



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère De L'Enseignement Supérieur Et La Recherche
Scientifique

Université Kasdi Merbah –Ouargla

Faculté De Médecine

Département De Médecine



**Profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale
des cancers du colon gauche en occlusion
au niveau de L'EPH de Ouargla
durant la période 2020-2025**

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par:

BOUBLAL Chaima

MADJIDI Safa

Encadré par :

Dr LOUNIS SEIFFEDINE

Année universitaire

2025/2026



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère De L'Enseignement Supérieur Et La Recherche
Scientifique

Université Kasdi Merbah –Ouargla

Faculté De Médecine

Département De Médecine



**Profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale
des cancers du colon gauche en occlusion
au niveau de L'EPH de Ouargla
durant la période 2020-2025**

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par:

BOUBLAL Chaima

MADJIDI Safa

Encadré par :

Dr LOUNIS SEIFFEDINE

Année universitaire

2025/2026

REMERCIEMENTS

Remerciements

Nous tenons tout d'abord nos sincères remerciements à notre dieu, le tout-puissant qui nous a donné la force, la patience, et la volonté de mener à bien ce travail.

Nous remercions notre encadreur **Dr Lounis Seifeddine** maitre-assistant en chirurgie générale à l'université d'Ouargla, pour sa disponibilité, leurs conseils précieux, leur accompagnement et leur patience tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Nous adressons nos remerciements à nos **enseignants** pour leur enseignement, leur accompagnement et les connaissances qu'ils nous ont transmis durant nos parcours universitaires.

Nous adressons nos remerciements à l'ensemble **des médecins et des personnels des services de chirurgie générale et de centre anti cancéreux** pour le meilleur accueil, et la collaboration tout au long de notre stage et de la réalisation de ce travail.

Enfin, nous tenons à exprimer nos profondes gratitude à toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

DEDICACES

Je dédie ce travail avec une profonde gratitude :

À mes parents, mes premiers piliers. Vos prières, vos sacrifices et votre confiance aveugle en moi ont été mon plus grand moteur , Aucun mot ne suffit pour vous remercier ,Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour votre soutien sans limite et votre amour à chaque étape de mes études. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous et à vos sacrifices. Ce travail est le vôtre autant que le mien. Que Dieu vous protège et vous garde à mes côtés. Ce travail est le fruit de votre dévouement.

À mes frères et ma sœur,
merci d'avoir toujours été là pour moi, pour vos encouragements et votre bonne humeur pendant toutes ces années d'efforts. À toute ma famille, merci pour votre soutien précieux.

À mes chers oncles et tantes ,
merci pour votre affection , votre présence et vos encouragement

À mes amis et collègues,
a celles qui ont accompagné mes années d'études et qui partagé avec moi bien que des cours et des examens merci pour les moments de révision, l'entraide, les rires et les encouragements dans les moments difficiles. Merci d'avoir rendu ce parcours plus agréable et inoubliable. Une dédicace particulière à **Safa Madjidi** ma partenaire dans cette aventure et dans la réalisation de cette mémoire , merci d'avoir partagé avec moi les longues journées de travail , vous faites partie de mes plus beaux souvenirs de cette année

À mes enseignants et encadreurs,
Merci pour votre patience, vos conseils et tout ce que vous m'avez appris. Vous m'avez guidé(e) avec bienveillance tout au long de cette formation.

À tous ceux qui me sont chers,
Je vous dédie ce travail de tout mon cœur.

BOUBLAL CHAIMA

Du plus profond de mon cœur, je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers

A ma chère maman

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon sentiment envers toi. Tu es ma plus belle bénédiction, je te remercie pour tous le soutien et la bienveillance que tu m'apportes tout au long de ma vie.

Après Dieu, si je suis aujourd'hui celle que je suis, c'est grâce à toi et à mon père. Je ne suis que le fruit de votre amour, de vos sacrifices et de toutes ces années durant lesquelles vous avez semé en moi l'espoir, la force et la confiance.

A mon cher père

Papa, tu es le meilleur père au monde, tu es mon précieux offre de dieu qui doit ma vie. Nulle dédicace n'est susceptible de vous exprimer mes profondes affections. Derrière cette réussite se cachent tes sacrifices, tes conseils et tes encouragements, tous les mots ne suffisent pas à remercier.

Aux mes frères et mes sœurs

Ibtissem, Hicham, Abd ELAziz et Wiam, je vous remercie pour tout moment que vous avez passé avec moi, pour votre amour, votre présence et votre soutien. Je vous souhaite et vos conjoints tout le bonheur et la facilitation de vos affaires et vos souhaits. J'espère que nous resterons toujours les uns aux côtés des autres, je vous aime.

Aux mes neveux et nièces

Mes amours Abd ElOuahab, Sara, Adem, Mayssoun et Zaineb, je vous aime beaucoup mes héros. Je vous souhaite beaucoup de joie et de réussite.

Aux mes grandes mères, et mes grands pères

Même si vous êtes partis, je sais que votre amour m'accompagne encore surtout ma grande mère de côté maternel, j'aurais tant aimé tu avoir à mes côtés pour partager avec toi ce moment si important de ma vie et tu voir fière de moi.

Cette réussite vous est dédiée avec tout mon amour et ma reconnaissance.

Mon oncle "Bachir", Ma tante "Nassima"

Oncle "Bachir" et tante "Nassima", vous êtes deux personnes très spéciales dans mon cœur. Je vous remercie pour vos motivations, vos encouragements, et vos prières.

Au tante "Rabia" et ses filles

A la mémoire de ma très chère et bien-aimée, que nous avons perdue récemment
J'ai tant souhaité que tu sois à mes côtés pour partager avec moi cette étapes si importante de ma vie, mais dieu, dans son infinie sagesse, en a décidé autrement
Je dédie cette réussite à ton âme et te remercie pour chaque moment où tu as su m'encourager,

me soutenir demeurera à jamais gravé dans mon cœur
J'aurais tant aimé que tu sois là aujourd'hui pour partager ma joie et ma fierté. ou que tu sois,
j'espère que tu es fière de moi , cette réussite est aussi tienne.

Je dédie également ce travail à ses chères filles : Houda ,Hadjer,Amel et takoua.

Vous êtes bien plus que des amies à mes yeux, vous êtes mes sœurs. Que cette réussite soit aussi
la votre ,et que notre lien demeure à jamais aussi précieux

A mes oncles, tantes, cousins et cousines

Je ne peux jamais assez-vous remercier pour me motiver d'avancer, me réconforter et me
soutenir dans tous les moments. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma gratitude pour
votre présence et vos encouragements tout au long de ma parcours.

A mes amies

D'abord à mon binôme **Chaima Boublel**, à celle avec qui j'ai partagé la fatigue de travail, et les
difficultés entre rires et inquiétudes, mais aussi les réussites et les précieux souvenirs. Merci
d'avoir rendu ce chemin plus doux à parcourir.

A tous mes amies de médecine, je suis reconnaissante à la médecine de m'avoir permis de vous
rencontrer et de partager avec vous cette belle aventure.

Ensemble, nous avons partagé une relation pleine de joie et de complicité, de sympathie, de rire
et de pleur.

A ma chère amie "Fatima Kamassi ", à toi qui as toujours cru en moi, qui m'as encouragée sans
jamais douter et qui as toujours été fière de mes réussites.

Merci d'avoir cru en moi. Cette réussite, je suis heureuse de pouvoir la partager avec toi.

Safa Madjidi

Table des matières

Table des matière

<i>REMERCIEMENTS</i>	v
<i>DEDICACES</i>	vii
<i>Table des matieres</i>	xi
<i>LISTE DES FIGURES</i>	xvi
<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	xix
<i>Liste des abréviations</i>	xxiii
<i>RESUMES</i>	xxv
<i>I.INTRODUCTION</i>	xxix
L'objectif principal :	2
Les objectifs secondaires	2
<i>II. REVUE DE</i>	3
<i>LITTERATURE</i>	3
1.1.L'anatomie générale de colon.....	4
1.2.Anatomie segmentaire du colon	5
1.3.La vascularisation et l'innervation du colon.....	5
2.Epidémiologie.....	8
2.1. la fréquence	8
2.2. les facteurs étiologique.....	8
3. Anatomopathologie.....	10
3.1.Histologie de colon	10
3.2 .Cancérogénese de cancer colique	11
<i>Figure 05: les étapes de développement de cancer colique</i>	12
3.3. Nature histologique :	12
3.3.3. Degré de différenciation :	13
3.4. Extension tumorale :	14
3.5. Les classifications des cancers coliques	14
4.L' Occlusion intestinale aigüe.....	16
4.1. Définition	16
4.2. Physiopathologie d'occlusion intestinale aigue.....	16
4.3. Diagnostic positif de l'occlusion	19
4.4. Diagnostic de gravité:	21

4.5. Diagnostic du siège et de l'étiologie de l'occlusion :.....	21
5. Traitement.....	25
5.1. Buts du traitement :.....	25
5.2. Les moyens.....	25
6. Surveillance	34
7. Complications et pronostic	35
8. Prévention.....	35
8.1. Prévention primaire.....	35
8.2. Prévention secondaire	35
8.3. Prévention tertiaire.....	36
<i>III. MATERIEL ET</i>	<i>37</i>
<i>METHODES</i>	<i>37</i>
1. Matériels.....	37
Critères d'inclusion.....	38
Critères de non inclusion :.....	38
Critères d'exclusion	38
2. Méthodes	38
❖ Type d'étude	38
❖ Lieu d'étude.....	38
❖ Recueil des données	38
❖ Les données collectées	38
❖ Saisie et analyse des données.....	39
<i>IV. RESULTATS</i>	<i>40</i>
I. Caractéristiques sociodémographiques.....	41
I.01. Nombres des patients	41
I.02. Sexe	41
I.03. l'âge	41
I.04. Statut marital	42
II. Les Renseignements cliniques.....	43
II.01. les antécédents personnels	43
II.02. les antécédents familiaux	44
II.03. les habitudes toxiques	45

II.04. Délai d'apparition de la symptomatologie initiale	45
II.05. Syndrome occlusif	46
II.06. Délai d'apparition de syndrome occlusif	46
II.07. Les signes généraux.....	47
II.08. les signes cliniques	48
II.09. Les signes physiques	49
III. Les renseignements paracliniques.....	50
III.01. Abdomen sans préparation (ASP).....	50
III.02. Coloscopie	51
III.03. Niveau de progression	51
III.04. Aspect endoscopique.....	52
III.05. La présence d'autres tumeurs coliques	53
III.06. le TDM	53
III.07. Comorbidités.....	54
III.08. Diagnostic d'occlusion colique sur tumeur en préopératoire.....	55
III.09. Bilan d'extension tumoral en préopératoire.....	55
IV. Attitude thérapeutique.....	56
IV.01. La Voie d'abord chirurgicale.....	56
IV.02. L'exploration chirurgicale	56
IV.03. Siège de la tumeur.....	57
IV.04. Perforation tumorale	58
IV.05. La résécabilité tumorale	58
IV.06. Geste chirurgical	59
IV.07. Organe stomatisé.....	60
IV.08. Type d'anastomose	60
IV.09. Métastaséctomie.....	61
IV.10. Curage ganglionnaire	61
V. Suites opératoire	61
V.01. suites opératoires compliqués ou simples	61
V.02. Les complications post opératoires immédiates et tardives	62
V.03. Bilan d'extension	62
V.04. Anatomo-pathologie.....	63

V.05.Rétablissement de continuité	67
V.06.Traitement adjuvant.....	67
V.07. Chimiothérapie /Radiothérapie	67
V.08. Décès	68
V.DISCUSSION.....	69
5.1Principaux résultats	70
5.1.1. Renseignements cliniques.....	70
5.1.2. Renseignements paracliniques	72
5.1.3.Attitude thérapeutique :	73
2-Exploration peropératoire :	74
4-Choix de la stratégie chirurgicale :	75
5-Les suites opératoire :	75
6- Marges de résection et curage ganglionnaire :	76
5.2. Limites et forces de l'étude	77
5.2.1.Forces de l'étude	77
5.2.2.Limites de l'étude	78
Perspectives et recommandations	78
VI.CONCLUSION	79
VII.BIBLIOGRAPHIE.....	80
VIII.ANNEXE.....	84

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

- Figure01 : anatomie du colon
- Figure02 : la vascularisation artériel du colon
- Figure 03 : la vascularisation veineuse du colon
- Figure 04 : histologie du colon
- Figure05 : les étapes de développement du cancer colique
- Figure 06 : adénocarcinome colique
- Figure07 : les différents mécanismes de l'occlusion intestinale aiguë
- Figure08 : la différence entre occlusion intestinale par obstruction et par strangulation
- Figure09 : NHA colique à l'ASP
- Figure 10 : la différence entre occlusion intestinale haute et basse
- Figure11 : aspect endoscopique d'un polype bénin (à gauche) et polype dégénéré (à droite)
- Figure12 : volvulus de sigmoïde
- Figure 13 : hémicolectomie gauche
- Figure14 : sigmoïdectomie
- Figure15 : aspect post-op d'une colostomie
- Figure16 : stomie de Hartmann
- Figure17 : les différents sites de colostomie
- Figure18 : les différentes étapes de mucoséctomie
- Figure 19 : algorithme de la prise en charge de cancer du colon métastatique
- Figure20 : algorithme de la prise en charge de cancer colique
- Figure 21 : dépistage selon le niveau de risque de CCR
- Figure22 : Répartition des patients selon le sexe
- Figure23 : Répartition des patients selon l'âge
- Figure24 : Répartition des patients selon le statut marital
- Figure25 : Répartition des patients selon les antécédents familiaux
- Figure26 : Répartition des patients selon les habitudes toxiques

Figure27 : délai d'apparition de la symptomatologie initiale

Figure 28 : Délai d'apparition de syndrome occlusif

Figure29 : les différents signes généraux retrouvés chez les patients

Figure30 : les manifestation cliniques

Figure31 : Nombre des patients présentent arrêt des matières et des gazs

Figure32 : Les différents signes physiques retrouvés chez les patients

Figure33 : Taux des patients présentent des niveaux hydro-aériques

Figure34 : Le niveau de progression de coloscopie en préopératoire

Figure 35 : Répartition des patients selon l'aspect endoscopique de la tumeur

Figure36 : Répartition des patients selon les résultats de TDM

Figure 37 : Répartition des patients présentent des comorbidités

Figure38 : Répartition des patients selon la réalisation d'un bilan d'extension en pré opératoire

Figure39 : les données de l'exploration chirurgicale

Figure40 : Répartition des patients selon le siège de la tumeur

Figure41 :Taux des patients présentent une perforation tumorale

Figure42 : Taux des cas présentent un tumeur non résécable

Figure 43 : Répartition des patients selon le geste chirurgical réalisé

Figure44 : Répartition des patients selon le type de stomie réalisée

Figure 45 : Répartition des patients selon le type d'anastomose chirurgicale

Figure46 : Répartition des patients selon la réalisation d'un TLT

Figure47 : l'origine du prélèvement anatomopathologique

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01 : classification du cancer colique par stades

Tableau02 : répartition des patients selon le sexe

Tableau 03 : Répartition des patients selon l'âge

Tableau 04 : répartition des patients selon le statut marital

Tableau05 : Répartition des patients selon les antécédents personnels.

Tableau 06: Répartition des patients selon les antécédents familiaux

Tableau07 : Répartition des patients selon la présence d'habitudes toxiques

Tableau08 : Répartition des patients selon le délai d'apparition de la symptomatologie initiale

Tableau 09: Nombre des cas ont une syndrome occlusif

Tableau 10 : délai d'apparition de syndrome occlusif

Tableau 11: Répartition des patients selon les signes généraux

Tableau 12: les manifestations cliniques

Tableau13 : Nombres des patients présents arrêt des matières et des gazs

Tableau 14: Répartition des patients selon les signes physiques à l'examen clinique

Tableau15 : Répartition des patients selon la réalisation d'un ASP.

Tableau16 : Répartition des patients selon la présence des niveaux hydro-aériques

Tableau 17: Répartition des patients selon la réalisation d'une coloscopie en préopératoire

Tableau18 : Niveau de progression de la coloscopie en préopératoire

Tableau 19 : Répartition des patients selon l'aspect endoscopique de la tumeur

Tableau 20 : la présence ou non d'autres tumeurs colique

Tableau21 : Répartition des patients selon la réalisation d'une TDM préopératoire

Tableau 22 : Répartition des patients selon les résultats de TDM

Tableau23 : Répartition des patients selon les comorbidités

Tableau 24: Répartition des patients selon la présence d'un diagnostic préopératoire d'occlusion colique sur tumeur

Tableau 25 : Répartition des patients selon la réalisation d'un bilan d'extension en préopératoire

Tableau 26 : Répartition des patients selon la voie d'abord chirurgicale

Tableau 27: Répartition des patients selon les données de l'exploration chirurgicale

Tableau 28 : Répartition des patients selon le siège de la tumeur

Tableau 29: Taux des patients présentent une perforation tumorale

Tableau 30 : Répartition des patients selon la résecabilité tumorale

Tableau 31 : Répartition des patients selon le geste chirurgical réalisé

Tableau 32 : Répartition des patients selon le type de stomie réalisée

Tableau 33 : Répartition des patients selon le type d'anastomose chirurgicale

Tableau 34 : Répartition des patients selon la réalisation d'une métastasectomie ou non

Tableau 35 : Répartition des patients selon la réalisation d'un curage ganglionnaire

Tableau 36 : Répartition des patients selon les suites opératoires compliquées ou non

Tableau 37 : Répartition des patients selon les complications post opératoires immédiates

Tableau 38 : Répartition des patients selon les complications à long terme

Tableau 39 : Répartition des patients selon la réalisation d'un TLT

Tableau 40 : La réalisation d'une échographie abdomino-pelvienne

Tableau 41 : Les résultats de TDM TAP

Tableau 42 : l'origine du prélèvement anatomopathologique

Tableau 43: le Type des marges de résection tumorale

Tableau 44: Répartition des patients selon le type anatomo-pathologique de tumeur

Tableau 45 : Répartition des cancers selon le degré de différenciation

Tableau 46 : Nombre des ganglions totaux

Tableau 47 : Nombre des ganglions envahis

Tableau 48 : Répartition des cas selon la classification TNM

Tableau 49 : La présence ou non des embolies vasculaires

Tableau 50 : Rétablissement de la continuité

Tableau 51 : traitement adjuvant

Tableau 52 :Nombre des patient qui on fait la chimiothérapie

Tableau 53 :Nombre des patients qui on fait la radiothérapie

Tableau 54 : Nombre des patients décédés

Liste des abréviations

LISTE DES ABRIVIATIONS

ACE : antigène carcino-embryonnaire
AJCC: American joint committee on cancer
AND: acide désoxyribonucléique
APC : adenomatous polyposis coli
ASP : abdomen sans préparation
AVC : accident vasculaire cérébrale
CA 19-9 : carbohydrate antigen 19-9
CAC : centre anti-cancéreux
CCR: cancer colo-rectale
EPH: etablissement public hospitalier
HNPCC : hereditary non-polyposis colorectal cancer
IMC : indice de masse corporelle
IRM : imagerie par résonance magnétique
MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin
NHA : niveaux hydro-aérique
PAF : polypose adénomateuse familiale
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RCUH: recto-colite ulcéro-hémorragique
TDM : tomodonsitométrie
TDM-TAP : scanner thoraco-abdomino-pelvienne
TEP – TDM : tomographie par émission de positons couplée au scanner
TLT: théléthorax
TNM: tumor –nodes –metastasis
TR : toucher rectale
UICC: Union internationale contre le cancer
VVP : voie veineuse périphérique

RESUMES

RESUME

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) représente le deuxième cancer le plus fréquent en Algérie , L'occlusion colique sur tumeur constitue une urgence médico-chirurgicale gravée d'une morbi-mortalité postopératoire élevée, La prise en charge chirurgicale en urgence reste débattue ; Le choix entre une résection-anastomose d'emblée et une attitude conservatrice/dérivative: intervention de Hartmann ou stomie de poche en amont fait l'objet de nombreuses discussions L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le profil épidémiologique, clinique et les modalités de prise en charge chirurgicale en urgence du cancer du côlon gauche occlusif à l'EPH Mohamed Boudiaf d'Ouargla.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et rétrospective menée de janvier 2020 à décembre 2025 au niveau de l'EPH Mohamed Boudiaf d'Ouargla. Ont été inclus tous les patients opérés en urgence pour occlusion intestinale aiguë secondaire à un cancer du côlon gauche confirmé histologiquement. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, opératoires et anatomopathologiques ont été colligées puis analysées à l'aide des logiciels SPSS 27 et Excel.

Résultats: 59 patients admis en urgence pour occlusion sur cancer du colon gauche. On notait une prédominance masculine (54,2 %) et une survenue préférentielle chez des sujets âgés, la tranche d'âge la plus représentée étant celle des 61 à 80 ans (42,40 %), Cliniquement, la douleur abdominale (93,2 %) et la distension abdominale (98,3 %), avec l'arrêt des matières et des gazes étaient prédominantes. Le bilan para-clinique indique que 50 patients ont pu bénéficier d'une coloscopie préopératoire (84,70 %) ayant permis de retrouver majoritairement un aspect de tumeur sténosante chez 30,50 % des patients examinés, tandis que la TDM abdominale a identifié la localisation sigmoïdienne comme localisation principale dans 44,10 % des cas, La stadification scanographique met en évidence une absence de métastases à distance chez 13,60 % (n=8) des patients explorés, aux côtés des localisations secondaires représentées par des métastases hépatiques isolées (10,20 %) (n=6), hépato-pulmonaires (6,80 %) (n=4), pulmonaires isolées (1,70 %) (n=1) ou une carcinose péritonéale (5,10 %) (n=3). La voie d'abord par laparotomie médiane a été constante (100 %). L'évaluation peropératoire a confirmé la résectabilité tumorale dans la grande majorité des cas à 83,10 % (n=49), L'attitude thérapeutique prédominante en urgence repose sur l'intervention de Hartmann à 40,70 % (n=24), réalisée sans aucune métastasectomie d'emblée à 0 %. Un curage ganglionnaire a été réalisé dans 78 % des cas. Histologiquement, l'adénocarcinome constituait le type chez tous les patients (100 %), majoritairement bien différencié (61,02 %), à un stade localement avancé (T3/T4). Dans les suites à moyen terme, la prise en charge oncologique a été complétée par l'administration d'un traitement adjuvant chez 79,70 % (n=47) des patients, tandis que le rétablissement de la continuité digestive a pu être mené chez 63,20 % (n=24) des 39 patients ayant bénéficié d'une stomie. Enfin le taux de survie très favorable de 94,90 % (n=56), pour un taux de décès restreint à 5,10 % (n=3).

Discussion / Conclusion : Le cancer du côlon gauche en occlusion survient préférentiellement chez le sujet âgé et se révèle à un stade invasif. L'intervention de Hartmann reste la stratégie de sécurité la plus appliquée dans notre contexte d'urgence, bien que la résection-anastomose en un temps conserve sa place chez des patients sélectionnés. L'amélioration du pronostic passe par le renforcement des programmes de dépistage précoce du CCR afin d'éviter la survenue de cette complication occlusive redoutable.

Mots-clés : Cancer du côlon gauche, Occlusion intestinale aiguë, Urgence chirurgicale, Intervention de Hartmann, Résection-anastomose.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer (CRC) is the second most common cancer in Algeria. Colonic obstruction due to a tumor constitutes a medical and surgical emergency with high postoperative morbidity and mortality. Emergency surgical management remains a subject of debate; the choice between immediate resection and anastomosis and a conservative/diverted approach—Hartmann's procedure or upstream pouch stoma—is the subject of much discussion. The main objective of this study was to evaluate the epidemiological and clinical profile, as well as the modalities of emergency surgical management, of obstructive left-sided colon cancer at the Mohamed Boudiaf University Hospital in Ouargla.

Materials and methods : This was a descriptive, cross-sectional, and retrospective study conducted from January 2020 to December 2025 at the Mohamed Boudiaf University Hospital in Ouargla. All patients who underwent emergency surgery for acute intestinal obstruction secondary to histologically confirmed left colon cancer were included. Sociodemographic, clinical, paraclinical, operative, and anatomopathological data were collected and then analyzed using SPSS 27 and Excel software.

Results : 59 patients were admitted to the emergency department for obstruction due to left colon cancer. There was a male predominance (54.2%) and a preferential occurrence in elderly subjects, with the most represented age group being 61 to 80 years (42.40%). Clinically, abdominal pain (93.2%) and abdominal distension (98.3%), with constipation and constipation, were predominant. Paraclinical evaluation indicated that 50 patients underwent preoperative colonoscopy (84.70%) which made it possible to find predominantly a stenosing tumor appearance in 30.50% of the patients examined, while abdominal CT identified the sigmoid location as the main location in 44.10% of cases. The staging CT scans revealed an absence of distant metastases in 13.60% (n=8) of the patients examined, alongside secondary locations represented by isolated liver metastases (10.20%) (n=6), hepatopulmonary (6.80%) (n=4), isolated pulmonary (1.70%) (n=1) or peritoneal carcinomatosis (5.10%) (n=3). The midline laparotomy approach was constant (100%). Intraoperative evaluation confirmed tumor resectability in the vast majority of cases at 83.10% (n=49). The predominant emergency treatment approach was Hartmann's procedure in 40.70% of cases (n=24), performed without any initial metastasectomy in 0% of cases. Lymph node dissection was performed in 78% of cases. Histologically, adenocarcinoma was the predominant tumor (100%), mostly well-differentiated (61.02%), at a locally advanced stage (T3/T4). In the medium-term follow-up, oncological management was supplemented by adjuvant therapy in 79.70% (n=47) of patients, while restoration of bowel continuity was achieved in 63.20% (n=24) of the 38 patients who underwent stoma creation. Finally, the very favorable survival rate of 94.90% (n=56), for a death rate restricted to 5.10% (n=3).

Discussion/Conclusion: Left-sided colon cancer causing obstruction occurs predominantly in elderly patients and is often presented at an invasive stage. The Hartmann's procedure remains the most frequently used safety strategy in our emergency setting, although single-stage resection and anastomosis still has a role in selected patients. Improving the prognosis requires strengthening early colorectal cancer screening programs to prevent this formidable occlusive complication.

Keywords: Left colon cancer, Acute intestinal obstruction, Surgical emergency, Hartmann's procedure, Resection-anastomosis.

ملخص

مقدمة: يُعد سرطان القولون والمستقيم ثاني أكثر أنواع السرطان شيوعاً في الجزائر. ويُمثل انسداد القولون الناتج عن ورم حالة طبية وجراحية طارئة، مصحوبة بارتفاع معدلات المضاعفات والوفيات بعد الجراحة. ولا يزال التدبير الجراحي الطارئ موضع نقاش؛ إذ يُعد الاختيار بين الاستئصال الفوري وإعادة توصيل الأمعاء، والنهج التحفظي/التحويلي -كإجراء هارتمان أو فغر الجيب العلوي -موضوعاً للعديد من المناقشات. وكان الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو تقييم الخصائص الوبائية والسريرية، بالإضافة إلى أساليب التدبير الجراحي الطارئ، لسرطان القولون الأيسر الانسدادي في مستشفى محمد بوضياف الجامعي في ورقلة.

المواد والأساليب: كانت هذه دراسة وصفية، مستعرضة، واسترجاعية، أُجريت في الفترة من يناير 2020 إلى ديسمبر 2025 في مستشفى محمد بوضياف الجامعي في ورقلة. وشملت الدراسة جميع المرضى الذين خضعوا لجراحة طارئة بسبب انسداد معوي حاد ثانوي لسرطان القولون الأيسر المؤكد نسيجياً. تم جمع البيانات الاجتماعية والديموغرافية والسريرية وشبه السريرية والجراحية والنسجية المرضية، ثم تحليلها باستخدام برنامجي SPSS 27 و Excel.

النتائج: شملت الدراسة 59 مريضاً دخلوا إلى قسم الطوارئ بسبب انسداد معوي ناتج عن سرطان القولون الأيسر. كانت نسبة الذكور أعلى (54.2%)، مع حدوث أكبر لدى الأشخاص المسنين، حيث كانت الفئة العمرية من 61 إلى 80 عاماً، كان الأم البطن (93.2%) وانتفاخ البطن (98.3%)، بالإضافة إلى الإمساك، من الأعراض السائدة. أشارت الفحوصات شبه السريرية إلى أن خمسين مريضاً خضعوا لتنظير القولون قبل الجراحة (84.7%)، والذي كشف عن وجود ورم مُضَيّق للمعة لدى (30.5%) من المرضى الذين تم فحصهم، بينما حدد التصوير المقطعي المحوسب للبطن القولون السيني كموقع أساسي للورم في (44.1%) من الحالات. الإخراج المسرحي أظهرت فحوصات التصوير المقطعي المحوسب عدم وجود نقائل بعيدة في (13.60%) من المرضى الذين تم فحصهم، في حين تمثلت المواقع ثانوية في نقائل كبدية معزولة (10.20%) ونقائل كبدية رئوية (6.80%) ونقائل رئوية معزولة (1.70%) أو السرطان البريتوني لدى (5.10%).

وكانت طريقة الدخول الجراحي عن طريق شق بطني وسطي في جميع الحالات (100%) وأُكد التقييم أثناء العملية إمكانية استئصال الورم في الغالبية العظمى من الحالات بنسبة (83.10%) كان إجراء هارتمان هو النهج العلاجي الطارئ السائد في (40.70%) من الحالات، والذي أُجري دون استئصال نقائل أولي في 0% من الحالات. أُجري استئصال العقد اللمفاوية في 78% من الحالات من الناحية النسيجية، كان السرطان الغدي هو النوع السائد لدى جميع المرضى (100%)، وكان في الغالب جيد التمايز (61.02%)، في مرحلة متقدمة موضعياً (T3/T4).

