

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

UNIVERSITE KASDI MERBAH OUARGLA

Faculté de Médecine

Département de Médecine



**Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique  
des cancers digestifs au niveau du CENTRE ANTI CANCER Ouargla  
2020 – 2022**

**Mémoire de fin d'études pour l'obtention  
du diplôme de DOCTEUR EN MEDECINE**

**Présenté par :**

BEN TABBAL Bachir

BEN HAMMOUDE Djoumana

**Encadré par :**

**Docteur NOUCER Adib**

**Maitre de conférence A en chirurgie générale**

**Devant le Jury Composé de :**

Dr. BOUAZIZ Hocine	Président	MCA Epidémiologie
Dr. NOUCER Adib	Promoteur	MCA Chirurgie générale
Dr. FIZI Hanina	Examineur	Maitre-assistante Oncologie médicale
Dr. BOUKHRIS Taha	Examineur	Maitre-assistant Gastrologie

Année universitaire 2022-2023



Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

UNIVERSITE KASDI MERBAH OUARGLA

Faculté de Médecine

Département de Médecine



**Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique  
des cancers digestifs au niveau du centre anti cancer Ouargla  
2020-2022**

**Mémoire de fin d'études pour l'obtention**

**Du diplôme de DOCTEUR EN MEDECINE**

**Présenté par :**

BEN TABBAL Bachir

BEN HAMMOUDE Djoumana

**Encadré par :**

**Docteur NOUCER Adib**

**Maitre de conférence A en chirurgie générale**

**Devant le Jury Composé de :**

Dr. BOUAZIZ Hocine	Président	MCA Epidémiologie
Dr. NOUCER Adib	Promoteur	MCA Chirurgie générale
Dr. FIZI Hanina	Examineur	Maitre-assistante Oncologie médicale
Dr. BOUKHRIS Taha	Examineur	Maitre-assistant Gastrologie

Année universitaire 2022-2023



# REMERCIEMENT

## **A dieu le tout puissant :**

Merci de nous avoir donné la patience, la force et le courage de mener a bien ce modeste travail à terme.

## **Notre chère encadrant :**

Ce travail n'aurait pas été possible sans votre confiance, vos encouragements. Nous sommes reconnaissants de nous confier ce travail et d'accepter de le diriger en consacrant de votre temps pourtant très précieux d'abord tout au long de cette étude, puis lors de la rédaction de ce mémoire. Nous sommes fiers d'avoir mené ce travail à vos côtés.

Nous espérons être digne de votre confiance, et nous vous prie cher maitre, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

## **Au membre de jury :**

**Dr BOUAZIZ et DR BOUKHRISS**, C'est pour nous un grand honneur d'avoir accepté de juger ce modeste travail malgré vos multiples obligations

**Dr FIZI** nous sommes ravis de nous recevoir en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance, Vos précieux conseils et votre disponibilité ont contribué au succès de ce travail, nous avons beaucoup appris à vos côtés merci.

Veillez trouver, chères Maîtres, le témoignage de notre grande reconnaissance, de notre gratitude, de notre profond respect et l'expression de nos sincères remerciements.

## **A tous qui nous a aidé à accomplir ce travail :**

**Dr RAMDANE**, assistant en hépato-gastro-entérologie cher maitre, on tient de vous remercier pour l'aide que vous nous avez portée. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre haute considération et de notre profond respect.

On tient également, remercier l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale et administratifs de service l'oncologie , chimiothérapie et radiothérapie de leurs aides et accueils et

# *Dédicace :*

## **A ma mère :**

Chère maman, je vous remercie de profond de mon cœur de m'avoir accompagné par votre tendresse et amour ainsi de m'avoir soutenu par vos conseil et prières toutes ces années, toujours votre présence à mes cotés me permet de surmonter tous les obstacles.

Ce travail est l'aboutissement de votre éducation, de vos efforts et de vos sacrifices.

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurais point de vous remercie comme il se doit.

Que dieu te protège et te prête longue vie.

## **A mon père :**

Papa, vous avez été toujours à mes coté pour me soutenir et m'encourager, aucun mot ne saurait exprimer mes profondes affections et gratitudes de vôtres sacrifices pour mes éducations et mes études.

Puisse dieu vous prêter bonne santé et longue vie.

## **A mes frères et sœur :**

Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'offrez et votre soutien, Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Puissions-nous rester unies dans la tendresse, fidélité à l'éducation que nous avons reçue.

## **A mes amis :**

**Ddjihad ,inès , Rissa ,Maroua ,rachida ,Aya ,Nadjah , Haithem ,Hichem,abdelmonaim ,Anouar ,Chamil ,Bachir , BOUAZIZ** vous êtes pour moi des sœurs et frères, vous étiez là quand il faut et à chaque étape de ma vie vous étiez toujours à mes côtés dans les bons moments et les moins bons,

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées,

Tous simplement je vous dis merci, pour votre sympathie, spontanéité et fidélité, tous ce qu'on a passé ensemble est le témoignage de notre lien.

Je suis heureuse de vous avoir rencontré encore plus heureuse d'être votre amie.

Je vous souhaite beaucoup de bonheurs, santé et succès.

**BENHAMMOUDA  
Djoumana**

**A ma mère :**

A la femme la plus chère dans ma vie, merci ne suffira jamais de vous exprimer mon respect et ma considération pour tous ce que vous avez fait pour moi, vous m'avez accompagné depuis mon enfance jusqu'à présent par vos prières et vos conseils, vous n'avez jamais cessé de m'encourager et de me motiver. Votre amour, votre tendresse et votre sagesse ont fait de vous une merveilleuse maman pour moi.

Que dieu vous protège, et vous procure une vie pleine de santé et de bonheur.

**A mon père :**

A mon défunt père j'aurais aimé que vous soyez présent ce jour pour vivre et partager ma joie le destin n'a pas voulu qu'on se côtoie beaucoup, mais j'espère que vous êtes fier de votre fils.

Puisse Dieu, le tout puissant, l'avoir en sa sainte miséricorde.

**A mes frères et sœurs :**

Veillez trouver ici l'expression de mes profonds sentiments de respect et reconnaissance pour le soutien que vous n'avez jamais cessé de m'a porté tant moral que matériel, vous m'avez encouragé durant toutes les années de mes études, vous avez toujours été présents à mes côtés pour me consoler quand il fallait. Merci d'être là.

**A mes amis :**

Au nom de notre amitié ce lien magique qui nous a réuni, ABDELMONAIM, HAITHAM, CHAMIL, AYOUB, KAMEL, DJOUMANA, INES, ROMAÏSSA, DJIHAD, MAROUA, AFRAH ET IMEN , permettez-moi de vous exprimer mes sincères sentiments d'affection et de gratitude, pour la fidélité et la gentillesse dont vous m'avez entouré, pour tous nos agréables moments qu'on a passés ensemble, pour tous nos souvenirs qui resetteront graver dans ma tête, pour tous vos aides et vos conseils qu'on me permet de réussir ce parcours.

Que dieu vous aide à atteindre vos rêves et de réussir dans votre vie.

**BENTABBAL**

**Bachir.**

## **Liste des abréviations**

AEG : Altération de l'état générale

CAC : centre anti cancéreux

CD : Cancer digestif

CCR : Cancer colorectal

CIRC : Centre international de recherché sur le cancer

EPH: Establishment Public Hospitalie

IMC : Indice de masse corporelle

IRM: Imagerie par résonance magnétique

MALT:Mucosa-associated lymphoid tissue

PAF :Polypose adénomateuse familiale

TD: tube digestif

TDM: Tomodensitométrie

TDM TAP: Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne

TEP: Tomographie par Emission de Positons

RCC: Radio-chimio-concomitante

RCP: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

TNM: clinic Tumor-Nodes-Metastasis

## **Liste des tableaux**

Tableau 1 Répartition des malades selon l'année de diagnostic .....	25
---	----



Tableau2 Répartition des cancers digestifs selon le sexe .....	26
Répartition des patients selon la résidence et l'origine 3 Tableau .....	27
Tableau 4 : Répartition des cas selon le type de résidence.....	27
Tableau 5 : Répartition des cas selon les indicateurs sociodémographique .....	29
Tableau 6 : Répartition les patients selon les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux .....	30
Tableau 7 : Répartition des patients selon les antécédents familiaux .....	31
Tableau 8 Répartition des patients selon les habitudes toxique .....	32
Tableau 9 : Répartition des patients selon le délai de diagnostic .....	35
Tableau 10 Taux d'hémoglobine selon la localisation des cancers digestifs.....	36
Tableau 11 : Degré de différenciation de types histologiques .....	38
Tableau12 Répartition des cancers digestifs selon leur fréquence de métastase.....	39
Tableau 13 : Répartition des cancers digestifs solide selon le stade TNM .....	39
Tableau 14 : Comparaison de l'incidence des cancers digestifs .....	42
Tableau 15 : Comparaison la localisation des cancers digestifs.....	43
Tableau16 Comparaison selon l'âge et le sexe.....	44
Tableau17 Comparaison des habitudes toxique .....	44
Tableau18 Comparaison selon le mode de découverte .....	45
Tableau 19 : Comparaison selon le type histologique.....	46
Tableau 20 : Comparaison selon le type de chirurgie .....	48

## Liste des figures

Figure 1 Anatomie de l'appareil digestif.....	4
Figure 2 Histologie de tube digestif .....	8
Figure 3 Répartition des cancers digestifs selon la localisation .....	26
Figure : 4 Répartition des patients selon l'âge .....	28
Figure5 Répartition des patients selon le sexe .....	28
Figure 6 :Répartition des cas selon le mariage consanguin des parents.....	29
Figure 7 : Répartition des patients selon les groupes sanguins .....	29
Figure 8 : Répartition des patients selon les habitudes alimentaire et physique .....	32
Figure 9 : Répartition des patients selon leur BMI.....	33
Figure 10 : Répartition des patients selon le mode de découverte ... <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
Figure 10 : Répartition des patients selon le mode de découverte .....	34
Figure 11 : Répartition des patients selon l'aspect macroscopique .....	37
Figure 12 : Répartition des patients selon le type histologique.....	37
Figure 14 : Comparaison des signes cliniques .....	45
Figure 15 : la survie globale par rapport au délai d'accès à la chirurgie <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	

<b>1</b>	<b>Table des matières</b>	
	<i>REMERCIEMENT</i> .....	<b>I</b>
	<b>RESUMES</b> .....	<b>XII</b>
	<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
	<b>Revue de littérature</b> .....	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Généralités :</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Rappels :</b> .....	<b>4</b>
2.1	Rappels anatomiques : (5) .....	4
2.1.1	L'œsophage : .....	4
2.1.2	L'estomac : .....	4
2.1.3	L'intestin grêle : .....	4
2.1.4	Le côlon : .....	5
2.1.5	Le rectum : .....	5
2.1.6	L'appareil sphinctérien de l'anus : .....	5
2.1.7	Les organes annexes .....	5
2.1.8	Le méésentère : .....	5
2.1.9	Vascularisation artérielle et veineuse : .....	6
2.1.10	Le drainage lymphatique : .....	6
2.1.11	L'innervation : .....	6
2.2	Rappels physiologiques : (6) .....	6
2.2.1	La motilité : .....	6
2.2.2	La sécrétion : .....	6
2.2.3	La digestion : .....	6
2.2.4	L'absorption : .....	6
2.2.5	Régulation des Fonctions Digestives : .....	7
2.2.6	Immunité digestive : .....	7
2.3	Rappels histologiques : (7) .....	8

2.3.1	Histoire naturelle de cancer (8) .....	9
<b>3</b>	<b>Cancers Digestifs :.....</b>	<b>10</b>
3.1	Epidémiologie : .....	10
3.2	Facteurs de risque :.....	10
3.2.1	Les facteurs de risque non modifiables : (10) .....	10
3.2.2	Les facteurs de risque modifiables : (11).....	11
3.3	Diagnostic des cancers digestifs :.....	12
3.3.1	Diagnostic clinique : (10) .....	12
3.3.2	Diagnostic radiologique : .....	13
3.3.3	Diagnostic histologique : (15) .....	13
3.3.4	Bilan d'extension : (10) .....	14
3.3.5	Stadification:.....	15
3.4	Traitement : (16).....	15
3.4.1	Chirurgie.....	15
3.4.2	La chimiothérapie :.....	15
3.4.3	La radiothérapie :.....	16
3.4.4	La Thérapie ciblée : .....	16
3.4.5	Les indications thérapeutiques : .....	16
3.5	Prévention : (17) (8) .....	17
3.5.1	La prévention primaire : .....	17
3.5.2	La prévention secondaire :.....	17
	<b>MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>19</b>
<b>1</b>	<b>Type de l'étude :.....</b>	<b>20</b>
<b>2</b>	<b>Contexte géographique :.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>Population d'étude :.....</b>	<b>20</b>
3.1	Critères d'inclusion et de non inclusion : .....	20
3.1.1	Critères d'inclusion : .....	20

3.1.2 Critères de non inclusion : .....	20
<b>4 Recueil des données : .....</b>	<b>21</b>
<b>5 Recherche bibliographique .....</b>	<b>21</b>
<b>6 Définition des variables étudiées.....</b>	<b>21</b>
6.1 Caractéristique sociodémographiques : .....	21
6.2 Les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux .....	21
6.3 Les antécédents familiaux des cancers .....	21
6.4 Style de vie .....	21
6.5 Diagnostic .....	21
6.6 Histologie .....	22
6.7 Prise en charge.....	22
<b>7 Analyse statistique : .....</b>	<b>23</b>
<b>8 Aspects éthiques : .....</b>	<b>23</b>
<b>9 Biais de l'étude .....</b>	<b>23</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>24</b>
1. Aspect épidémiologique de la population étudiée : .....	25
1.1. Taille de population .....	25
1.2. Répartition des cas par année de diagnostic .....	25
1.3. Répartition des cancers digestifs selon la localisation : .....	25
1.4. Répartition selon les indicateurs géographiques .....	27
2. Profil socio-économique et démographique .....	27
2.1. Age : .....	28
2.2. Le sexe : .....	28
2.3. Consanguinité des parents : .....	28
2.4. Répartition des patients selon les groupes sanguins : .....	29
2.5. Autres indicateurs sociodémographique : .....	29

3. Analyse descriptive des antécédents personnels et familiaux :	30
3.1. Les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux :	30
3.2. Les antécédents familiaux des cancers :	31
4. Style de vie	31
4.1. Les habitudes alimentaires et toxiques :	31
4.2. les habitudes alimentaires et l'activité physique :	32
4.3. BMI.....	32
5. Aspects clinique de la tumeur.....	33
5.1. Circonstance de découverte de la tumeur :	33
5.2. Les signes fonctionnels :	34
5.3 Délai de diagnostic	35
6. Aspects para clinique de la tumeur :	35
6.1. Taux d'hémoglobine :	35
6.2. Imagerie	36
6.2.1.1. Aspects macroscopiques	36
6.3. Critères anatomopathologiques :	37
6.4. Présence de métastase initiale.....	38
6.5. Stade TNM	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
7. Prise en charge :	39
7.1. Chirurgie :	39
7.2. Chimiothérapie :	40
Néoadjuvante :	40
Adjuvante :	40
Chimiothérapie palliative	40
7.3. Thérapie ciblée :	40
7.4. Chimiothérapie curative :	40
7.5. Radiothérapie :	40

<b>DISSCUSSION .....</b>	<b>41</b>
1. L'incidence :.....	42
2. Répartition selon la localisation : .....	42
3. L'âge et le sexe :.....	43
4. Tabac et l'alcool : .....	44
5. Les habitudes alimentaires.....	44
6. Caractéristiques cliniques :.....	44
7. Prise en charge :.....	47
8. Forces et limites de l'étude :.....	48
9. Recommandations et perspectives de l'étude :.....	49
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>52</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>56</b>

# RESUMES





**Ben Tabbal Bachir**

**Ben Hammouda Djoumana**

**Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cancers digestifs  
au niveau du CAC d'Ouargla 2020 – 2022**

**Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de docteur en  
médecine**



## **RESUME**

### **Introduction :**

Les cancers digestifs représentent un problème de santé publique dans le monde par sa morbidité et sa mortalité malgré le développement des différents moyens diagnostique et thérapeutique.

Le but de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cancers digestifs à la wilaya d'Ouargla.

### **Matériels et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, ayant intéressé 235 patientes de cancer digestif diagnostiquées durant une période de 03 ans, de janvier 2020 à Décembre 2022 au niveau CAC Ouargla.

### **Résultats et discussion :**

Les cancers digestifs représentent 22,41 % de tous les cancers où le CCR occupe le 1<sup>er</sup> rang. L'âge moyen était de 58,44 ans avec sex-ratio 1,5H/F. La symptomatologie clinique est dominée par la douleur abdominale (36,6%), l'amaigrissement (34,04%). L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent (84,3%). 41,18% des patientes se présentent dans un stade métastatique au moment de diagnostic . Le traitement est basé sur la chirurgie et l'oncologie.

