

## CANCERS DU CÔLON EN OCCLUSION AU SERVICE DE CHIRURGIE "A" DU CHU DU POINT G BAMAKO.

COLON CANCERS IN OCCLUSION IN THE SURGICAL DEPARTMENT "A" OF THE  
CHU DU POINT G BAMAKO.

**Auteurs : Keita S, Dakouo D, Koumaré S, Traoré A, Keita S B, Soumaré L, Coulibaly M, Sissoko M, Sako, O, Sanogo ZZ.**

Service de chirurgie "A" du CHU du point G de Bamako

### RÉSUMÉ

**Objectifs :** Evaluer la prise en charge du cancer colique en occlusion, décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques, analyser les suites opératoires.

**Méthodologie :** Etude rétrospective et descriptive sur 9 ans de janvier 2010 à décembre 2018 ; incluant les malades opérés pour cancers du côlon (confirmés par l'histologie) en occlusion au service de chirurgie A du CHU du Point G.

**Résultats :** Cinquante-six cas d'occlusions coliques sur cancer ont été enregistrés, représentant 25,8% des cancers du côlon et 1,1% des hospitalisations. Le sex ratio était de 1,33. L'âge moyen était de 53,46 ans avec des extrêmes de 24 et 82 ans. Trois patients (5,4%) avaient un antécédent familial de cancer colique. Tous les patients (100%) ont été retrouvés en occlusion (douleur abdominale, arrêt des matières et de gaz, vomissements) ; 19 patients (33,9%) avaient une anémie. 34 patients (60,7%) étaient OMS II. La tumeur siégeait sur le colon sigmoïde dans 21(37,5%) cas, le Cœcum dans 10(17,9%) cas, le côlon transverse 7(12,5%) cas, l'angle colique droit 6(10,7%) cas, le côlon ascendant 3(5,4%) cas, et l'angle colique gauche 7 cas (12,5). 30 patients (53,6%) étaient au stade IV, 23 (41%) au stade III. L'occlusion a été confirmée et levée en per opératoire chez tous les malades. Le traitement curatif

(résection, curage ganglionnaire) en urgence a été réalisé chez 26(46,4%) patients, contre un traitement palliatif chez 30 patients (53,6%). L'adénocarcinome a été le type histologique le plus retrouvé avec 91,1% (51 cas). La morbidité a été de 21,4% (12 patients), il s'agissait essentiellement d'infection du site opératoire ; avec une mortalité de 12,5%. A 6 mois elle était de 14,3% (8 patients). Parmi les 26(46,4%) malades ayant bénéficié d'un traitement à visée curative, 5 (8,9%) étaient vivants à 5 ans.

**Conclusion :** Le cancer colique peut évoluer et entraîner une occlusion, majorant ainsi son pronostic.

**Mots clés :** cancer colon, occlusion, Bamako, Mali.

### SUMMARY

**objective:** To determine the frequency of colon cancer in occlusion in the department, to describe the diagnostic and therapeutic aspects, to analyze the operative follow-up.

**Method:** 9-year of retrospective study from January 2010 to December 2019; including patients operated for colon cancer (confirmed by histology) in occlusion at surgery department "A" at university Hospital Point G.

**Results:** 56 cases of colonic occlusions on cancer were recorded, accounting for 25.8%

of colon cancers, and 1.1% of hospitalizations, the sex ratio was 1.33. The average age was 53.46 years with extremes of 24 and 82 years, a standard deviation of 14.57. 3 (5.4%) patients had a family history of colon cancer. All patients (100%) were found in occlusion (abdominal pain, stopping of materials and gas, vomiting); 19 (33.9%) patients had anemia. 34 (60.7%) of the patients were WHO II. The tumor sat on the Sigmoid in 21 (37.5) cases, caecum 10 (17.9%) cases, transverse colon 7 (12.5%) case, the right colic angle 6 (10.7%) cases, ascending colon 3 (5.4%) case, and left colonic angle 7 (12.5%) cases. 3 (5.4%) patients were in stage II, 23 (41%) in stage III, and 30 (53.6%) in stage IV. Occlusion was confirmed and lifted intraoperatively in all patients. The treatment (resection, lymph node dissection) urgently was performed in 26 (46,4%) patients, against palliative treatment in 30 (53,6%) patients. Adenocarcinoma was the most common histological type with 91.1% (51 cases). The morbidity was 21.4% (12 patients), it was mainly infection of the operative site; with a mortality of 12.5%. At 6 months she was 14.3% (11 patients). Of the 26 (46.4%) patients who received treatment for curative purposes and with a follow-up of at least 5 years, 5 (8.9%) were alive.

