI ZAKI
301. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
302. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
303. Pr. HACHI Hafid
304. Pr. JABOUIRIK Fatima
305. Pr. KARMANE Abdelouahed
306. Pr. KHABOUZE Samira
307. Pr. KHARMAZ Mohamed
308. Pr. LEZREK Mohammed*
309. Pr. MOUGHIL Said
310. Pr. SASSENOU ISMAIL*
311. Pr. TARIB Abdelilah*
312. Pr. TIJAMI Fouad
313. Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

314. Pr. ABBASSI Abdellah
315. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
316. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
317. Pr. ALLALI Fadoua
318. Pr. AMAZOUZI Abdellah
319. Pr. AZIZ Noureddine*
320. Pr. BAHIRI Rachid
321. Pr. BARKAT Amina
322. Pr. BENHALIMA Hanane
323. Pr. BENHARBIT Mohamed
324. Pr. BENYASS Aatif
325. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
326. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
327. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
328. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
329. Pr. HAJJI Leila
330. Pr. HESSISSEN Leila




Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie

331. Pr. JIDAL Mohamed*
 332. Pr. KARIM Abdelouahed
 333. Pr. KENDOUCI Mohamed*
 334. Pr. LAAROUSSI Mohamed
 335. Pr. LYAGOUBI Mohammed
 336. Pr. NIAMANE Radouane*
 337. Pr. RAGALA Abdelhak
 338. Pr. SBIHI Souad
 339. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
 340. Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 425. Pr. AKJOUJ Saïd*
 427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 428. Pr. BENCHEIKH Razika
 429. Pr. BIYI Abdelhamid*
 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 432. Pr. CHEIKHAOUI Younes
 433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 434. Pr. DOGHMI Nawal
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa
 436. Pr. FELLAT Ibtiassam
 437. Pr. FAROUDY Mamoun
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saïda*



Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo - Phtisiologie
 Biochimie

500. Pr. SIFAT Hassan *
501. Pr. HADADI Khalid *
502. Pr. ABIDI Khalid
503. Pr. MADANI Naoufel
504. Pr. TANANE Mansour *
505. Pr. AMHAJJI Larbi *

Radiothérapie
Radiothérapie
Réanimation médicale
Réanimation médicale
Traumatologie orthopédie
Traumatologie orthopédie



Décembre 2008

Pr TAHIRI My El Hassan*
Pr ZOUBIR Mohamed*

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes
Pr. AZENDOUR Hicham *
Pr. BELYAMANI Lahcen *
Pr. BOUHSAIN Sanae *
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. LAMSAOURI Jamal *
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. AMAHZOUNE Brahim *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
Pr. BOUNAIM Ahmed *
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. CHTATA Hassan Toufik *
Pr. BOUI Mohammed *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. FATHI Khalid
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. DOGHMI Kamal *
Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. ENNIBI Khalid *
Pr. EL OUENNASS Mostapha
Pr. ZOUHAIR Said*
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. AKHADDAR Ali *
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AGADR Aomar *
Pr. KARBOUBI Lamyia
Pr. MESKINI Toufik
Pr. KABIRI Meryem
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
Pr. BASSOU Driss *

Anatomie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Biochimie
Cardiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Chirurgie Cardio-vasculaire
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Dermatologie
Gastro-entérologie
Gynécologie obstétrique
Hématologie biologique
Hématologie biologique
Hématologie clinique
Médecine interne
Médecine interne
Microbiologie
Microbiologie
Microbiologie
Neuro-chirurgie
Neurologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Radiologie

Pr. ALLALI Nazik
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. AMINE Bouchra
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. KADI Said *

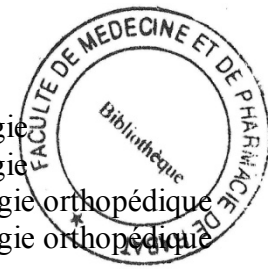
Octobre 2010

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

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Ahmed JAHID
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. RAISSOUNI Maha*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. BENCHEBBA Drissi*

Radiologie
Radiologie
Rhumatologie
Rhumatologie
Traumatologie orthopédique
Traumatologie orthopédique




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

Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Cardiologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Psychiatrie
Pneumophtisiologie
Traumatologie Orthopédique

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima
3. Pr. ALAOUI KATIM
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
5. Pr. ANSAR M'hammed
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
10. Pr. DAKKA Taoufiq
11. Pr. DRAOUI Mustapha
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen
13. Pr. ETTAIB Abdelkader
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine
17. Pr. KABBAJ Ouafae
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine
19. Pr. REDHA Ahlam
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE M^{ed}
21. Pr. TOUATI Driss
22. Pr. ZAHIDI Ahmed
23. Pr. ZELLOU Amina



Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Génétique Humaine
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Chimie Organique
Biotechnologie
Biochimie
Biologie
Biochimie
Chimie Organique
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*

DEDICACES

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

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

l'amour,

le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que...



Je dédie cette thèse ...

A Ma très chère Mère

En ce jour solennel, aucune dédicace ne pourrait exprimer mon Amour, mon Attachement et ma parfaite Reconnaissance.

Aucun mot, aucune parole ne pourra refléter suffisamment ma gratitude et la profondeur de mes sentiments.

On dirait que ta petite « Soukaina » a grandi !

Tu m'as donné le jour, offert la vie, bercé de ton amour, protégé mon enfance, ensoleillé mon adolescence, et illuminé chaque jour de mon existence.

Ce fut long, laborieux et parfois pénible. Mais, grâce à ton amour de mère exceptionnelle, ta présence constante et ton dévouement, nous y voila parvenues ou plutôt tu es parvenue.

Tu as subi tant d'épreuves pour si peu de rêves et chaque jour qui se lève, tu es la maman dont je rêve.

Souvent en toi je me retrouve et mon sourire, mes traits déjà le prouvent.

De tout mon cœur, je t'aimerais pour l'éternité ma petite et courageuse Maman.

A Mon Cher père

Et toi Cher Papa, d'ailleurs le meilleur, par votre soutien constant, votre affection paternelle et tes nombreux sacrifices. Vous avez toujours été pour nous l'exemple parfait de la droiture, la dévotion, la rigueur et le sens de la responsabilité.

Tu m'as offert la chance d'être ce que modestement je me vois devenir, appris à me connaître et donné l'envie de croire en l'avenir.

Dans chacune de tes prières, j'entends nos noms défiler quand tu fermes tes paupières.

Aujourd'hui est un grand jour pour nous Papa, j'espère que tu seras fier de moi.

Moi en tout cas je suis fière d'être la fille d'un grand homme, n'en doute jamais.

A Mes deux Chères sœurs Nada et Lamiae

Je vous suis énormément reconnaissante pour tous vos sacrifices, votre soutien moral et tout ce que vous avez consentit pour mon bien être.

Vous m'avez servi de model de détermination et de persévérance pour trouver le chemin de la réussite.

Votre attention et vos encouragements m'ont toujours aidé à aller de l'avant et je remercie ALLAH de vous avoir pour sœurs et surtout amies.

Dans l'espérance d'être à la hauteur de ce que vous avez voulu que je sois, je prie Dieu de sauvegarder notre fraternité, pérenniser cette amitié et rester à jamais des jumeaux, une cadette, bref un trio gagnant.

Je vous adore !

A mes chères Tantes Fatima, Aicha, Fatiha et Amina

En témoignage de mon amour et de mon affection toute particulière, je vous dédie ce travail.

Puisse Dieu tout puissant, vous préserver du mal, vous combler de bonheur et vous procurer longue vie afin que je puisse vous combler à mon tour.

A mon Cher oncle Hassan

J'espère avoir atteint aujourd'hui le seuil de vos espérances.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma très grande reconnaissance.

A la mémoire de mon grand-père paternel

Ali Fathi

J'aurais bien voulu que tu sois parmi nous en ce jour mémorable.

Que la clémence de dieu règne sut toi et que sa miséricorde apaise ton âme.

A mes grands parents maternels et ma grand-mère paternelle

Par vos sacrifices et vos bons soins, vous m'avez donné le courage pour affronter tous les obstacles, et supporter toutes les difficultés.

J'offre, en guise de reconnaissance, ce travail qui, sans votre amour, votre générosité, vos encouragements et soutien n'aurait vu le jour.

Nullé dédicace ne pourrait refléter ma profonde reconnaissance.

Je vous dois tout, puisse Dieu vous préserver et vous accorder, santé et bonheur.

A mes très chères Amies et sœurs

Hajar, Wafae, Imane, Malaak, Nezha, Assia

En souvenirs des moments inoubliables, passés ensemble, de nos joies, craintes et disputes ! Soyez assurées de mon affection et mon amour.

Chacune d'entre vous occupe une place exceptionnelle dans mon cœur.

A toi Hajar, je n'ai jamais rêvé avoir meilleure amie, fidèle et attentionnée. Merci pour ta compréhension et ton soutien indéfectible.

Que Dieu te procure tout le bonheur que tu mérites auprès de celui qui te mérite.

A Wafae la gracieuse, merci pour ton soutien constant, sache que tu es à jamais dans mon cœur et mes pensées.

A ma chère Imane, merci pour ton sourire et la joie que tu m'a toujours apporté. Courage la réussite est à bout de l'effort.

Au nom de la fraternité et la complicité qui nous lient, vous resterez toujours mes amies intimes.

A decorative border consisting of a repeating geometric pattern of diamonds and lines, framing the entire page.

Remerciements

Notre maitre, président et rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Mohamed AHALLAT

*Professeur de l'enseignement supérieur et chef de service de chirurgie C à
l'hôpital Ibn Sina de Rabat*

L'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail, nous a offert la chance et le privilège de découvrir un Maître dont la simplicité, l'abord facile, le sens de la rigueur et le goût du travail bien fait forcent l'admiration et le respect.

En espérant avoir été à la hauteur de vos attentes, nous vous dédions particulièrement ce travail qui est le votre et même si nous ne saurons assez vous remercier, soyez assuré Monsieur le Professeur de notre attachement indéfectible et notre parfaite reconnaissance.

Que ALLAH le tout puissant vous garde et vous comble de bonheur et de ses biens faits.

Notre maitre et juge de thèse

Monsieur le professeur Abdelmalek HRORA

Professeur agrégé de chirurgie générale à l'hôpital Ibn Sina de Rabat

Nous avons été touchés par la bienveillance et la cordialité de votre accueil.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et méthodique durant notre cursus universitaire. Votre modestie, vos qualités humaines et intellectuelles ont nourri en nous une grande estime. L'occasion nous est offerte pour vous exprimer toute notre reconnaissance.

Veillez accepter Cher Maître, nos chaleureux remerciements et l'expression de notre plus haute considération.

Notre maitre et juge de thèse

Monsieur le professeur Farid SABBAH

Professeur agrégé de chirurgie générale à l'hôpital Ibn Sina de Rabat

Nous sommes particulièrement touchés par la spontanéité, courtoisie et la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger notre travail.

Nous vous remercions ce grand honneur que vous nous faite.

Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et profond respect.

Veillez trouver ici l'expression de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.

Notre maitre et juge de thèse

Madame le professeur Hayat Ennoufouss KRAMI

Professeur agrégé de gastro-entérologie à l'hopital Ibn Sina de Rabat

Vous avez accepté de juger ce travail avec une spontanéité et une simplicité émouvante, vos qualités humaines, vos qualités professionnelles font de vous un enseignant complémentaire pour notre vie professionnelle et privée.

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

C'est pour nous l'occasion de vous témoigner estime et respect.

*A monsieur Rachid RAZINE et à l'équipe du Laboratoire de
Biostatistique, de recherche clinique et d'Epidémiologie (LBRCE) de la
FMPR.*

*Mes plus vifs remerciements vont à vous, notre biostatisticien, en
témoignage de notre profonde reconnaissance pour les efforts que vous avez
fournis pour ce travail.*



Sommaire



| | |
|---|----|
| Introduction | 1 |
| Matériels et méthodes | 4 |
| 1. Période et lieu du travail : | 5 |
| 2. Documents consultés : | 5 |
| 3. Critères d'inclusion : | 5 |
| 4. Critères d'exclusion : | 6 |
| 5. Taille de l'échantillon : | 6 |
| 6. Les modalités de prise en charge : | 6 |
| 7. Modalités de suivi : | 7 |
| 8. Bases de données : | 7 |
| 9. Recrutement annuel : | 8 |
| 10. Age et sexe : | 8 |
| 11. Antécédents : | 9 |
| 12. Répartition géographique : | 10 |
| 13. Les examens para-cliniques préopératoires : | 10 |
| 14. Siège de la tumeur : | 10 |
| 15. Le type histologique : | 11 |
| 16. Analyse statistique : | 12 |
| Résultats | 13 |
| I. Facteurs carcinologiques : | 14 |
| 1. Le statut opératoire : | 14 |
| 2. Résécabilité des tumeurs : | 14 |
| 3. L'abord chirurgical: | 15 |
| 4. Type de résection : | 15 |
| 5. Le stade tumoral : | 17 |

| | |
|--|----|
| 6. Complications précoces: | 18 |
| 7. Récidive :..... | 18 |
| 8. Traitement néoadjuvant :..... | 19 |
| II. Etude de la survie :..... | 20 |
| 1. La survie globale :..... | 20 |
| 2. Survie chez les malades réséqués :..... | 21 |
| a. Survie globale :..... | 21 |
| b. Survie selon l'âge: | 23 |
| d . Survie selon la localisation (bas rectum ou pas): | 25 |
| f. Survie selon le statut ganglionnaire :..... | 27 |
| g. Survie selon la différenciation :..... | 28 |
| h. Survie selon la présence d'une composante colloïde muqueuse : | 29 |
| i. Survie selon le taux d'ACE (antigène carcino-embryonnaire):..... | 30 |
| j. Survie selon les limites de section chirurgicale : | 31 |
| k. Survie selon la conservation de la fonction sphinctérienne :..... | 32 |
| l. Survie selon le traitement néo-adjuvant: | 33 |
| Discussion | 34 |
| I. Commentaires :..... | 35 |
| II. Survie globale :..... | 39 |
| III. Survie des patients réséqués :..... | 41 |
| 1. Survie globale :..... | 41 |
| 2. Survie selon l'âge et le sexe : | 42 |
| 3. Survie selon la localisation :..... | 45 |
| 4. Survie selon le stade tumoral :..... | 46 |
| 5. Survie selon le statut ganglionnaire :..... | 46 |
| 6. Survie selon la différenciation et la composante colloïde muqueuse :..... | 46 |

| | |
|---|----|
| 7. Survie selon le taux d'ACE : | 48 |
| 8. Survie selon les limites de section chirurgicale : | 49 |
| Conclusion | 51 |
| Résumé | 53 |
| Références | 57 |



Introduction



De point de vue incidence, le cancer colorectal est le troisième cancer classé mondialement avec 1235108 nouveaux cas / an après le cancer du sein et du poumon.

