



Article Original

Morbimortalité du Cancer Colique en Occlusion à l'Hôpital Régional de Kayes

Morbimortality of occlusive colorectal cancer at the Kayes Regional Hospital

Traore LI¹, Sogoba G¹, Sangare S¹, Katile D², Soumbounou G³, Dembele S³, Camara M⁴, Sacko O⁴, Traore D⁴, Sanogo ZZ⁴

RÉSUMÉ

⁽¹⁾Service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes,

⁽²⁾Unité de Gastro-Hépatologie de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

⁽³⁾Service de réanimation de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

⁽⁴⁾Service de chirurgie générale A et B du Centre Hospitalo-Universitaire Point G

Auteur correspondant

DR Traore Lamine Issaga
Chargé de recherche, Chirurgien généraliste
Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes
Email : tlamine342@gmail.com
Tel : (00223)79444897

Mots clés : cancer, côlon, occlusion, morbidité, mortalité / Hôpital de Kayes.

Key Words: cancer, colon, occlusion, morbidity, mortality / Kayes Hospital.

Objectif. Décrire la morbidité et la survie des cancers coliques en occlusion en fonction des techniques opératoires. **Patients et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale rétrospective effectuée à l'Hôpital de deuxième référence de Kayes entre janvier 2009 et décembre 2018. Nous avons inclus tous les patients opérés pour cancer du côlon en occlusion. Les paramètres étudiés étaient le siège et le stade de la tumeur, les modalités de la chirurgie, la morbidité et la mortalité et le taux de survie. **Résultats.** Nous avons colligé 27 patients, dont 19 hommes et 8 femmes soit un sex-ratio de 2,3. Leur âge moyen était de 60,34 ans avec des extrêmes (23 ans- 80 ans). La nature tumorale était méconnue avant l'intervention dans 93% (25) des cas. La tumeur siégeait sur le colon droit dans 16 (59%) des cas et le colon gauche dans 11 cas (41%). La tumeur a été classée stade III dans 17 cas (63%), stade II dans 8 cas (30%). La chirurgie en un temps a été réalisée dans 19 cas (70%) et la chirurgie en deux temps dans 8 cas (30%) après une colostomie. La morbidité était de 33% et la mortalité de 11%. Le taux de survie à 3 ans était de 33%. À 5 ans, ce taux était nul. **Conclusion.** Le cancer du côlon en occlusion est une pathologie de prise en charge difficile liée à l'âge et au contexte d'urgence. Le rétablissement de la continuité digestive est beaucoup moins contraignant lorsque la tumeur est sur le côlon gauche ; la chirurgie en deux temps a moins de morbidité.

ABSTRACT

Objective. To describe the morbidity and mortality of colorectal cancer depending on surgical techniques. **Patients and methods.** This was a cross sectional retrospective study carried out at the second reference hospital of Kayes between January 2009 and December 2018. All patients operated on for colon cancer in occlusion were included our data of interest were: site and staging of the tumor, surgical modalities, morbidity and mortality, survival rate. **Results:** We studied 27 patients (19 men and 8 women). Their mean age was 60.34 years (extremes: 23 years - 80 years), The nature of the tumor was unknown before surgery in 25 cases. (93%). The tumor was located in the right colon in 59% (16) of cases, the left colon in 41% (11) of cases. The tumor was classified as stage III in 63% (17) of cases; stage II in 30% (8) of cases. One-stage surgery was performed in 70% (19) of the cases. Two-stage surgery was performed in 30% (8) of the cases after a colostomy. Morbidity was 33%, mortality was 11%. Survival rate at 3 years was 33%, at 5 years the survival rate was nil. **Conclusion.** Colon cancer in occlusion is a surgical challenge because of the old age of the patients and the emergency context. Restoration of digestive continuity is less constraining if the tumor is on the left colon; surgery in two stages has less morbidity.