**KEY WORD:** colon cancer, occlusion, Bamako, Mali.

## INTRODUCTION

Le cancer colique peut évoluer et entraîner une occlusion. En France, 70 %, des occlusions coliques sont dues au cancer, et 16% des cancers colorectaux sont diagnostiqués au stade d'occlusion [1]. En Suisse plus de 15% des patients vivant avec le cancer du côlon se présentent en occlusion ou en perforation [2]. En Afrique, à Madagascar, RAVELOSON a trouvé 37 cas d'occlusions chez 75 patients atteint de cancers du côlon soit 49,33%. [3]. Deux occlusions néoplasiques sur trois siègent entre le tiers gauche du côlon transverse et la charnière recto-sigmoïdienne. [4]. Les

attitudes thérapeutiques chirurgicales sont variées, pour le colon droit : le choix serait la colectomie droite élargie vers la gauche, avec anastomose iléo- colique termino-terminale. Quant au côlon gauche, sa stratégie thérapeutique est sujette à beaucoup de controverse. Les stratégies suivantes peuvent être utilisées : la colostomie première latérale sur baguette dont la mortalité varie de 0 à 3%; la colectomie segmentaire sans rétablissement de continuité (Hartmann) avec une mortalité de 10%; la colectomie subtotalaire d'amont avec un taux de mortalité variant entre 3 à 13% ; la colectomie segmentaire avec lavage colique per opératoire dont le taux de mortalité varie de 0,1 à 1% ; prothèse colique (stent colique) avec un taux de mortalité compris entre 0,6 et 5,7 %. [5,6,7,8]. La chimiothérapie, la radiothérapie et l'immunothérapie constituent des moyens thérapeutiques adjuvants. La thérapie ciblée améliore le pronostic des formes métastatiques [9]. La survie globale à 5 ans est de 59, 4% [10].

Nos objectifs étaient d'évaluer la fréquence des cancers du côlon en occlusion dans le service de chirurgie "A" du CHU du Point G ; de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques, et d'analyser les suites opératoires.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie "A" du CHU du Point G de janvier 2010 à décembre 2018.

Nous avons retenu dans cette étude tous les patients hospitalisés chez qui le diagnostic de cancer colique a été confirmé par l'histologie. L'occlusion était déterminée à travers les signes du syndrome occlusif (arrêt de matières et gaz, douleur abdominale, vomissement, distension abdominale) associés à une imagerie. Les paramètres étudiés ont été : l'âge, le sexe, les signes cliniques, les examens radiologiques, les types histologiques, le traitement

instauré, l'évolution et les suites opératoires. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des registres de comptes rendus opératoires des malades hospitalisés au sein du service, elles ont été saisies et analysées sur le logiciel Word 2016 et SPSS 24 version mac avec P significatif <0,05.