En cancérologie digestive, le rectum occupe la deuxième place après celui de l'estomac [1].

Globalement, l'incidence du cancer du rectum augmente avec l'âge. Elle est quasi similaire chez les deux sexes hormis pour la tranche d'âge 65-74 ans où elle est plus élevée chez les hommes. Au moins un cancer du rectum sur quatre est diagnostiqué au stade de métastases et la majorité des cas sont des adénocarcinomes (94%) [2].

En France, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé en 2011 à 40500 (53 % survenant chez l'homme).

La France fait partie des pays dans lesquels le risque du cancer colorectal est élevé, tout comme les autres pays de l'Europe de l'ouest, USA, Australie et plus récemment le Japon, ce cancer est beaucoup plus rare en Amérique du sud, en Asie et surtout en Afrique [3].

Au Maroc et selon le deuxième rapport du registre des cancers du grand Casablanca, le cancer du rectum occupe la huitième place avec (2,9/100000 habitants homme / an et 2,4/100000 habitants femme / an) [4].

Le registre des cancers de Rabat confirme la faible incidence de ce cancer en comparaison avec celles des pays sus cités en rapportant une incidence standardisée sur l'échelle nationale de : 3,5/100000 (3,9 chez l'homme et 3,7 chez la femme [5].

On peut raisonnablement dire que le nombre de cancers du rectum diagnostiqués au Maroc est d'environ 1225 cas par an et ne dépasserait guère 1500 cas en péchant par excès (pour 35 million d'habitants). A titre de comparaison, le nombre de mort par accident de la route à dépassé 4000 morts en 2011. Ces chiffres doivent nous interpeller, nous éclairer et nous guider pour définir nos priorités de manière rationnelle dans notre politique de santé.

Dans la pratique chirurgicale ces chiffres sont également importants à prendre en considération. En effet, il maintenant connu que dans le domaine de la chirurgie du cancer du rectum, le volume chirurgical, autrement dit l'expertise du chirurgien qui dépend du nombre de cas opérés par an est un facteur pronostic. Considérant l'incidence de ce cancer on peut penser que le nombre de cas opérés par service de chirurgie est très faible au Maroc, et le nombre de cas opérés par chirurgien est encore plus faible, ce qui rend la question sur le pronostic des cancers du rectum opérés au Maroc très pertinente.

Et c'est justement à cette question que notre travail essaie de répondre en analysant de manière rétrospective une série continue étalée sur dix ans de malades opérés en chirurgie C de l'hôpital Ibn Sina.



Matériels et méthodes



1. Période et lieu du travail :

Notre travail est une étude rétrospective portant sur des malades hospitalisés à la clinique chirurgicale C de l'hôpital IBN SINA de Rabat durant une période de 10 ans allant de Janvier 2001 à Décembre 2010.

2. Documents consultés :

Pour réaliser ce travail nous avons eu recours aux documents suivants :

- Dossiers patients : rédigés par les externes de 6^{ème} année ou les internes sous supervision des enseignants
- Registre de comptes rendus opératoires
- Registre de comptes rendus d'anatomie pathologique
- Registre des entrants sortants
- Suivi en consultation réalisé par les professeurs du service de chirurgie C CHU IBN SINA Rabat
- Appel téléphonique aux patients ou à leurs familles. Le dernier contact téléphonique a été effectué fin Mai 2013

Ces malades dès leur hospitalisation ont été saisis sur un logiciel et suivis régulièrement à la consultation.

3. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans ce travail tous les cancers du rectum de type adénocarcinome ne dépassant pas 15 cm de la marge anale. Tous les diagnostics ont été prouvés histologiquement soit par biopsie seule pour les malades non opérés ou chez qui la tumeur n'a pas pu être réséquée, soit par biopsie plus étude

anatomopathologique de la pièce opératoire pour les patients dont la tumeur a été réséquée.

4. Critères d'exclusion :

Tumeur de plus de 15 cm de la marge anale.

Tumeur de l'anوس de type épidermoïde.

Les autres types histologiques :

- Mélanomes (4 cas).
- Tumeurs neuroendocrines (3 cas).

5. Taille de l'échantillon :

Notre série comporte 319 cas colligés sur 10 ans incluant tous les cas d'adénocarcinome du rectum hospitalisés au service de Chirurgie C entre Janvier 2001 et Décembre 2010.

6. Les modalités de prise en charge :

Les données épidémiologiques, cliniques sont saisies sur un dossier patient version papier, ensuite les malades sont bilantés et staffés par l'équipe du service pour une décision thérapeutique.

La biopsie est systématique pour tous les malades ainsi que l'échographie avant l'introduction du scanner thoraco-abdomino-pelvien il y'a moins de deux ans, l'opération est réalisée par un chirurgien sénior aidé par les autres médecins assistants. Le compte rendu opératoire est rédigé par un assistant (professeur assistant ou médecin résidant). La pièce opératoire est immédiatement envoyée au service d'anatomopathologie.

Le malade reprend son lit au service sauf passage exceptionnel en réanimation pour certains, l'alimentation est reprise le 5^e jour et le malade quitte le service sauf complication au 7-8^e jour.

Les malades ayant une stomie protégeant une anastomose le plus souvent colo-anale sont réhospitalisés dans un délai de deux à trois mois pour rétablissement de la continuité digestive. Si une chimiothérapie est entreprise, ce rétablissement est reporté à la fin de ce traitement.

7. Modalités de suivi :

Les malades sont systématiquement revus un mois après leur sortie de l'hôpital, c'est une occasion de voir le résultat anatomopathologique de la pièce opératoire si celui-ci n'a pas été obtenu dans les suites immédiates de l'intervention chirurgicale et de décider d'un éventuel traitement complémentaire, puis chaque six mois, les malades non revus à la consultation sont systématiquement joints par téléphone.

Sont notés au cours de ces suivis, les plaintes des malades, les examens complémentaires, les récurrences et le décès.

8. Bases de données :

Tous ces éléments sont systématiquement saisis dans une base de données électronique le jour même où ils sont relevés ainsi cette base contient à peu près 104 variables.

9. Recrutement annuel :

319 cas de cancer du rectum ont été hospitalisés au service de chirurgie C durant la période étudiée, avec une moyenne annuelle de 31.9 cas/an.

| | Année de prise en charge | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Total |
| Effectifs | 21 | 27 | 37 | 26 | 25 | 31 | 32 | 39 | 29 | 52 | 319 |
| Pourcentage | 6.6 | 8.5 | 11.6 | 8.2 | 7.8 | 9.7 | 10 | 12.2 | 9.1 | 16.3 | 100 |

Tableau 1 : Récapitulatif du recrutement annuel du cancer du rectum.

10. Age et sexe :

*Age :

Il s'agit de 319 malades d'âge moyen de 53.68 avec des extrêmes allant de 18 à 90 ans, un écart type de 14.879 et une médiane de 55 ans.

| | |
|------------|--------|
| Moyenne | 53.68 |
| Médiane | 55.00 |
| Mode | 58 |
| Ecart-type | 14.879 |
| Minimum | 18 |
| Maximum | 90 |

Tableau 2 : Age des malades

Nous avons considéré deux tranches d'âge :

- les malades dont l'âge est inférieur à 40 ans : les malades dits jeunes.
- les malades dont l'âge est supérieur ou égal à 40 ans : les malades âgés.

| Tranches d'âge | Effectifs | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| ≥ 40 ans | 247 | 77.4 |
| < 40 ans | 72 | 22.6 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 3 : Répartition des patients par tranche d'âge

***Sexe :**

61,1% de ces malades ont été des hommes, 38,9% ont été des femmes.

| Sexe | Effectifs | Pourcentage |
|-------|-----------|-------------|
| Femme | 124 | 38.9 |
| Homme | 195 | 61.1 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 4 : Répartition selon le sexe

11. Antécédents :

76,2% des malades n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux, le reste avait des chirurgies différentes illustrées sur le tableau ci-dessous.

| Antécédents | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Absence | 243 | 76.2 |
| Cholécystectomie | 22 | 6.9 |
| Hémorroïdectomie récente | 7 | 2.2 |
| Hernie | 5 | 1.6 |
| Appendicectomie | 1 | 0.3 |
| Cataracte | 1 | 0.3 |
| Autre chirurgie | 40 | 12.5 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 5 : Les antécédents chirurgicaux

| Association de lithiase | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Non | 285 | 89.3 |
| Oui | 34 | 10.7 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 6 : Association de lithiase biliaire actuelle ou dans les antécédents

Au total, 56 des malades (17,5%) avaient des lithiases pour lesquelles ils ont été opérés antérieurement ou découvertes au cours de l'intervention pour résection de la tumeur rectale.

12. Répartition géographique :

Ces malades viennent de différentes régions géographiques du Maroc avec une prédominance de la région de Rabat (8%), Kenitra (6,1%) puis Nador (5,8%).

13. Les examens para-cliniques préopératoires :

En ce qui concerne les examens complémentaires, 95,4% des patients ont bénéficié d'un scanner abdomino-pelvien, 37,1% ont eu une coloscopie préopératoire réussie, 12% une écho-endoscopie et 1,1% une IRM.

14. Siège de la tumeur :

Le siège de la tumeur était variable, 50.2% des tumeurs étaient localisées au niveau du bas rectum, 22.6% au niveau du moyen rectum et 22.9% au niveau du haut rectum. Nous avons défini comme tumeurs du bas rectum toutes les tumeurs situées entre 0-5cm de la marge anale, tumeurs du moyen rectum celles situées entre 5-10 et du haut rectum celles situées entre 10-15.

| Siège de la tumeur | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------|-----------|-------------|
| Haut rectum | 73 | 22.9 |
| Moyen rectum | 72 | 22.6 |
| Bas rectum | 160 | 50.2 |
| Manquant | 14 | 4.3 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 7 : Siège de la tumeur sur le rectum

15. Le type histologique :

Le diagnostic a été fait par biopsie seule pour les malades non opérés ou par biopsie plus étude de la pièce opératoire pour ceux qui ont été opérés ainsi le type histologique prédominant était l'adénocarcinome bien différencié avec 53.3%. Ainsi les formes bien et moyennement différenciées représentaient environ 77.1%.

| Type histologique | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------|-----------|-------------|
| Bien différencié | 170 | 53.3 |
| Moyennement différencié | 76 | 23.8 |
| Peu différencié | 10 | 3.1 |
| Différentiation non précisée | 25 | 7.9 |
| Colloïde muqueux | 28 | 8.8 |
| Cellules isolées | 10 | 3.1 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 8 : Type histologique de la tumeur

16. Analyse statistique :

Les variables quantitatives ont été résumées en moyenne±écart-type ou en médiane et quartiles. Les variables qualitatives ont été résumées en effectif et pourcentage. L'analyse de survie a été réalisée par la méthode de Kaplan Meier. Nous avons utilisé le test de Log Rank pour comparer les médianes de survie.

Le degré de signification a été fixé à 5%.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS 17.0 pour la saisie et l'analyse des données.

L'analyse des données a été réalisée en collaboration avec l'équipe du Laboratoire de Biostatistique, de recherche clinique et d'Epidémiologie (LBRCE) de la FMPR.



Résultats



I. Facteurs carcinologiques :

1. Le statut opératoire :

242 malades ont été opérés (75.8%) alors que 77 (24,2%) n'ont pas pu bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Parmi ces malades qui n'ont pas pu être opérés, 19 ont refusé l'intervention, 32 ne l'ont pas été par abstention en raison du stade avancé localement de la tumeur ou de la présence de métastases et 5 n'ont pas été revus après radiothérapie.

| Opérabilité | Effectifs | Pourcentage |
|------------------|-----------|-------------|
| malades opérés | 242 | 75.8 |
| malade non opéré | 77 | 24.2 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 9 : Opérabilité des malades

2. Résécabilité des tumeurs :

Sur l'ensemble des 319 adénocarcinomes, 213 (66.7%) des tumeurs ont été réséquées, 106 (33.3%) ne l'ont pas été.

| Résécabilité | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| tumeur réséquée | 213 | 66.7 |
| tumeur non réséquée | 106 | 33.3 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 10 : Résécabilité des tumeurs

Ainsi les malades réséqués représentaient 88% des malades opérés.

| | Année d'hospitalisation | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Malades réséqués | 16/21 76.19% | 17/27 63% | 27/37 73% | 22/26 84.6% | 17/25 68% | 22/31 71% | 20/32 62.5% | 31/39 79.4% | 14/29 48.3% | 27/52 51.9% |

Tableau 11 : Nombre des malades réséqués pendant chaque année d'hospitalisation

3.L'abord chirurgical:

La ceolioscopie a été réalisé pour 39 malades soit (16.1% des malades opérés et 12.2% par rapport à tous les malades), les autres ont eu soit une conversion chirurgicale, soit une laparotomie d'emblée.

| Ceolioscopie | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| non | 280 | 87.8 |
| oui | 39 | 12.2 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 12 : Ceolioscopie

4.Type de résection :

Les patients ont bénéficié des différents types de résection représentés dans le tableau suivant : (67,1% des résections étaient conservatrices et 32,8% étaient non conservatrices).

| Type de résection | | Effectifs | Pourcentage par rapport aux malades résequés |
|---|--------------------------------|------------|--|
| Résection antérieure du rectum | | 62 (19.5%) | 29.1% |
| Résection rectale et anastomose colo anale ou colo sus-anale protégée | | 71 (22.2%) | 33.3% |
| Coloproctectomie totale | | 8 (2.5%) | 3.7% |
| Tumorectomie | | 4 (1.2%) | 1.9% |
| Amputation du rectum | + stomie iliaque | 46 (14.4%) | 21.7% |
| | + colostomie pseudo-continente | 13 (4%) | 6.1% |
| Résection de Hartmann | | 6 (1.8%) | 2.8% |
| Résection inter-sphinctérienne | | 3 (0.9%) | 1.4% |
| Total | | 213 | 100% |

Tableau 13 : Type de résection

5. Le stade tumoral :

Chaque patient a été stadifié selon la classification de TNM (UICC 2006) :

Cette stadification a été basée sur les données de la pièce opératoire pour les malades dont la tumeur a été réséquée, pour les autres la classification a été estimée à partir des données radio-cliniques : tous les malades qui ont eu des métastases hépatiques, pulmonaires, carcinose, et les malades chez qui il y avait un envahissement avec tumeur inextirpable à la laparotomie, ou un envahissement manifeste à la TDM ont été classés T4.

| Stade tumoral | Effectifs | Pourcentage |
|---------------|-----------|-------------|
| I | 34 | 10.6 |
| IIA | 56 | 17.5 |
| IIB | 17 | 5.4 |
| IIIA | 31 | 9.7 |
| IIIB | 24 | 7.6 |
| IIIC | 28 | 8.7 |
| IV | 81 | 25.4 |
| Manquant | 48 | 15.1 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 14 : Stade tumoral

6. Complications précoces:

86,5% des malades n'ont pas eu de complication, 13,5% avaient une ou plusieurs complications spécifiques à la chirurgie rectale.

| Complication | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| Non | 276 | 86.5 |
| Oui | 43 | 13.5 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 15 : Complication

7. Récidive :

Certains de ces patients ont eu des récurrences surtout au niveau local mais aussi au niveau du foie et des poumons, quelques localisations secondaires ont été notées au niveau du cerveau, os, rein, ovaire et péritoine.

| Récidive | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------|-----------|-------------|
| Pas de récurrence | 278 | 87.2 |
| Récurrence locale | 21 | 6.5 |
| métastases à distance | 16 | 5 |
| Locale+métastases à distance | 4 | 1.3 |
| Total | 319 | 100 |

Tableau 16 : Récurrence

8. Traitement néoadjuvant :

164 patients soit 50,3% ont eu un traitement néoadjuvant répartis comme suit :

- Radiothérapie seule : 108 patients.
 - * Protocole court : 36 patients.
 - * Protocole classique : 72 patients.
- Radio chimiothérapie : 56 patients.