### **Conclusion :**

Le pronostic des cancers digestifs reste sombre due essentiellement au retard de diagnostic d'où la nécessité de mettre en place un programme de prévention basée sur la sensibilisation, l'éducation et le dépistage.

**Mots clés : Cancer digestifs, épidémiologie, clinique, chirurgie, oncologie**

**Encadrant : NOUCER Adib**

**Année universitaire : 2022 -2023**



**Ben Tabbal Bachir**

**Ben Hammouda Djoumana**

**Epidemiological, clinical and therapeutic profile of digestive cancers at the level of CAC Ouargla 2020 – 2022**



**dissertation submitted to fulfill the requirements of doctor in medicine degree**

### **Abstract**

#### **Introduction :**

Despite the development of various diagnostic and therapeutic means, digestive cancers represent a public health problem worldwide in terms of morbidity and mortality. The aim of our study is to determine the epidemiological, clinical, and therapeutic profile of digestive cancers in Ouargla province.

#### **Materials and methods:**

The retrospective effect of this study involves describing 235 patients diagnosed with digestive cancers during three years (from January 2020 to December 2022) at the ACC of Ouargla.

#### **Results and discussion:**

RCC was the most common type of cancer, accounting for 22.41% of all cancers. The average age was 58.44 years, and there were 1.5 times more men than women.

Weight loss (34.04%) and stomach discomfort (36.6%) were the two main clinical symptoms. The most prevalent histological type (84.3%) was adenocarcinoma. At diagnosis, 41.18% of patients had metastatic disease, and the treatment methods were based on surgery and oncology.

#### **Conclusion :**

The need to establish a preventative program based on awareness, education, and screening is driven by the fact that the prognosis for digestive cancers is still poor, mostly as a result of delayed detection.

**Keywords: digestive cancer, epidemiology, clinic, surgery, oncology.**

**Supervisor: NOUCER Adib**

**Academic Year : 2022-2023**



بن طبال بشير  
بن حمودة جمانة



الخصائص الوبائية والسريرية والعلاجية لسرطانات الجهاز الهضمي على مستوى مركز

معالجة السرطانات بورقلة 2020 - 2022

أطروحة نهاية الدراسة لنيل درجة دكتور في الطب

المُلخَص

مقدمة:

على الرغم من تطور وسائل التشخيص والعلاج المختلفة، تبقى سرطانات الجهاز الهضمي مشكلة صحية معقدة في جميع أنحاء العالم من حيث حالات الإصابة والوفيات الناجمة عنه، فالهدف من هذه الدراسة هو تحديد الصورة الوبائية والسريرية والعلاجية لسرطانات الجهاز الهضمي في ولاية ورقلة.

الوسائل والمنهجية:

هذه الدراسة وصفية بأثر رجعي، حيث تشمل 235 مريضاً تم تشخيص إصابتهم بسرطانات الجهاز الهضمي خلال ثلاث سنوات (من جانفي 2020 إلى ديسمبر 2022) في مركز مكافحة السرطان على مستوى ورقلة.

النتائج والمناقشة:

تمثل سرطانات الجهاز الهضمي 22.41% من جميع أنواع السرطان التي تحتل فيها سرطانات القولون و المستقيم المرتبة الأولى، حدد متوسط العمر بـ 55.44 عاماً و انتشاره للجنس الذكري أكثر بـ 1.5 من النساء. تسيطر آلام البطن على الأعراض السريرية بنسبة 36.6% يتبعها فقدان وزن بنسبة 34.04%. و قد كان سرطان الغدة هو النوع النسيجي الأكثر شيوعاً بنسبة 84.3%. 41.18% من المرضى الموجودين في مرحلة متقدمة من تفشي المرض، و يعتمد العلاج على الجراحة و علم الأورام.

خاتمة:

إن الحاجة إلى إنشاء برنامج وقائي قائم على الوعي والتثقيف والفحص مرتبط بحقيقة أن تشخيص سرطانات الجهاز الهضمي لا يزال ضعيفاً، ويرجع ذلك في الغالب إلى تأخر الكشف.

الكلمات المفتاحية: سرطان الجهاز الهضمي، علم الأوبئة، السريري، جراحة، علاج كيميائي.

المشرف: د. نويصر أديب

الموسم الأكاديمي: 2022-2023

# **Introduction**

Les cancers digestifs désignent les tumeurs malignes qui se développent au niveau du tube digestif et ses annexes. Pour la majorité des cas, ces tumeurs sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire qu'elle ont pour origine les muqueuses qui tapissent la paroi du tube digestif ou des canaux excrétoires des glandes. (1)

En 2020 selon Globocan, 5 142 198 nouveaux cas des cancers digestifs ont été enregistrés dans le monde entier, représentant 26,95 % de tous les cancers. 3 140 080 sont des hommes et 2 002 118 sont des femmes.(2)

Ils présentent un problème de la santé mondiale par la mortalité et la morbidité. En 2020 les cancers digestifs occupent deux tiers des cancers à l'origine du plus grand nombre de décès dans le monde ,dont le cancer colorectale est la 2<sup>ème</sup> cause de 916 000 décès après le cancer de poumon ; le foie est 3<sup>ème</sup> de 830 000 décès et l'estomac le 4<sup>ème</sup> de 769 000 décès .

En Algérie, en 2020, le nombre estimé des nouveaux cas de cancers est 58418 parmi eux 20, 8% sont des cancers digestifs qui sont dominés par le CCR (53,8%) et le cancer gastrique (19 ,7%), à prédominance masculine.

La symptomatologie clinique est très polymorphe et rarement évocatrice, source de retard diagnostic et thérapeutique ce qui responsable du mauvais pronostic malgré les progrès de la thérapeutique.

Devant la gravité des cancers digestifs et leurs retentissements sur le système de santé et au même temps l'absence des études consacrés à ce sujet et le manque d'information fiable et réelle sur la situation épidémiologique des CANCERS DIGESTIFS dans **la wilaya d'Ouargla**.

On a réalisé cette étude afin de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers digestifs au niveau de CAC OUARGLA durant le période 2020-2022.

**L'objectif principal :**

Déterminer le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cancers digestifs.

**L'objectif secondaire :**

Evaluer la qualité de prise en charge.

# **Revue de littérature**

## 1 Généralités :

Le tube digestif prend naissance de la cavité orale et se termine au niveau de l'anus. Il est annexé à un système glandulaire : le foie, le pancréas, la vésicule biliaire exocrine et les glandes muqueuses digestives, qui ont pour but essentiel la digestion et l'absorption des nutriments. (3)

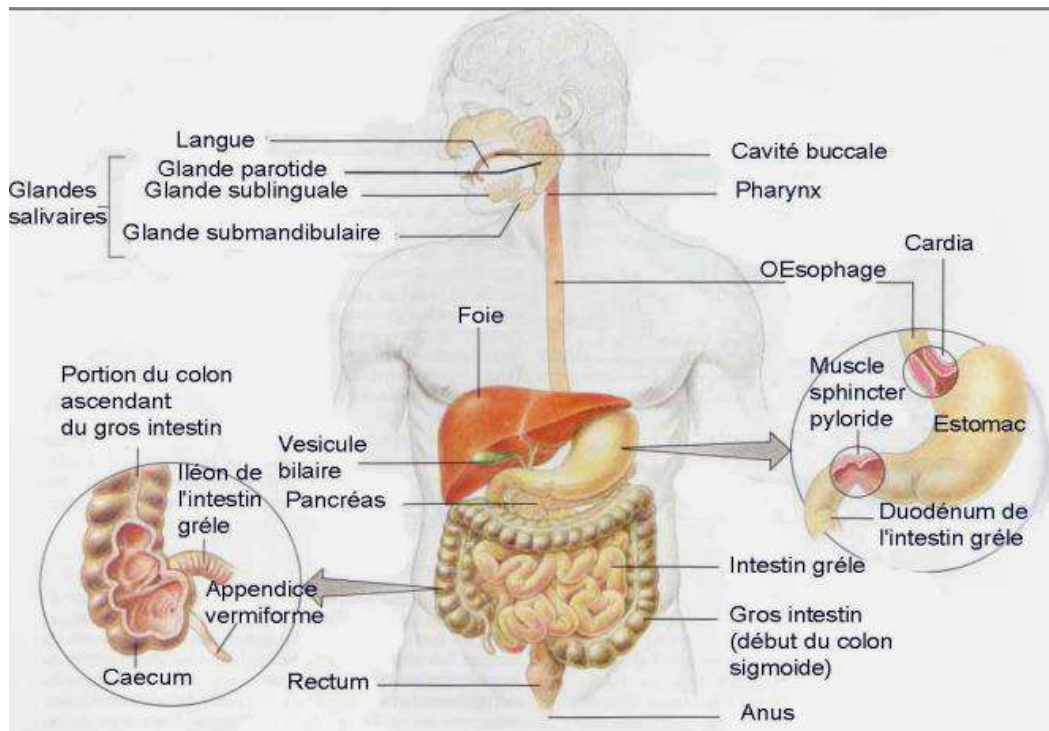


Figure 1 Anatomie de l'appareil digestif

## 2 Rappels :

### 2.1 Rappels anatomiques : (3)

#### 2.1.1 L'œsophage :

Tube musculaire situé dans le thorax derrière la trachée, qui relie le pharynx à l'estomac. Il est divisé en 4 portions selon son trajet : cervicale, thoracique, diaphragmatique et abdominale.

#### 2.1.2 L'estomac :

Est une énorme glande digestive en forme de poche, interposée entre l'œsophage et le duodénum. Son extrémité supérieure est le cardia et son extrémité inférieure est le pylore.

L'estomac est divisé en trois parties : fundus, corps et antrum.

#### 2.1.3 L'intestin grêle :

Région située entre l'estomac et le gros intestin qui mesure 6 à 7 m de long environ présente 2 régions : Le duodénum est la partie initiale de l'intestin grêle, qui fait suite à

l'estomac au niveau de la jonction duodéno-pylorique, et se termine par le jéjunum au niveau de l'angle duodénojéjunal. Il comprend quatre portions : D1, D2, D3 et D4. Le jéjuno-iléon représente la partie mobile de l'intestin grêle qui fait suite au duodénum.

#### 2.1.4 **Le côlon :**

Est la partie du gros intestin située entre la valvule iléo-caecale et la charnière recto-sigmoïdienne. Il se continue par plusieurs segments ; le côlon droit comprend : le caecum et l'appendice, le côlon ascendant, l'angle colique droit, et environ les deux tiers droits du côlon transverse et le côlon gauche comprend : le tiers gauche du côlon transverse, l'angle colique gauche, le côlon descendant et le côlon ilio-pelvien.

#### 2.1.5 **Le rectum :**

Est la portion terminale du tube digestif, il est situé dans le petit bassin, fait suite au côlon sigmoïde, il se termine par l'anus au niveau de la ligne ano-cutanée dans le périnée.

#### 2.1.6 **L'appareil sphinctérien de l'anus :**

Constitué de sphincter interne (muscle involontaire) et le sphincter externe (muscle volontaire).

#### 2.1.7 **Les organes annexes**

##### 2.1.7.1 **Le foie :**

Est une glande annexée au tube digestif, il est situé dans l'hypochondre droit sous le diaphragme, il est divisé en 4 lobes : carré, caudé, droit et gauche.

##### 2.1.7.2 **Pancréas :**

Est une glande mixte, le suc exocrine et endocrine, c'est un organe très profond, en avant de L1 et L2, s'allongé selon un axe oblique et divisé en 4 parties : tête, isthme, corps et queue.

##### 2.1.7.3 **La vésicule biliaire :**

Organe en forme de poche, rattaché à la face inférieure du foie. Stocke et concentre la bile.

La plupart des organes sont situés dans une cavité abdominale c'est **le péritoine** qui est constitué de deux membranes : la membrane viscérale recouvre les surfaces des organes et la membrane pariétale couvre les parois de l'abdomen entre les deux membranes.

#### 2.1.8 **Le mésentère :**

Est une double couche de péritoine accolées dos à dos qui s'étend des organes digestifs jusqu'à la paroi de la cavité qui permet le passage des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui desservent les viscères et les maintenir en place



### 2.1.9 **Vascularisation artérielle et veineuse :**

La circulation splanchnique comprend les ramifications de l'aorte abdominale, ces artères d'une part les branches de tronc cœliaque qui irriguent la rate, le foie, pancréas duodénum et l'estomac, et d'autre part les artères mésentériques : le supérieure qui alimentent Intestine grêle, caecum, appendice, début de colon ascendant et colon transverse, l'inférieur irrigue colon transverse, le reste de colon descendant, colon sigmoïde et rectum.

Le système porte hépatique recueille le sang veineux chargé de nutriments fortran des viscères digestifs et l'apporte au foie.

### 2.1.10 **Le drainage lymphatique :**

Les lymphatiques de l'abdomen se situent dans l'espace rétro-péritonéale médiane avec l'aorte, la veine cave inférieure et les nerfs.

### 2.1.11 **L'innervation :**

Elle est assurée par le nerf vague gauche et le plexus cœliaque.

## 2.2 **Rappels physiologiques : (4)**

Les principaux processus qui surviennent dans le tractus gastro-intestinal sont :

### 2.2.1 **La motilité :**

Assure la progression des aliments le long du tube digestif, essentiellement due à la composante musculaire lisse, qui sont deux types : les mouvements propulsifs (le péristaltisme) et les mouvements de brassage (mélange).

### 2.2.2 **La sécrétion :**

Correspond à la sécrétion des différents sucs dans la lumière du tube digestif par des glandes exocrines : sécrétion salivaire, pancréatique et biliaire .La libération de ces sécrétions est sous la dépendance de stimuli hormonaux et nerveux.

### 2.2.3 **La digestion :**

Consiste à scinder les grosses molécules (glucides, lipides, protéines) en petites molécules de nutriments absorbables. La digestion est accomplie par hydrolyse enzymatique, chaque segment est adapté à une fonction particulière.

### 2.2.4 **L'absorption :**

C'est le passage des petites molécules absorbables : l'eau, vitamines et des électrolytes dans le sang ou la lymphe. La quasi-totalité de l'absorption se fait au niveau de l'intestin grêle.

## 2.2.5 **Régulation des Fonctions Digestives :**

### 2.2.5.1 *Régulation nerveuse :*

Assurée par 2 systèmes, le système nerveux intrinsèque (Plexus myentérique d'Auerbach, Plexus sous- muqueux de Meissner) et extrinsèque (sympathique et parasympathique)

#### 2.2.5.1.1 **Système nerveux intrinsèque (entérique) :**

Système nerveux intrinsèque est situé dans la paroi digestive. Il est continu de l'œsophage au canal anal. Il comprend :

- Plexus myentérique d'Auerbach et Plexus sous- muqueux de Meissner.

#### 2.2.5.1.2 **Système extrinsèque :**

Classiquement, le parasympathique stimule la motricité et relâche les sphincters lisses, alors que le sympathique inhibe la motricité et renforce le tonus sphinctérien.

### 2.2.5.2 *Régulation hormonale :*

Pour réguler la sécrétion et la motilité digestive, les cellules nerveuses et glandulaires de la muqueuse digestive produisent des polypeptides biologiquement actifs agissant par voie paracrine, endocrine ou neurocrine.

## 2.2.6 **Immunité digestive :**

L'immunité digestive dépend à la fois du système immunitaire intestinal (MALT), et du microbiote intestinal.

### 2.3 Rappels histologiques : (5)

L'organisation des tissus formant la paroi du tube digestif est fondamentalement la même depuis l'œsophage jusqu'au canal anal. Les quatre couches, ou tuniques, du tube digestif, de l'intérieur vers l'extérieur, sont : la muqueuse, la sous-muqueuse, la musculuse et la séreuse.

