

Année: 2021

Thèse N°: 114

LE Consentement éclairé dans le cancer colorectal

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

Madame Houda MASRAR

Née le 06 Avril 1995 à Taza

Pour l'Obtention du Diplôme de

Docteur en Médecine

Mots Clés : Relation médecin-malade; Information patient; Fiche d'information;
Consentement éclairé; Complications de la chirurgie colorectale

Membres du Jury :

Monsieur Khalil ABOUELALAA

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Monsieur Abdelmounaim AIT ALI

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Abderrahman EL HJOUI

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Hicham LARAQUI

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Rahal MSSROURI

Professeur de Chirurgie Digestive, Viscéral et Générale

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



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

DOYENS HONORAIRES :

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

ADMINISTRATION :

Doyen :

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

*Enseignant militaire

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi

Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - Clinique Royale

Anesthésie - Réanimation

Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed

Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne - Doyen de la FMPR

Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha

Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie - Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim

Pr. BAYAHIA Rabéa

Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Pr. BENSOUA Yahia

Pr. BERRAHO Amina

Pr. BEZAD Rachid

Pr. CHERRAH Yahia

Pr. CHOKAIRI Omar

Pr. KHATTAB Mohamed

Pr. SOULAYMANI Rachida

Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation

Néphrologie

Chirurgie Générale

Pharmacie galénique

Ophthalmologie

Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers

Pharmacologie

Histologie Embryologie

Pédiatrie

Pharmacologie- Dir. du Centre National PV Rabat

Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed

Pr. BENSOUA Adil

Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza

Pr. CHRAIBI Chafiq

Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Pr. FELLAT Rokaya

Pr. JIDDANE Mohamed

Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT

Anesthésie Réanimation

Gastro-Entérologie

Gynécologie Obstétrique

Neurochirurgie

Cardiologie

Anatomie

Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine

Pr. BEN RAIS Nozha

Pr. CAOUI Malika

Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah

Pr. ERROUGANI Abdelkader

Pr. ESSAKALI Malika

Pr. ETTAYEBI Fouad

Pr. IFRINE Lahssan

Pr. RHRAB Brahim

Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie

Biophysique

Biophysique

Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA

Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Générale - Directeur du CHUIS

Immunologie

Chirurgie Pédiatrique

Chirurgie Générale

Gynécologie - Obstétrique

Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*

Pr. BENTAHILA Abdelali

Pr. BERRADA Mohamed Saleh

Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae

Pr. LAKHDAR Amina

Pr. MOUANE Nezha

Urologie Inspecteur du SSM

Pédiatrie

Traumatologie - Orthopédie

Ophthalmologie

Gynécologie Obstétrique

Pédiatrie

Mars 1995

*Enseignant militaire

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOVAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

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

Décembre 2001

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie **Directeur HMI Mohammed V**

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie **Directeur Hôp.Ar-razi Salé**
Gynécologie Obstétrique

Neurologie **Doyen de la FM Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

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

*Enseignant militaire

Pr. BALKHI Hicham*
 Pr. BENABDELJLIL Maria
 Pr. BENAMAR Loubna
 Pr. BENAMOR Jouada
 Pr. BENELBARHDADI Imane
 Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef*
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. CHOHO Abdelkrim*
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. SIAH Samir*
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOULAADAS Malik

Anesthésie-Réanimation
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Rhumatologie
 Anatomie
 Radiologie
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique **Directeur Hôp. Des Enfants Rabat**
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie - **Directeur Hôp. Univ. International (Cheikh Khalifa)**
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale **Directeur Hôpital Ibn Sina**
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique **V-D chargé Aff Acad. Est.**
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

*Enseignant militaire

Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif*
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saïda*

Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie **Directeur Hôp. Al Ayachi Salé**
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. **Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.**
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie

*Enseignant militaire

Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid

Pr. ACHACHI Leila

Pr. AMHAJJI Larbi*

Pr. AOUFI Sarra

Pr. BAITE Abdelouahed*

Pr. BALOUCH Lhousaine*

Pr. BENZIANE Hamid*

Pr. BOUTIMZINE Nourdine

Pr. CHERKAOUI Naoual*

Pr. EL BEKKALI Youssef*

Pr. EL ABSI Mohamed

Pr. EL MOUSSAOUI Rachid

Pr. EL OMARI Fatima

Pr. GHARIB Noureddine

Pr. HADADI Khalid*

Pr. ICHOU Mohamed*

Pr. ISMAILI Nadia

Pr. KEBDANI Tayeb

Pr. LOUZI Lhoussain*

Pr. MADANI Naoufel

Pr. MARC Karima

Pr. MASRAR Azlarab

Pr. OUZZIF Ez zohra*

Pr. SEFFAR Myriame

Pr. SEKHSOKH Yessine*

Pr. SIFAT Hassan*

Pr. TACHFOUTI Samira

Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*

Pr. TANANE Mansour*

Pr. TLIGUI Houssain

Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*

Pr. AGADR Aomar*

Pr. AIT ALI Abdelmounaim*

Pr. AKHADDAR Ali*

Pr. ALLALI Nazik

Pr. AMINE Bouchra

Pr. ARKHA Yassir

Pr. BELYAMANI Lahcen*

Pr. BJIJOU Younes

Pr. BOUHSAIN Sanae*

Pr. BOUI Mohammed*

Pr. BOUNAIM Ahmed*

Pr. BOUSSOUGA Mostapha*

Pr. CHTATA Hassan Toufik*

Pr. DOGHMI Kamal*

Pr. EL MALKI Hadj Omar

Pr. EL OUENNASS Mostapha*

Pr. ENNIBI Khalid*

Pr. FATHI Khalid

Pr. HASSIKOU Hasna*

Pneumo - Phtisiologie

Réanimation médicale

Pneumo phtisiologie

Traumatologie orthopédie

Parasitologie

Anesthésie réanimation

Biochimie-chimie

Pharmacie clinique

Ophthalmologie

Pharmacie galénique

Chirurgie cardio-vasculaire

Chirurgie générale

Anesthésie réanimation

Psychiatrie

Chirurgie plastique et réparatrice

Radiothérapie

Oncologie médicale

Dermatologie

Radiothérapie

Microbiologie

Réanimation médicale

Pneumo phtisiologie

Hématologie biologique

Biochimie-chimie

Microbiologie

Microbiologie

Radiothérapie

Ophthalmologie

Chirurgie générale

Traumatologie-orthopédie

Parasitologie

Cardiologie

Médecine interne

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Neuro-chirurgie

Radiologie

Rhumatologie

Neuro-chirurgie **Directeur Hôp.des Spécialités**

Anesthésie Réanimation

Anatomie

Biochimie-chimie

Dermatologie

Chirurgie Générale

Traumatologie-orthopédie

Chirurgie Vasculaire Périphérique

Hématologie clinique

Chirurgie Générale

Microbiologie

Médecine interne

Gynécologie obstétrique

Rhumatologie

*Enseignant militaire

Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha*
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Octobre 2010

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

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

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

Février 2013

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

Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

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

Anatomie Pathologique

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

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

*Enseignant militaire

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

*Enseignant militaire

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

DECEMBRE 2014

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

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

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

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

MAI 2018

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

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

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

Dermatologie
Rhumatologie

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

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Chirurgie Générale
Immunologie

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie

*Enseignant militaire

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

NOVEMBRE 2018

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

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR RIDA ALLAH
Pr. BOUATTAR TARIK
Pr. BOUFETTAL MONSEF
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*
Pr. BOUZELMAT HICHAM*
Pr. BOUKHRIS JALAL*
Pr. CHAFRY BOUCHAIB*
Pr. CHAHDI HAFSA*
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*
Pr. DAMIRI AMAL*
Pr. DOGHMI NAWFAL*
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR
Pr. EL ANNAZ HICHAM*
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN*
Pr. EL KAOUI HAKIM*
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*
Pr. EN-NAFAA ISSAM*
Pr. HAMAMA JALAL*
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*
Pr. HJIRA NAOUFAL*
Pr. JIRA MOHAMED*
Pr. JNIENE ASMAA
Pr. LARAQUI HICHAM*
Pr. MAHFOUD TARIK*
Pr. MEZIANE MOHAMMED*
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES*
Pr. MOUZARI YASSINE*
Pr. NAOUI HAFIDA*
Pr. OBTEL MAJDOULINE
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*
Pr. SAOUAB RACHIDA*
Pr. SBITTI YASSIR*
Pr. ZADDOUG OMAR*
Pr. ZIDOUH SAAD*

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

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Traumatologie-Orthopédie
Anatomie pathologique
Neuro-chirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-Réanimation
Pharmacie-Galénique
Virologie
Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
O.R.L
Dermatologie
Médecine interne
Physiologie
Chirurgie-Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie-Orthopédie
Anesthésie-Réanimation

*Enseignant militaire

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

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

PROFESSEURS HABILITES :

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

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

*Enseignant militaire



Dédicaces



À Allah :

***Tout puissant**, qui m'a orienté dans le bon chemin et m'a donné
l'audace pour dépasser toutes les difficultés et la patience d'aller
jusqu'au bout du rêve.*

Louange pour votre miséricorde

A ma très chère mère :

Aziza ELYAAGOUBI

Aucune dédicace ne pourrait récompenser ni être à la hauteur de tes sacrifices, ton soutien, tes conseils et de l'amour dont tu n'avais jamais cessé de faire preuve, ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force, et c'est grâce à toi et tes prières que je me trouve là aujourd'hui

Merci d'avoir toujours cru en moi

Que dieu tout puissant m'aide te rendre encore plus fière et puisse t'accorder la santé et le bonheur.

A mon père Ouadie, mon frère Idriss et mes sœurs

Bassma, Farah :

Merci pour votre amour sincère, vos encouragements et votre support tout au long de mon cursus médical, vous étiez toujours à l'écoute et présents au moindre besoin., vous avez su me motiver même dans les moments de doute Je vous aime énormément.

A ma famille :

Je vous dédie ce modeste travail pour vous exprimer ma gratitude et mes remerciements,, vos encouragements ont beaucoup comptés tout au long de mon cursus médical .

A mes chers amis :

Il me serait difficile de vous citer tous, je tiens à remercier toute personne ayant contribué à la réussite de ce modeste travail que ce soit de près ou de loin .vous êtes dans mon cœur affectueusement.

Remerciements



A notre maitre et président de thèse
Monsieur le Professeur Khalil ABOUELALAA
Professeur en Anesthésie Réanimation
A l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V

*Vous nous avez accordé un immense honneur en acceptant de présider
le jury de notre thèse.*

*Vos qualités scientifiques, compétences et votre sympathie inspirent
une grande admiration.*

Et nous vous remercions pour l'accueil que vous nous avez réservé
Veillez croire à l'expression de notre grand respect.

A notre maitre et rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Abdelmounaim AIT ALI
Professeur de Chirurgie Générale
A l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V

Vous m'avez fait l'honneur d'être mon directeur de thèse , et de me proposer ce thème de recherche qui m'a passionné

Nous vous remercions pour votre patience et votre précieux conseils .

Veillez accepter cher maitre le témoignage de notre reconnaissance et immense respect .

A notre maitre et juge de thèse
Monsieur le Professeur Abderrahmane El HJJOUJI
Professeur Chirurgie Générale
A l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V

*Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger cette thèse .*

*Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles
ainsi votre modestie qui reste exemplaire , Vos remarques pertinentes
contribueront sans doute au perfectionnement du présent travail .*

Acceptez cher maitre l'assurance de notre estime et profond respect

A notre maitre et juge de thèse
Monsieur le Professeur Rahal MSSROURI
Professeur de Chirurgie Générale
CHU Ibn Sina Rabat

*Nous avons eu la chance de vous avoir comme enseignant et
encadrant de stages cliniques durant nos années d'études.
C'est pour nous un grand honneur que vous accepter de juger ce
travail.*

Permettez nous de vous exprimer dans ce notre gratitude .

A notre maitre et juge de thèse
Monsieur le Professeur Hicham LARAQUI
Professeur de Chirurgie Générale
A l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en
acceptant de siéger parmi cet honorable jury.*

Veillez accepter notre gratitude et notre grand respect



Liste des abréviations



A	: Artère
ACE	: Antigène carcinoembryonnaire
ANT	: Antérieur
ASP	: Abdomen sans préparation
AVT	: Avant
CCR	: Cancer colorectal
CDS	: Cul de sac
Gche	: Gauche
GG	: Ganglion
INF	: Inferieur
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
Kc	: Cancer
MOY	: Moyen
NFS	: Numération formule sanguine
PAL	: Phosphatases alcalines
PDC	: Produit de contraste
PEC	: Prise en charge
PLQ	: Plaquettes
Sd	: Syndrome
Tb	: Trouble
TCA	: Temps de céphaline activée

TDM : Tomodensitométrie
TP : Taux de prothrombine
TR : Toucher rectal
TV : Toucher vaginal



Liste des illustrations



Liste des figures

Figure 1 : Vue antérieure colon	5
Figure 2 : Vascularisation colon	6
Figure 3 : Les différentes couches de la paroi colique.....	8
Figure 4 : Coupe sagittale du rectum	11
Figure 5 : Coupe frontale du rectum.....	13
Figure 6 : Vascularisation artérielle du rectum	17
Figure 7 : Hemicolectomie droite	28
Figure 8 : Hemicolectomie gche.....	29
Figure 9 : Sigmoïdectomie	30
Figure 10 : Réalisation d'une stomie	31

Liste des tableaux

Tableau I : Les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer du colon au moment du diagnostic	32
Tableau II : Chimiothérapie a base d'oxaliplatine pour les stades III – schémas et durées d'administration.....	33
Tableau III : les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer du rectum au moment du diagnostic	37

Sommaire



Introduction	1
Partie I : Cancer colorectal	3
I. Rappel Anatomique :	4
1. Anatomie du colon :	4
1.1. Définition :.....	4
1.2. Division Anatomique :	4
1.3. Division vasculaire :.....	6
1.4. Configuration Externe :	7
1.5. Configuration interne :	7
1.6. Rapports :.....	8
2. Anatomie Rectum :.....	10
2.1. Définition :.....	10
2.2. Configurations extérieure :	10
2.3. Configuration interne :	12
2.4. Rapports :.....	14
2.5. Vascularisation :.....	15
II. Diagnostic Positif :	18
1. Clinique :	18
2. Paraclinique :.....	19
3. Complications :	20
3.1. Occlusion intestinale :	20
3.2. Perforation :	21
3.3. Metastases :.....	21
III. Traitement :.....	22
1. But et objectifs :	22
2. Moyens :	22
2.1. Chirurgie :.....	22
2.2. Chimiothérapie :.....	23
2.3. Radiothérapie :	25

2.4. Thérapie ciblée :.....	26
3. Indications :.....	27
3.1. Cancer du côlon :	27
3.1.1. Critères d’opérabilité et de respectabilité :	27
3.1.2. Règles carcinologiques :.....	28
3.1.3. Intervention chirurgicale à visée curative :	28
3.1.4. Chirurgie palliative :.....	31
3.1.5. Chimiothérapie :.....	33
3.2. Cancer du rectum :	34
3.2.1. Critères d’opérabilité et de respectabilité :	34
3.2.2. Indications :	35
3.3. Traitement des complications :	38
3.3.1. Occlusion :.....	38
3.3.2. Perforation :.....	38
3.3.3. Métastases :	38
IV. Complications post-opératoires :.....	40
V. Surveillance :.....	42
Partie II : Consentement éclairé dans le cancer colorectal	43
I. Relation médecin-malade :.....	44
1. Définition :.....	44
2. Les modèles de la relation médecin – malade :	46
3. Les objectifs d’une bonne relation médecin-malade :.....	47
II. Information du patient :.....	48
1. Définition :.....	48
2. Contenu de l’information :	48
3. Les modalités de délivrance de l’information :.....	49
III. Consentement éclairé.....	52
1. Définition :.....	52
2. Le droit au consentement éclairé.....	53
3. L’origine du droit au consentement du patient	53

4. Conditions :.....	54
5. Les exceptions au principe du consentement et d'information :.....	54
IV. Place du consentement éclairé au Maroc :.....	55
V. Fiches d'information patient (FIP) :	56
Conclusion	58
Résumés	60
Annexes	64
Bibliographie	85

Introduction



Le consentement du patient est nécessaire, doit être libre et éclairé notre travail a été divisé en 2 parties ;

- la première partie concernant le cancer colorectal ; qui est un Pb majeur de santé publique, classé au 3^e rang après le cancer du sein chez la femme et celui de la prostate chez l'homme (1).

Au Maroc selon le registre des cancers du grand-Casablanca, le cancer colorectal a représenté 6.7% des cas de cancers enregistrés entre 2008- 2012, et se considère comme 2^e cancer digestif après celui de l'estomac. (2)

Dans la majorité des cas il se développe à partir d'une tumeur bénigne dite polype adénomateux, et qui évolue progressivement jusqu'à devenir cancéreuse. (3).

Sa carcinogénèse implique des facteurs génétiques et environnementaux.

L'adénocarcinome constitue le type histologique le plus fréquent (4) la PEC du patient cancéreux est difficile, dépend du stade, complications, état général et la volonté du patient d'où la deuxième partie de notre travail qui a été consacrée :

- à la nécessité du consentement du patient qui peut être défini comme une doctrine éthique ,et juridique basée sur l'hypothèse que toutes les interventions dans le domaine médical (diagnostique , thérapeutiques , préventives ,ou liées a des études scientifiques) ne devraient être effectuées qu'après l'accord et la permission du patient préalablement informé de la nature, l'objet ,les conséquences et les risques de toutes interventions à l'aide des fiches d'informations correctes, compréhensives et complètes renforçant ainsi la relation médecin-malade .