في المتابعة متوسطة المدى، تم استكمال العلاج الأورامي بالعلاج المساعد لدى (79.70%) من المرضى، بينما تم استعادة استمرارية الأمعاء لدى 24 من المرضى من أصل 39 مريضاً خضعوا لإنشاء فغرة. وأخيراً، معدل البقاء على قيد الحياة بنسبة (94.90%)، ومعدل وفيات يقتصر على (5.1%)

المناقشة: يُعد سرطان القولون الأيسر المُسبّب للانسداد أكثر شيوعاً لدى كبار السن، وغالباً ما يُشخّص في مرحلة متقدمة. ولا تزال عملية هارتمان الخيار الأكثر استخداماً في قسم الطوارئ، على الرغم من أن الاستئصال والتوصيل في مرحلة واحدة لا يزال له دور في حالات مُحَدَّدة. ويتطلّب تحسين التشخيص تعزيز برامج الكشف المبكر عن سرطان القولون والمستقيم للوقاية من هذه المضاعفة الانسدادية الخطيرة.

الكلمات المفتاحية: سرطان القولون الأيسر، انسداد معوي حاد، حالة جراحية طارئة، إجراء هارتمان، استئصال وإعادة توصيل الأمعاء.

I.INTRODUCTION

INTRODUCTION :

Le cancer colorectal (CCR) constitue l'un des cancers digestifs les plus fréquents à l'échelle mondiale et représente un véritable problème de santé publique. Selon les données du Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), environ 1,9 million de nouveaux cas et plus de 900 000 décès ont été enregistrés en 2022. Il constitue ainsi le troisième cancer le plus diagnostiqué et la deuxième cause de mortalité par cancer à l'échelle mondiale(1). Son incidence ne cesse d'augmenter au cours des dernières décennies, notamment dans les pays en développement, en raison des modifications des habitudes de vie, incluant les changements alimentaires, la sédentarité, le tabagisme et l'obésité (2). En Algérie, le cancer colorectal constitue un véritable problème. Selon les estimations du Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), environ 7 747 nouveaux cas et 4 380 décès ont été enregistrés en 2022. Il représente actuellement le deuxième cancer le plus fréquent après le cancer du sein. L'incidence augmente avec l'âge, la majorité des cas survenant après 50 ans. Les cancers du côlon sont plus fréquents que ceux du rectum et plusieurs études hospitalières algériennes rapportent une prédominance masculine ainsi qu'un diagnostic souvent tardif, ce qui explique la fréquence des formes compliquées, notamment les occlusions coliques. (3) (4)

L'occlusion intestinale aiguë représente une urgence médico-chirurgicale grave mettant en jeu le pronostic vital à court terme. Elle se définit par l'arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz dans l'intestin, secondaire à une obstruction mécanique ou fonctionnelle. Dans le contexte du cancer colique, l'occlusion constitue l'une des principales complications révélatrices, traduisant souvent un stade avancé de la maladie. Elle impose une prise en charge rapide et adaptée afin de prévenir les complications sévères telles que la perforation intestinale, la péritonite et le choc septique.

D'un point de vue étiopathogénique, la majorité des cancers coliques se développe selon la séquence adénome-cancer, un processus progressif et lent s'étalant sur plusieurs années. Cette évolution offre une opportunité précieuse pour le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses, permettant ainsi de réduire l'incidence et la mortalité liées à cette pathologie. Cependant, en l'absence de diagnostic précoce, la maladie peut évoluer vers des formes compliquées, notamment l'occlusion intestinale, la perforation ou l'hémorragie.

Le cancer colique en occlusion représente environ 20 à 25 % des cas au moment du diagnostic, avec une prédominance nette pour les tumeurs du côlon gauche. Cette localisation préférentielle s'explique par des facteurs anatomiques et physiopathologiques, notamment le calibre plus étroit du côlon gauche, la consistance plus solide des selles et la croissance tumorale souvent circonférentielle, réalisant des lésions sténosantes. Ces particularités favorisent la constitution rapide d'un obstacle mécanique complet. (5)

La prise en charge des cancers coliques occlusifs repose essentiellement sur la chirurgie, qui constitue le traitement de référence. Toutefois, cette prise en charge représente un véritable défi thérapeutique, en raison du contexte d'urgence, du terrain souvent fragile des patients, notamment les sujets âgés et comorbides, et du stade avancé de la maladie. Plusieurs stratégies chirurgicales peuvent être envisagées, allant de la résection avec anastomose primaire aux interventions en plusieurs temps avec stomie de dérivation. Malgré les progrès réalisés en chirurgie digestive, en anesthésie et en réanimation, la morbidité et la mortalité postopératoires restent élevées, pouvant atteindre 10 à 27 %.

Des alternatives thérapeutiques telles que la mise en place de prothèses coliques (stents) ont été développées afin de transformer une situation d'urgence en chirurgie programmée, mais leur utilisation reste discutée et dépend des ressources disponibles et de l'expertise des équipes.(5)

Dans les pays en développement, notamment en Afrique, le retard diagnostique constitue un problème majeur, lié au retard de consultation et à l'accès limité aux structures de soins spécialisées. Cela explique la fréquence élevée des formes compliquées, en particulier les occlusions intestinales, qui peuvent atteindre près de 50 % des cas. Ce retard contribue à aggraver le pronostic et à augmenter la mortalité liée à cette pathologie.

Enfin, la prise en charge des patients atteints de cancer colique, en particulier dans un contexte d'urgence, nécessite une approche multidisciplinaire intégrant les aspects chirurgicaux, oncologiques et anesthésiques. L'évaluation du terrain, notamment chez les patients âgés, est essentielle afin d'adapter la stratégie thérapeutique et d'améliorer les résultats postopératoires et la qualité de vie.

Dans ce contexte, notre travail, réalisé au niveau de l'hôpital Mohamed Boudiaf d'Ouargla, a pour objectif d'évaluer la prise en charge chirurgicale du cancer du côlon gauche en situation d'occlusion, d'analyser ses résultats, afin d'optimiser les stratégies thérapeutiques dans notre contexte.

L'objectif principal :

-Évaluer le profil épidémiologique, clinique, paraclinique et les modalités de prise en charge chirurgicale des patients admis pour occlusion intestinale aiguë sur cancer du côlon gauche à l'Établissement Public Hospitalier (EPH) Mohamed Boudiaf d'Ouargla de 2020 à 2025.

Les objectifs secondaires :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude selon l'annexe 1 (distribution selon l'âge, le sexe ...).
- Évaluer l'efficacité de choix de technique chirurgicale réalisés en urgence (chirurgie en un seul temps par résection-anastomose d'emblée versus chirurgie séquentielle en plusieurs temps par intervention de Hartmann ou colostomie de poche en amont).

II. REVUE DE LITTERATURE

1. Rappel anatomique :

1.1.L'anatomie générale de colon (6):

Le côlon constitue la partie terminale du gros intestin, s'étendant de la valvule iléo-cæcale jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne. Il est disposé en cadre au sein de la cavité abdominale, entourant les anses de l'intestin grêle, et se divise en plusieurs segments anatomiquement et fonctionnellement distincts, à savoir le cæcum, le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant, le côlon iliaque et le côlon sigmoïde, auxquels s'ajoutent deux zones de transition angulaires importantes : l'angle colique droit, situé sous le foie, et l'angle colique gauche, localisé sous la rate et généralement plus élevé et plus postérieur. Pour le chirurgien, il comporte principalement deux portions : le côlon droit (entre la valvule iléo-caecale et les 2/3 droits de l'anse transverse) vascularisé par les branches de l'artère mésentérique supérieure, et le côlon gauche (entre le tiers gauche de l'anse transverse et la jonction sigmoïdo-rectale) vascularisé par l'artère mésentérique inférieure.

On doit distinguer les segments coliques accolés (ascendant et descendant) des segments mobiles (transverse et sigmoïde) amarrés par un long méso libre.

Le méso côlon transverse sépare la cavité abdominale en deux étages distincts, sus- et sous-mésocolique. Le méso sigmoïde isole le petit bassin.

L'innervation du côlon est double : intrinsèque et extrinsèque. L'innervation extrinsèque est assurée par le plexus solaire et le plexus mésentérique supérieur et inférieur. Elle contrôle l'innervation intrinsèque.

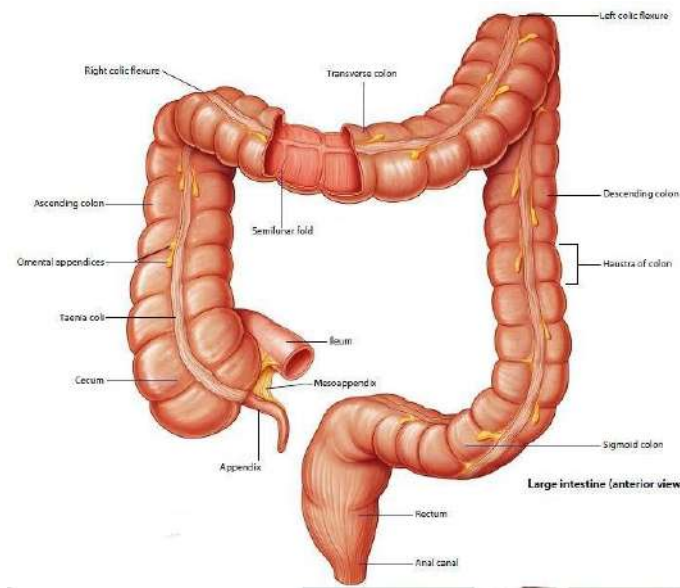


Figure 01 : anatomie du colon

1.2. Anatomie segmentaire du colon (6) (7):

Le côlon est constitué de plusieurs segments anatomiques successifs, chacun possédant des caractéristiques propres en termes de situation, de fixation et de rapports avec les organes voisins.

1.2.1 : le colon droit :

Il débute par le cæcum, localisé dans la fosse iliaque droite, qui représente une portion dilatée en cul-de-sac recevant le contenu iléal par l'intermédiaire de la valvule iléo-cæcale. À partir de cette région naît l'appendice vermiforme, dont la position est variable et qui présente un rôle immunitaire.

Il se poursuit ensuite par le côlon ascendant, qui remonte le long du flanc droit jusqu'à la région sous-hépatique ; ce segment est généralement fixé à la paroi postérieure, ce qui limite sa mobilité. À son extrémité supérieure, il forme un coude appelé angle colique droit, en relation étroite avec le foie.

Le côlon transverse fait suite à cet angle et traverse l'abdomen de droite à gauche. Contrairement aux segments précédents, il est mobile grâce à son mésocôlon, ce qui lui permet de varier de position selon les individus. Il occupe une place importante dans la cavité abdominale en séparant les étages sus- et sous-mésocoliques et entretient des rapports avec l'estomac en avant et le pancréas en arrière. À l'extrémité gauche, il forme l'angle colique gauche, situé sous la rate, caractérisé par une position plus élevée et une fixation plus marquée en raison de ses attaches ligamentaires.

1.2.2. le colon gauche :

Le côlon descendant prolonge cet angle en suivant le flanc gauche de l'abdomen jusqu'à la fosse iliaque gauche. Ce segment est également peu mobile du fait de son accollement à la paroi postérieure. Il se prolonge par le côlon iliaque, zone de transition où les particularités morphologiques du côlon commencent à s'atténuer progressivement.

Enfin, le côlon sigmoïde constitue la portion terminale du côlon ; il se situe dans la cavité pelvienne et présente une forme sinueuse en S. Grâce à son mésocôlon, il est particulièrement mobile et joue un rôle de réservoir avant le rectum. Cette grande mobilité explique sa susceptibilité à certaines affections, notamment les torsions.

Ainsi, la division du côlon en segments distincts reflète une organisation anatomique précise, essentielle à la compréhension des relations entre les différentes parties du tube digestif ainsi qu'à l'interprétation des pathologies qui peuvent les affecter.

1.3. La vascularisation et l'innervation du colon (6):

La vascularisation du côlon est assurée par un réseau artériel, veineux et lymphatique organisé autour des axes mésentériques, garantissant une irrigation efficace de l'ensemble du cadre colique.

1.3.1. la vascularisation artérielle :

deux territoires principaux peuvent être individualisés :

Le territoire proximal, correspondant au **côlon droit** (regroupe le cæcum, l'appendice, le côlon ascendant ainsi que la majeure partie du côlon transverse). Il est irrigué **par l'artère mésentérique supérieure**, qui émet plusieurs branches destinées à ces segments, notamment l'artère iléo-colique pour la région cæcale et appendiculaire, ainsi que les artères coliques droites et moyenne pour le reste du côlon droit et une partie du transverse. Le territoire distal, correspondant au **côlon gauche** (comprend le segment terminal du côlon transverse, le côlon descendant et le côlon sigmoïde). Il dépend de **l'artère mésentérique inférieure**, laquelle donne naissance à l'artère colique gauche et aux artères sigmoïdiennes avant de se prolonger par l'artère rectale supérieure. L'ensemble de ces branches artérielles communique par des anastomoses formant une arcade continue le long du bord du côlon, permettant une compensation en cas d'insuffisance d'un des axes principaux.

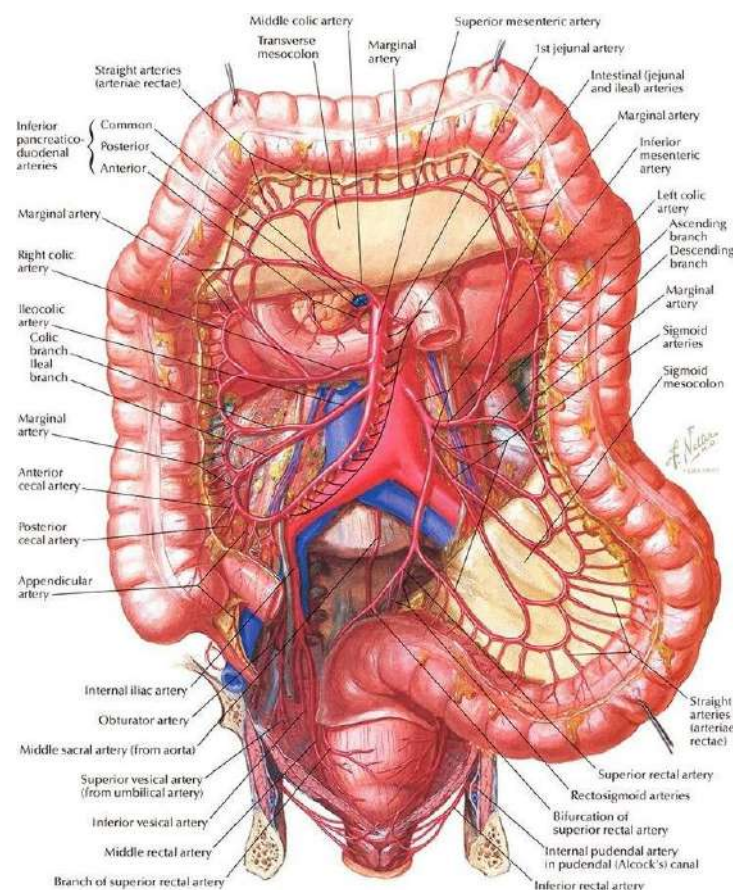


Figure02 : la vascularisation artérielle du colon

1.3.2. la vascularisation veineuse :

Le retour veineux suit une organisation parallèle à celle du réseau artériel. Les veines drainant le côlon droit convergent vers la veine mésentérique supérieure, tandis que celles du côlon gauche rejoignent la veine mésentérique inférieure. Ces deux systèmes veineux participent ensuite à la formation du système porte hépatique, assurant le transport du sang vers le foie. Par ailleurs, le drainage lymphatique du côlon s'effectue de manière progressive en suivant le trajet des vaisseaux sanguins. Il débute au niveau de petits relais ganglionnaires situés à proximité immédiate de la paroi intestinale, puis se poursuit vers des groupes ganglionnaires disposés le long des arcades vasculaires et des pédicules artériels, avant d'atteindre des relais plus centraux situés à l'origine des artères mésentériques.

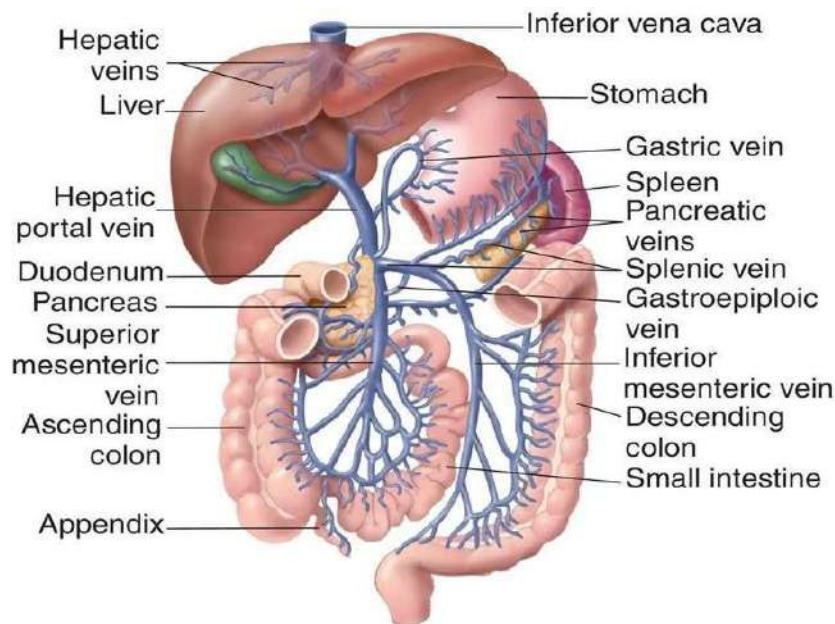


Figure03 : la vascularisation veineuse du colon

1.3.3. le drainage lymphatique(6) :

Les vaisseaux lymphatiques du colon accompagnent les vaisseaux sanguins. Ceux de l'artère mésentérique supérieure drainent par les ganglions épi-coliques, para-coliques, intermédiaires et centraux vers le canal thoracique. Ceux de l'artère mésentérique inférieure passent par les ganglions juxta-aortiques.

1.3.4. l'innervation :(6)

•L'innervation du côlon repose sur deux composantes complémentaires : une innervation intrinsèque et une innervation extrinsèque.

L'innervation intrinsèque correspond au système nerveux entérique, constitué de plexus situés dans la paroi colique, qui assurent de manière autonome la régulation de la motricité et des sécrétions. L'innervation extrinsèque, quant à elle, dépend du système nerveux autonome et est assurée par les plexus mésentériques supérieur et inférieur. Elle comprend des fibres sympathiques et parasympathiques qui modulent l'activité du système entérique. Les fibres nerveuses accompagnent généralement les vaisseaux sanguins pour atteindre les différents segments du côlon. Ainsi, cette double innervation permet une coordination fine des fonctions coliques, notamment le péristaltisme et les échanges digestifs

2.Epidémiologie :

2.1. la fréquence :

Le cancer colique constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique, tant à l'échelle mondiale qu'en Algérie, s'inscrivant dans un contexte de transition épidémiologique marqué par les changements des modes de vie. **En 2022**, on estime à environ **1,93 million le nombre de nouveaux cas** dans le monde, avec plus de **900 000 décès**, touchant particulièrement les pays à haut niveau de développement et les hommes. En Algérie, Selon le Registre des Tumeurs d'Alger ;les cancers colorectaux figurent parmi **1ere localisations chez l'homme** et se classent dans **les 5premiers cancers chez la femme** dans la wilaya d'Alger. (4) (8)

Sur le plan clinique, une proportion importante de ces cancers est diagnostiquée à un stade compliqué, notamment sous forme d'occlusion intestinale aiguë. Environ **16 %** des cancers colorectaux sont révélés par ce tableau, tandis que les tumeurs malignes représentent la cause principale des occlusions coliques, étant responsables d'environ **70 %** des cas. Ces occlusions siègent préférentiellement au niveau du côlon gauche, en particulier entre le tiers gauche du côlon transverse et la charnière recto-sigmoïdienne.

2.2. les facteurs étiologique :

2.2.1. les facteurs exogènes :

- **Âge et antécédents** : Le risque augmente significativement après 50 ans. Les antécédents personnels ou familiaux de polypes adénomateux ou de cancer colorectal augmentent le risque.
- **Facteurs génétiques** : Des syndromes héréditaires comme la polypose adénomateuse familiale (PAF) ou le **syndrome de Lynch** sont à l'origine de formes familiales.
- **Habitudes alimentaires** : Une consommation élevée de viandes rouges et de charcuteries (viandes transformées) est un facteur de risque majeur. Une alimentation pauvre en fibres (fruits, légumes, céréales) est aussi incriminée.
- **Mode de vie** : Le surpoids, l'obésité, la **sédentarité**, le tabagisme et une forte **consommation d'alcool** augmentent le risque.
- **Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)** : La rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn augmentent la probabilité de développer un cancer du côlon.

- **Autres facteurs :** Le diabète de type 2 et certaines prédispositions ethniques (descendance juive ashkénaze) sont mentionnés. (9) (10) (2)

2.2.2.les facteurs endogènes (11):

2.2.2.1. Polypes adénomateux :

Les cancers colorectaux se développent à partir d'un adénome (80 % des cas), généralement sous la forme d'un polype. La filiation adénome cancer est actuellement établie.

Le risque de dégénérescence dépend de :

- Type histologique : Villeux > Tubuleux
- Degré de dysplasie : dysplasie de haut grade
- Taille : le risque augmente à partir de 1 cm
- Forme : base sessile, polype plan

2.2.2.2. facteurs génétique :

❖ les polypes :

- La polyposse recto-colique familiale (PAF):

une affection à transmission autosomique dominante, liée à une mutation du gène **APC**. Elle se caractérise par l'apparition de centaines, voire de milliers de polypes adénomateux au niveau du côlon et du rectum (une polyposse est suspecter si plus de 15 polypes adénomateux colorectaux synchrones ou métachrones sont mis en évidence), généralement dès l'adolescence. En l'absence de prise en charge, l'évolution vers un cancer colorectal est quasiment constante, avec un risque proche de **100 %** avant l'âge de 40 ans. Le diagnostic repose sur la coloscopie, qui met en évidence la multiplicité des polypes, et sur la confirmation génétique par la recherche d'une mutation du gène APC. La prise en charge est essentiellement préventive et repose sur une surveillance endoscopique régulière et, le plus souvent, sur une colectomie prophylactique afin d'éviter la transformation maligne.

- **Le Syndrome de Gardner** : associe des tumeurs osseuses et cutanées à des polypes.
- **Le Syndrome de Turcot** : associe des tumeurs du système nerveux central et des polypes
- **Le Syndrome de Peutz-Jeghers** : associe des pigmentations péri-orificielles et des polypes hamartomateux.

❖ **syndrome de lynche** :également appelé cancer colorectal héréditaire sans polyposse (HNPCC) est une affection génétique responsable d'une prédisposition élevée au cancer colorectal

ainsi qu'à d'autres cancers (ovaire , utérus, appareil urinaire).

Il s'agit d'une maladie à transmission autosomique dominante, liée à une mutation des gènes impliqués dans la réparation des erreurs de l'ADN (gènes MMR : *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2*). Cette anomalie entraîne une instabilité des microsatellites, favorisant l'accumulation de mutations et la transformation maligne. Contrairement à la polypose adénomateuse familiale, le nombre de polypes est peu élevé, mais leur évolution vers le cancer est rapide.. Il est suspecté à l'anamnèse par **les critères d'Amsterdam** :

- *Trois cas ou plus de CCR histologiquement prouvés dans les antécédents familiaux, dont un lié au premier degré avec les deux autres.*
- *CCR touchant au moins deux générations*
- *Au moins un cas de CCR est diagnostiqué avant 50 ans Puis confirmé par des tests moléculaire et l'analyse génétique.*

2.2.2.3.Maladies inflammatoires cryptogénétiques colorectales :

- **La recto-colite ulcéro- hémorragique(RCUH):** : le risque de dégénérescence augmente avec l'âge, l'étendue (pancolite) et l'ancienneté de la maladie (après 10 ans d'évolution).
- **La maladie de chron** : peut également dégénérer après une longue évolution.

3. Anatomopathologie :

3.1.Histologie de colon (6):

La paroi colique est constituée d'une muqueuse (épithélium, membrane basale, chorion, musculaire muqueuse), d'une sous-muqueuse, d'une musculature, et d'une sous-séreuse. La muqueuse colique ressemble à la muqueuse intestinale, mais n'a pas de villosités. Elle a uniquement des cryptes ou glandes de Lieberkühn. L'épithélium des cryptes est constitué principalement de cellules caliciformes (mucosécrétantes), de colonocytes (cellules absorbantes), et de rares cellules neuroendocrines. On trouve, à l'état normal des lymphocytes (CD8+) au sein de l'épithélium de surface, dans une proportion inférieure à 10 lymphocytes pour 100 cellules épithéliales. Il y a quelques particularités histologiques en fonction des segments du côlon :

- on trouve des cellules de Paneth dans la base des cryptes seulement au niveau du côlon droit ;
- plus on progresse dans le côlon, plus il y a de cellules caliciformes et moins il y a de cellules absorbantes.

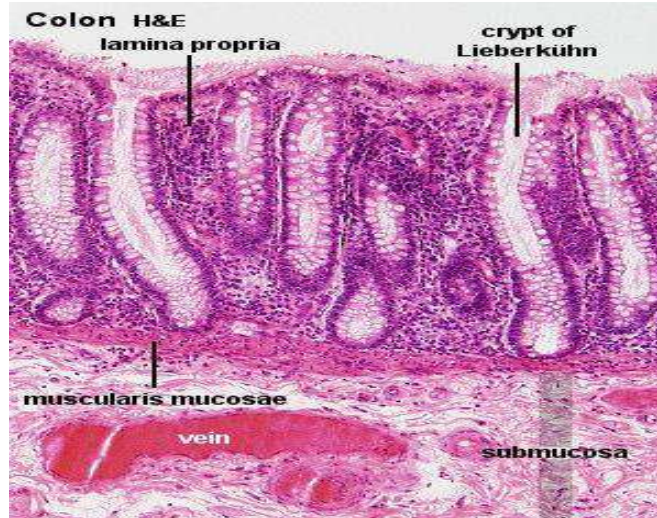


Figure04:histologie du colon

3.2 .Cancérogénese de cancer colique :

Le développement du cancer du côlon correspond à un phénomène progressif durant lequel les cellules normales de la muqueuse colique subissent une succession d'altérations moléculaires et biologiques conduisant progressivement à la formation d'une tumeur maligne. Cette évolution se déroule en plusieurs phases interdépendantes : l'initiation, la promotion puis la progression tumorale. (12)

- 1- **Phase d'initiation** : L'initiation représente le stade précoce de la cancérogenèse. Elle débute lorsqu'une cellule épithéliale colique est exposée à différents agents capables d'endommager l'ADN, tels que les carcinogènes alimentaires, le stress oxydatif, les radicaux libres, l'inflammation chronique ou certaines bactéries du microbiote intestinal. Ces agressions entraînent l'apparition de mutations génétiques permanentes.
- 2- **Phase de promotion** : La promotion correspond à une phase d'expansion des cellules déjà altérées. Les cellules initiées acquièrent progressivement un avantage de croissance leur permettant de se multiplier plus rapidement que les cellules normales environnantes. Cette étape favorise la constitution et l'augmentation du volume des lésions adénomateuses.
- 3- **Phase de progression** : La progression constitue le stade avancé de la cancérogenèse colique. Elle correspond à l'accumulation de nouvelles altérations génétiques et épigénétiques qui transforment progressivement l'adénome en carcinome invasif.

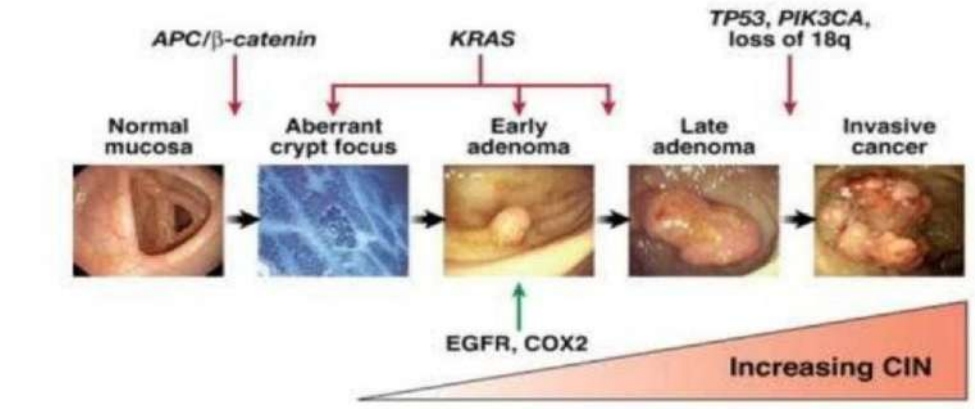


Figure 05: les étapes de développement de cancer colique

3.3. Nature histologique :

Le cancer du côlon correspond dans la grande majorité des cas à une tumeur maligne d'origine épithéliale, dominée par l'adénocarcinome. Cette tumeur se développe à partir des cellules glandulaires de la muqueuse colique, le plus souvent selon une évolution progressive à partir d'une lésion préexistante de type adénome.

L'adénocarcinome constitue la forme prédominante représentant environ 90 à 95 % (13). Il existe cependant plusieurs variantes morphologiques caractérisées par leur structure et leur comportement biologique :

- La forme classique, qui reproduit plus ou moins l'architecture glandulaire normale
- La forme mucineuse, définie par une production abondante de mucus extracellulaire
- Le carcinome à cellules indépendantes (dit en bague à chaton), constitué de cellules isolées riches en mucine
- Des formes peu différenciées ou indifférenciées, généralement associées à une évolution plus agressive. (14)

3.3.1. Les formes macroscopique :

- **La forme ulcéro-bourgeonnante** : est la plus fréquente, associant une masse irrégulière à surface ulcérée avec des bords surélevés et une infiltration en profondeur.
- **La forme bourgeonnante** : souvent observée au niveau du côlon droit, se présente comme une tumeur exophytique développée dans la lumière, parfois volumineuse et friable
- **la forme sténosante** : réalise un épaissement circonférentiel de la paroi entraînant un rétrécissement progressif de la lumière colique, responsable de tableaux occlusifs, surtout au niveau du côlon gauche.
- **La forme infiltrante** : diffuse se caractérise par un épaissement pariétal sans masse individualisable, avec des limites imprécises.