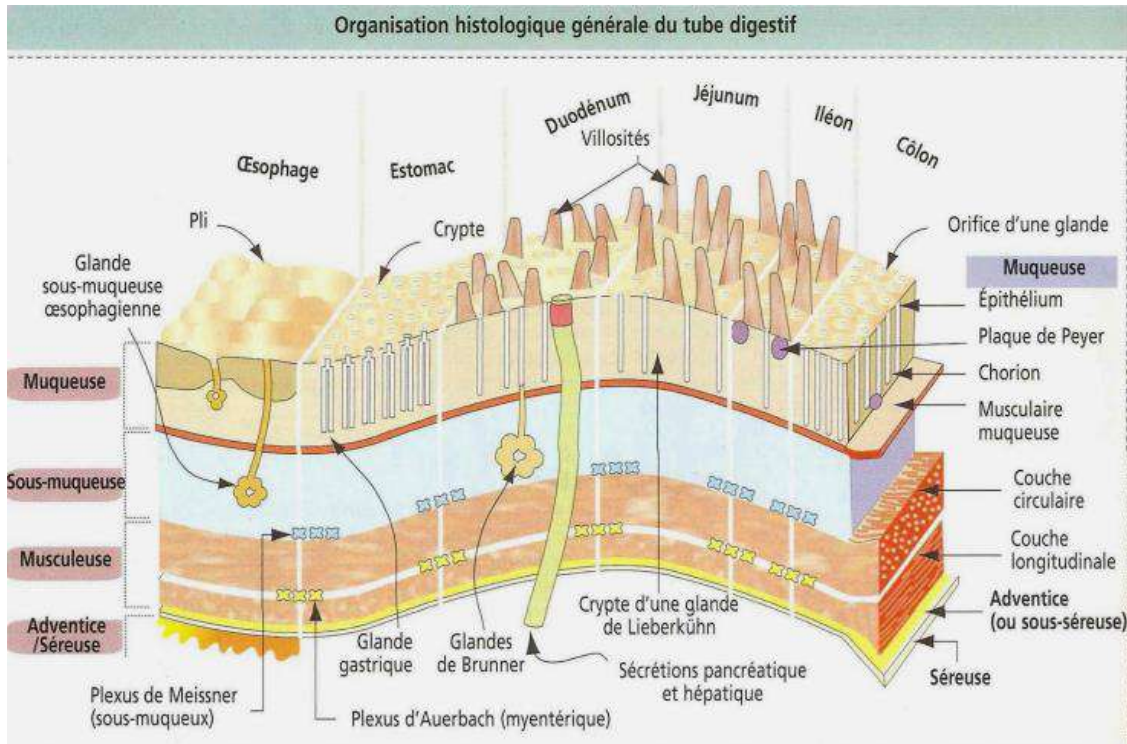


Figure 2 Histologie de tube digestif

#### La muqueuse :

Est le revêtement interne du tube digestif, c'est une membrane muqueuse. Elle comprend trois couches : un épithélium de revêtement, directement en contact avec les aliments ; le chorion et musculaire muqueuse.

La couche épithéliale est surtout formée d'épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé dans la bouche, l'œsophage et le canal anal, mais elle fait place à un épithélium cylindrique simple dans le reste du tube digestif.

#### La sous muqueuse :

Est formée de tissu conjonctif aréolaire qui relie la muqueuse à la troisième tunique, la musculuse. Elle est richement vascularisée et contient une partie du plexus sous-muqueux (plexus de Meissner), fibres du système nerveux autonome qui innervent la musculaire muqueuse.

### **La musculieuse :**

La musculieuse de la bouche, du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage est en partie formée de muscle squelettique et de l'anus, qui rend possible le contrôle volontaire de la défécation. Dans le reste du TD la musculieuse est formée de muscle lisse.

### **La séreuse :**

Est la couche externe de la plupart des parties du tube digestif. C'est une membrane séreuse formée de tissu conjonctif et d'épithélium. Sous le diaphragme, cette tunique, aussi appelée péritoine viscéral, forme une partie du péritoine.

#### **2.3.1 Histoire naturelle de cancer (6)**

C'est l'ensemble d'événements conduisant à la transformation d'un tissu physiologique en un tissu cancéreux. Processus long, multifactoriel. Ces mécanismes sont divisés en quatre étapes :

#### **L'initiation :**

Première phase de la cancérogénèse, correspond à une lésion rapide et irréversible du DNA après exposition à un carcinogène (physique, chimique, viral, etc.)

#### **La promotion :**

Seconde étape, correspond à une exposition prolongée, répétée ou continue, à une substance qui entretient et stabilise la lésion initiée.

#### **La progression :**

Correspond à l'acquisition des propriétés de multiplication non contrôlée, l'acquisition de l'indépendance, la perte de la différenciation, l'invasion locale et métastatique.

#### **L'invasion :**

De dysplasie vers carcinome in situ puis carcinome infiltrant jusqu'à envahissement local.

#### **La dissémination :**

À partir de la tumeur initiale, les cellules cancéreuses disséminent dans tout l'organisme par différentes voies selon la localisation primaire : par voie lymphatique, hématogène ou péritonéale.

### **3 Cancers Digestifs :**

#### **3.1 *Epidémiologie :***

##### **Incidence et mortalité :**

A l'échelle mondiale les cancers digestifs sont classés dans le premier rang des cancers avec plus de 5,1 millions nouveaux cas sont diagnostiqués en 2020. Le cancer colique a occupé la première place des cancers digestifs suivi par le cancer gastrique et le cancer hépatique pour les 02 sexes, avec un taux brut de 58,45/100 000. (2)

En Europe 949 167 nouveaux cas/2020 soit 18,45% des cancers digestifs dans le monde avec prédominance des cancers colorectaux. Le taux d'incidence en Europe est différent d'un pays à un autre par exemple il est élevé en Hongrie et Slovaquie. (7)

En Afrique les cancers digestifs représente 19,76% des cancers ou le cancer de foie est le premier cancer avec incidence 70 542 nouveaux cas sont diagnostiqués en 2020 suivie par le CCR avec 34282 cas. (7)

Au Maghreb parmi 28 494 nouveau cas des cancers digestifs enregistrés en 2020 où l'Algérie occupe le 1er rang avec 41,45% des cas avec prédominance du cancer colique dans tous les pays du Maghreb saut au Mauritanie où le cancer hépatique classé au 1er rang. (2)

Le nombre estimé des nouveaux cas de cancers en Algérie en 2020 est 58418. Parmi eux 20,8% sont des cancers digestifs qui sont dominés par le cancer colorectal (53.8%), cancer gastrique (19.7%). Le cancer colorectal est situé au deuxième rang des cancers (11.2%) après le cancer du sein (21,5%) et avant le cancer du poumon (8,2%). Le cancer gastrique est situé au sixième rang des cancers (4,1%) ; à l'âge moyenne 60ans, contrairement aux pays occidentaux qui enregistrent une moyenne d'âge de près de 70 ans selon l'Institut National de Santé Publique, à prédominance masculine.(8)

#### **3.2 *Facteurs de risque :***

Les facteurs qui peuvent influencer le risque des cancers digestifs sont les suivants :

##### **3.2.1 Les facteurs de risque non modifiables : (9)**

###### **3.2.1.1 *L'âge et le sexe :***

Comme la plupart des cancers, le risque d'avoir un cancer digestif augmente avec l'âge. Avant 40 ans, les cancers digestifs sont rares. Le risque commence à augmenter à partir de 50 ans. Avec prédominance masculine.

### 3.2.1.2 *La génétique :*

Dans une petite minorité de cas, la génétique est prépondérante dans l'apparition des cancers en raison de l'altération par mutation d'un gène qui exerce normalement une fonction de protection vis-à-vis de l'apparition d'un cancer d'un type donné. On parle de gène suppresseur de tumeur. La perte de la fonction de ce gène chez un individu est associée à un risque spontané très élevé de survenue d'un cancer au cours de son existence. Cette mutation est généralement héritée de l'un des parents et transmissible aux enfants. On parle de formes héréditaires de cancers. Il existe différentes formes héréditaires de cancers du côlon et du rectum, de l'estomac et du pancréas. Elles impliquent une altération de gènes suppresseurs des tumeurs différents.

## 3.2.2 **Les facteurs de risque modifiables : (10)**

### 3.2.2.1 *Les habitudes toxiques :*

#### 3.2.2.2 *L'alcool :*

La littérature scientifique montre que le risque de cancers augmente de manière linéaire avec la dose d'éthanol apportée par les boissons alcoolisées, sans effet de seuil. Autrement dit, même une consommation modérée d'alcool augmente le risque de cancers.

#### 3.2.2.3 *Le tabac :*

Le CIRC a classé le tabagisme comme cancérogène certain (groupe 1 du CIRC) pour le développement des cancers, des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, de l'estomac, du côlon, du rectum, du pancréas.

#### 3.2.2.4 *Les habitudes alimentaires et mode de vie :*

##### 3.2.2.4.1 **La viande rouge :**

L'association entre la consommation de viande rouge et transformée et le cancer colorectal était connue depuis 2015 lorsque le Centre International de Recherche sur le Cancer avait déclaré la viande rouge comme « probablement cancérigène » (groupe 2A, niveau de preuve limité). La viande contient du fer héminique qui pourrait favoriser la formation de composés N-nitrosés, qui peuvent provoquer des dégâts à l'ADN.

##### 3.2.2.4.2 **Les légumes et les fruits :**

Elle a un effet protecteur jugé comme probable sur les cancers des voies aérodigestives supérieures (œsophage, cavité buccale, larynx et pharynx), les cancers de l'estomac et colorectale.

### 3.2.2.4.3 L'obésité :

Le tissu graisseux, très loin d'être inerte, est une véritable glande paracrine. La physiologie très anormale du tissu graisseux viscéral se traduit par une sécrétion élevée de cytokines pro-inflammatoires et de certaines adipokines jouant un rôle majeur dans l'apparition de désordres métaboliques et l'augmentation du risque de cancer.

## 3.3 *Diagnostic des cancers digestifs :*

### 3.3.1 **Diagnostic clinique : (9)**

#### 3.3.1.1 *Les circonstances de découverte*

- Douleur abdominale quel que soit le site de cancer.
- Trouble de transit et vomissement.
- Hémorragie digestif haut ou basse.
- Dysphagie dans le cancer œsophagien.
- Anémie ferriprive.
- L'ictère dans les cancers hépatobiliaires.
- Altération de l'état général sous forme d'un amaigrissement, d'une asthénie, d'une anorexie, d'une fièvre au long cours.
- Une découverte fortuite ou à l'occasion d'un examen de dépistage chez un patient exploré pour une autre raison.
- Les situations d'urgence : telle que la péritonite et l'occlusion intestinal ...
- En cas de métastase : Distension abdominale, adénopathie subclavier, HPMG.

#### 3.3.1.2 *Examen clinique*

Un examen clinique complet doit être effectué, comporte : évaluation l'état générale, examen abdominal, un toucher rectal et sans oublier les aires ganglionnaires.

#### **Examen général :**

À la recherche de signes généraux telle que : AEG avec asthénie, amaigrissement et anorexie ; ou métastases : HPMG, ascite et nodule de carcinome péritonéale.

#### **Examen abdominal :**

À la recherche une masse abdominal palpable dure irrégulier et fixe.

### **Toucher rectal :**

En decubitus dorsal, il permet d'apprécier la taille de tumeur et son caractère, son siège antérieur, postérieur ou latéral, son type bourgeonnant, ulcéré ou infiltrant, la distance de la tumeur par rapport à la marge anale, la mobilité sur les plans profonds et la présence de carcinose péritonéale dans le cul-du-sac de Douglas.

### **3.3.2 Diagnostic radiologique :**

#### **3.3.2.1 Endoscopie digestive : (11)**

On distingue deux types : l'endoscopie haute pour œsophage, estomac et la partie proximale de l'intestin (duodénum) ; et l'endoscopie basse pour le rectum et colon.

Il permet de visualiser les lésions précancéreuses (gastrite, ulcère, polypes ...) et la tumeur et ses caractéristiques (localisation, aspect ...) et faire de biopsie.

Il est complété par l'échoendoscopie afin de préciser la profondeur de tumeur dans la paroi et détecter les ganglions métastatiques de voisinage.

#### **3.3.2.2 Echographie abdominale (12)**

C'est l'examen de première intention dans les pathologies hépatobiliaires et pancréatiques.

Permet de détecter les signes directs : masse hypo-échogène mal limitée, vésicule biliaire distendue et des signes indirects : dilatation des voies biliaires et du Wirsung.

#### **3.3.2.3 Scanner abdominale : (13)**

Sa précision diagnostique dans les pathologies hépatobiliaires et pancréatiques qui est réalisée après l'échographie avec une sensibilité de 78% et 80% de spécificité.

#### **3.3.2.4 Bili IRM : (13)**

Permet d'étudier les voies biliaires extra-hépatiques et également du canal de Wirsung.

### **3.3.3 Diagnostic histologique : (14)**

Le diagnostic positif des tumeurs digestives est histologique après un examen anatomopathologique de la biopsie, mais fait de plus en plus souvent appel à des techniques complémentaires telles que l'immunohistochimie, la cytogénétique et la biologie moléculaire.

Les tumeurs digestives sont classées selon le type histologique des tissus qui sont regroupées en 3 types : tumeurs épithéliales, conjonctivales et les lymphomes.



### 3.3.3.1 *Tumeurs épithéliales :*

#### 3.3.3.1.1 **Adénocarcinome :**

Est le type histologique le plus fréquent elle intéresse les organes creux ou les parenchymes glandulaires. Leurs aspects macroscopiques et histologiques varient selon le type d'organe qu'elles touchent. Elles reproduisent morphologiquement des structures glandulaires, avec un degré de différenciation plus ou moins important.

#### 3.3.3.1.2 **Carcinome épidermoïde :**

Se trouve principalement dans l'œsophage et l'anus.

#### 3.3.3.1.3 **Tumeurs neuroendocrines :**

Elles sont développées à partir des cellules neuroendocrines (système endocrinien diffus). On les observe essentiellement dans le tube digestif et le pancréas. Les cellules appartenant au système endocrinien diffus partagent, outre leur disposition particulière dans les organes.

#### 3.3.3.1.4 **Les lymphomes :**

Touchent souvent les ganglions lymphatiques, mais plus de la moitié des lymphomes ont une localisation initiale extra-ganglionnaire où les lymphomes développés à partir du système lymphoïde associé aux muqueuses MALT .

#### 3.3.3.1.5 **Tumeurs stromales :**

Ces tumeurs se développent principalement au niveau de l'estomac et de l'intestin grêle et sont parfois dénommées GIST. Elles dérivent des cellules interstitielles de Cajal, qui sont responsables du péristaltisme du TD.

### 3.3.4 **Bilan d'extension : (9)**

Il repose sur un examen clinique soigneux à la recherche de signes évocateurs d'une extension métastatique: gonglion de Troisier, HPMG, douleur osseux ....

#### **Radiologique:**

- TDM thoraco-abdominale.
- TEP-scan.
- IRM

### 3.3.5 **Stadification:**

**Classifications TNM :** C'est une classification international qui permet de se rendre compte du stade d'un cancer S qui est établie en fonction de la taille tumorale (T), de l'atteinte ganglionnaire (N ) et de la présence de métastase de la tumeur (M). (Annexe 02)

### 3.4 **Traitement : (15)**

La prise en charge thérapeutique est définie en accord avec la patiente sur la base de l'avis rendu en RCP et adressée au médecin traitant.

#### 3.4.1 **Chirurgie**

Est le traitement principal et majeur dans les cancers digestifs, elle est principalement trois types :

- **Curatif :**

Qui est l'exérèse complète de tumeur avec curage ganglionnaire dans la règle générale est l'exérèse anatomique ex : Hémi-colectomie droite pour un adénocarcinome du caecum ou l'objectif est la guérison.

- **Palliative :**

Permet de soulager des symptômes liés au cancer et améliorer la qualité de vie (exemple : colostomie dans un cancer du côlon obstructif).

- **Préventive :**

Exérèse de l'organe avant la survenue très probable d'un cancer (exemple : colectomie dans un contexte de PAF).

Les tissus retirés sont adressé à l'étude anatomopathologique (examen microscopique) afin de donner des éléments pour choix thérapeutique ultérieure par classification pTNM.

#### 3.4.2 **La chimiothérapie :**

Les différentes classes de chimiothérapie agissent sur des mécanismes différents pour provoquer la mort cellulaire .Les chimiothérapies sont souvent utilisées en association pour avoir un effet additif ou synergique et éviter l'apparition de résistances tumorales.

Les chimiothérapies peuvent être utilisées à différents moments de la prise en charge d'un cancer :

**Néo\_adjuvant** : avant le traitement chirurgical pour réduire la masse tumorale et permettre une chirurgie plus conservatrice ou plus complète.

**Adjuvant** : après la chirurgie pour diminuer les rechutes, agir sur les micro-métastases et augmenter la survie.

**Palliative** : dans le but d'allonger la survie, d'améliorer la qualité de vie et les symptômes.

### 3.4.3 La radiothérapie :

Elle repose sur l'utilisation de rayonnements ionisants afin d'entraîner la mort cellulaire.

Les cellules cancéreuses sont naturellement plus sensibles à la radiothérapie que celui des cellules saines car leurs capacités de réparation de l'ADN sont moindres.

La radiothérapie peut être réalisée avant ou après une chirurgie, elle peut être associée à une chimiothérapie concomitante pour potentialiser son propre effet.

Elle peut être :

- **Néo adjuvant** : dans le CCR.
- **Adjuvant** : cancer du rectum, anal et œsophage.
- **Palliative** : radiothérapie des métastases.

### 3.4.4 La Thérapie ciblée :

Leur principe est d'agir sur un mécanisme de prolifération tumorale précis et spécifique d'un type de cancer et de l'inhiber. Les thérapies ciblées ont l'avantage, contrairement aux chimiothérapies standards, de cibler spécifiquement les cellules cancéreuses sans agir sur les cellules saines, ce qui permet de diminuer les effets secondaires de façon importante.

### 3.4.5 Les indications thérapeutiques :

#### 3.4.5.1 *Un cancer localisé* :

Dont l'objectif sera curatif avec des traitements locaux : la chirurgie le plus souvent, et/ou radiothérapie, et parfois traitement complémentaire systémique en pré et/ou post intervention : chimiothérapie, thérapie ciblée.