**RESULTATS** : cinquante-six cas d'occlusions coliques sur cancer ont été enregistrés, représentant 25,8% des cancers du côlon et 1,1% des hospitalisations. Le sex ratio était de 1,33. L'âge moyen était de 53,46 ans avec des extrêmes de 24 et 82 ans. Trois patients (5,4%) avaient un antécédent familial de cancer colique. Tous les patients (100%) ont été retrouvés en occlusion (douleur abdominale, arrêt des matières et de gaz, vomissements). Dix-neuf patients (33,9%) avaient une anémie. Trente-quatre patients (60,7%) étaient OMS II. Les signes physiques retrouvés sont représentés dans le tableau I. La tumeur siégeait sur le colon sigmoïde dans 21 (37,5%) cas, le Cœcum dans 10 (17,9%) cas, le côlon transverse 7 (12,5%) cas, l'angle colique droit 6 (10,7%) cas, le côlon ascendant 3 (5,4%) cas et l'angle colique gauche 7 cas (12,5%). Les différents sièges du cancer sont représentés dans le tableau II. Le stade TNM de nos patients était : stade IV 30 patients (53,6%), stade III, 23 patients (41%) et le stade II 3 patients (5,4%). Les patients étaient : ASAI dans 48,2% des cas, ASAII 46,4%, et ASAIV 4% des cas. Une réanimation et un bilan préopératoire (NFS, Glycémie, créatininémie, groupage - rhésus, souvent l'ionogramme sanguin) a été réalisé chez l'ensemble de nos patients. Le traitement curatif (résection, curage ganglionnaire) en urgence a été réalisé chez 26 patients (46,4%) patients, un traitement palliatif chez 30 patients (53,6%), la chirurgie palliative a consisté en une dérivation interne ou externe laissant la tumeur en place. Les techniques chirurgicales sont représentées dans le tableau III. L'adénocarcinome a été le type histologique retrouvé chez 51 patients (91,1%), le lymphome malin chez 5 patients (8,9%). La

morbidity immédiate était de 21,4% des cas, essentiellement à type d'infection du site opératoire. La mortalité à court terme était de 12,5% des cas. A 6 mois elle était de 14,3%, et 46,4% à 5 ans. La survie des 26 patients (ayant bénéficiés d'une chirurgie à visée curative) était de 8,9% (5 patients).

## COMMENTAIRES

En Afrique les cancers du côlon sont rares [11,12]. La consultation tardive des patients contribue à une prévalence plus élevée des formes occlusives atteignant 49% pour certains auteurs [13]. Au cours de l'étude le pourcentage des cancers du côlon en occlusion a été de 20,07%. Ce taux est supérieur à celui rapporté dans l'étude française avec 6,3% [14]. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par le retard diagnostique et de l'automédication des patients et d'autre part par l'absence de structure d'investigation dans les centres de santé en dehors de la capitale. Dans la littérature le sexe n'est pas un facteur de risque de cancer du côlon et les incidences de cancers coliques en occlusion sont voisines dans les deux sexes [13]. Les cancers coliques étaient considérés comme une pathologie des sujets âgés [14]. L'âge moyen des patients était de 53,46 ans. Cet âge est relativement jeune par rapport à la littérature qui est de 69 ans [13]. La survenue d'un cancer chez les sujets jeunes au-delà du caractère familial doit faire rechercher une exposition aux facteurs de risques. En urgence, les examens paracliniques comme la tomodensitométrie et l'ASP sont nécessaires pour confirmer l'occlusion, pour apprécier sa gravité et pour rechercher l'étiologie [15,16]. La présence de niveaux hydro-aériques dans le cadre colique a été objectivée dans 92,8% par la radiographie de l'abdomen sans préparation dans notre étude. Le scanner abdominal, considéré comme procédé de routine dans l'évaluation préopératoire du cancer colique en occlusion [17, 18] a été réalisé dans 41,07%. Ces taux sont statistiquement inférieurs à ceux rapportés dans les séries sénégalaise et française (78,5