II. Etude de la survie :

1. La survie globale :

La médiane de survie globale chez tous les patients (tout venant) était de 46 mois avec un intervalle de confiance à 95% de [33.83-58.16].

La survie à 1 an, 2 ans, 3 ans, 4 ans et 5 ans était respectivement de 82%, 65%, 58%, 49% et 43%.

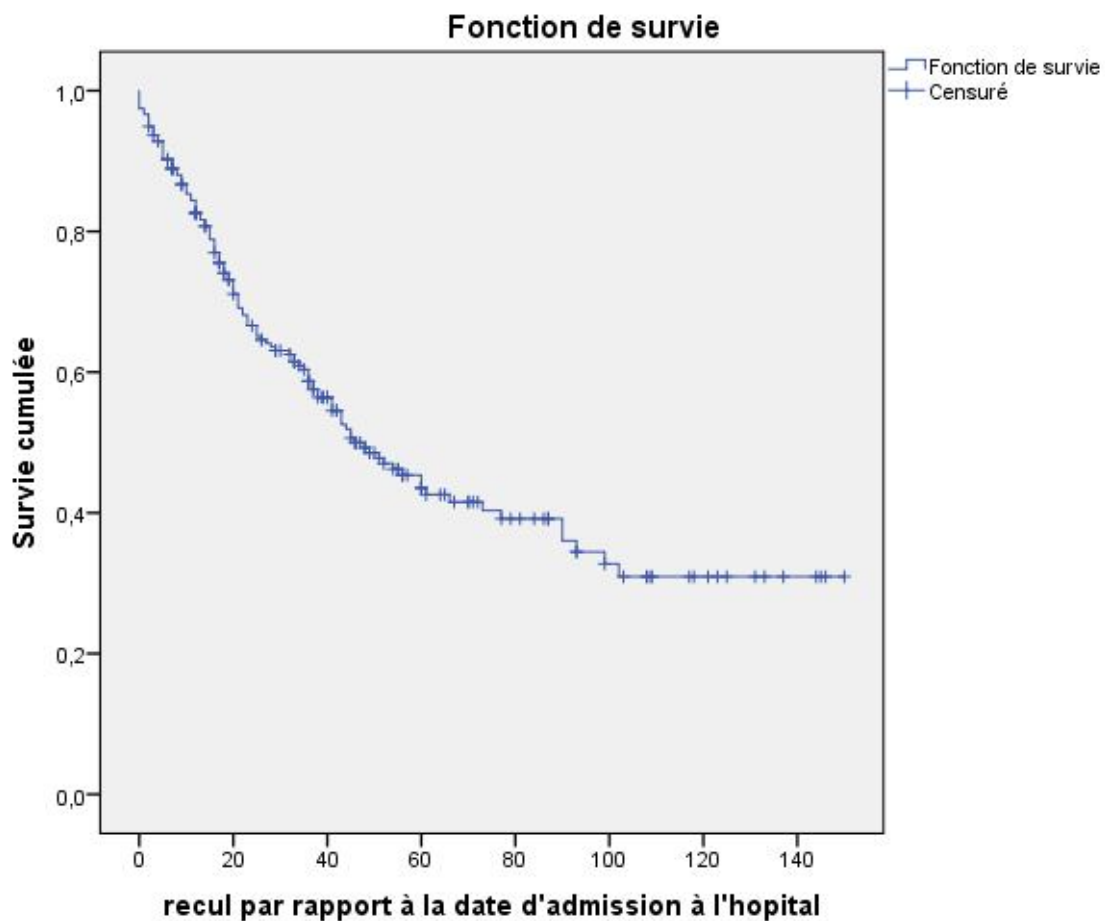


Figure 1 : Survie globale

2. Survie chez les malades réséqués :

a. Survie globale :

La médiane de survie chez les patients réséqués était de 77 mois avec un indice de confiance à 95% de [44.76-109.23], la survie à 1 an, 2 ans, 3 ans, 4 ans et 5 ans était respectivement de 88%, 78%, 69%, 58% et 51%.

La médiane de survie chez les patients non réséqués était de 16 mois avec un indice de confiance à 95% de [13.14-18.85], la survie à 1 an, 2 ans, 3 ans, 4ans et 5 ans était respectivement de 68%, 23%, 18%, 13% et 0.8%.

Cette différence était statiquement significative avec un $P=0.0$.

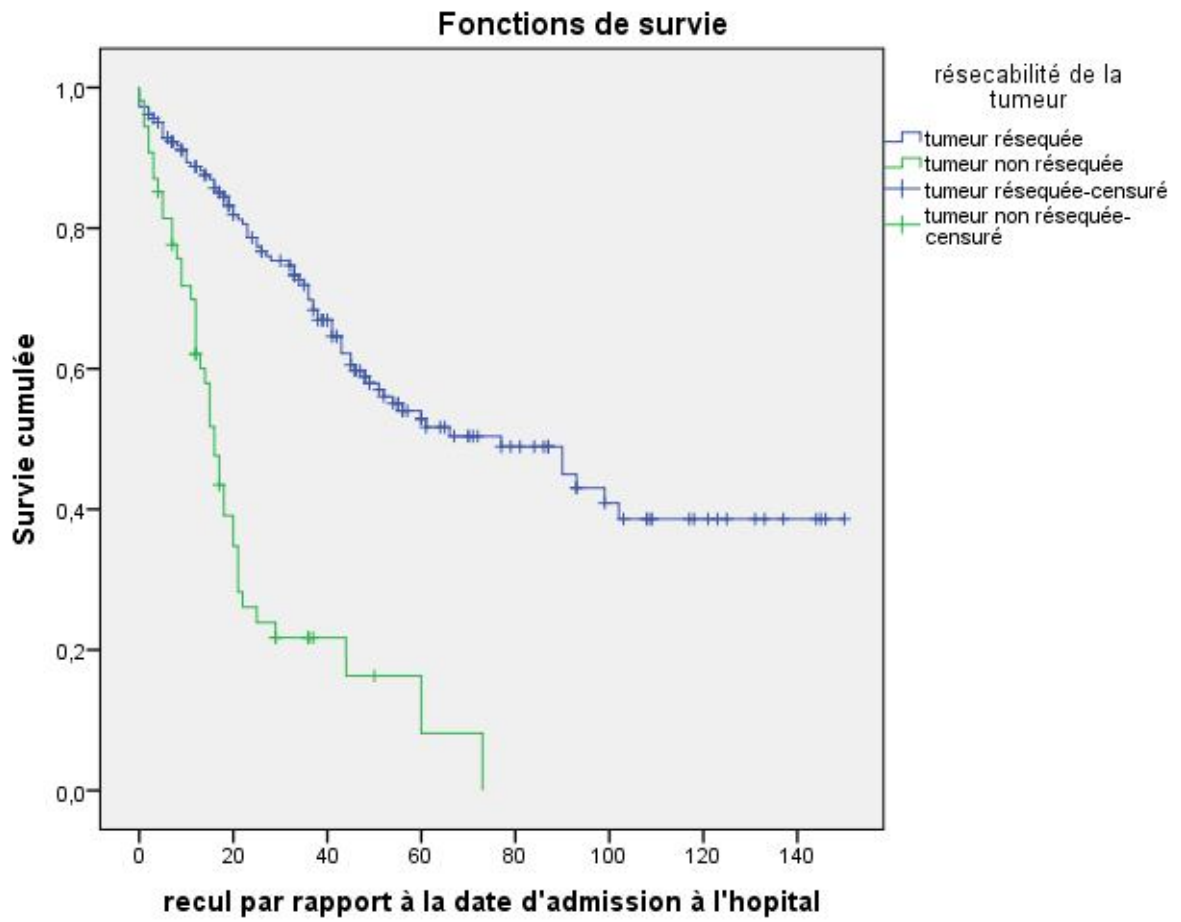


Figure 2 : Survie globale des malades résequés

b. Survie selon l'âge:

La médiane de survie chez les patients de moins de 40 ans était de 61 mois avec un indice de confiance à 95% de [32.63-89.36], la survie à 5 ans était de 44%.

La médiane de survie chez les patients de plus de 40 ans était de 90 mois avec un indice de confiance à 95% de [54.59-125.4], la survie à 5 ans était de 53%.

Cette différence était statistiquement non significative avec un $P=0,676$.

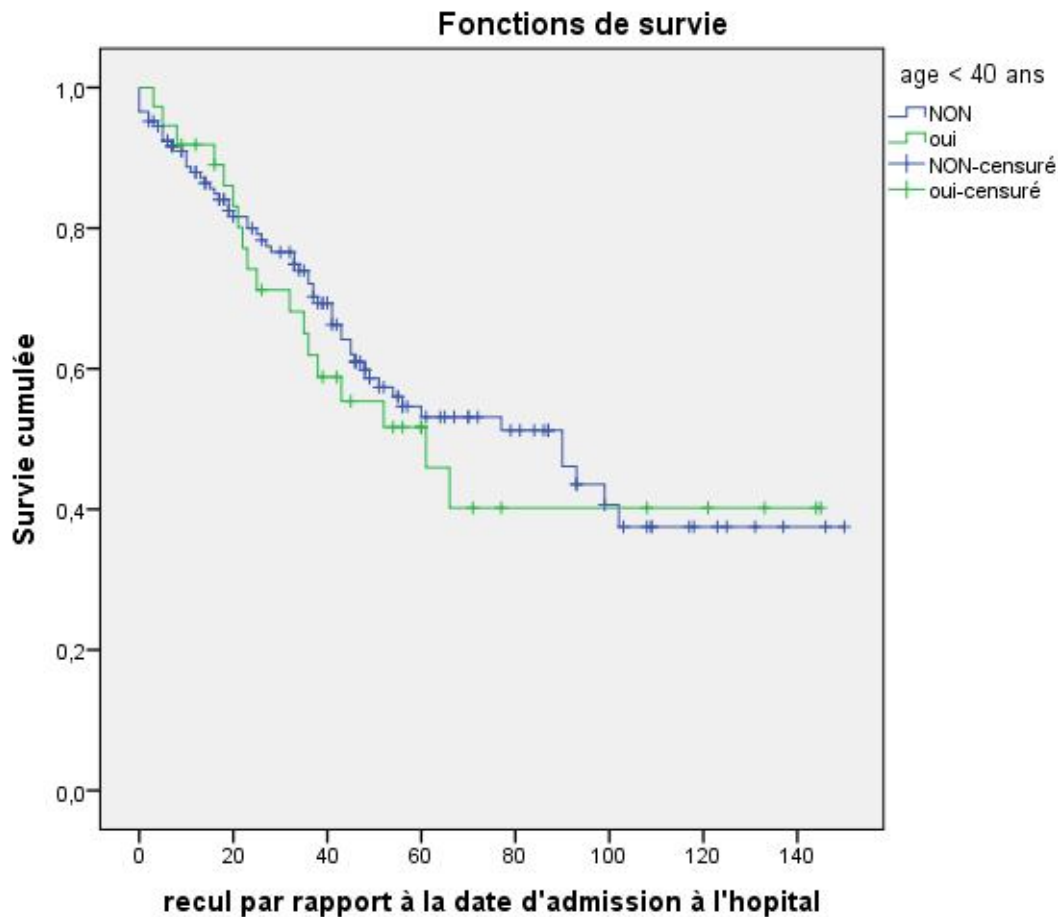


Figure 3 : Survie selon l'âge chez les patients réséqués

c. Survie selon le sexe :

La médiane de survie chez les femmes était de 90 mois avec un indice de confiance à 95% de [45.95-134.04], la survie à 5 ans était de 52%.

La médiane de survie chez les hommes était de 60 mois avec un indice de confiance à 95% de [26.51-93.48], la survie à 5 ans était de 49%.

Cette différence était statistiquement non significative avec un $P=0.409$.

