

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**

Université Aboubakr Belkaïd  
Faculté de médecine Dr.B. Benzerdjeb



## **MEMOIRE de fin d'études**

Présenté pour l'obtention du diplôme de doctorat en médecine

### **Thème**

**CANCERS DES COLONS EN OCCLUSION**

Présenté Par

*FERDJI Souhila Chahrazed*

*BERRAHMOUN Souad*

*BELHACHEMI Ikhlas*

Encadrement : Pr. *N. Taouagh*

Année universitaire : 2019 – 2020

Année universitaire : 2019 – 2020

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**  
Université Aboubakr Belkaïd  
Faculté de médecine Dr.B. Benzerdjeb



## **MEMOIRE de fin d'études**

Présenté pour l'obtention du diplôme de doctorat en médecine

### **Thème**

**CANCERS DES COLONS EN OCCLUSION**

Présenté Par

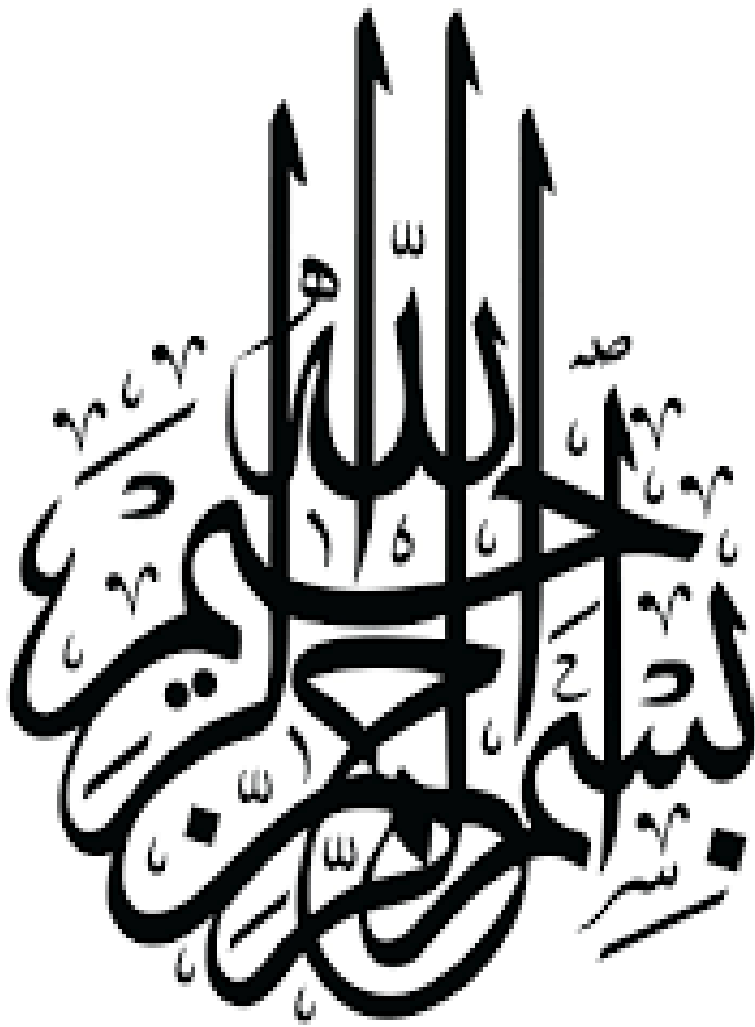
*FERDJI Souhila Chahrazed*

*BERRAHMOUN Souad*

*BELHACHEMI Ikhlas*

Encadrement : Pr. *N. Taouagh*

Année universitaire : 2019 – 2020



# ***Dédicaces***

**Je dédie ce travail**

**A**

***Mes chers parents ; ma mère, mon père et ma grand - mère***

*J'espère de tout mon cœur qu'en ce jour vous êtes fiers de moi et que je réalise l'un de vos rêves.*

*A mes frères **Tayeb** et son épouse **Noura, Slimane et Seddik***

*Ma chère sœur généreuse ; **Hasna** et son mari **Amine***

*A ma jolie, ma talentueuse, ma princesse **Moufida***

*A mes adorables sœurs ; **Meghnia, Soukina***

*Vous êtes une famille formidable elhamdoulillah*

*Je vous aime et je prie dieu de vous rendre heureux.*

**Melle *Ferdji Souhila Chahrazed***

**Je dédie ce travail**

**A**

***Deux êtres qui me sont les plus chers au monde mes parents***

*Qui ont fait de moi ce que je suis ;*

*Source de mes joies et secret de ma force ;*

*Aucune expression, aussi élaborée soit-elle, ne saurait exprimer l'estime ;*

*le respect et l'amour que je porte pour vous ;*

*Uniques et irremplaçables, aucun hommage ne pourrait être à la hauteur  
de vos sacrifices et de l'affection dont vous n'avez jamais cessé m'éprouver ;*

*Vous qui n'avez jamais cessé de croire en moi, vous, qui voyez le monde à travers mes yeux,*

*Merci d'être tout simplement mes parents.*

*C'est à vous que je dois cette réussite, et je suis fière de vous l'offrir*

***Mes très chers frères **Mohamed el Hachemi et Abdallah,*****

***Ma seule et adorable sœur **Asmaa Zakia,*****

***Mon cher oncle **Ibrahim :*****

***Familles **Belhachemi et Mazouzi*****

*****Souad, Souhila, Naima et ibtissem*****

***Melle. Belhachemi Ikhlas***

**Je dédie ce travail**

**A**

***Ma chère Maman***

C'est à travers tes encouragements que j'ai porté cette noble profession, et c'est à travers tes critiques que je me suis réalisé.

***La mémoire de mon père***

Que j'aurai tellement voulu que tu sois présent à mes côtés  
Tu étais ma fierté, ma source de volonté et de courage. Ton sourire, ta joie de vivre, ta  
courtoisie, ta bravoure, ta modestie....  
J'ai beaucoup appris de ta sagesse de tes conseils....  
Je me donnai du mal pour finir au plus vite pour que tu puisses me voir aujourd'hui, mais  
dieu en a décidé autrement.

*Mes chères et adorables sœurs*  
*Ma chère maitresse **Youcefi Nacira***  
*Ma meilleure amie **Amiri Nesrine***

***Melle. Berrahmoun Souad***

# ***Remerciements***



***A notre cher maître***

***Monsieur le professeur Nacereddine Taouagh***

***Maitre de conférences hospitalo universitaire classe « A »  
Chirurgie générale***

*Nous tenons à vous déclarer nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de diriger ce travail avec patience.*

*Votre dévouement au travail, votre gentillesse imposent le respect et représentent le modèle que nous serons toujours heureux de suivre.*

*Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre patience, vos précieux et pertinents conseils.*

*Puisse ce travail être à la hauteur de l'attention, et l'estime que vous nous avez accordés.*

# ***Table des matières***

## Table des matières

<b>Chapitre I : Introduction</b> .....	<b>01</b>
1. Rappel anatomique	
2. Physiopathologie	
3. Rappel anatomo pathologique	
3.1. Localisation .....	
3.2. Aspect macroscopique .....	
3.3. Aspect microscopique .....	
3.4. Extension tumorale .....	
4. Classification .....	
5. Diagnostic positif .....	
5.1. Diagnostic clinique .....	
5.1.1. Signes généraux .....	
5.1.2. Signes fonctionnels .....	
5.1.3. Signes physiques .....	
5.2. Diagnostic Paraclinique .....	
5.2.1. Radiologie .....	
5.2.2. Endoscopie .....	
5.2.3. Biologie .....	
6. Prise en charge thérapeutique.....	
6.1. But du traitement .....	
6.2. Moyens thérapeutiques .....	
6.2.1. Traitement médical .....	
6.2.2. Traitement chirurgical .....	
6.2.2.1. Voie d'abord .....	
6.2.2.2. Gestes chirurgical .....	
6.2.3. Traitement endoscopique.....	
6.2.4. Traitement adjuvant .....	
<b>Chapitre II : Matériels et méthodes</b> .....	<b>16</b>
1. Objectifs .....	
1.1. Objectif général .....	
1.2. Objectifs spécifiques .....	
2. Type d'étude et population .....	
3. Protocole .....	

**Chapitre III : Résultats**

**1. Aspect épidémiologique ..... 22**

**1.1. Fréquence ..... ..**

**1.2. Age ..... ..**

**1.3. Sexe ..... ..**

**1.4. Années ..... ..**

**2. Aspect clinique**

**2.1. Motif de consultation ..... ..**

**2.2. Localisation ..... ..**

**2.3. Extension tumorale ..... ..**

**3. Prise en charge ..... ..**

**Chapitre IV : Discussion**

**7. Aspect épidémiologique .....33**

**7.1. Fréquence ..... ..**

**7.2. Age ..... ..**

**7.3. Sexe ..... ..**

**7.4. Pathogénie ..... ..**

**Chapitre V : Conclusion .....55**

**Bibliographie .....57**

**Annexe .....65**

**Résumé .....69**

# ***Chapitre I***

## ***Introduction***

## 1. Introduction

Le cancer colique en occlusion est une pathologie grave car elle survient le plus souvent chez des personnes âgées et altérées

L'occlusion intestinale aiguë est l'arrêt complet et persistant du transit intestinal. Elle constitue l'une des complications inaugurales la plus fréquente des patients atteints de cancer abdominal en phase avancée.

Dans 75 % des occlusions, le siège est au niveau du grêle, dans les 25% restant le siège est colique.

L'occlusion colique d'origine tumorale est une situation clinique de plus en plus fréquente et potentiellement grave. Elle survient souvent chez des patients, qui ont un état général altéré et présentent un stade tumoral avancé.

En effet, en l'absence de moyens de dépistage, ou du fait de la négligence des patients des premiers symptômes de la maladie, la pathologie est souvent diagnostiquée au stade de complications notamment l'occlusion intestinale aiguë et localisations secondaires.

Des études ont montré l'existence d'une lésion précancéreuse. Il résulte dans 60% des cas de la transformation cancéreuse d'un adénome dont le terme nécessaire pour cette transformation avoisine les 10 ans ; d'où l'intérêt du dépistage individuel.

Le dépistage individuel chez les sujets à risque est désormais plus facile grâce aux tests immunologiques. Il permet d'identifier ce cancer à un stade précoce de son développement, voire détecter et traiter les polypes avant leur évolution carcinologique. Ceci permettra une meilleure prise en charge des cancers colorectaux, ainsi que des traitements moins lourds.

La prise en charge des patients ayant un cancer colorectal nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, et pose à la fois :

- Le problème d'une obstruction organique sévère du colon avec tous les retentissements potentiels notamment d'ordre général ou intestinal d'amont.
- Et le problème d'un cancer souvent localement avancé, et fréquemment déjà métastatique.

Le traitement de l'occlusion intestinale aiguë sur un processus tumoral colique reste un sujet controversé. Une intervention chirurgicale est dans la majorité des cas préconisée en urgence, associée à une morbidité importante ainsi qu'un taux élevé de stomie. En effet, d'une part, les malades ont une altération de l'état général, une déshydratation, un déséquilibre hydro-électrolytique et un éventuel sepsis. D'autre part, l'urgence thérapeutique ne permet pas la réalisation d'un bilan optimal de l'état général et de la pathologie colique proprement dite.

Le pronostic des cancers colorectaux s'est nettement amélioré dans pays développés ces dernières années grâce au diagnostic précoce, mais il reste toujours sombre dans notre contexte, vu l'absence et la non généralisation du dépistage.

## 2. **Rappel anatomique** : anatomie chirurgicale du côlon [29 ; 30 ; 31 ; 32] :

Le côlon ou communément appelé gros intestin est la partie du tube digestif, étendue de l'orifice iléo-caecal à la charnière recto-sigmoïdienne. Il est subdivisé en 8 parties successives:

Le cæco-appendice, le côlon ascendant, l'angle colique droit, le côlon transverse, l'angle colique gauche, le côlon descendant, le côlon iliaque et le côlon sigmoïde.

### 2.2. Situation générale :

La totalité du côlon est en situation intra-péritonéale, sous méso colique. Il a la forme d'un « cadre » ou d'un «U inversé ». Sur le plan chirurgical :

- Le côlon droit comprend :

Le caecum, le côlon ascendant, l'angle colique droit et les deux tiers droits du côlon transverse.

- Le côlon gauche comprend quant à lui :

Le tiers gauche du côlon transverse, l'angle colique gauche, le côlon descendant, le côlon iliaque et le côlon pelvien ou sigmoïde.

### 2.3. Dimensions :

Le côlon est étendu sur une longueur d'environ 1m45 à 1m65, son calibre est variable selon le segment et tend à se réduire progressivement.

Le caecum étant la partie la plus dilatée, son diamètre est de 8 à 28 cm ; le côlon pelvien, quant à lui, a un calibre de 3 à 14cm.

### 2.4. Morphologie externe : [30 ; 31]

Le côlon se différencie de l'intestin grêle par son calibre plus important et son apparence bosselée. Ces bosselures correspondent à des haustrations et sont séparées par des rétrécissements qui font saillie dans la lumière sous la forme de plis semi-lunaires.

La surface colique est en outre parcourue par des bandelettes blanchâtres, condensation de la couche musculaire externe longitudinale d'environ 1cm de large, qui le segmentent longitudinalement en trois faces.

Ces bandelettes sont au nombre de trois du cæcum au sigmoïde, l'une antérieure (sur le bord libre), les deux autres postéro-latérales

### 2.5. Structure:

La paroi colique est constituée de quatre couches se disposant de la périphérie à la profondeur en :

Couche séreuse : il s'agit du péritoine viscéral entourant la quasi-totalité du côlon.

Une couche musculuse, elle-même subdivisée en deux sous couches :

- L'une superficielle est disposée longitudinalement
- L'autre profonde est circulaire

Une couche sous muqueuse : c'est elle qui assure la vascularisation de la paroi digestive.

Et enfin la muqueuse dont l'aspect interne rose pâle épouse les différentes bosselures et plis.

## 2.6. Description et rapports topographique :

### a. côlon droit :

#### a.1. Caecum :

C'est la portion initiale du côlon qui constitue une sorte de poche ou cul de sac, normalement accolée par sa face postérieure dans la fosse iliaque droite.

Le grêle terminal au quel il fait suite, il s'abouche sur sa face interne au dessus de l'implantation de l'appendice située au point de convergence des 3 bandelettes caecales.

La paroi antérieure du caecum en position normale, iliaque droite répond aux muscles larges de l'abdomen par l'intermédiaire, le plus souvent, du grand épiploon et parfois des anses grêles.

Par l'intermédiaire du fascia d'accolement postérieur le caecum est en rapport avec le muscle psoas iliaque, l'uretère et les branches nerveuses qui descendent sur sa face antérieure : nerf crural, nerf génito-crural et nerf fémoro-cutané.

L'abouchement du grêle sur sa face interne se fait au niveau de la valve iléo-caecale (ostium iléal).

La situation du caecum est très variable : en situation haute, il répond à la partie haute de la fosse iliaque droite ou même parfois à la région sous hépatique.

En situation basse, il se situe sous les vaisseaux iliaques droits, dans le pelvis.

Dans quelques cas, il peut être basculé dans la fosse iliaque gauche.

#### a.2. Côlon ascendant et angle droit

De calibre moins large que le caecum, relativement court (10 cm), le côlon ascendant a un trajet vertical, vers la face inférieure du foie droit.

Il est légèrement oblique vers l'arrière, l'angle droit étant plus profond que le caecum.

En avant, il est en rapport avec les anses grêles et la paroi abdominale antérieure par l'intermédiaire du grand épiploon.

Il est fixé en arrière dans le flanc droit par le fascia de Toldt droit. Par l'intermédiaire de celui-ci, il est en rapport avec la paroi musculaire postérieure (muscle psoas et carré des lombes), le plexus lombaire, le rein, l'uretère et les vaisseaux génitaux droits.

Au contact de la face inférieure du foie, le côlon se coude à angle aigu, en avant et en bas.



La fixité de cet angle colique est assurée par l'accolement postérieur et les replis péritonéaux qui forment le ligament phrénico-colique droit.

a.3. côlon transverse :

Participe pour ces 2 tiers initiaux du côlon droit, le côlon transverse est très variable dans sa longueur et sa topographie, d'un individu à l'autre et chez le même individu selon la position.

Il traverse la cavité abdominale de droit à gauche en décrivant une courbe à concavité supérieure.

Il mesure en moyenne 40 à 50 cm.

Le côlon transverse est très mobile, ses deux seules points fixes étant les angles coliques, l'un et l'autre fixé au sommet des fascias d'accolement à droite, il répond en avant à la vésicule biliaire et au foie, ainsi qu'à la paroi abdominale antérieure par l'intermédiaire du grand épiploon.

En arrière, il est en rapport avec le genu inferius, le 3ème duodénum et la tête du pancréas, dont il s'éloigne avec l'allongement rapide du mésocôlon libre.

En haut, le transverse gauche répond à la grande courbure gastrique puis au pôle inférieur de la rate dont il est séparé par le repli péritonéal du ligament phrénico-colique (ligament suspenseur de la rate).

b. Le côlon gauche :

b.1. Angle colique gauche :

Comme le tiers gauche du transverse, l'angle gauche est donc situé profondément dans l'hypochondre gauche à hauteur de la 8ème côte: la grande courbure gastrique est en avant.

En haut, il est en rapport avec le pôle inférieur de la rate par l'intermédiaire du ligament phrénico-colique gauche.

En arrière, il est en rapport avec la queue du pancréas ainsi qu'au pôle inférieur du rein gauche.

b.2. côlon descendant et côlon iliaque :

Le côlon descendant va de l'hypochondre gauche à la crête iliaque.

Il est de calibre plus petit que le côlon droit et le plus souvent porteur de nombreuses franges épiploïques. Profondément appliqué sur la paroi abdominale postérieure, il descend verticalement en suivant le bord externe du rein gauche puis celui du psoas.

