



Le cancer colo-rectal en occlusion

The occlusive colo-rectal cancer

السرطان القولوني المستقيمي الإنسدادي

A. Bounaim, S. Hasbi, A. Alahyane, A. Achour, K. Sair, A. Zentar

الملخص : تقديم : يعتبر الإنسداد من أكثر المضاعفات شيوعاً لحالات سرطان القولون، هذه الحالات تعتبر أكثر خطورة نظراً لتلازم تواجد الورم مع الإنسدادي والجراح يجب عليه التعامل مع الإنسداد والورم في وقت واحد، هذا التدخل يأخذ في الاعتبار عدة عوامل ليس فقط الحالة الصحية للمريض ولكن أيضاً مكان ومرحلة تطور الورم. – الأدوات والطرق : – هذه دراسة إستيعادية لـ 18 مريضاً يعانون من سرطان قولوني إنسدادي، خلال مدة 5 سنوات، عدة معالم يجب أن تأخذ بالاعتبار : الحالة الصحية للمريض، مكان ومرحلة الورم. النتائج : من 123 مريضاً بالسرطان القولوني المستقيمي عولجوا جراحياً خلال هذه الفترة 18 حالة كانت تعاني من إنسداد، يمثل 15.5 % متوسط العمر 54 عاماً يتراوح بين 31 و 78 عاماً، 10 رجال و 8 نساء بمعدل جنسي 1.2، تموضع الورم سائد بالجهة اليسرى لـ 13 مريض، 4 حالات بالجهة اليمنى وحالة واحدة بالمستقيم المتوسط. حالات الأورام اليمنى عولجت بمرحلة جراحية واحدة، واليسرى عولجت على مرحلتين، واحدة بواسطة فغر قولوني أولي و 13 بواسطة فغر قولوني جراحي، معدل المرضى كان 19 %.

مناقشة : التشخيص المبكر والإنعاش الملائم والتدخل الجراحي العاجل ينقص من معدل الوفيات والمرضى، يمثل قطع الورم مع الترميم الطريقة المثلى الجراحية العاجلة. كما أن العناية الكافية للمريض بواسطة إمهانة مع التدخل الجراحي العاجل ينقص من معدل المرض والوفيات. في حين أن علاج السرطان القولوني الأيمن يمكن القيام به عن طريق مرحلة جراحية واحدة فإن السرطان الأنسدادي الأيسر حيث أنه أكثر خطورة فإنه يتم التعامل معه في كل حالة على حدى ونحن ننصح بعمل فغر قولوني مع أوبدون القطع الأولي.

الكلمات الأساسية : السرطان القولوني المستقيمي الإنسدادي

Résumé : C'est la complication évolutive et révélatrice la plus fréquente des cancers coliques. Vue la gravité et l'urgence de l'affection ; le chirurgien doit traiter l'occlusion et le cancer ; Cette prise en charge tient compte de plusieurs paramètres ne citant que l'état clinique du patient, le siège de la tumeur et son stade. Il s'agit de 18 malades ayant présenté une occlusion colique compliquant un cancer sur une période de cinq ans allant de janvier 2003 à décembre 2007. Les paramètres tenus en compte sont l'état clinique du patient, le siège de la tumeur et son stade. Sur 123 cancers colo-rectaux opérés durant cette période, 18 cas étaient en occlusion ; soit 15.5%. L'âge moyen des malades est 54 ans avec des extrêmes allant de 31 à 78 ans et qui sont répartis en 10 hommes et 8 femmes avec un sexe ratio de 1.2. La localisation prédominante se trouve au niveau du colon gauche avec 13 cas, 4 cas au niveau du colon droit et un cas du moyen rectum. Les localisations droites ont été opérées en un seul temps alors que les localisations gauches et rectales ont été opérées en deux temps : 1 cas de colostomie première et 13 cas d'exérèse avec colostomie. Le taux de morbidité était de 19%. Un diagnostic précoce, une réanimation péri opératoire adaptée et un geste opératoire rapide avec stomie permettent de réduire le taux, de morbidité et de mortalité. La résection tumorale avec rétablissement différé de la continuité est le geste le plus pratiqué en urgence. Une prise en charge adaptée ; à savoir une réhydratation du patient et un geste opératoire rapide, va permettre de réduire le taux de mortalité et de morbidité. Si le traitement du cancer du colon droit est codifié par une chirurgie en un seul temps, le cancer du colon gauche en occlusion est géré au cas par cas et vu le contexte de l'urgence nous conseillons une colostomie associée ou non à la résection première.