INTRODUCTION

Le cancer du côlon est une néoformation proliférative maligne développée aux dépens des structures histologiques du colon [1]. Il peut évoluer entraînant une occlusion colique. En Afrique, les cancers du côlon ne sont plus rares [2, 3] dû au changement de mode de vie, les formes occlusives peuvent atteindre 49% pour certain auteur [4]. Au Mali selon le registre du cancer l'incidence du cancer du côlon en 2019 est de 1,9 pour 100.000 habitants. En Côte d'Ivoire, son incidence annuelle est de 2,4 pour 100.000 habitants [5], en France 70% des occlusions coliques sont dues au cancer, et 16%

sont diagnostiqués au stade d'occlusion [6], ce taux est de 15% en Suisse [7]

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective effectuée entre janvier 2009- décembre 2018 dans le service de chirurgie générale à l'hôpital de deuxième référence de Kayes.

Ont été inclus dans cette étude tous les patients opérés pour cancer du côlon en occlusion.

Critères de jugement : le diagnostic d'occlusion colique a été évoqué devant le syndrome occlusif fait de douleur

abdominale, de vomissements, d'arrêt des matières et des gaz, et de météorisme abdominal ; confirmé par la présence de niveaux hydro-aériques plus haut que large à la radiographie de l'abdomen sans préparation et ou au scanner abdominal. Le diagnostic de cancer a été confirmé par l'examen anatomopathologique.

RESULTATS

Nous avons colligé les dossiers de 27 patients opérés pour cancer du côlon en occlusion. Il y avait 19 hommes et 8 femmes soit un sex-ratio de 2,3. L'âge moyen des patients était de 60,34 ans avec des extrêmes de 23- 80 ans.

Les patients ont été opérés en urgence, la nature tumorale était méconnue avant l'intervention chirurgicale chez vingt-cinq patients (93%).

Seize patients (59%) étaient ASA III, neuf (33%) patients ASA II. La laparotomie médiane a été la voie d'abord dans 100% des cas. La tumeur a été classée stade III dans 63% (17) des cas et stade II dans 30% (8) des cas.

La tumeur siégeait sur le colon droit dans 59% (16) des cas parmi les seize patients neuf avaient une tumeur de l'angle colique droit (9/16), pour deux patients le siège était sur la portion ascendante (2/16) et sur le cæcum c'était cinq patients (5/16). Sur le colon gauche la tumeur siégeait dans 41% (11) des cas, le colon sigmoïde était la plus fréquente chez neuf patients (9/11), (figure 1) et l'angle colique gauche deux patients (2/11), (figure 2).



Figure 1: tumeur du sigmoïde.

La résection tumorale a été réalisée dans 96% (26) des cas, elle n'a pas été réalisée chez un patient, la tumeur siégeait sur l'angle colique droit envahissant la vésicule biliaire et le rein droit.

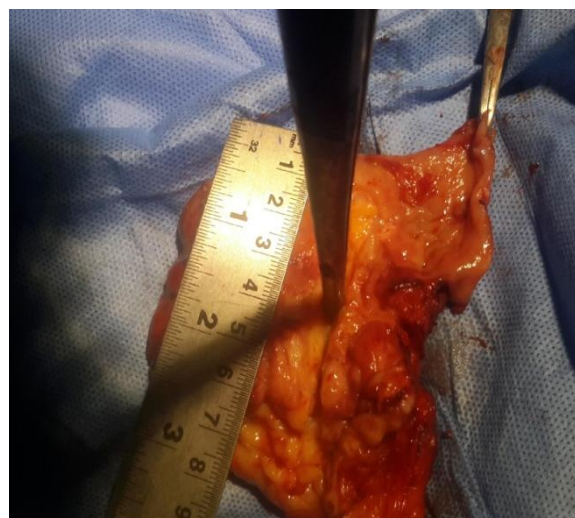


Figure 2: Tumeur de l'angle colique gauche.

La chirurgie en un temps a consisté à faire une résection tumorale avec anastomose d'emblée, elle a été réalisée dans 70% (19) des cas, l'anastomose iléo-transverse a été la plus pratiquée après colectomie subtotalite droite, l'anastomose colo-rectale a été effectuée chez trois patients (3/19) pour les tumeurs coliques gauches siégeant sur le colon sigmoïde.

