

MENTION TRES HONORABLE

avec félicitations du jury

UNIVERSITE DE NANTES proposition au prix de thèses

FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°: SP05/03

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en CHIRURGIE GENERALE

Par

**NICOLAS BETTINI**

né le 28 Juin 1974 à Marseille

Présentée et soutenue publiquement le *28 Mars 2003.*

**Cancers coliques Gauches compliqués.**

**Prise en charge chirurgicale.**

**A propos de 100 patients.**

Président et Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur J.C. LE NEEL

BU Santé  
Nantes

---

**La vie ne vaut rien,  
mais rien ne vaut la vie !**

---

# Sommaire

<b>Sommaire</b>	<b>1</b>
<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>Histoire naturelle</b>	<b>10</b>
<b>Les cancers colo-rectaux</b>	<b>11</b>
<b>Les tumeurs colo-rectales perforées</b>	<b>13</b>
<b>Les tumeurs colo-rectales occluses</b>	<b>15</b>
<b>Patients et méthodes</b>	<b>18</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>19</b>
1. Critères d'inclusion :	19
2. Recueil des données	20
3. Constitutions des sous-groupes	20
4. Classifications	21
5. Techniques opératoires et Indications pour les perforations néoplasiques	24
1. Installation	24
2. Traitement de la péritonite	24
3. Traitement de la tumeur	25
6. Techniques opératoires et indications pour les occlusions	27
1. Installation	27
2. Exploration :	27
3. Stratégie opératoire	28
1. Introduction	28
2. Tumeurs résécables	29
Lésions coliques droites associées	29
Colon droit sain	29
3. Tumeurs non résécables	35
Lésions coliques droites	35
Colon droit sain	35
4. Contrôle anastomotique	36
5. Morbi-mortalité	36
6. Suivi	37

<b>Les tumeurs occluses n=87</b>	<b>75</b>
1. Caractéristiques générales des patients	75
2. Délai opératoire	76
3. Voies d'abord	76
4. Exploration	76
5. Techniques opératoires	78
6. Tumeurs non réséquées	81
1. Endo-prothèse	81
2. Colostomies premières (n=16)	82
1. Caractéristiques générales des patients	82
2. Gestes opératoires	82
3. Suites opératoires	83
Hospitalisation	83
Mortalité	83
Morbidity	83
Transit	84
4. Suivi	84
Remise en continuité	84
Chimiothérapie	85
Ré-hospitalisations	85
7. Tumeurs réséquées	86
1. Intervention de Hartmann (n=8)	86
1. Caractéristiques générales des patients	86
2. Geste chirurgical	87
3. Anatomopathologie	87
4. Suites opératoires	88
Hospitalisation	88
Mortalité	88
Morbidity	88
Transit	89
5. Suivi	90
Reprises évolutives	90
Remise en continuité	90
Ré-hospitalisations	90
2. Résections anastomoses directes (n=22)	92
1. Caractéristique générales de la population	92
2. Geste chirurgical	92
3. Anatomopathologie	93
4. Suites opératoires	94
Hospitalisation	94
Mortalité	94
Morbidity	95
Transit	96
5. Suivi	97
Remise en continuité	97
Chimiothérapie	97
Reprises évolutives	97
Ré-hospitalisation	98

<b>Discussion</b>	<b>126</b>
<b>Préambule</b>	<b>127</b>
<b>Epidémiologie</b>	<b>129</b>
<b>Facteurs génétiques</b>	<b>134</b>
<b>Dépistage</b>	<b>136</b>
<b>Anatomopathologie</b>	<b>140</b>
<b>Les perforations tumorales</b>	<b>143</b>
<b>Conclusions tumeurs perforées</b>	<b>150</b>
<b>Les occlusions tumorales</b>	<b>151</b>
1. Le traitement en trois temps	151
2. Le traitement en 2 temps	155
1. L'intervention de Hartmann	155
2. Les colostomies de proche amont	158
3. Les caecostomies	162
3. Les traitements en un temps	164
1. Les résections anastomoses directes (sans LCP)	166
2. Le lavage colique per-opératoire	169
3. Les colectomies totales	174
4. Les perforations diastatiques	180
4. Les endo-prothèses colo-rectales	185
5. Comparaison des différents traitements	190
<b>Comparaison historique</b>	<b>193</b>
<b>Pronostic</b>	<b>203</b>
<b>Conclusions occlusions tumorales</b>	<b>209</b>
<b>Conclusions</b>	<b>210</b>

BU Santé  
Nantes

# Introduction

---

Les cancers colo-rectaux au sein des populations occidentales et Française particulièrement, représentent par leur fréquence et leur évolution un **problème de santé publique majeur**.

Malgré les efforts entrepris lors des deux dernières décennies pour établir une stratégie nationale de dépistage précoce et efficace, ces cancers peuvent encore se révéler, après une période d'évolution silencieuse, par une complication engageant le pronostic vital.

Toutefois, si le traitement des cancers des colons droit et transverse reste consensuel, **la prise en charge des cancers coliques gauches (CCG) compliqués** centrée sur le geste chirurgical, **demeure plus complexe** et sujette à débat.