Au niveau de la crête iliaque, le côlon change de direction et se dirige en dedans pour rejoindre le détroit supérieur au bord interne du psoas.

Comme à droite les rapports postérieurs de ces segments accolés se font par l'intermédiaire du fascia de Toldt gauche et sont : musculaires (paroi postérieure), nerveux (plexus lombaire, crural) et génito-urinaires (uretère et vaisseaux génitaux).

En avant et en dedans, le colon est au contact des anses grêles. En dehors, il répond directement aux muscles larges de la paroi.

Côlon sigmoïde, ou côlon pelvien, forme une anse de longueur, de morphologie, de situation et de rapports très variables, presque toujours parsemée de franges épiplœiques.

Habituellement le côlon sigmoïde est mobile et long d'une quarantaine de cm chez l'adulte. Il peut être court et presque fixé, plaqué sur la paroi postéro-latérale gauche du pelvis. Sa portion initiale est toujours fixée au niveau du promontoire devant les vaisseaux iliaques gauches, à proximité de l'uretère, qui est en arrière, des vaisseaux génitaux.

L'anse sigmoïde décrit ensuite habituellement une large boucle dans le pelvis, descendant plus ou moins bas dans le cul-de-sac de Douglas, entre, chez l'homme, rectum et vessie, sur laquelle elle s'étale plus ou moins, ou rectum et organe génitaux chez la femme.

Elle atteint ainsi la paroi latérale du pelvis. Elle est toujours en rapport direct en haut avec les anses intestinales.

#### 2.7. Vascularisation :

##### a. Artérielle :

- L'artère mésentérique supérieure vascularise par ses collatérales droites :
  - Le cæco-appendice
  - Le côlon ascendant
  - Les deux tiers droits du côlon transverse.

On distingue :

L'artère colique ascendante, branche de l'artère iléo-colique, qui vascularise la portion initiale du côlon ascendant, l'appendice et le cæcum par ses branches appendiculaires, cæcales antérieures et postérieures ; l'artère colique droite, ou artère de l'angle droit, qui remonte vers l'angle droit à la partie haute du fascia d'accolement.

Une artère intermédiaire (inconstante) qui peut aller de la mésentérique supérieure vers la partie moyenne du côlon ascendant. Elle ne serait présente que dans 10 % des cas.

L'artère colique moyenne (colica media) qui naît en haut, directement de la mésentérique supérieure au bord inférieur du pancréas.

Elle est courte et se dirige vers l'union tiers moyen tiers gauche du côlon transverse : cette artère est très variable dans son calibre, son trajet et son mode de division.

- Le territoire de l'artère mésentérique inférieure :

L'artère mésentérique inférieure vascularise par ses collatérales gauches, (Artère colique gauche et tronc des sigmoïdiennes) la moitié ou les deux tiers gauches du côlon transverse, le côlon descendant et le côlon ilio-pelvien. Celle-ci naît de l'aorte abdominale 3 à 4 cm avant sa bifurcation.

- Distribution de l'arcade colique:

À 2 ou 3 cm du bord interne du côlon, chaque artère colique se divise en t et s'anastomose avec les branches correspondantes des artères sus et sous-jacentes.

Ainsi se forme tout le long du cadre colique, du cæcum à la jonction recto-sigmoïdienne, une arcade marginale, parfois dédoublée, notamment au niveau de l'angle droit ou du transverse.

Cette arcade vasculaire para-colique ou arcade de *Riolan* (*drummond marginal artery* pour les anatomistes anglo-saxons) relie les territoires mésentériques supérieur et inférieur et permet une suppléance artérielle suffisante sur tout le cadre colique en cas d'interruption d'un de ses piliers. De l'arcade naissent les vaisseaux droits qui gagnent le bord interne du côlon.

La vascularisation pariétale colique a des axes essentiellement transversaux : les colectomies transversales sont moins hémorragiques que les incisions longitudinales.

#### **b. Veineuse :**

##### 1. la vascularisation veineuse du côlon droit :

Les veines coliques droites suivent les axes artériels en les croisant par en avant pour se jeter dans la veine mésentérique supérieure à son bord droit.

La veine colique droite peut s'unir à la veine gastro-épiploïque droite et la veine pancréatico-duodénale supérieure et antérieure pour former le tronc veineux gastro-colique (tronc de Henlé).

##### 2. La vascularisation veineuse du côlon gauche :

Les veines coliques gauches suivent, comme à droite, les axes artériels correspondants. Le confluent des veines sigmoïdiennes constitue l'origine de la veine mésentérique inférieure.

Celle-ci, en haut, se détache du tronc de l'artère mésentérique inférieure pour rejoindre l'artère colique gauche (formant ainsi l'arc vasculaire du mésocôlon gauche ou arc de Treitz).

Elle s'en sépare pour, derrière le pancréas, se jeter dans la veine splénique et constituer le tronc spléno-mésaraïque.

#### **b. Lymphatique :**

Les lymphatiques coliques suivent les pédicules artério-veineux.

La circulation lymphatique et la localisation des ganglions coliques plus particulièrement, conditionnent toutes les techniques de la chirurgie carcinologique.

Il existe cinq relais ganglionnaire :

- un relais épi colique : au contact du côlon,
- para colique : le long de l'arcade vasculaire bordant,
- intermédiaire : le long des vaisseaux coliques,
- principal : le long des artères mésentériques supérieures et inférieures,

- un relais central :
  - rétro-pancréatique et péri-aortico-cave pour le territoire droit,
  - Péri-aortique sous mésocolique pour le territoire gauche.

Chacun de ces relais centraux aboutit au grand collecteur rétropancréatique ou portal.

#### 7. innervation :

L'innervation autonome du côlon provient du réseau pré-aortique complexe, formé à partir de la chaîne pré-vertébrale abdominale qui reçoit des fibres parasympathiques du nerf pneumogastrique droit par l'intermédiaire des ganglions coeliaques, et des fibres sympathiques (orthosympathique) du tronc latéro-vertébral.

Les ganglions forment deux plexus :

- le plexus mésentérique crânial, destiné à l'innervation du colon droit, est autour de l'origine de l'artère mésentérique supérieure. Ses fibres suivent les axes artériels.
- Les ganglions du plexus mésentériques inférieurs, destinés au colon gauche, sont groupés autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure.
- le plexus inter-mésentérique : Entre les deux plexus se situe un riche réseau anastomotique.
- • Pour le chirurgien, le côlon comprend deux parties : le côlon droit vascularisé par des branches de l'artère mésentérique supérieure, le côlon gauche vascularisé par l'artère mésentérique inférieure. La limite entre ces deux parties se situe à l'union tiers moyen/tiers gauche du côlon transverse.
- • Les segments latéraux, verticaux du côlon (côlons ascendant et descendant) sont fixés en arrière par les accolements des fascias de Toldt. Les segments médians (transverse et sigmoïde) sont mobiles avec un méso côlon libre et flottant.
- • Encadrant la cavité abdominopelvienne, le côlon est en rapport direct ou indirect avec pratiquement tous les
- viscères. Les angles sont les segments chirurgicaux sensibles du fait de leur fixité et de la proximité, à droite du bloc duodéno pancréatique, à gauche de la rate.
- • En l'absence d'artériopathie, l'arcade bordante de Riolan (*marginal artery* de Drummond) est une voie de suppléance toujours suffisante.
- • La ligature à l'origine de l'artère mésentérique inférieure expose au risque de blessure du plexus sympathique hypogastrique supérieur.

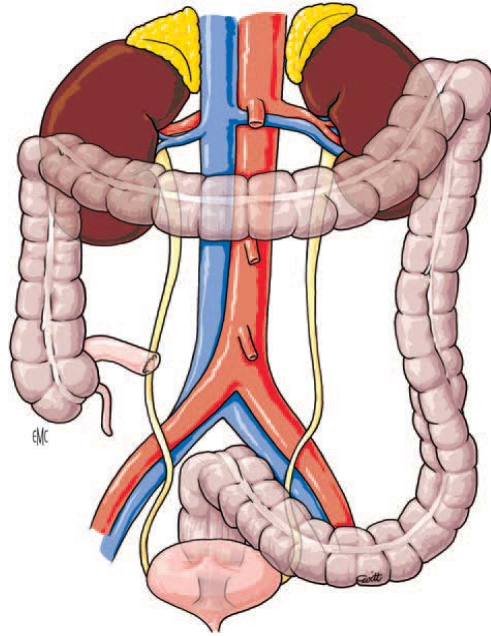


Figure 1. Situation générale du cadre colique.

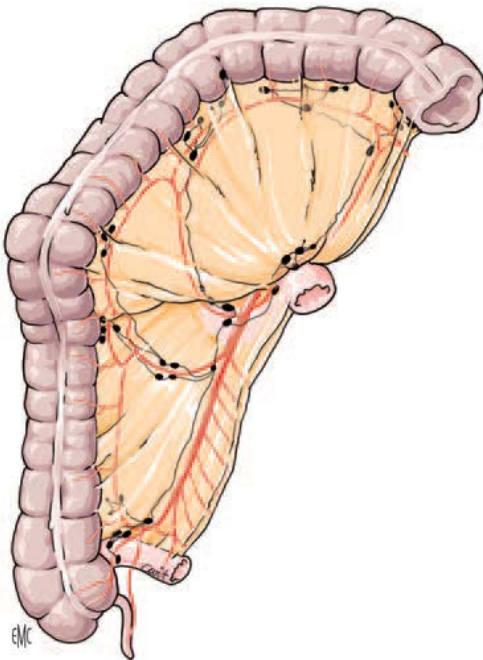


Figure 10. Colon droit

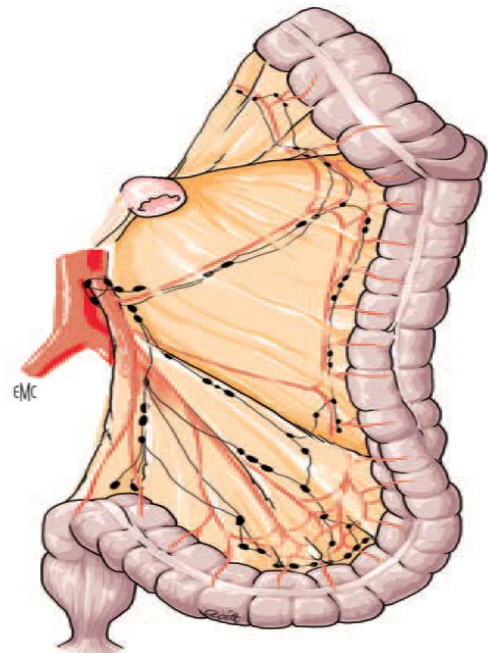


Figure 11. Côlon gauche

### **3. Physiopathologie de l'occlusion intestinale et ses conséquences : [49] [50] [51] [52]**

Les conséquences physiopathologiques de l'occlusion colique sur pathologie néoplasique sont d'abord d'ordre local mais également d'ordre général justifiant et guidant les mesures de réanimation préopératoire.

L'occlusion intestinale se définit comme un empêchement à la progression aborale du contenu intestinal du fait d'un obstacle mécanique ou de la faillite de l'activité musculaire intestinale.

Cette obstruction entraîne une dilatation intestinale avec accumulation de gaz, de liquide et matières fécales en amont. Ceci va être à l'origine de conséquences locales et générales.

#### **A- Conséquences locales de la distension :**

Ont un effet principalement sur le péristaltisme intestinal, la pression intestinale et enfin la circulation pariétale.

##### **1. Péristaltisme intestinal :**

D'abord, il existe un hyper péristaltisme fait d'ondes de lutte, puis l'intestin d'amont subit une distension par les gaz provenant de l'air dégluti et de la fermentation et par les sécrétions digestives. Ce qui est l'origine des douleurs sur le plan clinique.

Secondairement, une atonie apparaîtra lorsque la fonction de résorption est dépassée, ce qui est signe d'un épuisement musculaire.

##### **2. Hyperpression intestinale :**

L'augmentation de la pression intra-luminale peut dépasser la pression capillaire ce qui va provoquer un aplatissement des capillaires pariétaux et par conséquent la perturbation de la vascularisation de la paroi colique

### **3. Circulation pariétale :**

Les vaisseaux de la paroi colique sont aplatis du fait de l'hyperpression intestinale. Ceci va entraîner une diminution du débit sanguin, une stase veineuse avec interruption du flux artériel, et donc une ischémie et nécrose pariétale.

Les perturbations vasculaires sont en fonction du degré et de la durée de la compression ; comme suit :

- Pression > 30 mm Hg : compression capillaire et lymphatique
- Pression > 60 mm Hg : stase veineuse
- Pression > 100 mm Hg : occlusion artérielle et nécrose intestinale

Ces troubles entraînent une anoxie tissulaire retentissant sur la perméabilité pariétale et transsudation du liquide et des toxines dans la paroi, lumière intestinale et la cavité péritonéale, ce qui va engendrer ce qu'on appelle troisième secteur qui sera à l'origine d'une hypo volémie efficace qui entraînera une insuffisance rénale fonctionnelle.

#### **B- Conséquences générales de la distension :**

##### **1. Pullulation microbienne :**

La pullulation microbienne est majeure au niveau du liquide de stase ; elle se développe à partir de la flore poly-microbienne déjà très septique au niveau du colon et ce à l'état physiologique. Elle est à l'origine de la production d'endotoxines.

Le passage des germes et des toxines au niveau de l'exsudat péritonéal et de la circulation générale est favorisée par la modification de la perméabilité capillaire.

En l'absence d'ischémie pariétale, la muqueuse colique joue un rôle de barrière au passage systémique de ces toxines.

##### **2. Métabolique :**

La déshydratation est l'une des conséquences les plus redoutables. Elle est de type extracellulaire en raison de la création du troisième secteur. Les pertes sont non seulement liquidiennes mais également électrolytiques. L'hypo volémie est aggravée par les vomissements.

Ainsi s'installe :

- Une réhydratation adaptée aux pertes estimées et à l'état cardiaque et rénal du patient.
  - Une correction des troubles électrolytiques en fonction des résultats de l'ionogramme sanguin.
  - Aspiration nasogastrique continue.
- Une antibiothérapie peut être justifiée en raison des données physiopathologiques clairement établies.

Désordres acido-basiques et pertes électrolytiques en fonction de l'abondance, l'osmolarité et la composition des liquides digestifs séquestrés dans les anses digestives. L'acidose métabolique est aggravée par l'hypo volémie.

- Alcalose métabolique en raison des vomissements acides. Un déficit profond en protéines du fait de la richesse des sécrétions intestinales en albumine.
- Insuffisance rénale fonctionnelle qui devient organique conséquence de l'hypo volémie, ainsi que l'anoxie des autres organes nobles.
- Un état de choc hypo volémique ou septique peuvent survenir, et parfois une défaillance multi viscérale.

### **3. Respiratoire :**

La distension des anses coliques entraînent une surélévation des coupes diaphragmatique et par conséquent une limitation de la ventilation pulmonaire.

La diminution de la capacité vitale sera à son tour à l'origine d'une hypoxie progressive et tardivement une hypercapnie.

#### **C- Conséquences pratiques :**

La prise en charge des patients présentant de type de troubles a un impact important sur l'évolution et le pronostic de cette urgence chirurgicale. Ceci ne doit en aucun cas retarder le traitement chirurgical consistant en une levée de l'obstacle.

La réanimation de tels patients passe par quatre piliers :



#### 4. Traitement des cancers du côlon en occlusion

Le traitement des cancers coliques en occlusion doit traiter l'occlusion mais aussi le cancer en respectant les règles de la chirurgie carcinologique. Le traitement des cancers du côlon droit et du côlon transverse en occlusion est bien codifié. Il consiste en une résection colique droite, élargie à gauche en présence d'un cancer du côlon transverse.

Le traitement des cancers du côlon gauche est plus controversé. La résection segmentaire précédée d'un lavage colique per opératoire est le traitement de choix pour ce type de pathologie. La colectomie subtotale est réservée aux patients porteurs d'une ischémie ou d'une perforation diastatique du côlon droit ou d'une deuxième localisation néoplasique synchrone, la colostomie première restant pour nous une indication d'exception.

#### Préparation et bilan pré opératoire

L'occlusion colique reconnue, et en l'absence de signes de gravité (syndrome septique, signes péritonéaux), un traitement médical est immédiatement mis en œuvre. La réanimation des occlusions coliques a pour but de corriger les perturbations de l'équilibre volémique, hydro électrolytique et acido basique. Elle se poursuit en per- et postopératoire jusqu'à la reprise du transit. La gravité des conséquences générales de l'occlusion conditionne l'importance et la durée de la réanimation préopératoire. Cette réanimation comprend :

- une aspiration digestive par sonde nasogastrique à double courant ;
- la pose d'une sonde urétrale ;
- la pose d'une voie de perfusion veineuse permettant une rééquilibration hydro électrolytique. La qualité des liquides perfusés dépend des résultats du bilan biologique (ionogramme sanguin) et leur volume, comme le débit de la perfusion, sont guidés par la réponse clinique au remplissage vasculaire (pression artérielle, diurèse horaire), mais aussi par des paramètres biologiques (numération sanguine, protidémie, ionogramme) ;
- un traitement antalgique mineur

#### Tactiques opératoires

En l'absence de signe de gravité évoquant une souffrance digestive et/ou une perforation, il est licite de tenter un traitement non opératoire associant le traitement médical précédemment décrit à des lavements évacuateurs. Ces lavements sont réalisés à l'aide d'une canule non obstruante, avec une faible pression de remplissage. Les solutés utilisés varient d'une équipe à l'autre. Pour notre part, nous utilisons du sérum physiologique tiède avec adjonction de dihydrogénophosphate de sodium

(Normacol®). L'efficacité de ces lavements est jugée sur le résultat des évacuations et l'amélioration clinique.