La chirurgie en deux temps a été effectuée chez huit patients (30%). La colostomie selon Hartman a été réalisée chez six patients (6/8) et deux transversostomies (2/8).

Toutes les stomies étaient temporaires, aucune iléostomie n'a été réalisée à cause de la dénutrition et l'irritation peri-stomiale qu'elle entraîne et l'entretien est difficile (tableau I). Les suites opératoires ont été simples dans 67% des cas (18 malades).

Tableau I : Répartition des patients opérés pour cancer du côlon en occlusion dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Kayes entre janvier 2009 et décembre 2018 selon la technique chirurgicale.

Technique chirurgicale	Patients
<i>Colon droit</i>	16(59%)
Chirurgie en un temps	16
Chirurgie en deux temps	00
<i>Colon gauche</i>	11(41%)
Chirurgie en un temps	3/11
Chirurgie en deux temps	8/11
<i>Type d'anastomose</i>	19
Anastomose iléo-transverse	16/19
Anastomose colo-rectale	3/19

La morbidité post opératoire était 22% (6 malades), les complications étaient deux suppurations pariétales (2/6), trois fistules anastomotiques (3/6), une nécrose de stomie (1/8).

La mortalité était de 11% (3 malades), deux décès étaient liés à une fistule anastomotique et un cas était dû à une défaillance multi-viscérale (insuffisance rénale aigue, HTA) (tableau II).

Tableau II : les complications post opératoire

Complications	Patients
Morbidité	6(22%)
Suppuration pariétale	2/6
Fistule anastomotique	3/6
Nécrose de stomie	1/6
Mortalité	3(11%)
Fistule anastomotique	2/3
Défaillance multi-viscérale (Insuffisance rénale aigue, HTA)	1/3

La chirurgie à un temps avait plus de morbi-mortalité que la chirurgie en deux temps (Cf. tableau 3).

Tableau III : complication et temps chirurgical

Temps chirurgical	Fistule anastomotique	Suppuration pariétale	Nécrose de la stomie	Décès
Chirurgie en un temps	3/16	2/16	0	3/16
Chirurgie en deux temps	0	0	1/8	0

Le délai de rétablissement de la continuité digestive était de trois mois, la durée d'hospitalisation était de 15 jours à 33 jours (un cas de fistule anastomotique à bas débit qui a été suivi jusqu'à la fermeture progressive de la fistule).

Le type histologique était un adénocarcinome Lieberkūnien dans 78% des cas (21 malades).

Aucun de nos patients n'a effectué la chimiothérapie, le taux de survie à trois ans était de 33% (8 malades), à cinq ans le taux de survie était 0%.

DISCUSSION

Notre étude a été réalisée à l'hôpital de deuxième référence de Kayes sur une période de 9 ans (2009-2018), vingt-sept patients (19 hommes, 8 femmes).

Dans notre étude aucun patient n'a été opéré au stade précoce de cancer colique, tous ont été opérés au stade d'occlusion, ce qui fait l'absence de forme non occlusive par rapport au cancer colique en général dans notre série contrairement à plusieurs auteurs [4,8-10].

Le cancer du côlon est une pathologie fréquente chez le sujet âgé [8], l'âge moyen dans notre série était de 60,34 ans cela a été trouvé par d'autre auteur [4,11-13]. L'âge avancé est un facteur pronostique de mortalité post opératoire ; selon Deen et al [14] on observe une mortalité de 12,5% chez les patients de plus de 75 ans.

Dans notre série l'origine tumorale n'était pas connue avant l'intervention chirurgicale dans 93% des cas, Kouadio G.K [12] en Côte d'Ivoire a trouvé 95%. En per opératoire la tumeur siégeait sur le colon droit dans notre étude 59% des cas contrairement à plusieurs auteurs le siège était à gauche [11,15-17]. Selon le siège de la tumeur le choix des techniques opératoires varie, elles sont plus aisées si le siège est à gauche avec possibilité de chirurgie en deux ou trois temps.

