



Article Original

Occlusions sur Carcinose Péritonéale : Caractéristiques Épidémiocliniques, Thérapeutiques et Évolutives dans les Hôpitaux de Référence de Douala et Yaoundé

Bowel Occlusions on Peritoneal Carcinosis: Epidemioclinical Features, Management and Outcome in Referral Hospitals of Douala and Yaoundé

Dina Bell Esther Hortense Murielle¹, Ntama Ambroise¹, Esson Mapoko BS², Sango Anne^{3,7}, Ekwa Langa Dominique¹, Atenguena Etienne², Anne Marthe Maïson Mayeh¹, Ruth Meka'ah Mapenya², Anaba Dominique³, Ndangue Ntone⁵, Mouelle Mbassi¹, Mouelle Michel⁶, Ananga Noa Sidonie¹, Albert Mouelle Sone¹, Paul Ndom², Eboumbou Moukoko¹

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des occlusions sur carcinose péritonéale dans 3 hôpitaux de référence de Douala et Yaoundé. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude descriptive rétrospective du 1^{er} janvier 2017 au 31 Décembre 2021 (5 ans) à partir des dossiers cliniques des patients diagnostiqués d'une occlusion sur carcinose péritonéale dans les services d'oncologie et de chirurgie viscérale de 3 hôpitaux de référence des villes de Douala et Yaoundé. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques, thérapeutiques et évolutives. **Résultats.** Sur 12 553 dossiers dépouillés, 243 (1,93%) cas d'occlusions intestinales ont été répertoriés et parmi eux 37 (15,22%) étaient des occlusions sur carcinose péritonéale, dont 6 ont été exclus pour informations incomplètes. L'âge moyen était de 54,22 (\pm 18) ans, avec une prédominance féminine (18 ; 58,06%). Les cancers primitifs les plus retrouvés étaient le cancer colorectal (45,15%) et le cancer de l'ovaire (19,35%). Les manifestations cliniques les plus retrouvées étaient la douleur abdominale (100%) et l'arrêt des matières et des gaz (90,32%). L'occlusion était basse dans 70,96% des cas. Le traitement médical était l'option thérapeutique la plus utilisée dans 64,52% des cas. La médiane de survie était de 3,26 mois. Il n'y avait pas d'association significative entre la survie et le type de traitement utilisé. **Conclusion.** Les occlusions sur carcinose péritonéale représentent 15% des occlusions intestinales dans notre contexte. La survie globale n'est pas associée au type de traitement.

ABSTRACT

Objective. To report the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary characteristics of bowel obstructions due to peritoneal carcinomatosis in 3 referral hospitals in Douala and Yaoundé. **Methodology.** We conducted a retrospective analytical study from January 1st 2017 to December 31 2021 (5 years) based on the clinical records of patients diagnosed with Bowel obstructions due to peritoneal carcinomatosis in the oncology and visceral surgery departments of 3 referral hospitals in the cities of Douala and Yaoundé. The variables studied were socio-demographic, clinical and paraclinical, therapeutic and evolutionary data. **Results.** 243 (1.93%) cases of Bowel obstruction were identified out of 12,553 records. Of these, 37 (15.22%) were obstructions due to peritoneal carcinosis, 6 of which were excluded for incomplete information. The mean age was 54.22 (\pm 18) years, with a female predominance (18; 58.06%). The most common primary cancers were colorectal (45.15%) and ovarian (19.35%). The most common clinical manifestations were abdominal pain (100%) and cessation of bowel movements and gas (90.32%). Occlusion was low in 70.96% of cases. Medical treatment was the most commonly used therapeutic option in 64.52% of cases. Median survival was 3.26 months. There was no significant association between survival and the type of treatment used. **Conclusion.** Occlusions due to peritoneal carcinosis account for 15% of intestinal occlusions in our setting. Overall survival is not associated with the type of treatment.

1. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques- Université de Douala
2. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales- Université de Yaoundé
3. Faculty of Health Sciences- University of Buéa
4. Hôpital Général de Douala
5. Hôpital Laquintinie de Douala
6. Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé
7. Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Douala

Auteur correspondant :

Dina Bell Esther HM
Faculté de Médecine et des sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala
Email : esther.dinabell@gmail.com
Tel : +237652692601

Mots clés : Occlusion, carcinose péritonéale, traitement, courbe de survie.

Key words: Occlusion, peritoneal carcinosis, treatment, survival curve.

POUR LES LECTEURS PRESSÉS**Ce qui est connu du sujet**

La carcinose péritonéale est associée à un mauvais pronostic, avec une médiane de survie d'environ douze mois. L'ascite et l'occlusion sont ses deux principales complications.