- **la forme ulcérée pure** : correspond à une perte de substance profonde sans composante tumorale exophytique évidente.

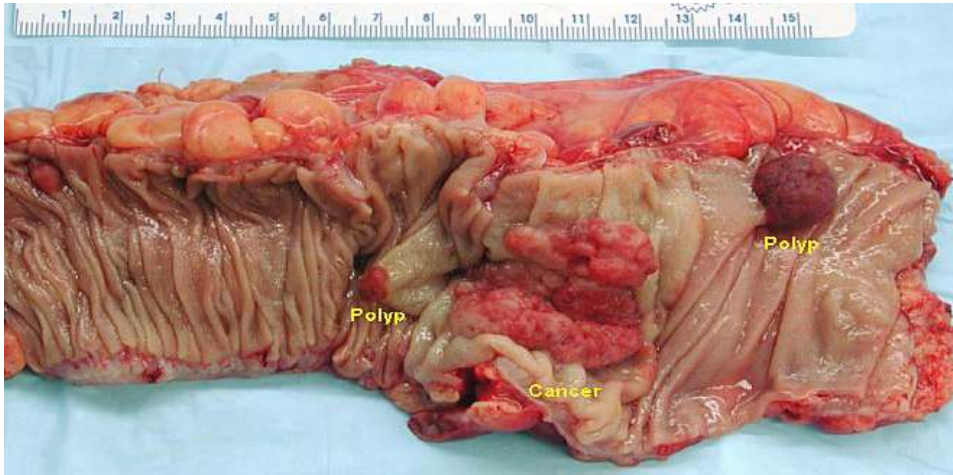


Figure06 :Adenocarcinome colique

3.3.2.les formes microscopique :

Sur le plan histologique, le cancer colique présente plusieurs aspects microscopiques variables selon le degré de différenciation cellulaire, la quantité de mucus produit et l'architecture tumorale. L'examen anatomopathologique met le plus souvent en évidence un adénocarcinome développé à partir de l'épithélium glandulaire de la muqueuse colique.(15)

1. **Adénocarcinome de Lieberkühnien** : C'est la forme microscopique la plus courante. Elle est caractérisée par une prolifération de glandes tumorales atypiques infiltrant la paroi colique. Les cellules présentent des atypies nucléaires, une hyperchromasie, des mitoses nombreuses et une perte de polarité. Selon le pourcentage de formation glandulaire (16)
2. **Adénocarcinome mucineux** : Cette variété histologique est définie par la présence de mucus extracellulaire occupant plus de 50 % du volume tumoral. Les cellules cancéreuses apparaissent disséminées dans des lacs de mucus. Cette forme est souvent associée à une instabilité microsatellitaire et à un comportement tumoral plus agressif.(15)
3. **Carcinome à cellules en bague à chaton** : Il s'agit d'une forme rare caractérisée par des cellules contenant une vacuole de mucus intracellulaire refoulant le noyau vers la périphérie, donnant l'aspect typique de « bague à chaton ». L'infiltration est diffuse et le pronostic généralement défavorable.

3.3.3. Degré de différenciation :

Le grade tumoral est évalué selon le degré de ressemblance avec le tissu glandulaire normal. On distingue :

- Les tumeurs bien différenciées, proches du tissu d'origine
- Les formes moyennement différenciées
- Les tumeurs peu différenciées, qui traduisent une perte importante d'organisation et sont de plus mauvais pronostic

3.4. Extension tumorale :

L'analyse anatomopathologique permet de déterminer la profondeur d'infiltration de la tumeur dans la paroi colique :

- Atteinte limitée à la muqueuse (stade intra-muqueux)
- Extension à la sous-muqueuse
- Infiltration de la musculature
- Envahissement des tissus péri-coliques
- Extension au péritoine ou aux organes de voisinage dans les formes avancées

L'étude des ganglions lymphatiques régionaux est essentielle. Leur envahissement constitue un facteur déterminant dans la stadification et le pronostic. Le nombre de ganglions atteints permet de préciser le stade.

La recherche de métastases à distance complète l'évaluation, notamment au niveau du foie, du poumon ou du péritoine

3.5. Les classifications des cancers coliques (17) (18):

3.5.1. classification TNM :

C'est la classification recommandée par l'AJCC/UICC, actuellement la plus utilisée :

- **T = Tumeur primitive (profondeur d'invasion)**
 - ❖ **Tis** : carcinome in situ (intra-muqueux)
 - ❖ **T1** : envahissement de la sous-muqueuse
 - ❖ **T2** : envahissement de la musculature
 - ❖ **T3** : extension à la sous-séreuse ou tissus péri-coliques
 - ❖ **T4a** : perforation du péritoine viscéral
 - ❖ **T4b** : envahissement d'un organe voisin
- **N = Atteinte ganglionnaire**
 - ❖ **N0** : aucun ganglion atteint

- ❖ **N1a** : 1 ganglion atteint
- ❖ **N1b** : 2 à 3 ganglions atteints
- ❖ **N1c** : dépôts tumoraux satellites sans ganglion positif
- ❖ **N2a** : 4 à 6 ganglions atteints
- ❖ **N2b** : ≥ 7 ganglions atteints
- **M = Métastases à distance**
 - ❖ **M0** : absence de métastases
 - ❖ **M1a** : métastases dans un seul organe
 - ❖ **M1b** : métastases dans plusieurs organes
 - ❖ **M1c** : carcinose péritonéale avec ou sans autres métastases
- **Classification par stades :**

Stade 0	TIS 0	N0	M0
Stade I	T01-T02	N0	M0
Stade II A	T03	N0	M0
Stade II B	T4a	N0	M0
Stade IIC	T4b	N0	M0
Stade IIIA	T01-T02	N1/N1c	M0
	T01	N2a	M0
Stade IIIB	T1-T2	N2b	M0
	T2-T3	N2a	M0
	T3-T4a	N1/N1c	M0
Stade IIIC	T3-T4a	N2b	M0
	T4a	N2b	M0
	T4b	N1-N2	M0
Stade IVA	Tous T	tous N	M1a
Stade IVB	Tous T	tous N	M1b
Stade IVC	Tous T	Tous N	M1c

Tableau01 :classification de cancer colique par stades

4.L' Occlusion intestinale aigüe:

4.1. Définition:

L'occlusion intestinale aigüe c'est une urgence médico-chirurgicale définie par l'arrêt complet et persistant du transit des matières et des gazs dans l'intestin due à une obstruction mécanique ou fonctionnelle de l'intestin.

4.2. Physiopathologie d'occlusion intestinale aigüe: (19)

4.2.1. Mécanismes de l'occlusion :

Deux grands mécanismes peuvent être à l'origine d'une occlusion intestinale aigüe:

- **Les occlusions mécaniques** : sont dues à l'existence d'un obstacle mécanique qui empêche la progression des matières et des gazs ; soit par obturation ou par strangulation.

- ✓ Occlusions par obturation: peut être **endoluminal** en rapport avec un corps étranger comme: calcul biliaire, phytobézoard, ou **pariétal** comme: tumeur, maladie inflammatoire,..ou **compression extrinsèque** par une tumeur d'un organe de voisinage qui peut être bénigne (kyste de l'ovaire, fibrome) ou maligne (carcinose péritonéale). ou par une adhérence post-opératoire fibreuse (brides lâches).
- ✓ Occlusions par strangulation: c'est la striction de l'intestin et sa vascularisation qui résulte d'une dilatation et ischémie intestinale, peut survenir par: étranglement herniaire, volvulus, invagination intestinale aigüe, bride...

- **Les occlusions fonctionnelles** : sont dues à la mise en action du système autonome digestif, et en rapport avec un défaut de contractilité intestinale sans atteinte anatomique, peut être lié un trouble métabolique (hypokaliémie par exemple) ou une prise médicamenteuse (neuroleptiques, morphiniques ..), ou phénomène inflammatoire aigu.

- Parfois ces deux mécanismes s'associent pour donner une occlusion mixte.

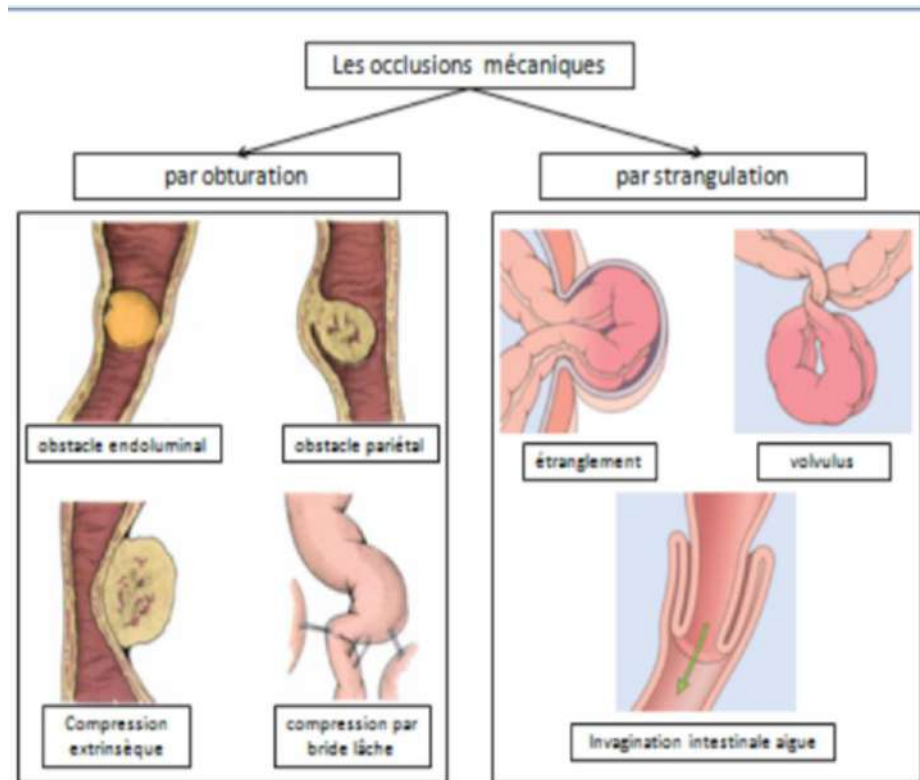


Figure07 : les différentes mécanismes de l'occlusion intestinale aigue

	Obstruction	Strangulation
Début	Progressif	Brutal
Douleurs abdominales	Modérées, paroxystiques	Intenses
État général	Conservé	Rapidement altéré
Météorisme abdominal	Diffus	Asymétrique
Auscultation	Gargouillement	Silence
ASP	-	Image en arceau (en cas de volvulus)
Scanner	Niveau transitionnel +/- obstacle	Signe du tourbillon ou whirl sign (en cas de volvulus)

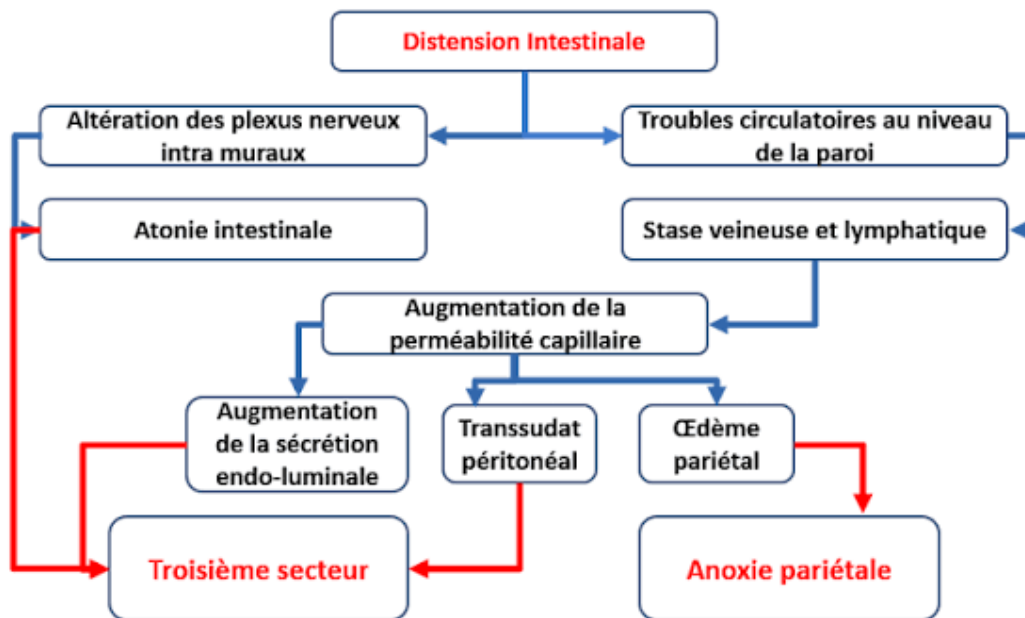
Figure08 : la différence entre l'occlusion par obstruction et strangulation

4.2.2. Les conséquences:

La survenue d'occlusion intestinale aiguë va être responsable initialement des conséquences locales liées à la distension abdominale et le trouble de vascularisation qui vont retentir plus ou moins rapidement sur l'état général du patient.

4.2.2.1. Conséquences locales:

- ✓ La distension abdominale: l'arrêt de transit va entraîner une accumulation de liquide et de gaz en amont de l'obstacle et par conséquent une hyperpression avec hyperpéristaltisme s'installent puis progressivement va entraîner une altération de plexus nerveux intramuraux et donc atonie intestinale.
- ✓ Trouble de vascularisation: au sein de la paroi intestinale vont être à l'origine d'une ischémie pariétale voire nécrose voire perforation, augmentation de la perméabilité capillaire, fuite plasmatique hors des vaisseaux responsable de la constitution d'un **3ème secteur**.



4.2.2.2. Conséquences générales:

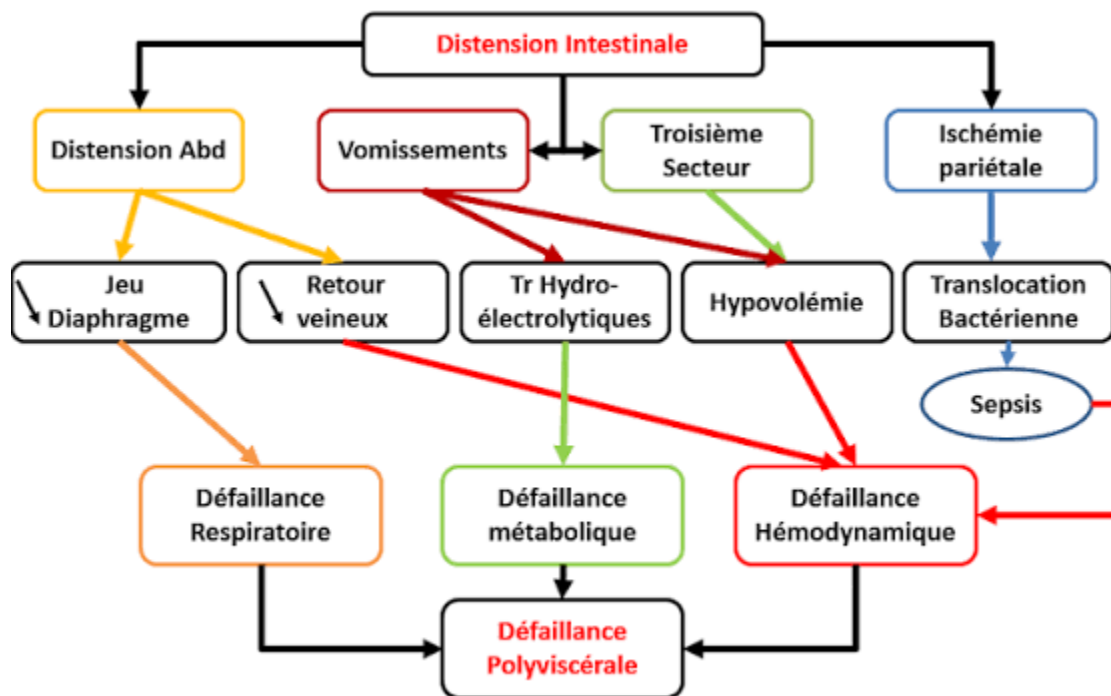
Sont d'ordre **humoral** et **clinique**.

Les conséquences humorales du 3ème secteur consistent en :

- Une hémococoncentration avec hyperglobulie, élévation de l'hématocrite, hyperleucocytose et hyperprotidémie.
- des troubles hydro-électrolytiques avec hypochlorémie, hyponatrémie, hypokaliémie (facteur de parésie intestinale) et hyperazotémie, d'autant plus marqués que les vomissements sont plus abondants.

4.2.2.3. Les conséquences cliniques :

sont dans un premier temps latentes puis dans un second temps, apparaît une déshydratation due aux vomissements (plus ou moins précoces) et surtout à la constitution du 3ème secteur. Deux mécanismes peuvent être ensuite à l'origine d'un choc en dehors d'une hypovolémie profonde : la fermentation du contenu digestif avec production de toxines par la pullulation microbienne, toxines qui passent dans la circulation générale (translocation bactérienne) et/ou la survenue d'une ischémie viscérale puis d'une nécrose, avec mise en route des voies anaérobies, ce qui explique la survenue d'une aéroportie. Apparaît alors une acidose métabolique dont le premier signe biologique est la baisse de la réserve alcaline, parfois masquée par l'importance des vomissements. L'état de choc vient alors majorer l'ischémie splanchnique. Cet état de choc va retentir sur les principales fonctions ; rénale, cardiaque, pulmonaire, hépatique, mettant ainsi le pronostic vital en jeu. En réalité, la gravité de l'état de choc dépend certes du moment évolutif, mais surtout du siège de l'obstacle et plus encore du mécanisme de l'occlusion et du terrain.



4.3. Diagnostic positif de l'occlusion:

4.3.1. Signes cliniques:

➤ Signes fonctionnelles:

1/Douleur abdominale: est le signe d'alarme constant qui constitue la principale cause de consultation en urgence. Elle apparaît sans facteur déclenchant particulier, avec un début brutal soit progressif. Elle est souvent intense de type paroxystique avec des périodes

d'accalmie, mais peut être parfois continue et modérée. Le siège est extrêmement variable, surtout au début. Il peut être péri-ombilical, localisé à un quadrant ou diffus.

2/Vomissements: sont souvent précédés par des nausées, répétés d'abondance variable, ils sont initialement alimentaires puis bilieux puis peuvent être devenir fécaloïde.

3/L'arrêt des matières et des gaz: Il peut être difficile à apprécier au début et peut être masqué par la vidange du segment intestinal en aval de l'obstacle.

➤ **Les signes physiques:**

- Inspection: météorisme abdominal se traduit par une voussure de la paroi abdominale, de forme et de siège variable. Il peut être diffus intéressant tout l'abdomen ou localisé .parfois, il est animé d'ondulations péristaltiques.
- Palpation: il faut rechercher au résistance élastique; parfois, l'abdomen devient distendu.
- Percussion: met en évidence une tympanisme.
- Auscultation: rechercher des bruits hydro-aériques
- Il faut examiner les orifices herniaires à la recherché de leur liberté.
- Toucher rectal: à la recherché au masse palpable rectal ou prostatique ou un fécalome.

- **Signes généraux:** les signes généraux sont variables, l'état général peut être conservé ou altéré avec amaigrissement .
- Pâleur cutanéomuqueuse et ainsi que des signes de déshydratation, signes d'état de choc (hypotension, tachycardie...), oligurie peuvent être observé.

4.3.2. Les signes paracliniques:

- **Biologique :** Les signes biologiques sont variables en fonction de la durée de l'évolution de l'occlusion et de la pathologie néoplasique causale.
- Les anomalies suivantes peuvent être notées :
- une hémococoncentration ou une augmentation de l'urée sanguine et de la créatininémie (signes de déshydratation),
 - une leucocytose traduisant l'ischémie ou la nécrose intestinale,
 - une hypokaliémie, hyponatrémie, hypochlorémie et l'alcalose métabolique secondaires aux vomissements prolongés,
 - une acidose métabolique par accumulation d'acide lactique suite à l'ischémie ou suite à la nécrose intestinale,
 - une anémie de type hyposidérémique et ferriprive.
- **Radiologique :**
1. **ASP :** c'est l'examen clé de diagnostic de l'occlusion
- Distension aérique ou des niveaux hydro-aériques type colique périphériques, peu nombreux, volumineux, plus hauts que larges avec des haustrations.



Figure 09 : NHA colique à l'ASP

2. **TDM abdomino-pelvienne** : C'est l'examen de référence pour la prise en charge diagnostique des syndromes occlusifs. Il permet non seulement de faire le diagnostic positif de l'occlusion mais aussi de faire le diagnostic du mécanisme, du siège, de l'étiologie et de rechercher des signes de gravité.

4.4. Diagnostic de gravité:

Il repose sur la clinique, la biologie et la radiologie.

Sur le plan clinique, une occlusion est grave lorsqu'elle survient chez le vieillard ou chez une personne immunodéprimée. Ailleurs, les signes de gravité sont représentés par l'agitation, la fièvre, la déshydratation, les signes de choc, les vomissements fécaloïdes, la présence de défense ou de contracture abdominale (témoignant d'une perforation) ou de sang au toucher rectal (témoignant d'une ischémie).

Sur le plan biologique, la présence d'une hyperleucocytose, d'une insuffisance rénale aiguë ou d'une acidose métabolique témoignent de la gravité de l'occlusion.

Enfin **les signes radiologiques** de gravité sont le pneumopéritoine (témoignant d'une perforation), un défaut de rehaussement pariétal sur la tomodensitométrie, une pneumatose pariétale ou une aéroportie. Dans les occlusions coliques, un diamètre caecal dépassant les 12 cm est considéré comme signe de gravité témoignant d'un risque imminent de perforation diastatique.

4.5. Diagnostic du siège et de l'étiologie de l'occlusion :

A. Diagnostic du siège :

Aucun signe clinique ne permet à lui seul de faire le diagnostic du siège, celui-ci repose sur un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques.

- ✓ Occlusion grélique.
- ✓ Occlusion colique.

	Occlusion haute (grêle)	Occlusion basse (colon)
Début	Brutal	Progressif
Douleurs abdominales	Intenses	Modérées
Vomissements	Précoces	Tardifs
AMG	Absent ou tardif	Net et précoce
Météorisme abdominal	Modéré et central	Volumineux et diffus
État général	Rapidement altéré	Conservé
ASP : NHA	Centraux	Périphériques
	Nombreux	Peu nombreux
	Peu volumineux	Volumineux
	Larges > hauts	Hauts > larges
	Valvules conniventes	Haustrations coliques

Figure10 : la différence entre occlusion intestinale haute et basse

B.Diagnostic étiologique:

1. Enquête étiologique :

a. Interrogatoire :

- ✓ Les antécédents de laparotomie orientent vers une occlusion sur bride.
- ✓ Les antécédents de cancer digestif ou gynécologique orientent vers l'origine tumorale de l'occlusion.
- ✓ Les antécédents de MICI orientent vers l'origine inflammatoire de l'occlusion.
- ✓ Les antécédents de radiothérapie orientent vers la sténose radique de l'intestin.
- ✓ La présence de troubles du transit oriente vers un cancer colorectal.
- ✓ La présence de terrain vasculaire (artériopathie des membres inférieurs, insuffisance coronaire, AVC ischémique, grand tabagique, ...) oriente vers l'origine ischémique de l'occlusion.
- ✓ La notion de prise de certains médicaments oriente vers le syndrome d'Ogilvie.

b. Examen clinique:

- ✓ L'examen des orifices herniaires est systématique à la recherche d'une hernie étranglée.
- ✓ L'examen abdominal permet de chercher une éventration ou une masse.
- ✓ Le toucher rectal (TR) permet de déceler une masse tumorale, un nodule de carcinose péritonéale ou une spire de volvulus du colon pelvien.

2.Occlusion mécanique du grêle :

- ✓ Occlusion sur bride
- ✓ Occlusion sur hernie étranglée
- ✓ Occlusion sur obstacle pariétal

- ✓ Occlusion par obstacle intra-luminal faite par un corps étranger ou iléus biliaire
- ✓ Occlusion par invagination.

3. Occlusion mécanique du colon:

- ✓ **Occlusion secondaire à un tumeur colorectal:** qui représente notre thème d'étude.

Le cancer colorectal est responsable de 70% des occlusions coliques. Il s'agit en général d'un adénocarcinome de type squirreux infiltrant qui siège dans 2/3 des cas au niveau du colon sigmoïde, vu son diamètre réduit par rapport au reste du colon.

Le diagnostic est évoqué chez un patient âgé de 50 à 70 ans ayant des troubles du transit ou des rectorragies. Le tableau clinique est celui d'une occlusion basse par obstruction, L'installation est progressive marquée par une douleur abdominale modérée, un arrêt des matières et des gaz franc et précoce et un ballonnement abdominal volumineux plus au moins symétrique. La palpation de l'abdomen, souvent gênée par le météorisme, permet rarement de mettre en évidence une masse abdominale. Le toucher rectal montre une ampoule rectale vide et permet dans de rares cas de palper la tumeur (notamment en cas de volumineuse tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne prolabée ou en cas de tumeur du moyen ou du bas rectum).

Examens paracliniques:

La TDM abdominale permet d'objectiver l'obstacle tumoral et de faire en même temps le bilan d'extension. La tumeur se traduit par un épaississement irrégulier, asymétrique et sténosant de la paroi, se rehaussant de façon hétérogène après injection de produit de contraste.

Lavement opaque: c'est un examen radiologique effectué par l'injection d'un produit de contraste, permet d'évoquer le caractère néoplasique par un image lacunaire.

Coloscopie totale: La réalisation d'une coloscopie totale avec biopsies des lésions suspectes est un examen indispensable pour le diagnostic du cancer colorectal. À cet égard, la qualité de la préparation constitue un préalable indispensable.

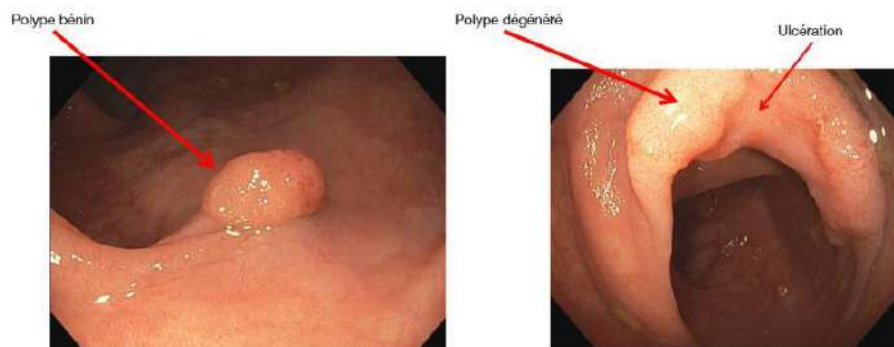


Figure 11 : Aspect endoscopique d'un polype bénin (à gauche) et un polype dégénéré (à droite)

Marqueurs tumoraux : dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) (c'est le principal marqueur) et du CA 19.9 en option, sur avis spécialisé (valeur pronostique possible en situation métastatique

Bilan d'extension : TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste.

En cas d'impossibilité de TDM avec injection : IRM hépatique injectée au gadolinium + scanner thoracique sans injection (en particulier si présence de métastases).

La radiographie pulmonaire reste l'examen de première intention dans la détection des métastases pulmonaires en raison de sa facilité de réalisation.

En complément : tout autre examen en fonction des symptômes (scintigraphie osseuse, TDM cérébrale, etc.) n TEP-TDM au 18FDG : non systématique, indiquée après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).(20)

- **Autres causes d'occlusion colique:**

1. Maladie diverticulaire: Les arguments en faveur de la maladie diverticulaire sont : la coexistence de diverticules, d'antécédents de diverticulose, d'épisodes sub-occlusifs préalables anciens avec une sténose au lavement opaque sans ulcération, longue, régulière, se raccordant à l'angle obtus avec la lumière colique normale.

2. Volvulus du colon sigmoïde: c'est la rotation de l'anse digestive autour de l'axe de son méso. Il peut être spontané et intéresse alors un segment intestinal long et mobile (souvent le sigmoïde). Souvent un homme âgé de plus de 50 ans

- douleurs abdominales, fosse iliaque gauche

- A l'examen physique, on trouve un ballonnement rapidement monstrueux, asymétrique, en diagonale (météorisme important, asymétrique). L'anse colique distendue est inerte, tympanique et silencieuse. Au toucher rectal, l'ampoule rectale est vide. Parfois, on peut percevoir le pied du volvulus au sommet de l'ampoule.

- vomissements peu fréquents

- L'arrêt des matières et des gaz est immédiat.

L'ASP en position debout montre une anse sigmoïde dilatée sous forme d'un arceau, dont chaque jambage est le siège d'un niveau hydro-aérique (« NHA jumeaux »).



Figure 12 : Volvulus du sigmoïde

3.Occlusions mécaniques : iléite inflammatoire, compression par tumeur à voisinage, adhérence postopératoire, étranglement herniaire ...

4.Occlusions fonctionnelles : L'occlusion fonctionnelle est un pseudo-occlusion colique aiguë due à un trouble de la mobilité intestinale sans atteinte anatomique vraie, liée à un trouble métabolique ou cause médicamenteuse ou un phénomène inflammatoire aiguë.(19)

5. Traitement :

La chirurgie, la radiothérapie, et les traitements médicamenteux (chimiothérapies conventionnelles et/ou thérapies ciblées) sont les principaux traitements des cancers du côlon. Ils peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres. Le choix de ceux qui vous sont proposés et effectué par plusieurs médecins lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

La stratégie thérapeutique dépend de **l'histologie**, de **l'extension de la maladie**, de **l'âge**, **des comorbidités** et **des préférences du patient**, ainsi que des anomalies moléculaires éventuellement présente. (20)

5.1. Buts du traitement :

- Lever l'obstacle et traiter l'urgence.
- Eradiquer la tumeur primaire et ses métastases.
- Réduire le risque de récurrence.
- Prévenir et traiter les symptômes et les complications engendrés par la maladie.
- Assurer la meilleure qualité de vie possible.