En cas d'insuccès, c'est-à-dire d'évacuations fécales peu importantes, d'intolérance du lavement (douleur), ou d'accentuation de la distension colique d'amont (dilatation caecale à 12 cm), un geste chirurgical immédiat s'impose. En revanche, si ce traitement local permet une amélioration, on peut espérer amener le malade jusqu'aux conditions de la chirurgie électorale. On continue alors avec une préparation par voie basse à laquelle on associe une préparation colique par voie orale, prudente et progressive par un sachet de X-prep®. Si le patient évacue cette préparation sans crise douloureuse, on poursuit cette préparation pendant 48 à 72 heures, avant d'opérer le patient. Il faut toutefois savoir que cette préparation peut être imparfaite et que l'opérateur doit parfois la compléter par un lavage colique per opératoire.

Cette préparation colique est très discutée dans le cadre d'une chirurgie « à froid », elle reste intéressante chez un patient occlus. Selon les recommandations de la SFCD, le poly éthylène glycol (PEG) ne doit pas être utilisé pour la préparation colorectale car il est inutile, voire délétère en termes de complication infectieuse et de désunion anastomotique [6]. Si l'obstacle colique n'a pas été levé, la chirurgie en urgence s'impose. Le choix de la tactique opératoire dépend du siège de l'obstacle tumoral.

#### ■ Cancer du côlon droit ou transverse

Il n'existe pas de polémique sur la prise en charge des cancers occlusifs des côlons droits et transverses. Ils sont traités par résection iléo colique droite (Fig. 3), élargie à gauche dans le cas d'une lésion transverse (Fig. 4), avec anastomose iléo colique d'emblée [7].

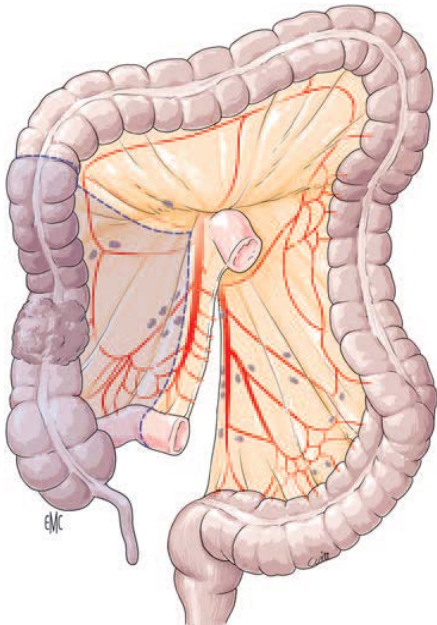


Figure 3. Hémi colectomie droite.

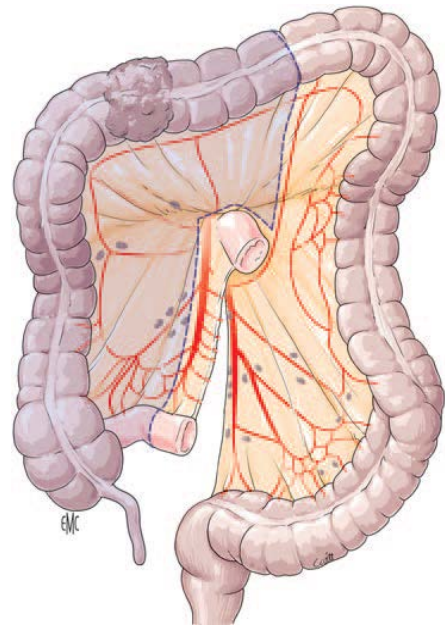


Figure 4. Résection iléo colique droite élargie à gauche.

### ■ Cancer du côlon gauche (figure 6, 7)

La conduite à tenir devant une occlusion sur cancer du côlon gauche est un problème plus difficile pour lequel il n'y a pas de solution simple. Deux grandes catégories d'intervention sont à envisager : la chirurgie en deux temps et la chirurgie en un temps.

La chirurgie en trois temps (colostomie de décharge/ colectomie segmentaire gauche à 10 jours/fermeture colostomie à 3 mois) permet de gérer sereinement l'occlusion, et a été longtemps utilisée. La morbidimortalité de cette pratique n'est pas significativement différente des interventions en deux temps opératoires [2]. Cependant, elle entraîne une durée d'hospitalisation plus longue, et donc un coût plus important. De ce fait, nous ne développerons pas cette technique.

### Intervention en deux temps

Les interventions en deux temps présentent des inconvénients : hospitalisations et interventions multiples responsables d'un coût social et financier important. De plus, il s'agit de souvent âgés chez qui la continuité digestive risque de ne pas être rétablie pour des raisons diverses. Ce chapitre peut être divisé en trois parties :

- résection après colostomie de proche amont ;
- résection d'emblée sans rétablissement immédiat de la continuité (intervention de Hartmann) ;
- résection d'emblée avec anastomose protégée.

### Intervention en un temps

En 1980, Dudley [11] a décrit la technique de la résection anastomose en un temps avec lavage colique per opératoire. L'intérêt de celle-ci est sa faible morbidité comparée aux interventions en plusieurs temps opératoires

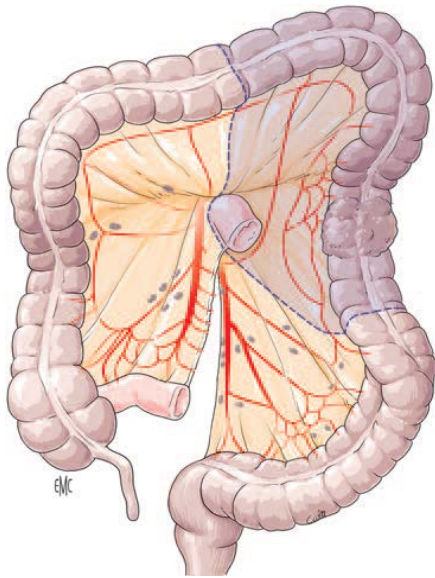


Figure 6. Hémicolectomie gauche

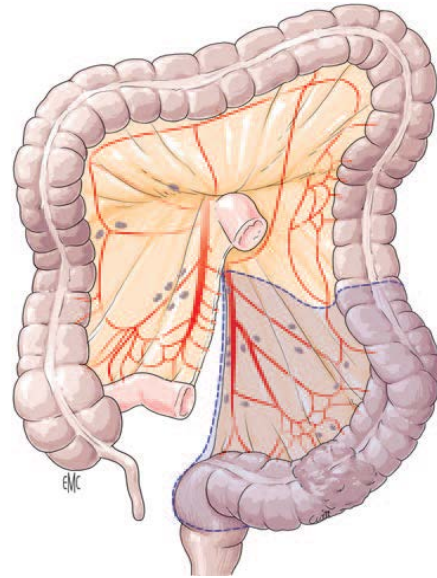


Figure 7. Colectomie segmentaire gauche basse.

### Stent

La mise en place d'une prothèse métallique auto expansive (stent) est apparue récemment dans l'arsenal thérapeutique du cancer en occlusion. Elle a été décrite en 1991 par Dohmoto dans le cadre d'un traitement palliatif, puis en 1994 par Tejero comme « a bridge to surgery » pour permettre une procédure chirurgicale en un temps [2, 14, 15].

Elle permet la levée en urgence d'une occlusion colique avant la réalisation d'une chirurgie carcinologique à distance (10 jours) dans de meilleures conditions. Elle est intéressante en cas de cancer localement avancé ou métastatique, permettant la mise en route de traitement néo adjuvant, ou chez des patients ne pouvant supporter l'intervention chirurgicale.

### Indications

Deux grandes indications [16] :

- traitement palliatif chez des patients non résecables en raison d'une maladie métastatique évoluée, ou d'un état général altéré avec un trop grand risque opératoire ;

- levée d'obstacle en vue d'une chirurgie curative, permettant préalablement une évaluation complète de la maladie, une re nutrition, une préparation digestive et, au besoin, un traitement néo adjuvant.

## ***Chapitre II***

### ***Matériels et méthodes***

### 1. Patients

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2019.

Durant cette période, 93 patients ont bénéficié d'une colectomie pour adénocarcinome colique.

Parmi ces patients, 36 (26 %) ont été opérés en urgence pour occlusion colique liée à un adénocarcinome.

L'occlusion intestinale était définie par des critères cliniques et paracliniques strictes : absence complète de gaz et de selles pendant au moins 24 heures associée à des niveaux hydro aériques coliques sur l'examen radiographique de l'abdomen sans préparation. Ces signes cliniques étaient éventuellement accompagnés d'autres signes d'occlusion tels que distension abdominale et vomissements. Cette occlusion était confirmée dans tous les cas par la réalisation d'un examen tomodensitométrique chez tous les patients.

Les patients dont l'occlusion semblait cliniquement incomplète ont été exclus.

#### 1.1. Objectifs

- Objectif general

Il s'agit d'une étude ayant pour objectif principal d'adopter une attitude thérapeutique chirurgicale standard, dans la prise en charge des cancers des colons en occlusion.

- Objectifs spécifiques

Les objectifs secondaires assignés a ce travail sont :

- Décrire le profil épidémiologique des patients ;
- Décrire les aspects cliniques et para cliniques ;
- Rapporter les résultats des traitements de ces cancers en occlusion.

#### 1.2. Type d'étude et population :

- Type d'étude

C'est une étude descriptive rétrospective des malades bénéficiant d'une prise en charge médicochirurgicale

- Recrutement des malades

Les patients sont recrutés au niveau du service des urgences médico chirurgicales du centre hospitalier et universitaire de Tlemcen

- Protocole d'étude

C'est une étude rétrospective sur une période allant du 1janvier 2015 au 31 décembre 2019 permettant d'évaluer les résultats de la prise en charge des cancers coliques en occlusion. Cette

étude est réalisée au sein du service de chirurgie digestive et générale B du centre hospitalier et universitaire du Tlemcen.

Durant cette période notre service a pris en charge 36 patients présentant une occlusion intestinale aiguës compliquant un cancer du colon.

La prise en charge thérapeutique a été proposée aux patients se présentant au service des urgences médico chirurgicales en fonction des critères que nous avons définis.

- Critères d'inclusion

Patients opérés pour occlusion intestinale aiguë dont l'origine est une tumeur maligne du colon confirmée par l'examen anatomo pathologique.

- Critères de non inclusion

- Patients ayant une Sub occlusion
- Patients ayant repris le transit après un lavement évacuateur.

- Sources de données :

Les données épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques ont été relevées sur une fiche d'enquête pour les patients inclus dans l'étude à partir de :

- Registres d'hospitalisation et des comptes rendus opératoires du service de chirurgie générale « B » du CHU-Tlemcen.
- Dossiers cliniques des patients.

▪ Variables étudiées :

Les données ont été étudiées selon trois volets, à savoir : le volet épidémiologique, le volet clinique et para clinique et le volet thérapeutique

- Les données épidémiologiques : les variables prises en compte sont la fréquence, l'âge, le sexe, les années
- Les données cliniques et para cliniques : il s'agissait du motif de consultation, les localisations (général et segmentaire), paracliniques et l'extension
- Les données thérapeutiques : ces données ont concerné les modalités de la prise en charge, les moyens thérapeutiques, les indications.

- Analyse des données

Les tableaux et graphiques ont été élaborés grâce au logiciel Microsoft Office.



### 2. Méthode

- Tous les patients de notre série ont été traités en urgence compte-tenu du caractère complet de l'occlusion.

- Traitement Bilan préopératoire

Dès le diagnostic d'occlusion colique posé, un traitement médical est immédiatement mis en œuvre. En effet, l'occlusion est à l'origine de perturbations des équilibres volémiques, hydro électrolytiques et acido-basiques. Ce traitement doit être poursuivi en per- et postopératoire jusqu'à reprise du transit.

Il comprend :

- l'aspiration digestive par sonde nasogastrique à double courant ;
- la voie veineuse périphérique ;
- le sondage urinaire ;
- la rééquilibration hydro électrolytique adaptée à l'hémodynamique du patient, et au ionogramme sanguin ;
- le traitement antalgique ;
- l'antibiothérapie bactéricide, adaptée aux germes suspectés (bacille à Gram négatif anaérobie), à la fonction rénale ; administrée en flash en per opératoire après prélèvement de liquide péritonéal et poursuivie en cas de péritonite, ou débutée dans le service en cas de traitement médical de l'occlusion et de bactériémie, après hémocultures.

Le bilan du terrain du patient vise à apprécier son état général en fonction des antécédents, ou des tares viscérales pouvant constituer un risque opératoire ou grevant l'espérance de vie. Un électrocardiogramme (ECG) et une radiographie du thorax de face sont réalisés. On profite de ce délai pour réaliser un bilan lésionnel.

- La voie d'abord utilisée a été une laparotomie médiane.
- En fonction de la localisation tumorale, de la distension du colon situé en amont de la tumeur et de l'état général du patient, une colectomie droite ou gauche (avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité), ou une colostomie de proche amont en première intention étaient réalisées.
- Plusieurs patients ont bénéficié d'un lavage colique per opératoire. Celui-ci était réalisé par une courte coecotomie après mobilisation colique complète (angles coliques droit et gauche) où était introduite une sonde de Foley no 20. Une solution de sérum salé était alors instillée et le lavage était poursuivi jusqu'à obtention d'un liquide clair. L'anastomose colorectale était ensuite réalisée de manière traditionnelle mécanique ou manuelle.

- Pour l'analyse anatomopathologique des pièces d'exérèse, la classification TNM a été utilisée.

## ***Chapitre III***

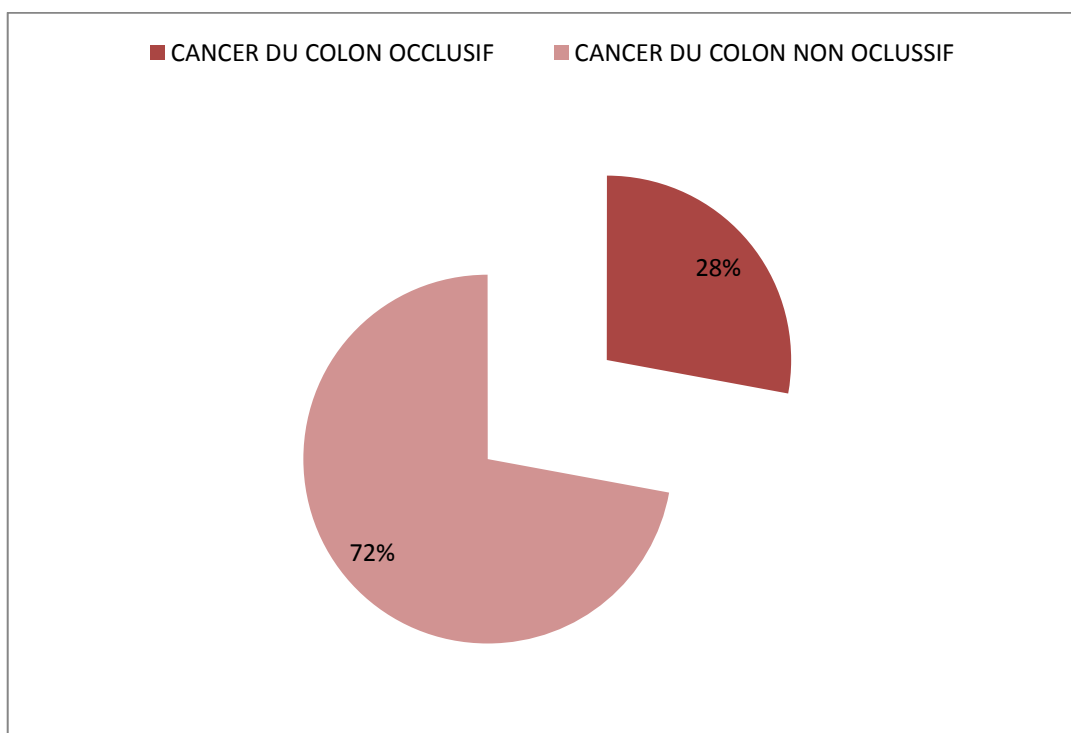
### ***Résultats de l'étude***

## 1. Aspects épidémiologiques :

### 1.1. Fréquence :

	Nombre des cas	Pourcentage
CANCER DU COLON OCCLUSIF	36	28%
CANCER DU COLON NON OCLUSSIF	93	72%