La question abordée dans cette étude

Les caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des occlusions sur carcinose péritonéale à Douala et Yaoundé.

Les principaux résultats

- Les occlusions sur carcinose péritonéale représentent 15% des occlusions intestinales. L'âge moyen était de 54,22 (\pm 18) ans, avec une prédominance féminine (58,06%).
- Les principaux cancers primitifs étaient le cancer colorectal (45,15%) et le cancer de l'ovaire (19,35%).
- Les principales manifestations cliniques étaient la douleur abdominale (100%) et l'arrêt des matières et des gaz (90,32%). L'occlusion était basse dans 70,96% des cas.
- Le traitement médical était l'option thérapeutique dans 64,52% des cas.
- La médiane de survie était de 3,26 mois. Il n'y avait pas d'association significative entre la survie et le type de traitement utilisé.

INTRODUCTION

La carcinose péritonéale (CP) est une dissémination dans le péritoine de cellules tumorales, qu'elle qu'en soit l'origine [1]. Environ 2/3 des cas sont d'origine digestive et 1/3 d'origine extradigestive [2]. Elle est généralement associée à un mauvais pronostic, avec une médiane de survie d'environ douze mois [1 ; 2]. Elle peut évoluer vers 2 principales complications qui sont l'ascite et l'occlusion [1].

L'occlusion sur carcinose péritonéale (OCP) est définie selon 2 critères : des signes cliniques et radiologiques d'occlusion intestinale (OI) et une obstruction au-delà de l'angle de Treitz, dans un contexte de cancer primitif intra ou extra-abdominal, avec une dissémination intra-péritonéale [3,4]. Il peut s'agir selon le mécanisme, d'une occlusion mécanique ou d'une occlusion fonctionnelle [3]. L'OCP représente l'évolution naturelle des cancers de l'ovaire dans 5% à 51% des cas et des cancers colorectaux dans 4,4% à 24% des cas [4]. Dans une étude conduite en Australie en 2021 par Banting et al, 56% des OCP étaient issues des cancers ovariens et 16% des cancers colorectaux, [5]

Le diagnostic de l'OCP repose sur un faisceau d'arguments cliniques qui varient selon la localisation de l'occlusion et d'arguments paracliniques sur la base des résultats du scanner abdominal qui est aujourd'hui l'examen de référence [6,7]. La prise en charge des OCP comprend des moyens médicaux et chirurgicaux. Bien que la place de la chirurgie soit toujours controversée, quelques études montrent son apport dans le soulagement des symptômes et l'augmentation de la survie [5, 8,9]. Le pronostic de l'OCP reste toujours sombre avec une médiane de survie variant de 31 jours à 8 mois selon l'indication thérapeutique [5,8,10-15]. La mortalité est

élevée et varie de 2 à 61% (sur 30 jours) et la morbidité de 12 à 85% selon Banting et al., en 2021 [5].

Bien qu'elles soient aujourd'hui considérées comme une entité à part entière, les OCP constituent encore un véritable défi thérapeutique pour les équipes soignantes, qui sont confrontées entre l'approche chirurgicale et l'approche médicale dans un contexte d'évolution de cancer au stade terminal. Dans notre contexte africain, très peu données sont disponibles, pour orienter les cliniciens devant ce tableau clinique complexe. D'où l'intérêt ce travail dont l'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs dans les deux principales métropoles camerounaises.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude analytique rétrospective menée du 1^{er} janvier 2017 au 31 Décembre 2021 (soit une période de 5 ans) dans les services d'oncologie et de chirurgie viscérale de 3 hôpitaux de référence des villes de Douala et Yaoundé à savoir : l'Hôpital Général de Douala (HGD), l'Hôpital Laquintinie de Douala (HLD) et l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY).

Nous avons inclus de façon exhaustive tout dossier clinique des patients diagnostiqués d'une occlusion sur carcinose péritonéale durant la période d'étude.

Collecte des données

Les données sociodémographiques (âge, sexe, profession, lieu d'habitation, niveau d'instruction, statut matrimonial) ; les données cliniques (antécédents personnels, cancer primitif, stade de la maladie selon la 8^{ème} édition de la classification TNM de l'Union for International Cancer Control, Performans Status selon l'OMS, signes fonctionnels, signes physiques ; localisation de l'occlusion) ; les modalités thérapeutiques (types de chirurgie, traitements médicaux, traitements adjuvants) ; l'évolution du malade (durée d'hospitalisation, amélioration, complications, décès) ; et les dates d'intérêt (date de diagnostic, date de début de traitement, date des dernières nouvelles, date de décès, temps de participation, événement d'intérêt) ont été collectées à l'aide d'une fiche technique. [16,17],

Le suivi évolutif des patients après diagnostic et traitement pour OCP a été évalué au quotidien à partir des informations recueillies dans le dossier médical. Les variables d'intérêt recherchées étaient : (i) l'amendement des symptômes occlusifs que nous avons appelé « Amélioration » ; (ii) la survenue de complications définit comme la progression des symptômes ou la survenue d'autres signes cliniques nouveaux après le traitement initié ou alors la survenue d'une complication liée à l'acte chirurgical ou au traitement médical ; (iii) le statut à la date des dernières nouvelles définit comme un patient décédé ou vivant (dont la confirmation a été obtenue après un appel téléphonique).