Les tumeurs siégeant sur le colon gauche étaient 41% dans notre étude. Nous avons réalisé huit colostomies, six selon Hartman (6/8) et deux transversostomie (2/8). La colostomie première est la technique recommandée pour le traitement des cancers coliques gauche en occlusion par la conférence de consensus française sur le

traitement des cancers du côlon [18] et par l'association américaine des chirurgiens colorectaux. L'intervention de Hartman est rapide et sans risque de fistule anastomotique [13], la morbi-mortalité de la continuité digestive est de 3%. Dans notre série pour la chirurgie en deux temps, la morbidité était de 3% et la mortalité 0% ces résultats sont identiques à plusieurs séries dans la littérature le taux de mortalité varie de 0 à 10% [12,19-22]. La chirurgie en un temps a été effectuée dans 70% des cas dans notre série, cela s'explique par le siège de la tumeur sur le colon droit, elle nécessite une colectomie subtotalaire droite avec une anastomose entre iléon terminale et le côlon. Le choix de cette technique est parfois contraignant, la distension et l'absence de préparation du colon ne sont plus un obstacle à sa réalisation [23].

Nous n'avons pas réalisé de lavage colique dans notre série, c'est un sujet de controverse entre les praticiens, on lui reproche d'allonger le temps opératoire de 30 à 60 minutes [13], ce qui peut alourdir la mortalité jusqu'à 11% [24].

Selon une étude réalisée par Deen et al [14] la résection colique suivie d'anastomose en un temps avec ou sans lavage colique en per opératoire la mortalité et la morbidité est significatives (mortalité 12,5% ; morbidité 11%). Dans notre série la morbi-mortalité liée à l'anastomose en un temps était de 18% pour la morbidité et la mortalité 11%.

La mortalité post opératoire immédiate était de 11% dans notre étude, ce taux de décès en post opératoire varie selon les auteurs avec 35% selon Collet [8], 25% selon Hassan [11] et 7,5% selon Garcia [25]. Cette mortalité post opératoire pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs (l'âge, la technique opératoire, les mesures de réanimation pré et post opératoire)

Le taux de survie de vingt-quatre patients restant à trois ans était de 33%, Kouadio GK [12] à trouver 47%. A 5 ans le taux de survie était de 0% dans notre étude, ce taux est identique à celui de Kouadio GK [12], mais contraire aux résultats des auteurs des pays développés qui où il varie de 28% à 51,6% [13, 26, 27]. Cette différence pourrait s'expliquer par le stade évolutif du cancer et les soins post opératoires notamment la chimiothérapie qui n'a pas été réalisée dans notre série.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'évoquer que le cancer du côlon en occlusion est une pathologie grave. Le choix d'établir la continuité digestive est beaucoup moins contraignant si la tumeur siège sur le côlon gauche. La chirurgie en deux temps à moins de morbi-mortalité par rapport à la chirurgie en un temps. Seul le diagnostic précoce permet d'améliorer le pronostic vital

CONFLIT D'INTERET

Aucun.

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble du personnel de l'hôpital Fousseyini DAOU de Kayes et du centre hospitalo-universitaire du Point G.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Tous les auteurs ont participé à la rédaction et l'adoption finale de ce travail.