5.2.Les moyens :

5.2.1. Traitement médical:

- ✓ Hospitalisation
- ✓ Mise en condition : O2VVP, scope, mise en place d'une sonde naso-gastrique, une sonde vésicale.
- ✓ Un remplissage vasculaire à l'aide de cristalloïdes et/ou de colloïdes en fonction de l'état hémodynamique. Il permet de compenser les pertes hydro-électrolytiques.
- ✓ La correction des troubles hydro-électrolytiques et acido-basiques
- ✓ Une antibiothérapie
- ✓ Des antalgiques
- ✓ La surveillance doit être portée sur les constantes hémodynamiques (fréquence cardiaque, TA, diurèse), la température, l'examen abdominal et l'aspect du liquide gastrique.

5.2.2. Traitement chirurgical : (21)

La chirurgie est le traitement principal du cancer du côlon en occlusion. Elle consiste à retirer la tumeur avec une marge de tissu sain autour. Le type de chirurgie réalisé dépend de la partie du côlon où est située la tumeur.

Le chirurgien retire également les ganglions lymphatiques voisins de la tumeur. C'est ce qu'on appelle un curage ganglionnaire. Les ganglions sont analysés à l'aide d'un microscope pour déterminer s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses. C'est un facteur pronostique, c'est-à-dire que cela donne une indication sur l'évolution possible de la maladie.

L'intervention chirurgicale se déroule sous anesthésie générale par 02 voies d'abord possibles :

1. Laparotomie médiane : consiste à faire une incision médiane sus et sous ombilicale permet au chirurgien la bonne exploration des organes abdominaux ainsi que de retirer la tumeur et les ganglions facilement.
2. Coelioscopie : technique chirurgicale mini-invasive réalisée à ventre fermé, Le chirurgien effectue plusieurs petites incisions qui lui permettent de passer un système optique ainsi que des instruments chirurgicaux à l'intérieur de l'abdomen.
3. Voie élective (laparotomie élective)

Le choix de l'une de ces voies dépend de plusieurs facteurs, notamment les caractéristiques du cancer (taille et localisation de la tumeur), des antécédents chirurgicaux éventuels, ainsi que de l'expertise de l'équipe chirurgicale. Parfois, alors que la coelioscopie a été choisie, elle peut être finalement complétée en cours d'opération par une laparotomie complémentaire.

➤ Préparation du malade :

1. Générale :
 - Correction des troubles hydro-électrolytiques et l'anémie.

- Arrêt du tabac quelques semaines avant l'intervention afin de réduire les complications per- et postopératoires.
 - Evaluation de l'état nutritionnel et la prise en charge de la dénutrition notamment par un support nutritionnel stimulant le système immunitaire appelé « immuno--nutrition ».
 - Prévention contre les infections ; une antibioprophylaxie est recommandée.
 - Activité physique adaptée : marche, renforcement musculaire ...
2. Colique : préparation mécanique du colon par régime pauvre en résidus et lavement évacuateur 03 jours avant l'intervention.
 3. Psychologique : soutien psychologique, et éducation du patient au geste réalisé, à la probabilité de placement d'une stomie temporaire.

➤ **Les différentes techniques de la chirurgie devant un cancer colique gauche :**

1. **Hémi-colectomie gauche + anastomose colo-rectale** : pour les tumeurs du colon descendant et transverse gauche.

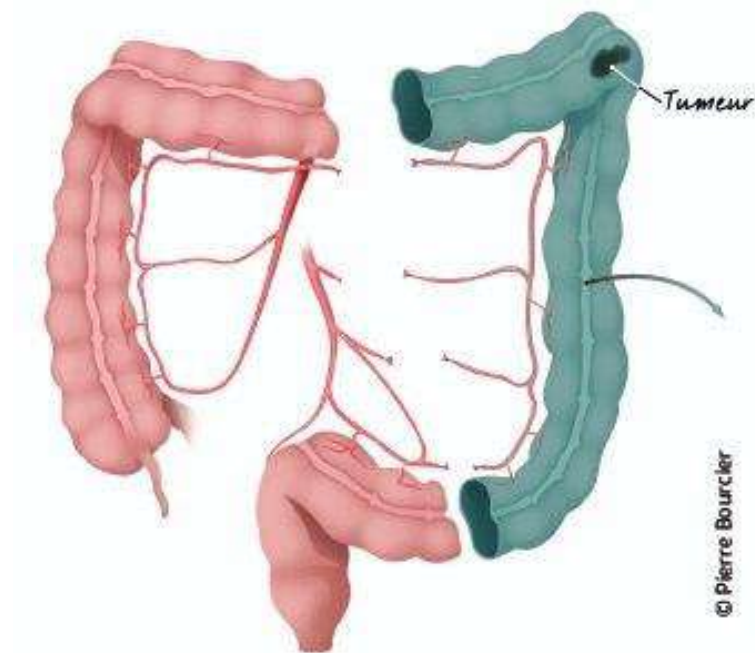


Figure 13 : Hémi-colectomie gauche

2. **Sigmoïdectomie + anastomose colo-rectale / résection segmentaire + anastomose colo-colique** : pour les tumeurs situées dans la dernière portion du colon en limite avec le rectum.

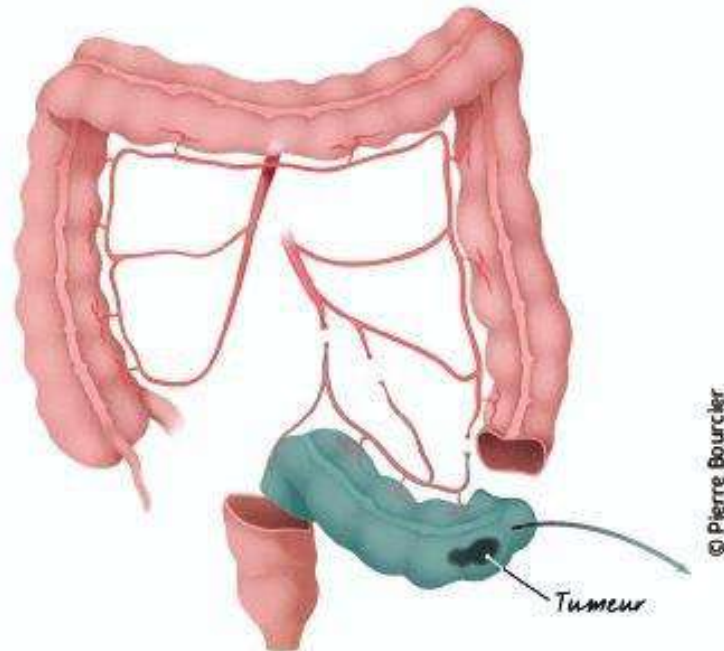


Figure 14 : Sigmoïdectomie

3. Réalisation d'une stomie : (21) (22)

C'est l'abouchement chirurgical d'une partie de l'intestin à la peau de l'abdomen pour assurer l'évacuation des selles dans une poche, peut être temporaire ou définitive.

Le but c'est :

- Evacuation des selles
- Décompresser l'intestin
- Protéger une anastomose.



Figure 15 : aspect post- op d'une colostomie

- ✓ **Stomie de Hartmann** : le plus souvent temporaire et réalisée dans le cadre d'urgence, elle est indiquée en cas de risque élevé de lâchage anastomotique (éviter l'anastomose

dans un milieu septique), urgence septique ou occlusive. Elle associe une colectomie segmentaire à une fermeture du moignon rectal avec abouchement cutané de colon gauche en stomie terminale. Le rétablissement a lieu 3 à 6 mois après la colectomie.

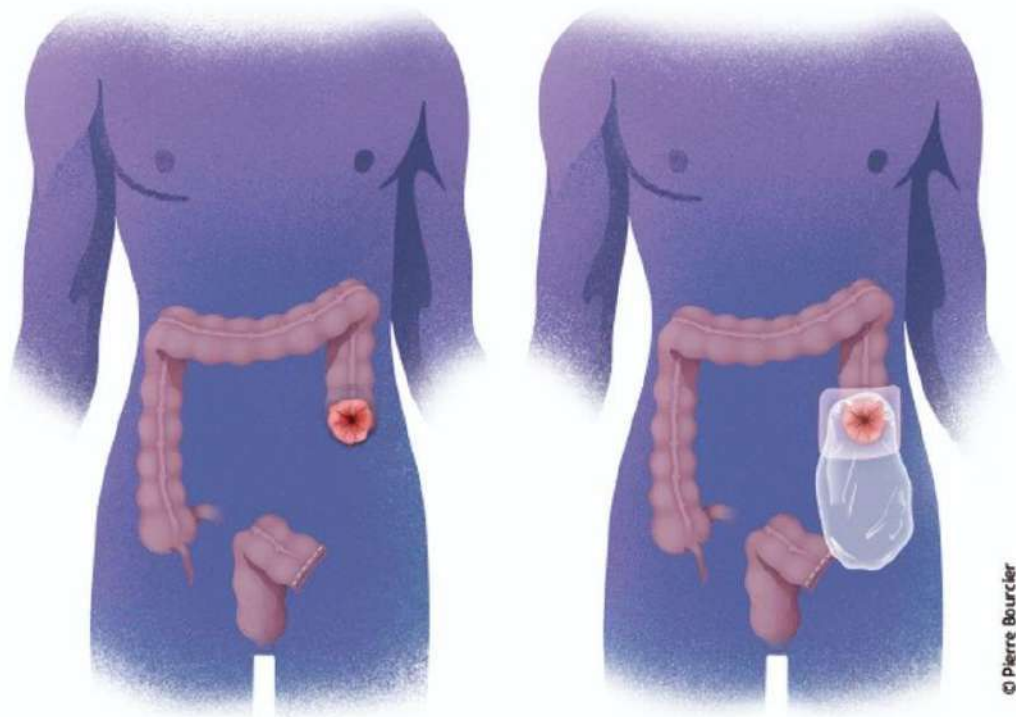


Figure 16 : Stomie de Hartmann

- ✓ **Stomie de proche amont** : elle fait partie de stomie de décharge, elle correspond à l'extériorisation d'une anse à court distance et en amont d'une lésion digestive (fistule, perforation...) ou une anastomose fragile pour réduire le passage des matières sur la zone atteinte, éviter de lâchage anastomotique, et favoriser la cicatrisation.
- ✓ **Stomie de protection** : c'est une stomie destinée à protéger une anastomose digestive, le plus souvent c'est une iléostomie, indiquée généralement en cas d'anastomose colo-rectale.

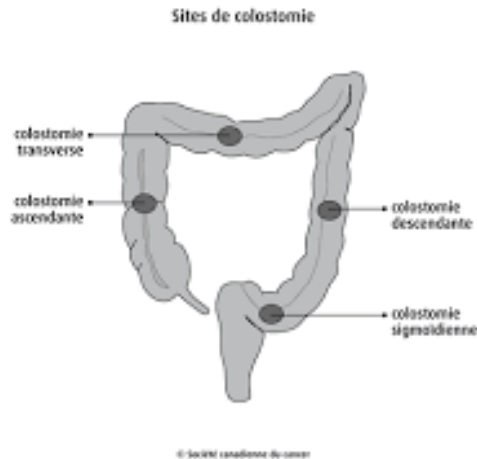


Figure 17 : Les différents sites de colostomie

5.2.3. Autres moyens médicaux en dehors de l'urgence :

Plusieurs types de traitements médicamenteux sont utilisés pour traiter les cancers du côlon : des molécules de chimiothérapie conventionnelle et de thérapie ciblée. Il s'agit de traitements généraux, dits aussi traitements systémiques, qui agissent dans l'ensemble du corps.

➤ **Chimiothérapie :**

La prise en charge des patients est discutée au cas par cas, en réunion de concertation pluridisciplinaire qui prendra en compte le caractère symptomatique ou non de la tumeur primitive, ainsi que le caractère résécable ou non résécable des métastases. La chimiothérapie peut être utilisée comme un traitement adjuvant après une colectomie radicale, pour réduire le risque de rechute et de décès ou palliatif devant des métastases non résécables.

- **Chimiothérapie adjuvante :** indiquée en complément de la chirurgie dans un but d'éliminer les cellules cancéreuses résiduelles et éviter la récurrence.
- **Chimiothérapie néoadjuvante :** elle vise à réduire la taille de la tumeur avant la résection.
- **Chimiothérapie palliative :** elle vise à ralentir la propagation de la tumeur et augmenter la survie.

➤ **Thérapie ciblée :**

Dans les cancers du côlon en situation métastatique, une thérapie ciblée peut être associée dans certains cas à la chimiothérapie conventionnelle. Trois médicaments de thérapie ciblée sont utilisés en première ligne de traitement : le bevacizumab (anti-angiogénique), le cetuximab (anti-EGFR) et le panitumumab (anti-EGFR). Ils font partie de la famille des anticorps monoclonaux. (20)

- **Immunothérapie :** L'immunothérapie consiste à stimuler le système immunitaire pour renforcer ses propres défenses contre les cellules cancéreuses.

Elle ne sont utilisés que dans les rares cas de cancer métastatique avec instabilité micro satellitaire.

5.2.4. Moyens endoscopiques : (23) (24)

- **Polypectomie à la pince ou à l'anse froide** : il s'agit une technique d'exérèse d'un polype à l'aide d'une pince ou anse froide sans courant électrique et avec des faibles risques, elle est indiquée pour les petites polypes ($\leq 10\text{mm}$).
- **Polypectomie à l'anse chaude** : il s'agit d'une technique de polypectomie où le courant électrique de l'anse diathermique augmente la chaleur permettant la résection du polype.
- **Mucosectomie** : La mucosectomie, à la différence de la polypectomie, implique une injection sous-muqueuse pour soulever la muqueuse avant la résection proprement dite. Elle est indiquée chez les lésions superficielles inférieure à 2 cm, dysplasie à haut grade, et cancer très précoce.

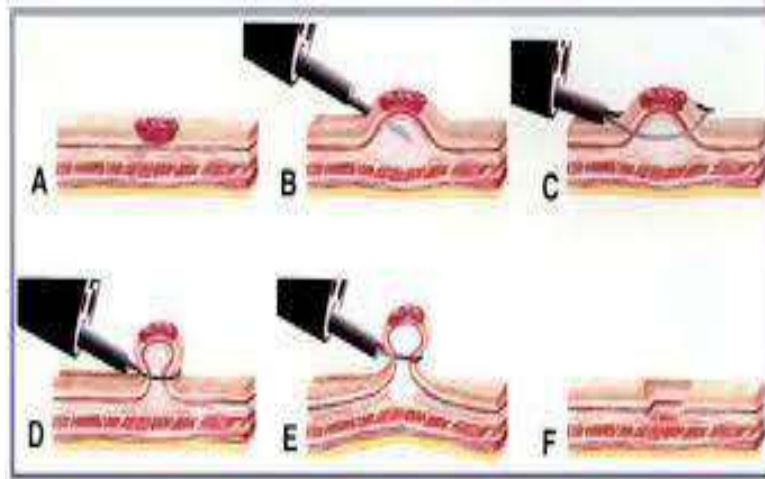


Figure 18 : les différentes étapes de mucosectomie

- **Dissection sous muqueuse colique** : est une technique permettant la résection des lésions superficielles du colon en un seul bloc.

5.2.5. Radiothérapie:

La radiothérapie est un traitement local rarement indiquée en cas de cancer du côlon, elle agit sur l'endroit où les rayons sont appliqués. Son objectif est réduit la taille de la tumeur avant la résection à l'aide des rayons X ou des particules à haute énergie.

Dans la plupart des cas, la radiothérapie est associée à une chimiothérapie ou administrée en complément à une opération. Et selon les situations ,elle peut être préopératoire (néoadjuvant), postopératoire (adjuvant), ou palliative.

5.2.5. Les indications : (24) (20) (25)

Le traitement est planifié et conçu de manière pluridisciplinaire ,différents experts évaluent ensemble la situation lors de réunions de concertation pluridisciplinaire : gastro-entérologue, chirurgien viscérale, oncologue, radio-oncologue...

- Stade 0 et I :Le traitement est à but curatif à ce stade, il consiste essentiellement à retirer la tumeur chirurgicalement avec une marge de sécurité ou de retirer un segment du côlon où se trouve la tumeur ainsi que les ganglions lymphatiques régionaux.
Traitement endoscopique aussi peut être recommandé.
Pas de traitement néo-adjuvant si tumeur résécable.
- Stade II :le traitement chirurgical est indiqué en premier qui vise à enlever la tumeur, les ganglions lymphatiques et les organes voisines envahis. Cependant un traitement supplémentaire peut être recommandé pour certaines patients (présence de facteurs de risque de récurrence), il s'agit d'une chimiothérapie adjuvante.
- Stade III : le traitement ne comprend pas uniquement la chirurgie mais une thérapie adjuvante : la chimiothérapie est recommandée.
- Stade IV : c'est le stade métastatique, la prise en charge à ce stade est discutée au cas par cas dans un RCP, ou la plupart des patients présentent des tumeurs non résécables et la possibilité de traitement curatif est limité.

La chimiothérapie et la thérapie ciblée sont recommandés en fonction de la possibilité de résection des métastases ou pas.

Lors de la RCP, les éléments suivants doivent être particulièrement pris en compte :

- Pour la tumeur primitive : son caractère symptomatique ou non, son volume/extension
- Pour les métastases : leur caractère résécable ou non, leur nombre et localisation(s) et leur caractère « menaçant » ou non
- L'état général du patient et ses comorbidités

Métastases résécables ou potentiellement résécables : résection de la tumeur primitive et des métastases en un ou plusieurs temps en fonction des symptômes et des localisations avec chimiothérapie.

Métastases non résécables :pas d'indication formelle à la chirurgie du cancer primitif sauf si tumeur primitive symptomatique et/ou compliquée (hémorragie, syndrome occlusif ou sub-occlusif, perforation, abcès péri-tumoral, distension colique en amont de la tumeur primitive au scanner), une chimiothérapie première est alors discutée.

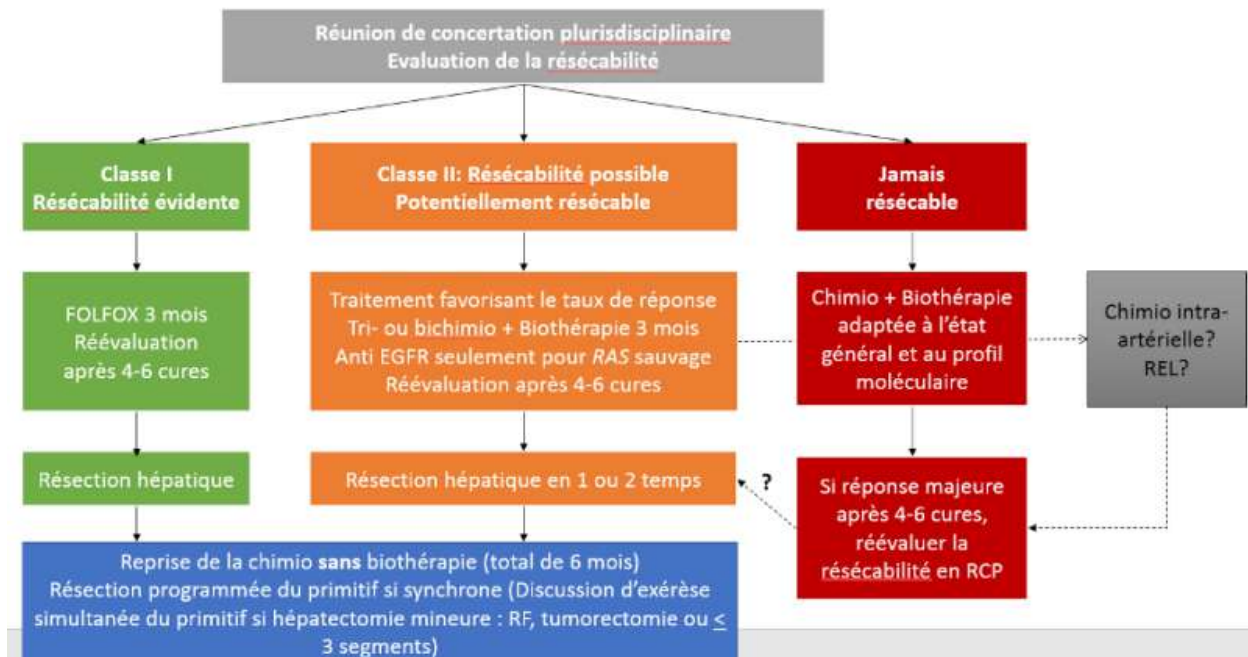


Figure 19 : Algorithme de la prise en charge de cancer colique métastatique

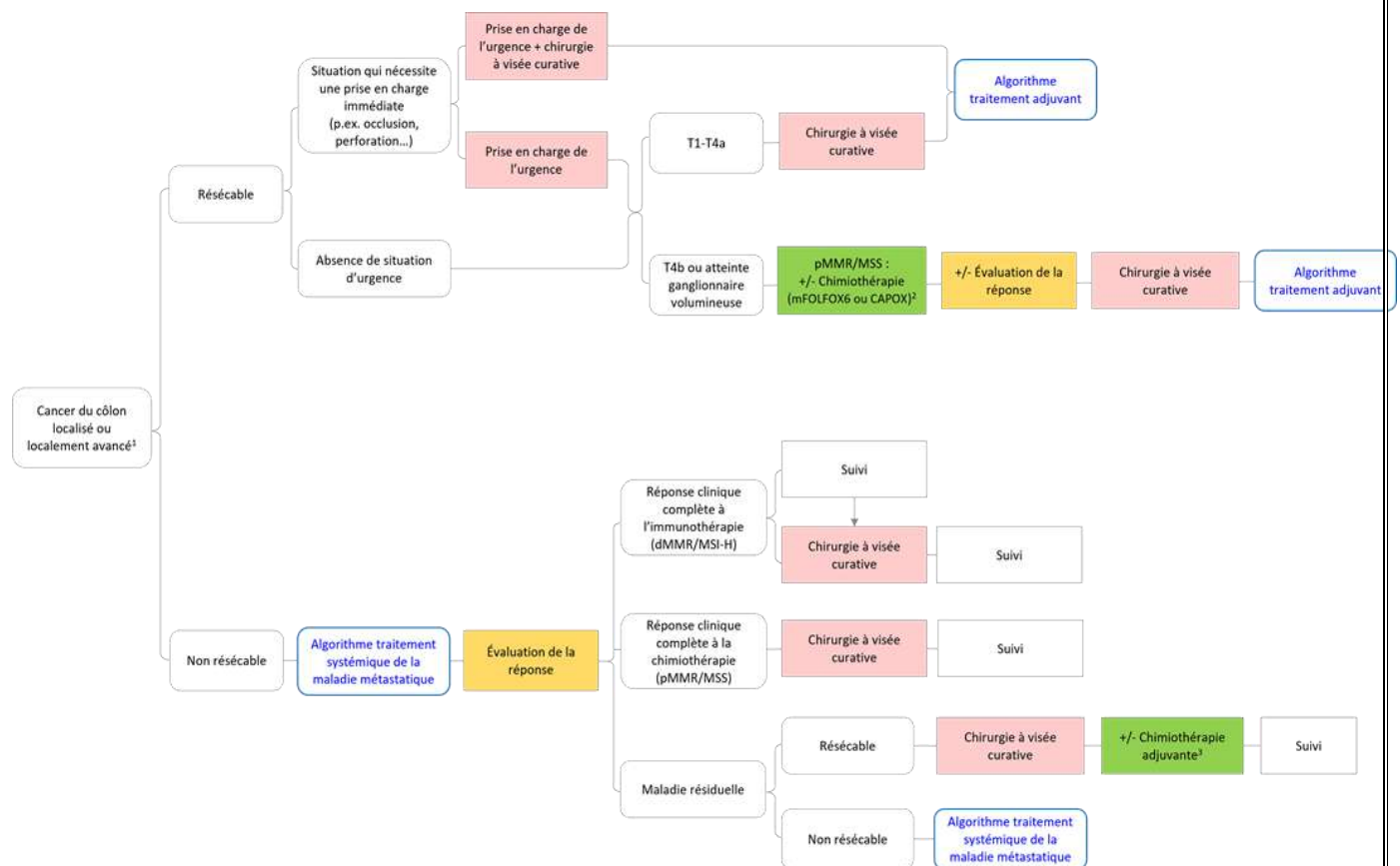


Figure 20 : algorithme de la prise en charge de cancer colique

5.2.6. Indications chirurgicales en cas de cancer colique gauche en occlusion: (21)

Le geste chirurgical est réalisée soit :

- ✓ En **un seul temps** lorsque l'état de patient est permet.
- Colectomie subtotal avec anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo- rectale en un temps.
- Par la résection-anastomose en un temps avec lavage colique per opératoire et il peut s'agir : d'une colectomie segmentaire basse gauche en cas de cancer sigmoïdien.
- ✓ Ou en **deux ou trois temps**:
- La résection après colostomie de proche amont ou après iléostomie
- Intervention d'Hartmann.
- Résection de la tumeur d'emblée avec anastomose protégée par une stomie.

Chirurgie palliative: il dépend à la réalisation d'une stomie de décharge seul.

6.Surveillance: (20)

Le suivi du CCR doit être organisé, structuré et cohérent avec l'âge et l'état général du malade, le stade de la tumeur au moment du diagnostic et les traitements envisageables au vu des éléments constatés.

Objectifs :

- ✓ Détecter et prévenir les effets secondaires du traitement.
- ✓ Détecter une récurrence locale ou à distance éventuellement le plus tôt possible.
- ✓ Rechercher et traiter les complications tardives.
- ✓ Un soutien psychologique et préserver la qualité de vie.
- ✓ Organiser les soins de support.

Examen clinique tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans.

Radiologie:

Scanner abdomino pelvien ou échographie abdominopelvienne (ou en alternance) tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans

Scanner thoracique tous les ans pendant 5 ans

Coloscopie Si coloscopie préopératoire incomplète ou en cas de tumeur infranchissable : coloscopie entre 3 et 6 mois

Si coloscopie préopératoire complète : coloscopie de contrôle à 1 an, puis tous les 5 ans.

Biologie:

Dosage ACE Optionnel : tous les 3 mois notamment si ACE élevé avant le traitement

Dans des situations particulières, d'autres examens peuvent être réalisés (IRM pelvienne, hépatique ; TEP, etc)

7.Complications et pronostic : (20)

Complications précoces : occlusion intestinale, perforation tumorale, hémorragie digestive, abcès et fistule.

Complications tardives : métastases hépatiques, pulmonaires, osseuses, carcinose péritonéale, récurrence loco-régionale, dénutrition et cachexie, complications thromboemboliques.

Complications liées au traitement : complications de stomie , sténose anastomotique , troubles digestifs, troubles intestinaux (incontinence fécal..), inflammation , anémie , thrombopénie , neutropénie , alopecie ...

Les tumeurs non métastatiques, précocement diagnostiqué avec exérèse complète ont généralement de bon pronostic.

Les tumeurs métastatiques, une révélation par complications (occlusion..), envahissement vasculaire veineux et lymphatique, et un taux d'ACE élevé, sont des facteurs de mauvais pronostic.

8.Prévention: (26) (27) (28)

8.1.Prévention primaire:

Elle vise à éviter l'initiation de cancer par l'évitement des facteurs de risque.

La prévention du cancer colorectal passe par la modification des habitudes de vie:

- ✓ Arrêter de fumer et limiter la consommation de boissons alcoolisées.
- ✓ Limiter la consommation de viandes rouges
- ✓ Augmenter la consommation de fibres alimentaires : légumes verts, légumes secs et cereals.
- ✓ Augmenter la consommation de laitages.
- ✓ Augmenter l'activité physique.
- ✓ .Maintenir son poids dans les limites d'un poids normal: (IMC) compris entre 25 et 27 kg/m² .

8.2. Prévention secondaire:

Elle vise à la détection précoce de la maladie dans le but de la découvrir dans un stade précoce ou leur prise en charge est curable.

Le dépistage concerne les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans à risque modéré de cancer colorectal, asymptomatiques et répondant aux critères d'éligibilité.

Les critères d'éligibilité pour le dépistage organisé du cancer colorectal:

- ✓ Âge : 50 à 74 ans.
- ✓ Sexe : femmes et hommes.
- ✓ Personnes asymptomatiques à risque modéré de cancer .
- ✓ Absence de contre-indication (altération de l'état général secondaire à un cancer autre que colorectal, état de santé rendant le dépistage inopportun).
- ✓ Absence de coloscopie dans les 5 ans.
- ✓ Absence de test de recherche de sang occulte dans les selles datant de moins de 2 ans.

	Moyen	Élevé	Très élevé
Personnes concernées	Population générale • 50 à 74 ans. • asymptomatique.	Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) • Maladie de Crohn colique. • Rectocolite hémorragique. Antécédents d'adénome* ou de CCR • Personnel. • Familial (1^{er} degré).	Prédisposition héréditaire • Polyposes adénomateuses familiales (PAF). • Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch).
Stratégie de dépistage	Dépistage organisé • Test de recherche de sang occulté dans les selles (tous les 2 ans).	Dépistage individuel • Consultation gastro-entérologique/ suivi spécialisé • Coloscopie*/Chromoendoscopie**.	Dépistage individuel • Consultation oncogénétique (recherche mutation). • Consultation gastro-entérologique. • Chromoendoscopie**.

Figure 21: Dépistage selon le niveau de risque de cancer colorectal

8.3. Prévention tertiaire:

Elle vise à réduire les complications et les récives après la prise en charge.

- ✓ Surveillance stricte post-thérapeutique.
- ✓ Prévention des récives par chimiothérapie adjuvante, radiothérapie...
- ✓ Prise en charge des complications.
- ✓ Hygiène de vie.
- ✓ Soins palliatifs si stade avancé.

III.MATERIEL ET METHODES

1.Matériels :

Notre étude a porté sur les patients atteints de cancer de colon gauche sur occlusion , durant la période qui s'étale de janvier 2020 au décembre 2025 , et pris en charge au niveau de l'EPH MOHAMMED BOUDIAF OUARGLA

Critères d'inclusion :

- Tout patient opéré pour occlusion intestinale aigue dont l'origine est une tumeur maligne de colon gauche confirmée par l'examen anatomo-pathologique.