Les termes opérationnels suivant ont été définis : (i) Date des dernières nouvelles comme étant la date des dernières informations d'un patient ; (ii) Evènement d'intérêt comme étant le décès du malade ; (iii) Date de décès comme étant la date de décès du malade ; (iv) Perdu de vue comme étant tout patient dont l'évolution ne peut être

retracée ; (v) Temps de participation (TP) comme étant la période de temps comprise entre la date de diagnostic et la date de décès ou la date de diagnostic et la date des dernières nouvelles ; (vi) Evolution comme étant le devenir du malade en fin d'hospitalisation ; (vii) Amélioration comme étant l'amendement des symptômes et signes d'occlusion ; (viii) Complications comme étant la survenue de signes nouveaux en cours d'hospitalisation après traitement médical ou chirurgical ; (ix) Traitement médical comme étant la prise en charge du malade basée exclusivement sur les traitements médicamenteux ; (x) Traitement chirurgical comme étant la prise en charge du malade comprenant un geste chirurgical.

Analyses statistiques

Les données ont été enregistrées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2016 et analysées avec le logiciel Stata version 13. Les données qualitatives ont été analysées en utilisant le test exact de Fisher. L'analyse de survie a été effectuée par la méthode de Kaplan Meier. Le test de log-Rank a été utilisé pour rechercher les facteurs associés à la survie globale. Le seuil de significativité statistique utilisé a été de 5%.

Considérations éthiques

Cette étude a obtenu la clairance éthique du Comité d'Éthique Institutionnel pour la Recherche en Santé Humaine de l'Université de Douala.

RESULTATS

Sur une période de 5 ans, 12 555 dossiers de patients ont été recensés, 243 patients ont été admis pour occlusion intestinale (1,93%) dont 37 avec une carcinose péritonéale (15, 22 %). Trente et un dossiers ont été retenus et six exclus pour données insuffisantes.

Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des malades étaient du genre féminin (18/31 ; 58,06%) et la moyenne d'âge était de 54,22 ans (+/-17,74) avec des extrêmes de 23 et 88 ans. 41, 94% (n=13) des patients étaient sans emploi.

Tableau I: caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif (N=31)	Pourcentage (%)
Genre		
Femmes	18	58,06
Hommes	13	41,94
Age, années		
Moyenne (ET)	54,22 (+/-18)	
[21-45]	11	35,5
[46-88]	20	64,5
Profession		
Sans emploi	13	41,94
Secteur informel	7	22,58
Fonctionnaire	4	12,90
Retraité	4	12,90
Elève/étudiant	2	6,45
Secteur privé	1	3,23
Statut matrimonial		
En couple	21	67,74
Célibataire	10	32,26
Résidence		
Urbain	29	93,55
Rural	2	6,45
Niveau d'instruction		
Secondaire	14	46,16
Supérieur	9	23,09
Primaire	8	25,81

*ET=écart type

Le tableau I décrit les caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude.

Caractéristiques cliniques

La douleur abdominale était le symptôme le plus présent et retrouvée chez tous les patients ; suivie de l'arrêt des matières et des gaz (90,32%) et des vomissements (67,94%). Les signes physiques les plus retrouvés étaient le tympanisme et la distension abdominale, avec des proportions respectives de 90,32% et 87,10% tel que présenté dans le tableau II.

Tableau II: symptômes et les signes physiques initiaux (N=31)

Variables	Effectif	%
Signes fonctionnels		
Douleur abdominale	31	100
Arrêt des matières et des gaz	28	90,32
Vomissements	21	67,94
Signes physiques		
Tympanisme	28	90,32
Distension abdominale	27	87,10
Défense	12	38,71
Contracture	8	25,81
Cicatrice abdominale	4	12,90
Adénopathies	2	6,45
Météorisme	1	3,23
Hépatomégalie	1	3,23

Soixante et un virgule vingt-neuf pour cent des malades avaient un indice de performance de 3 selon l'OMS. La figure 1 présente la répartition des patients selon l'indice de performance de l'OMS.