**Tableau 1 : Incidence des cancers coliques compliqués d'occlusion**

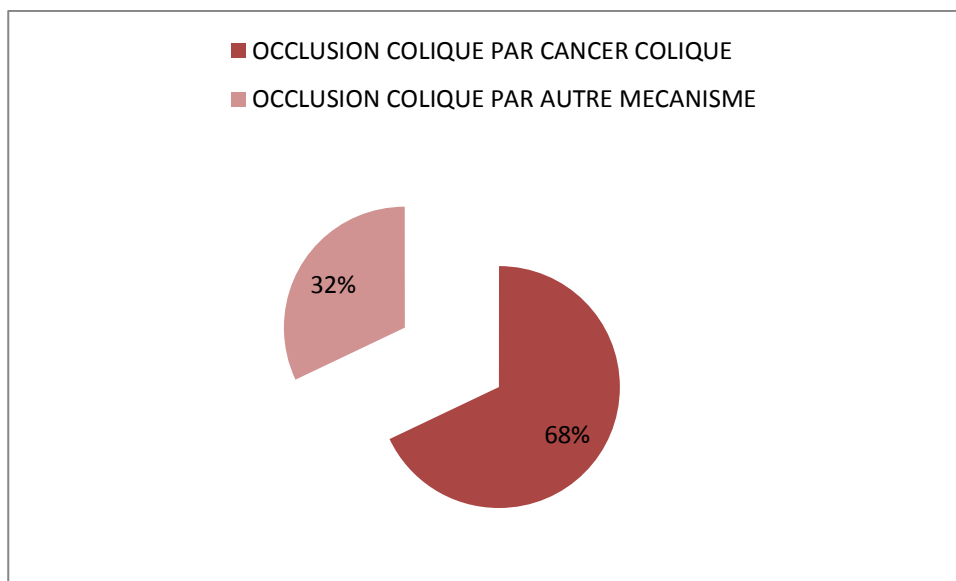


**Figure 1 : Incidence des cancers coliques compliqués d'occlusion**

## 1.2. Incidence des occlusions coliques par cancer du colon

Titres	Nombre de cas
OCCCLUSION COLIQUE PAR CANCER COLIQUE	36
OCCCLUSION COLIQUE PAR AUTRE MECANISME	17

**TABLEAU 02 : l'incidence des occlusions coliques par cancer du colon**



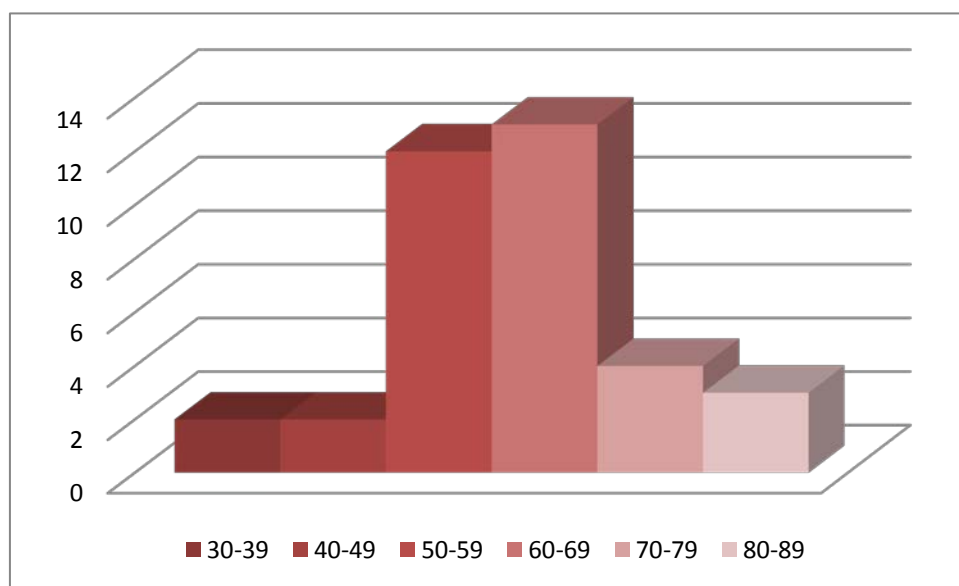
**FIGURE 02 : l'incidence des occlusions coliques par cancer du colon**

La période allant du 01 janvier 2015 au 31 Décembre 2019, cent vingt neufs(129) cas de cancers coliques ont été diagnostiqué au sein du service de chirurgie générale et digestive « B » du Centre Hospitalo Universitaire de Tlemcen dont 36 cas (28%) en occlusion intestinale aigue. Durant cette même période 53 cas présentant une occlusion intestinales aigue colique ont été diagnostiqué dont 36 cas (68%) sont dues a un cancer colique.

## 1.3. . Age :

Age	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Nombre des cas	2	2	12	13	4	3

**Tableau 3 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.**



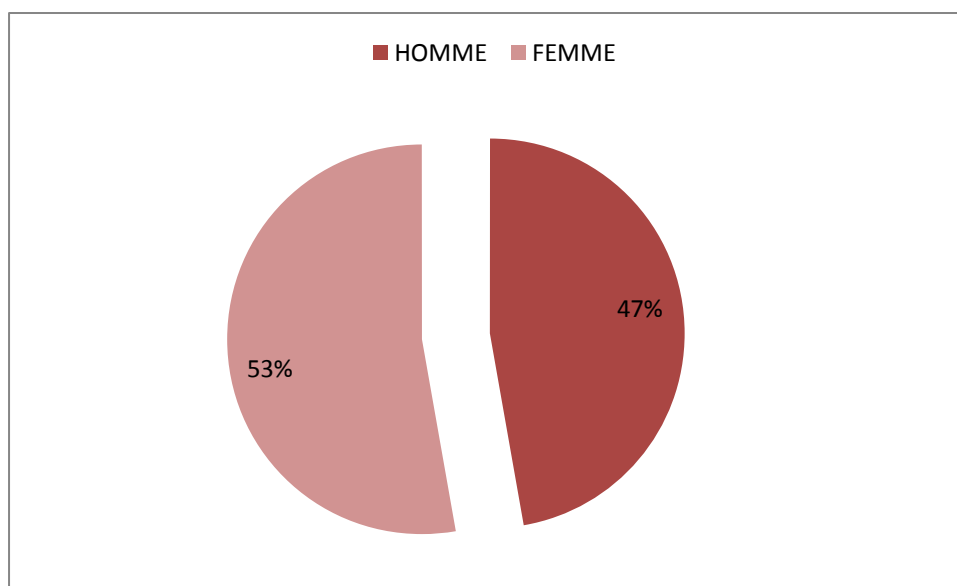
**FIGURE 3 : répartition des patients en fonction d'âge.**

Dans notre série d'étude la moyenne d'âge des patients est de **55ans**, avec des extrêmes de **30 et 89 ans**. La pathologie tumorale compliquée d'occlusion touche la population dont l'âge situe entre la cinquième et la sixième décade.

Années d'admission	Homme	Femme
2015	03	01
2016	01	02
2017	03	05
2018	06	07
2019	04	04

2-1-3 le sexe :

**Tableau 4 : répartition des patients en fonction du sexe.**



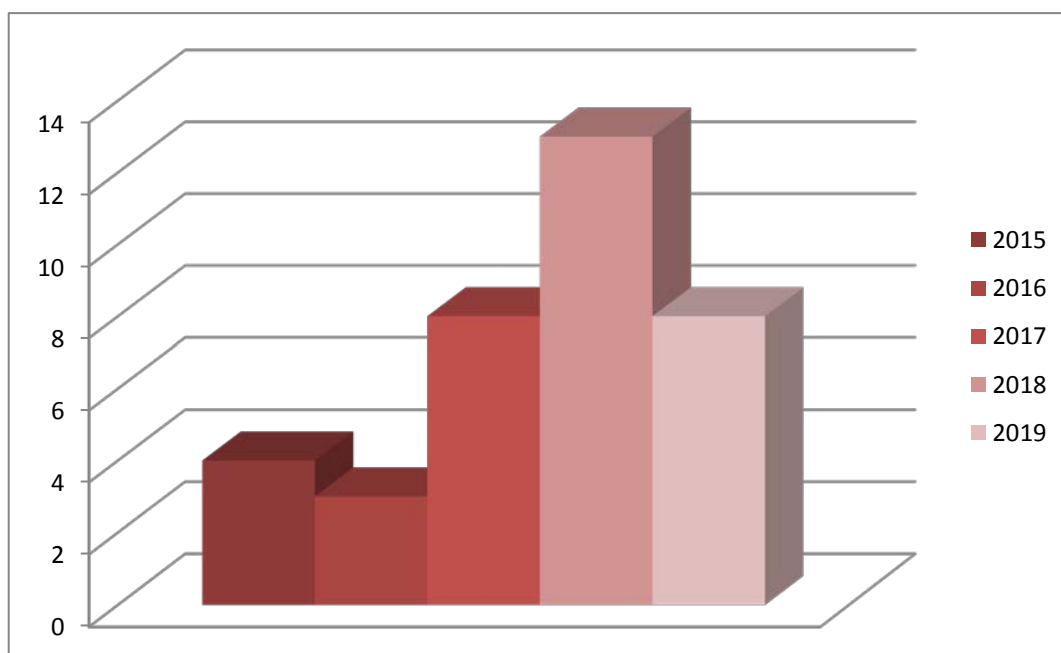
**FIGURE 4 : répartition des patients en fonction du sexe.**

Notre série contient 17 hommes (47 %) et 19 femmes soit (53%) avec un sexe ratio H/F calculé à 0,89

## 2-1-4. la répartition des cas selon les années

Annee	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre des cas	4	3	8	13	8

**TABLEAU 5 : répartition des patients durant 5 ans**



**FIGURE 5 : Répartition des patients durant 5 ans**

On note une augmentation de l'incidence des occlusions colique par cancer du colon avec une fréquence annuelle de 7,2

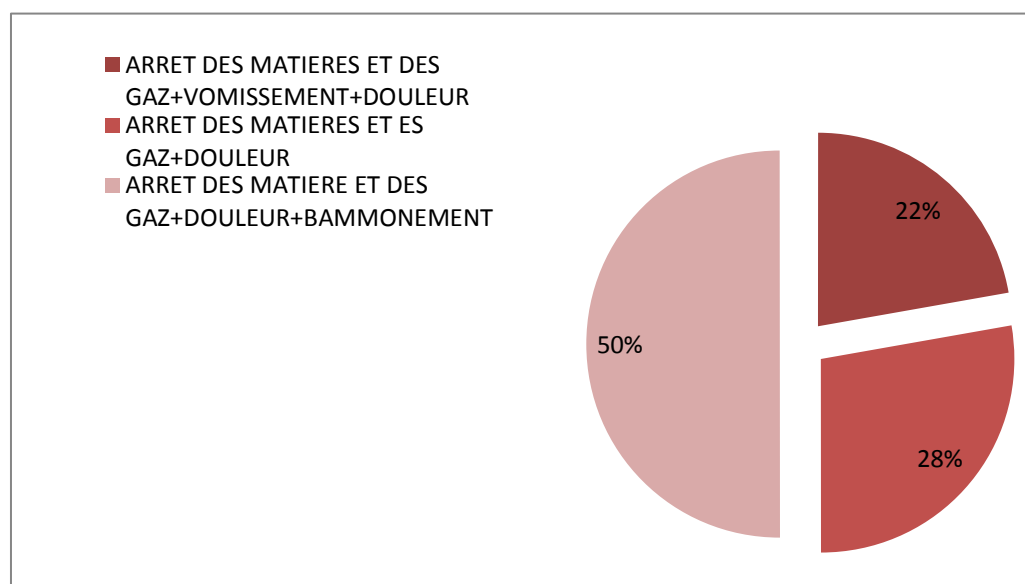


## 2-2. ASPECT CLINIQUE :

### 2-2-1. Motif de consultation

Motif de consultation	Nombre des cas
Arret des matières et des gaz+vomissement+douleur	8
Arret des matières et es gaz+douleur	10
Arret des matières et des gaz +ballonnement	18

**TABLEAU 6 : La répartition des patients selon le motif de consultation**



**FIGURE 6 : Répartition des patients selon le motif de consultation**

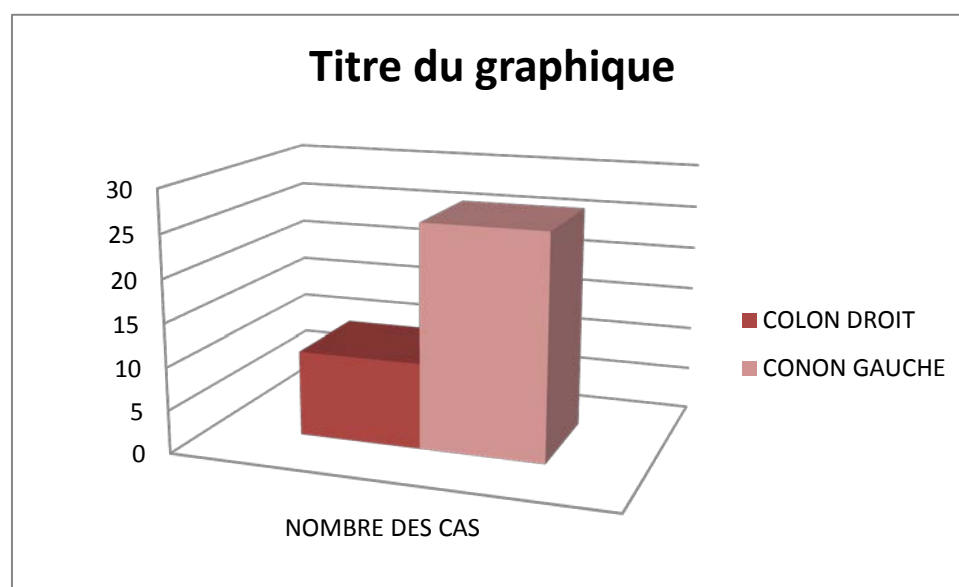
Dans notre collectif de patients, huit patients (22%) présentaient des vomissements et une douleur en plus de l'arrêt des matières et des gaz, dix (28%) présentaient des douleurs. Dix huit patients (50%) présentaient des douleurs et un ballonnement abdominal important.

## 2-2-2. Localisation :

### 1. Les résultats selon la localisation gauche ou droite

LOCALISATION	COLON DROIT	CONON GAUCHE
NOMBRE DES CAS	10	26

**TABLEAU 7 : Répartition des localisations des cancers du colon**



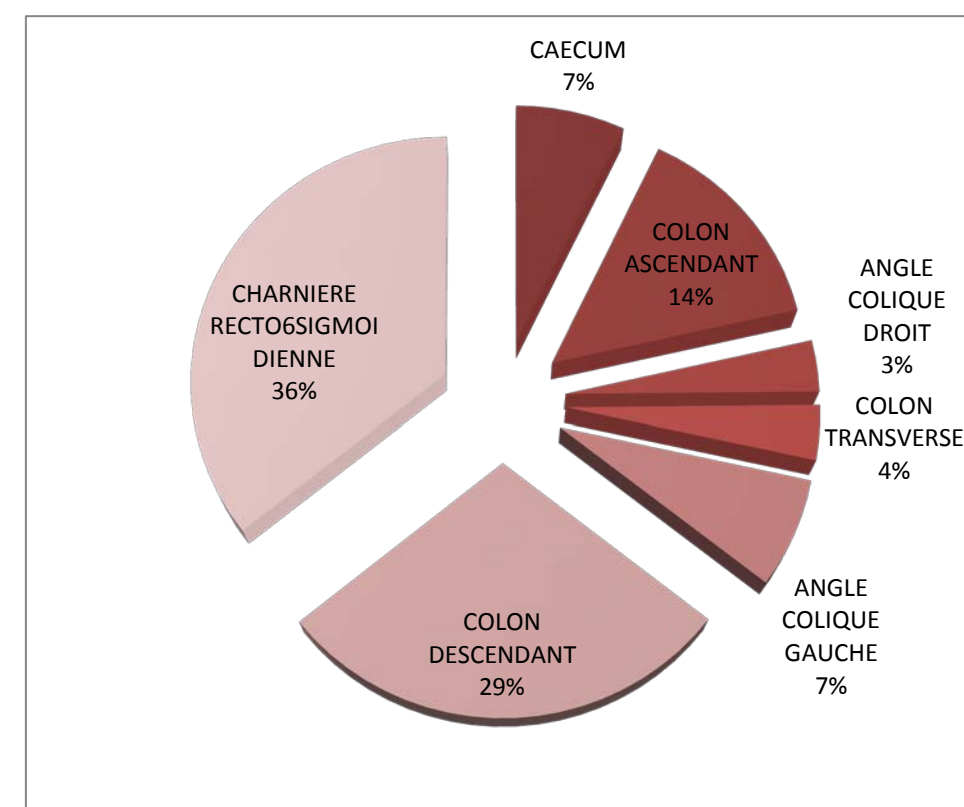
**FIGURE 7 : Répartition des localisations des cancers du colon**

*La tumeur colique siégeait à gauche chez vingt six malades(72,2%), à droite chez 10 malades(27,8%).*

## 2. Les résultats selon la localisation segmentaire

LOCALISATION	LA FREQUENCE	NOMBRE DES CAS
CAECUM	7,14%	2
COLON ASCENDANT	14,28%	4
ANGLE COLIQUE DROIT	3,37%	1
COLON TRANSVERSE	3,57%	1
ANGLE COLIQUE GAUCHE	7,14%	2
COLON DESCENDANT	28,57%	8
CHARNIERE RECTO6SIGMOIDIENNE	35,71%	10

**Tableau8 : localisation segmentaire**



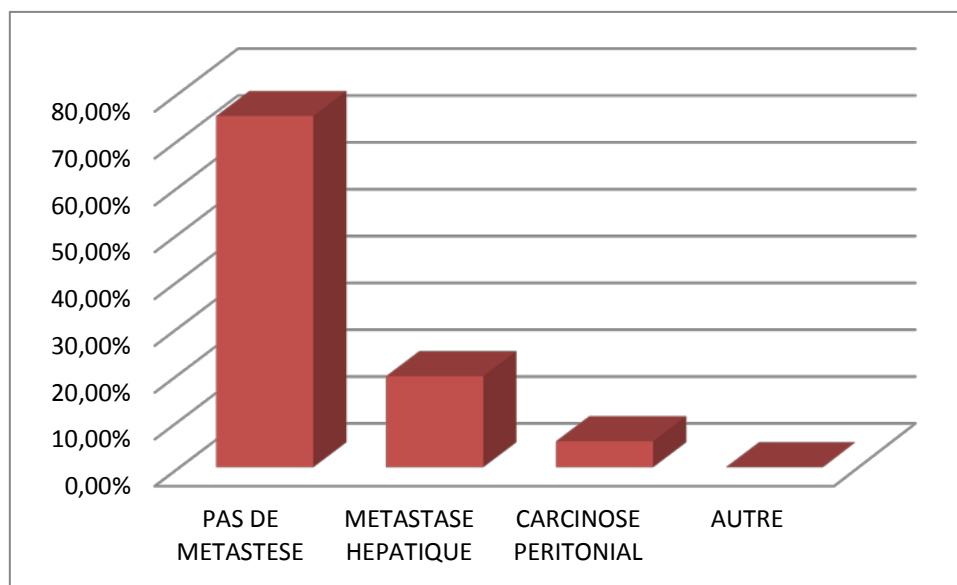
**Figure 8 : localisation segmentaire.**

Dans notre étude la charnière recto sigmoïdienne représente la localisation la plus fréquente des cancers coliques en occlusion avec un taux de 36%.