#### 3.4.5.2 *Un cancer loco régionalement avancé* :

L'objectif reste curatif en général, selon les cas : soit le même type de schéma que le cancer localisé, soit une association radiothérapie et chimiothérapie concomitantes, quand le cancer est trop avancé pour une chirurgie.

La chimiothérapie sera quasiment toujours nécessaire car le cancer a envahi les ganglions, ce qui nécessite un traitement systémique pour agir sur les potentielles cellules circulantes disséminées ou micrométastases non visibles sur le bilan d'extension.

#### 3.4.5.3 ***Le cancer métastatique :***

Le traitement locorégional (chirurgie, radiothérapie) est inutile (en général) car la maladie est disséminée et ce traitement ne permettra pas de traiter les autres foyers néoplasiques. Cependant, il est parfois nécessaire à titre symptomatique ; Seule la chimiothérapie est indiquée le plus souvent, car elle permet d'agir sur l'ensemble des zones cancéreuses, c'est un traitement systémique.

### **3.5 Prévention : (16) (6)**

Comme la plupart des cancers le pronostic des cancers digestifs est lié au stade de la maladie au moment du diagnostic. La précocité du diagnostic sera amélioré la survie.

#### **3.5.1 La prévention primaire :**

L'objectif est d'éviter la survenue de la maladie en supprimant l'exposition aux facteurs de risque de cancer avant qu'ils n'induisent la maladie. On réduit ainsi l'incidence de la maladie, par plusieurs mesures :

- Lutte antitabac et anti alcool (diminution de la consommation, restriction de la vente, actions de sensibilisation, aides au sevrage ....).
- La suivie de **Plan National Nutritionnel Santé** qu'il vise à modifier les comportements alimentaires par la distribution de guides, des campagnes d'information et une information par le médecin généraliste et les autres.
- Lutte contre les agents infectieux : Vaccination contre l'hépatite B.

#### **3.5.2 La prévention secondaire :**

L'objectif est de diminuer les conséquences de la maladie par un dépistage précoce (au stade de lésion précancéreuse ou à un stade précoce) qui permettra un traitement curateur. On réduit ainsi la prévalence de la maladie.

#### **Cancer colorectal :**

**Population à risque moyen de CCR:** population générale de 50 à 74 ans.  
Les modalités du dépistage : test au gaïac (hemocult) ou tests immunologiques.

**Population à risque élevé de CCR : coloscopie tous les 5 ans :**

- Antécédent personnel de polype ou de CCR: coloscopie à 3 ans, puis tous les 5 ans si normale.
- Antécédent familial de CCR, ou de polype adénomateux : coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic chez le cas index, puis tous les 5 ans à vie.
- Antécédent personnel de MICI (RCH ou MC avec pancolite d'évolution > 10 ans): coloscopie tous les 5 ans.

**Population à risque très élevé de CCR : coloscopie de début précoce :**

- Syndrome HNPCC : coloscopie tous les 1-2 ans à partir de 20-25 ans.
- PAF : rectosigmoïdoscopie annuelle à partir de la puberté.

**Cancer de l'estomac :**

En cas de Cancers gastriques diffus héréditaires ou un antécédent de cancer gastrique chez un apparenté du 1er degré, il y a une indication à dépister et traiter une infection à Hp chez les apparentés au 1er degré.

**CHC :**

Tout patient cirrhotique quelle qu'en soit l'étiologie, il faut réaliser une échographie hépatique tous les 6 mois à la recherche d'un nodule suspect.

\* La surveillance du taux d'alphafoetoprotéine n'est plus recommandée\*

**Cancer de l'œsophage :**

Il existe un dépistage individuel dans certains cas : existence d'un endobrachyœsophage, antécédent d'œsophagite caustique, méga-œsophage idiopathique.

# **MATERIELS ET METHODES**

## **1 Type de l'étude :**

Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective descriptive basée sur les cas des cancers digestifs ayant bénéficié en partie ou en totalité d'une prise en charge au niveau du CAC Ouargla durant la période allant du 01/01/2020 jusqu'à 31/12/2022.

## **2 Contexte géographique :**

Le CAC Ouargla est situé au sein de l'Etablissement public hospitalier (EPH) Mohammed Boudiaf d'Ouargla. Il a été mis en service en 2009 avec une capacité d'hospitalisation de 84 lits répartis en quatre unités : Chirurgie oncologique, oncologie médicale, radiothérapie, unité de médecine nucléaire.

C'est le premier CAC du sud ; Jusqu'en 2018 il couvrait toute la région du Sud algérien. Cette structure médicale spécialisée est encadrée par un staff médical et paramédical Algérien-cubain Composé de 100 professionnelles de santé dont des médecins spécialistes, des généralistes, des physiciens, des infirmiers et des manipulateurs.

## **3 Population d'étude :**

Notre étude intègre toutes les patients ayant diagnostiqué et bénéficié en partie ou en totalité de prise en charge des cancers digestifs au niveau du CAC Ouargla durant la période allant du 01/01/2020 jusqu'à 31/12/2022.

### **3.1 Critères d'inclusion et de non inclusion :**

#### **3.1.1 Critères d'inclusion :**

- Tous les patients diagnostiqués des CD.
- Toutes les tumeurs digestives malignes confirmées histologiquement.
- Durant la période d'étude 01 janvier 2020 jusque 31 décembre 2022.

#### **3.1.2 Critères de non inclusion :**

- Les tumeurs digestives sans preuve histologique.
- Les malades atteints des CD dont les dossiers d'hospitalisation sont vides ou non retrouvés.
- Les tumeurs bénignes digestives.
- Les localisations digestives secondaires.

#### **4 Recueil des données :**

Les données relatives à chaque cas ont été recueillies à travers les registres de consultations, le registre de cancer CAC Ouargla et la consultation des dossiers médicaux. Les informations ont été répertoriées sur une fiche d'exploitation préétablie (annexe 01).

Pour compléter les données manquantes particulièrement celles liées au suivi les patientes ont été contacté par téléphone.

#### **5 Recherche bibliographique**

La recherche bibliographique a été faite par les moteurs de recherches Pub-Med et Google Scholar. Les mots clés utilisés dans la recherche d'articles scientifiques : cancers digestifs, épidémiologie, clinique, chirurgie, chimiothérapie . Les articles ont été transférés dans la base de données Zotero (version 6.0) et cités dans le texte via ce même logiciel.

#### **6 Définition des variables étudiées**

##### ***6.1 Caractéristique sociodémographiques :***

- Age.
- Sexe.
- Lieu de résidence.
- Mariage consanguin des parents.
- Niveau scolaire.
- Activité professionnelle.

##### ***6.2 Les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux***

##### ***6.3 Les antécédents familiaux des cancers***

##### ***6.4 Style de vie***

- Intoxication alcoolique tabagique.
- IMC.
- Les habitudes alimentaires : consommation de viande et des fibres
- Les activités physique

##### ***6.5 Diagnostic***

- Délai de consultation : délai en jours ou en mois écoulés entre les premiers symptômes et la date de première consultation.
- Motif de consultation : douleur abdominale , vomissement , trouble de transit , hémorragie digestive , amaigrissement



- Mode de découverte : clinique, fortuite, dépistage, pièce opératoire, urgence et métastase

- Délai de diagnostic : c'est le délai entre la première consultation et le preuve histologique.
- Bilan radiologique (endoscopie et TDM ou IRM).
- Stade TNM.

## **6.6 Histologie**

- Classification histologique : adénocarcinome , carcinome épidermoïde , GIST ,lymphome , tumeur neuroendocrinien .
- Siège de la lésion : œsophage , estomac, intestin grêle , colorectal , anus , et hépatobiliaire .
- Taille macroscopique de la tumeur.
- Aspect macroscopique de la tumeur : ulcéré, bourgeonnante, infiltrant, infranchissable , ulcérobougeonnante.

## **6.7 Prise en charge**

- Chirurgie.
- Type chirurgie : curatif , palliative .
- Délai de prise en charge : le délai entre la date de diagnostic et la date de premier traitement reçu.
- Délai d'accès à la chirurgie: le délai entre la date de diagnostic et la date de l'intervention chirurgicale si elle est première, ou entre la date de dernière cure de chimiothérapie néoadjuvante et l'intervention chirurgicale .
- Type de chimiothérapie.
- Chimiothérapie Néoadjuvante.
- Chimiothérapie Adjuvante.
- Chimiothérapie palliative.
- Chimiothérapie curative
- Délai chirurgie-chimiothérapie adjuvante : le délai entre la date de chirurgie et la date de première cure de chimiothérapie adjuvante.
- Délai de l'accès à la chimiothérapie : le délai entre la date de diagnostic et la date de première cure de chimiothérapie néoadjuvante ou radiothérapie.
- Thérapie ciblée.

- Radiothérapie.

## **7 Analyse statistique :**

Les résultats étaient exprimés en valeurs brutes (effectifs et pourcentages) pour les variables qualitatives et en moyenne  $\pm$  l'écart type pour les variables quantitatives.

La saisie des textes et des tableaux a été faite sur le logiciel Word XP et celle des graphiques sur le logiciel Excel XP. L'analyse statistique des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 26.

## **8 Aspects éthiques :**

Dans notre étude, l'anonymat et la confidentialité des patients ont été respectés, seules les personnes ayant réalisé l'étude ont accès à ces informations. Tous les patients contactés ont manifesté leur consentement verbal pour participer à notre étude après leurs avoir expliqué l'objectif de notre travail de recherche.

## **9 Biais de l'étude**

- Pour minimiser le biais de mémorisation, les dates d'apparition des symptômes, de première consultation et d'autres dates ont été attachées à des événements marquants dans la vie des patients, des occasions religieuses...
- Pour minimiser le biais de compréhension, les patients ont été interrogés par le langage courant de chacune d'eux en simplifiant au maximum les questions de la fiche d'exploitation.

# **RESULTATS**

## ETUDE DESCRIPTIVE

### 1. Aspect épidémiologique de la population étudiée :

#### 1.1. Taille de population

Près de 15 dossiers n'étaient pas inclus dans notre étude présentant les dossiers vides sans preuve histologique. Donc 235 patientes ont été éligibles pour cette étude. 235 patients ont été éligibles pour cette étude.

#### 1.2. Répartition des cas par année de diagnostic

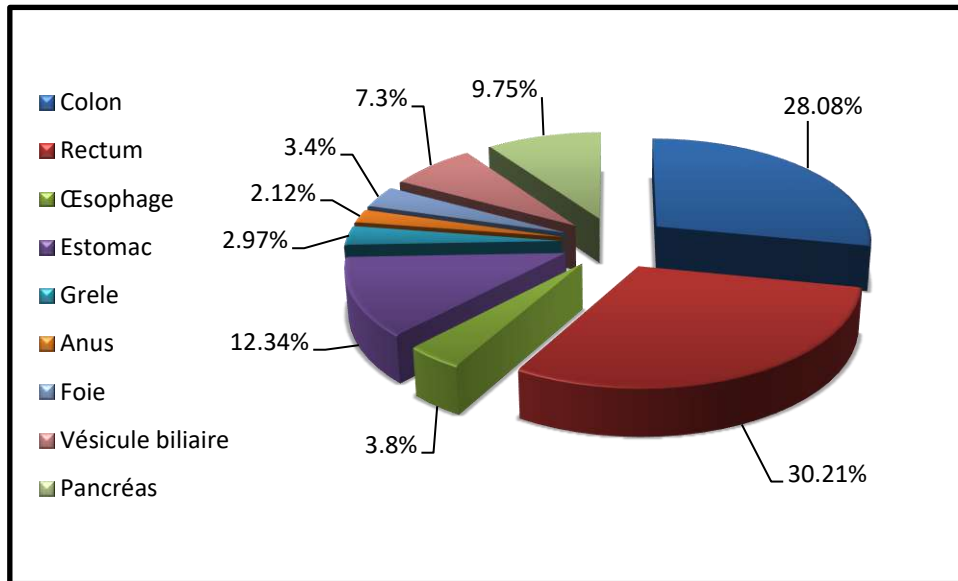
On a noté une augmentation du Nombre des cas diagnostiqué en 2021 ET 2022 par rapport 2020

*Tableau 1 Répartition des malades selon l'année de diagnostic*

<i>Année</i>	<i>Nombre</i>
<i>2020</i>	<i>61</i>
<i>2021</i>	<i>87</i>
<i>2022</i>	<i>87</i>
<i>Total</i>	<i>235</i>

#### 1.3. Répartition des cancers digestifs selon la localisation :

Le CCR est le plus fréquent avec 58,29%, les autres localisations par ordre décroissant sont : les cancers hépatobiliaire avec 20,42%, les cancers hautement localisés soit 19,11% et seulement 2,1% cas des cancers anal.



**Figure 3 Répartition des cancers digestifs selon la localisation**

**Tableau 2 Répartition des cancers digestifs selon le sexe**

Siège du cancer	Nombre	Pourcentage %	Homme	Femme
Œsophage	09	3,8	05	04
Estomac	29	12,34	22	07
Intestin grêle	07	2,97	02	05
Colon	62	26,38	36	26
Rectum	71	30,21	44	27
Appendice	04	1,7	02	02
Foie	08	3,4	05	03
Pancréas	23	9,75	15	08
Cancer biliaire	17	7,2	06	11
Anus	05	2,12	04	01
Total	235	100	141	

Après le CCR qui est le 1<sup>er</sup> cancer chez les deux sexes

On a enregistré que la 2ème position était occupé par le cancer de estomac chez l'homme avec 25% ET le cancer biliaire chez la femme avec 11%

Tandis que la 3<sup>ème</sup> position était occupé par le KC pancréatique chez les deux sexes

#### 1.4. Répartition selon les indicateurs géographiques

##### 1.4.1. Lieu de résidence et l'origine :

Plus de la moitié des patients sont originaire de Ouargla et y demeure suivie par les Wilayas avoisinantes : Touggourt, Ghardaïa.

**Tableau 3 Répartition des patients selon la résidence et l'origine**

	<i>Origine</i>	<i>Demeure</i>
<i>Ouargla</i>	<i>56,56%</i>	<i>54,3%</i>
<i>Touggourt</i>	<i>14,47%</i>	<i>15,83%</i>
<i>Ghardaïa</i>	<i>13,12%</i>	<i>13,57%</i>
<i>Autres wilaya de sud</i>	<i>10,4%</i>	<i>10,85%</i>
<i>Autres wilaya de nord</i>	<i>5,45%</i>	<i>5,42%</i>
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

##### 1.4.2. Type de résidence :

75,3% des patients résident en milieu urbain.

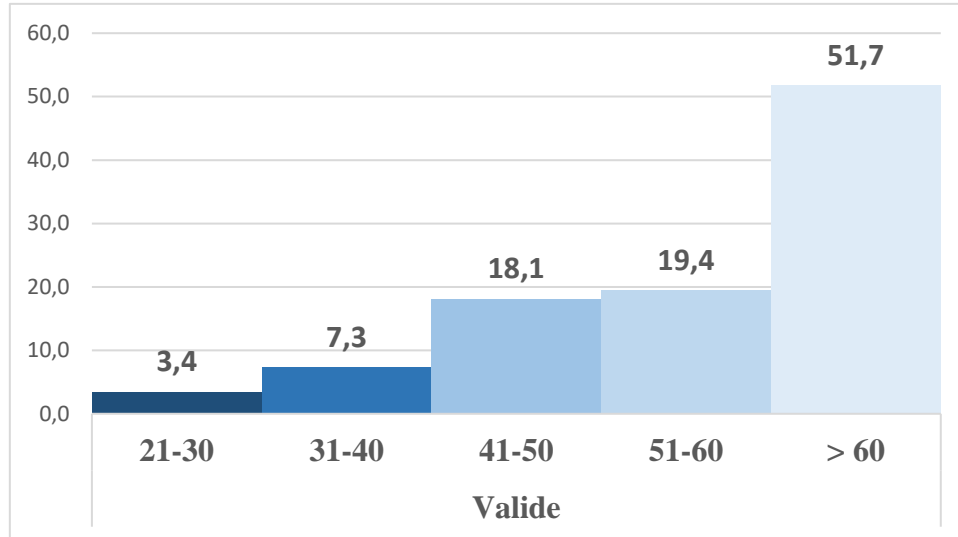
**Tableau 4 : Répartition des cas selon le type de résidence**

<i>Origine Géographique</i>	<i>Fréquences</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Urbain</i>	<i>177</i>	<i>75,3%</i>
<i>Rural</i>	<i>51</i>	<i>21,7%</i>
<i>Inconnue</i>	<i>07</i>	<i>3%</i>
<i>Total</i>	<i>235</i>	<i>100%</i>

## 2. Profil socio-économique et démographique

### 2.1. Age :

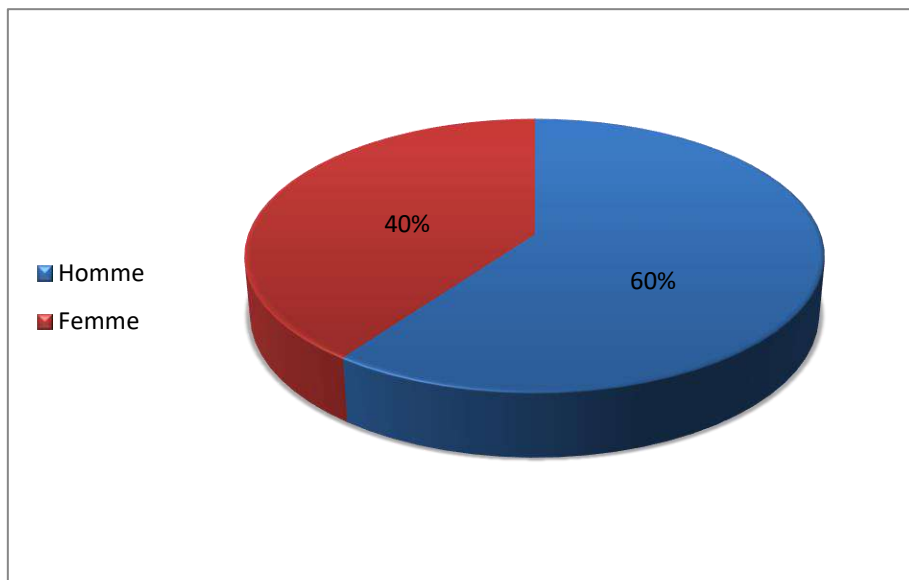
L'âge moyen au moment du diagnostic était de 58 ,44ans avec des extrémités d'âge de 24 et 94 ans et plus de la moitié des patients (51,7%) étaient âgés de plus de 60 ans.