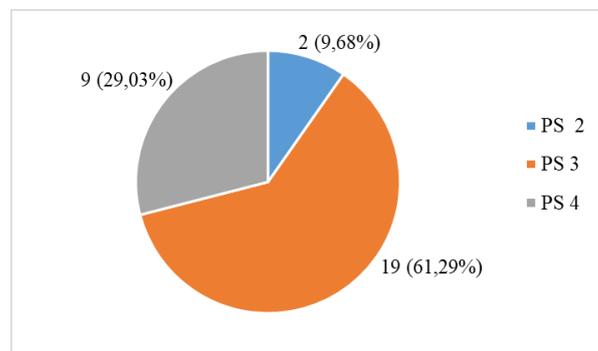


Figure 1: Répartition de la population selon le Performans Status de l'OMS

Les localisations primitives prépondérantes étaient le côlon et le rectum (45,15%), suivis de l'ovaire (19,35%) comme rapporté par le tableau III.

Tableau III: Répartition de la population selon les cancers primitifs (N= 31)

Organes primitifs	Effectifs	%
Colon et rectum	14	45,15
Ovaire	6	19,35
Col de l'utérus	3	9,68
Pancréas	3	9,68
Estomac	2	6,45
Endomètre	1	3,23
Vésicule biliaire	1	3,23
Prostate	1	3,23

Concernant le siège de l'occlusion, elle était basse chez 70,96% des patients (n=22), haute chez 16,13% des

patients (n=5), mixte chez 3,23% des patients (n=1) et non déterminé chez 9,68% (n=3).

Caractéristiques paracliniques

Le scanner abdominal était l'examen radiologique le plus réalisé, tandis que la NFS était l'examen biologique le plus effectué. Parmi les anomalies retrouvées à la biologie, l'anémie était présente chez 64,51% des patients, les troubles ioniques chez 19,3% des patients et une altération de la fonction rénale chez 19,4% des patients. Le Tableau IV présente la répartition des patients selon les examens d'imagerie effectués.

Caractéristiques thérapeutiques et d'évolution

Le traitement médical était le plus pratiqué par les cliniciens avec une proportion de 64,52%.

Examens d'imagerie	Effectifs	%
TDM	19	61,29
Carcinose péritonéale confirmée	17	54,83
Signes d'occlusion intestinale	2	6,45
Présence d'ascite	5	16,12
ASP	4	12,9
Échographie	3	9,68

La prise en charge médicale consistait beaucoup plus en la gestion de la douleur (58,1%), l'administration d'anti sécrétoires (58,1%), d'antispasmodiques (32,3%), et la pose d'une SNG (32,3%). Le traitement médical a été préférentiellement administré chez les malades avec un Performans Status selon l'OMS de 3 et 4 ; toutefois, la différence n'était pas statistiquement significative.

Au plan chirurgical, la colostomie était le geste chirurgical le plus pratiqué tel que présenté par le tableau V, avec une fréquence de survenue des complications post-opératoires de 29,03% (n=9). Les complications de décubitus étaient les plus retrouvées (12,90% ; n=4), suivi des infections post-opératoires (6,45% n=2) et des rechutes (3,23% n=1). La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,87 jours ($\pm 9,9$) avec des extrêmes de 1 et 45 jours.

Type de traitement	Effectifs	%
Traitement médical	20	64,52
Antalgiques	18	58,1
IPP	18	58,1
Aspiration par SNG	10	32,3
Antispasmodique	10	32,3
Corticothérapie	2	6,5
Laxatifs	2	6,5
Antiémétiques	2	6,5
Alimentation parentérale	1	3,2
Anti 5HT3	1	3,2
Traitement chirurgical	11	35,48
Colostomie	8	25,08
Résection + anastomose du grêle	1	3,23
Laparotomie exploratrice	2	6,45

Type de traitement	Type d'évolution				P-value
	Amélioration		Décès		
	N=18	%	N=13	%	
Médical	11	61,1	9	69,2	
Chirurgical	7	38,9	4	30,8	0,641

Cinquante-huit pourcent des patients ont eu une évolution favorable et, 41,94 % des patients sont décédés en cours d'hospitalisation. La survenue du décès n'était pas significativement associée au type de cancer ($p=0,32$) et l'évolution n'était pas influencée par le siège de l'occlusion ($p=0,65$).

L'amélioration a été observée en majorité chez les malades avec un traitement médical toutefois elle n'était pas significativement associée au type de traitement la différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,641$).