Critères de non inclusion :

- les patients opérés pour cancer de colon gauche non occlusif
- les patients opérés pour autre causes d'occlusion du colon gauche

Critères d'exclusion :

- Les dossiers vides.

2. Méthodes :

❖ Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, rétrospective, concernant les malades pris en charge pour cancer du colon gauche sur occlusion au niveau de l'EPH MOHAMMED BOUDIAF Ouargla.

❖ Lieu d'étude :

- Au niveau des 04 services : - Pavillon d'urgence chirurgical
 - Service de chirurgie homme
 - Service de chirurgie femme
 - CAC homme et femme

❖ Recueil des données :

Les données ont été obtenues à partir des dossiers médicaux des patients et les registres des quatres services, ces information ont été répertoriées sur une fiche d'exploitation (annexe)

❖ Les données collectées :

On a étudié les variables suivantes :

- Caractéristique sociodémographique : l'age, le sexe , statut marital, niveau intellectuel
- Renseignements cliniques et paraclinique : les antécédents personnels et familiaux , les habitudes toxiques , délai d'apparition des symptomes (consultation initiale ou non) , délai d'apparition de syndrome occlusif et les symptomes associes , les signes généraux , bilan radiologique (ASP, coloscopie) , l'aspect endoscopique et le type histologique , bilan biologique , bilan d'extention , le métastase .

- Attitude thérapeutique : délai d'entreprise au bloc opératoire , les données de l'exploration chirurgicale (métastase , carcinose , siege de tumeur, les caractéristiques de la tumeur) , le geste chirurgicale (stomie de poche amont , hartman, résection et anastomose) , suites opératoire immédiates et à long terme , traitement adjuvant .

❖ **Saisie et analyse des données :**

les données saisies ont été exploitées à l'aide des logiciel libre SPSS 27 et EXCEL .

les résultats ont été exprimés en pourcentage pour les variables qualitatives et en moyenne pour les variables quantitatives . ils sont rapportés dans des tableaux , ou représentés sous formes de barre ou histogramme ou de secteurs

IV.RESULTATS

I. Caractéristiques sociodémographiques :

I.01. Nombres des patients :

Nous avons enregistré 59 patients opérés pour cancer de colon gauche sur occlusion au niveau de L'EPH MOHAMMED BOUDIAF Ouargla durant notre période de d'étude.

I.02.Sexe :

Dans notre étude on note une prédominance des hommes avec 32 homme soit 54%, contre 27 femme soit 45%, le sexe ratio H/F est de 1,18.

Tableau02 : répartition des patients selon le sexe

	fréquence	pourcentage
Femme	27	45,80%
Homme	32	54,20%
Total	59	100%

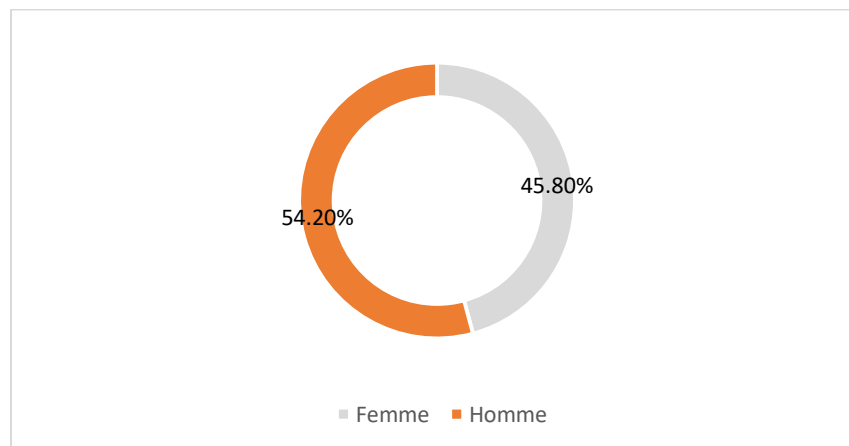


Figure22 : Répartition des patients selon le sexe

I.03.l'âge :

L'âge moyen de nos patients était **60 ans** avec des extrêmes allant de **25 à 95 ans**. le médian de notre série est **59 ans**, la tranche d'âge modal est située entre **61-81**, le mode est de **68 ans** , et l'écart type est **16.580**.

Tableau 03 : Répartition des patients selon l'âge

	Fréquence	Pourcentage
25-40	7	11,90%
41-60	19	32,20%
61-80	25	42,40%
81-95	8	13,60%
Total	59	100%

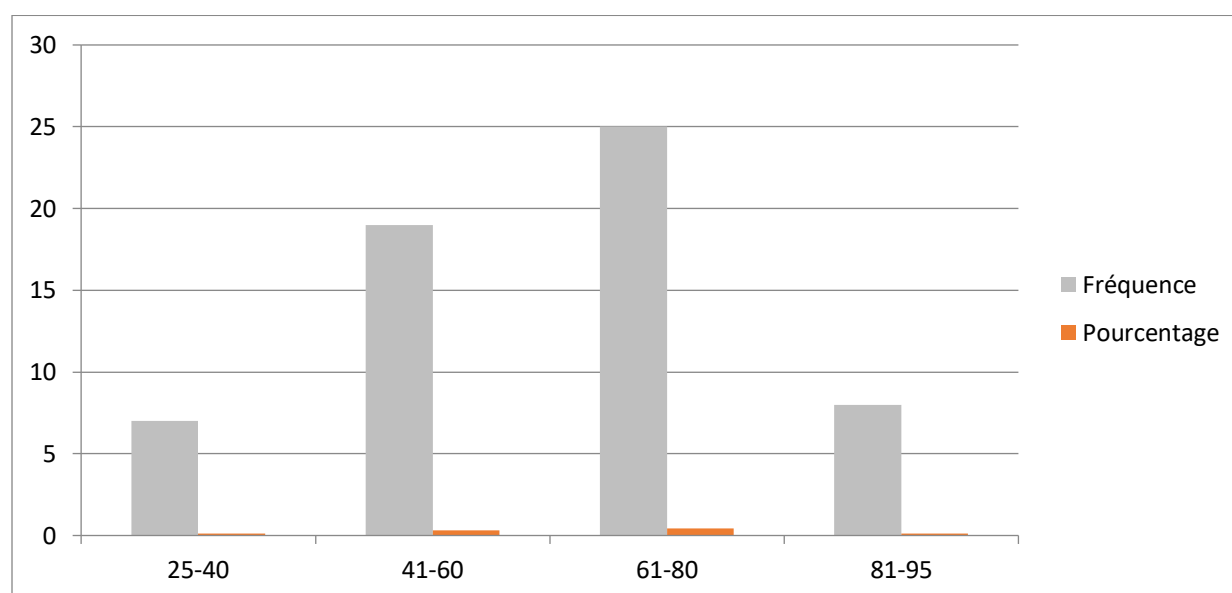


Figure23 : Répartition des patients selon l'âge

I.04.Statut marital :

55.90% de nos patients sont mariés et 6.80% sont célibataires, le reste sont soit divorcées 1.70%, ou veuf (es) 3.40%.

Tableau 04 : répartition des patients selon le statut marital

	Fréquence	Pourcentage
célibataire	4	6,80%
Divorcé(e)	1	1,70%
Marié(e)	33	55,90%
non précisé	19	32,20%
Veuf (e)	2	3,40%

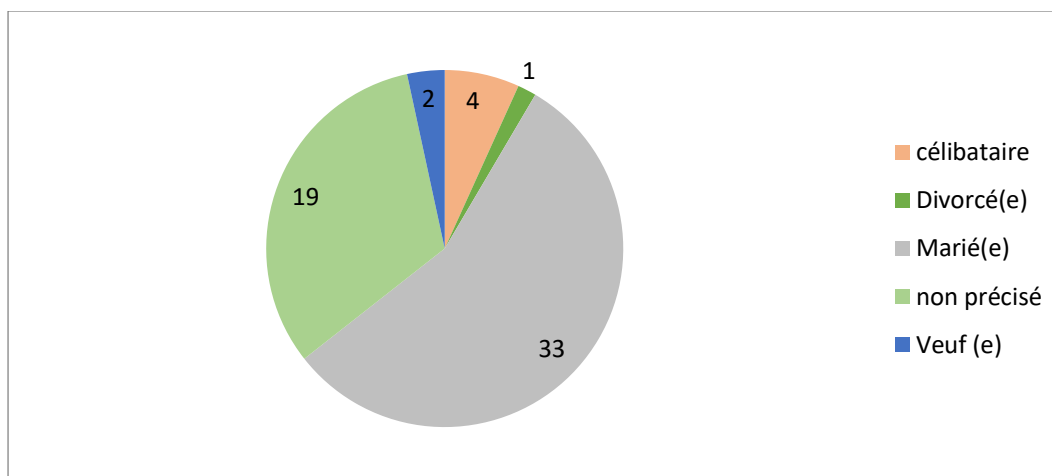


Figure24 : Répartition des patients selon le statut marital

II. Les Renseignements cliniques :

II.01. les antécédents personnels :

Les antécédents personnels étaient dominés par les comorbidités cardiovasculaires et métaboliques. L'hypertension artérielle était l'antécédent médical le plus fréquent retrouvée chez 27,1% des patients suivie du diabète type 2 (20,3%). Des antécédents de cancer colorectal étaient notés chez 8,5% des patients, tandis que l'hypertrophie bénigne de la prostate concernait 5,1% des cas. L'ulcère gastrique était retrouvé dans 1,7% des cas, alors qu'aucun patient ne présentait d'antécédent de polypose, de MICI ou cancer gynécologique.

Concernant les antécédents chirurgicaux, la cholécystectomie était l'intervention la plus fréquente (6,8%), alors que la fistule anale opérée et la prostatectomie pour adénome présentait chacune 1,7% des cas. Par ailleurs, 42,4% des patients ne présentaient aucun antécédent particulier.

Tableau05 : Répartition des patients selon les antécédents personnels.

	fréquence	pourcentage
<u>Médicaux</u>		
CCR	5	8,5%
DT2	12	20,3%
HTA	16	27,1%
HBP	3	5,1%
Ulcère gastrique	1	1,7%
Polypose,MICI,Cancer gynécologique	0	0%
<u>Chirurgicaux</u>		
Fistule anale opéré	1	1,7%
Cholécystectomie	4	6,8%

prostatectomie sur adénome	1	1,7%
RAS	25	42,4%

II.02. les antécédents familiaux :

Dans notre série parmi 59 cas des cancer de colon gauche , 81,20 n'ont pas des antécédents familiaux , 3.40% ont de CCR, 3.40% ont le cancer de sein, une seul cas a de néoplasie familiale non précisé , une seul patients a le cancer de l'endomètre chez sa sœur , une seul patients a le cancer de l'endomètre et du sein, une seul patient a le cancer du cerveau, un autre a le cancer du foie.

Tableau 06: Répartition des patients selon les antécédents familiaux

	fréquence	pourcentage
Cancer colorectale	2	3,40%
KC de l'endomètre (sœur)	1	1,70%
Kc de l'endomètre et kc du sein	1	1,70%
Kc de l'estomac/ Kc du poumon	1	1,70%
Kc du cerveau	1	1,70%
Kc du foie	1	1,70%
Kc du sein	2	3,40%
Kc non précisé	1	1,70%
Néoplasie familiale	1	1,70%
RAS	48	81,20%
total	59	100%

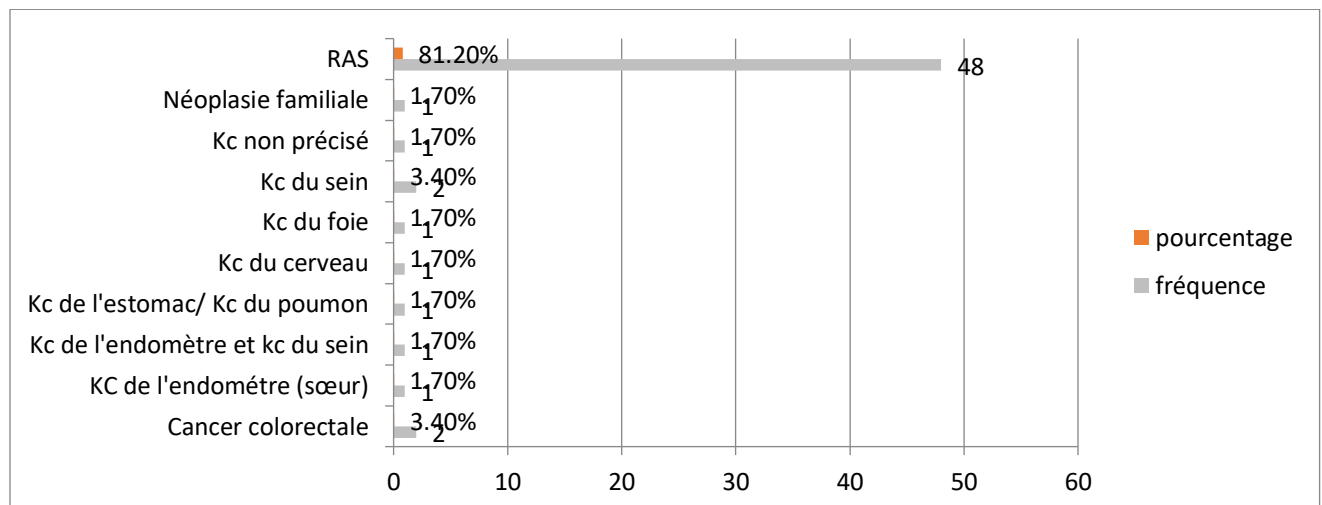


Figure25 :Répartition des patients selon les antécédents familiaux

II.03.les habitudes toxiques :

84.70% des patients ne présentent pas des habitudes toxiques ce qui représente la majorité des patients de notre étude.

Tableau07 : Répartition des patients selon la présence d'habitudes toxiques

	fréquence	pourcentage
non	50	84,70%
oui	9	15,30%
total	59	100%

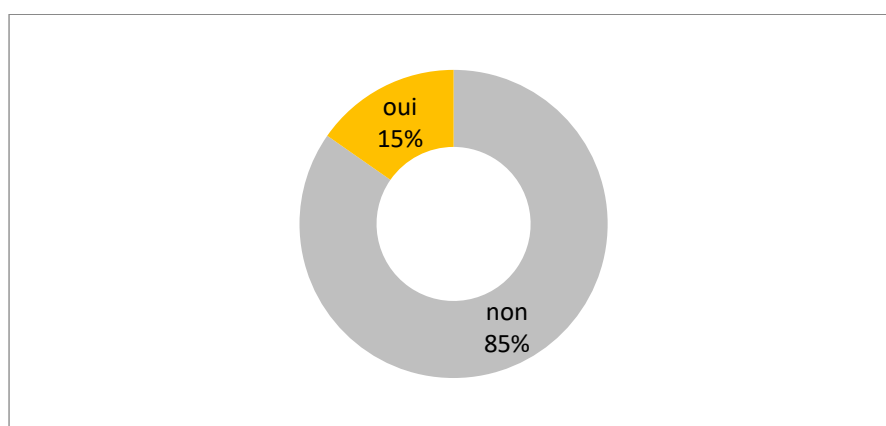


Figure26 : Répartition des patients selon les habitudes toxiques

II.04. Délai d'apparition de la symptomatologie initiale :

Le délai d'apparition de la symptomatologie était inférieur à un mois chez 23,70% des patients. Il était de 01 mois chez 13,60% et de 02 mois chez 11,90% des patients. La répartition complète des patients selon le délai d'apparition de la symptomatologie initiale est présentée dans le tableau suivant.

Tableau08 : Répartition des patients selon le délai d'apparition de la symptomatologie initiale

	Fréquence	Pourcentage
< de 1mois	14	23,70%
1mois	8	13,60%
2mois	7	11,90%
3mois	4	6,80%
4mois	4	6,80%
5mois	1	1,70%
6mois	3	5,10%

7mois	4	6,80%
8mois	2	3,40%
12mois	5	8,50%
non précisé	7	11,90%
Total	59	100%

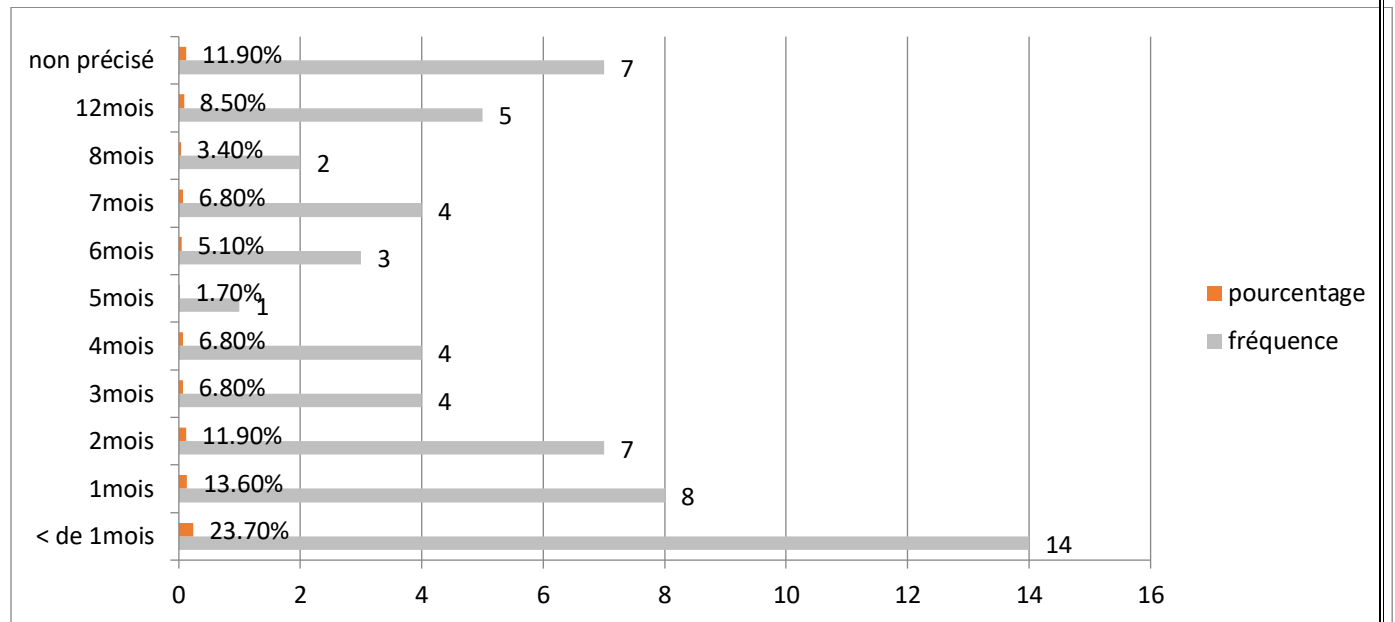


Figure27 : délai d'apparition de la symptomatologie initiale

II.05. Syndrome occlusif :

Tous les patients ont été hospitalisés pour syndrome occlusif.

Tableau 09: Nombre des cas ont une syndrome occlusif

	fréquence	pourcentage
oui	59	100,00%

II.06. Délai d'apparition de syndrome occlusif :

Tableau 10 : délai d'apparition de syndrome occlusif

	Fréquence	Pourcentage
brutal	10	16,96%
1jour	12	20,34%
2jours	11	18,64%
3jours	9	15,25%

4jours	4	6,78%
6jours	7	11,86%
1 semaine	6	10,17%

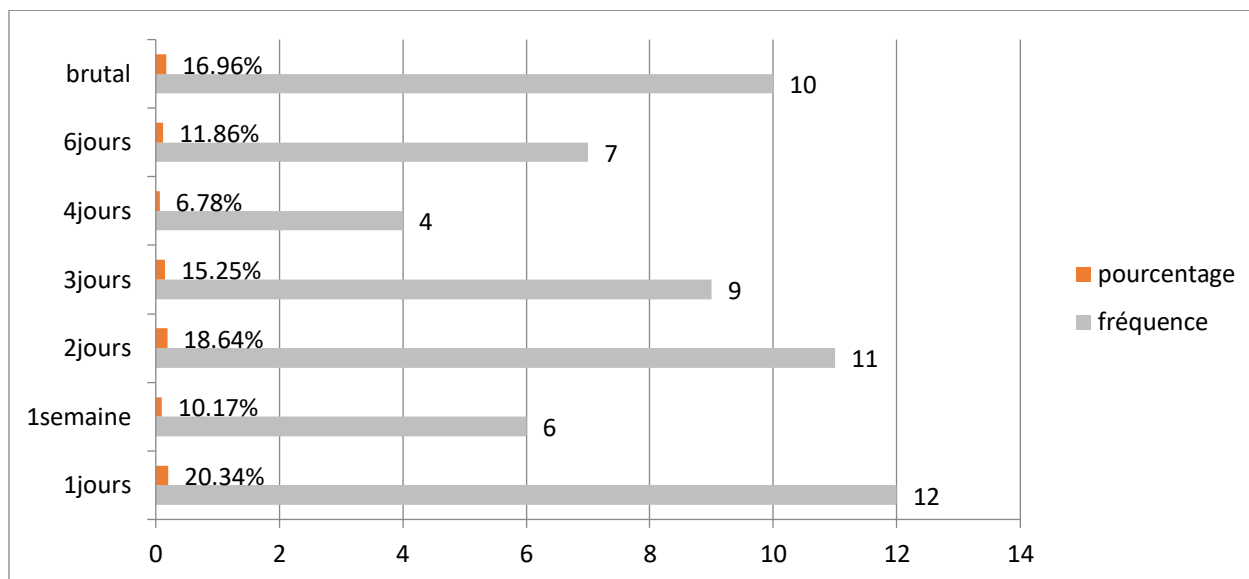


Figure 28 : Délai d'apparition de syndrome occlusif

II.07. Les signes généraux :

Les signes généraux étaient dominés par l'altération de l'état général (AEG), observés chez **74,6%** des patients. L'amaigrissement était retrouvé chez **16,9%** des patients, tandis que la fièvre n'a été observée que chez **1,7%** des patients.

Tableau 11: Répartition des patients selon les signes généraux

	fréquence	pourcentage
Amaigrissement	10	16,90%
AEG	44	74,60%
Fièvre	1	1,70%

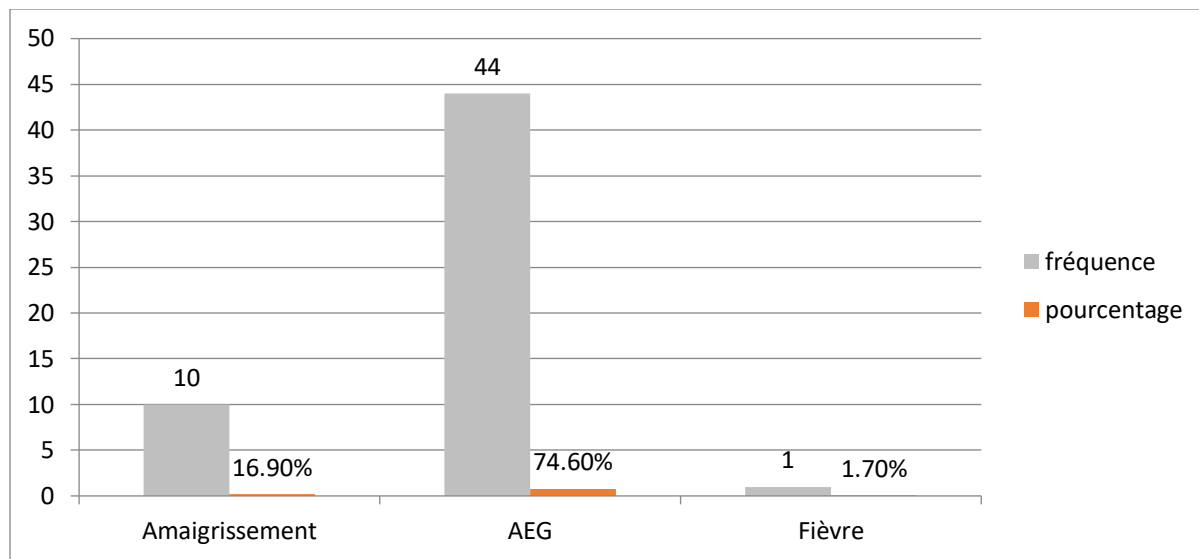


Figure29 : les différents signes généraux retrouvés chez les patients

II.08. les signes cliniques :

Les manifestations cliniques étaient dominées par les douleurs abdominales retrouvées chez **93,20%** des patients. Elles étaient suivies par les troubles de transit (**54,30%**), les vomissements (**44,10%**), les rectorragies (**23,70%**) , et les méléna chez **8,50%** des patients.

Tableau 12: les manifestations cliniques

	fréquence	pourcentage
Douleurs abdominales	55	93,20%
Méléna	5	8,50%
Rectorragies	14	23,70%
Vomissements	26	44,10%
Troubles de transit	32	54,30%

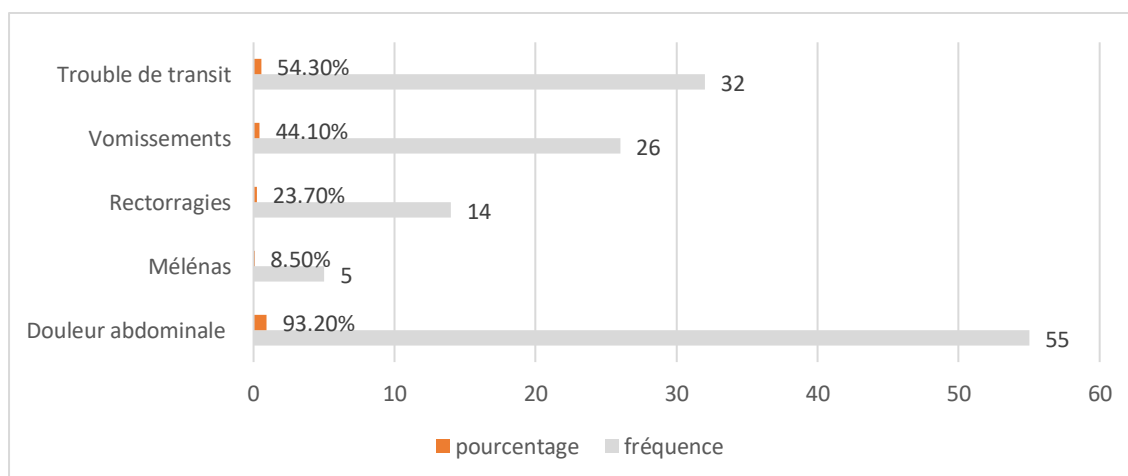


Figure30 : les manifestation cliniques

L'arrêt des matières a été objectivé chez 29 patients ce qui représente 49,20% de notre population, tandis que l'arrêt des gaz n'a été mis en évidence que chez un seul patient.

Tableau13 : Nombres des patients présents arrêt des matières et des gazs

	fréquence	pourcentage
Arrêt des matières	29	49,20%
Arrêt des gazs	1	1,70%

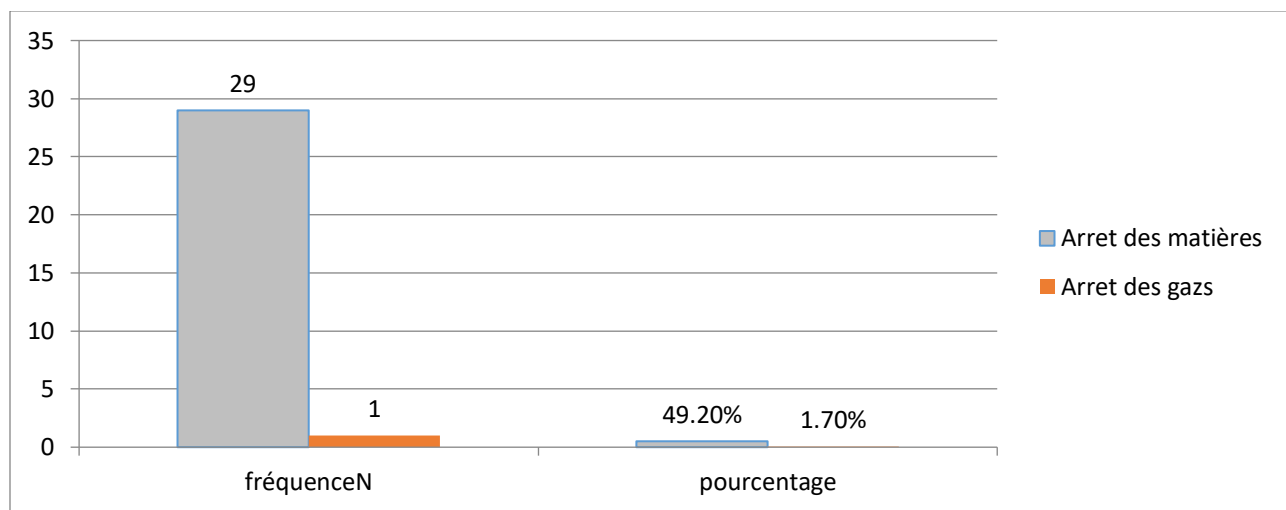


Figure31 : Nombre des patients présente arrêt des matières et des gazs

II.09.Les signes physiques:

A l'examen clinique, la distension abdominale était le signe physique le plus fréquent, retrouvée chez **98.30%** des patients. Une hépatomégalie était présente chez **5,1%** des patients, tandis qu'une masse palpable était retrouvée chez **3,4%** des patients. Un seul cas d'ascite (**1,7%**) et un seul cas d'adénopathies (**1,7%**) ont été observés. Aucun cas de splénomégalie n'a été noté.