Partie I :
Cancer colorectal



I. Rappel Anatomique :

1. Anatomie du colon : (5)

1.1. Définition :

Le colon représente la partie du gros intestin située entre la valvule iléo-caecal et la jonction recto-sigmoïdienne

Il est placé en cadre dans la cavité abdominale et comprend de multiple segments dont la situation, configuration, fixité, rapports et vascularisation différent

1.2. Division Anatomique :

Colon est composé de 6 segments :

- caecum
- colon ascendant
- colon transverse
- colon descendant
- colon iliaque
- colon pelvien ou sigmoïde

et 2 angles :

- l'angle colique droit
- l'angle colique gauche

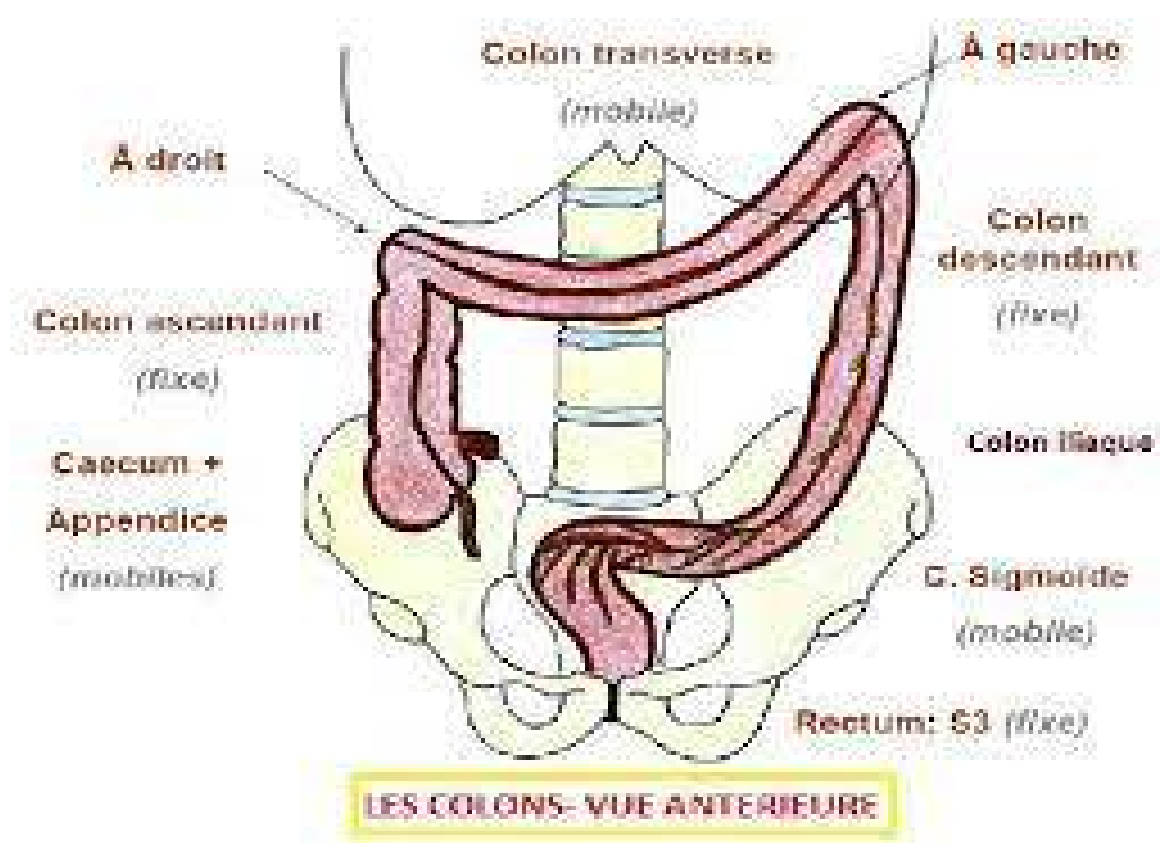


Figure 1 : Vue antérieure colon (50)

1.3. Division vasculaire :

- l'artère mésentérique supérieure vascularise le colon droit qui comprend : le caecum , l'appendice , colon ascendant , angle colique droit , 2/3 droit du colon transverse.
- l'artère mésentérique inférieure est responsable de la vascularisation du colon gauche qui comprend : 1/3gche du colon transverse, l'angle colique gche , colon descendant , colon iliaque , colon pelvien ou sigmoïde .

Vascularisation mésentérique (2)

- **Figure 2. Vascularisation artérielle du côlon.**
AMS : artère mésentérique supérieure ; AIC : artère iléocolique ; ACSD : artère colique supérieure droite ; ATC : artère colique transverse (*arteria colica media*) ; AR : arcade de Riolan ; AMI ; artère mésentérique inférieure ; ACSG : artère colique supérieure gauche ; AD : arcade de Drummond ; TAS : tronc des artères sigmoïdiennes ; ARS : artère rectale supérieure.

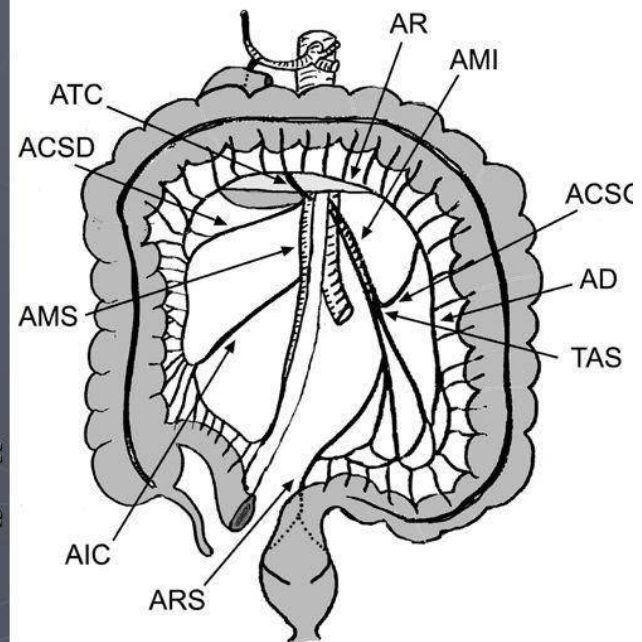


Figure 2 : Vascularisation colon

1.4. Configuration Externe :

Différemment du grêle le colon est caractérisé par la présence de certains reliefs :

- Les bandelettes longitudinales : ‘ténias ‘: sont au nombre de 3 à l’exception du colon ilio-pelvien au niveau duquel elles sont au nombre de 2.
- Les haustrations coliques ou bosselures : séparées par des sillons transversaux.
- les appendices epiploïques : constituent le long des bandelettes longitudinales des petites formations graisseuse.

1.5. Configuration interne :

Les reliefs de la muqueuse colique correspondent aux reliefs de la face externe du colon ce qui permet de les mettre en évidence par la colonoscopie :

- saillies longitudinales (correspondant aux bandelettes) :
- des replis séparant des dépressions latérales (correspondant aux sillons séparant les bosselures externes)

Structure :

- la paroi colique est formée de 4 tuniques :
 - **la séreuse** : ou le péritoine viscéral , tapisse la paroi externe du gros intestin .
 - **La musculieuse** : constituée de deux couches : superficielle avec fibres longitudinales et profonde avec des fibres circulaires
 - **La sous muqueuse** : est la couche intermédiaire constituée notamment de vaisseaux et nerfs .

- **La muqueuse** : la couche interne.



Figure 3 : Les différentes couches de la paroi colique (51)

1.6. Rapports :

➤ Rapports péritonéaux :

1. le caeco-appendice :

Le caecum constitue le segment initial du gros intestin dans le prolongement de la dernière partie de l'intestin grêle : l'iléon .

Le caecum se dispose d'un prolongement atrophié nommé l'appendice vermiculaire. Le péritoine viscéral enveloppe en totalité l'appendice et le caecum qui sont mobiles dans la grande cavité péritonéale.

2. le colon droit :

Le colon ascendant, la partie droite du transverse (jusqu'au bord de D2) et l'angle droit sont : liés et immobile.

Le colon transverse à gauche de D2 est complètement péritonisé et mobile ; il est fixé à la paroi postérieure par : le mesocolon transverse .

3. le colon gauche :

La partie gauche du colon transverse est péritonisée et mobile.

Le colon pelvien est entouré du péritoine viscéral qui constitue un repli péritonéal : le mesocolon pelvien ou meso-sigmoïde

L'angle gauche, le colon descendant et le colon iliaque sont immobiles : ils constituent le fascia de Toldt gche en s'unissant avec leur meso contre le péritoine pariétal postérieur . l'angle gche est en particulier fixé par : le ligament phrénico-colique gche qui l'unit au diaphragme.

❖ Rapports avec les organes :

1. caeco-appendice :

- en avt : la paroi abdominale ant
- en arrière : muscle psoas sur lequel descend le nerf crural et fémoro-cutané
- en dedans : les anses ileales, les vaisseaux iliaques et l'uretère droit.
- en dehors : la paroi abdominale latérale et la fosse iliaque.

2. colon droit :

- en avt : c'est la paroi abdominale ant au niveau du colon ascendant.
- au niveau de l'angle droit et du transverse c'est le foie, vésicule biliaire, et à distance la paroi costale.
- en dedans : le colon ascendant : les vaisseau gonadiques et l'uretere droit. l'angle colique droit : D2
- en dehors : le colon ascendant qui constitue la paroi abdominale latérale. l'angle colique droit :le diaphragme.
- en bas : le colon transverse répond aux anses du grêle.

3. Colon gauche :

- en arrière -angle colique gauche :rein gche et la queue du pancréas.
 - colon descendant : fosse lombaire.
 - colon iliaque : muscle psoas iliaque et la fosse iliaque.
 - colon pelvien : vx iliaque externes.
- en avant : l'angle colique gauche : grande courbure de l'estomac.
 - le colon descendant et iliaque : anses intestinales.
 - le colon pelvien : vessie et utérus
- en dedans :le colon descendant et iliaque : vx gonadiques et uretère gauche .
- en dehors : - angle colique gche : la rate et diaphragme.
 - colon descendant et iliaque : la paroi latérale de l'abdomen.

2. Anatomie Rectum :(6)

2.1. Définition :

Partie terminale du tube digestif situe dans l'espace sous péritonéal.

En regard de S3 il fait suite au colon sigmoïde, et il se termine en bas par l'anus.

Le rectum est un segment fixe, doué de propriétés contractiles.

2.2. Configurations extérieure :

Le rectum a la forme d'un entonnoir il est divisé en deux segments séparés par un angle :

- **le rectum pelvien (13cm long)** : conduit cylindrique compris entre la charnière recto sigmoïdienne et la jonction anorectale , orienté en bas et en avant

S'élargit pour former l'ampoule rectale surtout dans sa partie distale.

- **le rectum périnéal ou canal anal** : 5cm long : portion rétrécie qui se termine au niveau de l'anus , orientée en bas et en arrière ,muni d'un double système sphinctérien : sphincter interne (lisse)et externe (strie) .
- **le cap du rectum** : angle obtus en arrière pratiquement à la hauteur de la pointe du coccyx , il représente l muscle élévateur de l'anus qui joue un rôle important dans la continuité anale .

Coupe sagittale du rectum

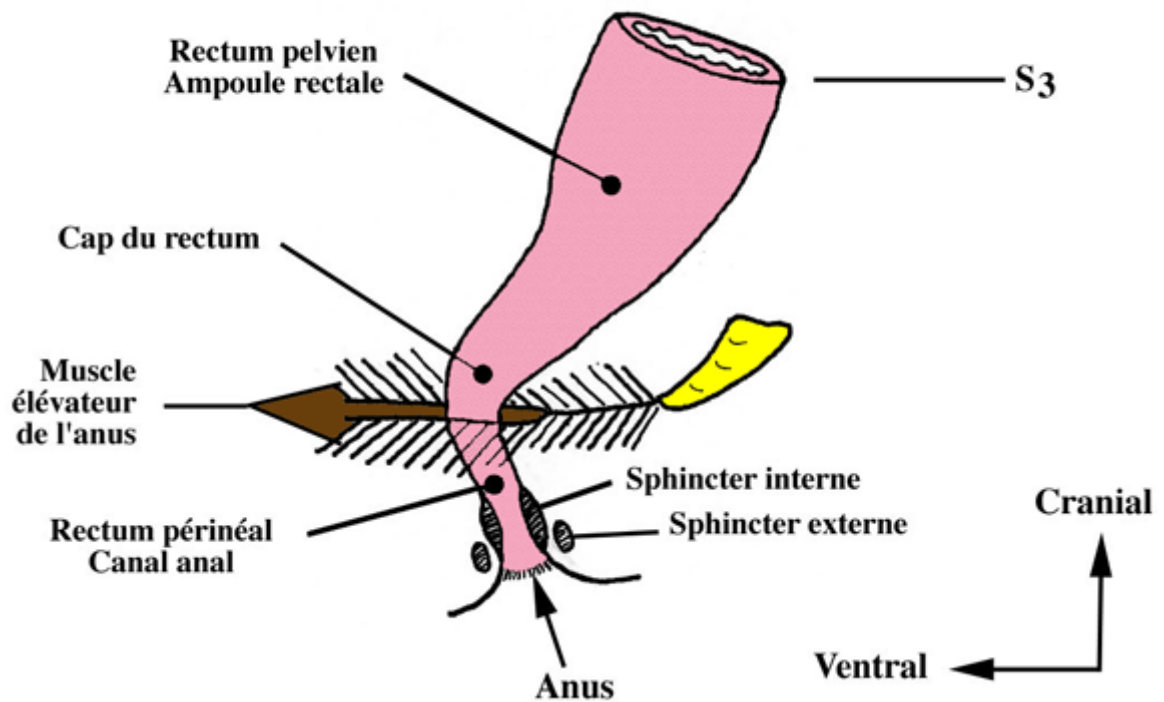


Figure 4 : Coupe sagittale du rectum (52)

2.3. Configuration interne :

La face endoluminale de l'ampoule rectale présente 2 types de reliefs muqueux :

- replis muqueux longitudinaux temporaire s'effaçant par la distension.
- replis transverses semi lunaires appelés valvules de Houston et sont au nb de 3.

La face endoluminale du canal anal est subdivisée en 3 parties :

- Zone endoluminale au niveau de la moitié sup du canal anal surélevée par des replis longitudinaux appelés colonnes de Morgagni
- Zone intermédiaire : comprise entre la ligne pectinée en haut et la ligne ano-cutanée en bas.
- Zone cutanée :ou apparaissent les poils et les glandes .

Structure : la paroi rectale est formée de 4 tuniques :

- séreuse péritonéale qu'au niveau de la partie sup du rectum pelvien.
 - Musculeuse avec ses deux couches longitudinales externes et circulaires interne.
 - Sous muqueuse contient le plexus veineux hémorroïdal
 - Muqueuse.

Coupe frontale du rectum

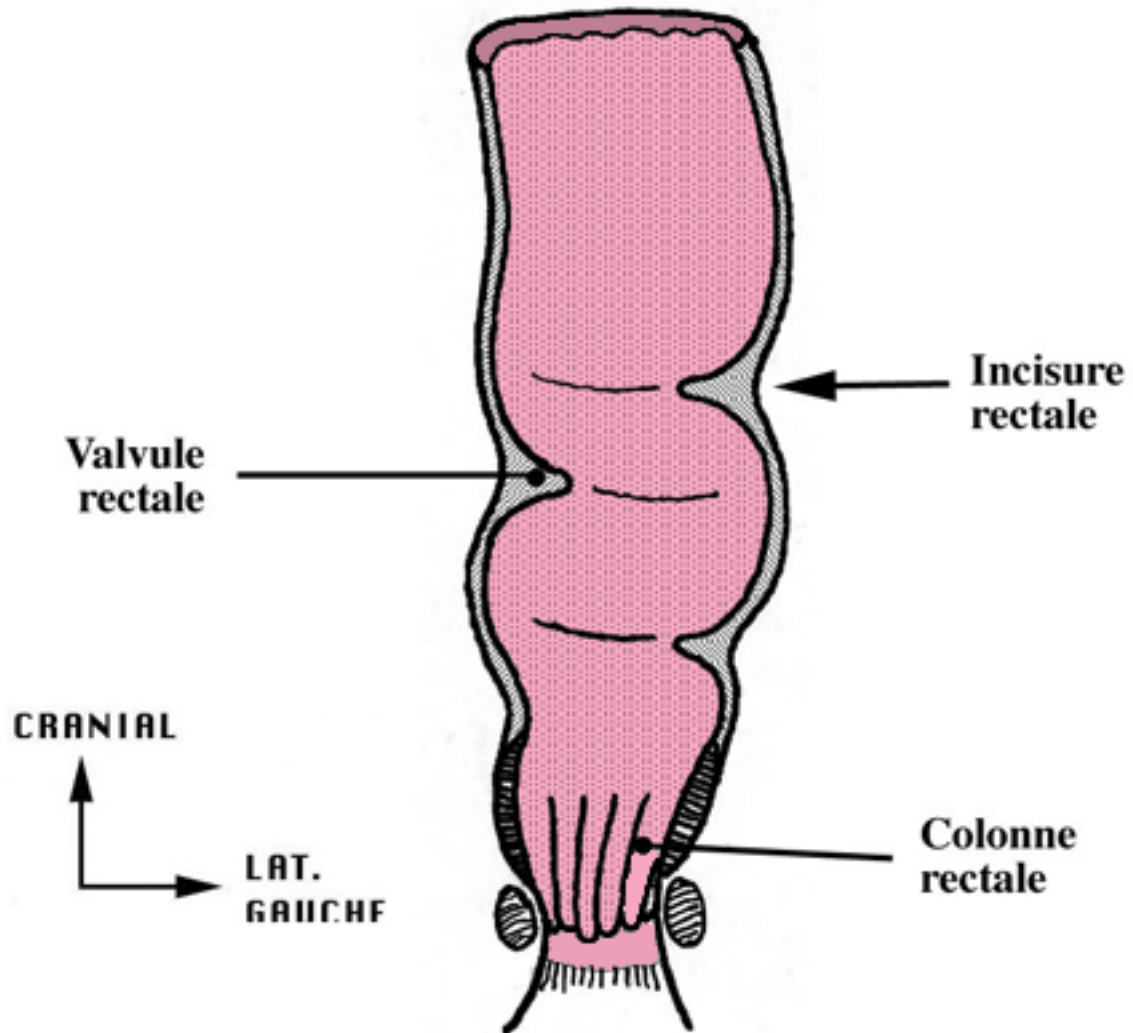


Figure 5 : Coupe frontale du rectum (52)

2.4. Rapports :

Dans la loge rectale : un espace cellulaire avec :

- en avant : la cloison recto-prostatique de Denonvilliers chez l'homme et cloison recto vaginale chez la femme.
- en arrière : l'aponévrose pré-sacree.
- latéralement : les lames sagittales (sacro-recto-genito-vesico-pubienne).
- haut : péritoine pelvien qui forme en avant le CDS douglas et latéralement cds latéro-rectaux.
- bas : muscle élèveur de l'an.

Avec les organes de voisinage :

➤ Rapports Ant :

- chez l'homme :
 - cul de sac recto vésical
 - la lame prostato-peritoneale de Denonvillier .
 - Vessie
 - uretères
 - canaux déférents
 - vésicules séminales
 - prostate
 - urètre
- Chez la femme :
 - cul de sac recto
 - utérin

- fascia recto-vaginal
- utérus
- vagin
- Rapports post :
 - L'espace retro-rectal contenant :
 - vaisseaux sacres moyens.
 - sympathique sacre.
 - muscle pyramidal.
 - sacrum et coccyx.
- Rapports latéraux :
 - colon pelvien.
 - Anses grêles.
 - Uretères.
 - vaisseaux iliaques internes.