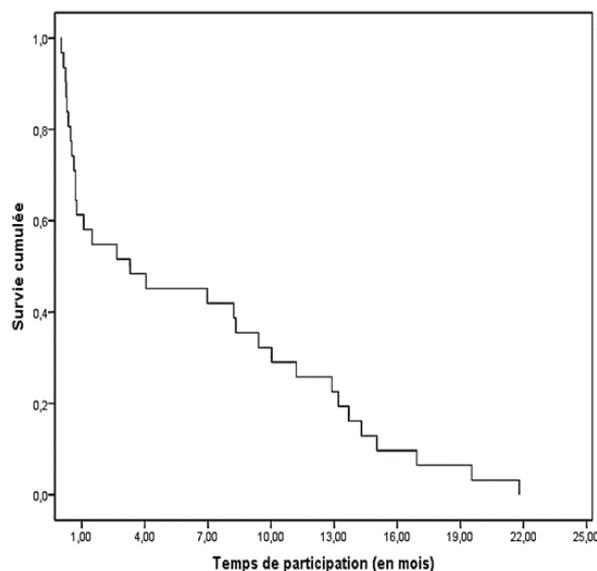


Figure 2: Courbe de survie globale

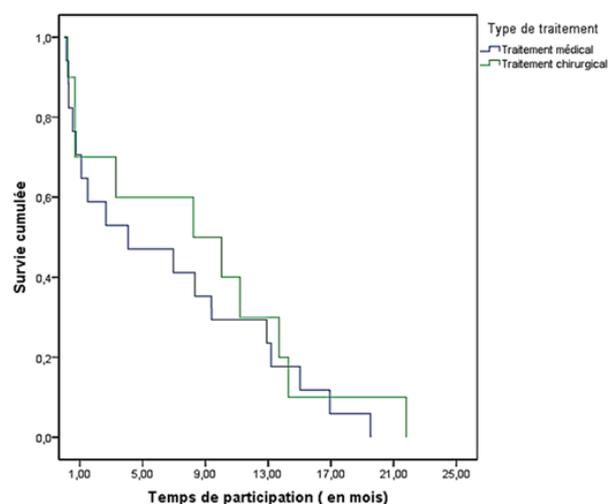


Figure 3: Courbes de survie en fonction du traitement

Données de survie : Survie globale

La médiane de survie était de 3,26 mois. Les taux de survie à 3, 6, 9 et 12 mois étaient respectivement de 52%, 45%, 35% et 26%. La survie globale n'était pas influencée par le type de traitement ($p = 0,553$) (voir Figure 2 et 3). Treize (48,9%) décès sont survenus après hospitalisation.

DISCUSSION

Le but de notre étude était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des OCP dans 3 hôpitaux de référence de Douala et Yaoundé. Les OCP représentaient 15% de toutes les occlusions intestinales retrouvées.

La prépondérance du sexe féminin retrouvée (18/31 ; 58,84%) dans notre étude est comparable à celle rapportée par Boer *et al.*, en Hollande ; et Romeo *et al.*, en Espagne qui retrouvaient également une proportion élevée des OCP chez les femmes (56,1% et 55,5%) [18,19]. Par contre Dalal *et al.*, aux USA en 2011 retrouve une prédominance des OCP chez les hommes (55%) [20]. Cette prépondérance féminine retrouvée dans notre étude pourrait s'expliquer par le profil des cancers évoluant habituellement vers une carcinose péritonéale dont le cancer de l'ovaire et du col de l'utérus qui occupent ici les seconds et troisièmes rangs dans notre série.

La moyenne d'âge était de 54,22 ans avec des extrêmes de 23 et 88 ans. Nos observations sont différentes de celles de Arvieux *et al* en France et de Boer *et al* au Canada, qui retrouvent un âge moyen de 64 ans et 63 ans respectivement. Cette différence pourrait trouver son explication dans la pyramide des âges qui est inversée dans les populations africaines avec une prédominance des sujets jeunes, contrairement aux pays occidentaux où la population est majoritairement âgée. [18,21]

Le symptôme le plus retrouvé était la douleur abdominale présente chez tous les malades et le signe physique le plus retrouvé était le tympanisme (28/31 ; 90,32%) tel que corroboré par Arvieux *et al.*, qui retrouvent une proportion de 80% de patients décrivant des douleurs abdominales [21].

Dans notre série, les cancers colorectaux et ovariens occupaient les premiers rangs tel que décrit dans la littérature par Blair *et al.*, et Chakraborty *et al.*, avec des fréquences respectives de 45,15% et 49% pour les cancers colorectaux [9,13]. Arvieux *et al.*, et Roméo *et al.*, retrouvaient respectivement 28% et 26,7% pour les cancers gynécologiques [21, 22].