Mots clés : occlusion ; cancer- colon-rectum.

Abstract : It is the most common progressive and revealing complication of colon cancer. This urgent situation becomes grave by combination of both cancer and occlusion. The surgeon must deal with the blockage as well as the cancer. This action takes into account several parameters, not only the patient's clinical state but also the site and stage of the tumor. It is concerning 18 patients who had a colonic occlusive cancer, thought a period of 5 years. The parameters include the clinical state of the patient, and site and stage of the tumor. Of 123 colo-rectal cancer patients operated during this period, 18 cases were suffering from occlusion, representing 15%. Average age was 54 years, ranging from 31 to 78 years, divided to 10 men and 8 women with sex ratio of 1.2. The location was predominately in the left colon with 13 cases, 4 cases in the right colon and 1 case in medium rectum. The right colon 1 cases in medium rectum. The right localisations were operated in a one stage operation while the left and rectal cases were carried out in 2 stage : 1 with primary colostomy and 13 with surgical colostomy the morbidity rate was at 19%. Early diagnosis, an adapted resuscitation procedure and a rapide surgical interference with colostomy, can reduce the morbidity and mortality rate. Tumoral resection with continuous restoration is the most practical urgent surgical interference. An appropriate care, mainly the patient's rehydration and rapide surgical interference will reduce mortality and morbidity rates. While the treatment of right colon cancer can be done by an one stage surgery, the left occlusive colon cancer as it is more urgent is managed case by case and we recomond a colostomy with or without the first resection.

Key Words : cancer, colon, occlusion, rectum.

Tiré à part : A. Bounaim. Service de chirurgie viscérale I, hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V - Rabat- Maroc.

Introduction

L'occlusion représente la complication évolutive et révélatrice la plus fréquente des cancers coliques. Cette situation d'urgence sous entend la gravité conjuguée du cancer et de l'occlusion ; Le chirurgien confronté à cette situation doit traiter l'occlusion mais aussi le cancer en respectant les règles de la chirurgie carcinologique. Cette prise en charge tient compte de plusieurs paramètres dont il faut tenir compte ne citant que l'état clinique du patient, le siège de la tumeur et son stade. Dans cette étude rétrospective, nous allons discuter les différents aspects cliniques, diagnostiques ainsi que les différentes stratégies thérapeutiques, le tout dans le but de dégager la conduite thérapeutique la plus adéquate.

Matériel et méthodes

C'est une étude rétrospective ayant colligé 18 malades qui ont présenté une occlusion colique compliquant un cancer au service de chirurgie viscérale de l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat sur une période de cinq ans allant de janvier 2003 à décembre 2007. C'est une étude basée sur les dossiers médicaux, les comptes rendus opératoires et les comptes rendus anatomopathologiques. On entend par cancer colique tout cancer allant de la valvule de Bauhin à la jonction ano-rectale et par occlusion un arrêt des matières et des gaz au delà de 24 heures.

Résultats

Sur une période de 6 ans 123 cancers coliques ont été opérés dans le service dont 18 étaient en occlusion soit 15,5%. L'âge des patients se situait entre 31 et 78 ans avec un âge moyen de 54 ans et qui sont répartis entre 10 hommes et 8 femmes avec un sexe ratio de 1,2. Sept patients, soit 38,9% ont des antécédents de constipation chronique et trois patients soit 16,7%, sont suivis pour cardiopathie hypertensive. Le délai de consultation a varié entre 2 et 12 jours avec une moyenne de 5 jours. Deux patients étaient

classés ASA 4. La symptomatologie clinique a été dominée par la douleur présente chez 14 patients soit 77,8%, qui est diffuse et généralisée à tout l'abdomen. L'arrêt des matières et des gaz a été noté chez 14 patients alors que chez 4 patients il y avait eu un arrêt des matières sans arrêt net des gaz et chez qui la localisation néoplasique se situait sur le colon droit. Les vomissements étaient présents chez 15 patients. La douleur présente chez 18 patients était de caractère non spécifique. L'hypokaliémie était présente chez 4 patients. La tomodensitométrie a été faite chez 11 patients et a précisé la nature tumorale de la lésion dans 10 cas. La localisation tumorale prédomine au niveau du colon gauche avec 13 cas et surtout au niveau du sigmoïde avec 8 cas. (tableau I). L'étude anatomopathologique des