En plus chez la femme : les trompes utérines et ovaires

2.5. Vascularisation :

- Les artères rectales (hémorroïdales) et l'artère sacrale médiane assurent l'irrigation artérielle du rectum.
 - **l'a. Rectale sup** branche terminale de l'artère mésentérique inf permet la vascularisation de la quasi-totalité de l'ampoule rectale.
 - **A. Rectale moyenne** : proviennet des A. Iliques internes (hypogastriques) vascularisent la musculuse de la paroi antérieure du canal anal
 - **A. Rectale inf** :de chaque cote de l'a. Honteuse (pudendale) interne

- **l'A. Sacrée médiane** : branche terminale de l'aorte , suit un trajet vertical en arrière du rectum et se termine sur la face postérieure du canal anal .
- Veines : satellites des artères naissent d'un riche plexus veineux sous muqueux :
 - **veine rectale sup** : se jette dans la veine porte par la veine mésentérique inf
 - **veines rectales moyennes et inf** : se drainent dans la VCI par les veines hypogastriques.
- les veines rectales réalisent une très importante anastomose porto-cave , expliquant la formation des hémorroïdes en cas d'obstacle portal
- Drainage lymphatique :
 - Trois pédicules constituent les collecteurs lymphatiques :
 - **pédicules rectaux sup** : sont drainés dans les nœuds de la chaîne mésentérique inf
 - **pédicules rectaux moyens** : drainés dans les nœuds hypogastriques
 - **pédicules rectaux inf** : se drainent dans les nœuds inguinaux superficiels
- L'innervation du rectum est assurée par : le plexus rectal sup : prévenant du plexus mésentérique inf et plexus rectal moyen et inf : provenant du plexus hypogastrique inf .

ARTERES DU RECTUM

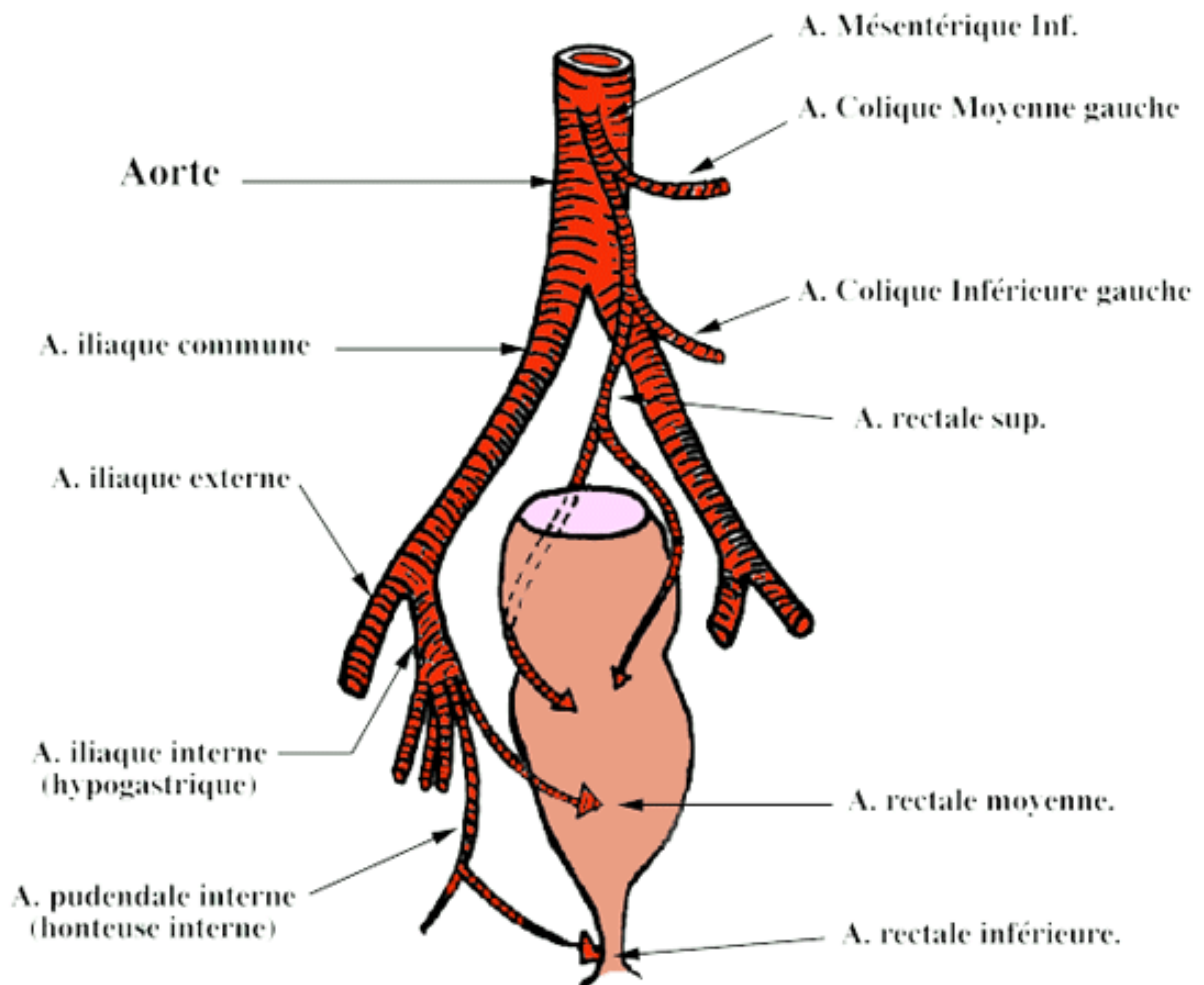


Figure 6 : Vascularisation artérielle du rectum (52)

II. Diagnostic Positif :

1. Clinique :

	Cancer colon	Cancer rectum
Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs abdominales vagues ou fixes en regard d'un segment du cadre colique - troubles du transit : constipation ou diarrhée parfois alternance des deux. - saignement intestinal (patent) : mélaena ou rectorragie 	<ul style="list-style-type: none"> - Rectorragie : signe d'alarme le plus important et le plus fréquent provoqué par la défécation - sd rectal : faux besoins, ténésmes et épreintes - Autres : tb du transit ...
Signes généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Anémie : traduisant un saignement occulte : hypochrome microcytaire. - Asthénie, Anorexie, Amaigrissement voir AEG - fièvre inexplicée parfois. 	
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - masse palpable en regard du cadre colique : FID/FIG - palpations des airs Gg : Gg de troisièr - Hépatomégalie métastatique, ascite - TR : recherche une tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne proclamée, un nodule de carcinome. 	<ul style="list-style-type: none"> - TR : fait sur rectum et vessie vide malade en décubitus dorsal sur un plan dur, cuisses fléchies, en faisant pousser le patient il apprécie : le type macroscopique distance par rapport à la marge anale, appareil sphinctérienne, la mobilité de la tumeur chez l'homme : apprécie la prostate - peut objectiver un nodule péritonéal ou carcinose.. couplé au TV il apprécie l'envahissement de la cloison recto-vaginale - palpation des airs Gg...

2. Paraclinique :

	Cancer colon	Cancer du rectum
Bilan biologique	NFS, PLQ, TP, TCA, créatinémie, bilirubinémie totale et conjuguée, PAL ...	Idem
Bilan initial : diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - La colonoscopie : (en dehors d'une complication : occlusion / perforation) . (7) visualise la tumeur et réalise des biopsies, explore tout le colon et peut mettre en évidence un autre cancer colique synchrone ou un ou plusieurs polypes - la rectosigmoidoscopie : dépiste les tumeurs recto sigmoïdiennes, doit être complète par la colonoscopie. 	La rectoscopie : Visualise la tumeur et permet la réalisation de biopsies pour une éventuelle confirmation histologique.
Bilan d'extension :	<ul style="list-style-type: none"> - on commence par un Examen clinique complet - Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste (par défaut de réaliser un scanner avec injection : une IRM hépatique injectée au gadolinium + scanner thoracique sans injection sont proposés) - En cas de suspicion d'une lésion du haut rectum, ou s'il s'agit de lésion de la charnière recto-sigmoïdienne : L'indication d'une IRM rectale avec remplissage du rectum + des images de profil doit s'imposer afin de déterminer le statut sus ou sous péritonéal et la hauteur de la lésion 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique - EFR : permet un bilan d'extension pour les tumeurs limitées à la paroi rectale - IRM pelvienne : conditionne le choix du traitement néoadjuvant , réalisée pour les tumeurs localement avancées et les tumeurs basses - TDM thoraco-abdominale avec injection de produit de contraste ou , si insuffisance rénale ;

	<ul style="list-style-type: none"> - coloscopie :_a prévoir dans 6 mois post-opératoires si incomplète en préopératoire - colo-scanner : si difficulté de localisation de la lésion. - Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec opacification colique :_dans le cas d'occlusion aigue - dosage de l'ACE - Si cancer du colon droit / angle droit en contact avec le duodénum une Endoscopie œsogastroduodénale est souhaitable (7) 	<p>scanner thoracique sans injection_+IRM abdominale : pour détecter les métastases hépatiques et pulmonaires</p> <p>- Echographie abdominale et radiographie thoracique :_si on ne peut pas réaliser une TDM dans un délai raisonnable</p> <p>- Dosage de l'ACE (8)</p>
--	---	---

3. Complications :

-le Diagnostic du cancer colorectal repose essentiellement sur la coloscopie qui permet de visualiser la tumeur et réaliser des biopsies pour confirmation histologique , le problème est que le cancer se développe pendant une période plus ou moins longue de manière asymptomatique (9) et les symptômes n'apparaissent qu'à un stade avancé; et donc le cancer peut être découvert devant des métastases viscérales ou devant des complications dont les plus fréquentes sont : OCCLUSION / PERFORATION ...

3.1. Occlusion intestinale :

la tumeur augmente de taille et bloque le passage des selles et des gaz à l'intérieur du colon ; et se manifeste sur le plan :

Clinique :

- arrêt des matières et des gaz
- douleurs abdominales
- vomissements

- Altération de l'état général
- Hémorragies digestives basses

Paraclinique :

- **ASP** : affirme le dg d'occlusion cliniquement suspecte montrant des niveaux hydro-aérique colique.
- **TDM abdomino-pelvienne** : l'aspect d'occlusion – masse tumorale, métastase hépatique, métastase pulmonaire, carcinose péritonéale

3.2. Perforation :

Chez les patients atteints de cancer du colon ; la perforation colique n'est pas une complication courante, elle est rare et grave.

Les patients sont confrontés a une double condition potentiellement mortelle : la maladie maligne + septicémie liée a une péritonite. (11)

3.3. Métastases :

les cellules cancéreuses se propageront à travers les canaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins au fil du temps , provoquant ainsi des métastases à distance. Les organes les plus touchés sont les poumons et le foie .

III. Traitement :

Le traitement dépendra du stade, du type du cancer ainsi que de l'état général du patient.

Historiquement la chirurgie est le premier traitement cancérologique et reste jusqu'au jour d'aujourd'hui une composante majeure de la Pec thérapeutique dont elle constitue souvent le premier temps voir le seul.

Comme il peut comprendre une combinaison de chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie.

1. But et objectifs :

- Diriger un traitement curatif ,sinon garantir le traitement palliatif le plus approprié
- Traiter les complications.
- Éviter les récurrences.
- Améliorer la qualité de vie.
- Offrir au patient et son entourage une bonne éducation thérapeutique et un soutien psychologique.

2. Moyens :

2.1. Chirurgie :

Le principal traitement du cancer colorectal est la chirurgie. Elle consiste à retirer la partie du colon touchée par la tumeur et le réseau ganglionnaire correspondant (c'est ce qu' 'on appelle le curage ganglionnaire). Selon la taille de la tumeur et sa localisation, une portion plus ou moins grande du côlon – rectum est enlevée.

Etant donné que le côlon ne fait pas partie des organes vitaux, l'être humain peut vivre normalement même si on enlève une grande partie, voire la totalité.

Deux possibilités s'offrent au chirurgien :

- **La laparotomie** : constitue la méthode chirurgicale classique, elle se base sur l'ouverture de la paroi abdominale par une incision plus ou moins large à travers laquelle se réalise l'ablation de la tumeur ainsi que la partie de l'intestin touchée.

- **La cœlioscopie** : une alternative à la laparotomie consiste à faire trois ou quatre petits orifices d'un centimètre environ au lieu d'une large incision de la paroi abdominale pour faire passer les instruments chirurgicaux et une petite caméra. À travers l'un de ces orifices la tumeur et le issu adjacent sont retirés.

Préparation du malade :

- Générale : équilibre hydro électrolytique, correction d'une anémie...
- Colique : régime sans résidus 3 jours avant l'intervention, lavement évacuateur +lavement colique.
- Psychologique : information du patient +++ (possibilité d'une colostomie).

2.2. Chimiothérapie :

Consiste à administrer un médicament (cytotoxique) pour la destruction des cellules cancéreuses, elle n'est pas proposée à tous les patients atteints d'un cancer de façon systématique.

Son efficacité et son utilité dépendent du stade du cancer ; dans le cas de cancer du côlon, seuls les cancers étendus au-delà de la paroi colique sont traités par chimiothérapie.

- la chimiothérapie adjuvante est utilisée en complément à une chirurgie permet d'éliminer après la chirurgie les cellules cancéreuses résiduelles et donc éviter les récurrences ou métastases la chimiothérapie neo-adjuvante c'est à dire avant l'opération permet de réduire la taille de la tumeur .

- la chimiothérapie palliative ralentit la croissance du cancer s'il n'est pas opérable , elle diminue les symptômes liés à la tumeur et donc améliore la qualité de vie du patient

Les médicaments employés et leurs doses varient en fonction des caractéristiques du cancer, on peut utiliser dans certains cas plusieurs médicaments en même temps on parle de protocole ou schéma de chimiothérapie .

La durée totale du traitement dépend des médicaments utilisées et de l'objectif de la chimiothérapie , elle peut se dérouler soit de façon continue tous les jours sur une période donnée soit d'une façon cyclique (par ex : 2 jrs tous les 15 jrs) . (16)

De nombreux médicaments sont efficaces dans le traitement des cancers colorectaux :(14)

Le 5-fluoro-uracile, appelé aussi 5-FU (généralement associé à l'acide folinique qui accroît son efficacité).

L'oxaliplatine, forme injectable.

La capécitabine ; il s'agit de 5-FU en forme orale (comprimés à avaler).

Le raltitrexed ; il est utilisé à la place du 5-FU pour les personnes dont le cancer est avancé et qui ne supportent pas le 5-FU, souvent en raison de contre-indications cardiaques.

Le tegafur uracile (UFT) ; il s'agit d'un dérivé du 5-FU en forme orale.

L'irinotecan, forme injectable

Selon les médicaments utilisés, les dosages, et la durée les effets secondaires de la chimiothérapie diffèrent d'une personne à l'autre.

Parmi les effets secondaires fréquemment et généralement rencontrés on peut citer :

- Nausées, et vomissements
- Asthénie
- Sensation d'engourdissement et de fourmillement
- Troubles du transit.
- Dénutrition, et perte d'appétit
- Problèmes sanguins: neutropénie, thrombopénie, anémie
- Problèmes cutanés et lésions des phanères.
- Réactions allergiques

2.3. Radiothérapie :

Utilisée Pour les cancers du rectum, la radiothérapie aide à réduire la taille de la tumeur avant sa résection et minimise le risque de récurrence locale.

Ce sont des doses de rayons dont l'énergie est adaptée à la destruction des cellules cancéreuses.

L'intervention chirurgicale aura lieu six semaines après la radiothérapie, cette dernière se déroule en séances de quelques minutes, cinq jours par semaine pendant en moyenne cinq semaines , (18)

Le plus souvent la radiothérapie s'associe à la chimiothérapie neoadjuvante en complément de la chirurgie.

2.4. Thérapie ciblée :

Ce sont de nouveaux médicaments développés pour freiner la croissance de la tumeur en s'attaquant aux mécanismes qui lui permettent de se développer, on parle de traitements ciblés car ils ont un mode d'action concentré sur les cellules cancéreuses. Ils agissent :

- Sur les agents angiogènes : ce sont des substances dont la tumeur a besoin pour fabriquer ses propres vaisseaux sanguins.
- Sur les facteurs de croissance qui stimulent la division des cellules et donc le développement de la tumeur.

En pratique les thérapies ciblées sont utilisées en associations avec la chimiothérapie en cas de cancer colorectal avancé (présence des métastases, Stade IV).

On distingue trois médicaments qui agissent selon le même principe ; ce sont des protéines fabriquées par le système immunitaire et qui font partie de la famille des anticorps monoclonaux :

- le bevacizumab (commercialisé sous le nom Avastin®), le cetuximab (commercialisé sous le nom Erbitux®) et le panitumumab (commercialisé sous le nom Vectibix®). De forme injectable, ils sont administrés par perfusions. (sont des protéines fabriquées par le système immunitaire) :

- le bevacizumab (commercialisé sous le nom Avastin®), le cetuximab (commercialisé sous le nom Erbitux®) et le panitumumab (commercialisé sous le nom Vectibix®). De forme injectable, ils sont administrés par perfusions. (17)

3. Indications :

3.1. Cancer du côlon :

3.1.1. Critères d'opérabilité et de respectabilité : (7)

- consultation d'anesthésie favorable
- la resecabilité dépend de l'extension locale (T) et métastatique (M) de la tumeur :

M0 (7)	M1 non resecable (7)	M1 resecable (7)
résection première à moins que l'envahissement empêche une résection en bloc; dans ce cas on pourra proposer un traitement préopératoire (du type chimiothérapie) dans le but de rendre cette lésion résécable .	Le traitement initial du cancer primitif est indiqué seulement si la tumeur primitive est symptomatique et/ou compliquée. Dans ce cas, une chimiothérapie première est discutée .	En fonction des symptômes et des localisations ; l'ablation de la tumeur primitive et des métastases se déroulera en un ou plusieurs temps, avec une chimiothérapie péri-opératoire de type FOLFOX4 .

3.1.2. Règles carcinologiques :

- A ventre ouvert, on apprécie l'extension tumorale par inspection et palpation, notamment du foie, péritoine.
- Toujours lier la veine mésentérique sous le pancréas et l'artère mésentérique inf. 1 à 2 cm après sa naissance (préserver l'innervation a destiner génito-urinaire).
- Résection à 5 cm du pôle de la tumeur (marges de colon sain >5cm) , curage gg.

3.1.3. Intervention chirurgicale à visée curative :

Plusieurs interventions peuvent être réalisées en fonction de la localisation de la tumeur :

- Hémicolectomie droite + anastomose iléo-transverse : pour cancer du caecum ,colon ascendant et colon transverse droit .