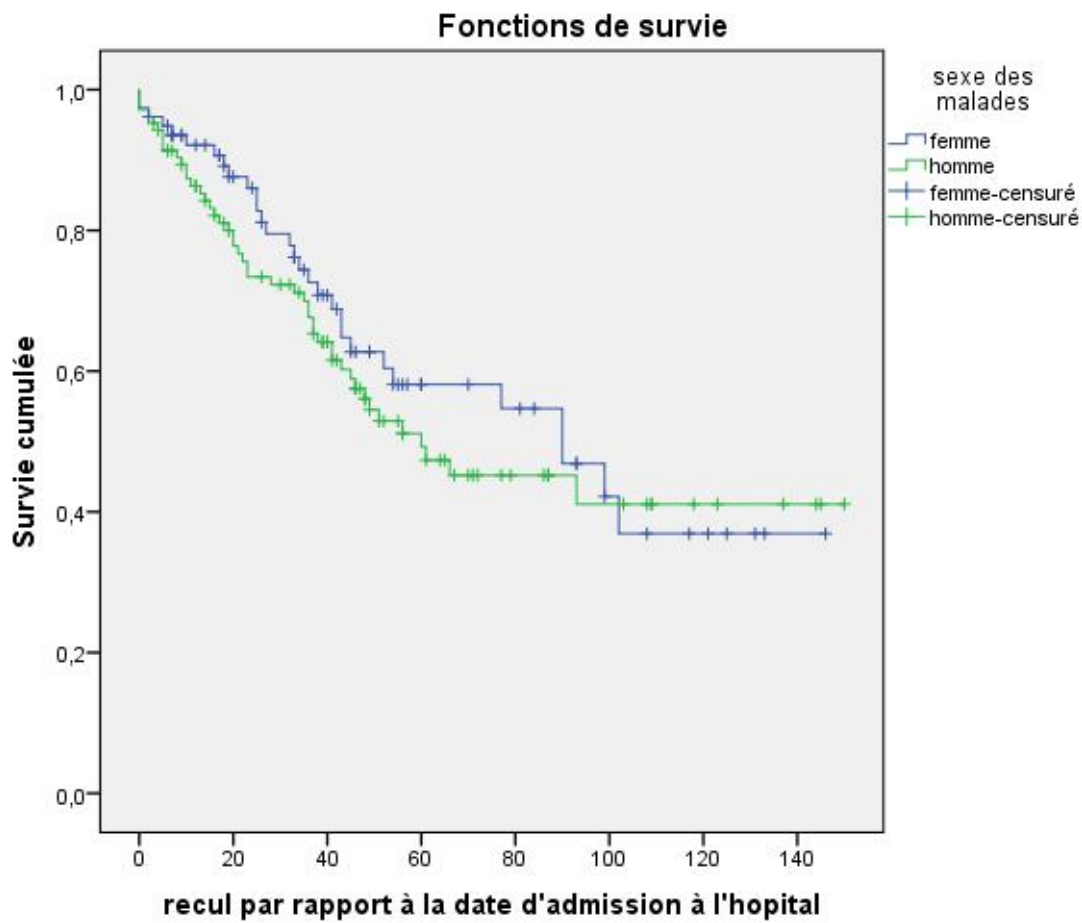


Figure 4 : Survie selon le sexe chez les patients résequés

d. Survie selon la localisation (bas rectum ou pas):

La médiane de survie chez les patients ayant une localisation au niveau du bas rectum était de 52 mois avec un indice de confiance à 95% de [32.02-71.97], la survie à 5 ans était de 45%.

La médiane de survie chez les patients n'ayant pas une localisation au niveau du bas rectum était de 90 mois avec un indice de confiance à 95% de [76.51-103.22], la survie à 5 ans était de 57%.

Cette différence était statistiquement non significative avec un $P=0.091$.

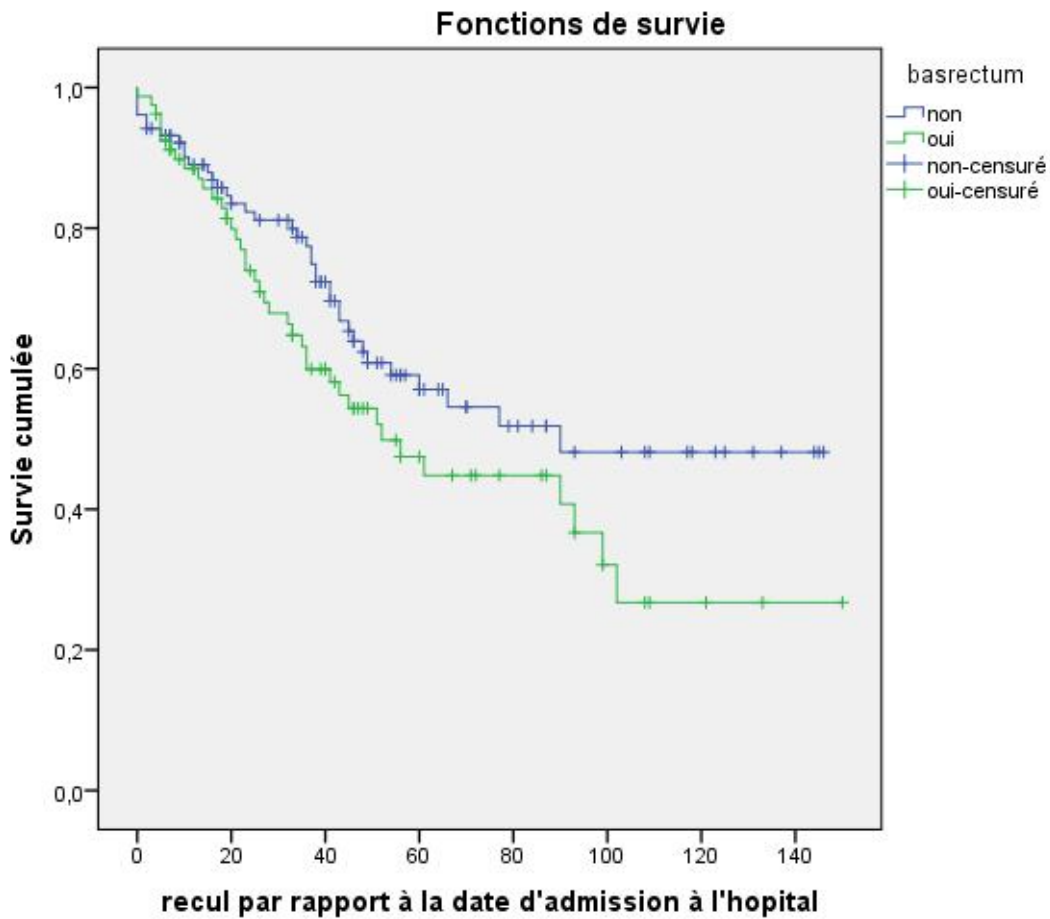


Figure 5 : Survie selon la localisation chez les patients réséqués

e. Survie selon le stade tumoral :

La médiane de survie chez les patients ayant un stade I ou II était de 93 mois avec un IC à 95% de [54.97-131.02], la survie à 5 ans était de 62%.

La médiane de survie chez les patients ayant un stade III était de 51 mois avec un IC à 95% de [41.49-60.5], la survie à 5 ans était de 39.6%.

La médiane de survie chez les patients ayant un stade IV était de 25 mois avec un IC à 95% de [1.4-48.57], la survie à 5 ans était de 0%.

Cette différence était statistiquement significative avec un $P=0.0$.

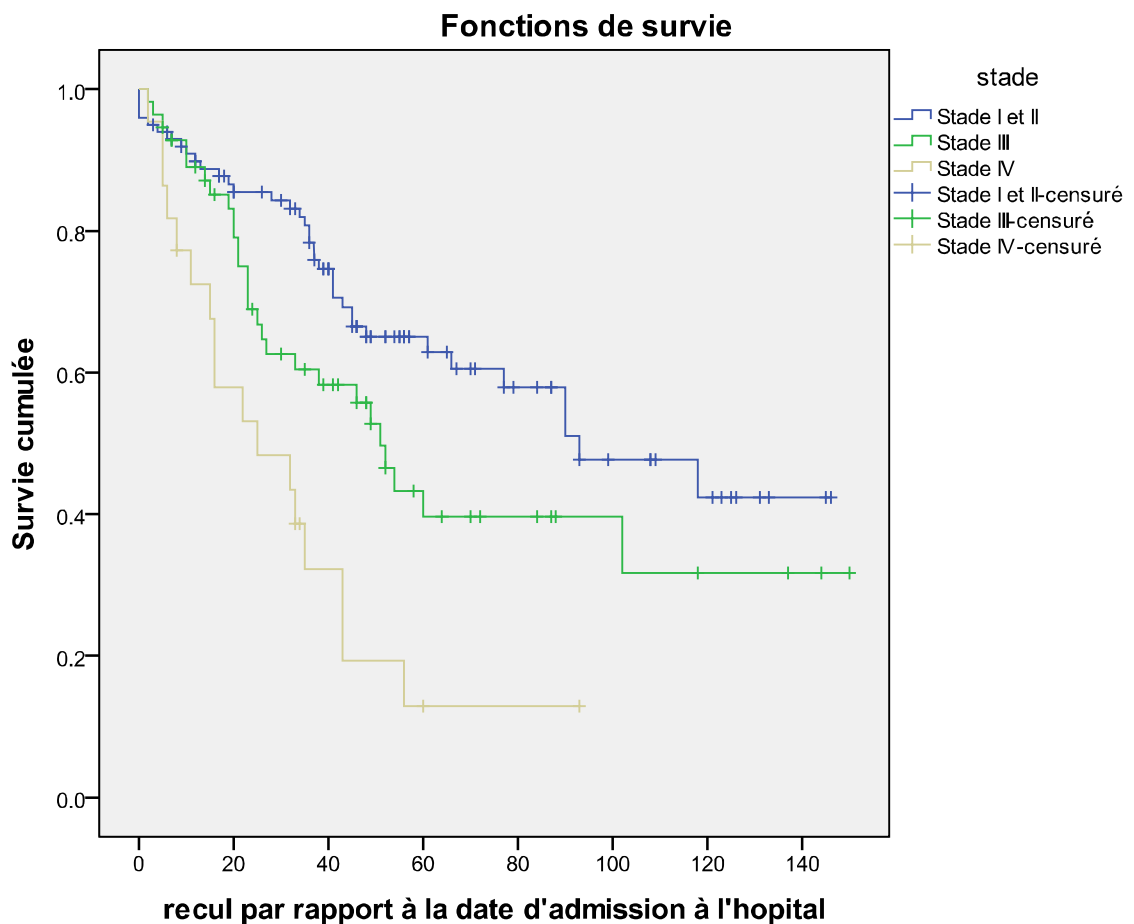


Figure 6 : Survie selon le stade chez les patients résequés

f. Survie selon le statut ganglionnaire :

La médiane de survie chez les patients ayant des ganglions positifs était de 46 mois avec un indice de confiance à 95% de [27.19-64.8], la survie à 5 ans était de 36.9%.

La médiane de survie chez les patients ayant des ganglions négatifs était de 93 mois avec un indice de confiance à 95% de [44.49-141.5], la survie à 5 ans était de 58.4%.

Cette différence était statistiquement significative avec un $P=0.016$.

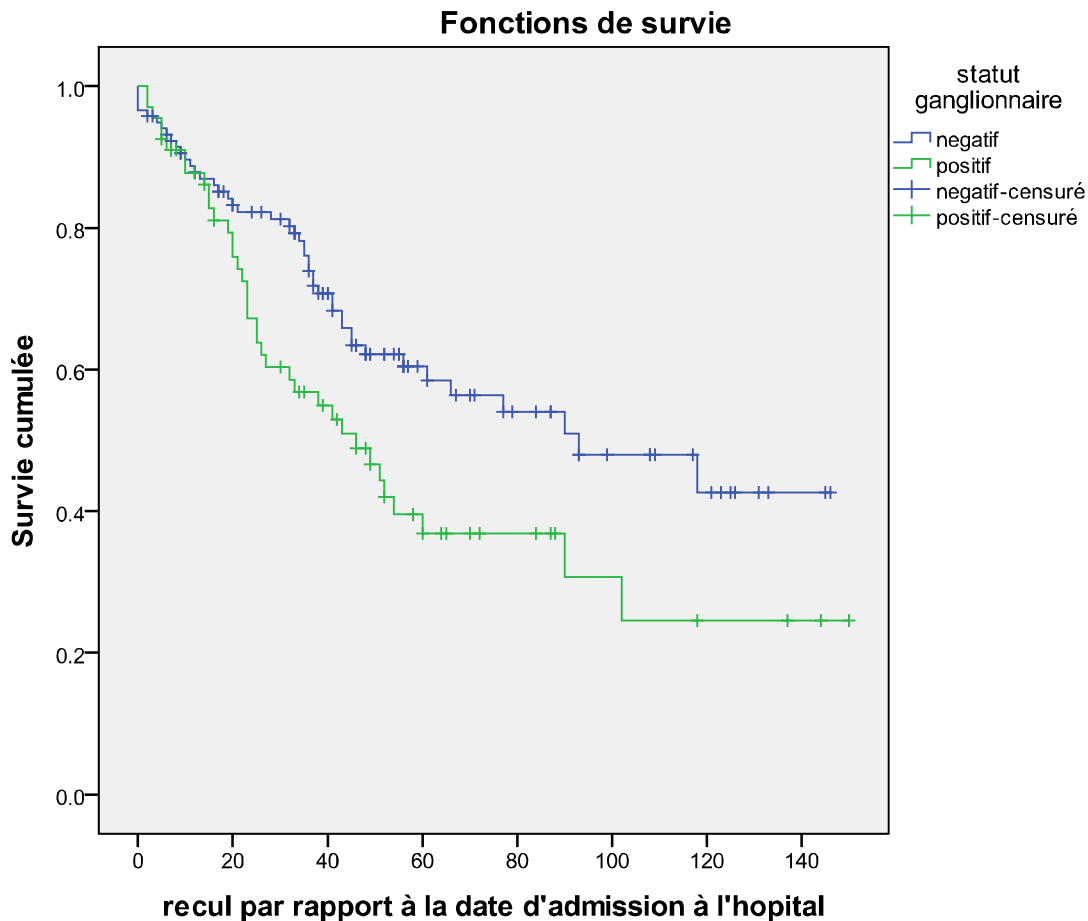


Figure 7 : Survie selon le statut ganglionnaire chez les patients résequés

g. Survie selon la différenciation :

La médiane de survie chez les patients ayant une forme bien ou moyennement différenciée était de 90 mois avec un indice de confiance à 95% de [55.09-124.9], le taux de survie à 5 ans était de 54%.

La médiane de survie chez les patients ayant une forme peu ou indifférenciée était de 37 mois avec un indice de confiance à 95% de [23.04-50.95], le taux de survie à 5 ans était de 23%.

Cette différence était statistiquement significative avec un $P=0.042$.