## 2-2-3 l'extension du cancer du colon

EXTENSION	POURCENTEGE	NOMBRE DES CAS
PAS DE METASTESE	75,00%	27
METASTASE HEPATIQUE	19,44%	7
CARCINOSE PERITONIAL	5,55%	2
AUTRE	0%	0

**TABLEAU 9 : Les différentes localisations secondaires**



**FIGURE 9 : Les différentes localisations secondaires**

Les métastases hépatiques représentent la localisation secondaire la plus fréquente.

## 3. Traitement chirurgical

TYPE D INTERVENTION	NOMBRE DES CAS
COLOSTOMIE DE DECHARGE	21
INTRVRNTION DE HARTMAN	7
COLECTOMIE AVEC ANASTOMOSE	4
COLECTOMIE AVEC STOMIE	5

Tableau 10 : Les différents types d'interventions chirurgicales

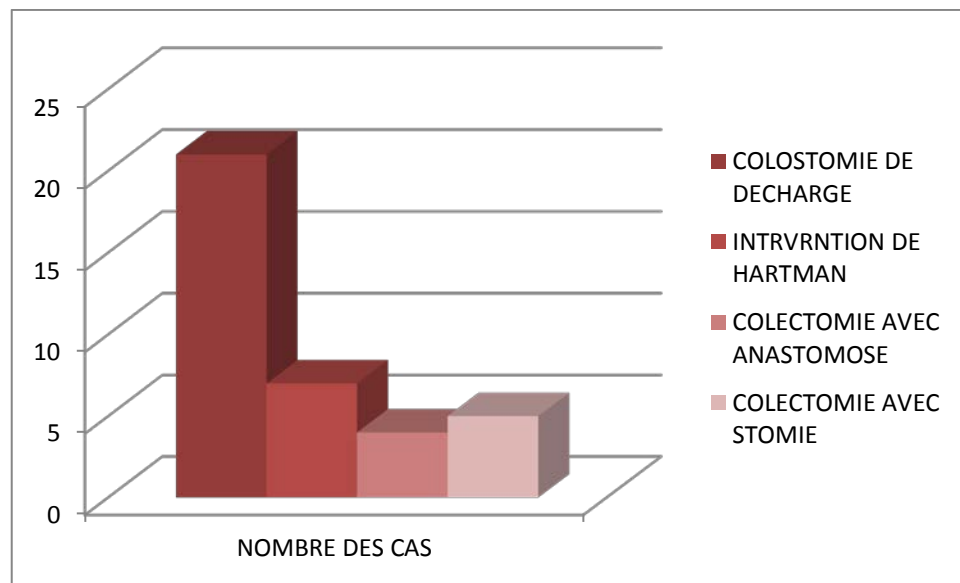


Figure 10 : Les différents types d'interventions chirurgicales

selon le registre des protocoles opératoire, vingt patients ont bénéficiés d'une colostomie de décharge ce qui représente 58,33%.

## ***Chapitre IV***

***Discussion***

***Commentaire***

## 1. Aspects épidémiologiques

En Algérie, les cancers coliques représentent un problème de santé publique du fait de leur fréquence et gravité. En effet, des études ont constaté que depuis les années 2000, une nette augmentation du nombre de personnes atteintes de cette maladie, occupant la troisième localisation chez l'homme comme chez la femme. Les registres du cancer rapportent qu'il est passé de 3,2 à 11 pour 100000 habitants en 25 ans. [1]

### 1.1. Fréquence

Le cancer du côlon est un problème de santé publique, c'est le cancer le plus fréquent en France tous sexes confondus, soit 15% de l'ensemble des cancers. [2]

L'incidence, qui correspond au nombre de nouveaux cas par an, est estimée à 36000 nouveaux cas par an. [3]

La prévalence du cancer du côlon est de 25 à 30 pour 100000 habitants. Elle augmente de 1 à 2% dans les pays occidentaux. [4]

Plus de 29% des cancers coliques vont se manifester par une occlusion intestinale aiguë. [5] [6] [7]

Le cancer colique est l'étiologie la plus fréquente des occlusions coliques organiques ; il représente environ 60% des occlusions devant la pathologie diverticulaire (20%), et le volvulus sigmoïde (5%). [8]

Deux occlusions néoplasiques sur 3 siègent entre le tiers gauche du transverse et la charnière recto sigmoïdienne. Plus du quart (28%) des tumeurs du sigmoïde sont diagnostiquées au stade d'occlusion [9] [10] [11].

Dans notre étude 129 cas de cancers coliques sont diagnostiqués dont 36 cas (29%) sont révélés par l'occlusion et 58 patients dont 36 cas sont due au cancer colique soit 75%.

L'occlusion représente la complication révélatrice ou évolutive la plus fréquente des cancers coliques, sa fréquence étant de l'ordre de 29 %.

Auteurs	fréquence CAS/AN
Raveloson (Madagascar) [15]	4.68
Dimitrios (Etats Unis) [12]	10
Law (Angleterre) [13]	10,16
Hennekinne-Mucci (France) [14]	9,75
Notre série	6,3

**Tableau11 : Fréquence du cancer du colon**

On constate que notre moyenne est inférieure à celle rapportée dans les séries occidentales, et supérieure à celle du Madagascar.

Cette fréquence élevée serait due aux changements socio-économiques avec introduction de régimes alimentaires hyper carnés et aux retards diagnostiques imputables au long délai avant la consultation.

## 1.2 age :

La population touchée correspond en majeure partie à plus de 50 ans, puis l'incidence augmente, avec un pic d'âge entre 50 et 60 ans [16]. Ces résultats rejoignent ceux de notre série.

La moyenne d'âge des patients de notre série est de 55 ans avec des extrêmes de 30 et 90 ans

Auteurs	Nombre patients	La moyenne d'âge
RAULT [18]	22	42 ans
MEYER [17]	57	47 ans
BELFQUIH M [19]	107	46 ans
CHAMPAULT	207	27 ans
Notre série	36	55 ans

**Tableau 12 : La moyenne d'âge**

Cette moyenne est supérieure à celle des autres pays en Afrique inférieurs à ceux retrouvés dans les pays développés

Les séries africaine et algérienne en particulier ont une moyenne d'âge relativement jeune, ce qui pourrait s'expliquer par l'espérance de vie dans nos régions qui était en 2014 de 74,81 ans en Algérie.

## 1.3 Sexe :

Le sexe ratio est voisin de 1 dans toutes les tranches d'âge pour les cancers du caecum, le colon ascendant et du colon transverse. Les cancers du côlon descendant et sigmoïde se caractérisent par une légère prédominance masculine et cela après l'âge de 65ans. [20]



Auteurs	Série	Homme	Femme
MAROC	58	60%	40%
RAULT France [18]	22	31,81%	68,19%
BELFQUIH M [19]	107	65%	35%
Notre serie	36	%	%

**TABLEAU 13 : la répartition selon le sexe**

Nous avons noté un sex-ratio de 1.12. Nos résultats sont supérieurs à ceux Des pays africains mais inférieur à celle de la France avec une prédominance féminine. Il n’y a pas en apparence d’explication

#### **1 .4 Pathogénie :**

##### **1.4.1 Facteurs liés à l’environnement :**

- **Facteurs alimentaires et métaboliques : [21] [22] [23]**

La consommation de protéine augmenterait le risque de développer un cancer colorectal, notamment la consommation excessive de viande rouge (>133g/j).

Les charcuteries riches en graisses et conservées à l’aide de nitrites, dont les dérivés sont mutagènes et ont un rôle potentiellement néfaste. L’aspirine et les AINS seraient des facteurs protecteurs.

L’apport calorique élevé ainsi que l’obésité de type androïde augmenterait également le risque.

L’hyperinsulinisme serait un facteur promoteur dans la cancérogénèse. En effet, les cellules coliques malignes ont des récepteurs à l’Insuline Growth Factor (IGF) pouvant être activé en cas d’hyperinsulinisme. Une activité physique régulière diviserait le risque sur 3.

- **Tabac :**

Il est maintenant démontré que le risque de développer un cancer colique ou rectal est plus élevé chez les hommes ayant fumé 30 à 40 paquets-année, et chez les femmes au-delà de 45 paquets-année. Ce risque disparaît après sevrage [24] [25].

- **Alcool :**

Différentes études ont démontré le lien entre la consommation d’alcool et le risque de cancer colorectal. En effet, la consommation d’alcool est associée à un risque relatif de 1,2 de CCR dès 40g/jour. L’alcool adviendrait sur la croissance de l’adénome [26].

#### **1 .4.2- Pathologies coliques favorisantes**

##### **1. Les polypes adénomateux : [27]**

Les polypes sont des tumeurs bénignes du colon et du rectum. Ce sont des excroissances qui se développent à la surface de la paroi interne du colon et du rectum, au niveau de la muqueuse.

Il existe deux types de polypes :

- **Des polypes qui resteront toujours bénins** : il s'agit de polypes hyperplasiques, des polypes hamartomateux et des polypes inflammatoires.
- **Des polypes susceptibles de se transformer très progressivement en tumeur maligne** : ce sont des polypes adénomateux, appelés aussi adénomes. Ils se développent à partir des glandes situées dans la muqueuse colique et rectale (glandes de Lieberkühn). Ils représentent environ 70% des polypes et sont à l'origine de plus de 80% des cancers colorectaux.

On individualise quatre types d'adénomes :

- **L'adénome tubulaire**
- **L'adénome vilieux**
- **L'adénome tubulo-vilieux**
- **L'adénome plan**

Le risque de dégénérescence dépend de plusieurs facteurs :

- Type histologique (plus grand pour les types vilieux).
- Taille du polype (plus important si supérieur à 2 cm).
- Multiplicité des lésions

#### **4.1.3 Les maladies inflammatoires du colon :**

##### **1- La recto-colite ulcéro-hémorragique :**

Il existe un risque majeur en cas de pancolite diagnostiquée avant 15 ans, toujours à suspecter devant la survenue d'une sténose au cours d'une RCUH. Ce risque atteint 14,8 en cas de pancolite, 2,8 en cas d'atteinte limitée au colon gauche [28].

##### **2- La maladie de Crohn :**

Elle est associée à un risque accru de cancer colorectal. L'efficacité des traitements et la surveillance régulière par coloscopie permettent cependant de prévenir son apparition.

#### **1.4.5- Facteurs génétiques :**

##### **▪ Polypose adénomateuse familiale (PAF) :**

C'est une maladie héréditaire à transmission autosomique dominante. Elle se manifeste par la mutation du gène APC, qui normalement, empêche le développement du cancer, par contrôle de la croissance ainsi que la division des cellules.

##### **▪ Syndrome du cancer colique héréditaire sans polypose ou HNPCC :**

Ou syndrome de Lynch, défini par les critères d'Amsterdam. De transmission autosomique dominante, il est dû à une mutation constitutionnelle d'un des gènes du MMR (MLH1-MSH2). Ils

surviennent vers l'âge de 40 à 50ans, sans souvent de localisation droite. Les personnes atteintes ont un risque de 60 à 80% de développer un cancer colorectal au cours de leur vie.

Ce syndrome est défini par les critères d'Amsterdam :

- 3 parents au moins sont atteints d'un cancer colorectal ou de l'intestin grêle, de l'endomètre, du rein ou des voies urinaires, des voies biliaires, de l'estomac ou de l'ovaire.
- Un(1) des 2 parents est lié aux deux autres par un lien de parenté au premier degré.
- Deux (2) générations successives sont atteintes.
- Au moins 1 des parents a eu un cancer avant l'âge de 50ans.

## ▪ Cancer colique sporadique :

Le risque serait de multiplier par 2 ou 3 chez les sujets dont l'un des parents était atteint, par rapport au reste de la population, par 4 si deux parents du premier degré étaient atteints, ou si le cancer était diagnostiqué avant l'âge de 45ans.

## 2. Anatomopathologie :

### 2.1. Localisation

La majorité des statistiques concernant les occlusions par cancer colorectal parle de la prédominance du siège au niveau du côlon gauche [34]. Deux occlusions coliques néoplasiques sur trois siègent entre le tiers gauche du transverse et la charnière recto sigmoïdienne [34].

Plus du quart (28%) des tumeurs du sigmoïde sont diagnostiquées au stade d'occlusion. Le risque relatif d'occlusion est élevé (40%) pour les tumeurs de l'angle splénique [33].

Lee et al .rapportent dans une étude incluant 243 patients, que 107 cas (44%) ont eu une occlusion par cancers situés en amont de l'angle colique gauche et 136 (56%) en aval de cet angle) [35].

P.Baqué et al .dans leur étude incluant 33 patients admis pour occlusion aiguë du côlon gauche, ont pu constater que 58% des localisations étaient sigmoïdienne [36].

Auteur	Nombre de cas	Colon droit		Colon gauche	
		Localisation prédominante		Localisation prédominante	
<b>Lee et al</b> [35]	243	Colon transverse	30	Charnière recto sigmoïdienne	78
<b>Bouznad N</b> [37]	41	caecum	4	Charnière recto sigmoïdienne	12
<b>Marrakech</b>	48	caecum	4	charnière recto sigmoïdienne	19
<b>Notre série</b>	36	Colon ascendant		charnière recto sigmoïdienne	

Tableau : La répartition selon la localisation

La localisation du cancer est à gauche chez 26 sur 36 cas. Cette dilatation est limitée au niveau du colon gauche c'est pour cette raison qu'on aurait beaucoup plus d'occlusion à ce niveau.

## 2.2. Aspect macroscopique

Les aspects macroscopiques sont influencés par l'histoire naturelle de ces tumeurs, le diamètre colique et la consistance des selles (la déshydratation des fèces favorise l'ulcération) [38].

Dans le transverse et le côlon descendant, de diamètre étroit, une virole est rapidement constituée. Dans le rectum, ils forment le plus fréquemment un anneau autour d'une ulcération centrale.

Ainsi on distingue :

Formes bourgeonnantes ou végétantes: ce sont des masses exophytiques sessiles, faisant saillie dans la lumière colique, d'aspect souvent vilieux, souvent érodées en surface. Cette forme histologique représentait 55% au niveau du rectum et 47% au niveau du côlon.

Formes ulcéro-infiltrantes: elles sont faites d'une ulcération entourée d'un bourrelet d'extension grossièrement circulaire, et constituent ainsi la virole qui peut atteindre la circonférence aboutissant à une sténose de la lumière;

Formes mixtes : elles sont fréquentes;

Linite plastique: est souvent secondaire à une linite gastrique, cependant il existe quelques formes primitives : 50% sont rectales, les autres coliques gauches. Elles réalisent un segment épaissi et rigide de plusieurs centimètres.

## 2.3. Aspect microscopique

Les adénocarcinomes représentent 94 % des cancers colorectaux.

Le grade histologique de malignité défini par le degré de différenciation est un facteur prédictif aussi bien de l'envahissement locorégional, que de la dissémination métastatique [39].

L'adénocarcinome colloïde ou mucineux représente 17 % des tumeurs, et se caractérise par de larges plages de mucus parsemées de cellules tumorales indépendantes.

Les adénocarcinomes en bague à chatons, les carcinomes épidermoïdes et les lymphomes malins non hodgkiniens sont rares.

Les léiomyosarcomes affectent plus souvent le rectum que le côlon. Les tumeurs carcinoïdes coliques représentent moins de 10 % des tumeurs carcinoïdes du tube digestif [40].

Concernant la différenciation, l'adénocarcinome se voit distingué en 4 entités selon la richesse en tubes glandulaires, la stroma-réaction et le nombre de mitoses. Ainsi il peut être bien, moyennement, peu ou indifférencié allant d'un meilleur à un moins bon pronostic [41]. La présence d'une composante colloïde muqueuse s'avère de pronostic péjoratif avec la fréquence des récidives locales et la réduction du taux de survie à 5ans à 19% [42].

## 2.4. Extension locorégionale et à distance

L'infiltration de la sous-muqueuse peut être précoce.

Les différentes couches de la paroi colique sont ensuite atteintes.

L'extension transversale conduit à une tumeur circulaire responsable d'une sténose obstructive. L'extension longitudinale se fait par voie muqueuse puis sous-muqueuse, et s'étend peu au-delà de la muqueuse, sauf en cas de tumeur anaplasique ou mal différenciée.

Il peut exister des nodules de perméation à plusieurs centimètres de la tumeur principale, par extension sous-muqueuse et périadventicielle.

#### 2.4.1. Extension veineuse et nerveuse [40, 39, 43]

Le risque d'envahissement veineux existe dès le franchissement de la membrane basale, compte tenu de la présence de vaisseaux dans le chorion. Néanmoins, leur calibre apparaît insuffisant pour générer une dissémination. Certains restreignent cette définition à l'invasion des veines extramuraux ayant une couche musculuse continue.

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

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

#### 2.4.2. Extension lymphatique

Le risque d'envahissement lymphatique apparaît en cas d'atteinte de la sous-muqueuse, et atteint 27 % en cas d'extension à la sous-muqueuse colique [40, 43].

L'extension ganglionnaire se fait de proche en proche, sans sauter de relais, intéressant les ganglions épicoliques, paracoliques et perirectaux juxta tumorales puis les ganglions intermédiaires et les principaux.

L'évaluation du statut ganglionnaire d'un cancer colique nécessite l'examen d'au moins 8 ganglions par pièce opératoire, et la classification de l'Union internationale contre le cancer (UICC) de 1997 requiert l'examen de 12 ganglions [40].