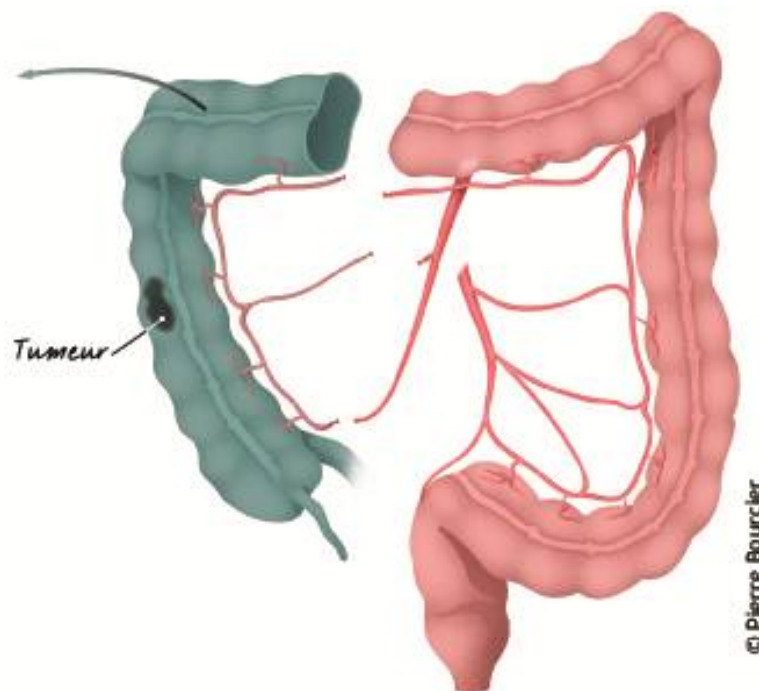


Figure 7 : Hémicolectomie droite (53)

- Hémicolectomie gauche + anastomose colorectale : pour cancer du colon descendant et transverse gauche.

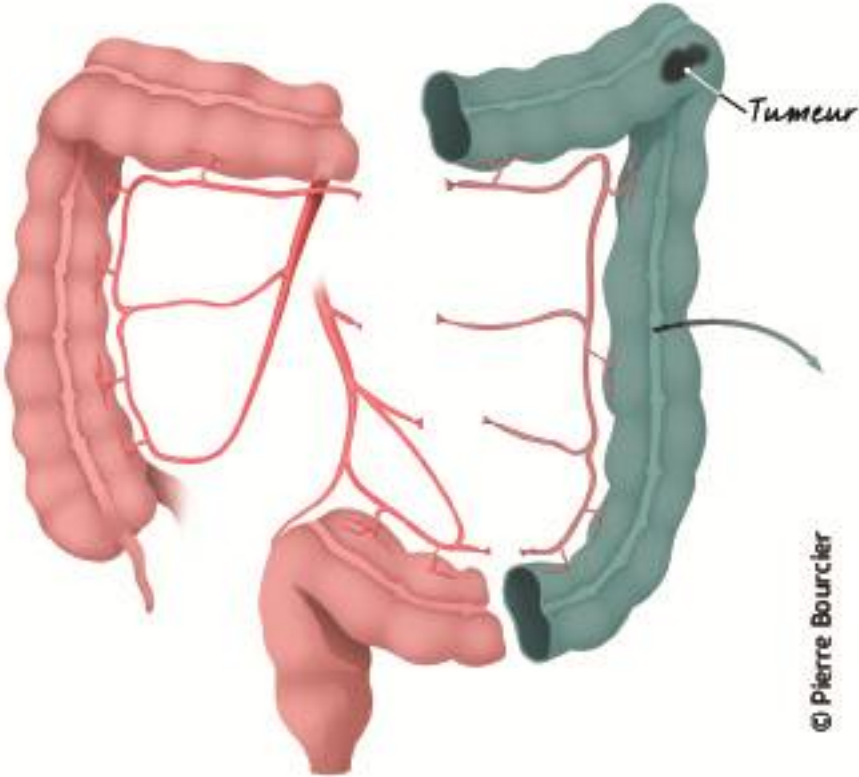


Figure 8 : Hémicolectomie gche (53)

- Sigmoidectomie+ anastomose colorectale / résection segmentaire +anastomose colo-colique.

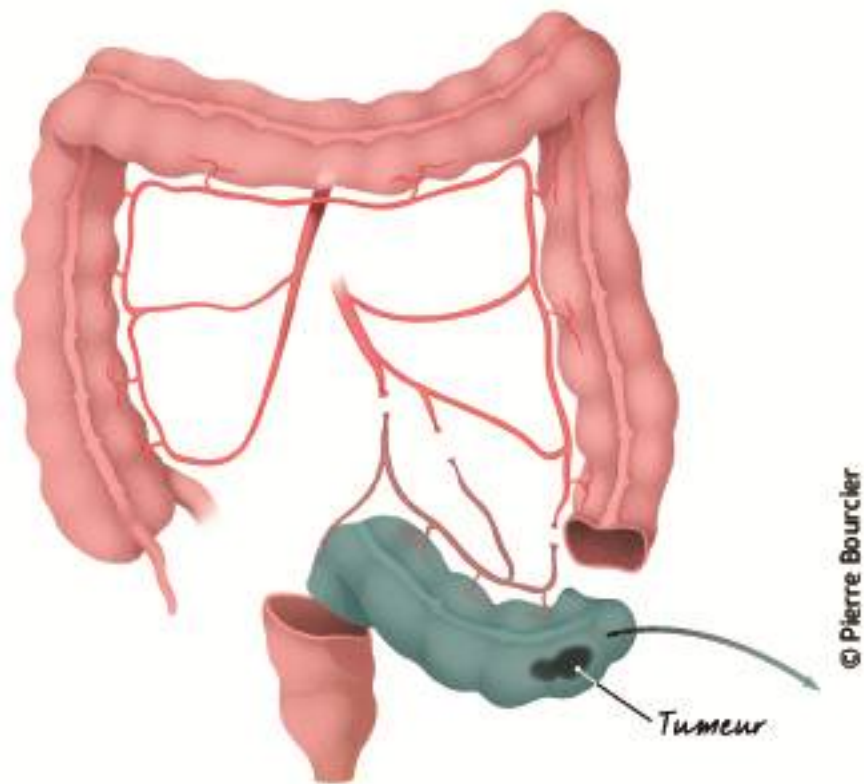


Figure 9 : Sigmoidectomie (53)

- Colectomie totale + anastomose iléo-rectale ou iléo-anale.
- le rétablissement de la continuité est le plus souvent effectué dans le même temps en cas de chirurgie programmée.

3.1.4. Chirurgie palliative :

- Exérèse de propreté mettant le malade a l'abri d'une sténose , infection , hémorragie ...
- Dérivation interne : préférables aux dérivations externes , anastomose iléo-colique ou colo-colique
- Dérivation externe : colostomie , iléostomie.

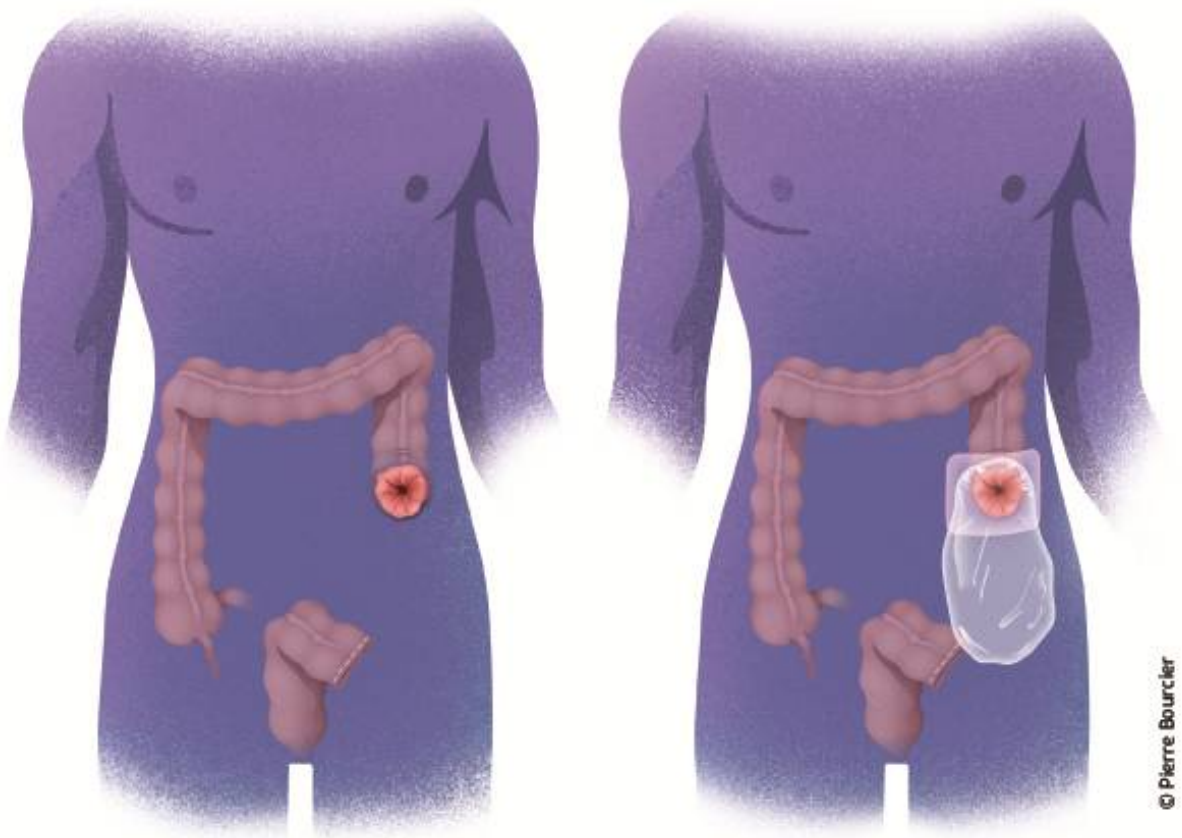


Figure 10 : Réalisation d'une stomie (53)

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	
✓ ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
La tumeur est <i>in situ</i> ; elle est très superficielle et n'envahit pas la sous-muqueuse (stade 0).	La tumeur est enlevée pendant la coloscopie* (on parle de résection endoscopique).
Le cancer est limité au côlon ou a atteint les organes et structures adjacents. Aucun ganglion n'est atteint et il n'y a pas de métastases (stades I et II).	<p>Pour les stades I, le traitement consiste en une résection endoscopique pour les tumeurs superficielles ou en une résection chirurgicale pour les tumeurs plus infiltrantes.</p> <p>Pour les stades II, la chirurgie est le traitement de référence. Dans certains cas, une chimiothérapie peut être envisagée en complément de la chirurgie, notamment si des facteurs de risque de récurrence sont identifiés.</p>
Le cancer est limité au côlon ou a atteint les organes et structures adjacents. Des cellules cancéreuses ont atteint un ou plusieurs ganglions lymphatiques. Il n'y a pas de métastases (stade III).	<p>La chirurgie est le traitement de référence.</p> <p>Elle est suivie dans un délai de 8 semaines d'une chimiothérapie dite adjuvante, c'est-à-dire réalisée après le traitement de référence (ici la chirurgie). La durée de la chimiothérapie est variable (de 3 à 6 mois) et discutée en RCP selon les caractéristiques de la tumeur.</p>
Le cancer a envahi d'autres organes sous la forme d'une ou plusieurs métastases (stade IV).	<p>Le choix des traitements est fonction notamment de vos éventuels symptômes, de votre état général et du nombre de métastases, de leur localisation ainsi que de la possibilité ou non de les retirer.</p> <p>En l'absence de contre-indication, le traitement comporte une chimiothérapie associée dans certaines situations à un traitement par thérapie ciblée.</p> <p>Des examens d'imagerie sont régulièrement réalisés pour évaluer l'efficacité de la chimiothérapie et la possibilité d'une chirurgie de la tumeur du côlon et des métastases.</p> <p>Dans tous les cas, des soins visant à soulager vos symptômes et améliorer votre qualité de vie sont mis en œuvre.</p>

Tableau I : Les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer du colon au moment du diagnostic (12)

3.1.5. Chimiothérapie :

Pour les cancers localisés du côlon (stades 0 et I), la chirurgie peut-elle seule guérir le cancer. Les traitements médicaux ne sont généralement pas utiles car Le risque de propagation des cellules cancéreuses est très faible à ce stade.

Pour les cancers du côlon de stade II, une chimiothérapie peut être envisagée dans certains cas en complément de la chirurgie, notamment si la tumeur présente des caractéristiques agressives.

Si des ganglions sont atteints par des cellules cancéreuses (stade III), une chimiothérapie est recommandée après la chirurgie. On parle de chimiothérapie adjuvante. Elle permet de réduire le risque de récurrence et d'améliorer les chances de guérison

STADE III	Schéma	
	XELOX	FOLFOX
<i>Faible risque (T1-3,N1)</i>	3 mois	6 mois (alternative : 3 mois)
<i>Haut risque (T4 et/ou N2)</i>	6 mois (alternative : 3 mois)	6 mois

Tableau II : Chimiothérapie a base d'oxaliplatine pour les stades III – schémas et durées d'administration (15)

3.2. Cancer du rectum :

3.2.1. Critères d'opérabilité et de respectabilité : (8)

> Opérabilité :

- **l'âge** : chez les sujets âgés le traumatisme chirurgical doit être limité au maximum, ces derniers nécessitent donc une prise en charge adaptée.
- **le sexe et la morphologie du patient** : en raison de l'étroitesse du pelvis l'abord chirurgical du rectum peut être difficile chez l'homme.
- **les comorbidités.**
- **les fonctionnalités** : l'évaluation de la fonction sphinctérienne anorectale , le degré de continence et la sexualité chez la femme et chez l'homme par un bilan clinique .

> Resecabilité :

- l'IRM pelvien constitue l'examen de référence pour la resécabilité il montre avec précision l'envahissement des organes pèirectaux et /ou l'espace inter sphinctérienne.
- - le toucher rectal chez l'homme, combine au touchez vaginal chez la femme permet de renseigner sur la possibilité de résection de la lésion invasive profonde accessible au doigt (tumeurs du tiers inf. et moy du rectum)
- lorsque la tumeur est fixée a un organe ou une structure de voisinage au Toucher rectal et si la marge circonférentielle est < 1mm à l'IRM ; elle est considérée comme non résécable .

Les modalités de la résection de la tumeur rectale diffèrent d'un sujet à l'autre en fonction du : terrain du patient, la localisation de la tumeur et son extension aux organes de voisinage, l'état du sphincter anal et le souhait de conservation.

Les petites tumeurs du rectum T1N0 < 3 cm peuvent, sous réserve d'une sélection rigoureuse, être enlevées par voie locale par chirurgie transanale ou exérèse endoscopie (polypectomie, mucosectomie ou dissection sous-muqueuse). (13)

Le risque de récurrence locorégionale est diminué grâce à l'intégration de la radiothérapie au traitement du cancer du rectum, pour la chimiothérapie de nouvelles molécules ont prouvé leurs efficacités aussi bien dans le traitement adjuvant que dans le palliatif (8)

3.2.2. Indications :

▪ **Tumeurs du bas rectum** (qui envahissent le sphincter ou qui sont distantes moins de 4 cm de la marge anale): sont traitées par radiothérapie préopératoire puis amputation abdomino périnéale (suppression du rectum en entier et de l'anus) avec ETM (exérèse totale du mesorectum) est habituellement la seule solution + colostomie ou iléostomie définitive.

▪ **Tumeur du rectum moyen (5 à 10 cm de l'anus) :** radiothérapie préopératoire puis chirurgie (résection de tout le rectum et tout le mesorectum) + anastomose entre le colon et l'anus + stomie de protection temporaire le temps que l'anastomose cicatrise . il faut opter pour la conservation sphinctérienne chaque fois que cela est possible.

▪ **Tumeurs du haut rectum (10 à 15 cm de l'anus)** : radiothérapie n'est pas obligatoire, la résection antérieure (retrait du colon sigmoïde et le 1/3 sup du rectum en enlevant une marge du tissu sain sous la tumeur au moins 5 cm + rétablissement de continuité digestive par anastomose entre le colon et le rectum restant .

▪ **Tumeurs inférieures à 3 cm accessible au doigt** sur la paroi postérieure ou latéral du rectum peuvent relever d'un traitement local quand le risque ganglionnaire est nul ou faible usT1.

Principales possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic	
ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	La tumeur est enlevée pendant la coloscopie. On parle de résection endoscopique.
La tumeur est in situ ; elle est très superficielle et n'envahit pas la sous-muqueuse (stade 0).	La tumeur est enlevée pendant la coloscopie*. On parle de résection endoscopique.
Le cancer est limité au rectum ou a atteint les organes et structures adjacents. Aucun ganglion n'est atteint et il n'y a pas de métastases (stades I et II).	<p>Pour les stades I, le traitement consiste en une résection endoscopique pour les tumeurs superficielles ou en une résection chirurgicale pour les tumeurs plus infiltrantes.</p> <p>Pour les stades II, la chirurgie est le traitement de référence. Dans certains cas, une chimiothérapie peut être envisagée en complément de la chirurgie, notamment si des facteurs de risque de récurrence sont identifiés.</p>
Le cancer est limité au rectum ou a atteint les organes et structures adjacents. Des cellules cancéreuses ont atteint un ou plusieurs ganglions lymphatiques. Il n'y a pas de métastases à distance (stades III).	<p>La chirurgie est le traitement de référence.</p> <p>Elle est suivie dans un délai de 8 semaines d'une chimiothérapie -. La durée de la chimiothérapie est variable (de 3 à 6 mois) et discutée en RCP selon les caractéristiques de la tumeur.</p>
Le cancer a envahi d'autres organes sous la forme d'une ou plusieurs métastases à distance (stades IV).	<p>Le choix des traitements est fonction notamment de vos éventuels symptômes, de votre état général, du nombre de métastases, de leur localisation ainsi que de la possibilité ou non de les retirer.</p> <p>En l'absence de contre-indications, le traitement peut comporter une chimiothérapie associée, dans certaines situations, à un traitement par thérapie ciblée.</p> <p>Des examens d'imagerie sont régulièrement réalisés pour évaluer l'efficacité de la chimiothérapie et la possibilité d'une chirurgie de la tumeur du rectum et des métastases.</p> <p>Dans tous les cas, des soins visant à soulager vos symptômes et améliorer votre qualité de vie sont mis en œuvre.</p>

Tableau III : les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer du rectum au moment du diagnostic (13)

3.3. Traitement des complications :

3.3.1. Occlusion :

le traitement nécessite une intervention chirurgicale en urgence selon les cas :

Soit par : - colostomie temporaire pour décompresser le colon en dérivant les selles et les gaz, 15 j plus tard résection de la tumeur , fermeture de la stomie et rétablissement de la continuité digestive .

Soit : enlever la portion du colon atteint et retirer d'emblée la tumeur.

Parfois on peut prévoir une résection de tout le colon comme par exemple dans le cas d'une distension du colon droit provoquée par une tumeur du colon gauche et pouvant aboutir à une perforation . (10)

3.3.2. Perforation :

Le traitement chirurgical optimal de la perforation du colon avec cancer reste controversé, la prise en charge de ses patients dépend de leur état général et l'expérience du chirurgien principal du fait de l'absence d'un Protocole standardisé.