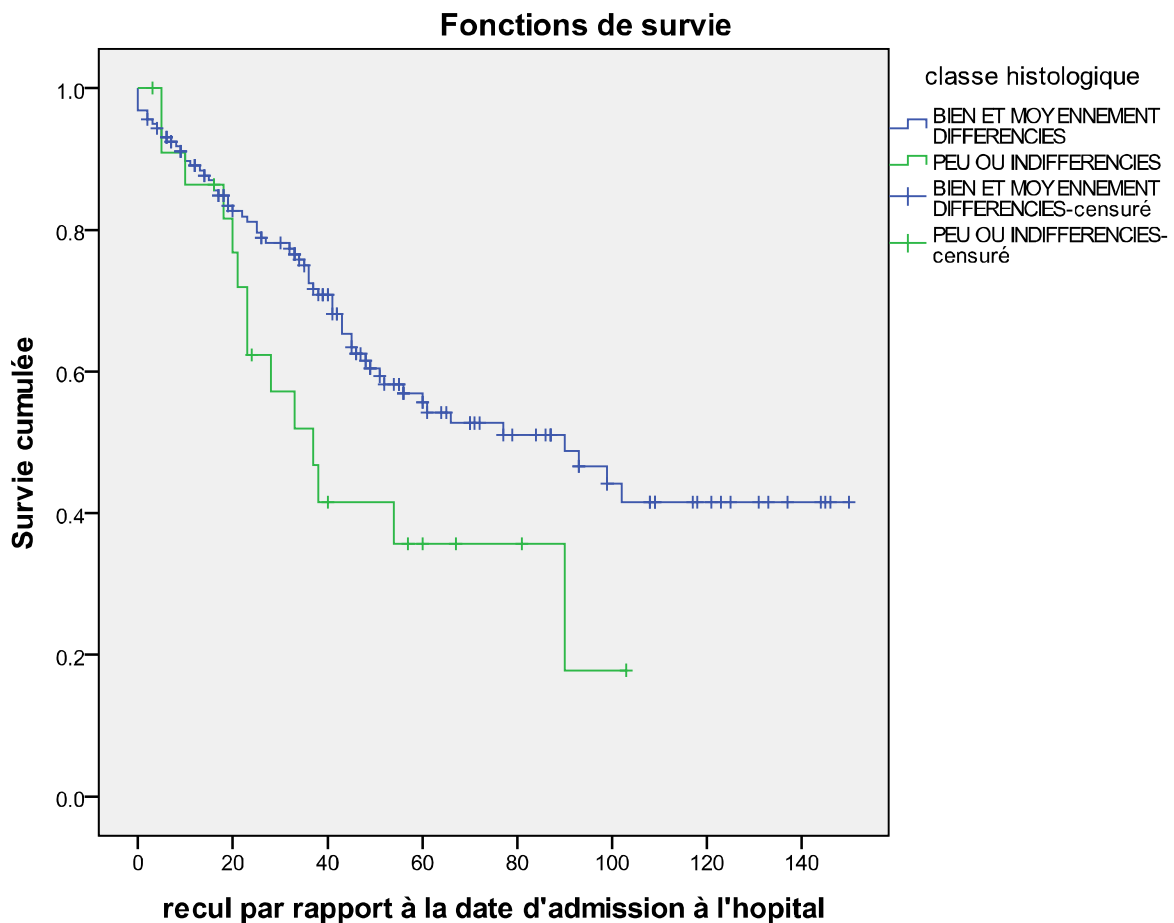


Figure 8 : Survie selon la différenciation chez les patients réséqués

h. Survie selon la présence d'une composante colloïde muqueuse :

La médiane de survie chez les patients ayant une composante colloïde muqueuse était de 54 mois avec un indice de confiance à 95% de [0-114.28], le taux de survie à 5 ans était de 45%.

La médiane de survie chez les patients n'ayant pas de composante colloïde muqueuse était de 66 mois avec un indice de confiance à 95% de [31.3-100.69], le taux de survie à 5 ans était de 52.3%.

Cette différence était statistiquement non significative avec un $P=0.854$.

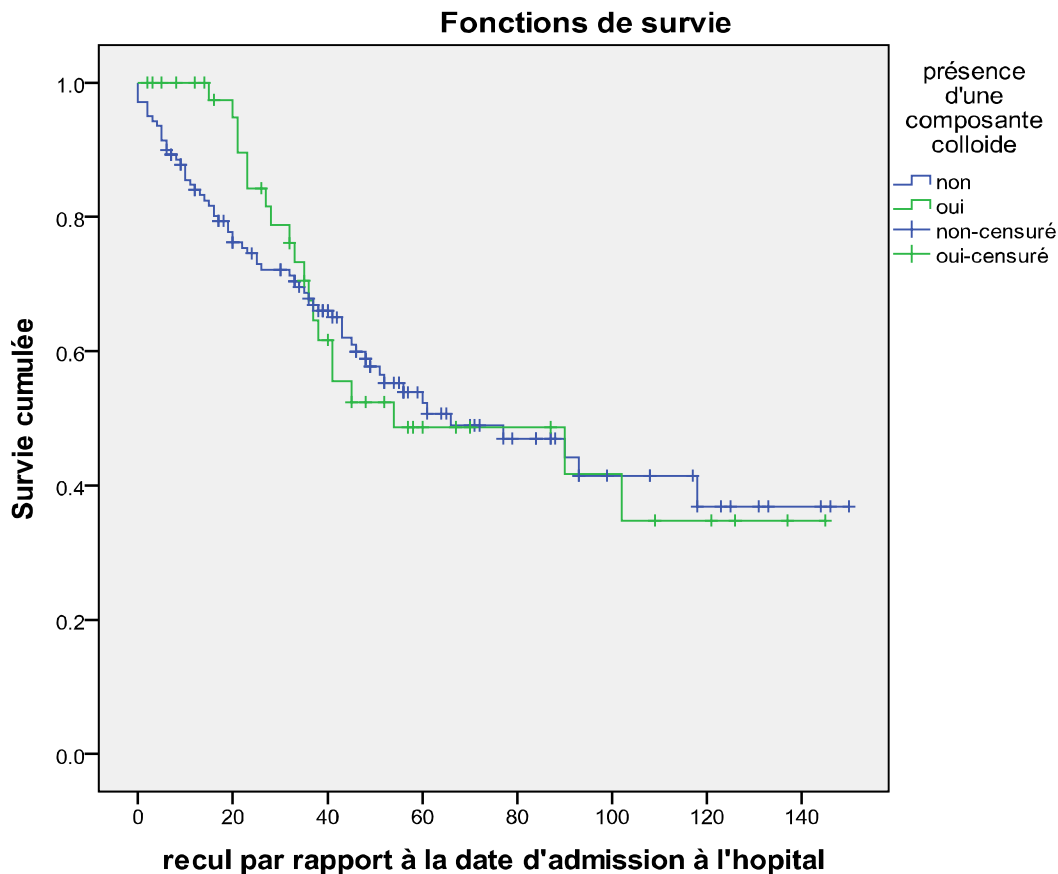


Figure 9 : Survie selon la présence d'une composante colloïde muqueuse chez les patients réséqués

i. Survie selon le taux d'ACE (antigène carcino-embryonnaire):

La médiane de survie chez les patients ayant un taux d'ACE < 5ng/ml était de 87 mois avec un indice de confiance à 95% de [68.58-105.44], le taux de survie à 5 ans était de 56.4%.

La médiane de survie chez les patients ayant un taux d'ACE > 5ng/ml était de 75 mois avec un indice de confiance à 95% de [53.96-96.85], le taux de survie à 5 ans était de 48%.

Cette différence était statistiquement non significative avec un P=0.455.

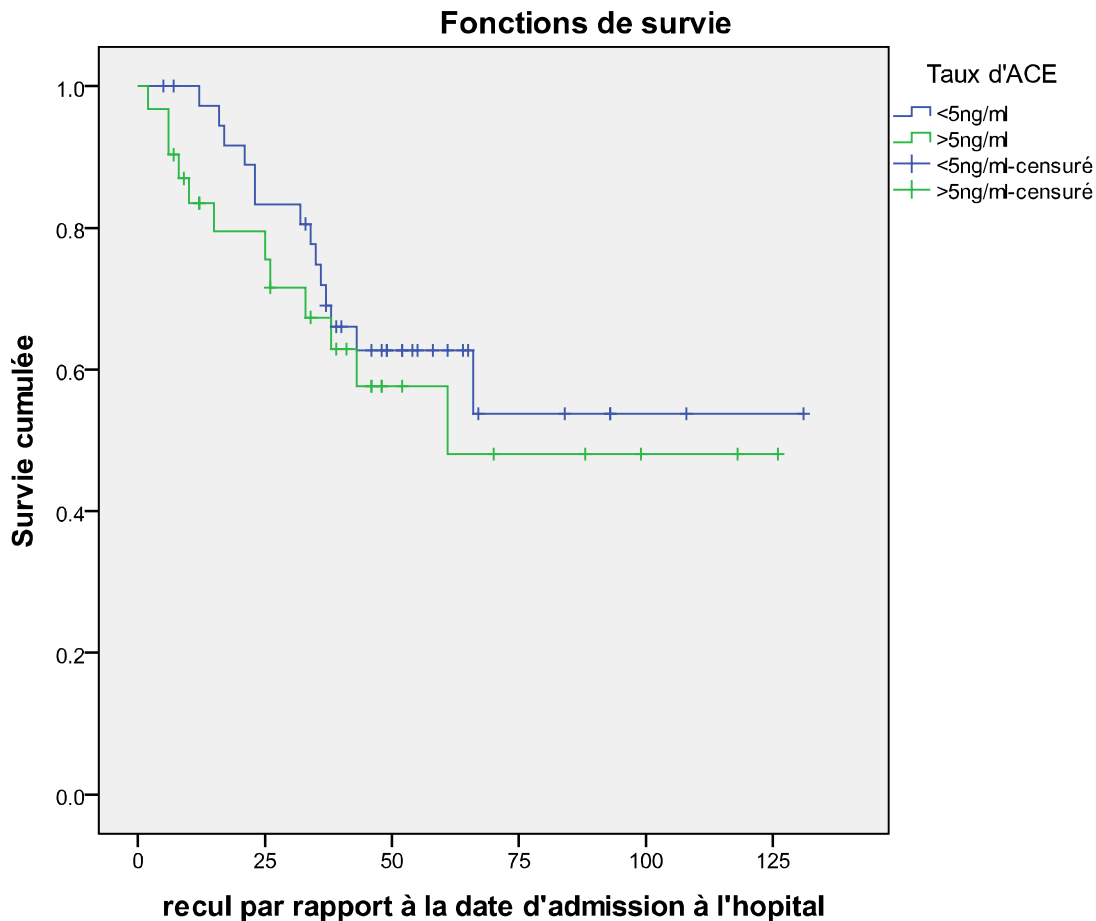


Figure 10 : Survie selon le taux d'ACE chez les patients résequés

j. Survie selon les limites de section chirurgicale :

La médiane de survie chez les patients ayant des limites de section chirurgicale saines est de 66 mois avec un intervalle de confiance à 95% de [34.32-97.67], la survie à 5 ans était de 51%.

La médiane de survie chez les patients ayant des limites de section chirurgicale envahies est de 16 mois avec un intervalle de confiance de 95% de [0-47.87], la survie à 5 ans était de 13%.

Cette différence était statistiquement non significative avec un $P=0.277$.

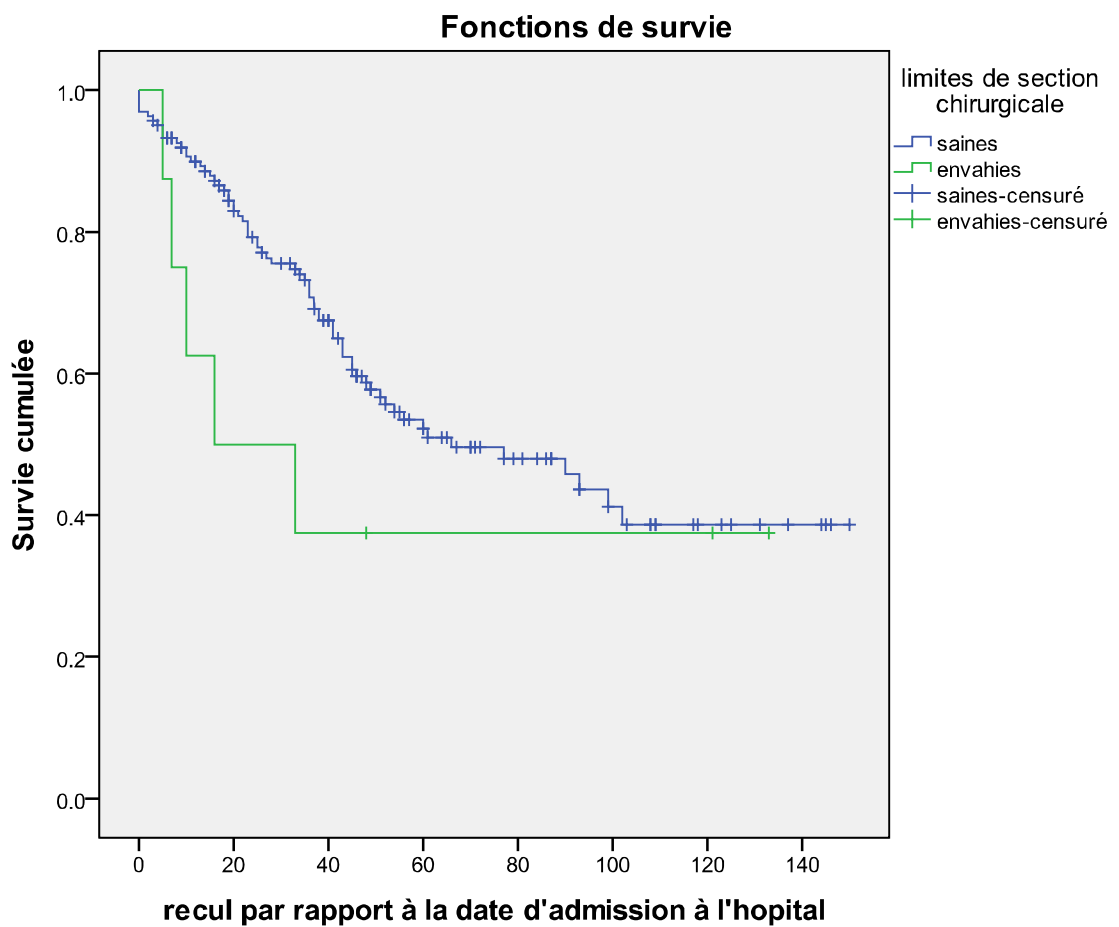


Figure 11 : Survie selon les limites de section chirurgicale

k. Survie selon la conservation de la fonction sphinctérienne :

La médiane de survie pour les patients ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice de la fonction sphinctérienne était de 94 mois avec un indice de confiance à 95% de [42.18-72.13], la survie à 5 ans était de 61%.

La médiane de survie pour les patients ayant bénéficié d'une chirurgie non conservatrice de la fonction sphinctérienne était de 57 mois avec un indice de confiance à 95% de [82.37-106.96], la survie à 5 ans était de 30%.

Cette différence était statistiquement significative avec un $P=0.001$.