#### 2.4.3. Métastases à distance [44, 43, 45, 46]

Le foie est le site métastatique le plus fréquent du cancer colorectal [43 et 45]. On peut estimer que la moitié des patients atteints de cancer colorectal développent des métastases hépatiques au cours de leur maladie [44]. Elles sont synchrones dans 15 à 25% des cas et métachrones dans 25 à 40% des cas. Dans 30% des cas, le foie est l'unique site métastatique [44 et 45].

La survie sans traitement des patients porteurs de métastases hépatiques de cancers colorectaux (MCR), selon le stade, se situe entre 6 et 12 mois [44].

Le foie droit est plus souvent envahi que le foie gauche. Le risque de survenue de métastase hépatique est corrélé au stade de la tumeur primitive, il est approximativement de 5 % pour les stades A (limités à la muqueuse), de 15 % pour les stades B (envahissant toute la paroi intestinale) et de 40 % pour les stades C (avec atteinte ganglionnaire [46, 47]

Les métastases pulmonaires sont moins fréquentes que les métastases hépatiques et les localisations cérébrales et osseuses sont encore plus rares.



### 3. DIAGNOSTIC POSITIF DE L'OCCLUSION COLIQUE D'ORIGINE TUMORALE :

#### 3.1. Diagnostic clinique :

##### 3.1.1. Signes fonctionnels : [49]

Si le patient consulte dans un tableau occlusif, l'histoire de la maladie est probablement plus ancienne ; il faudra s'acharner à rechercher plusieurs signes d'appels retrouvés dans près de 71% des cas: [53]

Notion de douleurs abdominales localisées au niveau du cadre colique, s'aggravant progressivement et cédant après débâcle des selles et des gaz, traduisant la mise en tension du colon en amont d'un obstacle sténosant.

Troubles du transit à type de constipation, diarrhée, ou alternance des deux. Parfois, des écoulements glaireux ou sanguinolents.

Rectorragies imputées à tort par le médecin aux hémorroïdes, faisant retarder le diagnostic du cancer colique. Elles sont révélatrices des tumeurs du colon gauche. Des mélénas peuvent révéler des tumeurs en amont de l'angle colique droit.

Altération de l'état général avec amaigrissement, et parfois anémie ferriprive peuvent être retrouvés.

Le syndrome occlusif proprement dit, se déclare progressivement sur quelques jours, avant la réalisation du tableau complet de l'occlusion, associant douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz ainsi qu'une distension abdominale.

- L'arrêt des matières et des gaz (AMG) :

L'arrêt des gaz est le signe qu'il faut rechercher et préciser avec soins. Quant à l'arrêt des matières, il est moins net [54].

Dans notre série 36 patients ont présenté un arrêt des matières et des gaz (100%).

Ce maître symptôme est retrouvé chez 73,5% chez CHAMPAULT [55].

- La douleur

Elle est au début variable, la plus caractéristique étant des coliques intermittentes ou paroxystiques, parfois c'est un véritable état de mal suraigu sans pause ou à paroxysme, le plus souvent associé à une altération du faciès et une accélération du pouls. Mais la douleur peut être de faible intensité bien qu'elle accompagne une occlusion grave [54].

Les douleurs abdominales souvent d'intensité modérée étaient présentes chez 77% des patients de notre série. CHAMPAULT [55] révèle ce signe chez 70% de ses malades.

- Les vomissements

Ils sont inconstants : Ils peuvent être absents et être remplacés que par les états nauséux d'apparition tardive. Ils peuvent exister, mais généralement dans les occlusions coliques, ils sont d'apparition tardive et dans ce cas, ils n'ont qu'une valeur d'appréciation pronostique. Leur caractère fécaloïde traduit le terme ultime du retard apporté au diagnostic [54].

Dans la série de CHAMPAULT ce symptôme n'est signalé que chez 45,5% de ses patients [55], alors que dans notre série, les vomissements étaient présents dans 22 % des cas.

- La distension abdominale :

Elle est souvent tardive mais elle peut constituer parfois le signe prédominant de l'occlusion colique.

Elle est de localisation variable en fonction de celle de l'obstacle [54].\*

Auteurs / Symptômes	Arret des matières et des gaz	Vomissements	Douleur	Ballonnement abdominal
BelfquihM [19]	70	80	85	40
Champlault	73.5	45.5	72	62
Bouznad N [37]	100	85	78	59
Marrakech [106]	100	79	71	44
Notre série	100	22	77	50

### 3.1.2. Signes physiques

#### a- Inspection :

Le météorisme est fréquent (70 à 90%), volontiers important (58%) et diffus (60 à 75%) [49]. Les ondulations péristaltiques sont rarement perçues sous la paroi.

#### b- Palpation :

L'examen de l'abdomen est normal dans la moitié des cas. Une défense ou une douleur à la décompression sont retrouvées dans un quart des cas. Il n'y a pas de contracture. Une masse est perçue à la palpation ou au toucher pelvien chez un quart des malades [56].

#### c- Percussion :

Elle confirme le caractère tympanique de la distension abdominale [49]. Une matité des flancs peut être retrouvée en cas d'ascite de grande abondance.

#### d- Auscultation de l'abdomen :

Les bruits hydro-aériques sont le plus souvent diminués ou absents [49].



e-Touchers pelviens :

Le toucher rectal (TR) peut mettre en évidence des nodules de carcinose dans le cul de sac de Douglas, ou une masse pelvienne. L'ampoule rectale peut être vide. Des stigmates de saignement peuvent être objectivés.

Le toucher vaginal (TV) sera également effectué chez la femme.

### 3.1.3. Signes généraux

Ils sont fonction du délai écoulé depuis le début des troubles, de l'étiologie et/ou du contexte pathologique dans lequel survient l'épisode occlusif [49].

Ils sont appréciés sur le faciès, pouls, tension artérielle, l'état de conscience, la température et la diurèse [49].

La pâleur, l'agitation, l'accélération du pouls sont des éléments reflétant l'intensité de la douleur [49].

A un stade plus tardif, des signes de déshydratation s'installent tels que la soif, le pli cutané, sécheresse de la muqueuse buccale, l'oligurie ou les urines sombres concentrées au sondage urinaire avec un état de confusion, notamment chez le vieillard.

Dans certains cas extrêmes, le patient est admis dans un état de choc avec agitation, confusion, marbrures, hypotension artérielle ne répondant pas au remplissage.

## 3.2. Diagnostic para clinique

### 3.2.1. Bilan radiologique

#### ▪ ASP

C'est l'examen réalisé classiquement en première intention dans le cadre d'un syndrome occlusif. Il comporte trois clichés : le premier de face en orthostatisme (recherche de niveaux hydro-aériques), le second de face en orthostatisme centré sur les coupoles diaphragmatiques (recherche de pneumopéritoine) et le troisième de face en décubitus dorsal et rayon directeur vertical (meilleure analyse de la répartition des anses digestives dilatées).

Les clichés d'ASP permettent le diagnostic d'occlusion colique dans les deux tiers des cas en montrant une distension des structures digestives ou des niveaux hydro-aériques de type colique.

Classiquement, les niveaux hydro-aériques coliques sont plus hauts que larges, périphériques, avec visualisation des haustrations coliques.

L'ASP permet également de rechercher d'éventuelles complications telles que la perforation qui se voit dans 3% des cas et qui se manifeste par un pneumopéritoine (d'où l'intérêt de réaliser des clichés centrés sur les coupoles diaphragmatiques) [57] [58]

D'autres complications peuvent être également recherchés tel qu'une colectasie notamment au niveau du caecum. Ainsi un diamètre supérieur à 12cm témoigne d'un risque de perforation ischémique majeur, tandis qu'un diamètre au-delà de 20cm traduit un risque imminent de perforation.

L'absence de niveaux hydro-aériques ou la présence de gaz en intra-rectal témoigne d'une sténose incomplète.

- **Echographie abdomino-pelvienne :**

Réalisée essentiellement dans le cadre du bilan d'extension de débrouillage.

Elle permet d'objectiver dans le cadre des cancers en occlusion la présence de métastases hépatiques, une dilatation des cavités pyélocalicielles, d'un épanchement intrapéritonéal en cas d'ascite tumorale, de souffrance intestinale, ou de péritonite associée.

Elle peut cependant être limitée ou gênée par les gaz.

- **TDM abdomino-pelvienne :**

Le scanner abdominal est un examen de référence en matière d'occlusion intestinale aiguë. [59]

Il permettra de confirmer le caractère organique de l'occlusion, d'en préciser le siège, l'étiologie et parfois de dépister d'autres complications associées.

La tomodensitométrie permet y compris dans le contexte de l'urgence, d'apprécier l'envahissement locorégional et général de la tumeur ; avantage majeur pour la décision thérapeutique.

La tumeur colique se traduit par un épaissement irrégulier, asymétrique et sténosant de la paroi, se rehaussant de façon hétérogène après injection de produit de contraste. Le segment colique d'aval est collabé. Cela aurait permis de faire le diagnostic précoce et donc d'éviter les complications.

Cet état de fait serait lié à la banalisation de la symptomatologie, {l'absence d'éducation sanitaire, au niveau socio-économique le plus souvent bas des malades qui empêchent de consulter et d'effectuer les investigations nécessaires au diagnostic précoce. Les études scanno graphiques traditionnelles rapportent des exactitudes diagnostiques oscillant entre 41 à 82% [60] [61].L'un des avantages du scanner multi barrettes est de pouvoir conserver une excellente résolution spatiale sur un volume d'exploration étendu. Le scanner multi barrettes pourrait ainsi améliorer les performances du diagnostic des adénopathies métastatiques tant le long des chaînes mésentériques que le long des chaînes hypogastriques et ce dans le même examen . Concernant l'extension à distance (hépatique, pulmonaire), la sensibilité et la spécificité de la TDM sont désormais voisines de celle de l'IRM (> 80%), et permettent là en un temps un inventaire global de la maladie et donc une orientation thérapeutique.

## ▪ **Lavement opaque :**

Le lavement opaque n'est plus de réalisation courante en raison de l'avènement de la tomodensitométrie et sa généralisation dans la majorité des centres hospitaliers.

En cas de réalisation d'un lavement opaque dans ce contexte d'occlusion, l'utilisation de baryte est formellement proscrite compte tenu du risque majeur de dissémination péritonéale en cas de perforation même minime et in situ.

Lorsqu'il est réalisé, il confirme l'occlusion colique, apprécie son caractère complet ou incomplet, précise le siège de l'obstacle et dans 75 à 85 % des cas permet d'évoquer, avec certitude, son caractère néoplasique devant une image lacunaire de défilé excentré et irrégulier ou de sténose courte, lorsque le produit de contraste franchit l'obstacle.

## ▪ **Radiographie pulmonaire :**

De réalisation systématique la radiographie pulmonaire fait partie du bilan d'extension à la recherche de métastases et aussi du bilan pré-anesthésique.

## ▪ **Bilan endoscopique :**

La colonoscopie ou la recto-sigmoïdoscopie n'est pas de réalisation systématique dans un contexte occlusif même si l'occlusion est fortement suspectée sauf en cas d'obstacle incomplet.

Le risque majeur de celle-ci est lié à l'insufflation qui peut aggraver la distension colique et donc le risque de perforation.

Elle permet la localisation, l'évaluation de l'état de colon et une biopsie de la tumeur pour étude anatomopathologique.

Elle ne permet cependant pas l'étude du colon en amont en cas de tumeur sténosante.

Son rôle reste majeur en cas de doute avec un volvulus du sigmoïde puisque son apport est également thérapeutique dans cette situation.

Concernant l'extension locale (classification TNM), l'écho endoscopie digestive basse est actuellement probablement la meilleure technique d'imagerie disponible. [62]

## 3.2.2. **Bilan biologique :**

Le bilan demandé en urgence comporte : Un bilan de crase sanguine ; Un ionogramme sanguin ; Un bilan hydro-électrolytique ; Une numération formule sanguine ; Un groupage sanguin ABO et Rhésus.

Ces examens reflètent le retentissement biologique de l'occlusion ; l'opérabilité du patient et guident la réanimation.

Le dosage sérique de l'antigène Carcino-embryonnaire (ACE) a une sensibilité et une spécificité faibles. La principale indication de ce dosage est la surveillance postopératoire.

## 4. Traitement

L'occlusion colorectale tumorale est une urgence thérapeutique potentiellement grave. Cette gravité est liée d'une part aux troubles métaboliques, cardio-circulatoires et septiques qu'elle entraîne, et d'autre part à la pathologie causale.

La prise en charge doit être rapide et entreprise dès l'admission du malade, elle commence toujours par un traitement médical visant à corriger les désordres hydro électrolytiques et circulatoires. La seconde étape de cette prise en charge est le traitement de la pathologie occlusive [19].

### 4.1. But du traitement:

Dans les occlusions colorectales tumorales, le premier but est de lever l'obstruction, par un traitement médical ou par un traitement chirurgical respectant les règles de la chirurgie carcinologique. Les cancers colorectaux en occlusion.

### 4.2. Moyens thérapeutique

#### 4.2.1. Traitement médical :

En l'absence des signes de gravité (syndrome septique ou signes péritonéaux), il est licite de tenter un traitement non opératoire, pendant 24 à 72 heures au plus, qui associe à la réanimation hydro électrolytique un traitement local comportant essentiellement des lavements évacuateurs [63].

#### ▪ Réanimation [108] :

Une aspiration gastroduodénale continue : L'installation d'une sonde nasogastrique permet, dans l'immédiat, d'assurer une vacuité gastrique et de supprimer les vomissements, ce qui permet de soulager le patient. Elle diminue le risque ultérieur d'inhalation au moment de l'induction anesthésique.

Une rééquilibration hydro électrolytique et métabolique : La compensation hydro électrolytique d'un patient en situation aiguë tient compte des désordres présents au moment de la mise en œuvre du traitement et de leur gravité.

L'appréciation des perturbations repose sur l'histoire clinique, les signes cliniques et les symptômes ainsi que sur certains examens complémentaires biologiques.

La séquestration des sécrétions digestives en amont de l'obstacle peut atteindre plusieurs litres.

Les pertes liquidiennes et ioniques que représentent les vomissements ont pour conséquence une hypo volémie importante, on peut observer dans une forme évoluée ou chez un patient en mauvais état général un état de choc hypo volémique mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Les volumes perfusés, en quantité et en qualité, sont adaptés au triple déficit : volémique, acido-basique et hydro électrolytique.

La réanimation préopératoire doit compenser la moitié du déficit global. Les débits sont en fonction de l'importance estimée du troisième secteur. La compensation des pertes hydro électrolytiques repose sur les cristalloïdes puisque le déficit hydro sodé est la cause.

L'apport en cristalloïdes doit être au moins équivalent aux pertes.

Ce n'est qu'en cas de choc persistant que le recours aux colloïdes s'impose.

La plupart des auteurs approuvent l'intérêt de la réanimation préopératoire c'est le cas de Millat, Dia et Meyer [66].

Un sondage urinaire : Permettant de quantifier la diurèse et par conséquent juger l'efficacité des mesures de réanimation.

Un traitement antalgique ou antispasmodique : Toutes ces mesures, que l'on regroupe sous le terme de «traitement médical de l'occlusion», ne constituent pas un traitement en soi, mais plutôt des mesures d'accompagnement de l'occlusion qui doivent être maintenues tant que l'occlusion persiste, et dont l'objectif est de rétablir un équilibre hémodynamique et hydro électrolytique permettant une prise en charge chirurgicale dans les meilleures conditions. Tous les malades de notre série ont eu cette réanimation préopératoire. La plupart des auteurs approuvent l'intérêt de la réanimation préopératoire c'est le cas de MILLAT [67], DIA [66] et MEYER [68].

Une antibiothérapie bactéricide [64, 65] : Adaptée aux germes suspectés (bacille à gram négatif anaérobie), à la fonction rénale, administrée en flash en peropératoire après prélèvement de liquide péritonéal et poursuivie en cas de péritonite, ou débutée dans le service en cas de traitement médical de l'occlusion et de bactériémie, après hémocultures.

#### ▪ **Lavements évacuateurs :**

Ils sont réalisés à l'aide d'une canule non obstruant, avec une faible pression de remplissage. Les solutés utilisés varient d'une équipe à l'autre (sérum physiologique tiède avec adjonction de polyvidone iodée à 5 %). L'efficacité de ces lavements est jugée sur le résultat des évacuations et l'amélioration clinique.

Les recommandations de la société française de chirurgie digestive (SFCD) 2005 sont de pratiquer un lavement aux hydrosolubles ou une tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne pour confirmer l'obstruction et son niveau. Cependant, on préfère actuellement la réalisation d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec et sans injection voire un colo scanner pour préciser le siège et la nature de la lésion. Les cancers colorectaux en occlusion, il permet également de rechercher les signes de gravités dont le pneumopéritoine localisé ou diffus, d'abcès de distension caecale pré perforative (dilatation caecale à 12 cm), et de souffrance digestive (mauvais rehaussement/pneumatose pariétale), imposant une laparotomie d'urgence. Il permet également de dépister des métastases hépatiques, pulmonaires et une carcinose péritonéale [63].

## 4.2.2. Traitement chirurgical

### ▪ **Voies d'abord :**

**Voie médiane :** La voie médiane a été réalisée chez tous nos patients soit 100% des cas, c'est une médiane à cheval sur l'ombilic plus ou moins élargie. Cette voie permet une bonne exploration de toute la cavité péritonéale, de faire un bilan complet du siège de la tumeur, de son extension, et de rechercher les éventuelles métastases hépatiques. Elle évite de méconnaître une occlusion à double étage, des lésions ischémiques d'amont, ou une perforation pouvant évoluer à bas bruit.

**Voie élective :** Elle n'a été réalisée chez aucun patient de notre série. Toutes les stomies ont été réalisées par voie médiane. On reproche à cette voie l'absence d'exploration complète de la cavité abdominale, avec le risque de laisser évoluer des lésions ischémiques ou une perforation, ou négliger une occlusion grêlique associée.