et 100%) [19,20]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'accessibilité difficile et au coût élevé de cet examen surtout dans un contexte d'urgence. Le côlon gauche a été le siège le plus fréquent au cours de notre étude, ce qui est conforme à celui retrouvé dans la littérature [19, 21, 22]. L'adénocarcinome Lieberkuhnien est l'aspect microscopique le plus fréquent dans le cancer colique [13]. Au cours de notre étude l'adénocarcinome a été le type histologique retrouvé dans 91,1% des cas. Ce taux ne présente pas de différence statistiquement significative avec les résultats d'autres travaux avec 91,7 et 92% [12, 23]. Le taux de mortalité postopératoire de 12,5 % dans notre série ne diffère pas de celui rapporté par Zongo au Burkina Faso avec 16,6% (P=0,0642) [22]. La prise en charge post opératoire par les mesures de réanimation post-opératoire, le stade évolutif du cancer, le délai de prise en charge de l'occlusion sont des facteurs influençant la morbidité et la mortalité [21]. Pour le cancer colique gauche en occlusion, la colostomie première par voie élective est considérée comme l'intervention de référence chaque fois qu'elle est réalisable [24]. Notre taux de 12,5 % de réalisation de stomie dans le cancer du côlon gauche en occlusion ne présente pas de différence par rapport à celui rapporté par Bouaré Y (P= 0,0814) [21]. La colostomie pourrait poser des problèmes quant à sa gestion, son impact psychologique et ses répercussions sur la qualité de vie. Ces colostomies confectionnées pour être temporaires peuvent devenir définitives chez certains malades dues au stade avancé de leur cancer. L'absence de stent dans l'étude est liée à la non disponibilité du matériel dans notre contexte de travail. D.Mege et Rault en France en ont réalisé respectivement dans 18% et 10,5% des cas [25, 20]. Le taux de survie à 5 ans a été 8,9% chez nos patients, ailleurs des taux de survie à cinq ans atteignant 21%, [26] 47% [24] et 51,6% [4] ont été publiés. Cette différence pourrait s'expliquer par les stades évolutifs et la qualité de la prise en charge pré, per et post

opératoire ainsi que la chimiothérapie. Cette analyse corrobore avec les résultats de l'analyse de la courbe de Kaplan Meier de notre étude qui prouve une augmentation de la survie en fonction du stade TNM et la réalisation de la chimiothérapie. Ainsi les patients ayant un stade TNM2, TNM3 et chez qui une chimiothérapie avait été réalisée ont une survie plus élevée. (Figure 2 et 3).

### CONCLUSION :

Les cancers coliques peuvent évoluer et entraîner une occlusion, majorant ainsi son pronostic. Ils ne sont pas rares dans notre pratique. La priorité est au rétablissement de la continuité colique.

### REFERENCE

- 1-Tiret E. Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du côlon ? Conférence de Consensus : prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Gastroenterol ClinBiol 1998 ;22 :102-107.
- 2-Charbonnet P, Gervaz P, Andres A, Bucher P, Konrad B, Morel P. Results of emergency Hartmann's operation for obstructive or perforated left-sided colorectal cancer. World Journal of Surgical Oncology 2008 ;6:90.
- 3- Raveloson JR, Rantomalala H, Rakotoarisoa B. Prise en charge des cancers du côlon en occlusion au CentreHospitalier de Soavinandriana, Médecine d'Afrique Noire 2005;11-52
- 4- McArdle CS, McMillian DC, Hole JD. The impact of Blood loss, obstruction and perforation on survival in patients undergoing curative resection for colon cancer. Br J Surg 2006;93:483-8.
- 5- JaparkGyu, SeogChoi. Laparoscopic approach vs intraoperative colonic Lavage. J GastrointestSurg 2009; 13:960-965.
- 6- Sebastiano BM, Joan MR. A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic

cancer. American Journal of Surgery 2005; 189:377–383.

7- Brachet D, Lermite E. Cancers du côlon en occlusion. EMC 2008; 13:970–985.

8- Tilney HS, Lovegrove RE. Comparison of colonic stenting and open surgery for malignant

Large bowel obstruction. SurgEndosc 2007;21:225–233.

9- Sebastiano BM, Joan MR. Prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. Br J Surg 1995; 82:1622–1627.

10- SCOTIA. Subtotal Colectomy versus On-Table Irrigation and Anastomosis Single-stage treatment for malignant leftsided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. Br J Surg 1995 ;82 :1622–1627

11-Elé N, Okiémy G, Lebeau R, Nkoua-Mbon JB, MbonbiPandi RI, Massengo R. Le cancer du colon gauche au CHU de Brazzaville. Resultats du traitement chirurgical. Mali Med 2006 ;21:1-3.