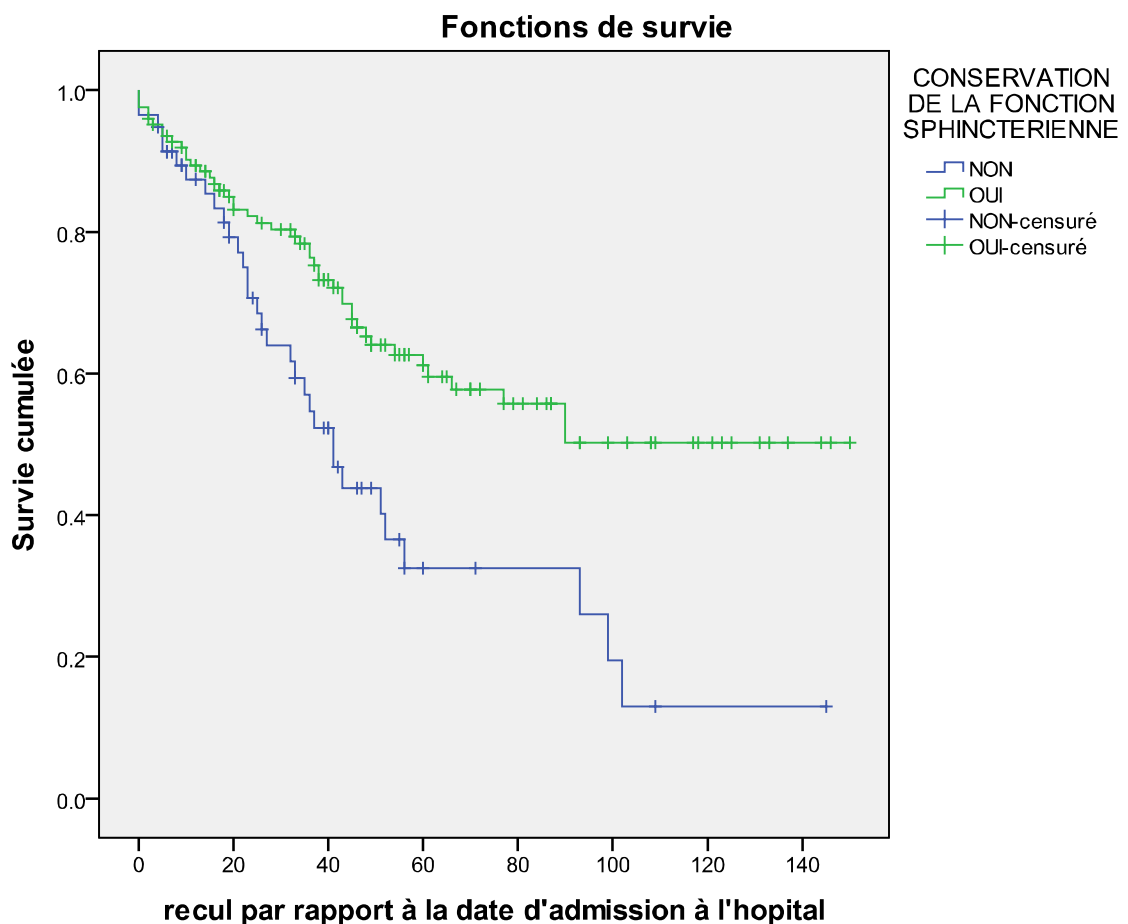


Figure 12 : Survie selon la conservation de la fonction sphinctérienne

I. Survie selon le traitement néo-adjuvant:

La médiane de survie chez les patients n'ayant pas eu de traitement néo-adjuvant était de 77 mois avec un indice de confiance à 95% de [74.85-109.66], la survie à 5 ans était de 48%.

La médiane de survie chez les patients ayant eu un traitement néo-adjuvant était de 51 mois avec un indice de confiance à 95% de [28.14-73.85], la survie à 5 ans était de 56%.

Cette différence était statistiquement non significative avec un $P=0.466$.

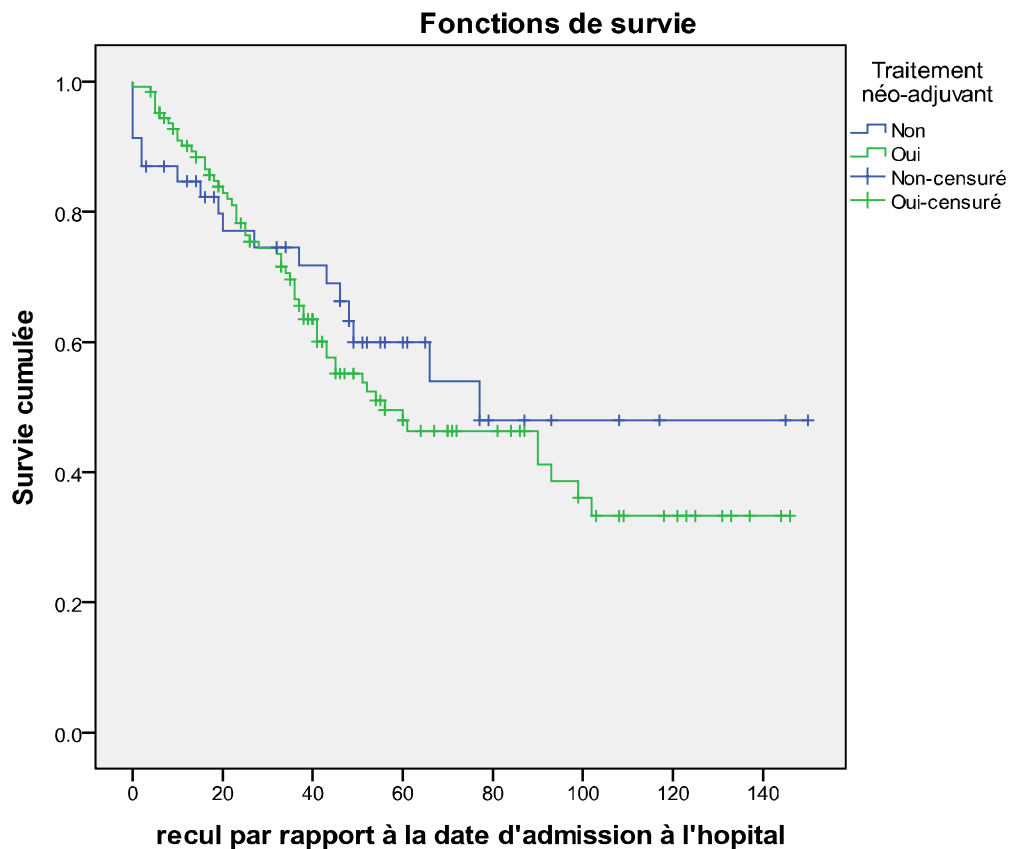


Figure 13 : Survie selon le traitement néo-adjuvant chez les patients résequés



Discussion



I. Commentaires :

Le pronostic est l'évaluation de l'issue possible de la maladie. Un très bon pronostic signifie par exemple que les chances de guérir sont élevées. De nombreux facteurs, liés à la personne et aux caractéristiques de la maladie, influencent le pronostic d'un cancer colorectal.

Des études scientifiques évaluent régulièrement les chances de survie pour chaque type et chaque stade de cancer. Ces études permettent d'obtenir des statistiques, qui peuvent aider les médecins à formuler un pronostic pour chacun de leurs patients.

Les registres marocains ou maghrébins n'apportent aucune réponse à cette question, notre travail vise donc à apporter des éléments de réponses à travers une série détaillée.

Notre série a concerné 319 cas d'adénocarcinome, c'est à ce type histologique que nous nous sommes intéressés, le nombre de malade résequés nous permet de tirer quelques conclusions statiquement valables. Globalement, une trentaine de cas de cancers du rectum sont traités dans un service universitaire de chirurgie (comportant 4 à 5 chirurgiens en moyenne), ce chiffre nous paraît insuffisant pour acquérir une expérience à même d'avoir un impact bénéfique sur la population. Le volume chirurgical par chirurgien est par ailleurs un facteur pronostique pour certains auteurs.

Il est souhaitable de recruter les malades de cancérologie digestive dans des services en nombre limité dédiés à cette pathologie.

Le nombre de malades perdus de vue sur l'ensemble de la série est de 24,7%. Si l'on considère les malades réséqués le nombre de perdus de vue est 7.3%.

Nous avons pourtant pris toutes les mesures pour suivre régulièrement nos patients, nous avons utilisé notamment le téléphone portable qui est à la portée de la majorité des familles, il faut signaler aussi que le suivi s'est étalé sur une période de 10 ans et grâce à un effort personnel des médecins du service, nous avons souhaité avoir des renseignements concernant le devenir des malades perdus de vue mais nous nous connaissons pas d'instance nationale ou régionale qui peut nous donner les renseignements voulus, tout au plus, on peut théoriquement avoir certains résultats concernant les malades bénéficiant d'une couverture médicale par les organismes tel que la CNOPS, la CNSS.

Dans la littérature médicale marocaine, nous n'avons trouvé aucune étude rapportant un suivi aussi bon que le notre avec le même recul de 10 ans, ce problème de registre de décès doit être débattu par les intéressés pour toutes les études épidémiologiques à venir, on peut par exemple proposer un registre à l'échelle de chaque province et un registre national central, cela suppose aussi que la rédaction des certificats de décès doit être aussi précise que possible.

En effet, à côté des registres régionaux des cancers qui commencent à faire leur apparition chez nous, il serait souhaitable de disposer des registres des décès, il est remarquable à ce propos que les deux registres de Casablanca et de Rabat ne comportent pas de survie ce qui nous empêche de tirer des conclusions quant à la qualité de la prise en charge de nos malades notamment les cancéreux.

Le deuxième grief à ce travail est la petitesse des groupes à l'intérieur des malades réséqués ce qui peut altérer la qualité des conclusions.

Notre étude est rétrospective, elle comporte donc tous les aléas de ce type d'étude, ce qui peut influencer certains résultats.

Nous avons nous même procédé à l'établissement de certains paramètres par exemple la composante colloïde muqueuse qui souvent surtout pour les premiers cas n'est pas chiffrée. C'est notre lecture de comptes rendus anatomopathologiques qui nous a permis de classer un cancer comme colloïde muqueux ou pas. Il en est de même pour la classification TNM où nous avons dû faire la synthèse de chaque observation pour classer le malade.

Le traitement statistique n'a pas toujours été possible pour tous les paramètres que nous avons voulu étudier pour manque de renseignement ou d'effectif suffisant.

75.8% de nos malades ont pu être proposés à un traitement chirurgical, 66.7% ont eu une résection de leur tumeur à visée curative ou non (ces malades réséqués représentaient 88% des malades opérés), ces chiffres ne sont pas sans signification pronostique, 34.1% des malades avaient pour la plupart une tumeur de stade avancé, une des raisons de ce retard diagnostique est attribuable aux premiers médecins qui ont examinés ces patients, en effet, plusieurs malades ont été traités médicalement pour affection proctologique alors qu'ils présentaient déjà un cancer, pire encore, certains de nos malades ont même été opérés pour affections proctologiques sans jamais subir de toucher rectal, c'est là aussi une situation que l'on peut débattre pour améliorer le pronostic des cancers du rectum au Maroc.

Le taux de résécabilité nous révèle que ces deux dernières années ce taux a fortement baissé, ce fait peut être un pur hasard, mais il peut aussi être le reflet

d'une bonne sélection des malades notamment après l'introduction de la tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne et parfois de L'IRM.

La mortalité opératoire pour l'ensemble de la série que nous avons défini comme le décès survenu entre J1 et J30 de l'intervention et de 9,2%. Ce chiffre est proche des chiffres trouvés dans la littérature. Si nous considérons uniquement les malades résequés la mortalité opératoire est de 3.8%.

Ces chiffres peuvent être reconsidérés à la baisse par l'amélioration de l'expertise chirurgicale, par un protocole étudié de management des lâchages anastomotiques qui sont la cause de la plupart des complications et enfin par l'amélioration des conditions de travail surtout à l'ère de la ceolioscopie et de la suture automatique.

II. Survie globale :

Selon notre étude rétrospective réalisée à la clinique chirurgicale C au CHU de Rabat, la médiane de survie globale était de 46 mois avec un taux de survie à 1 an de 82%, à 2 ans de 65%, à 3 ans de 58%, à 4 ans de 49% et à 5 ans de 43%.

En Tunisie, l'étude faite à l'hôpital Mongi-Slim a trouvé une survie médiane globale de 20 mois avec un intervalle de confiance (IC 95 %) allant de 18,2 à 21,9 mois. Les taux de survie, tous stades confondus à un, deux, trois, quatre et cinq ans, étaient respectivement de 92,8, 55,5, 44,8, 37,8 et 26,3 % [6].

L'étude EURO CARE regroupant les données de 23 pays européens permet d'analyser les taux de survie. Les taux de survie relatifs à 5 ans sont donnés dans le tableau 17 [7]. Cette enquête fait apparaître des différences de survie entre les pays européens, d'une ampleur insoupçonnée. Pour la période 2001-2004, le taux de survie relative moyen était de 53,5% à 5 ans. La France se situait parmi les pays avec les meilleurs taux de survie avec la Suisse, la Finlande et la Hollande. Ceci témoigne de la qualité actuelle du système de leur santé. En revanche, les taux de survie étaient inférieurs à la moyenne européenne en Danemark, en Angleterre, en Irlande et surtout dans les pays de l'Europe de l'est [8].

Nos estimations pour la survie à 5 ans s'établissent à 43%, elle est inférieure à celle de l'ensemble des pays européens, mais manifestement meilleur de la série tunisienne, néanmoins, il faudra noter que notre série est hospitalière alors que les autres séries sont retirées des registres de population.

On peut cependant noter que les malades recrutés dans notre série sont de type tout venant (pas de sélection) et à ce titre sont comparable à ceux du registre de population.

| | 1978-1980 | 2001-2004 |
|------------|-----------|-----------|
| Suisse | 53% | 63% |
| France | 39% | 59% |
| Hollande | 41% | 59% |
| Finlande | 46% | 57% |
| Italie | 32% | 55% |
| Portugal | - | 53% |
| Angleterre | 34% | 52% |
| Danemark | 39% | 51% |
| Irlande | - | 51% |
| Pologne | 22% | 45% |
| Tchéquie | - | 44% |

Tableau 17 : Evolution des taux de survie à 5 ans des cancers du rectum en Europe

III. Survie des patients réséqués :

1. Survie globale :

Dans notre série, la médiane de survie est de 77 mois chez les malades réséqués et elle n'est que de 16 mois pour les patients non réséqués ce qui met en évidence l'impact de la résection sur la survie ($P < 0,05$).

Le taux de survie respectivement à 1 an, 2 ans, 3 ans, 4 ans et 5 ans chez les patients réséqués était de 88%, 78%, 69%, 58%, 51%.

Cette différence peut signifier un impact positif de la résection mais elle traduit surtout une différence du stade de la maladie puisque les malades non réséqués ont un stade avancé (stade IV).

Pour tirer une conclusion correcte, il faut disposer de deux populations comparables, une subira une résection et l'autre un traitement à base de chimio-radiothérapie exclusive, cette dernière attitude est d'ailleurs prônée par certains auteurs (révolution brésilienne). Elle va connaître probablement un développement faisant moins de place à la chirurgie.