**Coelioscopie [69, 70, 71, 72, 73] :** Depuis son introduction dans les années 1980, la coelioscopie a pris une place sans cesse croissante dans l'activité chirurgicale viscérale et digestive. D'abord limitée à des actes simples, elle est rapidement devenue la méthode de référence pour un certain nombre de procédures, telles la cholécystectomie, la cure de reflux gastro oesophagien, adénomes coliques... Dès 1991, les premiers cas de colectomie coelioscopique pour cancer sont rapportés par Jacobs et Al. [74]. par la survenue de greffes tumorales sur les orifices des trocars, avec un taux de survenue alors évalué entre 3 et 4,5% [75, 76].

Cependant, actuellement de nombreuses études ont montré que le pourcentage de cette greffe tumorale a nettement diminué du fait de l'expérience des chirurgiens pratiquants la coelio-chirurgie. Son principe fondamental est d'éviter une large ouverture de l'abdomen, requise dans la chirurgie «classique» réalisée par laparotomie et de réduire au minimum les complications postopératoires et le séjour hospitalier [75].

Ses avantages sont multiples: en manœuvrant l'optique par une incision de 10 mm, le chirurgien peut explorer des régions très distantes dont l'examen par laparotomie requiert une grande incision. La suppression de l'incision classique diminue beaucoup la douleur postopératoire, permet une reprise plus 58 précoce de l'activité, ce qui réduit certains risques (phlébites, infections pulmonaires...). De surcroît, il semble bien que l'absence d'exposition à l'air des anses intestinales, leur moindre mobilisation soient des facteurs de récupération rapide d'une activité intestinale normale, donc de l'alimentation, accélérant la convalescence.

Ses limites tiennent à des facteurs techniques. Si la vision est d'excellente précision, le champ de vision est parfois trop étroit pour certains gestes. L'appréciation des tissus par palpation fait défaut, ce qui peut être gênant. Enfin et surtout, la réalisation de gestes complexes est rendue encore plus difficile. La manipulation des tissus fragiles et volumineux par des pinces de petite taille peut être

dangereuse. Un incident soudain peut être difficile à maîtriser surtout s'il s'agit d'une hémorragie aveuglant l'optique [75].

Cette technique est actuellement validée par les sociétés américaines de chirurgie colorectale et de chirurgie endoscopique, à condition que les chirurgiens soient expérimentés et qu'ils aient déjà une expérience d'exérèse colique coelioscopique pour maladie bénigne [77].

Elle n'a été réalisée en aucun cas dans notre série. Les principales indications pour conversion en laparotomie sont [75]: Adhérences denses et extensives ; l'incapacité de localiser la lésion ; La preuve d'une malignité T4 (invasion des structures adjacentes).

Auteurs	Série	Laparotomie médiane %	Voie élective	Coelioscopie
Bouznad N [37]	41	100	0	0
Boujguenna [78]	58	67.3	32.7	0
Boumezzougha [108]	12	100	0	0
Notre série	36	100	0	0

**Tableau : la voie d'abord utilisé par certaines études**

▪ **gestes chirurgicaux**

**Stomie :**

- Colostomie latérale sur baguette iliaque gauche ou transverse [79,80]

Le siège de la colostomie dépend de celui de la tumeur. Elle doit être facile d'exécution, et donc porter sur un segment colique mobile, aisément extériorisable.

- Colostomie de proche amont

Si la tumeur siège sur le sigmoïde distal, elle est faite sur le sigmoïde proximal. Sa proximité par rapport à la tumeur fait qu'elle est emportée avec celle-ci lors de la colectomie. Il s'agit donc d'une stratégie en deux temps [76].

- Colostomie sur le colon transverse

Si la tumeur siège sur la partie proximale du sigmoïde ou le côlon lombo-iliaque, il n'est pas facile de faire une colostomie de proche amont par une voie élective, le côlon étant accolé aux plans postérieurs. L'autre choix est de faire la colostomie à distance, sur le transverse droit, à un endroit où elle ne gêne pas la mobilisation du côlon gauche lors de l'exérèse de la tumeur. L'anastomose est faite sous couvert de la colostomie, qui est supprimée dans un troisième temps opératoire. Il s'agit d'une stratégie en trois temps [79].

- Colostomie terminale

La colostomie est dite terminale car elle consiste à aboucher la terminaison du côlon, elle a un seul orifice. Elle siège habituellement sur le côlon iliaque gauche.

- Colostomie latérale términalisée

Il s'agit d'une colostomie latérale dont le segment d'aval est fermé pour assurer une dérivation complète des matières, en fait ce segment se reperméabilise après un certain temps et une colostomie latérale standard, bien éversée, dérive bien et est suffisante [80]

- Colostomie double

Les deux extrémités coliques sont séparées et abouchées à la peau par un même orifice ou deux orifices distincts séparés par un pont cutané. Ce type de stomie est réalisé à chaque fois que l'on résèque un segment de côlon mobile et que l'anastomose n'est pas possible en un temps : côlon non préparé, terrain septique [80].

- Coecotomie

Elle a été abandonnée car elle n'assure qu'une dérivation incomplète des matières et s'associe à une morbidité et une mortalité importantes [80].

Plusieurs équipes ont proposé une colostomie périnéale pseudo-continentale qui associe à la colostomie périnéale une auto transplant libre de musculature lisse selon Schmidt et des irrigations coliques postopératoires précoces.

Les colostomies périnéales ont l'avantage de ne pas modifier l'image corporelle mais sont plus difficiles à contrôler que les colostomies abdominales classiques [80].

- Iléostomie latérale :

C'est une iléostomie temporaire confectionnée par mesure de sécurité en amont d'une anastomose fragile: iléo rectale, iléo-anal. Elle comporte deux orifices : amont et aval. À l'heure actuelle, l'iléostomie latérale est préférée à la colostomie latérale dans l'indication de stomie de protection des anastomoses colorectales basses ou colo anales. En effet l'iléostomie est plus simple à réaliser et plus simple à fermer que la colostomie. L'inconvénient de l'iléostomie est sa productivité plus élevée mais un traitement par des ralentisseurs du transit (2 ou 4 mg 3 à 4 fois/jour) est efficace et bien toléré [80].

## Résections



- Hémicolectomie droite : Elle résèque le caecum, le côlon ascendant et l'angle colique droit. Elle emporte les 15 à 20 derniers centimètres du grêle. Elle s'étend plus ou moins sur le côlon transverse selon la localisation de la tumeur.

Le geste consiste en : ligatures vasculaires premières au bord droit du pédicule mésentérique supérieur; curage ganglionnaire s'arrêtant au bord inférieur du pancréas; libération du côlon transverse et section du grand épiploon; mobilisation colo pariétale.

Pour les cancers du côlon droit en occlusion, il est préférable de réaliser une anastomose mécanique terminalisée « pièce en place » qui évite tout risque de contamination de la cavité abdominale par du liquide digestif.

Le rétablissement de la continuité digestive peut se faire par anastomose manuelle latéroterminale ou latérolatérale après section du côlon et de l'iléon.

La société française de chirurgie digestive recommande pour des raisons de cout, la réalisation d'anastomoses iléo coliques manuelles, les deux techniques manuelle et mécanique donnant des résultats semblables .La SFCD ne se prononce pas sur le type d'anastomose devant être réalisé en présence d'un côlon distendu en raison d'une sténose néoplasique.

- Colectomies gauches
  - **Colectomie segmentaire gauche haute réglée:**

La colectomie segmentaire gauche haute, également appelée colectomie de « l'anse splénique » ou « colectomie intermédiaire », réalise l'exérèse du tiers gauche du transverse et du côlon sus-iliaque, et s'associe à un curage ganglionnaire centré sur le pédicule colique supérieur gauche, pédicule de l'angle gauche, dont l'artère est liée à son origine derrière le bord gauche du quatrième duodénum.

C'est l'intervention type pour les cancers siégeant sur le côlon descendant, entre l'angle colique gauche et la crête iliaque [81].

Le rétablissement de continuité pour une résection du côlon descendant se fait par une anastomose colo-colique [63].

- **La colectomie segmentaire gauche basse:**

Elle emporte toute l'anse sigmoïde. C'est l'intervention type pour les cancers siégeant sur le côlon flottant entre l'accolement iliaque et la charnière recto sigmoïdienne .Elle comporte un curage ganglionnaire mésentérique inférieur avec une ligature haute de l'artère mésentérique inférieure, au bord inférieur du troisième duodénum [81].

Le rétablissement de la continuité se fait par une anastomose colorectale latéro terminale manuelle dans la majorité des cas, ou mécanique [63].

- **Lavage colique per opératoire [63]**

Le but de cette technique est de réaliser en per opératoire une préparation colique qui n'a pu être réalisée en préopératoire en raison de la sténose tumorale. Cette technique peut être utile en chirurgie électorale lorsque la préparation colique n'est pas parfaite, ou dans le cadre de la chirurgie d'urgence. Le risque élevé de fistule en cas d'anastomose sur un côlon non préparé et distendu conduit classiquement à proposer une chirurgie en plusieurs temps avec colostomie première. Le principe de l'irrigation colique per opératoire est d'obtenir, au cours de l'intervention, une préparation colique compatible avec une chirurgie colique en un temps lorsque la préparation préopératoire est impossible ou insuffisante. Les avantages de cette technique sont d'éviter tout sacrifice colique inutile..

Meijer et al. [54], a effectué chez 17 patients hospitalisés pour obstruction néoplasique du côlon gauche, sous couverture antibiotique, un lavage peropératoire antérograde.

Chez tous ces patients une anastomose primaire a été faite, la durée de l'opération chirurgicale était prolongée de 30-45min due à l'irrigation colique.

En post opératoire, deux incidents septiques étaient survenus chez deux cas (une déhiscence de la paroi abdominale, et une suppuration de la plaie).

Cette étude a pu démontrer que le lavage per opératoire antérograde peut aider à effectuer une anastomose primaire au lieu de recourir à une colostomie.

D'autres équipes avaient étudié l'effet du lavage colique per opératoire sur les résultats de la chirurgie des urgences colorectales.

Il faut noter que ce lavage colique ne peut être fait chez tous les patients, un état hémodynamique stable étant recommandé.

Peppas et al. [54], rapporte que seulement le tiers des patients (hospitalisés pour occlusion colique) dans sa série étaient candidats au lavage colique per opératoire. En postopératoire 19,5% des patients de cette série ont eu une déhiscence anastomotique, la mortalité était de 2,4%.

- **Colectomie totale ou subtotale :**

Elle permet l'exérèse de la tumeur et du côlon d'amont distendu. L'anastomose est iléo rectale haute ou iléo sigmoïdienne basse, selon le siège de la tumeur. Les impératifs carcinologiques sont respectés pour la résection du segment colique porteur de la tumeur. En cas de deuxième localisation néoplasique, les ligatures vasculaires se font à l'origine des pédicules vasculaires concernés. Le

Auteur	Série	Colostomie première	Intervention d'Hartmann	Chirurgie en un temps	Résection + anastomose
BouznadN.[37]	41	72,5%	17%	9,75%	-
Rault [18]	22	4,5%	28%	9%	51%
Boujguenna I	58	32,70%	46.50%	13,70%	-
<b>Notre série</b>	<b>36</b>	<b>66.6%</b>	<b>19.4%</b>	<b>25%</b>	-

rétablissement de la continuité se fait en général par une anastomose iléo sigmoïdienne latéro latérale ou iléo rectale latéro terminale manuelle, l'iléon terminal étant sectionné à l'aide d'une pince d'agrafage section linéaire [63].

**Tableau :** Prise en charge chirurgicale des cancers coliques en occlusion



## ***Chapitre V***

### ***Conclusion***

Au terme de ce travail, il convient de souligner que le cancer colique en occlusion est une urgence fréquente et grave, survenant chez des personnes en état général altéré ou ayant un cancer déjà localement avancé. Des études épidémiologiques ont démontré l'existence de lésion précancéreuse.

Le dépistage individuel chez les sujets à risque est un moyen primordial afin de diagnostiquer ce cancer à un stade précoce et d'en éviter les complications. Ceci est possible grâce à l'avènement des tests immunologiques réalisables chez sujets à risque.

L'absence de la généralisation des moyens de dépistage, et la négligence des malades des premiers symptômes de la maladie, expliquent les circonstances de découverte de la pathologie au stade compliqué notamment au stade d'occlusion intestinale aiguë, et de localisations secondaires.

La prise en charge des patients ayant un cancer du côlon en occlusion nécessite une équipe multidisciplinaire, et pose à la fois : le problème d'une obstruction organique sévère du colon avec tous ces retentissements potentiels notamment d'ordre général, ou intestinal d'amont; et le problème d'un cancer souvent localement avancé et déjà métastatique.

Le traitement chirurgical reste l'attitude la plus utilisée dans notre contexte, vu la non disponibilité des prothèses métalliques dont les résultats semblent meilleurs que ceux de la série chirurgicale. La levée de l'obstacle en urgence, mais fait appel également à une prise en charge ultérieure, en dehors de l'épisode occlusif.

En effet, les explorations et bilans d'extension seront demandés ultérieurement afin planifier une stratégie thérapeutique propre à chaque malade. La chimiothérapie et l'immunothérapie seront réalisées selon le stade d'évolution de la maladie et l'état clinique du malade. La radiothérapie n'est pas de pratique courante, vu ses résultats non satisfaisants.

Le pronostic reste péjoratif dans la majorité des cas, notamment en cas de l'existence de localisations secondaires.

## ***Références***

## ***Bibliographiques***

## BIBLIOGRAPHIE :

1. Benhamiche AM. *Colonic cancer. Descriptive epidemiology and high risk groups.* Gastroenterol Clin & Biol 1998 (3suppl): S1-S11.
2. Bouvier AM et al. *Incidence of gastrointestinal cancers in France* Gastroenterol Clin & Biol 2004; 28 : 877-881.
3. OLSCHWANG S et THOMAS *Génétique des cancers coliques. Maladies héréditaires prédisposantes.* EMC gastro-entero 1999.
4. J.A. McCullough, A.H. Engledow. *Treatment Options in Obstructed Left-sided Colonic Cancer.* Clinical Oncology 22 2010 : 764-770.
5. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. *Malignant obstruction of the left colon.* Br J Surg 1994 ; 81: 1270-1276.
6. Tekkis PP, Kinsman R, Thompson MR, et al. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland study of large bowel obstruction caused by colorectal cancer.* Ann Surg 2004; 1: 76-81
7. Baron TH, Kozarek RA. *Endoscopic stenting of colonic tumours.* Best Prac Res Clin Gastroenterol 2004 ; 18 : 209-229.
8. Kyllonen LE. *Obstruction and perforation complicating colorectal carcinoma. An epidemiologic study with special reference to incidence and survival* Acta Chir Scand 1987; 153 : 607-14.
9. Phillips RK, Hittings R, Fry JS, Fielding LP. *Malignant large bowel obstruction.* Br J Surg 1985; 72 : 296-302.
10. F. Borie, F. Guillon, S. Aufort. *EMC. Occlusions intestinales aiguës de l'adulte : diagnostic.* 9-044-A-10
11. Dimitrios Stefanidis, Ken Brown, Hector Nazario, Hector H. Trevino, Hector Ferral, Charles E. Brady, et coll. *Safety and Efficacy of Metallic Stents in the Management of Colorectal Obstruction.* JLS 2005; 9(4): 454-459.
12. Hennekinne-Mucci. S, Tuech JJ, Bréhant O, Lermite E, Bergamaschi R, Pessaux P, and Arnaud J.P. *Emergency subtotal/total colectomy in the management of obstructed left colon carcinoma.* Int. J. Colorectal Dis. 2005 ; 14 : 1-4.
13. Law WL, Choi HK, Chu KW *Comparison of stenting with emergency surgery as palliative treatment for obstructing primary left-sided colorectal cancer.* Br J Surg 2003; 90:1429-33.
14. Raveloson JR, Rantomalala HYH, Rakotoarisoa B, et coll. *Prise en charge des cancers du côlon en occlusion au Centre Hospitalier de Soavinandriana.* Med Afr Noire 2005; 52:633-7.
15. Benchimol D, Rahili A *Tumeurs du côlon et du rectum Rev. Prat.* 2002; 52(10):1105-14.
16. Meyer CH, Hollender LF. *Chirurgie colique d'urgence* 1-39. MASSON 1986
17. Rault \*, D. Collet, A. Sa Cunha, D. Larroude, F. Ndobu'Epoy, B. Masson *Surgical management of obstructed colonic cancer* Annales de chirurgie 130 (2005) 331-335.