*Figure : 4 Répartition des patients selon l'âge*

### 2.2. Le sexe :

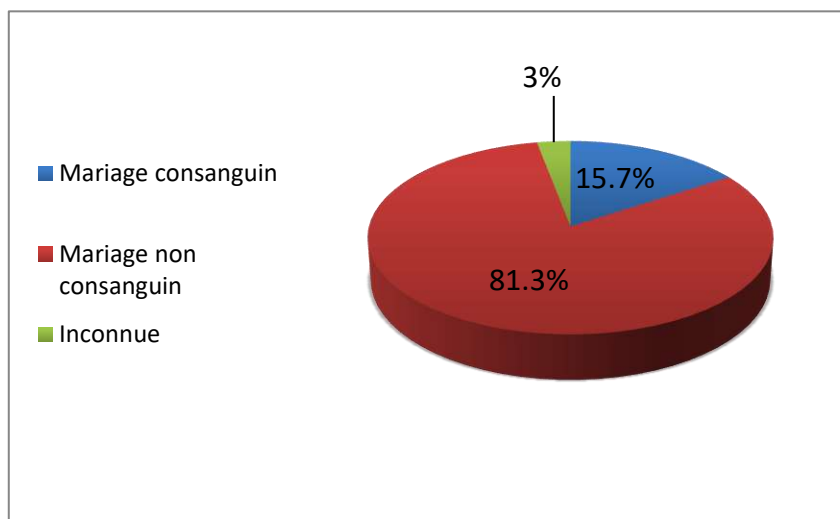
Dans notre série, une prédominance masculine soit (60%), avec un sexe ratio de 1,5.



*Figure 5 Répartition des patients selon le sexe*

### 2.3. Consanguinité des parents :

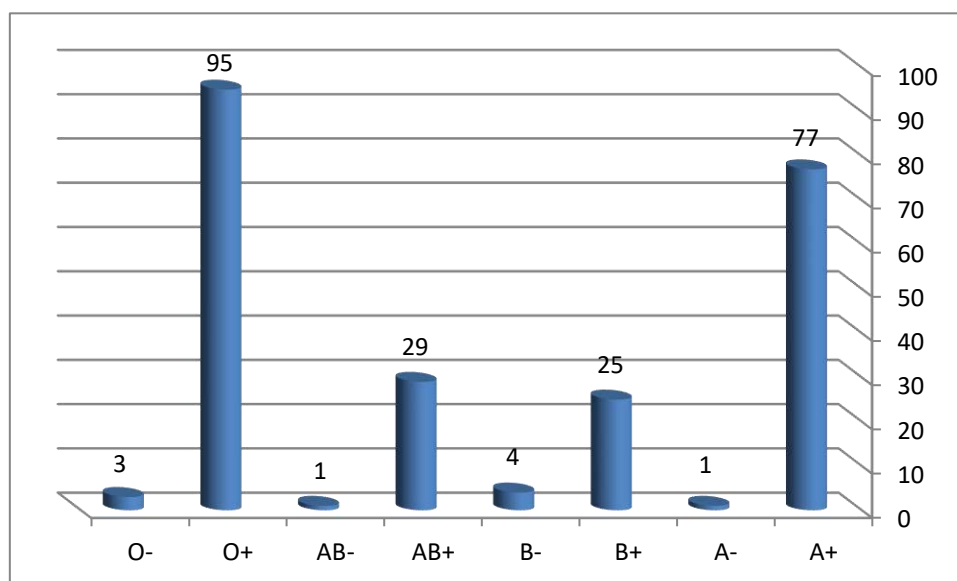
Plus de trois quarts des cas 81,3% sont issues d'un mariage non consanguin.



**Figure 6 : Répartition des cas selon le mariage consanguin des parents**

#### 2.4. Répartition des patients selon les groupes sanguins :

Le rhésus positif est dominant avec 96,1% dont 95 cas sont O+, alors que seulement 3,9% des cas pour le rhésus négatif.



**Figure 7 : Répartition des patients selon les groupes sanguins**

#### 2.5. Autres indicateurs sociodémographique :

Dans notre population d'étude, un tiers (30,21%) sont analphabètes et 41% sans profession.

**Tableau 5 : Répartition des cas selon les indicateurs sociodémographique**

	Fréquence	Pourcentage
<b>Alphabète</b>	<b>71</b>	<b>30,21%</b>



<i>Niveau scolaire</i>	<i>Primaire</i>	<b>35</b>	<b>14,89%</b>
	<i>Moyen</i>	<b>47</b>	<b>20%</b>
	<i>Secondaire</i>	<b>52</b>	<b>22,12%</b>
	<i>Universitaire</i>	<b>23</b>	<b>9,78%</b>
	<i>inconnue</i>	<b>7</b>	<b>2,97%</b>
<i>Activité professionnelle</i>	<i>Active</i>	<b>66</b>	<b>28,1%</b>
	<i>Retraité</i>	<b>69</b>	<b>29,4%</b>
	<i>Chomeur</i>	<b>97</b>	<b>41,3%</b>
	<i>inconnue</i>	<b>3</b>	<b>1,3%</b>
<i>Totale</i>		<b>235</b>	<b>100</b>

### 3. Analyse descriptive des antécédents personnels et familiaux :

#### 3.1. Les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux :

la moitié de nos patients avaient des tares médicales.

44 patients avaient des ATCD chirurgicaux et parmi eux 50% avaient des ATCD chirurgicaux digestifs.

Seulement 6,38% des patients avaient des lésions précancéreuses.

**Tableau 6 : Répartition les patients selon les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux**

<i>Antécédents pathologiques</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Antécédents médicaux :</i>		
<i>Diabète</i>		<b>21,7%</b>
<i>HTA</i>	<b>51</b>	<b>28,08%</b>
	<b>66</b>	
<i>Antécédents chirurgicaux :</i>		
<i>Cholécystectomie</i>		<b>3,82%</b>
<i>Appendicectomie</i>	<b>09</b>	<b>2,97%</b>
<i>Proctologiques</i>	<b>07</b>	<b>2,55%</b>
<i>Oncologiques</i>	<b>06</b>	<b>1,27%</b>
<i>Autres</i>	<b>03</b>	<b>8,08%</b>
	<b>19</b>	

<i>Antécédent familiaux :</i>		
<i>Cancers digestifs</i>	<b>09</b>	<b>3,8%</b>
<i>Autres cancers</i>	<b>41</b>	<b>17,44%</b>
<i>Lésions précancéreuses :</i>		
<i>PAF</i>	<b>03</b>	<b>1,27%</b>
<i>Cirrhose</i>	<b>04</b>	<b>1,7%</b>
<i>Polype colique</i>	<b>05</b>	<b>2,12%</b>
<i>Gastrectomie 2/3</i>	<b>01</b>	<b>0,43%</b>
<i>RCH</i>	<b>01</b>	<b>0,43%</b>
<i>Sans antécédents</i>	<b>75</b>	<b>31,91%</b>

### **3.2. Les antécédents familiaux des cancers :**

L'analyse des données sur les antécédents familiaux des CD a montré que 50 patients avaient des antécédents familiaux de cancer, soit 18% des cancers digestifs et 82% cancers extradiigestifs qui représentent 21,26% de la population.

***Tableau 7 : Répartition des patients selon les antécédents familiaux***

<i>Degré</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>1 er degré</i>	<b>37</b>	<b>15,74%</b>
<i>2 eme degré</i>	<b>9</b>	<b>3,82%</b>
<i>3 eme degré</i>	<b>4</b>	<b>1,70%</b>
<i>Total</i>	<b>50</b>	<b>21,26%</b>

## **4. Style de vie**

### **4.1. Les habitudes alimentaires et toxiques :**

#### 4.1.1. Tabac et l'alcool :

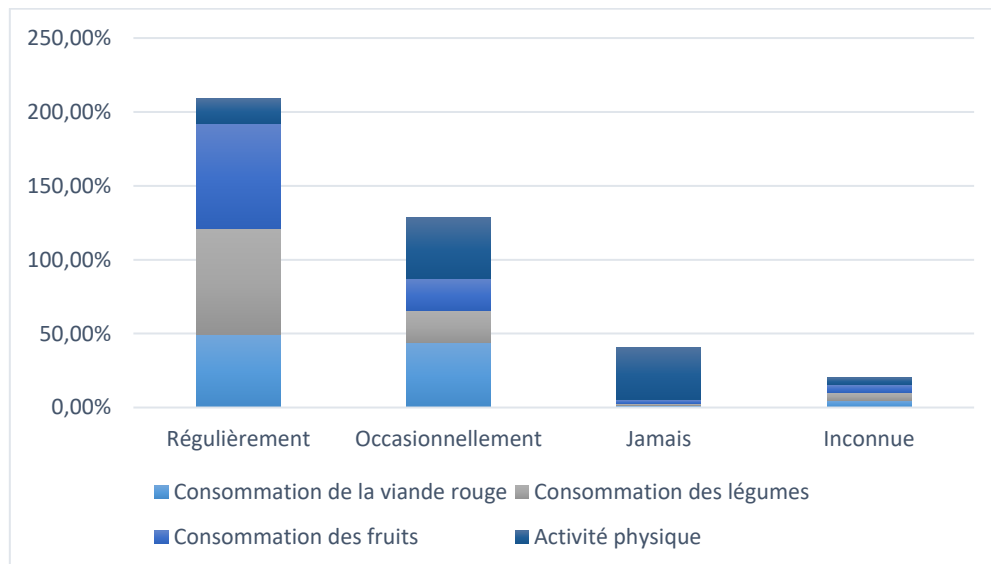
15,77% patients sont tabagiques, 7,23% sont alcoolo-tabagiques et seulement 0,85% sont alcoolique.

**Tableau 8 Répartition des patients selon les habitudes toxique**

<i>Antécédents Toxiques</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage %</i>
<i>Tabac</i>	<i>37</i>	<i>15,77%</i>
<i>Alcool</i>	<i>02</i>	<i>0,85%</i>
<i>Alcool-tabac</i>	<i>17</i>	<i>7,23%</i>
<i>Totale</i>	<i>235</i>	<i>100%</i>

#### 4.2. les habitudes alimentaires et l'activité physique :

Dans notre série, la consommation de la viande rouge, légumes et fruits chez la majorité de nos patients était régulièrement. Par contre, l'activité physique était occasionnellement de la plupart des patients.

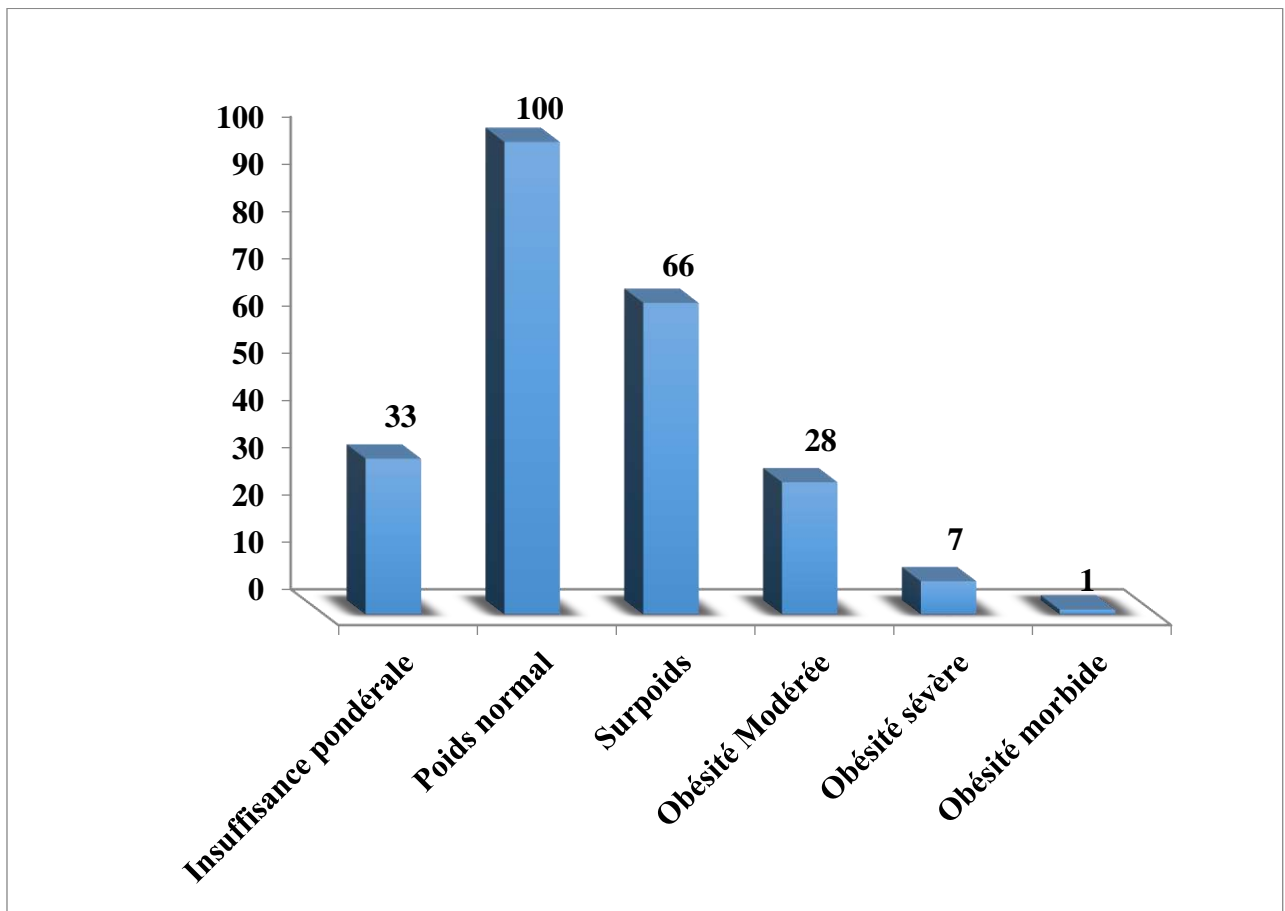


**Figure 8 : Répartition des patients selon les habitudes alimentaire et physique**

#### 4.3. BMI

Plus d'un tiers de la population ont un IMC supérieure à la fourchette normale, dont 28,08% en surpoids, et 15,31 en obésité .Avec 42 ,55% en sont dans la fourchette normale, et 14,04% des patients en insuffisance pondérale.

*Figure 9 : Répartition des patients selon leur BMI*

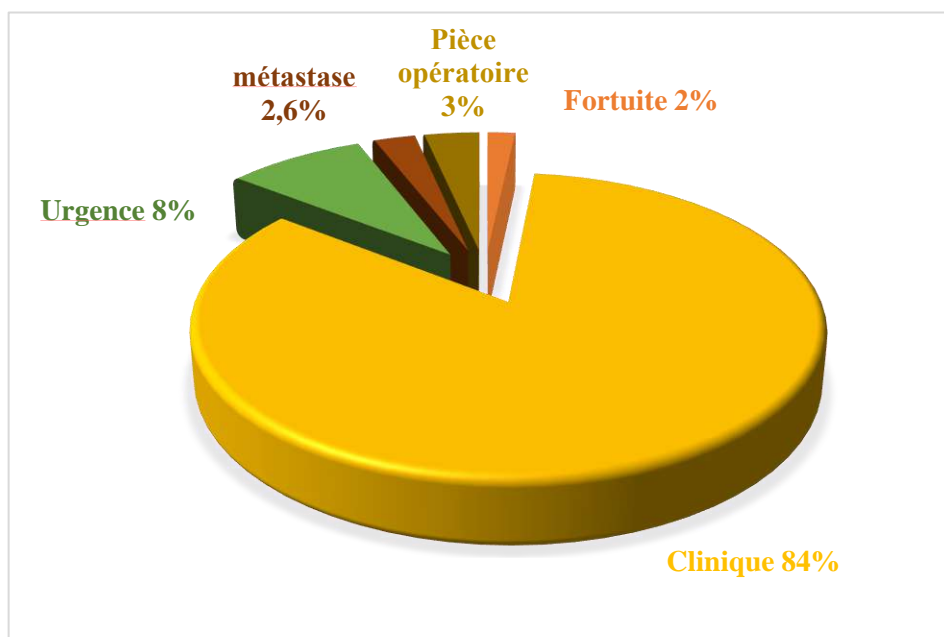


## **5. Aspects clinique de la tumeur**

### **5.1. Circonstance de découverte de la tumeur :**

Le signe d'appel était clinique chez 83,8% patients, 8,5% dans le cadre d'urgence, 2,6% pour le diagnostic sur métastase, 3,4% pour le diagnostic par pièce opératoire, 1,7% découverte fortuite et aucune place pour le dépistage.