Tableau 14: Répartition des patients selon les signes physiques à l'examen clinique

	fréquence	pourcentage
Distention Abdominale	58	98,30%
Masse palpable	2	3,40%
Hépatomégalie	3	5,10%
Splénomégalie	0	0%
Ascite	1	1,70%
Adénopathies	1	1,70%

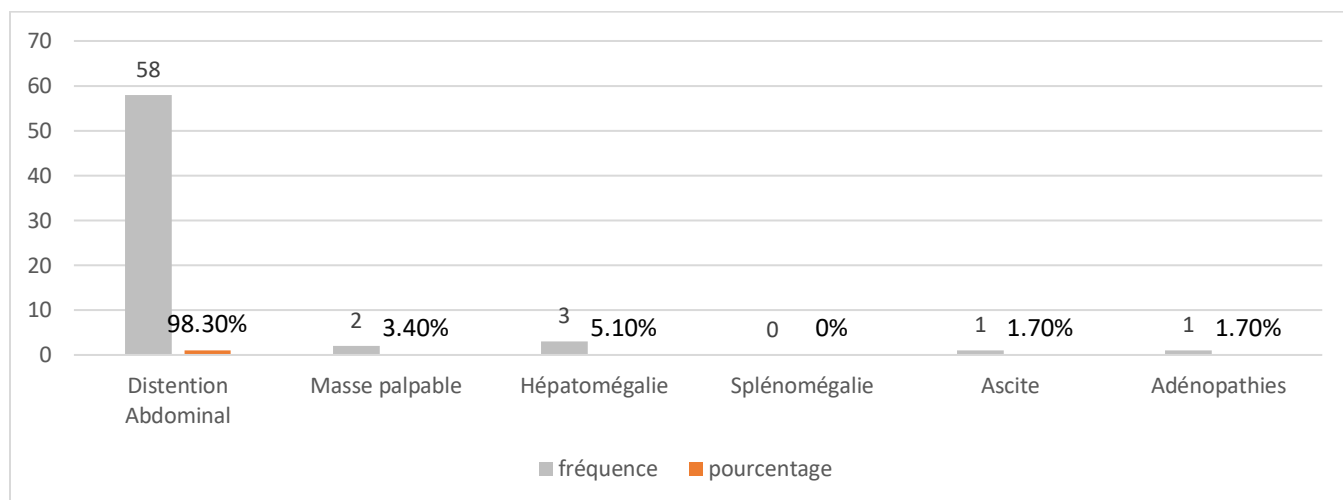


Figure32 :Les différents signes physiques retrouvés chez les patients

III. Les renseignements paracliniques :

III.01.Abdomen sans préparation (ASP):

Tous les patients de notre étude ont bénéficié d'un abdomen sans préparation. Parmi eux, 91,5% présentaient des niveaux hydro-aériques.

Tableau15 : Répartition des patients selon la réalisation d'un ASP.

	Fréquence	pourcentage
Oui	59	100%

Tableau16 :Répartition des patients selon la présence des niveaux hydro-aériques

	fréquence	pourcentage
non	5	8,50%
oui	54	91,50%

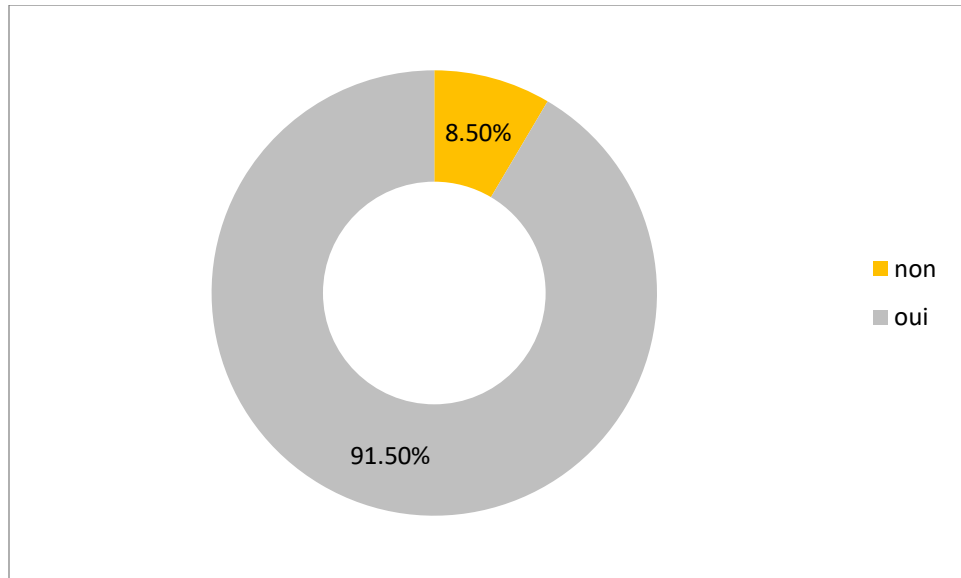


Figure33 :Taux des patients présentent des niveaux hydro-aériques

III.02. Coloscopie :

La coloscopie préopératoire a été réalisée chez **84,7%** des patients, tandis qu'elle n'a pas été réalisée chez **15,3%** des patients.

Tableau 17: Répartition des patients selon la réalisation d'une coloscopie en préopératoire

	fréquence	pourcentage
oui	50	84,70%
Non réalisée	9	15,30%
Total	59	100%

III.03. Niveau de progression :

Parmi 59 patients de notre étude, **16,90%** ont été bénéficiés d'une coloscopie totale. La progression de la coloscopie s'est arrêtée au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne dans **42,3%** des cas, du sigmoïde dans **15,3%** des cas, de l'angle colique gauche dans **8,5%** des cas et du colon transverse dans **1,7%** des cas.

Tableau18 :Niveau de progression de la coloscopie en préopératoire

	fréquence	pourcentage
Angle colique gauche	5	8,50%
Charnière recto_sigmoïdienne	25	42,30%
colon transverse	1	1,70%
Sigmoïde	9	15,30%

Coloscopie totale	10	16,90%
Non réalisée	9	15,30%

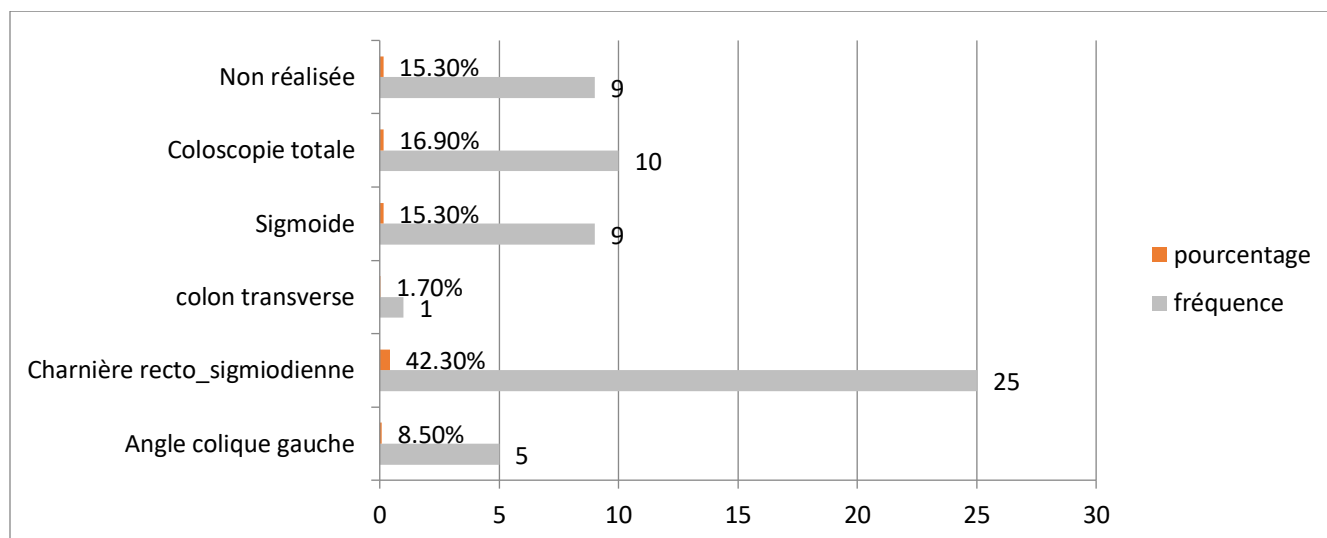


Figure34 :Le niveau de progression de coloscopie en préopératoire

III.04.Aspect endoscopique :

L'aspect endoscopique le plus fréquemment observé était l'aspect sténosant, retrouvé chez **30,50%** des patients. Il était suivi par l'aspect ulcéro-bourgeonnant (**27,1%**) et l'aspect sténosant associé à une composante ulcéro-bourgeonnante (**25,4%**). Un saignement au contact n'a été observé que chez **1,7%** des patients.

Tableau 19 : Répartition des patients selon l'aspect endoscopique de la tumeur

	fréquence	pourcentage
saignement au contact	1	1,70%
sténosant	18	30,50%
sténosant +ulcéro-bourgeonnant	15	25,40%
Ulcéro-bourgeonnant	16	27,10%
Non réalisé	9	15,30%
totale	59	100%

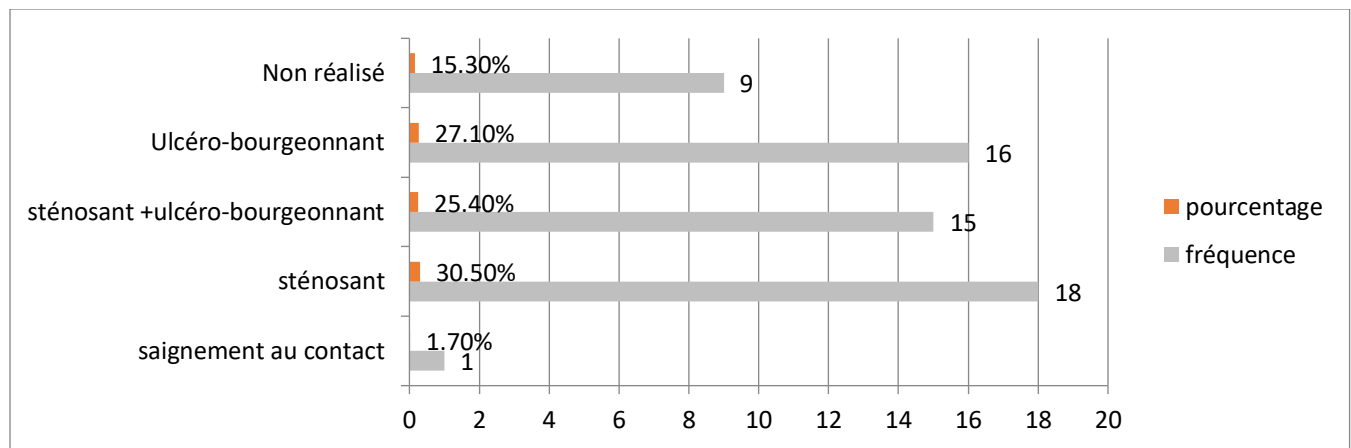


Figure 35 :Répartition des patients selon l'aspect endoscopique de la tumeur

III.05. La présence d'autres tumeurs coliques :

98.30% des patients n'ont pas d'autres tumeurs coliques dans la coloscopie.

Tableau 20 : la présence ou non d'autres tumeurs colique

	fréquence	pourcentage
non	58	98,30%
oui	1	1,70%

III.06. le TDM :

Dans notre étude, tous patients ont bénéficié d'une TDM préopératoire. Le siège sigmoïdien était le plus fréquent représentant par **44,1%** des cas.

Tableau21 : Répartition des patients selon la réalisation d'une TDM préopératoire

	fréquence	pourcentage
Oui	59	100%

Tableau 22 : Répartition des patients selon les résultats de TDM

	Fréquence	Pourcentage
Epaississement de la charnière recto-sigmoïdienne	24	40,60%
Epaississement de colon gauche	5	8,50%
Epaississement sigmoïdienne	26	44,1%
Masse de l'angle colique gauche	4	6,80%
totale	59	100%

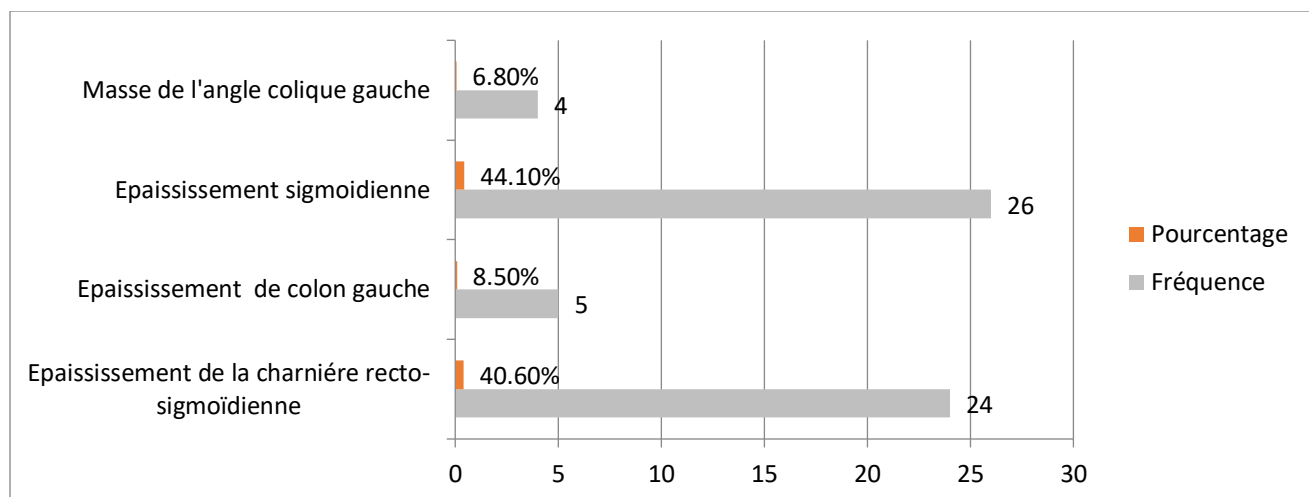


Figure36 : Répartition des patients selon les résultats de TDM

III.07. Comorbidités :

Les comorbidités cardio-vasculaires étaient les plus fréquentes, retrouvées chez 26 patients. La malnutrition concernait 8 patients et une comorbidité rénale a été observée chez un seul patient. Aucune comorbidité respiratoire, neurologique ou hépatique n'a été retrouvée. Par ailleurs, 24 patients ne présentaient aucune comorbidité (RAS).

Tableau23 : Répartition des patients selon les comorbidités

	fréquence	pourcentage
Cardio- vasculaire	26	44,1%
Respiratoire	0	0%
Neurologique	0	0%
Hépatique	0	0%
Rénale	1	1,70%
Malnutrition	8	13,6%
RAS	24	40,7%

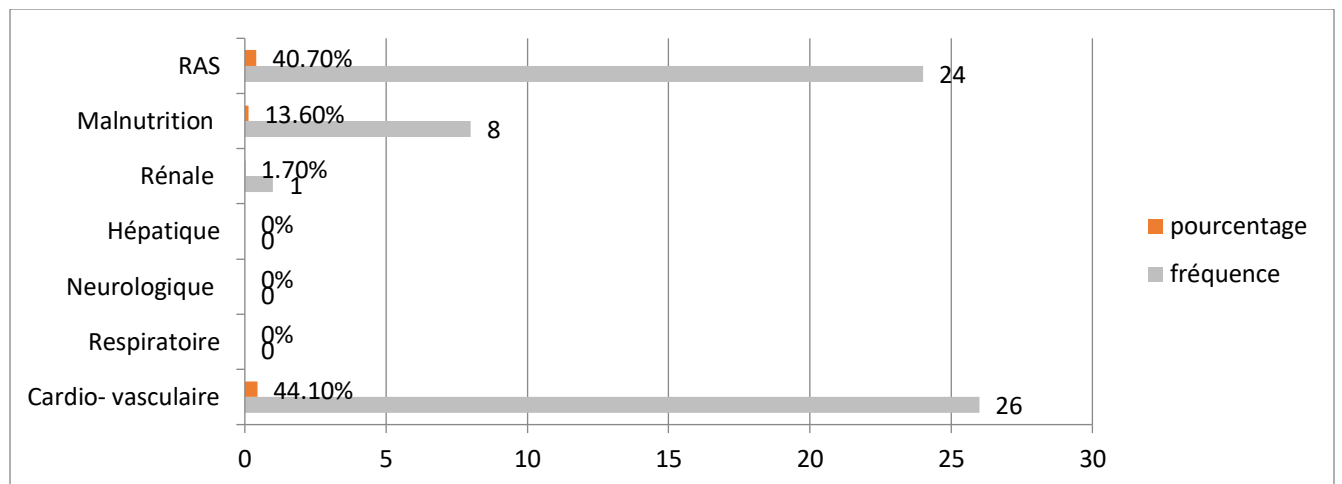


Figure 37 : Répartition des patients présentant des comorbidités

III.08. Diagnostic d'occlusion colique sur tumeur en préopératoire :

Le diagnostic de cancer du colon gauche sur occlusion était posé en préopératoire chez tous les patients.

Tableau 24: Répartition des patients selon la présence d'un diagnostic préopératoire d'occlusion colique sur tumeur

	fréquence	Pourcentage
Oui	59	100%

III.09. Bilan d'extension tumoral en préopératoire :

Parmi les 59 patients inclus dans notre étude, la majorité n'ont pas bénéficié d'un bilan d'extension préopératoire soit **69,50%**, par contre **30,5%** des patients ont bénéficié de bilan d'extension avant la réalisation de geste chirurgical.

Tableau 25 : Répartition des patients selon la réalisation d'un bilan d'extension en préopératoire

	fréquence	Pourcentage
non	41	69,50%
oui	18	30,50%

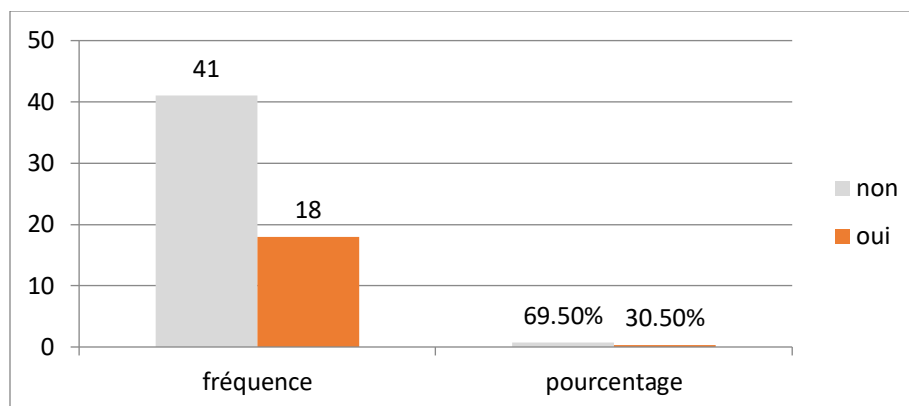


Figure38 : Répartition des patients selon la réalisation d'un bilan d'extension en pré opératoire

IV. Attitude thérapeutique :

IV.01.La Voie d'abord chirurgicale :

Chez tous les patients, la voie d'abord chirurgicale utilisée était une laparotomie médiane, soit **100%** des cas.

Tableau 26 : Répartition des patients selon la voie d'abord chirurgicale

	fréquence	Pourcentage
médiane	59	100%

IV.02.L'exploration chirurgicale :

L'exploration peropératoire était normale chez **72,9%** des patients. Des métastases hépatiques ont été retrouvées chez **16,9%** des patients. Une carcinose péritonéale a été observée chez **5,1 %** des patients, une ascite chez **3,4%** et une péritonite stercorale chez **1,7%** des patients.

Tableau 27: Répartition des patients selon les données de l'exploration chirurgicale

	fréquence	pourcentage
Ascite	2	3,40%
Carcinose péritoniale	3	5,10%
Métastase hépatique	10	16,9%
Péritonite stercorale	1	1,70%
RAS	43	72,9%

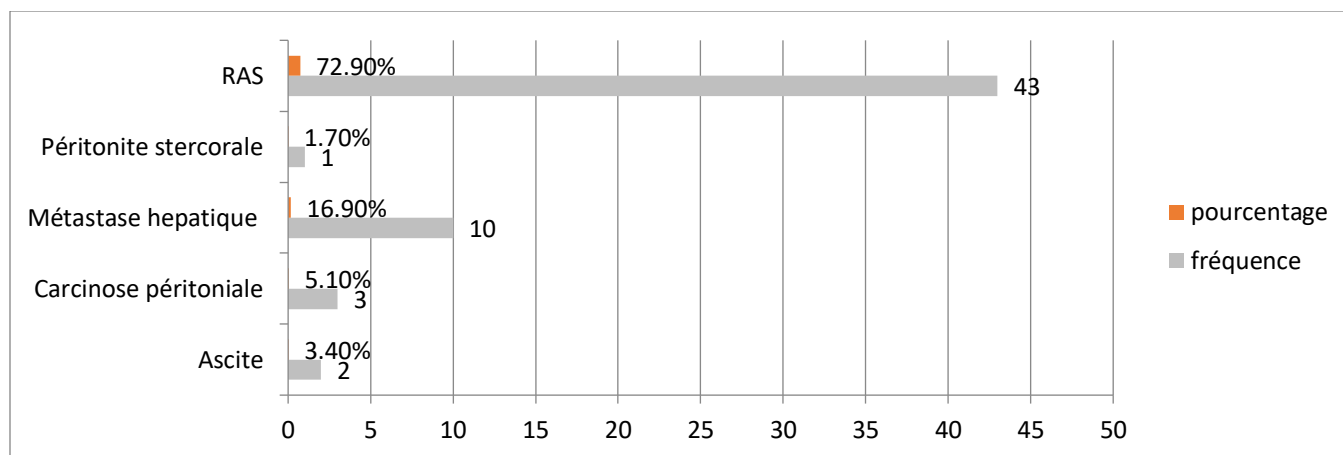


Figure39 : les données de l'exploration chirurgicale

IV.03.Siège de la tumeur :

La charnière recto-sigmoïdienne constituait la localisation la plus fréquente estimée de **47,5%**, suivie de la sigmoïde **37,3 %**. Ces résultats confirment la prédominance des cancers distaux dans les occlusions coliques.

Tableau28 : Répartition des patients selon le siège de la tumeur

	fréquence	pourcentage
angle colique gauche	4	6,80%
charnière recto sigmoïdienne	28	47,50%
Colon descendant	5	8,50%
sigmoïde	22	37,30%

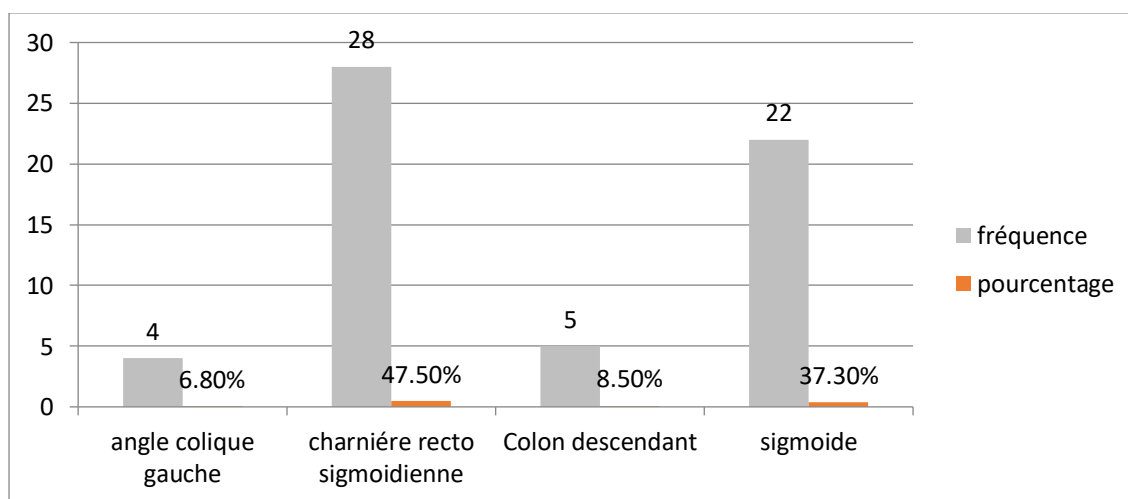


Figure40 : Répartition des patients selon le siège de la tumeur

IV.04 .Perforation tumorale :

Une perforation tumorale n'a été retrouvée que chez **5,1 %** des patients, ce qui montre que cette complication restait relativement rare dans notre série.

Tableau 29: Taux des patients présentent une perforation tumorale

	Fréquence	Pourcentage
non	50	84,70%
non précisé	6	10,20%
oui	3	5,10%

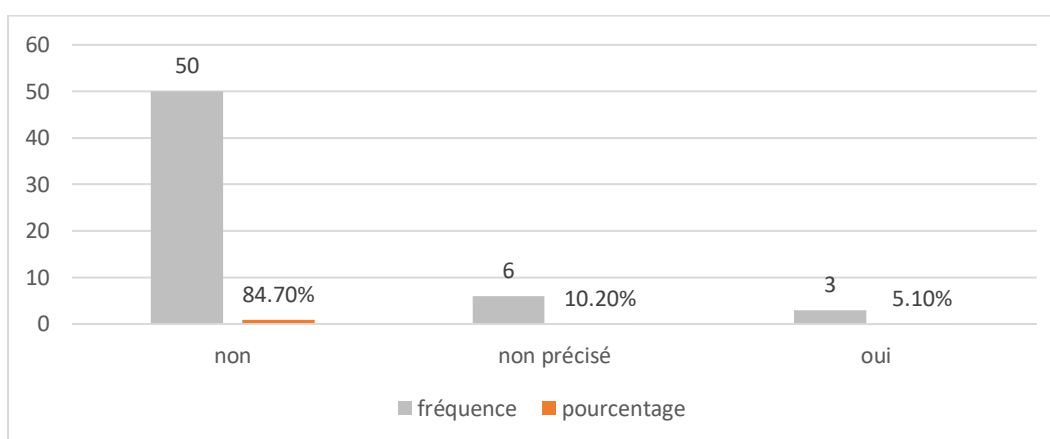


Figure41 :Taux des patients présentent une perforation tumorale

IV.05.La résécabilité tumorale:

La tumeur a été non résécable chez **16,9 %** des patients

Tableau30 :Répartition des patients selon la résécabilité tumorale

	fréquence	pourcentage
non	49	83,1%
oui	10	16,9%

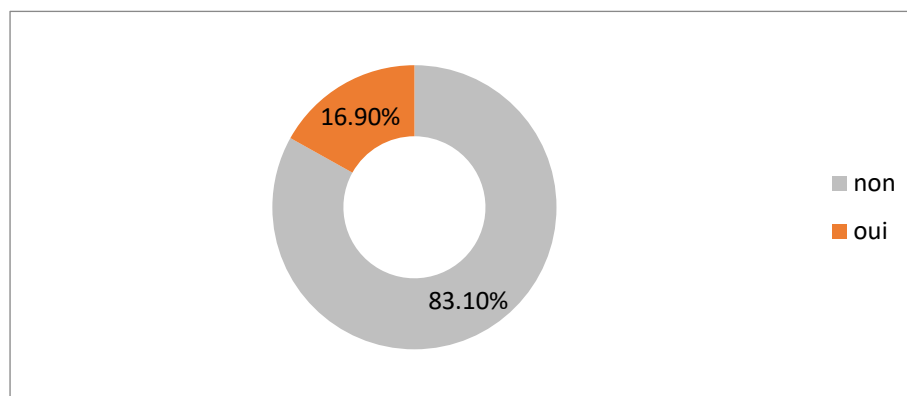


Figure42 : Taux des cas prtésentent un tumeur non résicable

IV.06.Geste chirurgical :

L'intervention de Hartmann était la technique chirurgicale la plus fréquemment réalisée, concernant **24** patients (**40,7%**). La résection avec anastomose a été réalisée chez **33,9%** des patients. Une stomie de proche amont a été pratiquée chez **16,9%** des patients,. Enfin, 5 patients ont bénéficiés d'une résection avec anastomose associée à une stomie de protection.

Tableau31 : Répartition des patients selon le geste chirurgical réalisé

	fréquence	Pourcentage
Stomie de proche amont	10	16,9%
Hartmann	24	40,7%
Résection+Anastomose+stomie de protection	5	8,47%
Résection+anastomose	20	33,9%

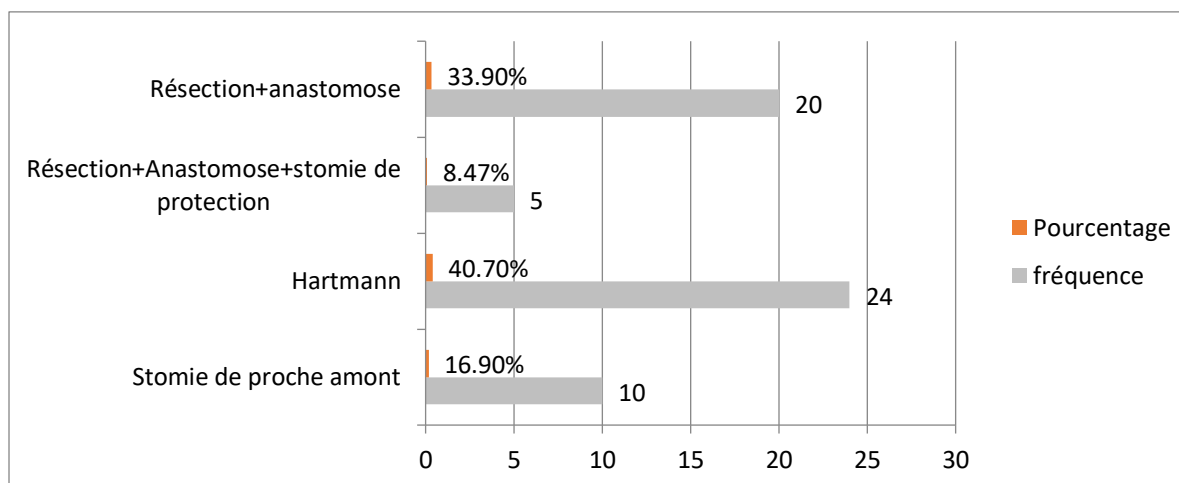


Figure 43 : Répartition des patients selon le geste chirurgical réalisé

IV.07. Organe stomatisé :

Une colostomie gauche a été réalisée chez 57,6% des patients, représentant le type de stomie le plus fréquent. Une iléostomie a été pratiquée chez 8,5% des patients. En revanche, 33,9% n'ont bénéficié d'aucune stomie.