Tableau I : Les localisations des tumeurs coliques en occlusion et leur fréquence

Colon droit		4	22,2%
Colon gauche	Sigmoïde	8	77,8%
	Jonction recto- Sigmoïde	2	
	Colon descendant	3	
Rectum		1	
Total		18	100%

pièces de résection a trouvé 9 adénocarcinomes luberkhuniens bien différenciés, 5 adénocarcinomes luberkhuniens moyennement différenciés ou peu différenciés et 4 carcinomes colloïdes muqueux. L'extension de la tumeur dans la paroi colique selon la classification de Dukes était comme suit : 8 cas de stade B , 7 cas de stade C et 3 cas stade D (16,7%), alors qu'aucune tumeur n'est classé stade A. Des métastases hépatiques ont été retrouvées chez 4 cas. Tout nos malades ont été opérés après réanimation hydro-électrolytique : l'exérèse tumorale dans le premier temps a été réalisé chez 14 patients dont 4 rétablissements de continuité immédiat sur les tumeurs siégeant sur le colon droit sauf un cas qui était compliqué d'un abcès du psoas. On a réalisé 4 colectomies droites, 5 colectomies gauches, 4 colectomies segmentaires et une colectomie totale pour une tumeur de l'angle colique gauche avec souffrance du caecum : 7 de type Hartmann et 3 de type Bouilly-Wolkman. 2 patients ont bénéficié d'une dérivation interne pour carcinose.

Une colostomie première a été réalisée pour la tumeur du moyen rectum suivie de radio-chimio-thérapie puis excisée. La morbidité était de 27,8% et elle était dominée par l'infection de paroi. La mortalité immédiate est de 5,5% : un décès à j6 post opératoire sur défaillance multi-viscérale chez un patient de 69 ans ayant bénéficié d'un Hartmann. La survie à long terme n'a pu être appréciée par perte de vue d'un nombre important de nos patients.

Discussion

L'occlusion représente la complication révélatrice la plus fréquente des cancers coliques et qui est de l'ordre de 15 à 20% [1,2]. La prédominance selon le sexe est variable dans la littérature [3,4] (tableau II). La moyenne d'âge

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Auteurs	Série	Hommes (%)	Femmes (%)
Meyer [3]	63	52,7	47,3
Rault [4]	22	31,8	68,2
Notre série	18	55,6	44,4

dans notre série est inférieure à celles rapporté dans les séries occidentales (tableau III), en France l'âge moyen des patients opérés pour cancer colique est de 66 ans [5].

Tableau III : L'âge moyen des patients

Auteurs	Série	Age moyen (ans)
Meyer [3]	63	60,8
Rault [4]	22	69
Notre série	18	54

Dans notre série plus de la moitié des malades avait des antécédents de troubles du transit à type de constipation, alors que dans la série de Champault [1] on ne la retrouve que chez 25% des patients. La symptomatologie clinique est résumée dans le tableau IV ; Elle associe la douleur, les

Tableau IV : Symptomatologie clinique

Auteurs	Douleur (%)	Arrêt des matières et des gaz (%)	Vomissements (%)
Champault [1]	72,5	73,5	45,5
Notre série	100	77,8	83,3

vomissements et l'arrêt des matières et des gaz ; en fonction de la localisation du cancer et du délai de consultation. Le diagnostic d'occlusion colique peut être porté 8 fois sur dix sur les seuls arguments fournis par la radiographie de l'abdomen sans préparation [4]. La tomodensitométrie a été réalisée chez 11 patients (61,1%), elle était assez sensible dans notre série et montrant la nature néoplasique de l'obstacle. La distribution des cancers coliques selon le siège de la lésion est en accord avec les données de la littérature confirmant la prédominance au niveau du colon gauche (tableau V) et cette prédominance serait due au calibre réduit du colon gauche et à son extensibilité moindre

Tableau V : Localisation des cancers occlusifs sur les différents segments du colon