12-Conroy T, Guillemin F, Stines J, Denis B. Diagnostic et évaluation de l'extension des cancers colorectaux. Rev Prat 1994 ;44:2706-13

13- Raveloson JR, Rantomalala H, Rakotoarisoa B. Prise en charge des cancers du côlon en occlusion au Centre Hospitalier de Soavinandriana, Médecine d'Afrique Noire 2005 ;11-52

14-Collet D, Goffre B. Le cancer colique en occlusion. J Chir 2002;24:86-91

15-Conroy T, Guillemin F, Stines J, Denis B. Diagnostic et évaluation de l'extension des cancers colorectaux. Rev Prat 2011 ;44:2706-13.

16-Dorval ED. Quels sont les examens utiles à la décision thérapeutique dans le cancer du

côlon ?Gastroentérol Clin Biol 2010;22:585-89.

17. Hassane I. Cancer colique en occlusion : étude rétrospective à propos de 32 cas. Thèse Med Maroc 2007 ; N°125

18. Viguier J, Bourtier P, Karsenti D. Cancer du côlon ECM, Gastro-entérologie 2003;18: 9-68

19-Thiam Jaafar Ibn Talib. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des cancers du côlon en occlusion à l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar : université Cheick Anta Diop ;2018.

20-Rault A, Collet D, Cunha SA, Larroude F, Ndobu E, Masson B. Surgical management of obstructed colonic cancer. Annales de Chirurgie 2005 ;130:331-335

21-Bouaré Yacouba : cancer du côlon en occlusion dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré 2014 ;56-98

22-Zongo W S. Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques des cancers coliques en occlusion aux CHUYO et CHUSS : à propos de 36 cas [thèse]. Ouagadougou : Université de Ouagadougou ; 2012. 120p

23-Benmansour M, Ben charef Yassine, Kohil Asma. Cancer colique en occlusion au service de chirurgie générale « B » CHU de Tlemcen [mémoire] ;2017

24-Cugnenc PH, Berger A, Zinzindohoué F, Quinaux D, Wind P, Chevalier JM. La chirurgie en deux temps dans les occlusions coliques gauches néoplasiques reste la sécurité Chir 1997;134:275-8.

25-D. Mege, G. Manceau, V. Bridoux et al. Chirurgie du cancer du côlon gauche en occlusion : résultat de l'étude multicentrique de l'Association française de chirurgie sur 1500 patients Journal de Chirurgie Viscérale (2019) 156, 223—235

**Tableau I : Signes physiques**

Signes physiques	Effectif	Pourcentage (%)
Distension abdominale	56	100
Masse abdominale	20	35,7
Matité	11	19,6
Cicatrice d'intervention chirurgicale	8	14,3
Adénopathies inguinales	5	8,9

**Tableau II : Sièges de la tumeur**

Siège tumeur colon gauche	Effectif	Pourcentage (%)
Cœcum	10	17,9
Colon ascendant	3	5,4
Angle colique droit	6	10,7
Colon transverse	7	12,5
Angle colique gauche	7	12,5
Colon descendant	2	3,5
Colon sigmoïde	<b>21</b>	<b>37,5</b>
Total	<b>32</b>	<b>100</b>

**Tableau III : Geste chirurgical réalisé**

Geste chirurgical réalisé	Effectif	Pourcentage (%)
Hemicolectomie droite + anastomose iléo-transverse	17	30,3
Hemicolectomie gauche + anastomose colorectale	1	1,8
Colectomie subtotale + iléostomie en double canon	1	1,8
Colectomie segmentaire + anastomose en un temps	18	32,1
Intervention de Hartmann	4	7,1
Intervention de Bouilly Walkman	2	3,6
Dérivation iléo-colique transverse	3	5,4
Dérivation iléo-colique descendante	2	3,6
Dérivation iléo-colique sigmoïdienne	5	8,9
Colostomie latérale temporaire	2	3,6
Iléostomie temporaire	1	1,8
Total	<b>56</b>	<b>100</b>