**Figure 10 : Répartition des patients selon le mode de découverte**



Le délai médian de consultation était de **44 jours** avec des extrêmes 01 jour et 37 mois. 80,9% des patients avait consulté avant 6 mois.

### **5.2. Les signes fonctionnels :**

Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur abdominale et l'amaigrissement avec 36,6 % et 34,04% suivi par les hémorragies digestives chez 23% des patients et 15,3% pour les troubles du transit.

**Tableau 8 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels**

<i>Motif de consultation</i>	<i>Fréquences</i>	<i>Pourcentage</i>
<b><i>Douleur abdominale</i></b>	<i>86</i>	<i>36,6%</i>
<b><i>Rectorragie</i></b>	<i>43</i>	<i>18,3%</i>
<b><i>Hématémèse</i></b>	<i>04</i>	<i>1,7%</i>
<b><i>Méléna</i></b>	<i>07</i>	<i>3%</i>
<b><i>Constipation</i></b>	<i>28</i>	<i>11,9%</i>
<b><i>Diarrhée</i></b>	<i>08</i>	<i>3,4%</i>
<b><i>Vomissement</i></b>	<i>11</i>	<i>4,7%</i>
<b><i>Ictère</i></b>	<i>09</i>	<i>3,8%</i>

<i>Dysphagie</i>	<i>08</i>	<i>3,4%</i>
<i>Masse anale</i>	<i>05</i>	<i>2,1%</i>
<i>RGO</i>	<i>02</i>	<i>0,9%</i>
<i>Syndrome occlusif</i>	<i>17</i>	<i>6,8%</i>
<i>Signes des métastases</i>	<i>06</i>	<i>2,55%</i>
<i>Syndrome anémique</i>	<i>02</i>	<i>0,9%</i>
<i>Amaigrissement</i>	<i>80</i>	<i>34,04%</i>

### 5.3. Délai de diagnostic

Le délai médian de diagnostic est 28 jours environ avec des extrémités 03 jours et 28 mois.

Plus de la moitié des patients leurs diagnostic est fait avant 01 mois, et plus de 1/3 des cas en (01-06 mois).

*Tableau 9 : Répartition des patients selon le délai de diagnostic*

<i>Délai de diagnostic</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>&lt; 01moi</i>	<i>125</i>	<i>53,2%</i>
<i>01-06 mois</i>	<i>93</i>	<i>39,6%</i>
<i>06-12 mois</i>	<i>11</i>	<i>4,7%</i>
<i>12-18 mois</i>	<i>04</i>	<i>1,7%</i>
<i>18-24 mois</i>	<i>01</i>	<i>0,4%</i>
<i>&gt;24 mois</i>	<i>01</i>	<i>0,4%</i>
<i>Total</i>	<i>235</i>	<i>100%</i>

## 6. Aspects para clinique de la tumeur :

### 6.1. Taux d'hémoglobine :

Dans notre série 64,7% des patients étaient anémiques au moment de diagnostic, avec une prédominance pour les CCR, l'estomac et le foie par un ordre décroissant.

Le taux moyen d'hémoglobine est 11,48 g/l avec des extrémités 6 et 16 g/l.

**Tableau 10 Taux d'hémoglobine selon la localisation des cancers digestifs**

	<i>Statut d'hémoglobine</i>	
	<i>Normal</i>	<i>Bas</i>
<i>Œsophage</i>	<b>44,44%</b>	55,55%
<i>Estomac</i>	<b>37,93%</b>	62,2%
<i>Intestin grêle</i>	<b>42,85%</b>	57,1%
<i>Colon</i>	<b>30,64%</b>	69,35%
<i>Rectum</i>	<b>26,76%</b>	73,23%
<i>Appendice</i>	<b>75%</b>	25%
<i>Foie</i>	<b>37,5%</b>	62,5%
<i>Pancréas</i>	<b>42,85%</b>	57,14%
<i>Vésicule biliaire</i>	<b>40%</b>	60%
<i>Voies biliaires</i>	<b>50%</b>	50%
<i>Ampoule de Vater</i>	<b>50%</b>	50%
<i>Anus</i>	<b>80%</b>	20%

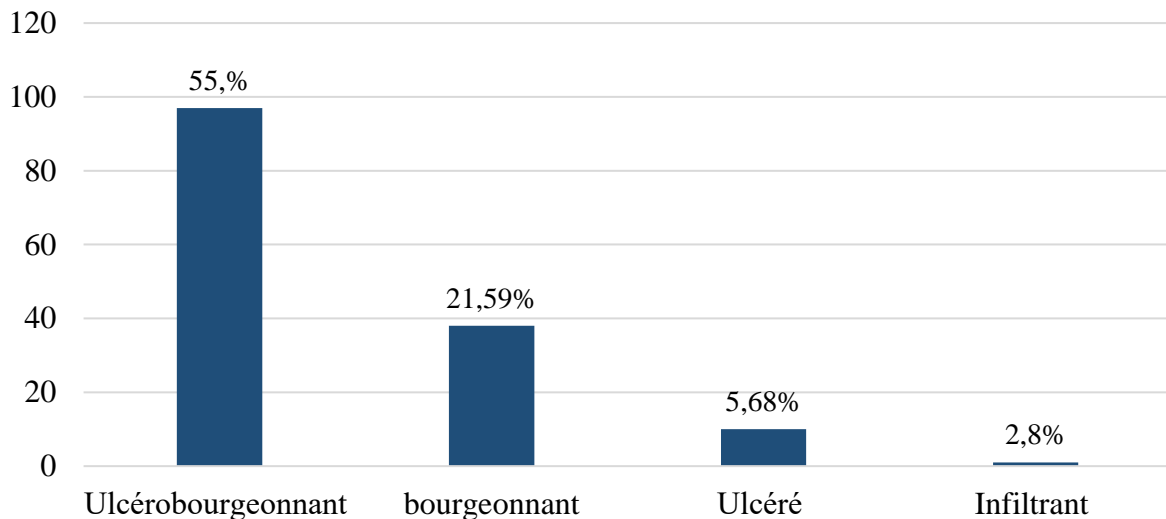
## **6.2. Imagerie**

### **6.2.1. Endoscopie**

L'endoscopie a été réalisé chez 176 patients soit 74,8%.

#### **6.2.1.1. Aspects macroscopiques**

L'aspect ulcéro-bourgeonnant était le plus fréquent avec 55,11% des patients, suivi par l'aspect bourgeonnant avec 21,59% et seulement 5,23% des cas avec un aspect ulcéré.



*Figure 11 : Répartition des patients selon l'aspect macroscopique*

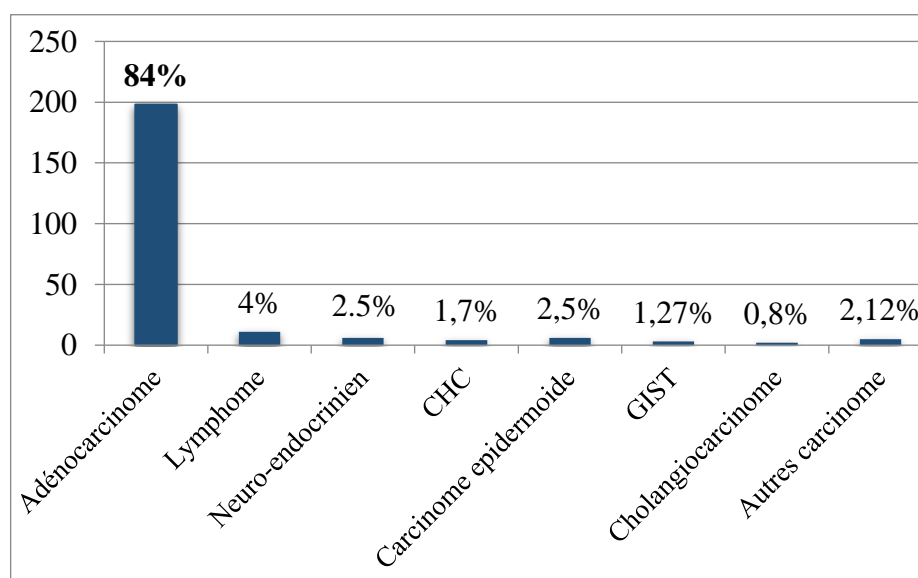
### 6.2.2. TDM-TAP

Tous les patients diagnostiqués des cancers digestifs ont été fait une TDM TAP.

### 6.3. Critères anatomopathologiques :

#### 6.3.1. Les types histologiques

La majorité des tumeurs digestives retrouvées dans cette série étaient des tumeurs épithéliales avec prédominance d'adénocarcinome soit 84,3 %, les lymphomes avec 4,68% et les tumeurs conjonctivales avec 1,27%.



*Figure 12 : Répartition des patients selon le type histologique*



### 6.3.2. Le degré de différenciation histologique :

Pour les tumeurs digestives solides , plus de la moitié des patients avaient des tumeurs moyennement différencié, suivi par les formes bien différencié et peu ou pas différenciée avec des fréquences respectives de 36,6 % et 10,26 %.

**Tableau 11 : Degré de différenciation de types histologiques**

<i>Degré de différenciation</i>	<i>Fréquences</i>	<i>Pourcentage</i>
<b><i>Moyennement différencié</i></b>	<b>119</b>	<b>53,12%</b>
<b><i>Bien différencié</i></b>	<b>82</b>	<b>36,6%</b>
<b><i>Peu ou pas différencié</i></b>	<b>23</b>	<b>10,26%</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>224</b>	<b>100%</b>

### 6.4. Présence de métastase initiale

Au moment de diagnostic 41,18% des patientes se présentent dans un stade métastatique.

Où les cancers les plus métastatiques étaient : le cancer de pancréas et le cancer de la vésicule biliaire.

**Tableau 12 Répartition des cancers digestifs selon leur fréquence de métastase**

Cancer	fréquence de métastase
Pancréas	<b>86,95%</b>
Vésicule biliaire	<b>76,47%</b>
Œsophage	<b>55,55%</b>
Foie	<b>50%</b>
Estomac	<b>41,66%</b>
Rectum	<b>30,98%</b>
Colon	<b>28,78%</b>
Intestin grêle	<b>28,57%</b>
Anus	<b>20%</b>

**Tableau 13 : Répartition des cancers digestifs solide selon le stade TNM**

Stades	Fréquences	Pourcentage
Stade I	<b>20</b>	<b>9,1%</b>
Stade II	<b>37</b>	<b>16,81%</b>
Stade III	<b>71</b>	<b>32,27%</b>
Stade IV	<b>92</b>	<b>41,81%</b>
Total	<b>220</b>	<b>100%</b>

## **7. Prise en charge :**

### **7.1. Chirurgie :**

La majorité de la population soit 58,7% avaient bénéficié d'un traitement chirurgical dont la chirurgie curatif était la plus pratiquée chez 124 cas (soit 89,85% des cas).

Le délai moyen d'accès à la chirurgie première est 42.75 jours et médiane de 36 jours avec extrême de 2 et 218 jours.

Le délai moyen d'accès à la chirurgie secondaire est de 45.46 jours et médian de 44 jours avec extrême de 28 et 84 jours.

## **7.2. Chimiothérapie :**

### **Néoadjuvante :**

La chimiothérapie néoadjuvante était réalisée chez 73 patientes (31.06 %).

Le délai moyen d'accès à la chimiothérapie néoadjuvante est de 39.63 jours, et médiane de 28 jours avec extrême de 5 et 155 jours.

### **Adjuvante :**

La chimiothérapie adjuvante était indiquée pour 133 patientes (56,59%).

Le délai moyen d'accès à la chimiothérapie adjuvante est de 62,37 jours avec et médiane de 55 jours avec des extrême 18 et 68 jours

### **Chimiothérapie palliative**

Dans notre population 93 cas soit 22,76% ont bénéficié d'une chimiothérapie palliative.

Le délai moyen d'accès à la chimiothérapie palliative est de 42,84 jours et médiane de 22 jours avec des extrême 7 et 194 jours.

## **7.3. Thérapie ciblée :**

79 patients soit 35,26 % ont bénéficié une thérapie ciblée, soit associée à une chimiothérapie ou seul.

## **7.4. Chimiothérapie curative :**

Pour les lymphomes tous les patients ont bénéficié d'une chimiothérapie curative.

## **7.5. Radiothérapie :**

Soit 23,21 % des patientes ont bénéficié d'une radiothérapie.

Le délai moyen de RCC est 39,35 jours avec médiane 32 jours

# **DISSCUSSION**

Notre étude a concerné 235 patients diagnostiqués du 01 janvier 2020 jusqu'au 31 décembre 2022 ayant diagnostiqué et été prises en charge pour un CD dans le CAC de l'EPH Mohammed Boudiaf Ouargla.

### 1. L'incidence :

L'incidence des cancers digestifs au OUARGLA représente 22,41 %.

Ce résultat est semblable à celle trouvée dans les autres pays

**Tableau 14: Comparaison de l'incidence des cancers digestifs**

<i>Statistiques</i>	<i>Incidence des cancers digestifs</i>
<i>France 2020 (17)</i>	<i>18,68%</i>
<i>Etats Unis 2020 (18)</i>	<i>13,47%</i>
<i>Japon 2020 (19)</i>	<i>40,15%</i>
<i>Tunisie 2020 (20)</i>	<i>19,27%</i>
<i>Maroc 2020 (21)</i>	<i>17,47%</i>
<i>Algérie 2020 (8)</i>	<i>20,17%</i>
<i>Alger 2019 (22)</i>	<i>24,3%</i>
<i>OURGLA 2020 -2022</i>	<i>22, 41%</i>

Dans notre série on note qu'il y a une augmentation des cas diagnostiqués de 2020 à 2021 on peut expliquer ces résultats par la pandémie du Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).

### 2. Répartition selon la localisation :

Le cancer CCR était le premier cancer digestif dans notre série avec 58,29% suivie par cancer gastrique avec 12,34% où le cancer de pancréas en 3<sup>ème</sup> position avec 9,78 % ces résultats concordent avec les études de Tlemcen 2011 -2012 (23) et Burkina Faso 2013-2017 (24).

**Tableau 15 : Comparaison la localisation des cancers digestifs**

<i>Localisation des cancers</i>	<i>Notre étude</i>	<i>Tlemcen(23)</i>	<i>Burkina Faso (24)</i>
<i>Œsophage</i>	3,8 %	<b>3,43</b>	3,1%
<i>Estomac</i>	12,34%	30,88%	21,9%
<i>Intestin grêle</i>	2,97 %	9,9%	9,9%
<i>Colon-rectum</i>	<b>58,29%</b>	<b>39,21 %</b>	<b>36,7%</b>
<i>Foie</i>	3,4%	<b>3,18</b>	5,4%
<i>Pancréas</i>	9,78%	5,88 %	19%
<i>Cancers biliaires</i>	7,23 %	6,86%	1,1%
<i>Anus</i>	2,12 %	0,24%	2,8%
<i>Total</i>	100%	100%	100%

### 3. L'âge et le sexe :

Dans notre série l'âge moyen était de 58,44 ans avec une légère prédominance masculine avec sex-ratio 1,5 ; on peut expliquer ça par le sexe masculin avaient des facteurs de risque (tabac, alcool, diabète, les habitudes alimentaires ...) plus que les femmes.

Ses résultats se rapprochent de celui retrouvé dans plusieurs études Tlemcen (23), MAROC (Marrakech) (25) et Mali (Bamako) (26).