18. Belfequih M., Amraoui M. Le cancer colique gauche en occlusion
19. Benhamiche AM. *Colonic cancer. Descriptive epidemiology and high risk groups.* Gastroenterol Clin & Biol 1998 (3 suppl): S1-S11.
20. Norat T, Lukanova A, Ferrari P, Riboli E. *Meat consumption and colorectal cancer risk: a dose-response meta-analysis epidemiological studies.* Int J Cancer 2002; 98:241-256
21. Potter JD, Slattery ML, Bostick RM, Gapstur SM. *Colon cancer, a review of the epidemiology.* Epidemiol Rev 1993; 15 : 499-545
22. Boutron Ruault MC, Senesse P, Faivre J, Couillaud C, Belghiti C. *Folate and alcohol intakes related or independant roles in the adenoma-carcinoma sequence?* Nutr Cancer 1996; 26
23. Chao A, Thun MJ, Jacobs EJ, Henley SJ, Rodriguez C, Calle EE. *Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II.* J Natl Cancer Inst 2000; 92 : 1888-1896.
24. Boutron-Ruault MC, Senesse P, Meance S, Belghiti C, Faivre J. *Energy intake, body mass index, physical activity and the colorectal adenoma-carcinoma sequence.* Nutr Cancer 2001; 39:50-57.
25. Boutron-Ruault MC, Senesse P, Faivre J, Couillaud C, Belghiti C. *Folate and alcohol intakes: related or independant roles in the adenoma-carcinoma sequence.* Nutr Cancer 1996; 26:337-347.
26. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Les-tumeurs-du-colon/Tumeurs-benignes>
27. Ekblom A, Helmick C, Zack M, Adami HO. *Family history of colorectal tumours and implications for Ulcerative colitis and colorectal cancer. A population-based study.* N Engl J Med 1990 ; 323 : 1228-1233.
28. Chevret J.P, Gadalewski G. *Anatomie clinique 2000 Chapitre 22 P :347-365 .*
29. Bouchet A, Cuillert J. *Anatomie descriptive topographique et fonctionnelle 2001 :2051 .*
30. Sobotta .Atlas d'anatomie humaine 1995.
31. Gallot D. *EMC anatomie chirurgicale du colon 40-535.*
32. Millat B. *Traitement des cancers coliques en occlusion. Annales de chirurgie 2003;128:349-50*
33. Benhamiche-Bouvier AM, Clinard F, Dancourt V et al. *Épidémiologie des cancers du tube digestif.* Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie, 9-000-C-16, 2001, 7 p.
34. Lee Y M., Law W L., Chu K W. *Emergency Surgery for Obstructing Colorectal Cancers A Comparison Between Right- Side and Left-Sided Lesions.* J Am Coll Surg. 2001;192(6):719-25.

35. Baqué P, Chevallier P, Solih F, Jannelli A, Benizri E. Colostomie de décharge vs endoprothèse colique autoexpansive, comparaison des deux techniques dans l'occlusion colique gauche aiguë par obstacle tumoral. *Ann Chir*. 2004;129 :353-58.
36. BOUZNAD N. Cancer colorectaux en occlusion au service de chirurgie viscérale au CHU Mohamed VI Thèse doctorat médecine, Marrakech ;2012 N°29.
37. F. Potet. *Histopathologie du tube digestif* Edition Masson (2eme) (2005).
38. Arfa N, Hamdani L, Gharbi L, Ben Abid S, Ghariani B, Mannai S, Mestiri H, Khalfallah MT, Mzabi SR. Survie et facteurs pronostiques des adénocarcinomes colorectaux : étude analytique uni- et multifactorielle de 150 cas *Ann Chir*. 2006;13:104-11.
39. Viguié J, Bourlier P, Karsenti D, de Calan L et Danquechin Dorval E. Cancer du côlon. *Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie*, 9-068A-10, 2003, 18 p.
40. J. Faivre, C. Lepage, J. Viguié. Cancer colorectal : du diagnostic au dépistage *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, V.33, Issues 8-9, 2009, Pages 660-671
41. Sedkaoui Ch. Thèse : Chimiothérapie et thérapie ciblée dans le cancer colorectal métastatique. Faculté de médecine Tizi-Ouzou. 2015.
42. Pellerin O, Geschwind JF. Traitement intra-artériel des métastases hépatiques de cancer colorectal. *Journal de radiologie*. 2011;92:835-41.
43. Chirica M, Leconte M, Oberlin O, Dousset B. Cancers colorectaux: traitement chirurgical des métastases hépatiques. *Presse Med*. 2012;41(1):58-67.
44. Zalinski S, Mariette BC, Farges O. Prise en charge des patients atteints de métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal. *Recommandations pour la Pratique Clinique*.
45. R. Adam, E. Vibert. Traitement des métastases hépatiques de cancer colorectal *EMC Gastro-entérologie*. 2008;9-068-A-15.
46. Ghoubach M., Benelkhaiat R. Cancer du côlon a propos de 86 cas Thèse 16/2009 Université Cadi Ayyad Faculté De Médecine Et De Pharmacie Marrakech.
47. <http://www.rrc-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-DIG-1102COL.pdf>
48. Borie F., Guillon F., Aufort S. *Occlusions intestinales aiguës de l'adulte : diagnostic*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Gastro-entérologie*, 9-044-A-10, 2009.
49. *Encyclopedie-Medico-Chirurgicale*. Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences - Medico-Chirurgicales (EMC- UMC-Tome1). Paris-France, urgences, 24059A10, 10.1984, 20p.
50. [campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item217/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item217/site/html/cours.pdf)

51. Casa C, Arnaud J.P. *Occlusion intestinale du colon*. La Rev du Prat, Paris, Hépto-Gastro-entérologie 1997; 47:1933-1936.
52. Jérôme Viguiet et coll. *Cancer du côlon*. EMC Gastro-entérologie 2003.
53. MacDonald AJ, McEwan H, McCabe M, Macdonald A. Age at death of patients with colorectal cancer and the effect of lead-time bias on survival in elective vs emergency surgery. *Colorectal Dis*. 2011; 13(5):519-25.
54. Champault G; Adloff M, Arnaud JP. Les occlusions coliques : études rétrospectives coopérative de 497 cas. *J. Chir.* 1983; 120(1):47-56.  
Flamant Y. *Douleurs abdominales aiguës de l'adulte*. In Rambaud JC, editor. *Traité de gastroentérologie*. Paris: Flammarion; 2005.
55. Renoux B, Herbault GF, Jean E. *Perforations diastatiques du côlon d'origine néoplasique*. À propos de 15 observations. *J Chir (Paris)* 1986 ; 123: 6445
56. Tissot E, Champentier JP, Vignal J. *Les perforations diastatiques du côlon d'origine néoplasique*. *Lyon Chir* 1981; 77: 351-2.
57. Bouayed, Bories, Lelong ; Moutardier V. *Que peut-on attendre d'un traitement endoscopique ?* 170ème congrès de chirurgie (AFC) Sep 2005.
58. Angelelli G, Macarini L, Lupo L, Caputi-Jambrenghi O, Pannarale O, Memeo V. *Rectal carcinoma: CT staging with water as contrast medium*. *Radiology* 1990; 177: 511-514.
59. Garcia-Aguilar J, Pollack J, Lee SH, et al.
60. Brachet D, Lermite E, Mucci-Hennekinne S, Arnaud JP. *Cancer du côlon en occlusion* *Encycl Méd Chir*.
61. Motravers P, Houssa H, Boudinet S. *Antibioprophylaxie péri opératoire*. *Anales Françaises*, 2012. Elsevier Masson.
62. Bouvet E, Gibert C, Vachon F. *Antibiothérapie prophylactique en chirurgie*. *Journées de réanimation Claude Bernard*. 1980, 167-190
63. Dia A, Bad, Fall B, Diayem N, Tourel T, Sow ML. *Les occlusions coliques: Etude rétrospective à propos de 62 cas Dakar Med* 1993
64. Fadlouallah M., Benzoubeir N., Errabih I., Krami H., Ahallat M., Ouazzani L., & Ouazzani, H. (2009). (054). *Colorectal carcinoma in patients younger than 40 years of age: About 40 cases*. *Arab Journal of Gastroenterology*, 10(2), AB29.
65. Millat B., Guillon E. *Physiopathologie et principe de réanimation des occlusions intestinales*
66. Bretagnol F, Alves A, Panis Y. *Technique de la colectomie gauche par laparoscopie*
67. H. J. Bonjer, W. C. Hop, H. Nelson, D. J. Sargent, L. Pahlman. *Colectomie pour cancer par coelioscopie ou laparotomie : résultats d'une méta-analyse* *Journal de Chirurgie*, 2008 , 298-303

- 68.** ULRIKKA C, Oudjit A, Prat1 F, Stanislas C. Alternatives à la coloscopie et leurs limites. Presse Med. 2010; 39: 437–445. 66.
- 69.** J.T. Liang, K.C. Huang, H.S. Lai, P.H. Lee, Y.M. Jeng. Essai randomisé comparant les résultats carcinologiques des exérèses des cancers du côlon gauche stade II et III par coelioscopie et par laparotomie.
- 70.** F. Bretagnol, J. -M. Fabre, K. Slim. Cancer du sigmoïde : résection par laparoscopie ou par laparotomie
- 71.** JACOBS M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy).
- 72.** Benamr S, Mohammadine E, Niamane R, ABBASSI A, ESSADEL A. Résultats du traitement chirurgical du cancer du côlon. Médecine du Maghreb 1996 n°60
- 73.** BOUTAALLA J. Etude épidémiologique descriptive à propos de 549 cas de cancer colorectal colligés au service de chirurgie C Ibn Sina .
- 74.** Mansouri F N, Cherradi A, Malyhi N, Mahassini F, El Ghassi R, Reffas A, et AL. Particularités anatomopathologiques du cancer colorectal du sujet jeune (à propos de 110 cas).
- 75.** Boujguenna I.Cancer colique compliqué d'occlusion.
- 76.** LasserP, GallotD, LechauxJP. Colostomies.Encycl Méd Chir,Techniques chirurgicaleAppareildigestif.
- 77.** Vidal A, Frileux P, Bertoli D, Bernard L, BourgeoisC,Chatte S,ET AL. Iléostomie et colostomie Encycl Méd Chir. Gastro-entérologie. 2011:9-068-X-10.
- 78.** Tuech JJ, Pessaux P et Arnaud JP. Cancers du côlon en occlusion. Principes de tactiques et de techniques opératoires. Encycl Méd Chir.Techniques chirurgicales– Appareil digestif
- 79.** Rougier P.Cancers colorectaux,Rev Prat. 2004;54(2) :133-8.
- 80.** De Calan L, Gayet B, Bourlier P, Perniceni T.Chirurgie du cancer du rectum par laparotomie et par laparoscopie Cancers du côlon en occlusion. Principes de tactiques et de techniques opératoires.Encycl Méd Chir, techniques chirurgicales
- 81.** MauvaisF, SabbaghC, BrehantO, Viart L, BenhaimT, FuksbD,ET AL.Amputation abdomino-périnéale dans la prise en charge des cancers du bas rectum(1): problématique carcinologique et technique d'exérèse.
- 82.** Borie F, El Nasser M, Herrero A , Gras-Aygon C., CRISAP-LR, Daures J.-P ,Tretarre B. Impact des conférences de consensus sur la prise en charge du cancer du côlon et du rectum.Étude de populationJ Chir. 2008;145(3):247-51
- 83.** Martinez-Santos C, Lobato RF, Fradejas JM, Pinto I, Ortega-Deballon Moreno- Azcoita M.Self-expandable stent before elective surgery vs. emergency surgery for the treatment of malignant colorectal obstructions: comparison of primary anastomosis and morbidity rates.Dis Colon Rectum 2002; 45:401-6.

84. Baron TH, Dean PA, Yates MR 3rd, Canon C, Koehler RE. Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1998;47: 277-86
85. Baron TH. Expandable Metal Stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. *N Engl J Med* 2001; 344 (22): 1681-87
86. Khot UP, Lang AW, Murali K, Parker MC.
87. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. *Br J Surg* 2002; 89:1096-102
88. Benabbou M., Absi M. Cancers coliques en occlusion. THESE 81/11 universite MOHAMMED V SOUISSI Faculte de medecine et de pharmacie – Rabat .
89. Dekovich AA. Endoscopic treatment of colonic obstruction. *Curr Opin Gastroenterol*. 2009;25(1):50-4
90. Spano JP, Bouillet T, Morere JF, Breau JL. Intérêt de la radiothérapie dans le cancer du rectum *Presse med* 2003;32:315-22.
91. Artru P. Que place du traitement adjuvant après chirurgie ? *Gastroenterol Clin Biol*. 2007;31:1S81-1S88
92. Esch A, Coriat R, Perkins G, Brezault C,
93. Chaussade S. Existe-t-il une alternative à la chimiothérapie adjuvante par FOLFOX dans les cancers coliques de stade III ? *Presse Méd.* 2012;41(1):51-7.
94. Pavy JJ, Scaraub S. Radiothérapie et traitement symptomatique des cancers colorectaux évolués. *Revue prat* n°12, 1997.
95. Zaharie F, Mocan L, Mocan T, Tomus C, Hodor V, Al Hajjar N ET AL. Surgical management of malignant large bowel obstructions. *Chirurgia (Bucur)*. 2011;106(4):479-84.
96. Tuech JJ, Pessaux P et Arnaud JP. Cancers du côlon en occlusion. Principes de tactiques et de techniques opératoires. *Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales Appareil digestif*, 2001;40-575
97. Esch A, Coriat R, Perkins G, Brezault C, Chaussade S. Existe-t-il une alternative à la chimiothérapie adjuvante par FOLFOX dans les cancers coliques de stade III ? *Presse Méd.* 2012;41(1):51-7.
98. Peschard F, Alves A, Berdah S, Kianmanesh R, Laurent C, Mabrut JY, ET AL. Indications de la laparoscopie en chirurgie générale et digestive, Recommandations factuelles de la Société Française de Chirurgie. *J. Chir (Paris)*. 2006;143(1):15-36.
99. Parés D, Biondo S, Miró M, Fracalvieri D, Julià D, Frago R ET AL. Results and prognostic factors in the Hartmann procedure. *Cir Esp*. 2005;77(3):127-31.
100. Rohr S. Place de la colectomie totale et subtotala avec anastomose dans les cancers du côlon gauche en occlusion publié par l'association française de chirurgie dans son 103ème congrès.

**101.** BorieF, HerreroA.Occlusion intestinale aigüe de l'adulte: traitement  
Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie. 2009:9-044-A-11.

**102.** Branger F, Thibaudeau E, Mucci-Hennekinne S, Gesbron E, Bressollette K,Hamy A ET  
AL.Utilisation des stents coliques dans la prise en charge des cancers colo-rectaux en occlusion.J  
Chir Visc 2010;147(4):26.

**103.** PerakakisN, SchwachaH, BlumHE, FischerR, BreidertM. Stent Therapy in a Patient with  
Colorectal Cancer StageIV Hellenic Journal of Surgery 2011; 83(3):162-5.  
Baich H. La Prise En Charge Du Cancer Rectum Thèse 80/2007.

## ***Annexes***





Métastases à distance

Si oui préciser localisation :

péritoine

Foie

poumon

autres (en claires).....

1 non 2 oui

**Dosage du taux d'ACE initial**    
Si oui : Taux : ..... (N < .....)

### 3) FICHE TRAITEMENT

Prothèse endoscopique  1 non  2 oui

Chirurgie

Délai entre début des symptômes et la consultation du patient (jours) :.....

### 3.2 CHIRURGIE

**Date d'intervention** : ...../...../.....

**Séquence\***  1 non  2 oui

Chirurgie initiale en urgence

Chirurgie programmée après chirurgie initiale (2ème temps)

Chirurgie programmée 3ème temps

**Voie d'abord** 1 non 2 oui

Laparotomie

Cœlioscopie

**Constataion per opératoire** 1 non 2 oui

Tumeur rompue dans le péritoine

Envahissement organe de voisinage

Si oui préciser l'organe : ....

Souffrance ischémique du colon

Perforation diastatique du caecum

Péritonite

Tumeur non résécable

### Geste opératoire réalisé

Colostomie de décharge

Résection segmentaire

Intervention de Hartmann

Colectomie étendue

Curage ganglionnaire systématisé réalisé  1 non  2 oui

## ***Résumé***

## LISTE DES ABREVIATIONS

- ACE:** Antigène Carcino-embryonnaire.
- ADK:** Adénocarcinome.
- AINS:** Anti-inflammatoire non stéroïdien.
- AMI:** Artère mésentérique inférieure.
- AMS:** Artère mésentérique supérieure.
- ASP:** Abdomen sans préparation.
- BCG:** vaccin bilié de Calmette et Guérin.
- CAC:** Centre anti-cancer.
- CCR:** Cancer colorectal.
- CE:** Carcinome épidermoïde.
- FU:** Fluorouracile.
- FUFOL:** Fluorouracile acide Folinique.
- HNPCC:** Hereditary non polyposis colorectal cancer.
- IGF:** Insuline Growth Factor.
- IRM:** Imagerie par résonnance magnétique.
- OIA:** Occlusion intestinale aiguë.
- PAF:** Polypose adénomateuse familiale.
- PET-scan:** Tomographie par émission de positrons.
- RCUH:** Rectocolite ulcéro-hémorragique.
- SFCD:** Société française de chirurgie digestive.
- TR:** Toucher rectal.
- TV:** Toucher vaginal.

## **Résumé**

### **Introduction**

L'occlusion représente la complication révélatrice ou évolutive la plus fréquente des cancers colorectaux.

### **Matériels et méthodes**

A travers une étude rétrospective portant sur 36 cas de cancers coliques en occlusion sur une période allant du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2019 au service de chirurgie générale « B » au CHU Tlemcen, nous avons étudié les facteurs épidémiologiques, les caractéristiques cliniques, anatomopathologiques et les modalités thérapeutiques de cette affection.

### **Résultats**

La fréquence du cancer du colon en occlusion dans notre étude est de 28% et la fréquence des occlusions colique par cancer colique est de 68%. La moyenne d'âge des patients est de 55 ans (30 - 89 ), avec une moyenne de 55 ans. Cette série comporte 17 hommes et 19 femmes avec un sex-ratio H/F de 0,89. La fréquence annuelle est de 7,2 cas par an. L'abdomen sans préparation est le premier examen à réaliser. La charnière recto sigmoïdienne a constitué la localisation tumorale la plus fréquente avec 10 cas (35,71%). Les métastases hépatique ont représenté la localisation secondaire la plus fréquente avec un taux de 19,44 %. La colostomie était le procédé le plus utilisé 55%.

### **Conclusion**

La survie reste difficile à estimer dans notre contexte compte tenu du recul insuffisant et d'un suivi aléatoire puisque de nombreux patients ont été perdus de vue.

**Mots-clés :** *occlusion, côlon, cancer colique, colostomie.*