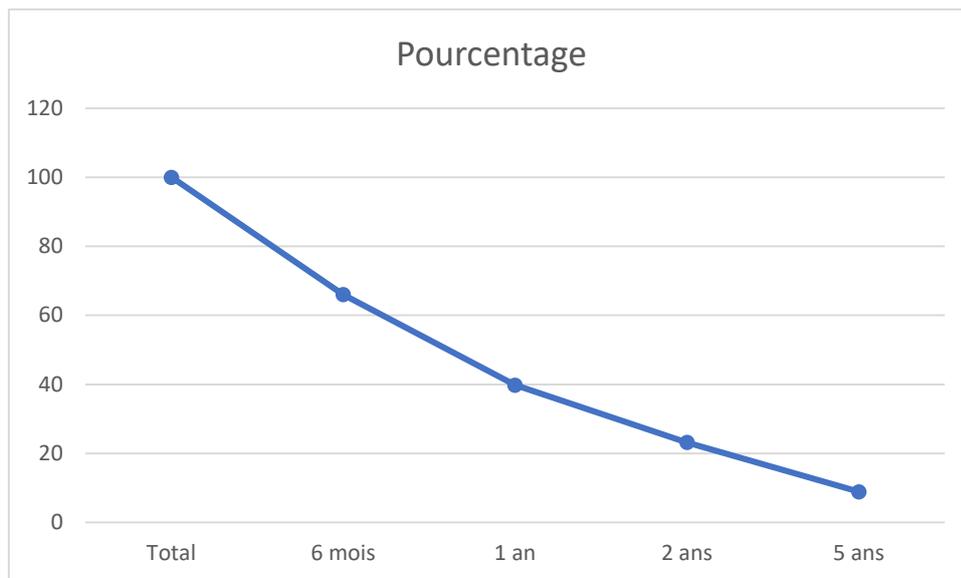
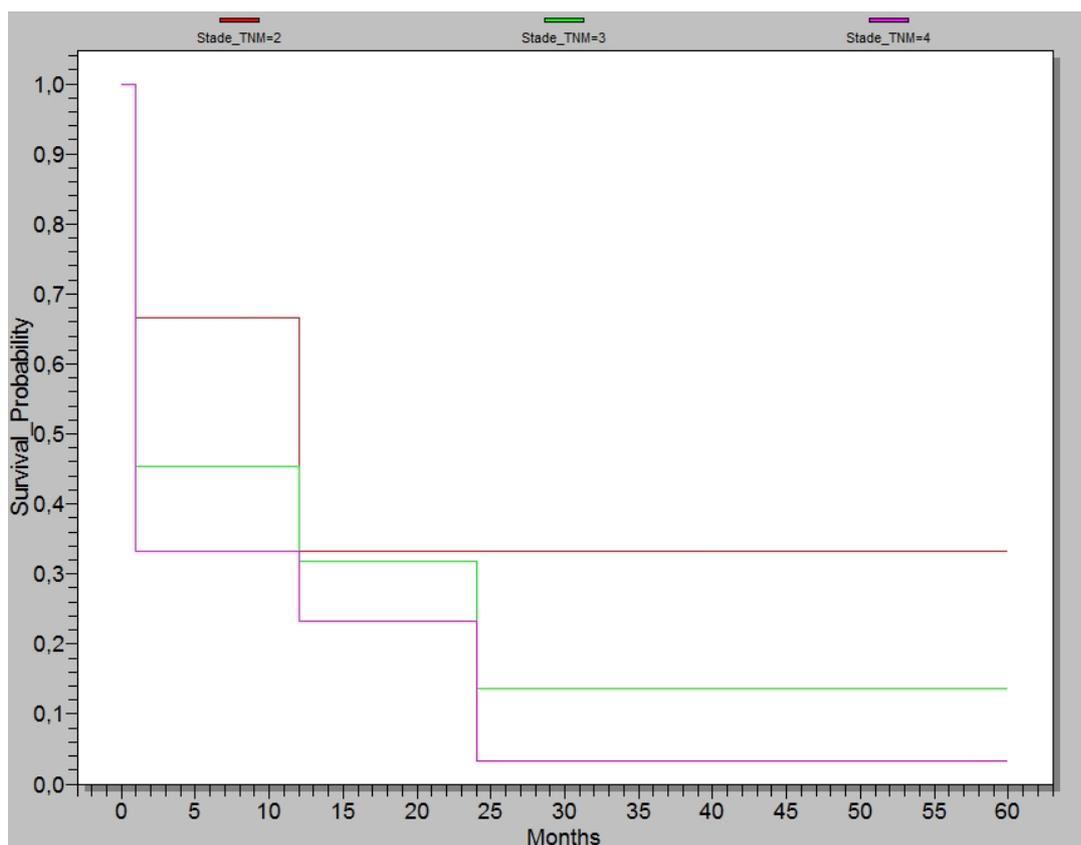