La majorité des malades présentaient des occlusions basses (70,96%), résultat similaire à celui de Helyer *et al.*, qui retrouve une proportion de 53% d'occlusions basses ; tandis que Pothuri *et al.*, en 2004 décrivent une prépondérance des localisations mixtes (40%) [11,12]. Au plan anatomique, les occlusions basses sont coliques tandis que les occlusions hautes sont grêliques. Le tableau clinique des occlusions basses est donc dominé par les douleurs abdominales et l'arrêt des matières et des gaz, tel que retrouvé dans notre population de patients.

Le scanner abdominal, qui est l'examen de référence de diagnostic des OCP avait été réalisé chez 61% des malades. Ce résultat largement inférieur à celui de Helyer *et al.*, (100%) pourrait être expliqué par le coût élevé du scanner abdominal au regard de notre population d'étude en majorité sans activité courante (sans emplois, retraités et scolarisés). Toutefois, la réalisation du scanner a permis de mettre en évidence la présence d'une carcinose chez 17 malades (54,84%) mais la présence d'une occlusion n'était mentionnée que chez 2 malades (6,45%). Cette proportion est inférieure à celle retrouvée par Arvieux *et*

al., qui décrivaient des signes d'occlusion au scanner abdominal dans 55% des cas [21].

Au plan biologique, le bilan minimal en cas d'occlusion intestinale (NFS, ionogramme sanguin, créatininémie) a été réalisé chez la plupart des patients. La majorité présentait un hémogramme anormal, notamment une anémie, régulièrement présente chez les malades cancéreux au stade terminal. D'autres examens tels que l'albuminémie étaient rarement pratiqués rendant difficile l'évaluation précise de l'état nutritionnel des malades, qui constitue un facteur pronostic biologique en situation palliative [22].

La prise en charge (PEC) des OCP est multidisciplinaire, allant du traitement médical, chirurgical ou endoscopique, mais il doit toujours tenir compte de l'état général du malade avec pour objectif principal d'améliorer la qualité étant donné qu'il s'agit d'une PEC palliative. Dans notre série, le traitement médical était le plus administré (64,52%), tout comme dans la série de Castro *et al.* en Espagne dans laquelle 90% des patients avaient bénéficié d'un traitement médical [15]. Banting *et al.*, avaient rapporté un traitement chirurgical chez 55% des malades [5]. Le choix du traitement médical dans la majorité des cas pourrait s'expliquer par le mauvais état général des malades en cours d'admission ; 100% des malades étaient au stade avancé de cancer (stade IV) et 90% dans un état général altéré (Performans Status selon l'OMS de 3 et 4). Devant ce tableau clinique complexe, les cliniciens se posent généralement des questionnements éthiques sur le bénéfice réel d'un geste chirurgical invasif chez un patient en phase palliative avancée [23]. D'autre part, le faible taux de réalisation de la chirurgie peut également être lié au faible niveau socioéconomique des patients.

Sur le plan médical, le traitement consistait au soulagement des symptômes majeurs, à savoir l'administration d'antalgiques et d'anti sécrétoires gastriques chez 58% des malades, l'administration d'antispasmodique et la pose d'une SNG chez 32%. Dans les travaux menés par Chakraborty *et al.*, en 2011 au Canada, les anti sécrétoires analogues de la somatostatine (68%), les antiémétiques (51%), et les corticoïdes (17%) étaient retrouvés par ordre de priorité d'administration [9]. Arvieux *et al.*, proposent dans sa série un traitement composé d'une réhydratation parentérale, de corticoïdes, de neuroleptiques à visée antiémétique et d'anticholinergiques [21]. Par ailleurs, selon le protocole proposé par Laval *et al.*, en 2014, une association médicamenteuse comportant antiémétiques, antisécétoires, corticoïdes et antalgiques devrait être préconisée durant les 3 premiers jours de prise en charge [23, 24].

Au plan chirurgical, la colostomie de décharge avait été réalisée chez la majorité des malades opérés 72% (8/11), nos résultats se rapprochent de ceux de Helyer *et al.* au Canada en 2007, chez qui la colostomie de décharge représentait 53% des gestes chirurgicaux [12]. Par contre, Amikura *et al.* en 2009 dans sa série japonaise pratiquaient le Bypass intestinal chez 37% des patients et la colostomie de décharge chez 24,28% des patients [25]. Higashi *et al.*, avaient également trouvé une forte utilisation de bypass (52%) comme gestes chirurgicaux

posés [26]. Comme dans l'étude de Helyer *et al.*, la majorité des occlusions dans notre étude était des occlusions basses. La nature du geste chirurgical variant en fonction du siège de l'occlusion, ceci explique l'utilisation importante du bypass dans les autres études où la majorité des occlusions était des occlusions hautes. [12]