**Tableau 16 Comparaison selon l'âge et le sexe**

<i>Etudes</i>	<i>Période de l'étude</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Sexe ratio (H/F)</i>	<i>Age moyen (ans)</i>
<b>Algérie (Tlemcen) (26)</b>	<b>2011-2012</b>	<b>408</b>	<b>1,4</b>	<b>59,7</b>
<b>Notre étude</b>	<b>2020-2022</b>	<b>235</b>	<b>1,5</b>	<b>58,44</b>
<b>Maroc (Marrakech)(25)</b>	<b>2006-2015</b>	<b>375</b>	<b>1,95</b>	<b>58,13</b>
<b>Cote d'ivoire (27)</b>	<b>2012-2015</b>	<b>221</b>	<b>2,7</b>	<b>52,2</b>
<b>Bénin (Cotonou) (28)</b>	<b>2010-2019</b>	<b>676</b>	<b>2,1</b>	<b>54</b>
<b>Mali (Bamako) (26)</b>	<b>2007-2008</b>	<b>115</b>	<b>1,5</b>	<b>56,6</b>

#### **4. Tabac et l'alcool :**

Dans notre étude les résultats des habitudes toxiques sont comparables avec l'étude de Bamako.

**Tableau 17 Comparaison des habitudes toxique**

	<i>Notre série</i>	<i>Bamako (26)</i>
<b>Alcool</b>	<b>7,23%</b>	<b>6,1%</b>
<b>Tabac</b>	<b>22,97%</b>	<b>31,9%</b>

#### **5. Les habitudes alimentaires**

Nos résultats montrent que la consommation de la viande rouge est très importante avec des pourcentages suivants : 49,4 % consommation quotidienne et 43,8 % consommation occasionnel. Nos résultats sont compatibles avec l'étude cas-témoins de Constantine (29) qui montre que le nombre des malades qui mangent des quantités plus importantes de la viande rouge est plus élevé que celui des consommateurs sains.

#### **6. Caractéristiques cliniques :**

La douleur abdominale 36,6 % et l'amaigrissement 34,8 % étaient les signes d'appel les plus fréquents, comparant avec l'étude de MOPTI (30) ou l'amaigrissement et la constipation sont les motifs de consultation le plus fréquents. Ces signes témoignent du diagnostic des cancers au stade tardif.

**Figure 13 : Comparaison des signes cliniques**

<i>Motif de consultation</i>	<i>Notre étude</i>	<i>Mail (Mopti) (30)</i>
<b><i>Douleur abdominale</i></b>	<b>36,6 %</b>	21,11%
<b><i>Rectorragie</i></b>	<b>18,3%</b>	10%
<b><i>Hématémèse</i></b>	<b>1,7 %</b>	10,71%
<b><i>Méléna</i></b>	<b>3%</b>	/
<b><i>Constipation</i></b>	<b>11,9 %</b>	46,42%
<b><i>Diarrhée</i></b>	<b>3,4 %</b>	37,5%
<b><i>Vomissement</i></b>	<b>4,3%</b>	6,25%
<b><i>Ictère</i></b>	<b>3,8 %</b>	2,67%
<b><i>Dysphagie</i></b>	<b>3,4 %</b>	10,71%
<b><i>Masse anale</i></b>	<b>2,1 %</b>	20%
<b><i>RGO</i></b>	<b>0,9%</b>	/
<b><i>Syndrome occlusif</i></b>	<b>6,8 %</b>	23,33%
<b><i>Signes des métastases</i></b>	<b>2,55 %</b>	/
<b><i>Syndrome anémique</i></b>	<b>0,9%</b>	/
<b><i>Amaigrissement</i></b>	<b>34,8 %</b>	56,26%

Dans notre population ,le mode de découverte chez 83,8 % est clinique qui peut expliquer par la négligence et la méconnaissance des symptômes ou l'inefficacité du traitement symptomatique qui peuvent aggraver les symptômes ce qui observé chez 8,5 % des patients qui sont consulté dans le cadre d'urgence ou peut aller jusqu'à les stades métastatique soit 2,6 % des patient et 3,4 % pour le diagnostic sur pièce opératoire, 1,7 % découverte fortuite et aucune place pour le dépistage malgré le développement des moyens, ces résultats sont compatible avec l'étude de Burkina Faso.

**Tableau 18 Comparaison selon le mode de découverte**

<i>Le mode de découverte</i>	<i>Notre étude</i>	<i>Burkina Faso 2013-2017 (24)</i>
<b><i>Clinique</i></b>	<b>83,8 %</b>	74,7%
<b><i>Urgence</i></b>	<b>8,5 %</b>	19,9%



<i>Diagnostic sur métastase</i>	<b>2,6 %</b>	00%
<i>Pièce opératoire</i>	<b>3,6%</b>	00%
<i>Fortuit</i>	<b>1,7 %</b>	5,4%
<i>Dépistage</i>	<b>00%</b>	00%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	100%

Le délai de consultation est fait en 44 jours, si on compare notre délai moyen de consultation avec autres études par exemple : l'étude de Cotonou (République du Bénin) (30) avec délai de consultation moyen de 270 jours et l'étude de Burkina Faso (24) avec 138 jours, on conclue que l'accès facile aux consultations médicales et la gratuité de certains examens complémentaires dans notre pays ont contribués à réduire le délai de consultation.

Le délai moyen de diagnostic est fait en environ 28 jours avec des extrémités 03 jours et 28 mois on comparant avec l'étude réalisé au sein de CHU DIJON (2004 -2009) (31) qui montre le délai de diagnostic est environ 12,9 jours ce retard peut être dû au multiples avis médicaux des médecins différents, la pandémie de COVID-19, la charge au niveau l'hôpital.

Dans notre étude les tumeurs épithéliales étaient les plus fréquentes soit avec adénocarcinome de 84,3% où la localisation la plus fréquente est CCR de 67,17%, pancréas de 9,5% et estomac 9,1%.

Ces résultats sont concordants avec l'étude de Marrakech (32).

**Tableau 19 : Comparaison selon le type histologique**

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude</i>	<i>Maroc (Marrakech) (32)</i>
<b>ADK</b>	<b>84,3%</b>	84,37 %
<i>Carcinome épidermoïde</i>	<b>2,6 %</b>	2,54%
<b>CHC</b>	<b>1,7%</b>	0,78%
<i>Cholangiocarcinome</i>	<b>0,9%</b>	2,54%
<i>Tumeur stromale</i>	<b>1,3%</b>	2,35%
<i>Lymphome</i>	<b>4,7</b>	1,56 %
<i>Tumeurs neuroendocriniens</i>	<b>2,6 %</b>	1,17%

<i>Autres carcinomes</i>	<i>2,1 %</i>	<i>3,13 %</i>
<i>Autres Tm</i>	<i>/</i>	<i>1,56%</i>
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Dans notre série 41,81% des patientes étaient diagnostiqués dans un stade avancé

On peut expliquer cette retard diagnostique dans les stades avancés par :

-La négligence des patients les symptômes ou les traitée par l'automédication.

-L'évolution lente et insidieux des certaines tumeurs digestives par exemples les tumeurs pancréatiques qui ne se manifestent pas que dans les stades avancés.

-L'absence du dépistage.

-Certains médecins demandent des examens para cliniques inutiles pour le diagnostic.

N'oubliez pas que ce retard du diagnostic pose un grand problème dans la discision thérapeutique pour l'équipe médicale.

On a trouvé que les patients qui dépassent le délai moyen de la consultation dans notre série (44jours) sont la majorité dans le stade IV.

### **7. Prise en charge :**

Chez nos patients, le délai moyen de traitement reçu (soit chirurgie soit chimiothérapie) est 25jours où le délai de chirurgie première est 42,3 jours, d'autres coté le délai moyen de chirurgie secondaire est 44 jours.

Nos résultats concernant le délai d'accès au chirurgie première ne rejoignent pas les données de la littérature selon l'association canadienne qui rapporte que ce délai était ne dépasse pas 4 semaines ; ceci est probablement liée au notre hôpital est une structure régional qui draine plusieurs Wilayas de sud ce qui l'expose à une charge dans leurs adhésion au programme du bloc opératoire , sachant que le délai d'accès au chirurgie secondaire était respecté ce qui est accorde avec la recommandation de la société canadienne (4 à 8 semaine )

41,7% des patients non opéré on peut explique ça par :

- non indication de traitement chirurgicale dans certains tumeurs (les lymphomes)
- La non résécabilité des tumeurs ( métastase)

Le taux d'opérabilité dans la chirurgie curatif à notre niveau est de 89,7 % qui est proche aux résultats de Marrakech (32) et plus loin à ceux de Mali (33) ceci peut être liée à nos appartenances au même niveau socio-économique. La majorité des patients ont bénéficiés d'un traitement curatif ce qui explique que le CCR représente plus de la moitié dans notre série et qui sont diagnostiqués dans le stade non métastatique. 10,21% était palliative où la majorité des patients sont atteints par le cancer œsophagien et biliaire à cause des stades avancés.

**Tableau 20 : Comparaison selon le type de chirurgie**

	<i>Notre étude</i>	<i>HNF de Ségou 2005 2017 (33)</i>	<i>MERRAKECH 2006 2019 (32)</i>
<i>Patient opéré</i>	<b>58,3%</b>	<b>47,32 %</b>	<b>82,94 %</b>
<i>Chirurgie curatif</i>	<b>89,78 %</b>	<b>54,7 %</b>	<b>92,19%</b>
<i>Chirurgie palliatif</i>	<b>10,12 %</b>	<b>45,28%</b>	<b>7,8%</b>

### **Délai d'accès à la chirurgie**

Concernant les délais d'accès à la chirurgie Nos résultats sont très proches de ce de l'association canadienne (34)

**Tableau 21 Comparaison délai d'accès à la chirurgie**

<b>Notre série</b>	<b>Association canadienne</b>
<b>Chirurgie première 36 jours</b>	<b>≤4 semaines</b>
<b>Chirurgie secondaire 44 jours</b>	<b>4 à 8 semaines</b>

### **8. Forces et limites de l'étude :**

- Certains dossiers manquent de renseignements cliniques et paraclinique voir vides.
- Le caractère rétrospectif de l'étude engendre plusieurs biais en particulier le biais d'information (certains dossiers médicaux peu ou mal renseignés).

- Certains dossiers des patients sont rédigés en espagnole, ce qui rend la collecte des données difficile.

- Défaut de mémorisation de certains patients (la date de première consultation, la date de l'ergoneclinique...)

- La difficulté de la discussion de notre travail car on n'a pas trouvé des études qui incluent toutes ces variables à la fois.

## **9. Recommandations et perspectives de l'étude :**

### **Pour la population :**

- L'éducation sur les facteurs de risques et comment les prévenir.
- Le non négligence des symptômes de la maladie et l'interdiction de l'automédication.
- La mise en route des stratégies bien codifiées pour les campagnes de sensibilisations.
- L'importance dépistage et surtout en cas des ATCD familiaux.

### **Pour le système de santé :**

Faire des autres études pour la meilleure connaissance des différents facteurs de risque surtout le mode de vie.

L'organisation des campagnes de dépistage à cause de l'efficacité du dépistage de masse.

La mise en place d'une base de données numérique pour meilleure archivage et facilitant l'accès aux dossiers.

# CONCLUSION

Les CD désignent les tumeurs malignes qui se développent au niveau du tube digestif et ses annexes. Ce travail a permis de bien décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques des CD au niveau CAC OUARGLA , et a permis de combler le manque de données préexistant sur le plan régional.

Notre étude statistique était portée sur 235 patients atteints du CD.

Au terme de notre étude nous pouvons conclure les points suivants :

Le profil des patients atteints du CD est semblable à celui retrouvé dans les autres études où Les localisations prédominantes sont représentées par les CCR, les cancers gastriques et les cancers pancréatiques par ordre décroissant. Ils touchent une population jeune (l'âge moyen = 58,44 ans) avec légère prédominance masculine où l'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent.

La pronostic des cancers digestifs reste sombre due essentiellement au retard de diagnostic . Il est primordial de tracer une stratégie de prévention et de prise en charge ciblée et adaptée aux données locales d'où la nécessité de la sensibilisation de la population au cancer et d'instauration d'un programme de dépistage organisé et individuel, en parallèle d'une enquête sur les facteurs de risques favorisant les cancers du tube digestifs en vue d'une action préventive. En agissant ainsi sur l'amélioration du plateau technique et des moyens thérapeutiques.

# **Bibliographie**

## Bibliographie

1. Cancers digestifs [Internet]. 2022 [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/cancers-digestifs>
2. Cancer today [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <http://gco.iarc.fr/today/home>
3. KAMINA P. ANATOMIE CLINIQUE tome 04. 2<sup>ème</sup>. 378 p. (MALOANE).
4. Pathologie générale | Livre + Compl. | 9782294772924 [Internet]. [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/pathologie-generale-9782294772924.html>
5. Kumar V, Robbins SL, éditeurs. pathologie générale enseignement thématique biopathologie tissulaire. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2007. 946 p.
6. Luc CABEL AB, MOUSTARHFIR EHM, DELAYE M. oncérologie onco-radiothérapie onco-pédiatrie. 2020<sup>e</sup> éd. Paris: Vernazobres-Gregio; 2020. 411 p. (iKB/KB).
7. Cancer today [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <http://gco.iarc.fr/today/home>
8. Cancer today [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <http://gco.iarc.fr/today/home>
9. Zeitoun JD, Chryssostalis A, Lefevre J. HEPATOLOGIE GASTROLOGIE • ENTEROLOGIE CHIRURGIE VISCERALE. 6<sup>ème</sup> édition. Paris: Vernazobres-Gregio; 2017. 607 p. (iKB/KB).
10. Bao C, Pedersen NL, Yang R, Marseglia A, Xu W, Wang Y, et al. Diabetes in midlife and risk of cancer in late life: A nationwide Swedish twin study. *Int J Cancer*. 15 août 2018;143(4):793-800.
11. Gustave Roussy [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Cancers digestifs. Disponible sur: <https://www.gustaveroussy.fr/fr/cancers-digestifs>
12. paul L, Patricia F. guide d'échographie. 5<sup>ème</sup>.
13. 8. Cancer des voies biliaires | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/8-cancer-des-voies-biliaires>
14. HERESBACH D, Napoléon B, DELCHIER JC. Indications des biopsies digestives au cours de la fibroscopie ou du dépistage des néoplasies œso-gastro-duodénales. 2009;11.



15. Giraud P, Trédamiel J. Collège en cancérologie. 2ème. Paris: MED-LINE; 2022. 425 p.
16. Réseau NACRe - Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche - Rapport INCa nutrition et prévention primaire des cancers [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www6.inrae.fr/nacre/Le-reseau-NACRe/Publications/Rapport-INCa-nutrition-et-prevention-primaire-des-cancers>
17. 250-france-fact-sheets.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/250-france-fact-sheets.pdf>
18. 840-united-states-of-america-fact-sheets.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/840-united-states-of-america-fact-sheets.pdf>
19. 392-japan-fact-sheets.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/392-japan-fact-sheets.pdf>
20. 788-tunisia-fact-sheets.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/788-tunisia-fact-sheets.pdf>
21. 504-morocco-fact-sheets.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/504-morocco-fact-sheets.pdf>
22. Hammouda PD. REGISTRE DES TUMEURS D'ALGER.
23. ABDREBBI S. ETUDE DE SURVIE SUR 05 ANS DES CANCERS DIGESTIFS DANS LA WILAYA DE TLEMCEN [Thèse]. [Tlemcen]: UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD FACULTE DE MEDECINE DR. B.BEN ZERDJ EB - TLEM CEN; 2020.
24. Ouedraogo S, Ouedraogo S, Kambire JL, Zoungrana SL, Ouattara DZ, Bambara B, et al. Profil épidémiologique, clinique, histologique et thérapeutique des cancers digestifs primitifs dans les régions nord et est du Burkina Faso. Bull Cancer (Paris). 1 déc 2018;105(12):1119-25.
25. ARHARAS S. Le profil épidémiologique des cancers digestifs Au sein de l'Hôpital Militaire Avicenne 2006 – 2015 [Thèse]. [MARRAKECH]: UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH; 2017.
26. Diarra M, Konate A, Traoré C, Souckho-Kaya A, Diarra C, Doumbia-Samaké K, et al. Épidémiologie des cancers digestifs en milieu hospitalier à Bamako. Hegel. 2012;1(1):12-22.
27. Kissi Anzouan-Kacou HY, Doffou SA, Bangoura AD, Kouamé DH, Fanou CD, Bathaix YF, et al. Prise en charge des cancers digestifs en Côte-d'Ivoire : expérience du service d'hépatogastroentérologie du CHU de Yopougon. J Afr Hépatogastroentérologie. mars 2017;11(1):13-8.
28. Kpossou AR, Gbessi DG, Gnangnon FHR, Séhonou J. Épidémiologie des cancers digestifs primitifs de l'adulte dans trois centres sanitaires spécialisés de Cotonou (République du Bénin). Bull Soc Pathol Exot. 2020;

29. TEMOUCI M, HAMIDA khaoula. Étude statistique des cancers digestifs et leurs facteurs de risque dans la région de Constantine [Thèse]. [Constantine]: Université des Frères Mentouri Constantine Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie Département de Biologie Animale; 2018.
30. M. Jean K. TUMEURS DIGESTIVES : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI [thèse]. [Mali]: UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB); 2018.
31. JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/analyse-des-delaix-de-prise-en-charge-des-cance>
32. BOUHADI K. L'évolution de la prise en charge des cancers digestifs au sein de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech 2006-2019 [Thèse]. [MARRAKECH]: UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH; 2021.
33. M. Daouda Sidiki T. TUMEURS DIGESTIVES : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT A L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU [thèse]. [Mali]: UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB); 2017.
34. 35567000020435.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/santecom/35567000020435.pdf>
35. Classification TNM Cancers digestifs - Centre de Coordination en Cancérologie Guillaume [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://3cguillaume.docvitae.fr/classifications-tnm-et-cim10/classification-tnm-cancers-digestifs>
36. Centre de Coordination en Cancérologie Guillaume [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Classification TNM Cancers digestifs. Disponible sur: <http://3cguillaume.docvitae.fr/7/post/2020/06/classification-tnm-cancers-digestifs.html>

# **Annexes**

## Etudes des cancers digestifs : 2020 - 2022

<b>Nom</b>		<b>N° Dossier</b>	
<b>Adresse</b>		<b>Tel</b>	

### A. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1. Date de naissance :            âge (au moment du dgc)

2. Sexe :                       Homme                       Femme

3. Lieu de naissance :              ville ..... wilaya .....

4. Nombre d'années passées dans ce lieu après la naissance: .

5. Lieu de résidence:              ville .....

6. Nombre d'années passées dans ce lieu:

7. Type de résidence :    Urbaine       rurale       inconnue

8. Mariage consanguin des parents :    Oui       Non       inconnue

9. Si Oui , type de consanguinité : .....

10. niveau scolaire :  Analphabète       primaire       moyen       secondaire       universitaire

11. Statut marital :  Célibataire       Marié(e)       Divorcé(e)       Veuve

12. Activité professionnelle :

Active                       retraité(e)       chômeur                       inconnue

### B. ANTECEDENTS

**B1. ANTECEDENTS MEDICAUX :**

1. êtes-vous diabétique ?       Oui       non       inconnu      Si Oui depuis quand ? .....(dgc)

2. êtes-vous hypertendue ?       Oui       non       inconnu      Si Oui depuis quand ? .....(dgc)

3. Lésion précancéreuse : : .....

**B2. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

1. Avez-vous déjà été opéré ?       Oui       non

: .....