En Norvège et en Suède, le taux de survie à 4 ans est passé de 65% à 78% après résection ($p < 0,03$) [10].

En France, au centre hospitalier de Lyon, le taux de survie attendu 5 ans après la chirurgie à visée curative aurait été de 51%, comparativement à un taux observé antérieurement à 40% [9].

La survie globale à cinq ans après résection varie de 30 à 76 % selon les séries [11,12]. Cette différence s'explique par le caractère hétérogène des patients inclus dans les différentes études, mais aussi grâce à l'amélioration des techniques chirurgicales, à la spécialisation chirurgicale avec des chirurgiens

rompus à la chirurgie colorectale et enfin grâce au développement du traitement néoadjuvant.

La question est : comment peut-on encore améliorer ce pronostic ? Certes oui. Notons d'abord que notre taux de malades qui ont reçu un traitement néoadjuvant est en dessous des taux des pays comme la France ou la Norvège. Or avec le développement des centres d'oncologie à travers le pays d'avantage, des patients bénéficieront d'un traitement néoadjuvant avec les normes exigées.

La spécialisation en chirurgie colorectale est une autre option pour améliorer le pronostic surtout dans notre pays où le recrutement chirurgical et donc le volume chirurgical reste faible, or il est démontré que l'expertise chirurgicale est un facteur pronostic.

2. Survie selon l'âge et le sexe :

***Survie selon l'âge :**

Parmi les facteurs pronostiques cliniques largement étudiés dans la littérature, on trouve l'âge et le sexe (Tableau 18).

L'âge est un facteur pronostic très discutable, six études parmi 15 évaluant ce facteur en multivarié avaient conclu que la survenue d'un cancer rectal chez un sujet âgé, était un facteur de mauvais pronostic [13-14-15].

Dans la série de Huguier, le taux de survie à cinq ans pour les malades âgés de moins de 75 ans était de 58 % et de 32 % pour les malades âgés de moins de 75 ans avec une différence significative [16].

Le mauvais pronostic chez le sujet âgé peut être expliqué par sa découverte généralement à un stade tardif à l'intervention, de facteurs de comorbidité et

l'abstention vis-à-vis du sujet âgé quant à un traitement adjuvant notamment la chimiothérapie [17].

D'un autre côté, plusieurs auteurs s'accordent pour souligner la gravité du cancer de rectum chez les sujets jeunes âgés de moins de 40 ans du fait de la fréquence des formes histologiquement agressives telles que les formes colloïdes muqueuses et les formes indifférenciées [18-19].

Dans notre série, nous n'avons pas retrouvé de différence significative en terme de survie concernant les différentes tranches d'âge de nos patients chez les malades réséqués ($P= 0.676$).

Il est probable donc que l'âge n'est pas un facteur indépendant du pronostic, néanmoins, il faut noter que chez les malades non réséqués, 29,2% étaient des jeunes alors que la proportion globale des jeunes n'est que de 22,7%, il se peut donc que les jeunes soient vus à un stade avancé et ne sont pas opérés mais à stade égal et à chirurgie égale le pronostic est le même.

***Survie selon le sexe :**

Selon certains auteurs, la survie globale après résection est meilleure chez la femme [20-21]. Cette notion est affirmée par trois études multivariées où la survie à long terme était meilleure chez la femme par rapport à l'homme [14-22-23].

Dans notre série, nous n'avons pas retrouvé une différence de survie entre les deux sexes ($P=0.409$).

| Nombre de patients [référence] | Sexe | Age | Siège | ACE préopératoire | Stade |
|--------------------------------|------|-----|-------|-------------------|-------|
| 842[24] | | | S | | S |
| 442[22] | NS | S | | | NS |
| 709[25] | S | NS | NS | | S |
| 1262[26] | NS | S | NS | | |
| 572[27] | | | NS | | |
| 572[28] | S | S | NS | | S |
| 150[29] | S | S | NS | | |
| 264[13] | NS | S | NS | S | S |
| 350[30] | | NS | NS | | S |
| 188[31] | NS | | NS | | |
| 597[32] | NS | NS | S | | |
| 140[33] | NS | NS | NS | NS | |
| 191[34] | NS | NS | NS | | |
| 361[35] | NS | NS | NS | NS | |
| 134[36] | NS | NS | NS | | S |
| 496[15] | NS | S | NS | | |
| 1157[37] | NS | | NS | | S |
| 312[38] | NS | | NS | | |

S : significatif en uni- et multivariée ; NS : non significatif.

Tableau 18 : Revue de la littérature des différents facteurs pronostiques cliniques retrouvés dans les études multivariées

3. Survie selon la localisation :

En Tunisie, en comparant la survie des différentes localisations tumorales, les cancers du bas rectum avaient le taux de survie le plus faible (35,7 % à deux ans) tandis que les cancers du haut rectum et côlon droit avaient le meilleur taux de survie (77,9 % à deux ans) avec une différence significative ($p < 10^3$) [6].

Ces mêmes résultats sont retrouvés dans trois études multivariées comparant ces différentes localisations [39–40].

Dans notre étude, nous avons trouvé une différence bien que non significative en faveur des cancers du haut rectum $P=0.091$.

Ce résultat s'expliquerait à notre avis par :

- La mauvaise stadification du cancer, en effet un toucher rectal non fait dans les règles de l'art peut méconnaître des tumeurs à 8 – 9 cm et ces tumeurs du rectum moyen seront classées tumeurs du haut rectum.
- Certaines tumeurs du haut rectum ou classées en tant que tel devraient bénéficier d'un traitement néoadjuvant en particulier les tumeurs T4, alors que dans notre série les tumeurs du haut rectum sont systématiquement exclues d'un traitement néoadjuvant. Certaines tumeurs T3 du haut rectum devraient bénéficier d'une chimiothérapie adjuvante même sans adénopathie envahie (comme les tumeurs du colon). Une étude dédiée à ces tumeurs de haut et moyen rectum devrait être entamée pour tirer au clair ce paradoxe, en attendant, nous proposons donc soit un traitement néoadjuvant ou adjuvant selon le cas.

4. Survie selon le stade tumoral :

La survie globale à cinq ans tous stades confondus est de 26,3 % et en fonction des quatre stades TNM, elle passait de 100 % pour le stade I, à 52 % pour le stade II, à 11 % pour le stade III et à 0 % pour le stade IV, avec une différence très significative ($p < 10^3$) [6].

Dans notre étude, les stades I et II avaient une survie meilleure que les autres stades avec une médiane de 93 mois et une survie à 5 ans de 62 %, suivis du stade III avec 51 mois et une survie à 5 ans de 39.6 % et enfin du stade VI avec 25 mois et une survie à 5 ans de 0%. Cette différence était significative avec un $P=0.0$.

Ces chiffres sont proches des chiffres retrouvés dans la littérature.

5. Survie selon le statut ganglionnaire :

Le statut ganglionnaire a pas été déterminé comme facteur influençant la survie dans notre série avec un $P=0.016$, ainsi les patients ayant des ganglions négatifs avaient une survie à 5 ans de 58.4%, celle-ci n'était que de 36.9% pour les patients ayant des ganglions positifs à l'examen histologique.

Ce paramètre était significatif aussi dans d'autres études (tableau 19).

6. Survie selon la différenciation et la composante colloïde muqueuse :

Le degré de différenciation cellulaire est un facteur pronostique reconnu depuis 1928 et de nombreuses études multivariées ont établi son caractère indépendant du stade évolutif tumoral [24-38-32 -42].

En effet, dans la série de Wiggers, la survie à cinq ans passe de 41 % pour les adénocarcinomes rectaux bien différenciés à 25 % pour les adénocarcinomes indifférenciés et 5 % pour les colloïdes muqueux [43]. Dans la série de Kanemitsu comportant 2678 cas d'adénocarcinome colorectal dont 97 colloïdes muqueux, la survie était respectivement de 54 et 73,3 % avec une différence significative ($p < 10^3$) [18].

Dans la même étude, les formes indifférenciées étaient fréquemment associées à des signes histologiques d'agressivité sous forme d'engainement périnerveux et d'emboles vasculaires et/ou à des métastases péritonéales ou des métastases hépatiques [18].

La survie à cinq ans était de 27 % pour les formes bien différenciées et de 8% pour les formes indifférenciées avec une différence significative ($p < 10^3$) [6].

Dans notre étude, la différenciation était statistiquement significative $P=0.042$, avec une survie à 5 ans pour les formes bien et moyennement différenciées de 54% et pour les formes peu et indifférenciées de 24%.

La composante colloïde muqueuse par contre n'était pas un facteur pronostique significatif avec un $P=0.854$.

L'envahissement veineux histologique représente également un facteur pronostique indépendant [24-25-42]. Dans la série de Chapuis [44], la survie à 5 ans passe de 15 % en cas d'envahissement veineux à 40 % en l'absence d'envahissement veineux. Ce paramètre n'a pas été étudié dans notre série.

| Nombre des patients [référence] | Gan-glions positifs | Nombre de gan-glions positifs | Métas-tases hépati-ques | Invasion veineuse | Engaine-ment nerveux | Différen- ciation tumorale |
|---------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|
| 842[24] | | | | S | | S |
| 442[22] | | | | S | S | S |
| 709[25] | NS | | | S | | S |
| 1262[26] | S | | | NS | | NS |
| 447[21] | S | | | NS | | NS |
| 150[29] | S | | | | | NS |
| 264[13] | | | | | | S |
| 350[30] | | S | | | | S |
| 188[31] | S | | | NS | | NS |
| 597[32] | | | | NS | | NS |
| 140[33] | | | | | NS | S |
| 191[34] | S | | | S | S | S |
| 361[35] | S | NS | S | | | NS |
| 134[36] | | | | | | NS |
| 496[15] | NS | | S | NS | NS | NS |
| 579[41] | | | | | | |
| 312[38] | | | | NS | | |

S : significatif en uni- et multivariée ; NS : non significatif

Tableau 19 : Revue de la littérature des différents facteurs pronostiques anatomopathologiques des différentes études multivariées

7. Survie selon le taux d'ACE :

Parmi les marqueurs tumoraux, l'ACE est le marqueur le plus utilisé dans la pathologie tumorale colorectale [45–46].

En effet, il existe une corrélation entre le taux d'ACE et le degré d'extension tumorale. Dans la série de Wang, l'incidence d'un taux d'ACE

élevé (supérieur à 5 ng/ml), était pour les stades A, B, C, et D de Dukes respectivement de 0, 32, 48, et 79 % [19], de même que dans la série de Ledenson ou un taux d'ACE (supérieur à 5 ng/ml) était respectivement de 3 ; 25 ; 45 ; et 65 % pour les stades A, B, C, et D de Dukes [29].

L'élévation du taux de l'ACE en préopératoire est un facteur de mauvais pronostic dans plusieurs études publiées [13-19-45-46].

Dans notre série, la médiane de survie pour les patients ayant un taux d'ACE <5 ng/ml était de 87 mois et de 75 mois pour les patients ayant un taux d'ACE >5 ng/ml avec une différence non significative P=0.455.

Schmitz-Moormann trouve un taux élevé de récurrences dans le groupe des patients stade C de Dukes et ayant un taux d'ACE élevé [29].

Ces mêmes résultats ont été retrouvés dans l'étude du groupe *gastro-intestinal tumour study*, qui conclut qu'un taux d'ACE supérieur à 10 ng/ml chez les patients ayant plus de quatre ganglions envahis, était corrélé à un taux important de récurrences (42 vs 14 % avec un $p < 0,02$) [46-47-41-48].

Dans la série de Scott et Moertel du Mayo Clinic et sur une série de 172 patients résectionnés, la survie des patients ayant un taux d'ACE élevé, supérieur à 10 ng/ml, associé à une atteinte ganglionnaire était significativement plus faible avec un $p < 10^{-3}$ [13].

8. Survie selon les limites de section chirurgicale :

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les patients ayant des limites saines ou envahies avec un P=0.277.

Quoique, les patients ayant des limites envahies avaient une survie à 5 ans (51%) largement supérieure à celle des patients ayant des limites envahies (13%).

9. Survie selon la conservation de la fonction sphinctérienne :

La conservation de la fonction sphinctérienne a été retenue comme facteur influençant la survie.

La survie à 5 ans pour les patients ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice de la fonction sphinctérienne était de 61%, elle n'était que de 30% pour les patients ayant bénéficié d'une chirurgie non conservatrice de la fonction sphinctérienne.

Cette différence était statistiquement significative avec un $P=0.001$.

10. Survie selon le traitement néo-adjuvant :

La survie à 5 ans pour les patients n'ayant pas reçu de traitement néo-adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie) était de 56% nettement supérieure à celle des patients ayant reçu un traitement néo-adjuvant.

Cette différence était statistiquement non significative avec un $P=0.466$.



Conclusion



Dans cette série, l'étude multivariée des différents facteurs pronostiques conditionnant la survie du cancer du rectum en utilisant le modèle de Kaplan Meier, n'a permis de retenir que quatre facteurs influençant la survie de façon directe, à savoir le stade tumoral, la différenciation, le statut ganglionnaire et la conservation de la fonction sphinctérienne.

Cette étude donc incite à rapprocher la surveillance postopératoire chez les malades ayant un stade tumoral avancé, des formes peu ou indifférenciés et des ganglions positifs à l'histologie mais aussi met en évidence l'impact de la résection conservatrice de la fonction sphinctérienne dans l'amélioration de la survie.

Cependant, le nombre important de perdu de vue dans cette série, incite à retenir ces résultats avec beaucoup de réserves.



Résumé



Résumé

Titre : Survie et pronostic des patients opérés pour cancer du rectum

Auteur : Fathi Soukaina Sara

Mots clés : Pronostic, survie, cancer du rectum, adénocarcinome

Environ 1 235 108 nouveaux cas de cancer du rectum sont diagnostiqués chaque année dans le monde. Au Maroc, et selon le registre de rabat 3,5/100000 habitants/an, mais malheureusement ni les registres marocains ni maghrébins n'apportent une idée sur la survie dans notre pays. Pour essayer de répondre à cette question, nous avons étudié une série hospitalière de 326 cas de cancer du rectum hospitalisés au service de chirurgie C à l'hôpital Ibn Sina de Rabat entre Janvier 2001 et Décembre 2010.

Notre étude rétrospective n'a concerné que les 319 patients atteints d'adénocarcinome, l'âge moyen pour ces patients était de 53.68 ans. L'adénocarcinome était bien différencié à 53.3%, moyennement différencié à 23.8% et peu différencié à 3.1%, il siégeait au niveau du haut rectum dans 73 cas (22.9%), de siège moyen dans 72 cas (22.6%) et de bas siège dans 160 cas (50.2%).