Une opération oncologique curative doit donc être pratiquée quand cela est possible, et dans certaines conditions une chirurgie laparoscopie peut être tentée. (11)

3.3.3. Métastase :

Le traitement de la Tm primitive dépend de la possibilité ou non d'un traitement curatif des métastases.

Si métastase résécable (peuvent être retirées par la chirurgie): résection de la tumeur +résection des métastases soit dans le même temps soit le plus souvent secondairement après une chimiothérapie de 3 mois qui permet d'éviter une chirurgie lourde.

- Si métastase non résécable (non opérables en raison de leurs nombres ou inaccessibilité): une chimiothérapie palliative est proposée.. la chirurgie ne doit être proposée qu'en cas de complications.

La chimiothérapie, associée ou non à une thérapie ciblée, doit être envisagée. Elle peut être administrée selon les cas soit après la chirurgie, entre deux opérations, ou comme traitement principal si aucune chirurgie n'est possible

IV. Complications post-opératoires :

- Après une chirurgie du colon :

La principale complication rencontrée est le défaut de cicatrisation de l'anastomose dite fistule anastomotique ; se manifeste cliniquement par une fièvre , douleurs abdominales et un arrêt du transit digestif ...

Dans ce cas un scanner abdominal est nécessaire afin de préciser la gravité qui peut aller d'un simple abcès autour de l'anastomose à la péritonite.

D'autres complications peuvent être rencontrées comme les hémorragies intra-abdominales, les infections urinaires (liées au sondage urinaire) , et la phlébite en raison de l'immobilisation prolongée . (19)

Selon la personne et selon la partie du colon qui a été retirée des troubles du transit intestinal peuvent survenir : constipation, diarrhée, augmentation du nombre de selles .. Nécessitant un régime alimentaire adapté.

Les douleurs post-opératoires peuvent persister quelques semaines et seront calmer par un traitement symptomatique (antalgique)

Après une chirurgie du rectum :

L'ablation du rectum cause la perte du réservoir rectal ; et donc favorise la survenue des troubles du transit et de la défécation (. 20)

La fistule anastomotique constitue également la principale complication chirurgicale

La rétention urinaire peut être rencontrée, elle concerne principalement les hommes, nécessite parfois de garder pour quelque jours une sonde urinaire. (21)

Les hématomes ou les infections de la plaie peuvent survenir et sont généralement traités par les soins locaux.

Le rectum est entouré d'un réseau de nerfs qui joue un rôle important dans l'érection et l'éjaculation ; ce qui peut expliquer la survenue d'un trouble de ces deux fonctions chez l'homme

Chez la femme les troubles de la sexualité peuvent se traduire par des dyspareunies, perte de la libido et une sécheresse vaginale. (21)

V. Surveillance :

Le protocole de surveillance recommandé pour les cancers colorectaux (conférence de consensus 1998) :

La durée du suivi, des patients traités pour un cancer colorectal, et en absence de récurrences est de 5 ans.

Au-delà de cette durée, le patient présentera toujours un risque élevé de cancer. Un dépistage par coloscopie est donc recommandé tous les 5 ans.

Examen clinique	Tous les 3 mois pendant 3 ans, par la suite tous les 6 mois pendant 2 ans
Tomodensitométrie thoracoabdomino-pelvienne avec injection	Tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans, puis Chaque année pendant 3 ans
Échographie Abdominopelvienne	Si la réalisation d'une TDM est impossible
IRM hépatique	En présence de difficultés de surveillance du parenchyme hépatique en TDM
ACE	Réservé pour les tumeur au stades II et III. Son dosage se fait tous les 3 mois durant les 2 premières années, puis tous les 6 mois à partir de la 1 ³ ^e année.
Coloscopie	Surveillance à 2 ou 3 ans, puis tous les 5 ans.

Tableau de suivi (49)



Partie II :
Consentement éclairé
dans le cancer colorectal



I. Relation médecin-malade :

1. Définition :

Une relation peut être défini par l'ensemble de liens et rapports unissant deux personnes qui se fréquentent, se rencontrent et communiquent entre elles.

Chaque acte médical doit être basé sur la relation médecin-malade qui se décompose de la façon suivante :

- le diagnostic
- le choix du traitement : la prescription
- le traitement lui-même ou acte thérapeutique : qui doit permettre d'éviter les complications et d'améliorer la qualité de vie du patient.
- la surveillance post-opératoire

Deux éléments doivent intervenir dans les différentes phases ci-dessus l'un objectif et l'autre subjectif :

- l'information concomitante donnée au patient destinée à obtenir son consentement éclairé
- la confiance

➔ Le tout constitue le contrat médical de soins.

C'est une relation de confiance, humaine, asymétrique qui se crée entre le malade qui ignore et le médecin qui sait.

La relation médecin-malade évolue avec la naissance de la médecine depuis la préhistoire, et elle est habituellement développée durant la consultation médicale quand le médecin rencontre le patient pour la première fois et essaie de répondre à ses besoins médicaux.

La dynamique de cette rencontre peut être évoquée selon nombreux concepts : (30)

- **Concept Socioculturelle** : le patient agit selon ses convictions, croyances, émotions et connaissances influencées par son environnement, le médecin quant à lui réagit en se basant sur ses propres aspirations, et en prenant en considération son image au sein de la société ainsi que ses responsabilités.

- **Concept sociologique** : affaibli par sa pathologie le patient place son médecin en position de force et demande son aide lors de la consultation.

- **selon un concept psychologique** ; cette relation fondée sur des principes d'éthique médicale, elle définit la science des devoirs conforme à la pratique de la médecine.

L'amélioration de cette relation n'est pas seulement utile que pour le médecin qui de temps à autre se trouve face à des situations délicates , mais également pour le malade dans le but d'accepter une pec qui peut être inquiétante et contraignante .(31)

Elle renforce donc la capacité du médecin à communiquer et réfléchir avec son patient.

La relation médecin-malade est décrite selon deux modèles principaux : (30)

- le modèle paternaliste (de l'Antiquité a la moitié du XXème siècle) , dans lequel le médecin est considéré le seul à détenir le savoir et le seul capable à prendre les décisions pour le patient qui lui fait confiance .

- le modèle autonomiste (moitié du XXème siècle à nos jours) qui a remplacé le paternaliste, dans ce modèle le médecin joue son rôle de consultant et prestataire de service et le patient prend les décisions concernant sa santé.

→ **La relation médecin-malade est généralement de type paternaliste au Maroc**, car nous considérons que le médecin est le mieux placé pour prendre des décisions concernant la santé de son malade.

2. Les modèles de la relation médecin – malade :

En 1956 un travail a été réalisé par Szasz et Hollender , décrivant trois modèles de relation médecin – malade : le médecin lui étant toujours actif , les différents modèles de relation diffèrent selon que le patient soit actif ou passif .(32,33)

1- la coopération d'orientation :

Dans ce modèle le patient est conscient, dans sa souffrance il se tourne vers un médecin en le plaçant en situation de force pour chercher de l'aide.

2- l'activité –passivité :

Le médecin actif et le patient passif, cette orientation est tout a fait réservée aux cas des urgences pour lesquels les patients sont considérés comme impuissants et incapable de participer de manière indépendante aux décisions thérapeutiques.

3- la participation mutuelle :

Ce type de relation médecin-malade constitue un élément primordial pour la structure sociale de la démocratie, il a joué depuis plus de deux cent ans un rôle capital dans la civilisation occidentale. (34)

Pour la mise en place de ce type de relation 3 conditions sont indispensables :

- a) les deux personnes ont approximativement un pouvoir égal
- b) les deux personnes ont besoin l'une de l'autre
- c) les deux personnes s'impliquent dans une activité qui sera positive pour les deux

Certains patient pour diverses raisons en particulier des raisons culturelles favorisent ce modèle et souhaitent participer activement dans leur prise en charge thérapeutique. (comme par exemple le plus souvent la gestion des maladies chronique)

3. Les objectifs d'une bonne relation médecin-malade :

Une relation médecin – malade constitue le temps clé dans tout projet thérapeutique, elle doit être saine et harmonieuse et doit :

- permettre une bonne démarche diagnostique.
- améliorer la qualité de vie du malade.
- prendre en compte le point de vue du patient.
- permettre une observance thérapeutique.

II. Information du patient :

1. Définition :

L'information médicale se définit comme l'ensemble de données conçus pour permettre au patient de comprendre le pourquoi, le comment et les détails temporo-spatiaux de son traitement (39)

Dans la loi et le code de déontologie médicale, l'information du patient constitue un principe fondamental avant tout acte médicale , elle doit prendre en compte la situation de la personne dans ses dimensions sociale , culturelle et psychologique .

En cancérologie la multiplicité des intervenants (chirurgiens, oncologues, radiologues..) et la lourdeur des thérapeutiques angoissent les patients qui en cas de manque d'information se voient souvent imposer aux soins auxquels ils ne sont pas en mesure de refuser en toute connaissance de cause (40) . Ces derniers doivent être rassurés, informés et impliqués dans les différentes étapes de la prise en charge leur permettant ainsi de prendre une décision libre et éclairée.

2. Contenu de l'information :

Les patients peuvent présenter une vulnérabilité liée à une mauvaise compréhension des points clés de leur prise en charge.

Une bonne observance thérapeutique nécessite que les patients découvrent et bien comprendre leur pathologie, traitement et les consignes à suivre en cas d'évolution défavorable ainsi que le pronostic. (45) ils doivent de même être en mesure de se souvenir de ses informations ou être capable de les retrouver en cas de besoin.

“Toute personne a le droit de recevoir de la part de son médecin une information claire, légale et suffisante sur sa pathologie, et les différentes étapes de sa prise en charge. . Le médecin quant à lui doit veiller à la compréhension de ses explications en tenant compte de la personnalité de son patient .” selon Article 35 du code déontologie médicale (article R.4127-35 du code de sante publique) (26).

Cette information doit être synthétique, compréhensible en demandant (par exemple au patient de dire à la fin ce qu’il a compris), hiérarchisée et personnalisée et doit porter sur :

- l’état de santé de la personne.
- les soins et traitements proposés.
- leurs utilités et leurs conséquences.
- les conséquences prévisibles en cas de refus.
- les autres solutions proposées.
- les risques mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.

3. Les modalités de délivrance de l’information :

Habituellement l’information est orale sous forme de renseignement ou de conseils (27), adaptée au cas de chaque patient, alliant l’écoute et la considération des attentes du patient dans le cadre d’un climat relationnel.

L’information peut être également écrite ; sur un dossier médicale le plus souvent ou sous forme de livrets explicatifs pour les patients atteints de maladie chronique.

Une communication multimodale combinant le verbal et l’écrit a montrée un impact positif sur le malade et le médecin. (48)

On distingue différentes modalités de délivrance de l'information : (28)

- l'entretien individuelle :

Permet un dialogue avec le patient en répondant aux questions qu'il pose après avoir expliqué son état de santé , cet entretien nécessite un environnement adapté , de la disponibilité , du temps et du tact de la part du médecin traitant .

- l'entretien en présence d'un accompagnant :

Quand le patient est accompagné, le médecin doit s'assurer que ce dernier souhaite être informé sur son état de santé en présence de son accompagnant.

Lorsque le médecin accueille une personne étrangère ou en situation d'handicap moteur (dysarthries) ou sensoriel (surdité) ; il est recommandé dans ce cas de faire appel, si possible à un interprète ou assistant de communication.

- l'entretien en presence d'une personne de confiance :

Tout patient a le droit de designer et se faire assister lors de l'entretien par une personne de confiance et son choix doit être respecté par son médecin.

- l'usage de documents écrits :

En complément de l'information orale qui est considérée comme primordiale, un document écrit peut être remis au patient contenant les différents renseignements sur son état de santé pour lui permettre de s'y reporter ou d'en discuter avec d'autres personnes de son choix.

Quant au médecin afin d'affirmer qu'il a accompli son obligation de délivrance de l'information auprès de son patient, il doit remplir et mentionner dans un document administratif ' dossier médical ' toute les informations qui ont pu être transmis au patient.

Le dossier médical comprend trois parties : (29)

- **une partie administratif** : permet d'identifier le patient et contient son : nom, prénom, adresse, date d'entrée et de sortie, sa couverture sociale.
- **une partie médicale** : comprend le diagnostic, les différents examens complémentaires faits, compte rendu opératoire, et une fiche de prescription.
- **une partie consacrée à l'observation médicale et les différents échanges entre médecins ayant en charge le patient.**

III. Consentement éclairé

1. Définition :

Le consentement peut se définir comme la volonté d'engager sa personne ou ses biens ou les deux à la fois, il est considéré comme une base légale et éthique pour tout acte impliquant les êtres humains.

Selon la déclaration de l'OMS sur la promotion des droits des patients en Europe approuvée le 28-30 Mars 1994 à Amsterdam : 'Aucun acte médical ne peut être exercé sur le patient sans avoir préalablement son consentement éclairé. (22)

Chaque patient, adulte, conscient et responsable peut refuser de se consentir à une méthode diagnostique ou thérapeutique, il a le droit à toute information nécessaire pour prendre ses décisions. (23)

Donc le médecin est tenu envers son patient avant tout consentement d'un devoir d'information et il est également tenu d'avertir le malade du danger qui lui fait encourir une intervention.

La jurisprudence indique qu'en matière chirurgicale, le professionnel doit donner au malade une idée suffisamment précise de l'intervention qui sera exécutée. (24)

2. Le droit au consentement éclairé

Tout patient a le droit d'être pleinement informé sur la thérapie proposée par son médecin traitant afin de prendre une décision consciente d'accepter ou de refuser le traitement que ce soit médical ou chirurgical la complexité de la médecine pousse les patients à se sentir en position inférieure par rapport aux professionnels de santé , et ne leur permet pas de discuter d'égal à égal avec leur médecin traitant

3. L'origine du droit au consentement du patient

- après la Seconde Guerre mondiale, le concept religieux et philosophique de la dignité humaine a occupé une place éminente dans les droits de l'homme. C'est ainsi que la déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) adoptée par l'assemblée générale des nations unies le 10 décembre 1948 déclare que tous les individus naissent libres et égaux en dignité et en droit (41).

En raison de son histoire particulière et comme on sait que les nazis ont utilisés la médecine pour des fins inhumains, l'Allemand a donnée au principe de la dignité une place importante dans la loi fondamentale

- En droit français la loi WEIL de 1975 a introduit la dignité en législation en édictant que : dès le commencement de la vie, la loi garantit le respect de tout être humain et qu'il ne saurait être porté atteinte à ce principe que selon des conditions bien définis par la loi.

La dignité de la personne ; fondement du principe d'inviolabilité : qui protège le corps humain contre toutes les atteintes injustifiées, garantit l'intégrité mentale et physique des patients. c'est pourquoi tout acte médical doit être fondé sur une justification légitime et le patient doit pouvoir donner son consentement éclairé. (41)

4. Conditions :

Le consentement doit être :

- **libre** c'ad en l'absence de contrainte : ' tout consentement influencé par l'erreur, fraude ou par la violence est considéré comme invalide (25)
- **éclairé** caà précédé par une information suffisante et adaptée qui va aider le patient à prendre une décision.

Le médecin doit délivrer donc une information **claire, loyale, et appropriée.**

5. Les exceptions au principe du consentement et d'information :

Il existe deux situations qui dispensent au principe du consentement et par conséquent au droit à l'information préalable :

- l'urgence.
- la volonté du patient.

1) **l'urgence** :

Dans le cas où l'état du patient nécessite une intervention thérapeutique en urgence avec impossibilité de joindre sa famille ou ses proches, le médecin peut intervenir comme il le juge correcte et agir sans consentement du patient son acte dans cette situation est justifié par l'état de nécessité.

2) **la volonté du patient** :

Quand le patient, est en mesure d'exprimer sa volonté refuse les examens paracliniques recommandés ou le traitement proposé par son médecin, ce dernier doit respecter ce refus après avoir informé le patient de ses conséquences.

Cependant quand une personne souhaite être tenue dans l'ignorance de son diagnostic ou pronostic, le médecin doit respecter sa volonté sauf s'il existe un risque de contamination des tiers. (35) c'est le seul cas où le patient est allocataire de l'information.

IV. Place du consentement éclairé au Maroc :

Au Maroc, sans compter les textes concernant la transfusion sanguine (36) et la transplantation d'organe, le consentement ne figure dans aucune loi. en dehors de ces cas le médecin réagit en suivant les règles professionnelles et déontologiques.

Cependant, cet état de fait est amené à changer, l'introduction dans la pratique médicale d'une information écrite est en phase de discussion.. le droit du patient à l'information et de donner son consentement deviendra obligatoire : dans cet égard un projet de loi a été présenté au secrétariat générale du gouvernement où le consentement deviendra indispensable pour le professionnel de santé avant tout intervention thérapeutique (37)

Dans ce sens Le nombre des articles qui organisent l'information entre médecin –malade au Maroc est minime : (38)

Article 25 : Quand le médecin est appelé en urgence auprès d'un mineur, une personne inconsciente ou incapable, avec impossibilité d'obtenir le consentement des représentants légaux, ce dernier doit immédiatement faire face au danger menaçant en employant toutes ses connaissances ainsi que les moyens disponibles : il ne peut arrêter ses soins qu'après avoir éliminé tout danger ou avoir confié le patient à un confrère. (38)

Article 26 : à l'exception du cas cité à l'article précédent, le médecin d'un établissement faisant partie du système d'internat doit, en cas d'une affection sérieuse, aviser les parents et permettre ou susciter, s'il le juge bénéfique , la consultation du médecin choisi par le patient ou sa famille. (38)

Article 31 : - Un pronostic sérieux peut valablement ne pas être dévoilé au patient. Un pronostic fatal ne doit lui être annoncé qu'avec la plus grande circonspection: mais il doit en général être dévoilé à la famille. Le patient peut empêcher cette divulgation ou choisir les personnes auxquels elle doit être faite. (38)

V. Fiches d'information patient (FIP) :

La plupart des informations fournies au patient lors d'une consultation sont oubliées (41). en sortant de la salle de consultation les patients ont souvent l'impression d'avoir compris les instructions médicales ; une fois à domicile certains patients en particulier les sujets âgés trouvent une difficulté à se souvenir des instructions qu'ils ont reçus et une incertitude apparait sur la prise en charge proposée (46) ce qui peut conduire à des consultation répétées , augmentation du cout avec une mauvaise adhésion thérapeutique et une insatisfaction des patients et des soignants (42.43)

La communication verbale, malgré sa qualité, ne permet pas aux patient de récupérer l'information en cas d'oubli. Rendre les informations disponibles sous forme écrite ou dessinée augmente la capacité des patient à se souvenir , augmente la confiance du patient dans son traitement, et diminue son anxiété , améliore la gestion des soins , le suivi et l'adhésion thérapeutique (47)

Les documents écrits destinées aux patient doivent être courts , structurées ,lisibles , combinant du texte et des illustrations pour améliorer la compréhension du patient et lui permettre d'explorer ses perceptions sur ses symptômes , sa maladie , ou son traitement (44) .