Auteurs	Série	Colon droit (%)	Colon gauche (%)
Meyer [3]	63	34,9	65,1
Champault [1]	324	17	83
Bresler [5]	65	11,4	88,5
Notre série	18	22,2	77,8

[1,3,5]. La majorité des séries s'accorde sur la fréquence des occlusions sur des cancers coliques en stade B ou C selon Dukes (tableau VI) [1, 3,6]. L'indication des divers

Tableau VI : Stades de Dukes des tumeurs occlusives du colon

Auteurs	Stade de Dukes (%)			
	A	B	C	D
Meyer [3]	0	42	36,8	21
Gouillat [6]	0	40	43,4	16,6
Notre série	0	44,4	38,9	16,7

techniques chirurgicales doit tenir compte essentiellement de l'état général du patient, de la localisation de la tumeur sur le cadre colique, de l'extension du cancer en particulier de la résecabilité de la tumeur et de la présence de métastases hépatiques ou d'une carcinose péritonéale et aussi de la dilatation du caecum appréciée sur les radiographies de l'abdomen sans préparation. Dans les cancers résecables du colon droit, il convient de recourir à une hémicolectomie droite plus ou moins étendue au colon transverse suivie d'une anastomose iléo-colique immédiate. Toutefois celle-ci

pourra être différée par double stomie en canon de fusil s'il existe un risque de désunion anastomotique telle était le cas chez un patient de notre série. Si la tumeur apparaît non résecables, une dérivation interne iléo-colique sera préférée à une iléo-stomie latérale, celle-ci étant réservée aux carcinomes péritonéales étendues avec des sténoses coliques étagées. Dans les cancers résecables du colon gauche, il y a lieu de distinguer les localisations proximales c'est-à-dire de la partie gauche du colon transverse jusqu'à la boucle sigmoïdienne et les localisations distales c'est-à-dire le bas sigmoïde et la jonction recto-sigmoïdienne. Les premières sont de préférence justiciables d'une colectomie subtotale avec anastomose immédiate iléo-sigmoïdienne et les secondes, d'un lavage colique per opératoire, suivie d'une colectomie segmentaire avec anastomose colo-rectale [7]. Néanmoins, si l'état général paraît préoccupant, il apparaît raisonnable de proposer une colostomie latérale transverse droite et d'apprécier ultérieurement les possibilités d'une exérèse colique [8]. En faveur, l'absence d'évolution tumorale évidente entre les deux temps opératoires [9] et la facilité d'exécution du geste par tout chirurgien avec un taux de mortalité faible par rapport à l'intervention de Hartmann [8,9]. En 1980 Dudley [10] a décrit la technique de la résection anastomose en un temps avec lavage colique peropératoire, et qui a la faveur des auteurs lorsqu'elle est réalisable [11, 12]. L'utilisation de prothèses métalliques expansives pour lever les obstructions coliques malignes est une alternative qui a été proposée par Dohmoto en 1991 [13]. Depuis plusieurs auteurs ont rapporté un taux de succès de l'ordre de 90%, avec une morbidité et une mortalité inférieures à celles du traitement chirurgical [14]. Les complications de l'endoprothèse rapportées sont la perforation, les rectorragies, l'obstruction et la migration

[15]. En cas de carcinose péritonéale à dominante pelvienne, c'est l'opération de Hartmann qui sera de mise. En cas de perforation diastatique du caecum, la colectomie subtotale s'impose car la suture de la perforation sur des tissus ischémiés et à rejeter [16], le rétablissement immédiat ou non de la continuité étant tributaire du degré de contamination pyo-stercorale [17]. La colectomie subtotale traite dans le même temps l'occlusion, un éventuel cancer synchrone et permet une anastomose de qualité ; Les inconvénients de cette technique sont d'une part l'allongement du temps opératoire et d'autre part la survenue possible d'une diarrhée postopératoire et d'une incontinence anale [18]. La mortalité basse dans notre série s'explique par l'âge relativement jeune de nos patients [19,20]. Plusieurs études ont retrouvé une mortalité comprise entre 16 et 35% [2, 21], avec une médiane de survie à 24 mois [6].