La durée moyenne d'hospitalisation des patients variait de 8 à 14 jours avec tel que retrouvé dans la littérature [14, 15, 20]. Le taux d'amélioration des patients était de 58%, et la proportion des décès intra hospitaliers était de 42%. Au Cameroun, l'absence de référentiels validés de prise en charge des OCP ; l'altération progressive de l'état général secondaire à la progression de la maladie, à la détresse psychosociale, aux difficultés financières réduisant l'accès aux soins pourrait expliquer cette fréquence élevée de décès comparativement à ceux rapportés dans les séries Canadiennes américaines et françaises qui retrouvent des taux de mortalité de 10% et 26% [11, 14,15, 21].

La médiane de survie des patients était de 3,26 mois et la moyenne de 6,43 mois proches de celle de Castro *et al.* en Espagne, Chakraborty et Helyer au Canada avec des médianes de 3, 2,5 et 3,5 mois respectivement [9,12, 15]. En France, Arvieux *et al.* retrouvent par contre une médiane de survie inférieure de 31 jours [21]. La médiane de survie des patients opérés était de 5,3 mois, contre 3,8 mois pour ceux ayant eu un traitement médical toutefois, la différence n'était pas statistiquement significative. Ces résultats sont proches de ceux de Santangelo *et al.*, qui dans leur revue systématique décrivent des médianes de survie variant de 2 à 8,5 mois pour les malades opérés [8]. Le caractère rétrospectif de notre étude lui impose certaines insuffisances. Les principales difficultés rencontrées étaient liées à la mauvaise tenue des dossiers, soit mal conservés, soit avec des données incomplètes. En outre, nous notons une faible connaissance de la pathologie. Enfin, le manque d'études liées à ce sujet dans notre contexte constitue un frein à notre discussion scientifique.

CONCLUSION

Les OCP représentaient 15% des occlusions intestinales dans notre contexte. Elles touchent majoritairement les femmes et les personnes âgées de plus de 50 ans. Le cancer colorectal et le cancer de l'ovaire sont les cancers dans lesquels les OCP sont le plus survenus. Le diagnostic et la prise en charge des occlusions sur carcinose restent toujours difficiles dans notre contexte. Le traitement médical est la modalité thérapeutique la plus appliquée, mais devraient être améliorée. Le pronostic des OCP est sombre, avec un fort taux des décès en cours d'hospitalisation et une survie moyenne relativement basse. Il n'existe pas d'association entre le type de traitement choisi et la survie des malades.

Conflit d'intérêts

L'auteur Principal déclare travailler aux côtés du Laboratoire ROCHE dans le cadre de son programme ACCESS CANCER au Cameroun. Toutefois le laboratoire ROCHE n'est impliqué ni de près, ni de loin dans la conception, la rédaction, le financement de ce

travail de recherche qui s'inscrit dans le cadre des activités académiques de recherche scientifique de l'auteur. De ce fait n'a aucune influence sur la publication des dits résultats.

Les autres auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Remerciements

Nous tenons à remercier les différents hôpitaux qui nous ont donné accès à leurs documents patients respectifs.

