

CANCER DU RECTUM : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUE, TRAITEMENT CHIRURGICAL ET PRONOSTIC

Rectal cancer: Epidemiology, clinic, surgical treatment aspects and prognosis

Coulibaly B, Traoré D, Togola B, Dembélé M, Traoré I, Ongoïba N, Sissoko F, Traoré A K dit Diop, Koumaré A K.

Adresse: Drissa Traoré, Service de chirurgie « B », CHU du Point « G », Bamako, Mali, Tel : 76392795 ou 65916545. Email : idriss3@yahoo.fr ou traored2003@yahoo.fr

RESUME

But: Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques, des malades suivis pour cancer du rectum.

Patients et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de 1980 à 2006 dans le service de chirurgie B du CHU du Point G à Bamako au Mali. L'étude a porté sur les dossiers des malades dont le diagnostic de cancer du rectum a été posé sur la base des données cliniques et anatomopathologiques. **Résultats:** Nous avons colligé 81 cancers du rectum dont 57 hommes. Les principales localisations étaient l'ampoule rectale (62,7%). Le signe clinique le plus fréquent était les rectorragies (30%). Les patients étaient aux stades de Dukes C et D dans 68% des cas. Nous avons eu 54 histologies dont le plus fréquent était l'adénocarcinome Lieberkühnien (77,7%). La technique chirurgicale la plus réalisée était l'amputation abdomino-périnéale (53,8%). Les taux de morbidité et de mortalité post opératoires étaient respectivement de 15% et de 13,6%. Le taux de survie à 5 ans était de 22 % en cas de résection carcinologique. **Conclusion:** Le cancer du rectum n'est pas une pathologie rare au Mali. L'amélioration des résultats du traitement chirurgical nécessite l'introduction des traitements adjuvants notamment la chimiothérapie et la radiothérapie.

Mots clés: Cancer - Chirurgie-Rectum

SUMMARY

Objective: To describe the clinical and therapeutic aspects of the patients followed for rectal cancer.

Patients and methods: It was about a retrospective study relating to the files of the patients of 1980 to 2006 whose diagnosis of rectal cancer was posed on the basis of clinical and anatomopathologic data. **Results:** We compiled 81 rectal cancers which 64.2 % of men. The localization was the rectal bulb (62.7%). The clinic was dominated by rectorragies (30%). The patients were at the stages of Dukes C and D in 68% of the cases. We had 54 histologies whose most common was Lieberkuhnien adenocarcinoma (77.7%). The surgical technique more use was abdomino-perineal amputations (53.8%). The rates of post-operative morbidity and mortality were respectively of 15% and 13.6%. The rate of survival at 5 years was 22% in case of carcinological resection. **Conclusion :** The rectal cancer is not a rare pathology in Mali. The diagnosis is generally late what obscures the prognosis. The improvement of the results of the surgical treatment requires the introduction of the auxiliary treatments in particular chemotherapy and the radiotherapy.

Keywords: Cancer - Rectal - Surgery

INTRODUCTION

La chirurgie est le seul traitement à visée curative du cancer du rectum[1]. Les taux d'incidence du cancer du rectum sont plus élevés dans les pays européens, d'Amérique du nord et au Japon, ils sont plus faibles en Amérique du sud et en Afrique[2].

Les rares études faites sur le cancer du rectum en Afrique porte sur un échantillon réduit avec un taux de survie très bas, c'est ainsi qu'en côte d'Ivoire, Casanelli et al.[3] en 2005 ont rapporté 16 cas de cancer du rectum en 28 avec une survie globale de 12,5% à 5 ans. Au Maroc aussi, Benamr et al.[4] ont rapporté une série de 39 cas de cancer du rectum chez le sujet jeune avec une survie globale de 3 % à 5 ans.

Le suivi post opératoire à long terme de ces malades est difficile en Afrique à cause du retard dans la consultation et de l'insuffisance d'informations sur les malades après leur sortie de l'hôpital. C'est pour cela nous avons voulu rapporter l'expérience de notre service qui porte sur un échantillon de taille plus

élevée. Le but de ce travail était de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et de déterminer le pronostic des malades suivis pour cancer du rectum dans le service de chirurgie B du CHU du Point G à Bamako, Mali

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée de 1980 à 2006 dans le service de chirurgie B de l'hôpital du Point G à Bamako République du Mali. Les renseignements cliniques étaient recherchés à partir des dossiers des malades avec un diagnostic histologique de cancer du rectum. Les données anatomo - pathologiques étaient recherchées sur les dossiers du service d'Anatomopathologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) à Bamako. Après leur sortie les malades ont été suivis directement à domicile lorsqu'ils résidaient à Bamako. Dans les cas où les malades résidaient hors de Bamako, ils ont été suivis par des personnes contactes. La variable

dépendante était l'existence du cancer du rectum. Les variables indépendantes étaient : les renseignements sociodémographiques, les signes cliniques et para-cliniques, les formes anatomo-pathologiques, les techniques chirurgicales et le stade selon la classification de Dukes.

Ont été inclus les malades ayant présenté une lésion du rectum dont la malignité a été prouvée par l'examen anatomopathologique. En l'absence de preuve histologique lorsque au moins deux des arguments suivants étaient en faveur du caractère malin de la tumeur :

Les signes endoscopiques de néoformation maligne siégeant sur le rectum, les constatations per opératoires de néoplasme du rectum et l'existence de métastases évidentes.

Ont été exclus les patients chez qui deux examens anatomopathologiques consécutifs ont infirmé le diagnostic de cancer du rectum.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Epi Info et Word. Les tests statistiques utilisés ont été le test de Khi 2, le student (t) et le test de Fischer (F) avec une valeur de $p < 0,05$ considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

Epidémiologie: En 26 ans, 81 cas de cancers du rectum ont été colligés chez des patients âgés de 22 à 75 ans, il s'agissait de 57 hommes et de 24 femmes (sex-ratio = 2,4). L'âge moyen était de 47,8 avec un écart type de 17,7 ans.

Le délai moyen entre le début des troubles et la prise en charge des malades était de 22 mois avec un écart type de 8,3 mois.

Clinique: Les signes cliniques (**tableau I**) les plus fréquemment rencontrés étaient la rectorragie dans 30% (24) et le syndrome rectal (ténésmes, épreintes, faux besoins, écoulements anormaux) dans 26,2% (21). Deux patients (2,5%) avaient consulté au stade d'occlusion.

L'endoscopie a été réalisée chez 62 patients, la tumeur avait un aspect ulcéro-végétant dans 54,8% (34), végétant dans 25,8% (16), infiltrant dans 12,9% (8), et sténosant dans 6,5% (4).

Anatomie pathologique : La tumeur était située dans 61,7% (50) des cas au niveau de l'ampoule rectale, dans 28,3% (23) des cas au niveau du canal anal et 10% (8) des cas à la jonction recto-sigmoïdienne. Il s'agissait d'adénocarcinome Lieberkühniendans 77,7% (42) des cas (**tableau II**). Les patients ont été répartis selon la classification de Dukes : Dukes A 2% (2), Dukes B 30% (24), Dukes C 30% (24) et Dukes D 38% (31).

Traitement chirurgical : Nous avons opéré 52 patients soit 64,2 %, les autres n'ont pas été opérés en raison soit d'une altération profonde de l'état général (22 cas), soit du refus d'une colostomie iliaque définitive (7 cas).

Les techniques chirurgicales réalisées étaient : une amputation abdomino-périnéale dans 53,8% (28), une résection antérieure dans 25% (13), une tumorectomie (**figure**) dans 7,7% (4) et une colostomie palliative dans 13,5 % (7).

Le taux de résécabilité était de 86,5 % (45), la résection tumorale a été jugée curative dans 59,6 % des cas (31/52).

Aucun de nos patients n'a subi la chimiothérapie ni la radiothérapie.

Morbidité et mortalité: La mortalité opératoire était de 13,6 % (7). La morbidité a été de 15 % (8), elle était surtout faite de 2 cas d'infections pariétales, de 2 cas d'abcès sous phréniques, de 2 cas de fistules stercorales et de 2 cas d'incontinences urinaires.

Récidives: Parmi les patients ayant bénéficié d'une résection à visée curative nous avons noté 36,4% (11/31) de récurrences, parmi eux 27,3% (3/11) étaient au stade C et 72,7% (8) au stade D de Dukes. Le délai moyen d'apparition des récurrences locales était de 17 mois et les 3/4 de ces récurrences sont apparues avant 2 ans.

Survie: Le taux de survie pour les malades ayant eu une résection carcinologique était de 22 % (7/31) à 5 ans, il était de 12% (4/31) à 10 ans.

DISCUSSION

Méthode : Les limites de ce travail étaient d'une part liées au type d'étude qui est rétrospective (entraînant des biais plus importants par rapport aux études prospectives) et d'autre part liées à la difficulté à retrouver les patients en postopératoire.

Epidémiologie : Nous avons recensé 81 cas de cancer en 26 ans. Ce nombre est supérieur à celui de certains auteurs africains [3,4] qui ont rapporté respectivement 16 cas en 28 ans et 39 cas en 20 ans. Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'âge moyen de nos malades qui était de 47,8 ans avec un écart type de 17,7 et celui de Casanelli JM et al.[3] qui ont trouvé un âge moyen de 42,31 ans avec un écart type de 14,60 (P = 0.24). Par contre, F. Pigot et al.[6] en France ont trouvé un âge moyen de 74 ans. Nous n'avons pas fait de test statistique parce qu'ils n'ont pas donné leur écart type. Cette différence pourrait s'expliquer par l'expérience de vie plus élevée dans les pays développés. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes dans notre étude soit un sex-ratio de 2,4. Ce résultat est corroboré par certains auteurs [2,4].

Clinique : Le signe clinique le plus fréquemment rencontré dans ce travail était la rectorragie (30%); ce qui est également rapporté par plusieurs auteurs [3, 4,5] qui ont observé la prédominance de la rectorragie dans leurs séries.

Dans cette étude, le cancer du rectum siégeait surtout au niveau de l'ampoule rectale dans 61,7% et au niveau du canal dans 28,3% des cas. Cependant Brigand [7] en France a trouvé que le cancer du rectum siégeait au niveau de l'ampoule rectale dans 46,8 % (p = 0,02) et dans le canal anal dans 9,4%(p = 0,710⁻⁶). La différence est statistiquement significative par rapport à la topographie du cancer du rectum dans ces 2 études. Ce qui pourrait s'expliquer par la difficulté de distinguer certains cancers glandulaires du rectum débordant sur le canal anal et les cancers de siège proprement anal, notamment lorsqu'ils n'ont pas été opérés. En plus 68% de nos malades ont consulté à un stade avancé (Dukes C et D) ce qui rend difficile la précision du point de départ du cancer du rectum.

Traitement : Le taux d'opérabilité était de 64,2% dans notre étude. Ce résultat est statistiquement inférieur à celui de Benamr et al. [4] qui ont rapporté 95%(p = 0,004). S'il est vrai que les critères d'opérabilité interprétés d'inégale façon d'une équipe chirurgicale à une autre expliquent les variations du taux d'opération, chez nous les raisons socio-économiques avancées par les malades pour refuser l'intervention chirurgicale affectent substantiellement ce taux.

Il a été réalisé une amputation abdomino-périnéale dans 53,8%. Ce résultat se rapproche de celui de Casanelli et al. [3] qui ont effectué une amputation abdomino-périnéale dans 50% des cas (p = 0,7).

Mortalité et morbidité : Le taux de morbidité de notre étude était de 15%, ce taux n'est pas statistiquement différent de celui de Brigand [7] en France qui a trouvé 11% de complications dans leur série (p= 0,3) et de celui de Casanelli et al. [3] en Côte d'Ivoire qui ont trouvé 12,5% de morbidité (p = 0,8).

Pour le taux de mortalité la période pendant laquelle un décès est considéré comme décès opératoire étant variable selon les auteurs, il n'est pas aisé de comparer les taux de mortalité observés. S'il était de 13,6% dans notre série ; la mortalité hospitalière était de 2,6 % dans l'étude de Brigand[7] (p= 0,001). Cette différence peut s'expliquer en plus de la définition de la mortalité opératoire par le diagnostic tardif des malades en Afrique et les services d'étude.

Récidive : Dans notre étude, le délai moyen d'apparition des récidives locales était de 17 mois et les 3/4 de ces récidives sont apparues avant 2 ans. Nous avons trouvé un taux de récurrence locale de 36,4(11/31) après chirurgie seule, ce qui n'est pas statistiquement différent de celui de Pigot F et al.[6] qui ont trouvé un taux de récurrence locale de 33 % à cinq ans (p = 0,7).

Le taux de récurrence dans notre étude est statistiquement supérieur à celui de Brigand

[7] qui a rapporté 12,3% (37/301) de récidives locales dans un délai de 16 mois (p = 0,001). Cette différence peut s'expliquer par le stade de découverte du cancer ainsi que la radiothérapie et la chimiothérapie dont ont bénéficié les malades de Brigand.

Survie : En cas de résection carcinologique: Le taux de survie à 5 ans était de 22 % et de 12% à 10 ans. Notre taux de survie à 5 ans n'est pas statistiquement différent de celui de Casanelli et al.[3] en Côte d'Ivoire qui ont trouvé une survie à 5 ans de 12,5% (p = 0,6). Le taux de survie à 5 ans de ce travail est statistiquement inférieur à la survie globale à 5 ans de Pigot F et al. [6] qui ont trouvé 68 % pour 37 patients (p = 0,002). Ce taux de survie bas de notre étude est dû à l'inaccessibilité de nos patients à certains moyens thérapeutiques telles que la radiothérapie et la chimiothérapie.

CONCLUSION

Le cancer du rectum n'est pas une pathologie rare au Mali. Le diagnostic est souvent tardif ce qui assombrit le pronostic. L'amélioration du traitement chirurgical nécessite un diagnostic précoce, le dépistage et la surveillance des sujets à risque, l'évolution des mentalités et surtout l'introduction des traitements adjuvants notamment la chimiothérapie et la radiothérapie.

REFERENCES

1. Bretagnol F, De Calan L. Chirurgie du cancer du rectum. J Chir 2006,143,N°6:366-372.
2. Melissa M, Ahmedin J, Robert AS, Elizabeth W. Worldwide Variations in Colorectal Cancer. J Clin 2009;59:366-378.
3. Casanelli JM, Blegole C, Moussa B, Cancer du rectum. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 16 cas au CHU de Treichville. Mali Médical 2005 T XX N° 4:21-23.
4. Benamr S, Mohammadine E, Essadel E, et al. Le cancer du rectum chez le sujet jeune: facteurs de mauvais pronostic. Médecine du Maghreb 1998,n°68:22-26.
5. Regenet N, Pessaux P, Tuech JJ, Burtin P, Du Plessis R, Arnaud JP. Amputation abdomino-périnéale pour récidives locales des cancers du rectum après résection antérieure. Annales de Chirurgie, Volume 126, Issue 6, July 2001, Pages 541-548.
6. Pigot F., Dernaoui M., Castinel A., Juguet F., Chaume J.C., Faivre J. Exérèse locale avec radiothérapie préopératoire dans les cancers T2 ou T3 du bas rectum. Résultats à long terme. Ann Chir 2001 ; 126 : 639-43.

7. Brigand C, Rohr S, Meyer C. L'anastomose colorectale mécanique: Résultats après résection antérieure du rectum pour cancer. Annales de Chirurgie, Volume 129, Issue 8, October 2004, Pages 427-432.

Figure 1 : Pièce opératoire d'un adénocarcinome au niveau de l'ampoule rectale

Appendice épiploïque

Tableau I : Répartition des patients atteints de cancers du rectum dans le service de chirurgie B selon les signes cliniques

Types histologiques	Effectif	%
Adénocarcinome	32	59,2
Lieberkühnien bien différencié		
Adénocarcinome	6	11,1
Lieberkühnien moyennement différencié		
Adénocarcinome	4	7,4
Lieberkühnien peu ou pas différencié		
Carcinome épidermoïde	5	9,3
Carcinome colloïde	4	7,4
Carcinome anaplasique	3	5,6
Total	54	100

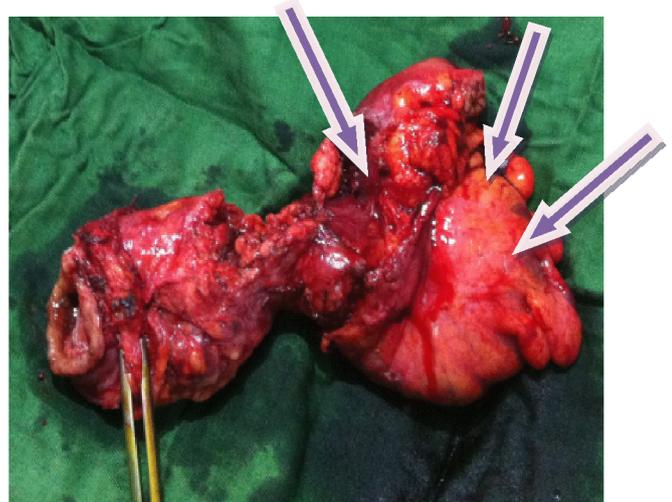


Tableau II : Répartition des patients atteints de cancers du rectum dans le service de chirurgie B selon le type histologique

Signes cliniques	Effectif	%
Rectorragie	24	30,0
Syndrome rectal	21	26,2
Tuméfactions plus		
douleurs anales	14	17,5
Amaigrissement	6	7,5
Alternance diarrhée		
constipation	4	4,9
Douleurs abdominales	3	3,7
Arrêt des matières et des gaz	2	2,5
Méléna	2	2,5