Tableau 32 : Répartition des patients selon le type de stomie réalisée

	fréquence	pourcentage
colostomie gauche	34	57,60%
iléostomie	5	8,50%
pas de stomie	20	33,90%

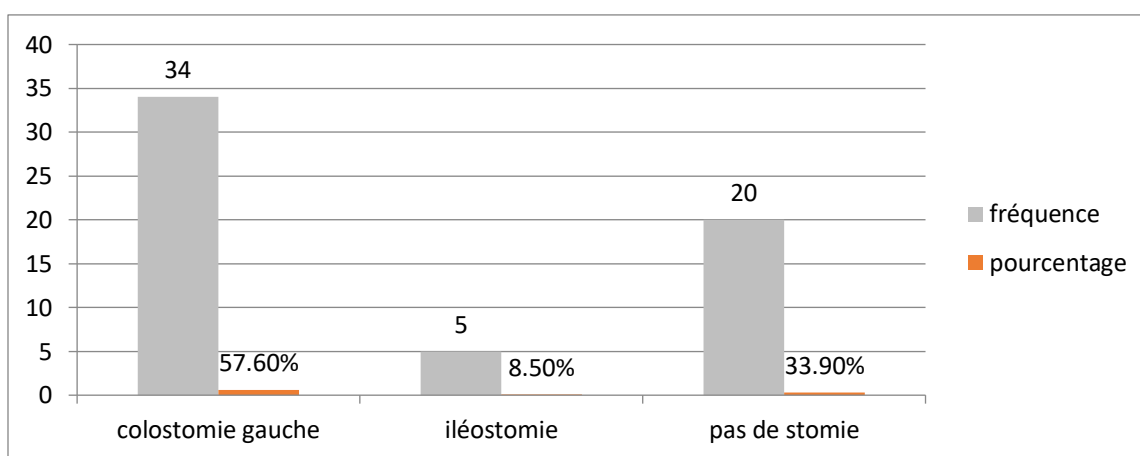


Figure44 : Répartition des patients selon le type de stomie réalisée

IV.08.Type d'anastomose :

L'anastomose colorectale était le type d'anastomose le plus fréquent, réalisée chez 32,2% des cas, suivie de l'anastomose colo-colique chez 3,4 %. Aucune anastomose n'a été réalisée chez 64,4% des cas.

Tableau 33 : Répartition des patients selon le type d'anastomose chirurgicale

	fréquence	pourcentage
colo-colique	2	3,40%
colo-rectale	19	32,20%
Pas d'anastomose	38	64,40%

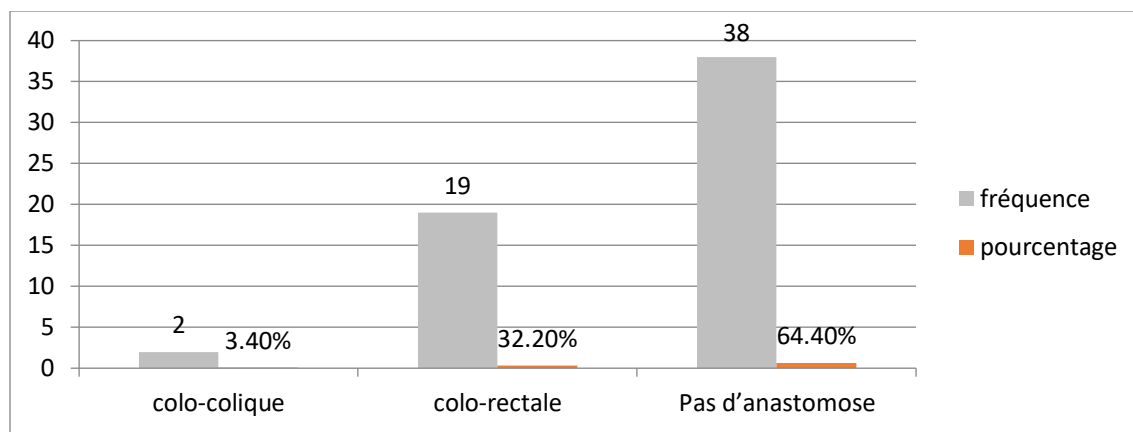


Figure 45 : Répartition des patients selon le type d'anastomose chirurgicale

IV.09. Métastaséctomie :

100% des patients opérés n'ont pas bénéficié de métastaséctomie.

Tableau 34 : Répartition des patients selon la réalisation d'un métastaséctomie ou non

	fréquence	pourcentage
non	59	100%

IV.10. Curage ganglionnaire :

Un curage ganglionnaire a été réalisé chez 78 % des patients, tandis qu'il n'a pas été réalisé chez 22%.

Tableau 35 : Répartition des patients selon la réalisation d'une curage ganglionnaire

	fréquence	pourcentage
non	13	22%
oui	46	78%

V. Suites opératoire :

V.01. suites opératoires compliqués ou simples :

Les suites postopératoires étaient simples dans 98,3 % des cas. Une seule complication postopératoire a été rapportée.

Tableau36 : Répartition des patients selon les suites opératoires compliquées ou non

	Fréquence	Pourcentage
non	58	98,30%

oui	1	1,70%
------------	---	-------

V.02.Les complications post opératoires immédiates et tardives:

Les complications immédiates étaient rares, limitées à un cas d'infection pariétale et un cas d'abcès intra-péritonéal (**1,7 % chacun**). Aucune récurrence locale ni sténose anastomotique n'a été rapportée au suivi à long terme.

Tableau 37 : Répartition des patients selon les complications post opératoires immédiates

	fréquence	pourcentage
Lachage anastomotique	0	0%
Eviscération	0	0%
Infection de la paroi	1	1,70%
Abcès intra-péritonéal	1	1,70%
Cpc de décubitus	0	0%
Hémopéritoine	0	0%

Tableau 38 : Répartition des patients selon les complication à long terme

A long terme	fréquence	pourcentage
Sténose de l'anastomose	0	0%
Récurrence locale	0	0%

V.03.Bilan d'extension :

La radiographie thoracique a été réalisée chez **83,1 %** des patients. Par ailleurs, une échographie abdomino-pelvienne a été réalisée chez tous patients.

La TDM TAP a permis d'évaluer l'extension tumorale. Toutefois, les résultats n'ont pas été retrouvés dans **29** dossiers médicaux, les métastases hépatiques constituaient la localisation secondaire la plus fréquente (**10,2%**), suivies des métastases hépatiques associées à des métastases pulmonaires et de l'envahissement locorégional (**6,8% chacun**). Une carcinose péritonéale a été retrouvée chez **5,1%** des patients, tandis qu'aucune métastase n'a été mise en évidence chez **13,6%** des cas.

1- Radiographie thoracique :

Tableau 39 : Répartition des patients selon la réalisation d'un TLT

	fréquence	Pourcentage
non	1	1,70%

non précisé	9	15,30%
oui	49	83,10%

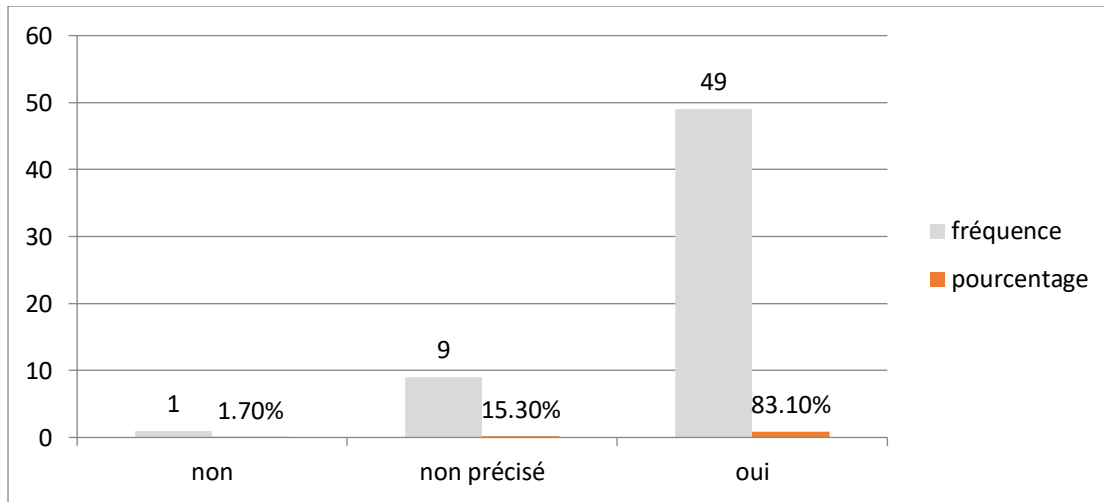


Figure46 : Répartition des patients selon la réalisation d'un TLT

2-Echographie abdomino-pelvienne :

Tableau 40 : La réalisation d'une echographie abdomino-pelvienne

	fréquence	pourcentage
oui	59	100,00%

3-TDM thoraco-abdomino-pelvienne :

Tableau 41 : Les résultats de TDM TAP

	fréquence	pourcentage
Carcinose péritonéale	3	5,10%
Envahissement Loco-regional	4	6,80%
Metastases hépatiques	6	10,20%
Métastases hépatiques + pulmonaires	4	6,80%
Metastases pulmonaires	1	1,70%
Metastases pulmonaires + Microkystes prostatiques	1	1,70%
Autres anomalies	3	5,1%
non précisé	29	49,20%
pas des métastases	8	13,60%

V.04.Anatomo-pathologie :

01-L'origine de prélèvement anatomopathologique:

L'analyse anatomopathologique de prélèvement a été effectuée sur la pièce opératoire chez **62,7%** des cas. **33,90%** des patients disposait d'un diagnostic histologique préopératoire obtenu par biopsies endoscopiques, tandis que **3,4%** des cas ont été diagnostiqués à partir d'un prélèvement endoscopique réalisé en postopératoire.

Tableau 42 : l'origine du prélèvement anatomopathologique

	fréquence	pourcentage
sur endoscopie post opératoire	2	3,40%
sur endoscopie préopératoire	20	33,90%
sur pièce opératoire	37	62,70%

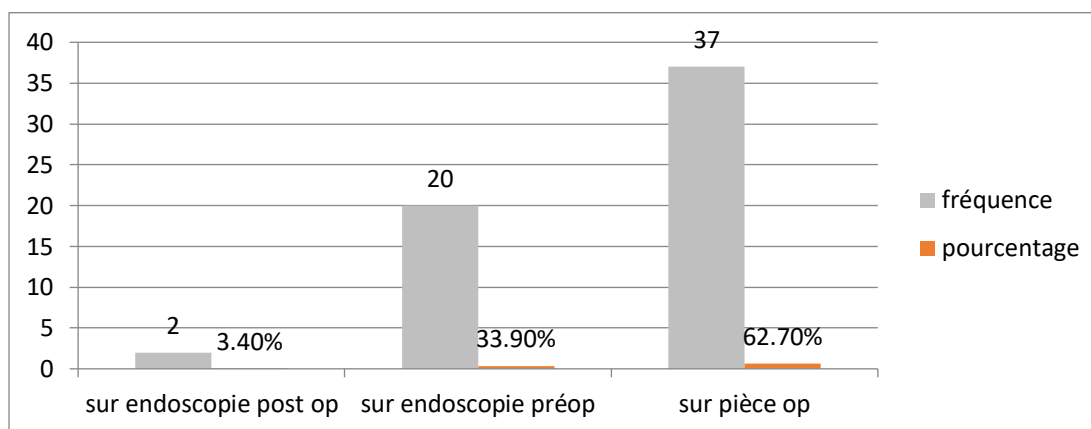


Figure47 : l'origine du prélèvement anatomopathologique

02- Marges de résection :

Les marges chirurgicales étaient saines chez **45,8 %** des cas, et infiltrées en un seul cas. Tandis que 35,6% étaient non précisées.

Tableau 43: le Type des marges de résection tumorale

	fréquence	pourcentage
infiltrées	1	1,70%
saines	27	45,80%
non précisé	21	35,6%
Non résécable	10	16,9%

03-Le type anatomo-pathologique :

L'adénocarcinome constituait le type histologique chez tous les patients de notre étude.

Tableau44: Répartition des patients selon le type anatomo-pathologique de tumeur

	fréquence	Pourcentage
adénocarcinome	59	100, %

04- Degré de différenciation :

Les cancers bien différenciés étaient les plus fréquents (**61,02%**), suivi des cancers moyennement différenciés (**35,59%**), et cancers peu différenciés ne représentaient que 2 cas.

Tableau 45 : Répartition des cancers selon le degré de différenciation

	Fréquence	Pourcentage
Bien différencié	36	61,02%
Moyennement différencié	21	35,59%
Peu différencié	2	3,39%

05-Nombres des ganglions totales :

Le curage ganglionnaire a été réalisé chez **46** patients. Parmi eux, le nombre total de ganglions prélevés était renseigné chez **25** patients. Parmi ces derniers **19** patients présentaient plus de **12** ganglions prélevés, tandis que **6** patients avaient un nombre de ganglions inférieur ou égal à **12**.

Tableau 46 : Nombre des ganglions totales

	Fréquence	Pourcentage
≤ 12	6	10,2%
>12	19	32,2%
non précisé	21	35,6%
Curage non réalisé	13	22%

06-Nombres des ganglions envahis :

Le nombre de ganglion envahis variait de **0** à **8**. L'absence d'envahissement ganglionnaire constituait la situation la plus fréquente, observée chez **20,3%** des cas. Parmi les patients présentant un envahissement ganglionnaire, les atteintes de **2** et **3** ganglions étaient les plus fréquentes (**5,1%** chacune), suivies des atteintes de **1,5** et **7** ganglions (**3,4%** chacune). Les atteintes de **4,6** et **8** étaient plus rares, représentant chacune **1,7%** des cas. Toutefois, le nombre de ganglions envahis n'était pas précisé dans **32,2%** des cas.

Tableau 47 : Nombre des ganglions envahis

	fréquence	pourcentage
--	-----------	-------------

0	12	20,30%
1	2	3,40%
2	3	5,10%
3	3	5,10%
4	1	1,70%
5	2	3,40%
6	1	1,70%
7	2	3,40%
8	1	1,70%
non précisé	19	32,20%
Curage non réalisé	13	22%

07- Classification TNM :

Les stades T3 et T4 associés ou non à un envahissement ganglionnaire étaient les plus représentés, indiquant que la majorité des patients étaient diagnostiqués à un stade localement avancé.

Tableau 48 : Répartition des cas selon la classification TNM

	Fréquence	Pourcentage
T2N0M0	2	3,40%
T2N0M1	2	3,40%
T2N0Mx	2	3,40%
T2N1Mx	3	5,10%
T3N+M0	1	1,70%
T3N0M0	1	1,70%
T3N0M1	1	1,70%
T3N0Mx	3	5,10%
T3N1M0	2	3,40%
T3N1M1	2	3,40%
T3N1Mx	2	3,40%
T3N2Mx	2	3,40%
T4N0M0	2	3,40%
T4N1M0	1	1,70%
T4N1M1	1	1,70%
T4N1Mx	2	3,40%
T4N2M1	2	3,40%
non précisé	2	3,40%

08- Embole vasculaire :

Les embolies vasculaires ont été retrouvées chez 20,3% des patients, tandis qu'elle était absente chez 22%. Cependant, cette donnée n'était pas précisée dans 57,6% des dossiers.

Tableau 49 : La présence ou non des embolies vasculaires

	fréquence	pourcentage
oui	12	20,30%
non	13	22,00%
non précisé	34	57,60%

V.05. Rétablissement de continuité :

Parmi les 38 patients ayant bénéficié d'une stomie, le rétablissement de continuité digestive a été réalisé chez 24 patients (63,2%), tandis qu'il n'a pas été effectué chez 14 patients (36,8%).

Tableau 50 : Rétablissement de la continuité

	fréquence	pourcentage
Non	14	36,8%
Oui	24	63,2%

V.06. Traitement adjuvant :

Tableau 51 : traitement adjuvant

	fréquence	pourcentage
non	1	1,70%
non précisé	11	18,60%
oui	47	79,70%

V.07. Chimiothérapie /Radiothérapie :

Une chimiothérapie adjuvante a été administrée chez 79,7 % des patients, tandis que la radiothérapie n'a concerné que 1,7 % des cas.

Tableau 52 : Nombre des patients qui ont fait la chimiothérapie

	fréquence	pourcentage
Non	1	1,70%
non précisé	11	18,60%
Oui	47	79,70%

Tableau 53 :Nombre des patients qui on fait la radiothérapie

	fréquence	pourcentage
Non	17	28,80%
non précisé	41	69,50%
Oui	1	1,70%

V.08. Décès :

Trois décès ont été enregistrés, correspondant à une mortalité globale de **5,1 %**, alors que **94,9 %** des patients étaient vivants au moment du recueil des données.

Tableau 54 : Nombre des patients décédés

	fréquence	pourcentage
non	56	94,90%
oui	3	5,10%

V.DISCUSSION

L'occlusion intestinale c'est l'un des complications de cancer du côlon gauche qui nécessite essentiellement l'intervention chirurgicale qui est le traitement de référence.

Cette étude est réalisée dans un objectif d'évaluer la prise en charge chirurgicale de cancer du côlon gauche révélé par une occlusion, d'analyser ses résultats et d'identifier les facteurs influençant le pronostic, afin d'optimiser les stratégies thérapeutiques à l'EPH Mohammed Boudiaf Ouargla durant la période qui s'étale de janvier 2020 jusqu'au décembre 2025.

Elle a permis : d'obtenir une photographie sur les facteurs de risques du cancer de colon gauche en occlusion et principalement sur les modalités de prise en charge thérapeutique, notamment chirurgicales au niveau de l'EPH Ouargla sur 04 services (chirurgie homme, chirurgie femme, CAC homme et CAC femme), ainsi de montrer plusieurs défaillances tels que l'existence des dossiers vides et des données manquants dans les dossiers médicaux.

Au total 59 cas ont été inclus dans notre étude, la population étudiée était majoritairement composée de sujets âgés avec un âge moyen de **60,44+/-16,58 ans** et à prédominance masculine représentant **54,2%**. Par ailleurs un pic de fréquence a été observé en 2023 avec l'enregistrement de 24 cas.

En Algérie, une étude a été effectuée au **service des urgences médico-chirurgicales de CHU de Tlemcen** sur une période de 05 ans (janvier 2015 - décembre 2019) présentaient 26 cas de cancer colique gauche en occlusion. (29)

En Maroc, une étude a été effectuée au **service de chirurgie viscérale à l'hôpital militaire de Meknès** sur une période de 5 ans (Janvier 2011 - mai 2016) présentaient **20 cas** ont un âge moyen de 55 ans avec prédominance masculine de 12 cas. (30)

En Côte d'Ivoire, 22 cas de cancer colique gauche révélés en occlusion ont été recensés sur une période de 07 ans (janvier 2010-décembre 2016), ils présentaient un âge moyen de 59,1+/-7 ans avec prédominance masculine de 14 cas. (31)

Nous constatons que notre série présente la fréquence la plus élevée par rapport aux autres études sus citées avec un moyen d'âge comparable, et une prédominance masculine similaire probablement dû à un retard de consultation ou de diagnostic, retard d'accès aux soins ou en raison d'absence de dépistage.

La prédominance masculine peut être expliquée par des facteurs professionnels, et des mauvaises habitudes alimentaires.

5.1 Principaux résultats :

5.1.1. Renseignements cliniques :

Dans notre étude **61%** des patients présentaient des antécédents personnels dont **8,5%** de cancer colorectal. Cette proportion est supérieure à celles rapportées dans plusieurs études, notamment à **Bamako Mali (32) en 2019 estimé de 6%**, et au **Maroc (33)** où les antécédents de cancer colorectal n'ont été retrouvés que chez **1,5%** des cas.

Par ailleurs, une étude réalisée au service des urgences chirurgicales de **CHU de Constantine, publié en 2026** et portant sur une période de 4ans et 8 mois (1er janvier 2015-31 Aout 2019) a rapporté une fréquence de **0,8%**, un taux nettement inférieur à celui observé dans notre série. (34)

La fréquence relativement élevée des antécédents personnels de cancer colorectal dans notre série pourrait être s'expliquer par une négligence et non acceptation de la pathologie donc la maltraitance ce qui montre l'intérêt de la prise en charge psychologique, ou l'existence des récurrences d'où l'importance de bon suivi à la suite du traitement initial.

La différence observée avec les autres études pourrait être liée à la taille de l'échantillon, ainsi que par les modalités de recueil des données.

Les antécédents toxiques, principalement le tabagisme et l'alcoolisme ont été retrouvés chez **15,4%** de nos patients. Cette fréquence reste inférieure à celle rapportée dans une étude **marocaine**, où elle était estimée à **35%**.

La fréquence relativement faible dans notre étude pourrait être s'expliquer par sous-estimation dû aux dossiers incomplets.

Concernant les antécédents familiaux, **18,6%** des patients présentaient des antécédents néoplasiques et extra digestifs. Les antécédents de cancer colorectal et de cancer de sein étaient observés avec une fréquence similaire (**3,4% chacun**). Dans **la série de Constantine (34), 7 patients** avaient un parent opéré pour cancer colique (**5,64%**) des taux supérieurs à ceux retrouvés dans notre étude.

Une hypothèse de prédisposition génétique renforcée par la présence des antécédents néoplasiques familiaux ainsi qu'un risque de développement de cancer colorectal est multiplié chez des sujets ayant un apparenté atteint de cette pathologie.

Le syndrome occlusif était présent chez tous les patients de notre série ce qui s'expliquer par la localisation gauche des tumeurs, leur caractère sténosant ainsi que par le diamètre plus réduit du colon gauche favorisant l'apparition d'une obstruction, des autre séries africaines, **16 patients** ont été admis pour syndrome occlusif au **Maroc**, contre **22 cas en Côte d'ivoire, et 32 cas en Bamako, Mali.** (33) (32) (34)

Cette fréquence élevée des formes occlusives pourrait être s'expliquer par le retard de consultation ou d'accès au diagnostic, et l'absence des programmes de dépistage, ce qui souligne l'importance des campagnes de dépistage précoce chez les sujets à risque, et de sensibilisation aux signes d'alarmes.

La rectorragie c'est l'un des signes les plus évocateurs d'un cancer de colon gauche. Dans notre étude il a été rapporté chez **23,7%** des patients, associé à d'autres signes principaux évoquant le syndrome occlusif progressivement :

- La douleur abdominale était le symptôme le plus fréquent, présente chez **93,7% des patients**. Cette fréquence est proche de celle rapportée dans l'étude marocaine en 2022. En revanche un taux de **50% et 100 %** ont été rapportés respectivement à **Tlemcen Algérie (29) et à Bamako.(32)**

- Les troubles de transit ont été observés chez **54,3% des cas** dont arrêt des matières retrouvé chez **49,2% des cas**. Ces taux sont inférieurs à ceux rapportés dans les séries de **Côte d'Ivoire(31) ,Bamako (32) et Sénégal (35)** où les troubles de transit étaient présents chez la totalité des patients.

- Les vomissements ont été notés chez **44,1%** des cas alors que respectivement **22% et 05%** des cas a été marqué dans les séries de **Tlemcen (29)et du Maroc.(33)**

Par ailleurs des signes généraux était fréquemment retrouvés à notre étude.**74,6%** de nos patients rapportent une notion d'altération d'état général traduisant souvent in diagnostic à stade avancé de la maladie.

Ainsi qu'une distension abdominale a été observé chez la majorité des patients soit **98,3%**. Cette fréquence est particulièrement très élevée mais elle reste inférieure à celle rapportée au **Maroc et à Bamako où elle atteignait 100%.** (32,33)

L'ensemble de ces données montre que les patients de notre étude sont consultés à stade avancé de la maladie et à des formes compliquées ce qui souligne l'importance de renforcer les programmes de dépistage précoce du cancer colorectal afin de réduire la fréquence des formes occlusives compliquées admises en urgence et éviter les complications associées tels que : la péritonite, le choc hypovolémique,

La péritonite constitue l'une des complications les plus graves du cancer colique occlusif nécessitant une prise en charge rapide, généralement secondaire à une perforation tumorale ou diastasique. Dans notre série, quatre patients ont été admis dans un tableau de péritonite. Cette fréquence est plus élevée que celles rapportées dans les séries marocaines et ivoiriennes où respectivement un seul cas et aucun cas de péritonite n'ont été observés. Cette fréquence pourrait être s'expliquer par un retard de consultation ,un diagnostic tardif ou un retard d'accès aux soins favorisant une évolution prolongée de l'occlusion.

5.1.2. Renseignements paracliniques :

L'abdomen sans préparation (ASP) c'est l'examen de première intention dans le diagnostic de l'occlusion intestinale. Malgré l'avènement de la TDM, l'ASP conserve un intérêt dans les situations d'urgence grâce à sa disponibilité, sa rapidité et son accessibilité.

Dans notre série, il a été réalisé chez tous nos patients dont **91,5%** présentaient des niveaux hydro-aériques de type colique. Cette fréquence est légèrement inférieure à celles rapportés dans les séries marocaines et ivoiriennes où l'ASP a été réalisé chez la totalité des patients et ou les niveaux hydro-aériques ont été retrouvés dans tous les cas. Cette différence pourrait s'expliquer par le caractère rétrospectif de notre étude, ainsi une sous-estimation liée à des données manquantes dans certains dossiers médicaux.

La coloscopie a été réalisée en préopératoire chez **84,70%** des patients. **L'aspect sténosant** était le plus fréquemment retrouvé (**30,50% des cas**). A l'inverse aucun patient n'avait bénéficié d'une coloscopie préopératoire **en Bamako** (32). Cette fréquence élevée de réalisation de coloscopie dans notre série s'explique par le fait que la majorité de nos patients présentaient déjà un diagnostic connu de cancer du côlon, et que l'évolution de l'occlusion s'est faite de manière progressive.

La coloscopie présente un double intérêt, elle permet la visualisation directe de la tumeur, ainsi la réalisation des biopsies pour confirmation anatomopathologique.

La tomodensitométrie (TDM) a été réalisée chez la totalité des patients. Actuellement considérée comme l'examen de référence dans diagnostic étiologique de l'occlusion intestinale, elle permet de préciser le siège de l'obstacle, d'orienter vers une origine tumorale, d'évaluer l'extension locorégionale et à distance de la maladie, ainsi que de rechercher d'éventuelles complications associées c'est ce qui le rend indispensable dans le bilan préopératoire. La fréquence de réalisation de TDM à notre série est plus élevée par rapport aux fréquences qui ont été enregistrés dans les séries ivoiriennes où aucun patient n'en avait bénéficié de TDM, cela explique l'évolution des moyens diagnostiques.

Le siège sigmoïdien représentait la localisation tumorale la plus fréquente dans notre série (**44,1%**). Cette prédominance est également rapportée dans les séries marocaines et maliennes (Bamako), où le sigmoïde constituait la localisation principale avec des fréquences plus élevées, respectivement **85%** et **67%**.

La prédominance des localisations sigmoïdiennes pourrait être s'expliquer par les particularités anatomiques du colon distal qui est un diamètre plus réduit et la nature souvent sténosante des tumeurs sigmoïdiennes, favorisant ainsi la survenue d'occlusion colique.

Dans notre série, le diagnostic de cancer du côlon gauche occlusif a été posé en préopératoire chez tous les patients grâce aux données de TDM et coloscopie. Ce taux est supérieur à celui rapporté dans la série marocaine, où le diagnostic préopératoire avait été établi chez **85%** des patients.

Ces résultats soulignent l'importance croissante des examens radiologiques et endoscopiques dans le diagnostic préopératoire du cancer colique occlusif. Un diagnostic préopératoire précis permet une meilleure planification thérapeutique, une évaluation plus fiable de la résécabilité tumorale et une optimisation de la stratégie thérapeutique.

Par ailleurs, le bilan d'extension n'a pas été réalisé chez **69,5%** des patients de notre série, alors qu'il était effectué chez **85%** des patients dans la série marocaine (36). Cette fréquence faible de réalisation pourrait s'expliquer par le contexte d'urgence imposé par l'occlusion intestinale nécessitant rapidement l'intervention chirurgicale.

5.1.3. Attitude thérapeutique :

La prise en charge chirurgicale du cancer du côlon gauche en occlusion reste un sujet de débat majeur en chirurgie digestive d'urgence. Le chirurgien est confronté à un double impératif : lever

l'urgence occlusive pour sauver le patient tout en appliquant les règles de la chirurgie oncologique (exérèse R0, curage ganglionnaire). La décision thérapeutique dépend étroitement de l'état général du patient, du stade tumoral et des conditions locales peropératoires.

1-le voie d'abord :

Dans notre série, **la laparotomie médiane** constituait la principale voie d'abord documentée, utilisée chez tous les patients, aucun patient n'a bénéficié d'une chirurgie élective. Cette prédominance de la laparotomie s'explique par le contexte d'urgence propre au cancer colique gauche occlusif, où la distension intestinale, le risque de perforation et la nécessité d'une exploration abdominale complète imposent souvent le recours à la chirurgie ouverte.

Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés par **Oulahrir au maroc**, (33) qui souligne que la laparotomie demeure la voie d'abord de référence par un pourcentage de **100%**, dans la prise en charge des cancers coliques gauches en occlusion. La chirurgie laparoscopique, reste limitée dans les situations d'urgence en raison des difficultés techniques liées à la distension colique et au risque de complications peropératoires.

2-Exploration peropératoire :

L'exploration peropératoire était sans particularité chez **72,9 %** de nos patients. Une carcinose péritonéale a été observée dans **5,10 %** (n= 3) des cas, tandis que des métastases hépatiques chez **16,9% (n=10)** des patients , une ascite a été mise en évidence chez deux patients et un péritonite stercorale chez un seul patients. Ces résultats témoignent d'une proportion relativement faible de formes disséminées découvertes au bloc opératoire.

Dans l'étude de **Tapily a MALI**, (32) la fréquence des formes localement avancées et métastase hépatique était plus élevée (chez **9 cas**), et les carcinose péritonéale(chez **11cas**), Cette différence pourrait être liée à une prise en charge plus précoce dans notre série ou à des variations dans les caractéristiques des populations étudiées.