La fiche d'information patient est disponible au format A4 en utilisant un langage simple avec des illustrations lui conférant un aspect ludique et le rendant convivial. Elle comprend plusieurs parties :

- définition de la maladie
- les symptômes
- les bilans à demander et dans quel but

- le traitement
- le suivi

La personne après avoir reçu l'information devra donc signer le formulaire de consentement éclairé en lui donnant un délai de réflexion suffisant, constituant ainsi une preuve écrite que la personne a bien compris ce que l'on lui propose comme investigations, traitement ou acte thérapeutique et qu'elle les accepte.

➔ Donc la signature du consentement atteste la compréhension de l'engagement et de l'accord de la personne.

Il faut tenir compte des patients analphabètes qui peuvent rencontrer des difficultés si la fiche du consentement éclairé est utilisée en arabe ou en français seulement ; il est souhaitable de penser à élaborer une version arabe dialectale ou même berbère pour les patients qui ne comprennent pas et ne parlent pas le dialecte arabe marocain.



Conclusion



Le Cancer colorectal constitue un problème majeur de santé publique en terme de diagnostic , traitement , ou prévention

C'est une pathologie complexe mais qui peut être de bon pronostic si elle est dépistée et prise en charge précocement

Le choix thérapeutique se fait en concertation pluridisciplinaire afin de proposer une prise en charge adaptée aux caractéristiques du cancer et au profil de chaque patient

Tout acte médical accompli y compris la chirurgie colorectale est susceptible d'entraîner des complications pour le patient et des conséquences pour le médecin pouvant aller jusqu'aux poursuites judiciaires

D'où l'intérêt du consentement éclairé qui fait l'objet d'une documentation écrite et qui est considéré comme une obligation éthique aussi bien que juridique visant à respecter le droit du patient à l'information et protéger le médecin

Avant l'obtention de tout consentement il faut s'assurer que le patient a reçu et bien compris toutes les informations qui lui ont été fournies lors des consultations expliquant toutes les étapes de sa prise en charge : du diagnostic au traitement, les bénéfices attendus, les risques éventuels ainsi que les alternatives possibles pour faciliter la prise de décision en toute connaissance de cause.



Résumés



RESUME :

Titre : consentement éclairé dans le cancer colorectal.

Auteur : Masrar Houda.

Rapporteur de thèse : Pr. M. Ait Ali.

Mots clés : Relation médecin-malade; Information patient; Fiche d'information; Consentement éclairé; Complications de la chirurgie colorectale

Le Cancer colorectal reste un problème majeur de santé publique tant en raison de sa fréquence que de la morbidité et la mortalité qu'il entraîne.

C'est une pathologie complexe dont la décision et le choix thérapeutique se fait au cours de Réunions de concertation pluridisciplinaire afin d'optimiser la qualité de sa prise en charge.

Comme toute intervention chirurgicale, la chirurgie colorectale risque d'entraîner des complications post-opératoires sur lesquelles le patient doit être préalablement informé.

Notre travail s'est basé essentiellement sur la nécessité de transmettre aux patients atteints de cancer colorectal une information durable et exploitable, garantissant une meilleure connaissance de la maladie; en leur fournissant des fiches explicatives adaptées et obtenir par la suite leur consentement éclairé qui constitue une expression individuelle de volonté résultant une interaction réciproque entre le médecin et son patient et visant à la fois une protection du praticien et un respect du droit fondamental du patient à l'information; cette information qui est devenue une composante essentielle de la relation médecin – malade

SUMMARY :

Title : informed consent in colorectal cancer.

Author : Masrar Houda .

Thesis Reporter : Pr .M .Ait Ali.

Keywords : Doctor-patient relationship, patient information, information sheet, informed consent, surgical complications of colorectal cancer

Colorectal cancer remains a major public health problem both because of its frequency , the morbidity and mortality it causes.

It is a complex pathology whose decision and therapeutic choice is made during multidisciplinary consultation meetings in order to optimize the quality of its care .

Like any surgical procedure, colorectal surgery may lead to post-operative complications on which the patient must be informed beforehand.

Our work is essentially based on the need to provide colorectal cancer patients with sustainable and usable information, guaranteeing a better understanding of the disease, by providing them with appropriate explanatory sheets and subsequently obtaining their informed consent which constitutes an individual expression of will resulting in a reciprocal interaction between the doctor and his patient and aimed at both a protection of the practitioner and a respect for the patient's fundamental right to information.

This information has become an essential component of the doctor-patient relationship.

ملخص:

العنوان : الموافقة المستنيرة في سرطان القولون والمستقيم.

المؤلف : مسرار هدى.

مقرر الاطروحة : أ.أيت علي.

الكلمات الأساسية : العلاقة بين الطبيب والمريض؛ معلومات المريض؛ وثيقة المعلومات؛ الموافقة المسبقة؛ مضاعفات مابعد جراحة سرطان القولون والمستقيم.

لا يزال سرطان القولون والمستقيم مشكلة صحية عامة رئيسية بسبب تواتره والوفيات التي يسببها. إنه مرض معقد يتم فيه اتخاذ القرار والاختيار العلاجي خلال اجتماعات التشاور متعددة التخصصات من أجل تحسين جودة العلاج.

مثل أي تدخل جراحي، تخاطر جراحة القولون والمستقيم بالتسبب في مضاعفات ما بعد الجراحة والتي يجب إبلاغ المريض عنها مسبقاً.

يعتمد عملنا بشكل أساسي على الحاجة إلى تزويد مرضى سرطان القولون والمستقيم بمعلومات مستدامة وقابلة للاستخدام، مما يضمن معرفة أفضل بالمرض؛ من خلال تزويدهم بأوراق توضيحية مناسبة ومن ثم الحصول على موافقتهم المستنيرة التي تشكل تعبيراً فردياً عن الإرادة ناتجاً عن تفاعل متبادل بين الطبيب ومريضه ويهدف إلى حماية الممارس واحترام حق المريض الأساسي في المعلومات.

هذه المعلومات التي أصبحت مكوناً أساسياً في العلاقة بين الطبيب والمريض.



Annexes



Fiche d'information du patient atteint du cancer colorectal

- Veuillez lire attentivement cette fiche d'information. le médecin sera toujours prêt à vous fournir plus d'informations et toute autre clarification que vous souhaiterez.



LES POINTS CLES

A) de quoi s'agit-il?

- Le cancer colorectal est le 3^e cancer dans le monde.
- Cancer du côlon est le cancer du gros intestin qui est la dernière partie du tube digestif.
- cancer du rectum est le cancer des six derniers pouces du colon .

B) Quels sont les différentes causes et facteurs de risque ?

- **AGE** : 50-70 ANS facteur de risque
- **ANTECEDENTS** :
 - personnels (diététiques et toxiques) :
 - 1) apports calorique excessif (éviter le surpoids et avoir une activité physique régulière adaptée)
 - 2) régime riche en protéines animales : viandes et graisses (adopter une nourriture riche en fibres et équilibrée)
 - 3) intoxication alcoolo-tabagique (ne pas fumer, limiter la consommation d'alcool)

Familiaux et génétiques :

- 1) parents / frère /sœur ayant CCR ou adénome
- 2) personne avec antécédents personnels d'adénome ou CCR
- 3) maladie inflammatoire chronique de l'intestin
- 4) syndrome de lynch
- 5) polypose adénomateuse familiale

C) comment il se manifeste cliniquement ?

Kc colon	Kc rectum
<ul style="list-style-type: none">- douleurs abdominales en regard du cadre colique.- trouble de transit : diarrhée ou constipation ou alternance des deux.- mélaena (évacuation par l'anus du sang noir mélangé aux selles, aspect goudronneux des selles → Kc colon droit.- Rectorragie (émission du sang rouge par l'anus)→ Kc colon gche.	<ul style="list-style-type: none">- Rectorragie signe principal (émission sang rouge par l'anus).- Faux besoins – ténesmes - épreintes.
Signes généraux : Anémie – AEG (asthénie –anorexie-amaigrissement) – fièvre inexplicée parfois .	

- le CCR peut être de découverte fortuite lors des examens pour d'autres pathologies comme il peut être découvert à un stade avancé par des complications :

occlusion intestinale (obstruction partielle ou totale de l'intestin)

perforation (formation d'un trou dans la paroi intestinale)

Hémorragies – Métastases.

D) Quelles sont les examens à réaliser pour poser et confirmer le diagnostic ?

Tout d'abord on commence par un examen clinique complet

Ensuite on passe aux examens para cliniques :

- Devant la suspicion du Kc du colon :

COLONOSCOPIE : examens fondamental à réaliser après préparation colique ; càd le patient doit être à jeun strict pour que son colon soit parfaitement propre permettant ainsi de mettre en évidence les lésions du colon avec précision , et réaliser des biopsies pour confirmation histologique .

Une anesthésie général est souvent programmée afin d'améliorer la tolérance de l'examen .

Tout acte médical , intervention , exploration sur le corps humain peut être à l'origine de complication .

Les complications de la coloscopie sont rares on en cite :

- la perforation de la paroi intestinale.

- l'hémorragie exceptionnelle peut nécessiter parfois une transfusion sanguine.

- les infections.

- Complications favorisées par certains traitements (Anti-inflammatoire, Aspirine) ou antécédents médico-chirurgicaux du patient .

ces complications apparaissent le plus souvent lors de l'endoscopie, mais peuvent survenir aussi quelques jours après (douleurs abdominale, fièvre, présence de sang rouge dans les selles ..) . Donc il est important face à l'apparition de ces symptômes de contacter son médecin traitant.

- Devant la suspicion du Kc du rectum :

RECTOSCOPIE : visualise la tumeur et précise ses caractéristiques et permet également de réaliser des biopsies pour confirmation histologique.

On peut avoir recours à d'autres examens morphologiques a la recherche de métastases (autres localisations tumorales) : Rx poumon –Echographie abdominale ...

E) quelles sont les interventions thérapeutiques proposées ? et dans quel but ?



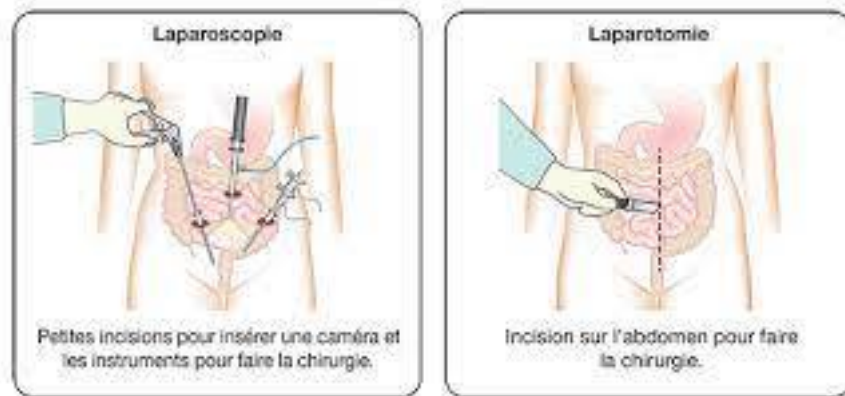
But : exérèse de la tumeur – éviter les récives – traiter les complication et améliorer la qualité de vie .

Le choix du traitement dépend des caractéristiques de la tumeur , état général du malade et le plateau technique .

Voies d'abord :

- **la laparotomie** : l'ouverture du ventre avec une seule incision plus ou moins grande, et l'ablation de la tumeur ainsi que la partie de l'intestin touchée .

- **La cœlioscopie** : plusieurs petites incisions permettant d'introduire dans le ventre une caméra et des instruments chirurgicaux afin de retirer la tumeur .

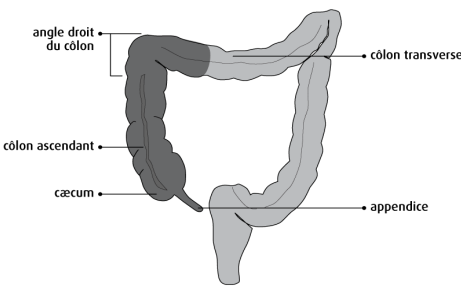
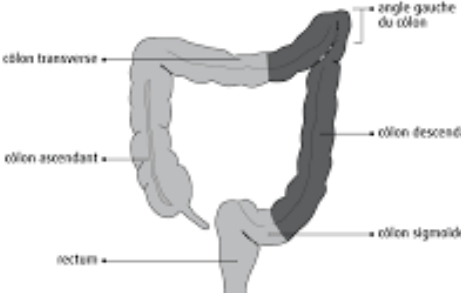
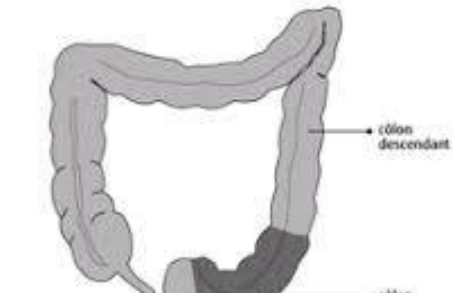


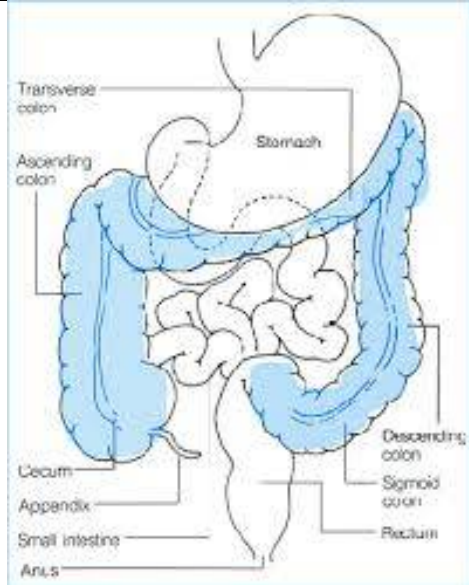
- la laparotomie est indiquée dans les situations suivantes :

- 1) lorsque le patient a été opéré plusieurs fois.
- 2) difficulté d'accéder à la tumeur par cœlioscopie .
- 3) quand la tumeur est très grosse pour pouvoir sortir par un petit orifice.

Kc colon

1)

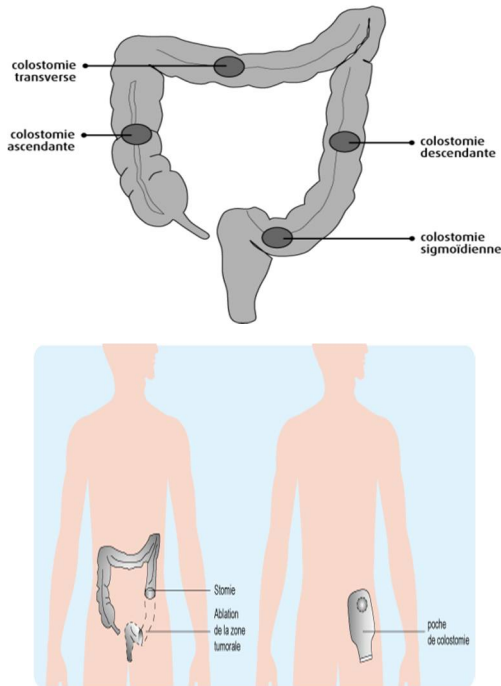
Tumeur isolée non métastatique :	Schémas
Kc colon droit : ablation de la partie droite du colon	<p style="text-align: center;">Hémi-colectomie droite</p>  <p>The diagram shows the right half of the large intestine. The cæcum is at the bottom left, leading to the cōlon ascendant. At the top right is the angle droit du cōlon, which leads to the cōlon transverse. The appendix is shown at the bottom right. The right half of the cōlon transverse is shaded dark grey, indicating the area to be removed.</p> <p>Labels: angle droit du cōlon, cōlon transverse, cōlon ascendant, cæcum, appendice.</p> <p style="text-align: center;"><small>© Société canadienne du cancer</small></p>
Kc colon Gche : ablation de la partie gche du colon	<p style="text-align: center;">Hémi-colectomie gauche</p>  <p>The diagram shows the left half of the large intestine. The cōlon transverse is at the top left, leading to the angle gauche du cōlon at the top right. From there, the cōlon descendant goes down to the cōlon sigmoïde, which then leads to the rectum at the bottom left. The left half of the cōlon transverse, the cōlon descendant, and the cōlon sigmoïde are shaded dark grey, indicating the area to be removed.</p> <p>Labels: angle gauche du cōlon, cōlon transverse, cōlon ascendant, rectum, cōlon descendant, cōlon sigmoïde.</p> <p style="text-align: center;"><small>© Société canadienne du cancer</small></p>
Cancer sigmoïdien : ablation de la partie gche du colon ou sigmoïdectomie cad retirer la dernière partie du gros intestin précédant le rectum	<p style="text-align: center;">Colectomie sigmoïdienne</p>  <p>The diagram shows the sigmoid part of the large intestine. The cōlon sigmoïde is shaded dark grey, indicating the area to be removed. The cōlon descendant is shown above it, and the rectum is shown below it.</p> <p>Labels: cōlon descendant, cōlon sigmoïde, rectum.</p>

<p>-Cancer du côlon transverse : selon s'il se développe à droite ou à gauche : hémicolectomie droite / colectomie gauche segmentaire haute</p> <p>-cancer colique sur PAF ou RCH : colectomie totale</p>	 <p style="text-align: center;">colectomie totale</p>
---	---

2)

<p>Tumeur localement avancée :</p>	
<p>Médicaments toxiques pour les cellules cancéreuses avant la chirurgie</p> <p>Colectomie élargie aux organes envahis</p>	<p>Ei : nausées – vomissement –allergie – fatigue- dénutrition – perte d'appétit – alopecie ...</p> <p style="text-align: center;">-</p>

3)

Tumeur inextirpable :	Schémas
<ul style="list-style-type: none"> - Colostomie = stomie(poche) qui relie l'épithélium du colon à la paroi abdominale à la suite d'un acte chirurgical d'où seront évacuer les selles . - Chimiothérapie 	<p style="text-align: center;">Sites de colostomie</p>  <p>The diagram illustrates the locations for colostomy on the large intestine. The top part shows a detailed view of the colon with four sites marked: colostomie transverse, colostomie ascendante, colostomie sigmoïdienne, and colostomie descendante. The bottom part shows two human silhouettes. The left silhouette shows the 'Stomie' (stoma) and the 'Ablation de la zone tumorale' (removal of the tumor zone). The right silhouette shows the 'poche de colostomie' (colostomy pouch).</p>

4)

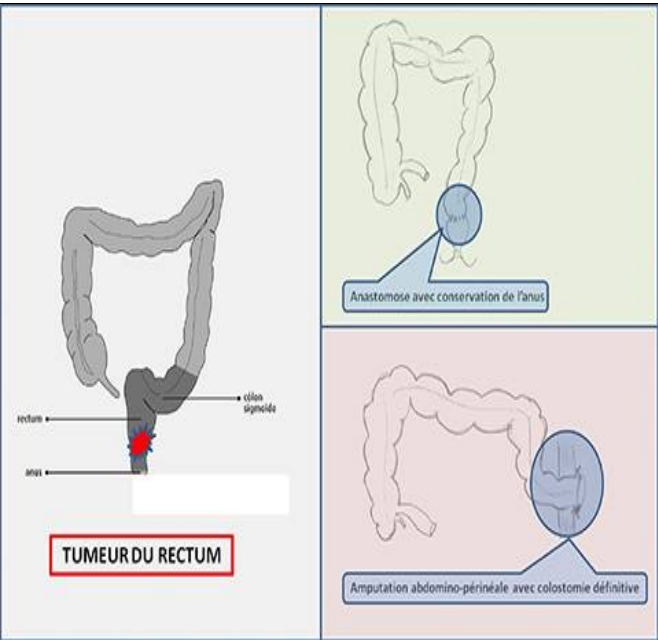
Métastases	
<u>Resecable</u> : chimiothérapie avant la chirurgie + résection de la tumeur et métastases	
<u>Non resecable</u> : chimiothérapie palliative	<ul style="list-style-type: none"> - ralentit la croissance du cancer s'il n'est pas opérable elle diminue les symptômes liés à la tumeur et donc améliorer la qualité de vie du patient .