Figure 1 : Survie globale

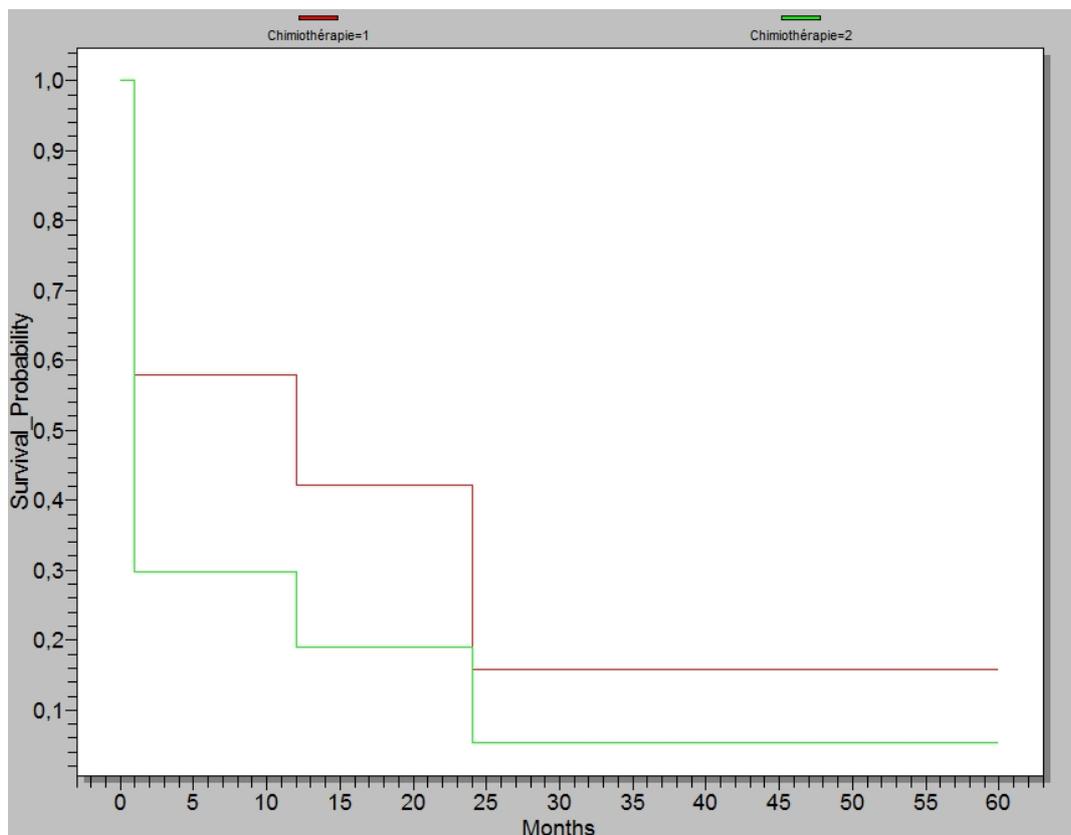


Test Statistic D.F. P-Value

Log-Rank 2,2029 2 0,3324

Wilcoxon 1,886 2 0,3895

Figure 2 : Kaplan-Meier/Stade TNM



Test Statistic D.F. P-Value

Log-Rank 2,2029 2 0,3324

Wilcoxon 1,886 2 0,3895

Figure 3 : Courbe de Kaplan-Meier/chimiothérapie.