**B3. ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

1. Y'a-t-il un membre de votre famille qui a été diagnostiqué d'un cancer ?

Oui                       non                       inconnu

Lien de parenté ? .....                      Siège du Kc : .....

### C. MODE DE VIE

1. Activité physique :  régulièrement  occasionnellement  jamais  
2. Viandes rouges :  régulièrement  occasionnellement  jamais  
3. Légumes :  régulièrement  occasionnellement  jamais  
4. Fruits :  régulièrement  occasionnellement  jamais  
1. Tabac :  Oui  non      Nombre d'années : .....  
2. Alcool :  Oui  non      Nombre d'années : .....

### D. DONNEES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

1. taille (cm) |\_|\_|\_|      2. Poids (kg) |\_|\_|\_|      3. BMI |\_|\_|\_|  
5. tension artérielle |\_|\_| / |\_|\_|      5. Groupe sanguin .....      6. Hg .....

### E. DIAGNOSTIC

Date d'apparition du premier symptôme : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Date de la première consultation : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Date du diagnostic (histologique): |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Circonstances du diagnostic :

- Clinique     Fortuite     dépistage     Pièce opératoire (.....)  
 Urgence (.....)     diagnostic sur métastase     inconnue

Clinique : Motif de consultation : .....

Endoscopie :  oui     non     non indiquée

Date : ..... Résultats : .....

TDM :  oui     non     non indiquée

Date : ..... Résultats : .....

Siège de la lésion : .....

1. Œsophage 2. Estomac 3. Grêle 4. Colon-rectum 5. Anus 6. Foie 7. Vésicule 8. Voies biliaires 9. Pancréas

Taille macroscopique de la tumeur (mm): |\_|\_|\_|

Classification histologique : .....

Grade de différenciation :  bien     moyennement     peu différencié

Métastases à distance : 1. Oui, 2. Non    Si oui, localisation : .....

Stade cTNM : T \_\_\_/ N \_\_\_/ M \_\_\_/

### F. PRISE EN CHARGE :



Date de l'intervention : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Type chirurgie: .....

- **Chimiothérapie** : Oui  Non  Non précisé  Nombre de cycles : .....  
Date de 1<sup>er</sup> cycle : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| **Etude** **digestifs: 2020-20** | |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|  
Date de du dernier cycle : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|  
Type de chimio ( nom du protocole) : .....

- **Radiothérapie** : Oui  Non  Non précisé  **Type** : .....  
Date du début : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Date de la fin : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Dose : .....

## Annexe 02 : Classification TNM des tumeurs digestifs malignes 2018 (35) (36)

### Classification TNM des tumeurs digestifs malignes 2018

#### Cancer de colon :

<b>T</b>	<p>Tx: Renseignements insuffisants pour classer classer la tumeur primitive</p> <p>T0 Aucune évidence de tumeur primaire</p> <p>Tis : Carcinome in situ : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria (chorion de la muqueuse)</p> <p>T1: : Tumeur envahissant la sous- muqueuse</p> <p>T2 : tumeur envahissant la musculuse</p> <p>T3 : tumeur envahissant la sous séreuse ou les tissus péri coliques ou péri rectaux non péritonisée</p> <p>T4 :Tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autre structure</p> <p>    T4a: tumeur perforant le péritoine viscéral</p> <p>    T4b : tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structure</p>
<b>N</b>	<p>Nx : Renseignements insuffisants pour classer les ganglions lymphatiques</p> <p>N0 :Pas de métastase ganglionnaire régionale</p> <p>N1 : Métastase dans 1-3 ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>    N1a: métastases dans 1 seul ganglion régional</p> <p>    N1b : métastases dans 2-3 ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>    N1c : nodules tumoraux (c'est-à-dire satellites) dans la sous-séreuse ou dans es tissus mous non péritonéalisés péri-coliques ou péri- rectaux sans atteinte ganglionnaire lymphatique</p> <p>N2: Métastases dans 4 ou plus ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>    N2a : métastases dans 4 à 6 lymphatiques régionaux</p>

	N2b : Métastase dans 7 ganglions lymphatiques régionaux ou plus
<b>M</b>	<p>M0 : pas de métastase à distance</p> <p>M1 : M1 Métastase à distance</p> <p>    M1a : métastases dans un seul organe (foie, poumon, ovaire,)</p> <p>    M1b : métastases dans plus d'un organe ou dans le péritoine.</p> <p>    M1c : métastases dans le péritoine avec ou sans atteinte d'un autre organe</p>

### Cancer de Rectum :

<b>T</b>	<p>Tx : Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive</p> <p>T0 : Pas de signe de tumeur primitive</p> <p>Tis: Carcinome in situ : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria (chorion de la muqueuse)</p> <p>T1 : Tumeur envahissant la sous- muqueuse</p> <p>T2 : Tumeur envahissant la musculature</p> <p>T3 : Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péri-coliques ou péri-rectaux non péritonisés</p> <p>T4 : Tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structures et/ou perforant le péritoine viscéral</p> <p>    T4a : tumeur perforant le péritoine viscéral</p> <p>    T4b: tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structures</p>
<b>N</b>	<p>Nx : Renseignements insuffisants pour classer les ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>NO : Pas de métastase ganglionnaire régionale</p> <p>N1 : Métastases dans 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>    N1a : métastases dans 1 seul ganglion régional</p> <p>    N1b : métastases dans 2-3 ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>    N1c : nodules tumoraux (c'est-à-dire satellites) dans la sous-séreuse ou dans les tissus mous non</p>



	<p>péritonéalisés péri-coliques ou péri-rectaux sans atteinte ganglionnaire lymphatique</p> <p>N2 : Métastases dans 4 ou plus ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>N2a : métastases dans 4 à 6 ganglions lymphatiques régionaux</p>
<b>M</b>	<p>MO : Pas de métastase à distance</p> <p>M1: Présence de métastase(s) à distance</p> <p>    M1a : métastases dans un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s)lymphatique(s)nonrégional(aux))sans métastase péritonéale</p> <p>    M1b : métastases dans plus d'un organe</p> <p>    M1c : métastases dans le péritoine avec ou sans atteinte d'autres</p>

### Cancer de l'estomac :

<b>T</b>	<p>Tx : Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive</p> <p>T0 : Pas de signe de tumeur primitive</p> <p>Tis: Carcinome in situ : intra-épithélial sans envahissant la lamina propria (chorion de la muqueuse)</p> <p>T1 : Tumeur envahissant la sous-muqueuse</p> <p>T2 : Tumeur envahissant la musculaires propria</p> <p>T3 : Tumeur envahissant la sous-séreuse le tissu conjonctif sans envahissement des structure adjacentes ou péritoine viscérale</p> <p>T4 : Tumeur ou perforant la séreuse</p> <p>    T4a : tumeur perforant la séreuse</p> <p>    T4b: tumeur envahissant les structures adjacentes</p>
<b>N</b>	<p>Nx : Renseignements insuffisants pour classer les ganglions lymphatiques</p> <p>N0 :Pas de métastase ganglionnaire régionale</p> <p>N1 : Métastase dans 1-2 ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>N2: Métastases dans 3-6 ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>N3: Métastases dans 7ou plus gonglions lymphatiques régionaux</p> <p>    N3a: Métastases dans 7 à 15 gonglions lymphatiques régionaux</p> <p>    N3b: Métastase de 16ou plus gonglions lymphatiques régionaux</p>

<b>M</b>	<p>Mx : renseignements insuffisants pour classer la métastase à distance</p> <p>M0: pas de métastase à distance</p> <p>M1:Présence de métastase à distance</p>
----------	--

### Cancer de l'anus :

<b>T</b>	<p>TO : Pas de signe de tumeur primitive</p> <p>Tis : Carcinome in situ, maladie de Bowen, lésion intra-épithéliale squameuse de haut grade, néoplasie intra-épithéliale du canal anal (AIN II-III)</p> <p>T1 : Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension</p> <p>T2 : Tumeur &gt;2 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension</p> <p>T3 : Tumeur de plus de 5 cm dans sa plus grande dimension</p> <p>T4 : Tumeur envahissant un ou plusieurs organes de voisinage</p>
<b>N</b>	<p>Nx : Envahissement ganglionnaire non évaluable</p> <p>NO : Pas d'adénopathie régionale métastatique</p> <p>N1:Adénopathies régionales métastatiques péri-rectales</p> <p>N2 : Adénopathies unilatérales iliaques internes et/ou inguinales</p> <p>N3 : Adénopathies métastatiques péri-rectales et inguinales et/ou iliaques internes bilatérales et/ou inguinales bilatérales</p>
<b>M</b>	<p>MO : Pas de métastase à distance</p> <p>M1: Présence de métastases à distance</p>

## Cancer de l'œsophage :

<b>T</b>	<p>T0 : Pas de signe de tumeur primitive  Tis: Carcinome in situ ou dysplasia de haut grade  T1 : Tumeur envahissant la lamina propria , la muscularis mucosae ou la sous- muqueuse  T1a: Tumeur envahissant la lamina propria  T1b: Tumeur envahissant la sous-muqueuse  T2 : Tumeur envahissant la musculature  T3 : Tumeur envahissant l'adventice  T4:tumeur envahissement des structure adjacentes  T4a : Tumeur envahit la plèvre ,péricarde ,veine azygos,le diaphragm ou le péritoine    T4b: tumeur envahissant d'autres structures adjacentes</p>
<b>N</b>	<p>Nx : Renseignements insuffisants pour classer les ganglions lymphatiques  N0 :Pas de métastase ganglionnaire régionale  N1 : Métastase dans 1-2 ganglions lymphatiques régionaux  N2: Métastases dans 3-6 ganglions lymphatiques régionaux  N3: Métastases dans 7 ganglions lymphatiques régionaux</p>
<b>M</b>	<p>Mx : les métastase ne peuvent etre évalué  MO : Pas de métastase à distance  M1: Présence de métastases à distance</p>

## Cancer de pancréas :

<b>T</b>	<p>TO : Pas de signe de tumeur primitive  Tis : Carcinome in situ,  T1 : Tumeur <math>\leq 2</math> cm  T1a: tumeur <math>\leq 0,5</math>cm  T1b: tumeur <math>&gt; 0,5</math>cm  T2 : Tumeur <math>&gt;2</math> cm et <math>\leq 4</math> cm  T3 : Tumeur de plus de 4 cm  T4 : Tumeur etendue à l'axe coeliaque ,à l'artère mésentérique sup et ou hépatique</p>
<b>N</b>	<p>N0 :Pas de métastase ganglionnaire régionale  N1 : Métastase dans 1-3 ganglions lymphatiques régionaux  N2: Métastases plus de 4 ganglions lymphatiques régionaux</p>

<b>M</b>	<p>M0: pas de métastase à distance</p> <p>M1:Présence de métastase à distance</p>
----------	---

## La vésicule biliaire

<b>T</b>	<p>Tx: Tumeur primitive non évaluable</p> <p>T0 : Pas de signe de tumeur primitive</p> <p>Tis: Carcinome in situ</p> <p>T1 : Tumeur envahissant la lamina propria ou la musculuse</p> <p style="padding-left: 20px;">T1a: Tumeur envahissant la lamina propria</p> <p style="padding-left: 20px;">T1b: Tumeur envahissant la musculuse</p> <p>T2: Tumeur envahissant le tissus conjonctif péri-musculaire sans extension au delà de la séreuse uo foie</p> <p style="padding-left: 20px;">T2a : Tumeur envahissant le tissus conjonctif péri-musculaire du coté hépatique sans extension à la séreuse</p> <p style="padding-left: 20px;">T2b : Tumeur envahissant le tissus conjonctif péri-musculaire du coté hépatique sans extension au foie</p> <p>T3:tumeur perforant la séreuse</p> <p>T4 : Tumeur envahissant le tronc principal de la veine porte ou de l'artère hépatique ou deux organes ou structure extrahépatique</p>
<b>N</b>	<p>Nx : Renseignements insuffisants pour classer les ganglions lymphatiques</p> <p>N0 :Pas de métastase ganglionnaire régionale</p> <p>N1 : Métastase dans 1à 3 ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>N2: métastase <math>\geq 4</math> ganglions lymphatiques régionaux</p>

## Cancer de Grêle

<b>T</b>	<p>T0 : Pas de signe de tumeur primitive</p> <p>Tis: Carcinome in situ</p> <p>T1 : Tumeur envahissant la lamina propria , la muscularis mucosae ou la sous- muqueuse</p> <p style="padding-left: 20px;">T1a: Tumeur envahissant la lamina propria</p> <p style="padding-left: 20px;">T1b: Tumeur envahissant la sous-muqueuse</p> <p>T2 : Tumeur envahissant la musculuse</p> <p>T3 : Tumeur envahissant la sous séreuse ou le tissus périmusculaire non péritonéalisé</p> <p>T4:tumeur envahissement des structure adjacentes</p> <p style="padding-left: 20px;">T4a : Tumeur perforant le péritoine visceral ou envahissement d'autres organe</p>
----------	---

<b>N</b>	<p>Nx : Renseignements insuffisants pour classer les ganglions lymphatiques</p> <p>N0 : Pas de métastase ganglionnaire régionale</p> <p>N1 : Métastase dans 1 ou 2 ganglions lymphatiques régionaux</p> <p>N2 : métastase <math>\geq 3</math> ganglions lymphatiques régionaux</p>
<b>M</b>	<p>M0 : pas de métastase à distance</p> <p>M1 : présence de métastase à distance</p>



**Ben Tabbal Bachir**

**Ben Hammouda Djoumana**

**Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cancers digestifs  
au niveau du CAC d'Ouargla 2020 – 2022**

**Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de docteur en  
médecine**



## **RESUME**

### **Introduction :**

Les cancers digestifs représentent un problème de santé publique dans le monde par sa morbidité et sa mortalité malgré le développement des différents moyens diagnostique et thérapeutique.

Le but de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cancers digestifs à la wilaya d'Ouargla.

### **Matériels et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, ayant intéressé 235 patientes de cancer digestif diagnostiquées durant une période de 03 ans, de janvier 2020 à Décembre 2022 au niveau CAC Ouargla.

### **Résultats et discussion :**

Les cancers digestifs représentent 22,41 % de tous les cancers où le CCR occupe le 1<sup>er</sup> rang. L'âge moyen était de 58,44 ans avec sex-ratio 1,5H/F. La symptomatologie clinique est dominée par la douleur abdominale (36,6%), l'amaigrissement (34,04%). L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent (84,3%). 41,18% des patientes se présentent dans un stade métastatique au moment de diagnostic . Le traitement est basé sur la chirurgie et l'oncologie.

### **Conclusion :**

Le pronostic des cancers digestifs reste sombre due essentiellement au retard de diagnostic d'où la nécessité de mettre en place un programme de prévention basée sur la sensibilisation, l'éducation et le dépistage.

**Mots clés : Cancer digestifs, épidémiologie, clinique, chirurgie, oncologie**

**Encadrant : NOUCER Adib**

**Année universitaire : 2022 -2023**