Conclusion

A la lumière de cette étude rétrospective, le cancer colique se présente dans 15,5% des cas dans un tableau d'occlusion, les patients de notre série sont relativement jeunes avec une moyenne d'âge de 54 ans avec une prédominance nette des tumeurs siégeant sur le colon gauche. La résection tumorale avec rétablissement différé de la continuité est le geste le plus pratiqué en urgence. Une prise en charge adaptée ; à savoir une réhydratation du patient et un geste opératoire rapide, va permettre de réduire le taux de mortalité et de morbidité : Si le traitement du cancer du colon droit est codifié par une chirurgie en un seul temps, le cancer du colon gauche en occlusion est géré au cas par cas et vu le contexte de l'urgence nous conseillons une colostomie associée ou non à la résection première.

Références

1. Champault G, et al. Les occlusions coliques. Etude rétrospective coopérative de 497 cas. *J Chir* 1983; 120:47-56.
2. Chen HS, Sheen-Chen SM. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends. *Surgery* 2000; 127:370-6.
3. Meyer CH, Eynard H et Coll. Les occlusions du colon: à propos d'une série chirurgicale de 63 cas. *Chirurgie* 1993 ; 11 :106-11.
4. Rault A et al. Prise en charge du cancer colique en occlusion. *Annales de chirurgie* 2005 ; 130 : 331-5.
5. Bresler et coll. Chirurgie d'urgence face aux occlusions coliques. *J Chir* 1996 ; 123 : 713-8.
6. Gouillat C. Traitement de l'occlusion colique par cancer. 10^{ème} Congrès Français de Chirurgie ; Paris 1999 : 7-9.
7. Millat B. Traitement des cancers coliques en occlusion. *Annales de chirurgie* 2003 ; 128 : 349-50.
8. Kouadio GK, Turquin TH. Cancers coliques gauches en occlusion en Côte d'Ivoire. *Annales de chirurgie* 2003 ; 128 : 364-7.
9. Parc R, Bouteloup PY, Kartheuser. Faut-il condamner la colostomie première dans les cancers coliques gauches en occlusion ? *Chirurgie* 1989 ; 115 :112-6.
10. Dudley HA, Radcliffe AG, McGeehan D. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67:80-1.
11. Stewart J, Diamant RM, Brennan TG. Management of obstructing lesions of left colon by resection, on table lavage and primary anastomosis. *Surgery* 1993; 114:502-5.
12. Torralba JA, Robles R, Parrilla P, Lujan JA, Liron R, Pinero A et al. Subtotal colectomy vs intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1998; 41:18-22.
13. Dohmoto M. New method – endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis. *Endosc Dig* 1991; 3:1507-12.
14. Scurtu R, Barrier A, André T, Houry S, Huguier M. Prothèse métallique expansive dans le traitement palliatif des occlusions colorectales malignes : risque de perforation. *Annales de chirurgie* 2003 ; 128 : 359-63.
15. Régimbeau JM, Yzet T, Brazier F, Jean F, Dumont F et al. L'endoprothèse colique métallique expansive dans les occlusions coliques d'origine tumorale. *Annales de chirurgie* 2004 ; 129 : 203-10.
16. Arnud JP, Bergamaschi R. Emergency subtotal/total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:685-8.
17. Arnaud JP, Cervi CH, Duplessis R, Cattani F. Place de la colectomie subtotale/totale dans le traitement en urgence des cancers occlusifs du côlon gauche. *J Chir* 1997 ; 134 :267-70.
18. Adloff M, Arnaud JP, Ollier JC, Chazelet C, Pat-sopoulos J. La colectomie totale en urgence dans le traitement des cancers coliques gauches en occlusion. Attitude audacieuse ou raisonnée? *Chirurgie* 1984 ; 110 :167-71.
19. Ratto C, Sofo L, Ippoliti M, Merico M, Doglieto GB, Crucitti F. Prognostic factors in colorectal cancer. Literature review for clinical application. *Dis Colon Rectum* 1998; 41:1033-49.
20. Runkel NS, Schlag P, Schwarz V, Herfarth C. Outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine. *Br J Surg* 1991; 78:183-8.
21. Kyllonen LE. Obstruction and perforation complicating colorectal carcinoma. An epidemiologic and clinical study with special reference to incidence and survival. *Acta Chir. Scand.* 1987; 153:607-14.