REFERENCES

- [1]-Toumigan C, Carbonnel F. Cancer du côlon, Encyclopédie pratique médecine 2003;4:518-523.
- [2]- Echimane KA, Ahnoux AA, Adoubi I, Hien S, M'bra K, D'horpock A, et al. Cancer in Ivory Coast. Cancer 2000;89:655-60.
- [3]- Kyllonen LE. Obstruction and perforation complicating colorectal carcinoma. An epidemiologic and clinical study with special reference to incidence and survival. Acta Chir. Scand. 1987;153:607-614.
- [4]- Charbonnet P, Gervaz P, Andres A, Bucher P, Konrad B, Morel P. Results of emergency Hartmann's operation for obstructive or perforated left-sided colorectal cancer. World Journal of Surgical Oncology 2011;6:90.
- [5]- Elé N, Okiémy G, Lebeau R, Nkoua-Mbon JB, Mbonbi Pandi RI, Massengo R. Le cancer du colon gauche au CHU de Brazzaville. Resultats du traitement chirurgical. Mali Med 2006;21:1-3.
- [6]- Conroy T, Guillemin F, Stines J, Denis B. Diagnostic et évaluation de l'extension des cancers colorectaux. Rev Prat 2011;44:2706-13.
- [7]- Raveloson JR, Rantomalala H, Rakotoarisoa B. Prise en charge des cancers du côlon en occlusion au Centre Hospitalier de Soavinandriana, Médecine d'Afrique Noire 2005;11-52.
- [8]- Collet D, Goffre B. Le cancer colique en occlusion. J Chir 2010;24:86-91
- [9]- Chen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Temporary decompression after colorectal surgery: randomized comparison of loop ileostomy and loop colostomy. Br JSurg 2009;8:22-27.
- [10]- Umpleby HA, Radcliffe AG, McGeehan D. Intraoperative irrigation of the colontopercutaneous primary anastomosis. Br JSurg 2009;67:80-81.
- [11]- Hassane I. Cancer colique en occlusion : étude rétrospective à propos de 32 cas. Thèse Med Maroc 2007;N°125
- [12]- Kouadio GK, Turquin TH. Left colonic cancer obstruction in Ivory Coast. Annales de Chirurgie 2003;128:364-367.
- [13]- Rault A, Collet D, Cunha SA, Larroude F, Ndobu E, Masson B. Surgical management of obstructed colonic cancer. Annales de Chirurgie 2005;130:331-335.
- [14]- Deen KI, Madoff RD, Goldberg SM, Rothenberger DA. Surgical management of left colon obstruction: the University of Minnesota experience. J Am Coll Surg 1998;187:573-6.
- [15]- Yeemanlee MB, Wailun law MB, Kinwalchu MB et al. Emergency surgery for obstructing colorectal cancer: a comparison between right-sided and left-sided lesions. Journal of the American College of Surgeons 2001;192:719-725.
- [16]- Tzu chi Hsu MD. Comparison of one stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon. American Journal of surgery 2005;189:384-387.
- [17]- Corsale I, Forglia E, Mandato M et al. Intestinal occlusion caused by malignant neoplasia of the colon: surgical strategy. J Chir 2003;24(3):86-91.
- [18]- Tiret E. Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du côlon ? Conférence de consensus : prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Janvier 1998. Gastroenterol Clin Biol 1998;22(3bis):S102-7
- [19]- Cugnenc P H, Berger A, Zinzindohoue F, Quinaux D, Wind P, Chevallier J-M. La Chirurgie en 2 temps dans les occlusions coliques gauches néoplasiques reste la sécurité. J Chir 1997;134:275-8.
- [20]- Malafosse M, Goujard F, Gallot D, Sezeur A. Traitement des occlusions aiguës par cancers du côlon gauche. Chirurgie 1989;115:123-6.
- [21]- Guivarch M, Boche O, Rouillet-Avoy J-C, Mosnier H. Soixante et une occlusions aiguës du côlon par cancer. Indications Chirurgicales en urgences. Ann Chir 1992;46:239-43.
- [22]- Khosraviani K, Campbell WJ, Parks TG, Irwin ST. Hartmann procedure revisited. Eur J Surg 2000;166:878-81.
- [23]- B. Millat : Traitement des cancers coliques en occlusion, Annales de chirurgie 128 (2003) 349-350
- [24]- Ferrara A, MacArthur JD, Wright HK, Modlin IM, McMillan MA. Hypothermia and acidosis worsen coagulopathy in the patient requiring massive transfusion. Am J Surg 1990;160:515-8.
- [25]- Garcia VJ, Liovera PH, Delacy AM, Reverter JC, Grandel. Obstructing colorectal carcinoma. Dis colorectum 2009(34):759-762.
- [26]- Adloff M. Les cancers du colon: étude rétrospective portant sur 1122 malades opérés. J. Chir 2007;189:384-387.
- [27]- McArdle CS, McMillan DC, Hole JD. The impact of Blood loss, obstruction and perforation on survival in patients undergoing curative resection for colon cancer. Br J Surg 2006;93:483-8.