5) complications :

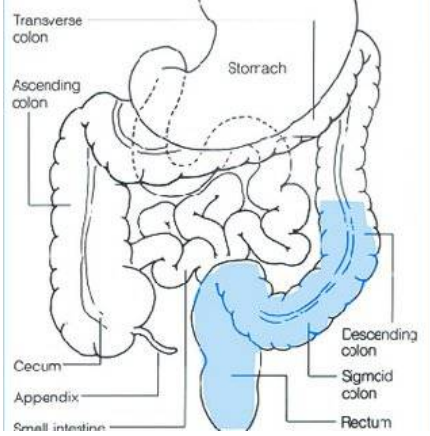
Occlusion :	colostomie 1 ère , J-15 résection –anastomose , prothèse temporaire ou définitive
Péritonite :	traitement chirurgicale de la péritonite + résection double -stomie +rétablissement de continuité (fermeture d'une stomie)
Abcès :	Evacuation

Kc Rectum :

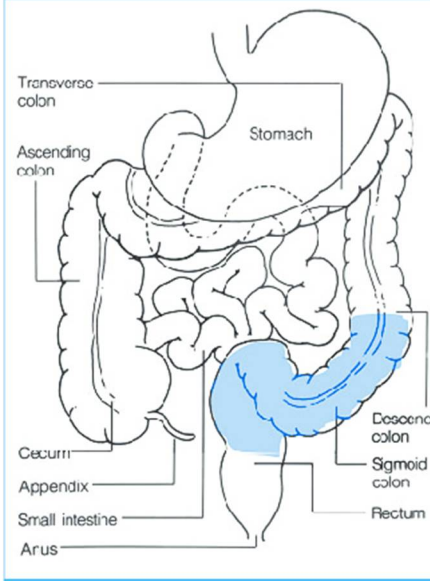
1)

Tumeur du bas rectum	Schémas
<p>- Radio-chimiothérapie préopératoire (diminue le taux de récurrences locorégionales) puis Amputation abdomino-périnéale +/- conservation sphinctérienne .</p>	 <p>The diagram consists of three parts. On the left, a cross-section of the large intestine shows the sigmoid colon and rectum. A red tumor is located in the lower rectum, labeled 'TUMEUR DU RECTUM'. Labels point to 'rectum', 'anus', and 'côlon sigmoïde'. On the right, two schematic diagrams of the large intestine illustrate surgical options. The top diagram, labeled 'Anastomose avec conservation de l'anus', shows a tumor in the lower rectum with a blue circle indicating the site of anastomosis. The bottom diagram, labeled 'Amputation abdomino-périnéale avec colostomie définitive', shows a tumor in the lower rectum with a blue circle indicating the site of amputation and the location of a permanent colostomy.</p>

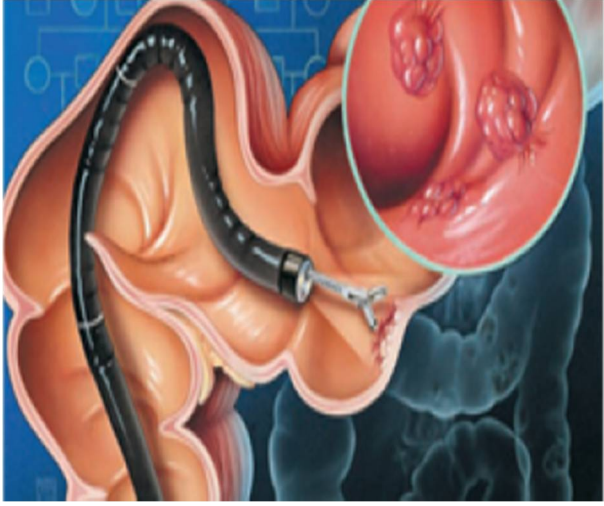
2)

Tumeur du rectum moyen	Schémas
<ul style="list-style-type: none">- Radio-chimiothérapie préopératoire- Puis résection rectale totale .	 <p>The diagram shows the human digestive system with the following labels: Transverse colon, Stomach, Ascending colon, Cecum, Appendix, Small intestine, Descending colon, Sigmoid colon, and Rectum. The middle portion of the rectum is highlighted in blue.</p>

3)

Tumeur haut rectum	Schémas
Résection antérieure du haut rectum .	 <p>The diagram shows the human digestive system with the following labels: Transverse colon, Stomach, Ascending colon, Cecum, Appendix, Small intestine, Arus, Descending colon, Sigmoid colon, and Rectum. The upper portion of the rectum is highlighted in blue.</p>

4)

Tumeur < à 3 cm accessible au doigt	Schémas
Exérèse transanale des petites tumeurs au rectum qui sont près de l'anus par coloscopie ou sigmoïdoscopie.	

Pour métastases et complications :

Même Prise en charge que les métastases et complications du cancer du côlon décrit ci-dessus.

F) Quelles sont les complications qu'on peut rencontrer en post-opératoire ?



Kc du colon	Kc du rectum
<ul style="list-style-type: none"> - fistule anastomotique (défaut de cicatrisation) : fièvre, douleurs abdominales, arrêt des matières et gaz.. - infections urinaires. - infection de la plaie - hémorragie intra-abdominale. - phlébite en raison de l'immobilisation prolongée - parfois troubles de transit nécessitant un régime alimentaire adapté. 	<ul style="list-style-type: none"> - perturbation du transit et trouble de la défécation. - Troubles sexuels ++ - rétention urinaire chez l'homme. - défaut de cicatrisation. - infection de la plaie. - des saignements. - une phlébite.

G) quel est l'intérêt de la surveillance post-opératoire ? quels sont les examens demandés ? et par quelle fréquence ?

Surveillance est nécessaire pour le dépistage des récurrences, nouveaux polypes, ou autres cancers voir même une infection.

Examen clinique : /3 mois x 3 ans puis /6mois x 2 ans

Echographie abdominale ou TDM : /3mois x 3 ans puis /6mois x 2 ans.

Radio-thorax : /an x 5 ans

Coloscopie : 2-3 ans puis à 5 ans

وثيقة المعلومات

- **شنو هو سرطان القولون او ما يسمي بمرض الخايب؟**
هو مرض خايب كيقيس المصران الكبير القولون او الجزء الاخير منو
- **شنو هو ما العوامل اللي يقدر و يتسببو فهاد المرض؟**
الناس الاكثر عرضة هو ما اللي كيتراوح السن ديالهم ما بين 50-70 سنة
تغذية ممنظماش
السمنة الغلض
الكحول او السجاير الكارو
فرد من العائلة اب، ام، اخ، اخت أو ابن فيه نفس المرض او شي مرض خايب اخر
سبق كان فالمريض نفس المرض او مرض خايب اخر
المريض كيتداوا من مرض مزمن ديال المصران
- **شنو هما الاعراض ديال هاد المرض؟**
الاعراض كتختلف علي حسب الجزا المقبوس من القولون او المستقي ، خاص المريض يشوف
طبيب فاسرع وقتفهاد الحالات:
حريق فجيهة المصران
القبط او العكس كرش مطلوقة
الخروج ديال المريض كحل بحال لون الزفت
المريض كيدوز بالدم من المخرج
المريض يواجه صعوبة فالخروج ديالو و كيدوز بزاف ديال الوقت فالمرحاض
فقر الدم، العيا، فقدان الشهية، نفس فالوزن، السخانة فبعض الاحيان

الابقا المرييض غافل علي هاد الاعراض ومشافش طبيب يقدر هادشي يدبر مضاعفات بحال ثقب فالمصران، نزيف، او ينتشر المرض الخايب فاعضاء أخرى

● كيفاش كيتشخص هاد المرض؟

من بعد مكيتبع المرييض تعليمات الطبيب ديالو كانديرو واحد التيو فالمخرج مصحوب بمنظاز باش كيمكنا نعرفو الجزء المقيوس، الجهة اليمين او الشمال، الحجم ديال الورم الكورا و كناخدو بالتالي عينة منها كنديوها للتشريح الدقيق باش كاتساعد نا

فاختيار نوع العلاج المناسب باش نشوفو واش نتاشر المرض. سكانير ديال الجسم

لمريض ديالنا كيكون مبنج وصايم ومتبع مجموعة من التعليمات ديال الطبيب:

بنسبة قليلة يقدر يكونو بعض الأخطار ديال هاد التيو بحال نزيف، تعففات، ثقب معوي، مضاعفات لبعض الأمراض لكيعاني منها المرييض بحال القلب أو أمراض الجهاز التنفسي.

● شنو هي طرق العلاج والهدف منها واش ضروري خاص الفتيح؟

الهدف: نحيدو الورم الكورا، نتجنبو رجوع نفس المرض و المضاعفات ديالو، باش الحالة الصحية ديال المرييض تتحسن.

طرق العلاج كتختلف من مريض لآخر: حسب السن، الحالة الصحية عامة ديال المرييض، نتايج التشريح الدقيق ومكان الورم.

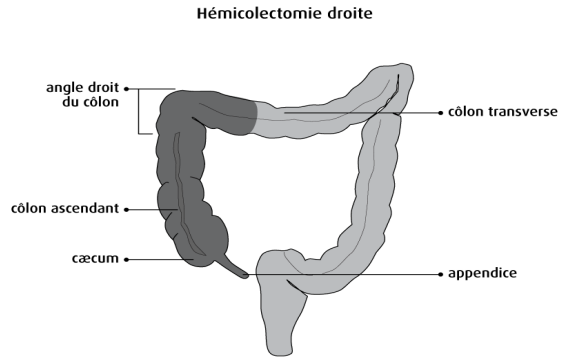
لفتيح يمكن يكون بجووج طرق:

فتح البطن بشق واحد، وكنحيدو الورم وكذلك الجزء المقيوس من الأمعاء تنظير البطن: عدة شقوق صغيرة لإدخال كاميرا وأدوات جراحية في المعدة بيها كنديو الورم

العملية بلفتيح لكبير كانديروها فاش كايكون لمريض سبقو فاتح بزاف دلمرات او إذا لورم كان كبير و مانقدروش نحيدوه بلمينصار

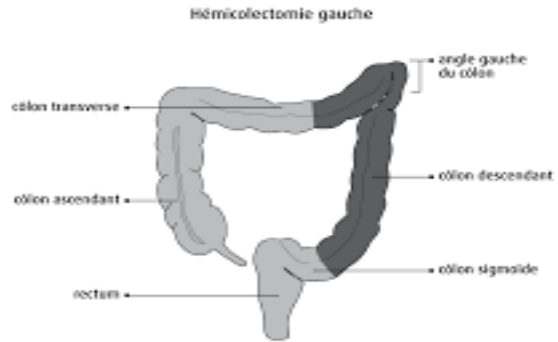
● غنحاولو باستخدام رسومات نبسطو طرق العلاج

فحالة ما المرض كايكون فالجهة اليمني
ومن بعد مكانتاكادو من انه مامنتاشرش،
كنحيدو الجزء المقيوس كامل



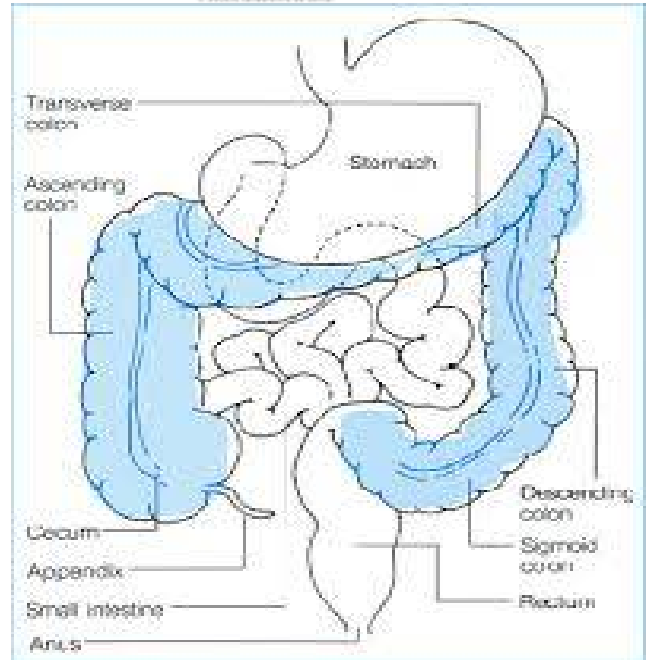
© Société canadienne du cancer

نفس الشئ الي كان المرض قايس الجهة
اليسرى



© Société canadienne du cancer

فهاد الحالة عندنا جوج امكانيات يا اما كانحيدو
الطرف الاخير من القولون او الجهة اليسري كاملة.

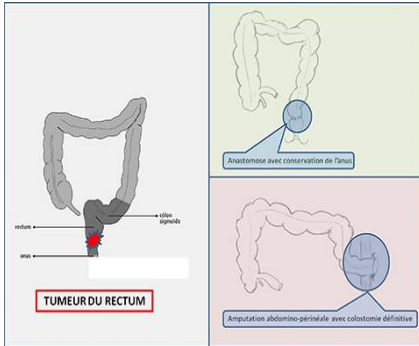
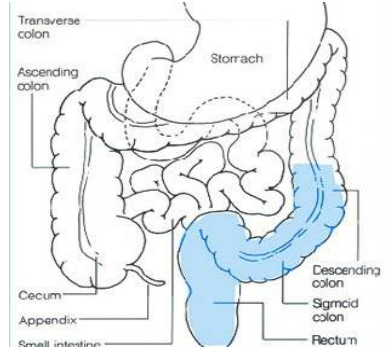
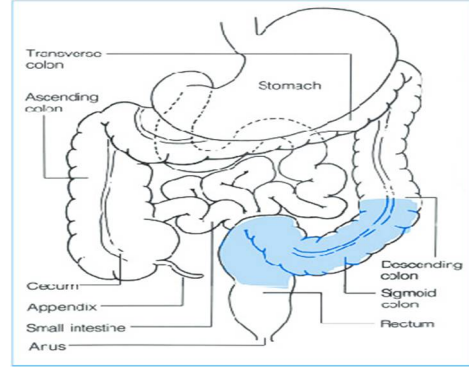


حسب واش المرض كاين فالجهة اليمني او الشمال كन्छدو نوع العملية المناسب

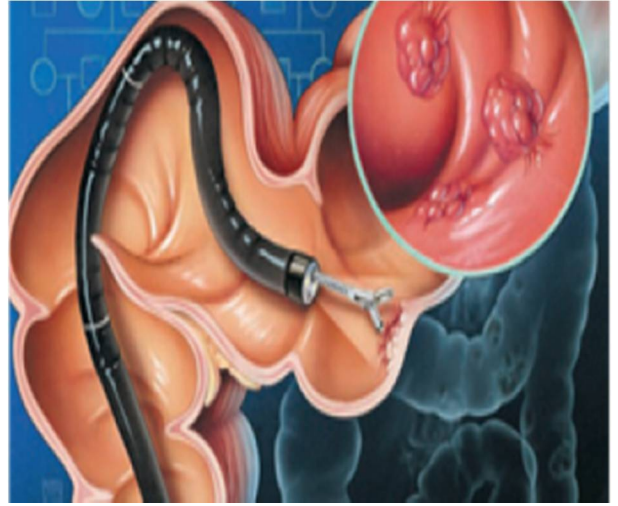
فبعض الاحيان المريض كايجينا فحالة متاخرة وبالتالي المرض كا يكون نتاشر لاعضا اخري ، فهاد الحالة الطبيب كيقرر حسب خصايص المرض واش المريض يمكن ليه يفتح. فهاد الحالة كنسبقو الشيميو ادوية كاتساعدنا نحيدو الورم الكورا بالجراحة من بعد واماكن الانتشار ديالو

فحالة ما الجراحة كانت غير ممكنة : الشيميو كاتساعد باش الورم ميكبرش بزاف و كاتنقص من الاعراض للي كاتخلي المريض كايعاني

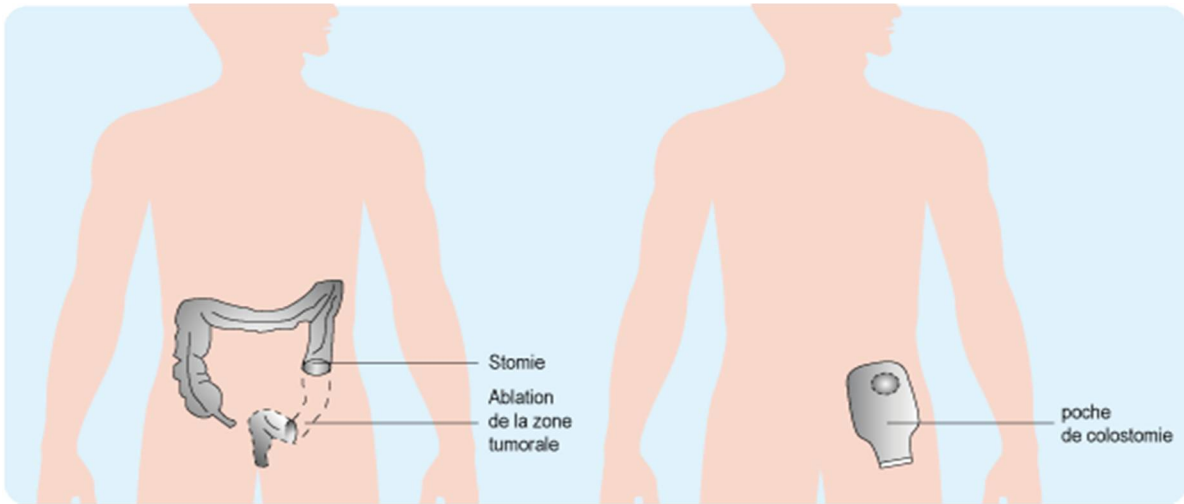
فحالة ما الورم قاس الجز الاخير ديال المصران الكبير المستقيمي : انواع العملية الجراحية كايعتمد علي واش الورم كاين فبداية المستقيمي ، الوسط او النهاية بحال للي كتوضح الرسومات



احيانا كاتفقدون نحيو الورم عن طريق التيو و المنظار الي كان قريب من الخرج



فبعض الاحيان و حسب العملية كيقدر طبيب يدير شكارا بلاصة ديال المخرج كياخذ طرف من المصران و كيلصق مع اللحم ويدير شكارا لي فيها كايدوز لخروج وكتبدل فاش كتعمر المريض خاص يرد لبال و يراقب مزيان جناب ديال شكارا باش يتجنب التعفن



شئو هما المضاعفات للي يقدر و يبانو مور العملية الجراحية؟



التعفن ديال البلاصة د الفتيح

الحريق فبلاصة ديال الفتيح الايام الاولي مور العملية

فحالة ما المريض بقا مدة طويلة بدون حركة يقدر هادشي ياتر علي العروق ديالو

نادرا نزيف

كيقدر فبعض الحالات المرض يرجع داكشي علاش من مور العملية خاص مراقبة مستمرة :

زيارة الطبيب كل 3 اشهر لمدة 3 سنين من بعد كل 6 اشهر لمدة عامين

سكانير او تلفازة كل 3 اشهر لمدة 3 سنين من بعد كل 6 اشهر فعامين

راديو الصدر كل عام لمدة 5 سنوات

تيو المخرج كل 2 او 3 سنوات من بعد 5 سنوات

إستمارة الموافقة المستنيرة في سرطان القولون والمستقيم

الأعراض:

التشخيص:

التدخل جراحي:

أنا الموقع -----(اسم ونسب المريض) ، اخول للطبيب (ختم الطبيب) إجراء التدخل الجراحي المذكور أعلاه.