REFERENCES

1. Denis B, Elias D. prise en charge symptomatique de la carcinose péritonéale. *Gastroenterol Clin Biol.* 28^e éd. 2004;17.
2. Benlahfid M, Erguibi D, Elhattabi K, Bensardi F, Khaiz D, Lafriekh R, et al. Epidémiologie descriptive de la carcinose péritonéale d'origine digestive l'hôpital universitaire Ibn Rochd de Casablanca (2008-2010). *Panafrican Med Journal.* 2017;
3. Laval G, Marcelin-Beazeh B, Arvieux C, Chauvenet L, Copel L, Durand A, et al. Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : recommandations de bonnes pratiques cliniques. *Médecine palliative- soins de support- Accompagnement-Ethique.* 11^e éd. 2012; 5-24.
4. Ripamonti C, Mercadante S, Doyle D, Hanks G, Mc Donald N, Cherny N. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. 3^e éd. New York: Oxford University Press; 2005. (Eds Oxford Textbook of palliative medicine).
5. [Samuel P Banting](#), [Peadar S Waters](#), [Oliver Peacock](#), [Vignesh Narasimhan](#), [Andrew C Lynch](#), [Jacob J McCormick](#), [Satish K Warriar](#), [Alexander G Heriot](#). Management of primary and metastatic malignant small bowel obstruction, operate or palliate. A systematic review. *ANZ J. Surg.* 91^e éd. 2021;282-90.
6. Calabrese D, Bifulco L, Kianmanesh R, Msika S. Traitement des pathologies tumorales du péritoine.; *EMC Gastro*; vol. 13 ; Elsevier Masson; 2018.
7. Esquivel J, Chua T, Stojadinovic A, Melero J, Levine E, Gutman M, et al. Accuracy and clinical relevance of computed tomography scan interpretation of peritoneal cancer index in colorectal cancer peritoneal carcinomatosis: a multi-institutional study. *J of Surg Oncol.* 2010;565-70.
8. Santangelo ML, Grifasi C, Criscitiello C, Giuliano M, Calogero A, Dodaro C, et al. Bowel obstruction and peritoneal carcinomatosis in the elderly. Q systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2016;
9. Chakraborty A, Selby D, Gardiner K, Myers J, Moravan V, Wright F. Malignant bowel obstruction: natural history of a heterogeneous patient population followed prospectively over two years. *J of pain and symptom management.* 2011;412-20
10. Shariat-Madar B, Jayakrishnan T, Clark Gamblin T, Turaga KK. Surgical management of bowel obstruction in patient with peritoneal carcinomatosis. *J of Surg Oncol.* 2014;
11. Pothuri B, Meyer L, Gerardi M, Barakat RR, Chi DS. Reoperation for palliation of recurrent malignant bowel obstruction in ovarian carcinoma. *Gyn Oncol.* 2004;193-5.
12. Helyer LK, Law CH, Butler M, Last LD, Smith AJ, Wright FC. Surgery as a bridge to palliative chemotherapy in patients with malignant bowel obstruction from colorectal cancer.; *Ann of Surg Oncol*; vol. 14.; 2007. 1264-1271
13. Blair SL, Chu DZ, Schwarz RE. Outcome of palliative operations for malignant bowel obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis from nongynecological cancer. . *Ann of Surg Oncol*; vol. 8; 2001. 632-637
14. Olson PTJ, Pinkerton C, Brasel KJ, Schwarze ML. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis. *JAMA Surg.* 2014;149(4):383-92.

15. Castro PM, Vargas L, Mancheño A, Utrilla SM, Pascual F, Romero I, et al. Malignant bowel obstruction in relapsed ovarian cancer with peritoneal carcinomatosis. *Int J Gynecol Cancer*. 2017
16. J.D. Brierley et al. TNM classification of malignant tumours. 8th edition: UICC. Ed. Wiley Blackwell;2017.
17. Picot J, Cooper K, Bryant J, Clegg AJ. Karnofsky performance status and WHO performance status scores. NIHR journal Library [Internet]. United Kingdom; 2011 [cited 2017 Jun 11]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK97482/>
18. De Boer NL, Hagemans JAW, Schultze BTA, Brandt-Kerkhof AR., Madsen EVE, Verhoef C, et al. Acute malignant obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis: the role of palliative surgery. *Eur J Surg Oncol* 2018.
19. Romeo M, De los Llanos Gil M, Cuadra Urteaga JL, Vilà L, Ahlal S, Indacochea A, et al. Outcome pronostic factors in inoperable malignant bowel obstruction. *Support care cancer*. 2016;
20. Dalal KM, Gollub MJ, Miner TJ, Wong WD, Gerdes H, Schattner MA, et al. Management of patients with malignant bowel obstruction and stage IV colorectal cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 14^e éd. 2011;822-8.
21. Arvieux C, Laval G, Mestrallet J, Stefani L, Villard M, Cardin N. Treatment of malignant intestinal obstruction. A prospective study over 80 cases. *Ann Chi*. 2005;470-6.
22. Romeo M, De los Llanos Gil M, Cuadra Urteaga JL, Vilà L, Ahlal S, Indacochea A, et al. Outcome pronostic factors in inoperable malignant bowel obstruction. *Support care cancer*. 2016.
23. Laval G, Marcellin-Benazech B, Guirimand F, Chauvenet L, Copel L, Durand A, et al. Recommendations for bowel obstruction with peritoneal carcinomatosis. *J of pain and symptom management*. 2014;
24. Toussaint S, Auffret K, Brocard F, Cervi C, Dubuc M, Hutin-Brissot A, et al. Occlusion digestive sur carcinose péritonéale. *Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support*; 2013.
25. Amikura K, Sakamoto H, Yatsuoka T, Kawashima Y, Nishimura Y, Tanaka Y. Surgical management for a malignant bowel obstruction with recurrent gastrointestinal carcinoma. *J Surg Oncol*. 101^e éd. 2010;228-32.
26. Higashi H, Shida H, Ban K, Yamagata S, Masuda K, Imanari T, et al. Factors affecting successful palliative surgery for malignant obstruction due to peritoneal dissemination from colorectal cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2003;357-9.