242 de nos malades ont été opérés (75.8%), dont 213 (66.7%) ont été réséqués. Selon la classification TNM, (10.6%) étaient stade I, stade II (22.9%), stade III (26%) et stade IV (25.4%).

La survie médiane globale était de 46 mois. Les taux de survie, tous stades confondus, à 5 ans est de 43%. Elle était de 77 mois chez les patients réséqués, la survie à 5 ans est de 51%.

Différents facteurs pronostiques étaient identifiés en analyse univariée après analyse de la survie selon Kaplan-Meier et comparaison des taux de survie par le test de Log-Rank, ainsi seul 4 facteurs ont été retenus et qui influencent directement la survie de nos patients: le stade tumoral, la différenciation, le statut ganglionnaire et la conservation de la fonction sphinctérienne.

Abstract

Title : Survival and prognosis of patients undergoing surgery for rectal cancer

Author: Fathi Soukaina Sara

Keywords: Survival, prognosis, rectal cancer, adecocarcinoma

Approximately 1 235 108 new cases of rectal cancer are diagnosed each year in the world. In Morocco, according to the register of Rabat 3.5 / 100,000 inhabitant / year, but unfortunately neither registers nor Moroccan Maghreb does provide an idea of survival in our country. To try to answer this question, we studied a hospital series of 326 cases of rectal cancer hospitalized in Department C of Surgery at the hospital Ibn Sina in Rabat between January 2001 and December 2010.

Our retrospective study involved only 319 patients with adenocarcinoma, the average age of these patients was 53.68 years. Adenocarcinoma was well differentiated in 170 cases (53.3%), moderately differentiated in 76 cases (23.8%) and poorly differentiated in 10 cases (3.1%). Adenocarcinoma sat at the upper rectum in 73 cases (22.9%), it was middle seat in 72 cases (22.6%) and lowest seat in 160 cases (50.2%).

242 of our patients were operated (75.8%), including 213 (66.7%) were resected. According to the 2006 UICC TNM classification, (10.6%) were stage I, 45 stage II (22.9%), 105 stage III (26%) and 82 stage IV (25.4%).

The overall median survival was 46 months. The survival rate for all stages combined at five years was 43%. It was 77 months in patients resected, survival at 5 years was 51%.

Various prognostic factors were identified by univariate analysis after analysis of survival according Kaplan-Meier and comparison of survival by the log-rank test, hus, only four factors were retained and which directly affect the survival of our patients: tumor stage, differentiation, nodal status and the conservation of sphincter function.

ملخص

العنوان : البقاء على قيد الحياة وتكهن المرضى الذين خضعوا لعملية جراحية لسرطان المستقيم

من طرف : فتحي سكيانة سارة

الكلمات الأساسية: البقاء على قيد الحياة، التكهن، سرطان المستقيم، السرطانية الغذائية

يتم تشخيص حوالي 1235108 حالة جديدة من سرطان المستقيم في كل عام في جميع أنحاء العالم. في المغرب، وفقا لسجل الرباط 100000\3.5 نسمة / سنة، ولكن للأسف لا السجل المغربي ولا المغاربي يقدم فكرة عن البقاء على قيد الحياة في بلدنا. في محاولة للإجابة على هذا السؤال، قمنا بدراسة سلسلة تتضمن 326 حالة من حالات سرطان المستقيم في المصلحة الجراحية "س" في مستشفى ابن سينا ما بين يناير 2001 و دجنبر 2010.

لدينا دراسة استيعادية اشتملت فقط على 319 من المرضى المصابين بالسرطانية الغذائية، كان متوسط عمر هؤلاء المرضى 53.68 عاما، كانت السرطانية الغذائية جد متباينة في 170 حالة (53.3%)، متباينة باعتدال في 76 حالة (23.8%) ومتباينة سيئة في 10 حالة (3.1%). كانت السرطانية الغذائية في اعلى المستقيم 73 حالة (22.9%)، وكان في الوسط في 72 حالة (22.6%) وفي الاسفل في 160 حالة (50.2%).

242 من مرضانا استفادوا من عملية جراحية (75.8%)، بما في ذلك 321 (66.7%) استفادوا من البتر. وفقا للتصنيفات من 2006، كان (10.6%) مريض في المرحلة الأولى، المرحلة الثانية (22.9%)، في المرحلة الثالثة (26%) وفي المرحلة الرابعة (25.4%).

كان متوسط البقاء الشامل 46 شهرا، معدل البقاء على قيد الحياة لجميع المراحل مجتمعة، خمس سنوات هي 43%. وكانت 77 شهرا بالنسبة للمرضى الذين استفادوا من البتر، البقاء على قيد الحياة في 5 سنوات 51%.

وقد تم تحديد مختلف العوامل النذيرة عن طريق التحليل الأحادي المتغير بعد تحليل البقاء على قيد الحياة وقال كبلين ماير و مقارنة معدل البقاء على قيد الحياة عبر اختبار سجل الرتبة وهكذا، تم الإبقاء على العوامل الاربعة فقط والتي تؤثر بشكل مباشر على البقاء على قيد الحياة للمرضى و هم: مرحلة الورم، التمايز، الحالة العقدية و الحفاظ على وظيفة العضلة العاصرة.



Références



- [1] World Health Organization:
GLOBOCAN 2008 (IARC) *Section of Cancer Information*
- [2] Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2137–50.
- [3] e-cancer.fr : Source : Francim / Hospices civils de Lyon / INCa / Inserm / InVs 2011 Traitement : INCa 2011
- [4] Le registre du cancer du Grand Casablanca: 2ème rapport 2005-2007
- [5] Le registre du cancer de Rabat : 2^{ème} rapport 2006-2008
- [6] Survival and prognostic factors of colorectal adenocarcinoma: analytic multifactor review of 150 cases
N. Arfa a,* , I. Hamdani a, L. Gharbi a, S. Ben Abid a, B. Ghariani a, S. Mannai a, H. Mestiri a, M.T. Khalfallah a, S.R. Mzabi b
Service de chirurgie générale, hôpital Mongi-Slim, Sidi-Daoued, La-Marsa 2045, Tunis, Tunisie
Service d’anatomie pathologique, hôpital Mongi-Slim, Sidi-Daoued, La-Marsa 2045, Tunis, Tunisie
- [7] Berrino F, De Angelis R, Sant M et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007; 8: 773-83.

- [8] Ciccolallo L, Capocaccia R, Coleman MP et al. Survival differences between European and US patients with colorectal cancer: role of stage at diagnosis and surgery. *Gut* 2005; 54: 268-73.
- [9] Benefit of operative mortality reduction on colorectal cancer survival. Mitry E, Bouvier AM, Esteve J, Faivre J. Registre des Cancers Digestifs, Faculté de Médecine, Dijon and Service de Biostatistique, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite, France. emmanuel.mitry@apr.ap-hop-paris.fr
- [10] Heald Rj, Husband EM, Ryall RDH. The mesorectum in rectal cancer surgery. The clue to pelvic recurrence. *Br J Surg* 1982; 69: 613-6.
- [11] Sales JP, Parc R. Le stade de diagnostic et la prise en charge chirurgicale des cancers coliques se sont-ils modifiés en dix ans, à propos de 303 patients. *Ann Chir* 1994;48:591-5.
- [12] Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon. *Gastroenterol Clin Biol* 1998;22:275-88.
- [13] Scott NA, Wieand HS, Moertel CG, Cha SS, Beart RW, Liber MM. Colorectal cancer: Dukes stage, tumor site, preoperative plasma CEA level, and patient prognosis related to tumor DNA ploidy pattern. *Arch Surg* 1987;122:1375-9.
- [14] Carriquiry LA, Pineyro A. Should carcinoembryonic antigen be used in the management of patients with colorectal cancer, *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 921-9.

- [15] Horn A, Dahl O, Morild I. venous and neural invasion as predictors of recurrence in recta adenocarcinoma. *Dis Colon Rectum* 1991;34:798–804.
- [16] Huguier M, Rey C, Chastang C, Houry S, Lacaine F. Le pronostic des cancers colorectaux opérés ; apport d'une analyse multifactorielle. *Gastroenterol Clin Biol* 1989;13:463–8.
- [17] Le Néel JC, Lasser P, Letessier E, Jurczak F, Bernard P, Mauchien C, et al. Traitement chirurgical des cancers coliques après 75 ans. Étude d'une série de 240 patients. *Chirurgie* 1999;124:670–4.
- [18] Kanemitsu Y, Kato T, Hirai T, Yasui K, Morimoto T, Shimizu Y, et al. Survival after curative resection for mucinous adenocarcinoma of the colorectum. *Dis Colon Rectum* 2003; 46(2):160–7.
- [19] Wang JY, Tang R, Chiang JM. Value of carcinoembryonic antigen in the management of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1994;37: 272–7.
- [20] Umpleby HC, Bristol JB, Ranier JB, Williamson RCN. Survival of 727 patients with simple carcinoma of the large bowel. *Dis Colon Rectum* 1984;27:803–10.
- [21] Jass JR, Atkin WS, Cusick J, et al. The grading of rectal cancer: historical perspectives and a multivariate analysis of 447 cases. *Histopathology* 1986;10:437–59.

- [22] Wied U, Nilsson T, Knudsen JB, Sprechler M. Johansen. A postoperative survival of patients with potentially curable cancer of the colon. *Dis Colon Rectum* 1985;28:333–5.
- [23] Sugarbacker PH, Gianola FJ, Dwyer A, Neuman NR. A simplified plan for follow-up of patients with colon and rectal cancer supported by prospective studies of laboratory and radiologic test results. *Surgery* 1987; 102:79–87.
- [24] Freedman LS, Macaskill P, Smith AN. Multivariate analysis of prognostic factors for operable rectal cancer. *Lancet* 1984;2:733–6.
- [25] Chapuis PH, Dent OF, Fisher R, et al. A multivariate analysis of clinical and pathological variable in prognosis after resection of large bowel cancer. *Br J Surg* 1985;72:698–702.
- [26] Fielding LP, Phillips RK, Fry JS, Hittinger R. Prediction of outcome after curative resection for large bowel cancer. *Lancet* 1986;18:904–6.
- [27] Crucitti F, Sofo L, Doglietto GB, et al. Prognostic factors in colorectal cancer: current status and new trends. *J Surg Oncol* 1991;2(Suppl):76–80.
- [28] Steinberg SM, Arkin JS, Kaplan RS, Stablein DM. Prognostic indicators of colon tumors. *Cancer* 1986;57: 1866–70.
- [29] Schmitz-Moormann P, Himmelmann GW, Baum U, Nilles M. Morphological predictors of survival in colorectal carcinoma: univariate and multivariate analysis. *J Cancer Res Clin Oncol* 1987; 113: 586–92.

- [30] Jass JR, Atkin WS, Cusick J, et al. The grading of rectal cancer: historical perspectives and a multivariate analysis of 447 cases. *Histopathology* 1986; 10: 437–59.
- [31] Shepherd NA, Saraga E-P, Love SB, Jass JR. Prognostic factors in colonic cancer. *Histopathology* 1989; 14: 613–20.
- [32] Hermanek P, Guggenmoons-Holzmann I, Gall FP. Prognostic factors in rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1989;32:593–9.
- [33] Albe X, Vassilakos P, Helfer-Guarnori K, et al. independant prognostic value of ploidy in colorectal cancer. *Cancer* 1990;66: 1168–75.
- [34] Garcia-Peche P, Vasquez-Prado A, Fabra-Ramis R, Trullenque-Peris R. Factors of colorectal cancer patients. *Hepatogastroenterology* 1991;38: 438–43.
- [35] Crucitti F, Sofo L, Doglietto GB, et al. Prognostic factors in colorectal cancer: current status and new trends. *J Surg Oncol* 1991;2(Suppl):76–80.
- [36] Ponz de Leon M, Sant M, Micheli A, et al. Clinical and pathologic prognostic indicators in colorectal cancer. *Cancer* 1992;69: 626–35.
- [37] Hermanek Jr. P, Wiebelt H, Riedl S, Staimmer B, Hermanek P. langzeitergebnisse der chirurgischen therapie des colon carcinoms. *Chirurg* 1994;65:287–97.

- [38] Deans GT, Patterson CC, Parks TG, et al. Colorectal carcinoma: importance of clinical and pathological factors in survival. *Ann R Coll Surg Engl* 1994;76:59–64.
- [39] Sagar PM, et al. Surgical management of locally recurrent rectal cancer. *Br J Surg* 1996; 83: 293–304.
- [40] Spano JP, Bouillet T, Morere JF, Breau JL. Intérêt de la radiothérapie dans le cancer du rectum. *Presse Med* 2003;32:315–22.
- [41] Newland RC, Dent OF, Lyttle MN, Chapuis PH, Bokey EL. Pathologic determinants of survival associated with colorectal cancer with lymph node metastases. *Cancer* 1994;73 : 2076–82.
- [42] Moreaux J, Catala M. Carcinoma of the colon: Long term survival and prognosis after surgical treatment in a series of 798 patients. *World J Surg* 1987;11: 804–9.
- [43] Bader JP, Faivre J, Hillon P, et al. Cancers colorectaux. In: *Cancers digestifs*. Ed Zeitoun. Flammarion. Médecine-Science; 1987. p. 135–90.
- [44] Chapuis PH, Dent OF, Bokey EL, Newland RC, Sinclair G. Prise en charge du cancer colorectal dans un hôpital australien. *Ann Chir* 1999; 5: 9–18.

- [45] Wei-Shu W, Jen-Kou L, Tzeon-Jye C, et al. Preoperative carcinoembryonic antigen level as an independent prognostic factor in colorectal cancer: Taiwan experience. *Jpn J Clin Oncol* 2000; 30(1):12–6.
- [46] Luis AC, Alberto P. Should carcinoembryonic antigen be used in the management of patients with colorectal cancer, *Dis Colon Rectum* 1999;42(7):921–9.
- [47] Shida H, Ban K, Matsumoto M, Masuda K, Imanari T, Machida T. Prognostic significance of location of lymph node metastases in colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1992;35: 1046–50.
- [48] Carlo R, Luigi S, Massimo I, Marta M, Giovanni BD, Francesco C. prognostic factors in colorectal cancer. Literature review for clinical application. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1033–49.

Serment d'Hippocrate

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

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

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

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

والله على ما أقول شهيد .

البقاء على قيد الحياة وتكهن المرضى الذين خضعوا لعملية جراحة سرطان المستقيم

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: سكبنة سارة فتحي

المردادة في: 18 غشت 1987 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: البقاء على قيد الحياة - التكهن - السرطانية الغذائية - سرطان المستقيم.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

أعضاء

السيد: محمد أحلات

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: عبد المالك حرورة

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: فريد الصباح

أستاذ في الجراحة العامة

السيدة: حياة النفوس كرامي

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي