

PRISE EN CHARGE DES CANCERS COLORECTAUX EN OCCLUSION A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR : A PROPOS DE 37 CAS

Management Of Obstructive Colorectal Cancer In Hospital Principal Of Dakar: A Report Of 37 Cases

Diémé Eugène GP Amaye, Tine Marie Monique Codou, Sall Ibrahima, Ndiaye René, Diouf Madior, Fall Oumar, Sow Allamasso, Ogougbémy Modeste,

Contact des auteurs : Diémé Eugène GP Amaye, docteur, chirurgien des hôpitaux des armées, eugdieme@gmail.com; Tine Marie Monique Codou, docteur, médecin généraliste, nica1989.tine@gmail.com ; Sall Ibrahima, docteur, chirurgien des hôpitaux des armées, sall_i17@yahoo.fr; Ndiaye René, docteur, chirurgien des hôpitaux des armées, renzondiaye@yahoo.fr; Diouf Madior, docteur, chirurgien des hôpitaux des armées, madiordiouf2000@yahoo.fr; Fall Oumar, docteur, chirurgien des hôpitaux des armées, fall615_fr@yahoo.fr; Sow Allamasso, docteur, chirurgien des hôpitaux des armées, alamasso68@yahoo.fr ; Ogougbémy Modeste, professeur, chirurgien des hôpitaux des armées, drmodeste@gmail.com; Services de chirurgie, Hôpital Principal de Dakar, 1, avenue Nelson Mandéla - B.P. 3006 - DAKAR (Sénégal). **Auteur correspondant :** Diémé Eugène, docteur, chirurgien des hôpitaux des armées, amaye01@yahoo.com, Hôpital Principal de Dakar 1, avenue Nelson Mandéla - B.P. 3006

RESUME

Objectifs : Décrire les aspects diagnostiques, thérapeutiques des cancers colorectaux en occlusion et évaluer les différentes modalités thérapeutiques chirurgicales. **Patients et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique effectuée dans le service de chirurgie viscérale de l'Hôpital Principal de Dakar, de janvier 2008 à décembre 2014, incluant 37 patients pris en charge pour cancer colique ou rectal en occlusion. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le genre, l'unité de provenance, les antécédents, les données de l'examen clinique et paraclinique, le traitement et l'évolution. Les données saisies sur Excel, étaient analysées avec le logiciel SPSS. Des comparaisons intergroupes étaient effectuées grâce aux tests de Pearson ou de Fisher pour les valeurs qualitatives, de Student ou ANNOVA pour les valeurs quantitatives, avec un seuil de significativité de 5% en situation bilatérale. **Résultats :** Les dossiers cliniques de 22 hommes et 15 femmes étaient colligés. L'âge moyen des patients était de 61,2 ans. Le diagnostic d'occlusion tumorale était tomodensitométrique dans 23 cas et dans 14 cas per opératoire. Quatre tumeurs siégeaient au côlon droit, 28 au côlon gauche et 5 au rectum. Pour les tumeurs du rectum, étaient réalisées 5 colostomies de décharge en urgence sans résection tumorale secondaire. Pour les tumeurs coliques droites, un patient avait bénéficié d'une caecostomie en urgence suivie d'une hémicolectomie droite et 3 patients d'une chirurgie palliative en urgence (dérivation interne, caecostomie, iléostomie dans 1 cas respectivement). Pour le siège colique gauche, une résection tumorale en urgence était réalisée dans 8 cas (5 colectomies gauches idéales, 2 Hartmann, 1 Bouilly Wolkman). Dix sept patients avaient bénéficié d'une colostomie de décharge en urgence suivie d'une résection tumorale secondaire chez 12 d'entre eux. Trois patients avaient bénéficié d'une dérivation interne. L'histologie obtenue dans 27 cas, était en faveur d'un adénocarcinome dans 26 cas. Neuf patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie. La morbidité et la mortalité globale était respectivement de 35% et 13,5%. Pour les localisations coliques gauches, cette morbi-mortalité en cas de stratégie en 2 temps était respectivement de 17,6% et 11,7%. En cas de colectomie idéale en urgence, elle était respectivement de 40% et 20%. La survie globale à 1 an était de 43,2%. **Conclusion :** Nos résultats confirment la gravité du cancer colorectal en occlusion et plaident pour la colostomie première suivie de la résection tumorale secondaire pour les tumeurs au côlon gauche. **Mots clés :** Cancer colorectal – occlusion intestinale – colostomie

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to describe the diagnostic and therapeutic aspects of the management of obstructive colorectal cancer and to evaluate the different surgical methods. **Patients et Methods:** This retrospective, descriptive and analytical study was carry out from January 2008 to December 2014 in the visceral surgery department of Hospital Principal of Dakar and included 37 patients treated for obstructive colorectal cancer. The parameters studied were age, gender, unit of provenance, antecedents, clinical and paraclinical examination data, treatment and evolution. The data entered on Excel, was analyzed with SPSS software. Intergroup comparisons were made through Pearson or Fisher tests for qualitative values and Student or ANNOVA tests for quantitative values. The threshold of significance of the statistical tests was 5% in a bilateral situation. **Results:** We collected 22 men and 15 women. CT scan showed the tumor in 23 cases. In 14 cases, the tumor was seen on laparotomy. The tumor was in left colon in 28 cases, in right colon in 4 cases, in rectum in 5 cases. The right colon tumor underwent palliative surgery in 3 cases (1 ileostomy, 1 internal diversion, 1 caecostomy) and staged surgery in 1 case (caecostomy followed by secondary hemicolectomy). In left

colon tumor were performed, 5 one stage left colectomies, 2 Hartmann procedures, 1 Bouilly Wolkmann, 3 internal diversions and 17 primary colostomies in which 12 had a secondary tumor resection. In rectum tumor was done 5 colostomies without secondary tumor resection. Twenty seven patients had their histology in which 26 was adenocarcinoma. Nine patients underwent chemotherapy. The global early morbidity and mortality were respectively 35% and 13,5%. In left colon tumor, morbidity and mortality of the primary colostomy followed by secondary resection were respectively 17,6% and 11,7%. In case of emergent one stage tumor resection it was respectively 40% and 20%. Survival at one year was 43,2%. **Conclusion:** Our results confirm the poor outcome of colorectal cancer obstruction and suggest that 2 stage tumor resection is safer in left colon cancer. **Key words:** colorectal cancer – intestinal obstruction – colostomy

INTRODUCTION

Jusqu'à 30% des patients atteints d'un cancer colorectal (CCR) présenteront une occlusion intestinale qui constitue de ce fait un facteur de mauvais pronostic indépendant[1]. Dans cette situation d'occlusion tumorale colorectale, la morbidité (45-50%) et la mortalité (15-20%) post-opératoires sont plus élevées que dans les formes non compliquées [2]. De plus, les taux de résection curative sont plus bas et la survie à long terme plus médiocre [2]. Cette occlusion tumorale colorectale reste une urgence thérapeutique absolue dont le traitement traditionnellement chirurgical s'est enrichi avec l'avènement de la désobstruction endoscopique par prothèse [3]. Cependant, dans notre pays, la chirurgie reste le seul traitement proposé avec des résultats encore péjoratifs.

Nous nous proposons d'évaluer les résultats des différentes stratégies chirurgicales utilisées chez nos patients, afin de mieux codifier la prise en charge ultérieure des CCR occlusifs dans notre environnement de travail. Nos objectifs visent à décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de ces CCR en occlusion.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, menée au service de chirurgie viscérale de l'Hôpital Principal de Dakar du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2014. Etaient inclus les patients opérés en urgence pour une occlusion intestinale aiguë par cancer colique ou rectal.

L'occlusion était définie par l'arrêt des matières et des gaz pendant au moins 24 heures avec confirmation à l'imagerie.

L'origine cancéreuse reposait sur les aspects radiologiques, macroscopiques, et anatomopathologiques des lésions.

Pour chaque patient étaient étudiés les paramètres suivants : âge, genre, unité de provenance, les antécédents, les données de l'examen clinique et paraclinique, le traitement et l'évolution.

Les données recueillies sur des fiches préétablies étaient saisies sur logiciel Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les variables catégorielles ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage de données

renseignées. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne et d'écart type lorsque la distribution était normale ; lorsque la distribution n'était pas normale, la médiane était utilisée pour résumer la série. Des comparaisons intergroupes ont été effectuées en utilisant le test du chi 2 de Pearson ou le test exact de Fisher pour les variables qualitatives en fonction des conditions d'applicabilité de ces tests. Pour les variables quantitatives, le test t de student ou ANNOVA était utilisé après vérification des conditions d'application ; si ces conditions n'étaient pas remplies, le choix était porté sur les tests non paramétriques (Mann-Whitney, Kruskal Wallis). Une analyse de survie par la méthode de Kaplan Meier a permis de décrire et de comparer les incidences cumulées des décès au niveau de différents groupes, en appliquant un test du log rank. Le seuil de significativité des tests statistiques était de 5% en situation bilatérale.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques : Durant la période d'étude, 37 patients étaient colligés représentant respectivement 11% et 14,9 % de l'ensemble des cancers colorectaux (n=338) et des occlusions intestinales aiguës (n=249) diagnostiqués à l'Hôpital Principal de Dakar. Il s'agissait de 22 hommes et 15 femmes (sex-ratio 1,47) d'âge moyen 61,2 ans avec des extrêmes de 34 ans et 83 ans. Trente et un patients (84%) étaient admis à partir du service d'accueil des urgences de l'hôpital. Les 6 autres patients (16%) provenaient du service de gastro-entérologie de l'hôpital. Aucun antécédent spécifique de polype ou de MICI n'était trouvé, ainsi que des antécédents familiaux de cancer, de PAF, de syndrome de Lynch.

Aspects cliniques : La durée moyenne d'évolution des signes était de 8 jours avec des extrêmes de 3 et 30 jours. L'installation de l'occlusion était brutale chez 10 patients (27%) et progressive chez 27 patients (73%). Il s'agissait, chez 32 patients (86%) d'un syndrome occlusif franc et complet (douleurs abdominales, vomissements, arrêt du transit et météorisme abdominal) et chez les 5 autres (14%) d'un tableau incomplet avec absence de vomissements, mais l'arrêt du transit était

présent. Chez 1 patient l'examen notait une contracture abdominale associée.

Cependant, des troubles du transit intestinal, en dehors de l'accident occlusif, étaient notés chez 26 patients soit 70%. Cette symptomatologie initiale, qui aurait évolué entre des extrêmes de 15 jours et 120 jours, était fait de : alternance diarrhée – constipation (16 patients), constipation chronique (7 patients), rectorragie et constipation (2 patients), douleur abdominale (1 patient).

Aspects paracliniques : Le bilan sanguin retrouvait une anémie (valeur de référence du laboratoire 11 à 16 g/dl) chez 13 patients (46,4%), une hypernatrémie dans 1 cas (3%), une hyponatrémie dans 24 cas (75%), une hyperkaliémie dans 1 cas (3%), une hypokaliémie dans 20 cas (63%). Le dosage de la créatinine sanguine était fait chez 20 patients soit 54,1%. Le taux était supérieur à 14g/dl dans 7 cas.

Trente et un patients (83%) avaient bénéficié d'une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP). Des niveaux hydroaériques de type colique étaient présents chez 13 patients. Des niveaux de type grélique étaient retrouvés chez 6 patients et des niveaux mixtes, coliques et gréliques, chez 10 patients. Un pneumo péritoine était présent chez 1 patient. L'ASP était normal chez 1 patient.

La tomodensitométrie (TDM) abdominale était réalisée chez 32 patients soit 86%. Elle confirmait l'occlusion intestinale en mettant en évidence la distension intestinale chez tous les patients. Elle localisait la tumeur chez 23 de ces patients soit 71%, en montrant 3 tumeurs coliques droites, 17 tumeurs coliques gauches et 3 tumeurs rectales. Chez les 9 autres patients, elle ne permettait pas de détecter la tumeur.

Elle notait, en plus de l'occlusion tumorale, des signes de souffrance caecale chez 1 patient, une perforation caecale chez 2 patients, des métastases hépatiques chez 2 patients, des adénopathies loco-régionales chez 3 patients.

Traitement chirurgical : Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement chirurgical en urgence. Trente trois patients (89%) avaient bénéficié d'une laparotomie médiane. Quatre patients avaient bénéficié d'un abord électif dont 2 au flanc droit et 2 en fosse iliaque gauche. L'exploration chirurgicale, en plus de préciser le siège tumoral, montrait des nodules de métastases hépatiques chez 7 patients, une carcinose péritonéale chez 6 patients, des ganglions métastatiques mésocoliques chez 7 patients. Il y avait 2 perforations caecales diastatiques et 1 cas de nécrose tumorale. La tumeur était fixée dans 5 cas. Ainsi, la tumeur siégeait au côlon droit dans 4 cas (11%), au côlon gauche dans 28 cas (76%) et au rectum dans 5 cas (13%). Pour les tumeurs du côlon droit, 1 siégeait au caecum, 1 au côlon

ascendant et 2 au côlon transverse droit. Pour les tumeurs du côlon gauche, 1 siégeait au transverse gauche, 4 à l'angle gauche, 5 au côlon descendant, 12 au sigmoïde, 5 à la charnière recto-sigmoïdienne et 1 était étagée du transverse au côlon descendant. Pour le siège colique droit, étaient réalisées en urgence 2 caecostomies, 1 iléostomie et 1 dérivation interne iléo-colique. Un 2^{ème} temps chirurgical était réalisé dans 1 cas dans un délai de 42 jours. Il s'agissait d'une hémicolectomie droiteréalisée pour la tumeur du transverse droit ayant bénéficié en urgence d'une caecostomie (voir tableau I). Pour les tumeurs coliques gauches, 8 (28%) patients avaient bénéficié d'une résection tumorale en urgence, 3 (11%) avaient bénéficié d'une dérivation interne et 17 (61%) avaient bénéficié d'une colostomie latérale de décharge de proche amont. Pour les résections tumorales en urgence (n=8), il s'agissait de 5 colectomies idéales (3 hémicolectomies gauches carcinologiques associées à un curage ganglionnaire mésentérique inférieur total et 2 colectomies segmentaires basses dont 1 carcinologique), de 2 colectomies segmentaires basses carcinologiques sans rétablissement avec réalisation d'une colostomie selon Hartmann et d'une sigmoïdectomie sans curage avec confection d'une colostomie selon Bouilly Wolkman. Parmi les 17 patients ayant bénéficié d'une colostomie latérale, 12 ont eu une résection tumorale secondaire carcinologique dans un délai moyen de 43 jours avec des extrêmes de 15 jours et 90 jours. Il s'agissait de 8 hémicolectomies gauches, de 2 colectomies segmentaires basses et de 2 résections antérieures du rectum avec exérèse partielle du mésorectum. Le rétablissement de la continuité digestive était réalisé à J17 pour la résection tumorale suivie d'une colostomie selon Bouilly Wolkman et à 6 mois pour l'une des interventions de Hartmann (voir tableau I). Pour le siège rectal, étaient réalisées en urgence 5 colostomies latérales de décharge. Il n'y avait pas eu de 2^{ème} temps chirurgical (voir tableau I).

Morbimortalité immédiate : La morbidité immédiate globale était de 35% (n=13). Il s'agissait de 6 cas de suppuration pariétale, 3 cas de thrombose veineuse des membres inférieurs (TVMI) et 1 cas respectivement de fistule anastomotique, péritonite stercorale, nécrose de colostomie, sténose de colostomie, hyponatrémie sévère. Cette morbidité était, au côlon droit de 75% (n=3), au côlon gauche de 32% (n=9) et au rectum de 40% (n=2) (voir tableau II).

La mortalité immédiate globale était de 13,5% (n=5). Les causes de décès étaient une gangrène de paroi, un déséquilibre hydroélectrolytique, une péritonite stercorale, une nécrose de colostomie dans

respectivement 1 cas. Dans 1 cas la cause n'était pas précisée. Cette mortalité était uniquement observée pour les patients opérés d'un cancer du côlon gauche (voir tableau III).

Suivi ultérieur

Endoscopie : Après la prise en charge chirurgicale initiale, une endoscopie basse avec biopsie était réalisée dans 8 cas dans un délai moyen de 25 jours avec des extrêmes de 15 et 40 jours. Dans 1 cas était réalisée une biopsie trans-anale.

Anatomopathologie : Les résultats de l'histologie réalisée sur 18 pièces opératoires et 9 pièces de biopsie, étaient obtenus dans un délai moyen de 63 jours avec des extrêmes de 13 et 210 jours. Il s'agissait d'un adénocarcinome chez 26 patients soit 96% et d'1 cas de carcinome malpighien peu kératinisant. La stadification selon la classification TNM était obtenue chez 17 patients soit 46 % avec le stade I et II respectivement dans 3 cas, le stade III dans 4 cas et le stade IV dans 7 cas.

Traitement oncologique : Une chimiothérapie était réalisée chez 9 patients dans un délai moyen de 93 jours avec des extrêmes de 45 jours et 10 mois. Elle était palliative chez 4 patients et adjuvante chez 5 patients. Les protocoles utilisés étaient LV5FU2 pour 6 patients et FOLFOX4 pour 3 patients.

Survie des patients : La survie globale des patients au cours du temps (suivi moyen était de 1 an après la chirurgie en urgence), sans préjugé du type de cancer ni du traitement était de 43%. Près de la moitié des décès observés au cours de l'étude sont survenus au cours des 6 premiers mois ayant suivi l'intervention chirurgicale (voir figure 1).

L'incidence cumulée des décès au niveau de la population d'étude était similaire pour les deux sexes. L'analyse de la survie en fonction du genre par la méthode de Kaplan Meier n'a pas retrouvé une différence statistique significative ($p=0,26$). Il n'a pas été objectivé une différence significative en ce qui concerne la survie des patients en fonction de la catégorie d'âge ($p=0,78$). Cependant, l'incidence cumulée des décès au niveau de notre cohorte, était significativement plus élevée chez les patients ayant bénéficié d'une résection tumorale en urgence ($p=0,004$) (voir figure 2).

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques : L'occlusion est l'une des principales complications pouvant survenir lors de l'évolution d'un CCR [4]. C'est une complication redoutable, dont l'incidence est évaluée à 8 à 29 % des cas de CCR [4, 5]. Au cours de notre étude ces formes occluses représentaient 11% de l'ensemble des CCR diagnostiqués dans notre hôpital. Dans d'autres séries africaines, ce taux est plus élevé, atteignant 49% pour Raveloson et al à

Madagascar [6, 7]. Même si les CCR sont réputés rares en Afrique, cette prévalence de CCR en occlusion est nettement plus élevée que celle observée dans les pays développés [8, 9, 10]. Ceci pourrait s'expliquer par le retard du recours aux structures sanitaires, mais également par les difficultés d'accès aux moyens diagnostiques et thérapeutiques.

La moyenne d'âge de nos patients était de 61,2 ans. Elle confirme la jeunesse des patients africains contrairement aux pays occidentaux où l'âge de survenue de l'occlusion tumorale est beaucoup plus élevé [7, 10, 11, 12]. Ce constat rend compte de la précocité de survenue du CCR chez les populations africaines, laissant présager l'existence de facteurs génétiques et ou environnementaux, le plus souvent méconnus, auxquels les populations africaines seraient exposées.

Dans notre étude, aucune maladie spécifique prédisposant au CCR telle une PAF, un syndrome de Lynch, une MICI ou des polypes n'était notée dans les données anamnestiques de nos patients. Six patients avaient moins de 50 ans, cependant l'interrogatoire n'avait pas retrouvé les autres critères d'Amsterdam pouvant faire évoquer un syndrome de Lynch. La rareté des lésions précancéreuses est observée dans de nombreuses études africaines notamment celle de Peghini et al qui ne retrouvait aucun cas de polyposse multiple ou familiale sur 18 000 endoscopies digestives, dont 500 coloscopies, réalisées à Dakar [13].

Aspects diagnostiques : Dans notre série, 70% des patients avaient rapporté des manifestations antérieures du CCR en dehors de l'épisode occlusif. Cependant, l'occlusion était révélatrice du cancer dans plus de 8 cas sur 10. Ce retard diagnostique est constant dans nos pays [7, 11, 14]. En effet, les troubles du transit intestinal y sont habituellement banalisés : des rectorragies sont mises sur le compte d'une maladie hémorroïdaire, une diarrhée considérée comme d'origine infectieuse et les patients ont souvent d'abord recours à l'automédication voire à la médecine traditionnelle avant de consulter dans une structure sanitaire où les coûts des soins sont souvent prohibitifs. Ceci est également rendu compte par le fait que le délai moyen consultation (8 jours dans notre série) même quand l'occlusion s'est installée étaient longs comparés aux séries européennes où les délais sont courts [2, 12].

Devant une occlusion intestinale aiguë, la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) et la tomodensitométrie abdominale (TDM abdominale) sont deux examens clés pour confirmer l'occlusion, apprécier sa gravité et déterminer son étiologie [15].

L'ASP était réalisée chez 83% des patients de notre étude et confirmait l'occlusion dans 93% des cas. Dans l'étude de Rault et al, ainsi que

dans celle de Raveloson et al, elle était réalisée chez tous les patients [6, 10]. Cet examen est d'utilisation courante, facilement accessible et permet d'affirmer l'occlusion cliniquement suspectée sur la présence de niveaux hydroaériques avec une bonne sensibilité [15, 16]. Il peut mettre en évidence, comme c'était le cas chez un de nos patients, un pneumopéritoine signe de gravité qui oriente d'emblée vers une exploration chirurgicale. Cependant, il présente des limites pour déterminer l'étiologie tumorale, qui font qu'il est relégué au second plan au profit de la TDM abdominale [16, 17].

Dans notre série, la TDM abdominale était réalisée chez 86% des patients. Elle confirmait l'occlusion dans tous les cas et localisait la tumeur dans 71% des cas. Elle mettait en évidence en plus, des signes de gravité et/ou des signes d'extension locorégionale ou à distance dans 34% des cas.

En effet, la TDM abdominale est devenue l'examen de choix pour le diagnostic positif de l'occlusion tumorale colorectale avec une sensibilité et une spécificité respectivement de 96% et 93% [18, 19, 20]. Elle permet également de localiser précisément le cancer sur le cadre colique, d'en faire le bilan d'extension et de rechercher des signes de gravité [20, 21, 22].

Sa faible disponibilité en urgence et son coût élevé dans nos régions, limite son accessibilité, ce qui n'est pas le cas dans les pays développés [10, 11].

Aspects thérapeutiques : Tous nos patients avaient bénéficié d'un traitement chirurgical en urgence selon une stratégie variable fonction dans un premier temps du siège de la tumeur. Le traitement du cancer du côlon droit en occlusion, regroupant l'ensemble des occlusions développées aux dépens de tout cancer situé entre l'angle colique gauche et le caecum, est plus consensuel que celui du côlon gauche. Il repose sur l'hémicolectomie droite carcinologique en urgence, avec anastomose iléocolique dans le même temps chaque fois que l'état du patient le permet [18, 21, 23]. Cette procédure, qui comprend la résection de la portion terminale de l'iléon, du caecum, du côlon ascendant et d'une portion variable du transverse avec curage ganglionnaire carcinologique et section des vaisseaux sur le bord droit de l'axe mésentérique supérieur, n'était réalisée chez aucun de nos patients [24]. Ils avaient tous bénéficié d'une chirurgie palliative (dérivation interne ou externe) du fait de l'extension tumorale (existence de métastases ou d'une tumeur localement avancée et inextirpable). Ces situations particulières avaient sans doute contribué à augmenter la morbidité post-opératoire immédiate qui était de 75 % au sein de ce groupe de patients.

Concernant les localisations coliques gauches, bien qu'il soit largement reconnu que l'approche spécifique doit tenir compte de l'état du patient, de l'expertise du chirurgien et des ressources disponibles, il subsiste encore une controverse importante quant à l'option thérapeutique idéale à adopter en urgence [22]. Ces options, qui vont de la prothèse endoscopique à visée palliative à la chirurgie d'exérèse en un ou deux temps opératoires, sont décrites et évaluées par de nombreux travaux notamment la conférence de consensus de 2010 de la World Society for Emergency Surgery (WSES) et de la Peritoneum Surgery Society (PnS) [5, 25, 26, 27, 28].

La colostomie d'urgence suivie d'une résection tumorale programmée est la préférence de nombreux auteurs français [2]. Une colostomie initiale de proche amont permet la levée en urgence de l'occlusion et l'exploration de la cavité abdominale par une intervention rapide et simple. Une chirurgie d'exérèse tumorale carcinologique est réalisée 8 à 15 jours plus tard. Cet intervalle entre les 2 interventions permet un bilan d'extension complet, une évaluation pluridisciplinaire de la maladie et une amélioration de l'état clinique du patient. L'exérèse de la tumeur est alors susceptible d'être plus efficace pour atteindre la clairance oncologique [2, 22, 27]. Dans notre série, cette stratégie thérapeutique était initiée chez 17 patients. Elle était complète chez 12 d'entre eux dans un délai moyen de 43 jours. Ce long délai entre les deux interventions, était surtout lié à l'accès parfois difficile à un bilan d'extension complet. L'intervalle de temps recommandé n'était respecté que chez 1 patient. Cependant, la morbi-mortalité post-opératoire avec cette stratégie était beaucoup moins importante que celle observée chez les autres patients ayant bénéficié d'une résection tumorale d'emblée en urgence.

Pour les cancers du rectum en occlusion, toutes les stratégies visent d'abord l'amendement des symptômes aigus permettant ainsi la réalisation d'un bilan d'extension exhaustif, puis la mise en œuvre d'un traitement néoadjuvant avant d'envisager la chirurgie de résection tumorale [22].

Tous nos patients avaient bénéficié d'une colostomie de proche amont de décharge. Cependant l'évaluation post-opératoire permettant un traitement oncologique voire une chirurgie secondaire n'était pas effective. Ceci était lié au retard du diagnostic histologique (le délai moyen d'obtention des résultats de l'histologie était de 63 jours), mais également aux difficultés d'accès à certains moyens de prise en charge diagnostique et thérapeutique comme l'imagerie par résonance magnétique et le traitement oncologique (chimiothérapie et radiothérapie)

qui souvent sont non disponibles et dont les coûts sont élevés pour ces patients très démunis et sans aides sociales.

Ces limites dans le suivi post-opératoire étaient communes à toutes les localisations. C'est pourquoi, la plupart de nos patients arrivaient rarement au bout de la prise en charge, étaient perdus de vue en cours de soin, ce qui grevait encore plus leur pronostic.

CONCLUSION

Notre étude, bien qu'elle présente des limites certaines (étude rétrospective, faible population d'étude) confirme la gravité du cancer colorectal en occlusion et expose dans le parcours de soins des patients, nos difficultés à atteindre les standards recommandés. Cependant, dans la prise en charge thérapeutique, nos résultats militent en faveur de la colostomie première suivie de la résection tumorale secondaire dans les cancers coliques gauches en occlusion.

REFERENCES

1. Tuech JJ, Pessaux P, Arnaud JP. Cancers du colon en occlusion. Principes de tactiques et de techniques opératoires. EMC, Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-575, 2001.
2. Al-Jundi W, Kadam S, Giagtzidis I, Ashouri F, et al. Self-expanded metal stenting for malignant colonic tumors: A prospective study. *Surgical Science* 2011;2:151-154.
3. Voron T, Maggiori L, Panis Y. Pronostic des cancers coliques en occlusion. In : Sielezneff I, Karoui M. eds. Monographie de l'Association Française de Chirurgie : Prise en charge du cancer colique en occlusion. Paris, John Libbey Eurotext, 2016:107-111.
4. Manfredi S, Sabbagh G, Vanbiervliet T. Place des prothèses coliques dans la stratégie thérapeutique du cancer colorectal. *Acta Endosc* 2014;44:208-218.
5. Raveloson JR, Rantomala H, Rakotoarisoa B. Prise en charge des cancers du côlon en occlusion au centre hospitalier de Soavinandriana. *Medecine d'afrique noire* 2005;11-52.
6. Konaté I, Cissé M, Diallo Owono FK, et al. Prise en charge des cancers colorectaux en occlusion à la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Aristide Le Dantec Dakar (Sénégal). *Bull Med Owendo* 2009;12(34):31-33.
7. Collet D, Goffre B. Le cancer colique en occlusion. *J chir* 2010;24:86-91.
8. Chen AW, Geelkerken Rh, Hermans J, et al. Temporary decompression after colorectal surgery : randomized comparison of loop ileostomy and loop colostomy. *Br J Surg* 2009;8:22-7.
9. Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Masson B. Prise en charge du cancer colique en occlusion. *Annales de chirurgie* 2005;130:331-335.
10. Kouadio GK, Turquin TH. Cancers coliques gauches en occlusion en Côte d'Ivoire. *Annales de chirurgie* 2003;128:364-367.
11. Champault G, Adloff M, Arnaud JP. Les occlusions coliques : étude rétrospective coopérative de 497 cas. *J Chir* 2001;120:47-56.
12. Peghini M, Barabe P, Touze JE, et al. Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal : apport de 18000 endoscopies effectuées à l'Hôpital Principal de Dakar. *Médecine tropicale* 1990;50:205-8.
13. Casanelli JM, Blegole, N'Guessan HA. Cancer du rectum. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 16 cas au CHU de Treichville. *Mali Médical* 2005;T XX (4):21-3.
14. Chereau N, Lefevre JH, Lefrancois M. Management of malignant left colonic obstruction: is an initial temporary colostomy followed by surgical resection a better option? *Colorectal Disease* 2013;15:646-653.
15. Jackson PG, Raiji M. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Physician* 2011;83(2):159-165.
16. Maglinte DD, Heitkamp DE, Howard TJ. Current concepts in imaging of small bowel obstruction. *Radiol Clin North Am* 2003;41(2):263-283.
17. Deneuille M, Beot S, Chapuis F. Imagerie des occlusions intestinales aiguës de l'adulte. *Encycl Med Chir (Elsevier Paris) , Radiodiagnostic – Appareil digestif* 33-710-A-10, 1997.
18. Frago R, Ramirez E, Millan M. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. *Am J Surg* 2014;207:127-38.
19. Frager D, Rovno HD, Baer JW, et al. Prospective evaluation of colonic obstruction with computed tomography. *Abdom Imaging* 1998;23(2):141-6.
20. HAS. Principales indications et non-indications de la radiographie de l'abdomen sans préparation, 2009.
21. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. *J Visc Surg* 2012;149:e3-10.
22. Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A. Emergency presentations of colorectal cancer. *Surg Clin N Am* 2017;97:529-545.
23. Van Gijn W, van den Broek CB, Mroczkowski P. The EURECCA projet : Data items scored by European colorectal cancer audit registries. *Eur J Surg Oncol* 2012;38:467-71.
24. Cuffy M, Abir Farshad, Audisio RA, Longo WE. Colorectal cancer presenting as surgical emergencies. *Surgical Oncology* 2004;13:149-157.
25. Ansaloni L, Andersson RE, Bazzoli F. Guidelines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the World Society of Emergency Surgery (WSES) and Peritoneum and Surgery (PnS) Society. *World J Emerg Surg* 2010;5:29.
26. Ye GY, Cui Z, Chen L, Zhong M. Colonic

stenting vs emergent surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction : A systematic review and meta-analysis. World J Gastroenterol 2012;18(39):5608-5615.

26. Mége D, Ouassi M, Tuech JJ. Chirurgie en deux temps du cancer colique gauche en occlusion. In : Sielezneff I, Karoui M. eds. Monographie de l'Association Française de

Chirurgie : Prise en charge du cancer colique en occlusion. Paris, John Libbey Eurotext, 2016:22-31.

27. Kronborg O. Acute obstruction from tumour in the left colon without spread. A randomized trial of emergency colostomy vs resection. Int J Colorectal Dis 1995;10(1):1-5.

Tableau I : Geste chirurgical en fonction du siège tumorale

Siège tumeur	Geste chirurgical en urgence	2 ^{ème} temps chirurgical
Caecum (n=1)	iléostomie	-
Côlon ascendant fixée(n=1)	Dérivation interne iléo-transverse	-
Transverse droit + perforation caecale (n=1)	Caecostomie	Hémi-colectomie droite
Transverse droit (n=1)	Caecostomie	-
Sigmoïde (n=2)		
Angle gauche (n=2)	Colectomie idéale (n=5)	-
Côlon descendant (n=1)		
Sigmoïde (n=2)	Hartmann (n=2)	Rétablissement continuité (n=1)
Sigmoïde (n=1)	Bouilly Wolkmann (n=1)	Rétablissement continuité (n=1)
Transverse (n=2)	Dérivation Interne (n=2)	-
Recto-sigmoïde fixée à la jonction iléo-caecale (n=1)	Dérivation Interne + colostomie	-
Angle gauche (n=2)		Colectomie gauche (n=8)
Descendant (n=4)		Sigmoïdectomie (n=2)
Sigmoïde (n=7)	Colostomie n=17 (61%)	Résection antérieure rectum (n=2)
Recto-sigmoïde (n=4)		
Rectum (n=5)	Colostomie (100%)	-

Tableau II : Morbidité en fonction du geste chirurgical

Siège tumeur	Geste chirurgical	Type de complications	Pourcentage morbidité
Côlon gauche	Colostomie latérale (n=17)	Suppuration paroi (n=2) Fistule anastomotique (n=1)	17%
	Colectomie Idéale (n=5)	Trouble hydroélectrolytique(n=1) Suppuration paroi (n=1)	40%
	Hartmann/BouillyWolkmann (n=3)	Suppuration paroi (n=1) Nécrose stomiale (n=1)	66%
	Dérivation interne (n=2)	Péritonite stercorale (n=1)	50%
	Dérivation interne + Colostomie latérale(n=1)	TVMI (n=1)	100%
Côlon droit	Caecostomie (n=2)	TVMI (n=2)	100%
	Iléostomie (n=1)	Suppuration paroi (n=1)	
	Dérivation interne (n=1)	-	0%
Rectum	Colostomie latérale(n=5)	Suppuration paroi (n=1) Sténose stomiale (n=1)	40%

Tableau III : Mortalité au côlon gauche en fonction du geste chirurgical en urgence

Geste chirurgical	Cause de décès	Pourcentage mortalité	Délais
Colostomie latérale (n=17)	Gangrène paroi (n=1) Non précisé (n=1)	12%	J4 J14
Colectomie Idéale (n=5)	Trouble hydroélectrolytique (n=1)	20%	J4
Hartmann ou Bouilly Wolkmann (n=3)	Nécrose stomiale (n=1)	33%	J8
Dérivation interne (n=2)	Péritonite stercorale (n=1)	50%	J8

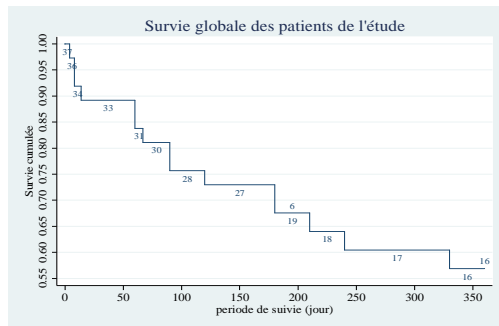


Figure 1 : Survie globale des patients

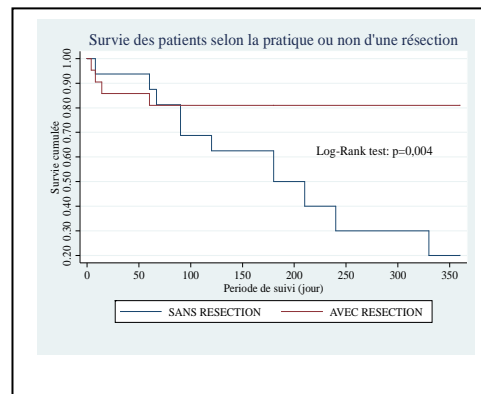


Figure 2 : Survie des patients selon la pratique ou non d'une résection