3-Siège de la tumeur :

L'exploration chirurgicale peropératoire reste le clé diagnostique pour confirmer la topographie exacte de la lésion sténosante, celle-ci pouvant parfois être difficile à préciser à la TDM en raison d'un collapsus tumoral ou d'une distension colique majeure d'amont .

Dans notre étude, **la charnière recto-sigmoïdienne constituait le siège tumoral le plus fréquent avec 47,50 % (n=28) des cas**, suivi de **la colon sigmoïde 37,30 %(n=22)** et de **le colon descendant 8,50 %(n=5)**. Les autres localisations étaient plus rares. Cette prédominance du la charnière recto-sigmoïdienne est classiquement rapportée dans les cancers du côlon gauche révélés par une occlusion s'explique par le fait que La charnière possède le diamètre luminal le plus étroit de tout le cadre colique, où une tumeur même de petite taille devient précocement sténosante, mais aussi par la consistance des matières fécales qui se déshydratent pour devenir solides à l'approche du rectum, rendant le franchissement de la sténose impossible. Nos résultats

sont comparables à ceux de l'étude de **Ferdji et al. (Tlemcen)** la charnière recto-sigmoïdienne représentait à lui seul **35,71 %**(29,37)

4-Choix de la stratégie chirurgicale :

Le choix entre une résection-anastomose d'emblée (chirurgie en 1 temps) et une attitude conservatrice/dérivative (chirurgie en 2 ou 3 temps : intervention de Hartmann ou stomie de poche en amont) fait l'objet de nombreuses discussions.

Dans notre série, la procédure de **Hartmann** constituait la technique la plus fréquemment utilisée avec **40,7 %** des cas. **La résection-anastomose, avec ou sans stomie de protection, concernait 42,37 %** des patients, tandis que la stomie de proche amont représentait **16,9 % des cas** et **l'iléostomie de décharge 6,8 %** .

Nos résultats diffèrent de ceux de l'étude **d'Oulahrir, réalisée à l'Hôpital Militaire de Meknès sur 20 patients atteints de cancer du côlon gauche en occlusion**. Dans cette série, **la colostomie de proche amont représentait 50 % des interventions**, suivie de la chirurgie en un temps dans 40 % des cas, alors que l'intervention de Hartmann ne concernait que 10 % des patients. La mortalité globale était de **10 %** et la morbidité de **15 %** ,de même **Ferdji et al. à Tlemcen** rapportait une prédominance de la colostomie de proche amont réalisée chez **(66,6 %)** des patients, tandis que l'intervention de Hartmann concernait **19,4 %** des patients et la chirurgie en un temps **25 %**

Cette différence pourrait être liée aux caractéristiques cliniques des patients, à la sévérité de l'occlusion, aux conditions peropératoires, ainsi qu'aux habitudes et à l'expérience de l'équipe chirurgicale

À l'inverse, les résultats de **Tapily à Bamako** montrent une place plus importante de la résection avec anastomose primaire. Dans les cancers du côlon gauche, la colectomie segmentaire suivie d'une anastomose en un temps représentait **40 %** des interventions, tandis que l'intervention de Hartmann ne concernait que **16 %** des patients. Cette différence avec notre série pourrait témoigner d'une sélection plus importante des patients pouvant bénéficier d'un rétablissement immédiat de la continuité digestive.

Les résultats de **Bouchair et al.à constantine,(34)** étude plus récente réalisée en Algérie, montrent également une évolution vers une chirurgie en un temps chez les patients sélectionnés. Dans leur série, la colectomie gauche avec anastomose colorectale représentait **41,12 %** des interventions, tandis que la chirurgie en deux temps concernait **37,9 %** des patients, dont **20,97 %** avaient bénéficié d'une intervention de Hartmann et **16,93 %** d'une colostomie de proche amont. **En France, Rault et al., (38)** dans une étude rétrospective réalisée au CHU de Bordeaux entre 1998 et 2003, ont étudié 22 patients opérés en urgence pour cancer colique en occlusion. La stratégie chirurgicale était dominée par la résection avec anastomose : **11 patients (50 %)** ont bénéficié d'une colectomie gauche avec anastomose colorectale, dont trois après lavage colique peropératoire. L'intervention de Hartmann a été réalisée chez **6 patients (27 %)**, tandis qu'une colostomie latérale n'a été pratiquée que chez un patient.

5-Les suites opératoire :

Le point fort de notre série réside dans l'excellence de nos suites opératoires immédiates par rapport aux données de la littérature .

Une morbidité particulièrement faible : Nos suites opératoires ont été simples dans **98,3 %** des cas. Nous n'avons enregistré **qu'un cas d'infection de paroi (1,7 %)** et **un cas d'abcès intra-péritonéal (1,7 %)**. De façon remarquable, notre taux de **lâchage anastomotique est de 0 %**. Notre taux nul confirme le bien-fondé de notre prudence chirurgicale et la qualité technique des sutures effectuées.

6- Marges de résection et curage ganglionnaire :

Nos résultats histologiques montrent que les **marges de résection étaient saines (R0) dans 45,8 %** des cas et infiltrées dans un seul cas (1,7 %). Néanmoins, cette variable n'était **pas précisée** dans **52,5 %** des dossiers en raison de l'absence de comptes-rendus anatomopathologiques complets.

Un **curage ganglionnaire** a été documenté chez **78 %** de nos patients opérés .

7-Type anatomopathologique :

Dans notre série, l'analyse histologique a confirmé le diagnostic d'**adénocarcinome** dans **100%** des cas, avec une prédominance de formes **bien différenciées (61,02 %)** et **moyennement différenciées (35,59 %)**.

Ces résultats sont globalement concordants avec ceux rapportés dans plusieurs études nationales et internationales.

- **Ferdji et al. (Tlemcen) :** L'adénocarcinome représentait **88,8 %** des cas. Les formes bien différenciées y étaient également majoritaires (**52,7 %**), suivies des formes moyennement différenciées (**25 %**), des chiffres quasi-identiques aux nôtres.(29)
- **Oulahrir (Fès) :** L'adénocarcinome représentait **85 %** des types histologiques. (33)
- **Koumaré et al. / Tapily (Bamako) :** L'adénocarcinome était retrouvé dans **87,5 %** des analyses. Les auteurs rapportaient cependant **8,9 %** de carcinomes colloïdes muqueux (une forme plus agressive touchant le sujet jeune), alors que cette forme reste marginale dans notre étude. (32)

8- Classification TNM :

Dans notre série, la majorité des patients se situaient à des stades clinico-biologiques péjoratifs, illustrés par la forte proportion de **stades III** caractérisés par des envahissements ganglionnaires ou la présence d'embolies vasculaires tumoraux chez **20,3 %** de nos cas.

Les formes métastatiques d'emblée (**Stade IV**) étaient également prépondérantes, se déclinant en **6,8 %** de métastases hépatiques isolées, **6,8 %** d'atteintes métastatiques associées hépatopulmonaires et **5,1 %** de carcinose péritonéale.

Cette sévérité épidémiologique est comparable avec la littérature nationale et internationale : dans l'étude prospective de **Bouchair et al. (2026) à Batna (37)**, plus de **70 %** des patients admis pour occlusion colique gauche appartenaient aux stades **avancés III et IV**.

De même, au **CHU de Tlemcen, Ferdji et al. (34)** rapportent un taux de **Stade IV** métastatique synchrone de **19,44 %**, un chiffre extrêmement proche du cumul de nos trois entités métastatiques (**18,7 %**).

Ce constat est corroboré à l'échelle maghrébine par **Oulahrir (2016) à Fès (33)** qui lie directement cette prédominance des stades **TNM III/IV** au retard de consultation, ainsi qu'à l'échelle internationale par **Rault et al. (Bordeaux) (38)** où le taux de **Stade IV**

synchrone avec les résultats de notre étude avoisine également les 18,0 %. la classification TNM de notre série à Ouargla démontre que le cancer du côlon gauche occlusif dans le Sud algérien se caractérise par une grande agressivité locorégionale et systémique. La similitude de nos pourcentages avec ceux de **Ferdji (29)** et **Bouchair(37)** confirme l'urgence d'instaurer des campagnes de dépistage précoce (test Hémocult) en Algérie afin de diagnostiquer ces tumeurs aux stades I ou II, avant de compliquée de l'occlusion aiguë.

9- traitements adjuvants :

Dans notre étude, un recours massif à la chimiothérapie postopératoire a été enregistré, avec **79,7 %** de nos patients. Ce taux élevé se justifie par le profil carcinologique particulièrement agressif des tumeurs opérées en urgence, marqué dans notre série par **20,3 % d'embolies vasculaires** tumoraux et une proportion importante de **stades III et IV** de la classification TNM.

À titre comparatif, cette attitude thérapeutique agressive s'aligne parfaitement sur les standards nationaux récents : dans l'étude prospective de **Bouchair et al. (2026) à Constantine (37)**, l'administration d'une chimiothérapie adjuvante est systématiquement préconisée dès la cicatrisation chirurgicale pour les stades localement avancés ;87 malades (70,16 %). De même, **au CHU de Tlemcen, Ferdji et al. (29)** soulignent que la chimiothérapie constitue l'étape obligatoire du protocole thérapeutique, bien que son initiation y soit fréquemment retardée par les complications liées à la gestion des colostomies de décharge (réalisées chez 55 % de leurs malades). À l'échelle internationale, la série de **Rault et al. (Bordeaux) (38)** rapporte des taux d'indication de chimiothérapie similaires pour les formes occlusives, mais avec un délai d'introduction souvent plus court grâce à une coordination médico-chirurgicale optimisée. Enfin, dans les séries africaines de **Koumaré et al.(39)** et **Tapily (2019) à Bamako(32)**, l'indication d'une chimiothérapie postopératoire reste la règle pour ces formes évoluées . Ainsi, le taux de **79,7 %** atteint à Ouargla témoigne d'une bonne accessibilité aux soins oncologiques dans le Sud algérien, bien que cette lourde prise en charge médicale retarde par ailleurs le rétablissement secondaire de la continuité digestive qui n'a pu être réalisé que chez **8,5 %** de nos patients porteurs d'une stomie.

10-La mortalité:

Notre étude déplore **3 décès, soit une mortalité globale de 5,1 %**. Ce résultat est très encourageant. À l'échelle nationale, notre taux s'aligne parfaitement sur les standards des séries des CHU de **Tlemcen (2019) (34)**, où la mortalité postopératoire en urgence oscille habituellement entre **5 % et 10 %** . Notre faible taux (**5,1 %**) témoigne d'une réanimation préopératoire efficace et d'un circuit de prise en charge chirurgicale bien rodé à l'EPH d'Ouargla.

5.2. Limites et forces de l'étude :

5.2.1.Forces de l'étude :

- ✓ Notre étude constitue à notre connaissance, la première étude consacrée au cancer du côlon gauche en occlusion réalisée au niveau de l'EPH Ouargla.
- ✓ Elle apporte des données locales sur cette pathologie, et permet d'analyser des aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques contribuant ainsi à l'amélioration des stratégies de prise en charge de cette urgence chirurgicale.

5.2.2.Limites de l'étude :

- ✓ Le caractère rétrospectif de l'étude expose à des biais d'information liés à l'exploitation des dossiers médicaux ainsi qu'à la présence des données manquants susceptibles d'influencer l'analyse de certains paramètres.
- ✓ L'existence des dossiers vides, et des dossiers écrits en espagnol ce qui a compliqué la compréhension des données.
- ✓ Effectif limité ce qui réduit la puissance statistique de l'étude et n'a pas permis la réalisation d'analyses statistiques analytiques visant à identifier les facteurs pronostiques ou les facteurs associés à la morbidité et à la mortalité.
- ✓ Le caractère monocentrique de l'étude peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population algérienne.

Perspectives et recommandations :

- ✓ Renforcer les programmes de dépistage de cancer colorectal surtout chez les personnes à risque élevé.
- ✓ Sensibilisation de la population sur les signes d'alarmes.
- ✓ Sensibilisation des patients traités pour cancer colorectal sur l'importance de bien suivre afin de réduire les récurrences.
- ✓ Soutien psychologique chez les patients atteints afin d'encourager pour la prise en charge précoce.
- ✓ Renforcer la collaboration des médecins de différentes spécialités afin d'optimiser la prise en charge des patients (prise en charge multidisciplinaire).
- ✓ Mettre en place des études analytiques permet d'identifier les facteurs pronostiques.
- ✓ Réaliser des études prospectives multicentriques afin d'obtenir des résultats plus représentatifs à l'échelle régionale et nationale.

VI.CONCLUSION

Le cancer du côlon gauche révélé par une occlusion représente un véritable problème de santé publique. Ils'agit d'une urgence chirurgicale grave et fréquente du cancer colorectal survenant surtout chez les personnes âgées, associée à une morbidité et mortalité plus élevées que les situations précocement diagnostiquées. Cette présentation clinique témoigne d'un retard diagnostique et évolution avancée de la maladie.

A notre étude, nous avons mise en évidence le profil épidémiologique et les caractéristiques cliniques et paracliniques ainsi les stratégies thérapeutiques et l'évolution post opératoires chez les patients admis dans le cadre d'urgence par une occlusion intestinale aigüe sur tumeur de colon gauche.

Nos résultats confirment que le diagnostic est souvent posé à un stade avancé ce qui complique la prise en charge. Ils soulignent également l'importance de renforcement des programmes de dépistage précoce chez les sujets à risque, sensibilisation sur les facteurs de risques principales ainsi les signes d'alarmes, et l'amélioration de l'accès aux moyens diagnostiques et thérapeutiques multidisciplinaires afin de réduire l'incidence des cas arrivés en stade tardif d'évolution.

Enfin, Des études prospectives multicentriques portant sur des effectifs plus importants seraient souhaitables afin d'obtenir des résultats plus représentatifs à l'échelle régional et national.

VII.BIBLIORAPHIE

1. Colorectal cancer [Internet]. [cité 31 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
2. Zhao K, Li H, Zhang B, Pang W, Yan S, Zhao X, et al. Factors influencing advanced colorectal neoplasm anatomic site distribution in China: An epidemiological study based on colorectal cancer screening data. *Cancer Med.* 16 nov 2023;12(24):22252-62. doi:10.1002/cam4.6722 PubMed PMID: 37975155; PubMed Central PMCID: PMC10757099.
3. Cancer (IARC) TIA for R on. Global Cancer Observatory [Internet]. 2025 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/>
4. Wu S, Zhang Y, Lin Z, Wei M. Global burden of colorectal cancer in 2022 and projections to 2050: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *BMC Cancer.* 14 nov 2025;25(1):1770. doi:10.1186/s12885-025-15138-0
5. Van Hooft JE, Veld JV, Arnold D, Beets-Tan RGH, Everett S, Götz M, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020. *Endoscopy.* mai 2020;52(05):389-407. doi:10.1055/a-1140-3017
6. CDU H. anatomie de colon [Les fondateaux de la pathologie digestive]. Elsevier-Masson; 2014.
7. Anatomie du colon et du rectum. Service de chirurgie générale et digestive Hôpital Saint-Antoine [Internet]. [cité 15 juin 2026]. Disponible sur: <https://chirurgie-digestive-sat.aphp.fr/pathologies/cancer-colorectal/anatomie-du-colon-du-rectum/>
8. Hammouda PD. REGISTRE DES TUMEURS D'ALGER.
9. <https://www.fondation-arc.org/> [Internet]. [cité 6 avr 2026]. Quelles sont les causes connues du cancer colorectal ? - Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/sinformer-sur-le-cancer/les-differents-cancers/le-cancer-colorectal/cancers-colorectaux-facteurs-de-risque-et-facteurs-protecteurs/>
10. Cancer colorectal et facteurs de risque • Cancer Environnement. Cancer Environnement [Internet]. [cité 6 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/cancers/cancer-colorectal/>
11. FMT. 15 ours résidanat. 2019.
12. Pathogenesis of colorectal cancer - Digestive and Liver Disease [Internet]. [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: [https://www.dldjournalonline.com/article/S1590-8658\(00\)80361-8/abstract](https://www.dldjournalonline.com/article/S1590-8658(00)80361-8/abstract)
13. Pritchard CC, Grady WM. Colorectal Cancer Molecular Biology Moves Into Clinical Practice. *Gut.* janv 2011;60(1):116-29. doi:10.1136/gut.2009.206250 PubMed PMID: 20921207; PubMed Central PMCID: PMC3006043.
14. Fleming M, Ravula S, Tatishchev SF, Wang HL. Colorectal carcinoma: Pathologic aspects. *J Gastrointest Oncol.* sept 2012;3(3):153-73. doi:10.3978/j.issn.2078-6891.2012.030 PubMed PMID: 22943008; PubMed Central PMCID: PMC3418538.

15. Interventions IWG on the E of CP. 1. COLORECTAL CANCER. In: Colorectal cancer screening [Internet]. International Agency for Research on Cancer; 2019 [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553197/>
16. Dubansky B, Lewis S, Telgenhoff D. Classification and Histological Characteristics of Colorectal Cancer. American Society for Clinical Laboratory Science. 18 sept 2024. doi:10.29074/ascls.2022003206
17. Cancer colorectal métastatique | SNFGE [Internet]. 2025 [cité 10 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/tncd/cancer-colorectal-metastatique>
18. TNCD | SNFGE [Internet]. 2026 [cité 10 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/tncd>
19. FTM. 54_occlusion_intestinale_aigue_2025-1. 2025.
20. Cancers_colorectaux_du_diagnostic_au_suivi_mel_20181029. L'Institut national du cancer.
21. Guide_patient_colon_INCA_2020. L'Institut national du cancer; 2020.
22. ESMO. FR _ Cancer Colorectal_ Guide pour les Patients. 2016.
23. Patricia MF. Haute Autorité de santé. 2019.
24. Lecomte T, Tougeron D, Chautard R, Bressand D, Bibeau F, Blanc B, et al. Non-metastatic colon cancer: French Intergroup Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatments, and follow-up (TNCD, SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, ACHBT, SFP, AFEF, and SFR). Digestive and Liver Disease. mai 2024;56(5):756-69. doi:10.1016/j.dld.2024.01.208
25. Le cancer du côlon et du rectum – Un guide.
26. haute autorité de santé. fiche_memo_ccr. 2017.
27. haute autorité de santé. referentieleps_format2clic_kc_colon_vfinale_2013_07_24_16_05_56. 2013.
28. Orange ST. What is the optimal type and dose of physical activity for colorectal cancer prevention? Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. oct 2023;66:101841. doi:10.1016/j.bpg.2023.101841
29. Chahrazed FS, Souad B, Ikhlas B. CanCers des Colons en occlusion. 2019.
30. Belhamidi MS, Sinaa M, Kaoukabi A, Krimou H, Menfaa M, Sakit F, et al. Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer colorectal: à propos de 36 cas. Pan Afr Med J. 2018;30. doi:10.11604/pamj.2018.30.159.15061
31. Traoré M. cot d'ivoire. 2018.
32. M. Mohamed tapily. 19M280. 2019.
33. Soumia MO. Cancers du colon gauche en occlusion Thèse N° :141 /16.

34. Treatment of obstructive colon cancer, a comparative study between one-stage and two-stage treatments. BJMS. 1 avr 2026;13(4). doi:10.48087/BJMS.2026.130403
35. 196.1.97.20/viewer.php?c=thm&d=thm_2021_0129 [Internet]. [cité 17 juin 2026]. Disponible sur: http://196.1.97.20/viewer.php?c=thm&d=thm_2021_0129
36. MAHHA Safae. 209-22. 2022.
37. Kamel PB, Daoud PR, Rachid PM. LES CANCERS COLORECTAUX DANS LES WILAYAS DE BATNA ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE.
38. Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Larroude D, Ndobó'Epoy F, Masson B. Prise en charge du cancer colique en occlusion. Annales de Chirurgie. juin 2005;130(5):331-5. doi:10.1016/j.anchir.2004.12.011
39. koumare et al. cancer de colon en occlusion.

VIII. ANNEXE

ANNEXE 1 : Formulaire de recueil de renseignements / Cancers du côlon gauche en occlusion

A/ Caractéristiques Sociodémographiques

Référence : Nom :

Prénom :

Age : Date et lieu de naissance :

Sexe : M / F

Date d'entrée :

Date de sortie :

Originaire de Ouargla : Oui / Non, si Oui ; Commune :

Statut marital : Célibataire / Marié.e / Divorcé.e / [Veuf.ve](#)

Niveau intellectuel : Analphabète / Primaire / Moyen / C.A.P. / Secondaire / Universitaire

Profession :

B/ Renseignements cliniques

Antécédents personnels : Polypose / RCH / Crohn / Cancer gynécologique / Autres :

.....

Habitudes toxiques :

Antécédents familiaux : PAF / Cancer colorectal / HNPCC / Autres cancers :

.....

Clinique :

Délai d'apparition de la symptomatologie initiale

.....

Le patient a initialement consulté : Oui / Non Consultation spécialisée : Oui / Non

Traitement reçu :

Syndrome occlusif : Oui / Non Délai d'apparition

.....

Signes associés : Douleurs abdominales / Troubles du transit / Méléna / Rectorragies /

Vomissements

Autres:.....

Signes généraux :

Amaigrissement : Oui / Non

Non chiffré < 5% poids corporel 5-10% poids corporel >10% poids corporel

Altération de l'état général : Oui / Non Echelle de performances OMS : 0 / 1 / 2 / 3 / 4

Fièvre : Oui / Non

Autres complications associées :

Péritonite / Choc hypovolémique / Choc septique / Choc hémorragique / Instabilité hémodynamique

Examen : Poids : Taille :

Distension abdominale (symétrique - asymétrique) / Masse palpable / Hépatomégalie /

Splénomégalie / Ascite / Adénopathies / Troisier / TR :/

Autres :

C/ Renseignements paracliniques

ASP debout : Oui / Non

Résultats :

Colonoscopie : Oui / Non totale : Oui / Non

Niveau de progression :

Aspect endoscopique : Sténosant / Ulcéro-bourgeonnant / Ulcération / Saignement au contact

Présence de polypes sur le reste du colon : Oui / Non Nombre : Sièges : Type : Grade :

Présence d'autres tumeurs coliques : Oui / Non

Siège :

Echographie abdomino-pelvienne : Oui / Non

Résultats :

TDM : Oui / Non

Résultats

:

Distension caecale : Oui / Non :

:

Radiographie du thorax : Oui / Non

Résultats :

Bilan biologique : Oui / Non

Hb..... / Ht / GB..... Glycémie / Urée / Créatinémie

.....

TP..... / TCA..... Na⁺ / K⁺ / Groupage-Rhésus

.....

Comorbidités : Cardio-vasculaires / Respiratoires / Neurologiques / Hépatiques / Rénales /

Malnutrition

Classification ASA : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6

Le bilan a permis de poser le diagnostic d'occlusion sur tumeur colique avant l'intervention : Oui / Non

Le bilan d'extension tumoral a été réalisé en préopératoire: Oui / Non ACE : N / + / ++ CA19-9 : N / + / ++

D/ Attitude thérapeutique

Délai d'entreprise au bloc opératoire : < 6h / 6-12h / 12-24h / 24-48h / > 48h

Transfusion.sanguine.s : Oui / Non CG / PFC / Plaquettes

Voie d'abord : Elective / Médiane

Données de l'exploration chirurgicale :

Carcinose / Métastases hépatiques / Ascite

Siège de la tumeur :

Angle colique gauche / Colon descendant / Jonction colo-sigmoïdienne / Sigmoïde / Charnière recto-sigmoïdienne

Caractéristiques de la tumeur :

Perforation tumorale : Oui / Non

Envahissement loco-régional : Oui / Non

Grand épiploon / Rate / Duodénum / Intestin grêle (jéjunum – iléon) / Vessie / Utérus-Annexes /

Autres :

Tumeur non résécable : Oui / Non

Suspicion de ganglions envahis : Oui / Non

Sévérité de l'obstruction :

Lésion ischémique (Caecum seul- Caecum et colon droit – colon droit) / Perforation caecale / Péritonite

Geste chirurgical :

Stomie de proche amont : Oui / Non Organe stomisé :

Résection + stomie (Hartmann) : Oui / Non Organe stomisé :

Résection+ anastomose+ stomie de protection : Oui / Non Organe stomisé

:

Résection+ anastomose : Oui / Non

Lavage colique per-opératoire : Oui / Non

Type d'anastomose : Colo-colique / Colo-rectale / Autre :

.....

Gestes associés : Curage ganglionnaire / Métastaséctomie /

Autre :

E/ Suites opératoires

Immédiates : Simples / Compliquées :

Lâchage anastomotique / Eviscération / Infection de paroi / Abscès intra-péritonéal /

Complications de décubitus / Hémopéritoine (choc hémorragique)

Complications de la stomie : Nécrose / Hémorragie / Sténose / Prolapsus / Eventration
péristomiale

A long terme : Simples / Compliquées :

Sténose de l'anastomose / Récidive locale /

Autres.....

Bilan d'extension:

Rx thorax :

.....

Échographie abdomino-pelvienne :

.....

TDM TAP :

.....

Marqueurs tumoraux : ACE : N / + / ++ CA19-9 : N / + / ++

Anatomo-pathologie :

Sur pièce opératoire / Sur endoscopie préopératoire / Sur endoscopie postopératoire

Taille de la tumeur : $\leq 2\text{cm}$ / > 2 et $\leq 5\text{cm}$ / > 5 et $\leq 10\text{cm}$ / $> 10\text{cm}$ / NA (Non valable)

Marges de résection : Saines / Infiltrées

Type anatomo-pathologique

:

Nombre de ganglions envahis :

Nombre de ganglions total :

Classification / Stadification : TNM

.....

Degrés de différenciation : bien / moyennement / peu

Embols vasculaires : Oui / Non

Engainementpérinerveux : Oui / Non

Statut MSI (Microsatellite instable) : Oui / Non

Rétablissement de continuité : Oui / Non Délai :

.....

Traitement adjuvant : Chimiothérapie / Radiothérapie

.....

Survie :

Recul :mois

Survie globale :mois Survie sans récurrence locale :mois
Perdu de vue : Oui / Non
Décès : Oui / Non Délai post-op:
Cause :.....



BOUBLAL Chaima , MADJIDI Safa

Profil épidémiologique et prise en charge des cancer du colon gauche sur occlusion

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du doctorat en médecine



RESUME

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) représente le deuxième cancer le plus fréquent en Algérie, L'occlusion colique sur tumeur constitue une urgence médico-chirurgicale gravée d'une morbi-mortalité postopératoire élevée, La prise en charge chirurgicale en urgence reste débattue ; Le choix entre une résection-anastomose d'emblée et une attitude conservatrice/dérivative; intervention de Hartmann ou stomie de poche en amont fait l'objet de nombreuses discussions L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le profil épidémiologique, clinique et les modalités de prise en charge chirurgicale en urgence du cancer du côlon gauche occlusif à l'EPH Mohamed Boudiaf d'Ouargla.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et rétrospective menée de janvier 2020 à décembre 2025 au niveau de l'EPH Mohamed Boudiaf d'Ouargla. Ont été inclus tous les patients opérés en urgence pour occlusion intestinale aiguë secondaire à un cancer du côlon gauche confirmé histologiquement. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, opératoires et anatomopathologiques ont été colligées puis analysées à l'aide des logiciels SPSS 27 et Excel.

Résultats: 59 patients admis en urgence pour occlusion sur cancer du colon gauche. On notait une prédominance masculine (54,2 %) et une survenue préférentielle chez des sujets âgés, la tranche d'âge la plus représentée étant celle des 61 à 80 ans (42,40 %). Cliniquement, la douleur abdominale (93,2 %) et la distension abdominale (98,3 %) , avec l'arrêt des matières et des gazes étaient prédominantes. Le bilan para-clinique indique que 50 patients ont pu bénéficier d'une coloscopie préopératoire (84,70 %) ayant permis de retrouver majoritairement un aspect de tumeur sténosante chez 30,50 % des patients examinés, tandis que la TDM abdominale a identifié la localisation sigmoïdienne comme localisation principale dans 44,10 % des cas, La stadification scanographique met en évidence une absence de métastases à distance chez 13,60 % (n=8) des patients explorés, aux côtés les localisations secondaires représentées par des métastases hépatiques isolées (10,20 %) (n=6), hépato-pulmonaires (6,80 %) (n=4), pulmonaires isolées (1,70 %) (n=1) ou une carcinose péritonéale (5,10 %) (n=3). La voie d'abord par laparotomie médiane a été constante (100 %). L'évaluation peropératoire a confirmé la résécabilité tumorale dans la grande majorité des cas à 83,10 % (n=49), L'attitude thérapeutique prédominante en urgence repose sur l'intervention de Hartmann à 40,70 % (n=24), réalisée sans aucune métastasectomie d'emblée à 0 %. Un curage ganglionnaire a été réalisé dans 78 % des cas. Histologiquement, l'adénocarcinome constituait le type chez tous les patients (100 %), majoritairement bien différencié (61,02 %), à un stade localement avancé (T3/T4). Dans les suites à moyen terme, la prise en charge oncologique a été complétée par l'administration d'un traitement adjuvant chez 79,70 % (n=47) des patients, tandis que le rétablissement de la continuité digestive a pu être mené chez 63,20 % (n=24) des 39 patients ayant bénéficié d'une stomie. Enfin le taux de survie très favorable de 94,90 % (n=56), pour un taux de décès restreint à 5,10 % (n=3).

Discussion / Conclusion : Le cancer du côlon gauche en occlusion survient préférentiellement chez le sujet âgé et se révèle à un stade invasif. L'intervention de Hartmann reste la stratégie de sécurité la plus appliquée dans notre contexte d'urgence, bien que la résection-anastomose en un temps conserve sa place chez des patients sélectionnés. L'amélioration du pronostic passe par le renforcement des programmes de dépistage précoce du CCR afin d'éviter la survenue de cette complication occlusive redoutable.

Mots-clés : Cancer du côlon gauche, Occlusion intestinale aiguë, Urgence chirurgicale, Intervention de Hartmann, Résection-anastomose.

Encadrant : Dr. Lounis Sifeddine

Année universitaire

2025/2026