أشهد أن الدكتور ----- أوضح لي طبيعة والغرض من التدخل الجراحي ، كما أبلغني بالفوائد والمخاطر والمضاعفات المحتملة ، كما أجاب عن جميع التساؤلات.

أصرح بوضع الفغر إذا رأى الطبيب أنه ضروري أثناء الجراحة. أقر بأنني تلقيت معلومات كاملة حول هذه المسألة.

أؤكد أنني قد قرأت وفهمت المعلومات المذكورة في ورقة معلومات التي شرحها لي الطبيب ، وأنا أفهم وأقبل أنه لا يمكن منحي أي ضمان أو تأكيد فيما يتعلق بالنتيجة المتوقعة للإجراء الجراحي

توقيع المريض: التاريخ:

أو

توقيع الممثل القانوني: التاريخ:

أنا، دكتور (الاسم ، الاسم الأول ، الختم) ، أقر بأنني شرحت الطبيعة والغرض والفوائد والمخاطر وإجراءات التشخيص والإجراءات الجراحية المختلفة لسرطان القولون والمستقيم.

أشهد أنني منحت المريض الفرصة لطرح الأسئلة وأجبت بأبسط طريقة. أعتقد أن المريض أو الممثل القانوني قد فهم ما شرحتة.

التاريخ: التوقيع (دكتور)

Fiche Consentement éclairé
Dans le cancer colorectal

Symptômes :

Diagnostic :

Intervention chirurgicale :

Je soussigne(e) ----- (non, prénom du patient), ne(e) le -----autorise le médecin---
----- (cachet du médecin) désigné à réaliser l'intervention chirurgicale mentionnée ci-dessus.

J'atteste que le Dr----- m'a expliqué la nature et le but de l'intervention chirurgicale, il m'a aussi informé des risques, bénéfices et possible complications, on m'a donné la possibilité de poser des questions et une réponse à toutes ses dernières ainsi qu'un délai de réflexion.

J'autorise la mise en place d'une stomie si le médecin le juge nécessaire lors de l'intervention chirurgicale. J'atteste avoir reçu à ce sujet une information complète.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations mentionnées dans la fiche d'information du CCR qui m'a été expliquée par le médecin , je comprend et accepte qu'aucune garantie ou assurance ne puisse m'être faite concernant le résultat attendu de l'intervention chirurgicale .

Signature du patient : ----- Date : -----

Ou

Signature du représentant légal : ----- Date : -----

Je soussigne, Dr ----- (Nom, prénom, cachet), certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices et les risques, procédure diagnostique et les différentes interventions chirurgicales du cancer colorectal.

Je certifie avoir offert au patient la possibilité de poser des questions et j'ai répondu de la manière la plus simple à ses dernières. Je crois que le patient ou le représentant légal a bien compris ce que j'ai expliqué.

Date : Signature (médecin) :



Bibliographie



- [1]. **Global Cancer Observatory**, 2020. Iarc.fr [en ligne]. [Consulté le 11 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://gco.iarc.fr/>
- [2]. **REGISTRE DES CANCERS - de la Région du Grand Casablanca pour la période, 2008**. [en ligne]. [Consulté le 11 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/RCRGC.pdf
- [3]. **Cancer colorectal, 2019. Centre Lyonnais de Chirurgie Digestive** [en ligne]. [Consulté le 11 novembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.chirurgien-digestif.com/cancer-colorectal#complications>
- [4]. **Registre du cancer colorectal De la région Grand Casablanca Edition 2012 ; p. 43-50** . Disponible à l'adresse : https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/RCRGC.pdf
- [5]. **Dr CHENAFI SERVICE- D'ANATOMIE NORMALE CHU ORAN - ANATOMIE DU COLON**, [sans date]. [en ligne]. [Consulté le 3 Décembre 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2046.pdf
- [6]. **Dr CHENAFI -SERVICE D'ANATOMIE NORMALE CHU ORAN ANATOMIE DU RECTUM**, [sans date]. [en ligne]. [Consulté le 3 décembre 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2053.pdf

- [7]. **Lecomte T, André T, Bibeau F, Blanc B, Cohen R, Lagasse JP, Laurent-Puig P, Martin-Babau J, Panis Y, Portales F, Taïeb J, Vaillant E.** « Cancer du côlon non métastatique » Thésaurus National de Cancérologie Digestive, Janvier 2019, [En ligne] [<https://www.snfge.org/tncd> et <http://www.tncd.org>]
- [8]. **Cotte E, Artru P, Christou N, Conroy T, Doyen J, Fabre J, Legoux JL, Hoeffel C, Léonard D, Meillan N, Paix A, Pioche M, Rivin Del Campo E, Vendrely V.** « Cancer du rectum ». Thésaurus National de Cancérologie Digestive, Mars 2019, [En ligne] [<http://www.tncd.org>]
- [9]. **PICARD-CROGUENNEC, Marianne, 2018.** Le cancer colorectal , physiopathologie et principaux symptômes . Actualités pharmaceutiques . June 2018 . Vol.57,n 577,pp .22-23
- [10]. **INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2013.** En cas d'occlusion intestinale - Chirurgie. E-cancer.fr [en ligne]. 2013. [Consulté le 21 Décembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Chirurgie/En-cas-d-occlusion-intestinale>
- [11]. **OTANI, Kensuke, KAWAI, Kazushige, HATA, Keisuke, TANAKA, Toshiaki, NISHIKAWA, Takeshi, SASAKI, Kazuhito, KANEKO, Manabu, MURONO, Koji, EMOTO, Shigenobu and NOZAWA, Hiroaki,** 2018. Colon cancer with perforation. *Surgery Today* [en ligne]. 24 April 2018. Vol. 49, n° 1, pp. 15–20. [Consulté le 21 décembre 2020]. DOI 10.1007/s00595-018-1661-8. Disponible à l'adresse : <https://link.springer.com/article/10.1007/s00595-018-1661-8>

- [12]. **Les traitements des cancers du côlon, collection Guides patients Cancer info, INCa, septembre 2020** ,[Consulté le 15 February 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-traitements-des-cancers-du-colon>
- [13]. **Les traitements des cancers du rectum, Collection guides patients Cancer info , INCa , Novembre 2020** , page 15 sur 85. Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr>
- [14]. **INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2013. Médicaments utilisés - Chimiothérapie. E-cancer.fr [en ligne]. 2013. [Consulté le 6 Février 2021].** Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Chimiotherapie/Medicaments-utilises>
- [15]. **Lecomte T, André T, Bibeau F, Blanc B, Cohen R, Lagasse JP, Laurent-Puig P, Martin-Babau J, Panis Y, Portales F, Taïeb J, Vaillant E. « Cancer du côlon non métastatique » Thésaurus National de Cancérologie Digestive, Janvier 2019, [En ligne] [<https://www.snfge.org/tncd> et <http://www.tncd.org>]**
 [Consulté le 6 Février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.snfge.org/content/3-cancer-du-colon-non-metastatique#ancre4344>
- [16]. **INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2013. Déroulement - Chimiothérapie. E-cancer.fr [en ligne]. 2013. [Consulté le 6 Février 2021].** Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Chimiotherapie/Deroulement>

- [17]. **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**, 2013. Thérapies ciblées - Cancer du côlon. E-cancer.fr [en ligne]. 2013. [Consulté le 6 Février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Therapies-ciblees>
- [18]. **Pr Michel Ducreux, chef de service d'oncologie digestive à Gustave Roussy**. Cancer colorectal : les traitements | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2020. Fondation-arc.org [en ligne]. [Consulté le 7 Février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-colorectal/traitement-cancer#chirurgie>
- [19]. **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**, 2013. Effets secondaires et risques - Chirurgie. E-cancer.fr [en ligne]. 2013. [Consulté le 7 Février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Chirurgie/Effets-secondaires-et-risques>
- [20]. **Prof. Demartines ,Prof. Schäfer,Prof. Hahnloser,Prof. HalkicProf. Matter , Prof. Hübner Dr MelloulDrZingg, Dre Uldry Résection rectum**, 2018. CHUV [en ligne]. [Consulté le 2 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.chuv.ch/fr/chirurgie-viscerale/chv-home/en-bref/staff/nos-teams/colorectal-et-proctologie/resection-rectum>
- [21]. **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**, 2013. Effets secondaires - Chirurgie. E-cancer.fr [en ligne]. 2013. [Consulté le 2 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-rectum/Chirurgie/Effets-secondaires>

- [22]. **WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO, 2018.** Cancer. Who.int [en ligne]. 12 September 2018. [Consulté le 2 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- [23]. Cyril clément, op cit. p : 64-65
- [24]. **Kawtar BENCHEKROUN**, Memoire Online - Les droits du patient au Maroc: quelle protection? 2020. [en ligne]. [Consulté le 6 Février 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.memoireonline.com/12/10/4192/m_Les-droits-du-patient-au-Maroc-quelle-protection12.html
- [25]. **STAHL, Bernard, 1998. Le consentement à l'acte médical. Revue juridique de l'Ouest [en ligne]. 1998. Vol. 11, n° 3, pp. 289–314.** [Consulté le 6 Février 2021]. DOI 10.3406/juro.1998.2465. Disponible à l'adresse : https://www.persee.fr/doc/juro_0990-1027_1998_num_11_3_2465
- [26]. **Conseil National de l'Ordre des Médecins** L'information du patient, 2019. [en ligne]. [Consulté le 6 Février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient>
- [27]. **DUPONT, Droit hospitalier , Ed. Dalloz, 1996**
- [28]. **Haute Autorité de Santé – 2012 DE**, Recommandation and PRATIQUE, Bonne, 2012. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé Principes généraux Méthode Recommandations pour la pratique clinique [en ligne]. [Consulté le 6 Février 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

- [29]. **DOUCHEZ B. Les règles légales et déontologiques. Section 3 l'acte médical et les droits des malades. COLL. Droit médecine n°3 .C. Neirinck .** disponible à l'adresse :
- <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/17494/M2882019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [30]. These : l'évolution de la relation patient-praticien de l'antiquité à nos jours en médecine maxillo-faciale . présentée le 16/07/2019 par M .Mohamed Mahdaoui . disponible à l'adresse :
- <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these223-19.pdf>
- [31]. **P. Ginies. La relation médecin-malade dans les maladies chroniques. EM-Consulte [en ligne]. 2008. [Consulté le 12 March 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/article/187210/la-relation-medecin-malade-dans-les-maladies-chron>**
- [32]. **Szasz TS. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship.**
- AMA Arch Intern Med. 1 Mai 1956;97(5):585.
- [33]. **Kaba R, Sooriakumaran P.** The evolution of the doctor-patient relationship. Int J Surg. 1 février 2007 ;5(1) :57- 65.
- [34]. These : l'évolution de la relation patient-praticien de l'antiquité à nos jours en médecine maxillo-faciale. présentée le 16/07/2019 par M .Mohamed Mahdaoui. disponible à l'adresse :
- <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these223-19.pdf>

- [35]. **CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE, 2019** . [en ligne]. [Consulté le 6 Février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- [36]. **Kawtar BENCHEKROUN**, Memoire Online - Les droits du patient au Maroc: quelle protection? -, 2020. Memoire Online [en ligne]. [Consulté le 3 Février 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.memoireonline.com/12/10/4192/m_Les-droits-du-patient-au-Maroc-quelle-protection12.html#fn45
- [37]. **Tropicale,A..S (2020.)Santé Maghreb - Revue de presse. APIDPM sante tropicale** , [en ligne]. 2020. [Consulté le 3 Février 2021]. DOI <http://www.santemaghreb.com/index.asp>. Disponible à l'adresse : <http://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=&texte=&action=>
- [38]. **code de déontologie marocaine**
- [39]. **BOUKIR, Anwar, 2012**. L'information médicale du malade atteint du cancer ,particularités du malade marocain. Um5.ac.ma [en ligne]. 2012. [Consulté le 15 February 2021]. DOI <http://ao.um5s.ac.ma/xmlui/handle/123456789/878>. Disponible à l'adresse : <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/878>
- [40]. **YVES PÉLICIER, 1995**. Psychologie cancers et société [en ligne]. Le Bouscat, France : L'esprit Du Temps. [Consulté le 15 February 2021]. ISBN 9782908206333. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/psychologie-cancers-et-societe--2908206331-page-189.htm?contenu=article>

- [41]. **RP. Kessels** Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003 (96)
- [42]. **WATSON, Philip Wb and MCKINSTRY, Brian, 2009.** A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. *Journal of the Royal Society of Medicine* [en ligne]. June 2009. Vol. 102, n° 6, pp. 235–243. [Consulté le 15 February 2021]. DOI 10.1258/jrsm.2009.090013. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19531618/>
- [43]. **ACKERMANN, S, BINGISSER, MB, HEIERLE, A, LANGEWITZ, W, HERTWIG, R and BINGISSER, R, 2012.** Discharge communication in the emergency department: physicians underestimate the time needed. *Swiss Medical Weekly* [en ligne]. 8 June 2012. [Consulté le 15 February 2021]. DOI 10.4414/smw.2012.13588. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22685014/>
- [44]. **CHEUNG, Melissa Mei Yin, SAINI, Bandana and SMITH, Lorraine, 2016.** Using drawings to explore patients' perceptions of their illness: a scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. November 2016. Vol. Volume 9, pp. 631–646. DOI 10.2147/jmdh.s120300.
- [45]. **MÄKINEN, M., CASTRÉN, M., HUTTUNEN, K., SUNDELL, S., KAARTINEN, J., BEN-MEIR, M. and RENHOLM, M., 2019.** Assessing the discharge instructing in the emergency department: Patient perspective. *International Emergency Nursing* [en ligne]. March 2019. Vol. 43, pp. 40–44. [Consulté le 15 February 2021]. DOI 10.1016/j.ienj.2018.07.005. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30316733/>

- [46]. **MARR, Sharon, HILLIER, Loretta M., SIMPSON, Diane, VINSON, Sigrid, GOODWILL, Sarah, JEWELL, David and HAZZAN, Afeez Abiola**, 2018. Factors for Self-Managing Care Following Older Adults' Discharge from the Emergency Department: A Qualitative Study. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* [en ligne]. 27 December 2018. Vol. 38, n° 1, pp. 76–89. [Consulté le 15 February 2021]. DOI 10.1017/s071498081800034x. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30587250/>
- [47]. **DOWSE, Ros, RAMELA, Thato and BROWNE, Sara H.**, 2011. An illustrated leaflet containing antiretroviral information targeted for low-literate readers: Development and evaluation. *Patient Education and Counseling* [en ligne]. December 2011. Vol. 85, n° 3, pp. 508–515. [Consulté le 15 February 2021]. DOI 10.1016/j.pec.2011.01.013. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21306856/>
- [48]. **NETGEN, 2019. Fiches d'information aux patients - Pour une compréhension durable des messages transmis au patient lors d'une consultation en urgence.** *Revue Médicale Suisse* [en ligne]. 2019. [Consulté le 15 February 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-650/Fiches-d-information-aux-patients-Pour-une-comprehension-durable-des-messages-transmis-au-patient-lors-d-une-consultation-en-urgence>

- [49]. **Collège de la Haute autorité de Santé**, GUIDE -AFFECTION LONGUE DURÉE Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer colorectal, 2008. [en ligne]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_colon_version_web.pdf
- [50]. Figure 1 : disponible sur le site : http://www.facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2046.pdf
- [51]. Figure 3 : disponible sur le site : <http://chirurgie-digestive-sat.aphp.fr/pathologies/cancer-colorectal/anatomie-du-colon-du-rectum/>
- [52]. Figure 4 / 5/6 : disponibles sur le site : <http://www.anat-jg.com/PeritoineSous/Rectum/rectum.texte.html>
- [53]. Figure 7/8/9/10 : disponibles sur le site : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/La-chirurgie>

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 أسانذتي وأعترف لهم بالجمل الذي يستحقونه.
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشرية 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 .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 114

سنة : 2021

الموافقة المستنيرة في سرطان القولون والمستقيم

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرفه

السيدة هدى مسرار

المزداة في 06 أبريل 1995 بتازة

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : العلاقة بين الطبيب والمريض؛ معلومات المريض؛ وثيقة المعلومات؛ الموافقة المسبقة؛ مضاعفات مابعد جراحة سرطان القولون والمستقيم

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس	السيد خليل أبو العلاء أستاذ في الإنعاش والتخدير
مشرف	السيد عبد المنعم آيت علي أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد عبد الرحمن الحجوجي أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد هشام العراقي أستاذ في الجراحة العامة
عضو	السيد رحال مسروري أستاذ في جراحة الجهاز الهضمي والأحشاء والجراحة العامة