En effet, le chirurgien dans ces situations, doit envisager d'une part

**le traitement de la complication révélatrice** : occlusion et/ou perforation avec ses conséquences péritonéales, digestives et générales, qui imposent une intervention en urgence,

**le traitement de la tumeur** avec ses impératifs carcinologiques,

et d'autre part,

**le contexte général du patient** qui limitera l'importance du geste chirurgical.

Dans ces indications, le chirurgien dispose traditionnellement de stratégies en trois, deux ou en un seul temps. Cependant, progressivement, et notamment du fait des perfectionnements des techniques d'anesthésie-réanimation, du coût humain et financier des temps opératoires multiples et de la standardisation des

# **Histoire naturelle des cancers coliques gauches compliqués**

---

**Les cancers colo-rectaux**

**Les perforations néoplasiques**

**Les occlusions néoplasiques**

## Les cancers colo-rectaux

Le cancer colo-rectal (CCR) est le **plus fréquent** des cancers de l'adulte en France actuellement avec **33 500 nouveaux cas par an**, répartis entre colon et rectum, respectivement 65% et 35%. L'âge moyen du diagnostic est de **70 ans**. Il est **grave** puisque l'on considère ne guérir que près d'un **patient sur deux** malgré les progrès en matière de dépistage, de diagnostic, de résecabilité et de réanimation [4].

En effet, une meilleure connaissance de la **séquence polype-dysplasie-néoplasie** et de ces **expressions familiales** (syndromes familiaux authentifiés 6%, contexte familial non spécifique 18%) a permis de proposer depuis deux décennies un **programme de surveillance endoscopique** précis et adapté. Ce dernier a cependant ses limites. Malgré la recherche de programmes de dépistage plus efficaces et plus étendus, la majorité des cancers se révèlent de façon symptomatique. Et approximativement **15% des CCR** se révèlent par une complication, après une phase silencieuse, ajoutant aux méfaits de la néoplasie, les conséquences d'une occlusion ou d'une perforation [31, 52].

Ainsi, la **prédominance des lésions néoplasiques sur le colon gauche** anatomique (2/3 à gauche pour 1/3 à droite) n'est pas due à une différence de répartition des polypes mais à une facilitation des phénomènes de dégénérescence cellulaire à mesure de la progression vers le rectum [5]. Ce risque néoplasique augmente également avec le nombre, la taille et le type de polypes [5].

## Les tumeurs colo-rectales perforées

Pour les tumeurs perforées, la **nécrose centro-tumorale** (résultante d'une inadéquation entre les capacités de la néo-vascularisation tumorale et les nécessités nutritionnelles des cellules néoplasiques et des phénomènes d'apoptose) classiquement observée pour les néoplasies de plus de 1 cm, serait responsable, lorsque la tumeur a remplacé la paroi, de la perte de substance et de la perforation.

La perforation en péritoine libre ne survient que si la tumeur a pu croître silencieusement et donc, sans pouvoir être diagnostiquée, soit pour **2,6 à 6,5% des cancer colo-rectaux** [8].

Cette perforation survient le plus souvent en **péritoine libre** mais peut se produire (**0,8 à 2%** des CCR [9]) dans la paroi ou dans un organe plein aboutissant à un **sepsis localisé** ou dans un **organe creux** réalisant une **fistule colo-génitale** le plus souvent du fait de leur proximité, **colo-vésicale** ou **colo-digestive**. Nous pouvons déjà noter ici que ces fistulisations pariétales ou viscérales aboutissent rarement à des tableaux urgents et que la préparation pré-opératoire de ces patients est souvent possible.

Lors de l'extravasation du contenu colique, la **dissémination péritonéale** conjointe de fèces et de cellules néoplasiques est inévitable. Cependant, les conditions septiques et inflammatoires rendent la **viabilité de ces cellules aléatoire** notamment dans les premières heures. Le lavage péritonéal par une

## Les tumeurs colo-rectales occluses

Les cancers responsables d'occlusion siègent préférentiellement sur le **colon gauche anatomique**, fait que l'on retrouve de façon ubiquitaire dans la littérature. Il y a sans doute trois raisons à cela:

- la plus grande fréquence des néoplasies à gauche [5],
- la diminution progressive du calibre colique [12]
- et la plus forte densité des selles.

Les néoplasies sont **l'étiologie dominante des occlusions coliques**, responsables de **80%** de ces occlusions. Les autres causes, bénignes, sont les sigmoïdites diverticulaires, les volvulus du sigmoïde, plus rarement les colites ischémiques, les fécalomes, les corps étrangers intra-rectaux et les colectasies aiguës.

La survenue d'une **perforation en amont de l'obstacle** est évaluée de **1%** [13] à, plus rarement **18%** [14] des cancers colo-rectaux. Elles ne sont pas propres aux néoplasies mais sont l'évolution possible de toute cause d'occlusion colique prolongée. Elles siègent essentiellement sur le caecum mais pas uniquement ; ces perforations s'observent sur tout le cadre colique [15].

Les mécanismes de ces perforations sont actuellement bien connus.

Ces **perforations diastatiques** doivent leur nom à HESCHL [16], nom dérivé du grec « distasis » signifiant écartement, rupture. Bien que le premier cas décrit remonte à 1838 [17], HESCHL, en 1880 publie avec sa définition la première hypothèse physiopathologique dite **mécanique**. Pour lui, ces perforations sont dues à la **surdistention du colon** en amont d'un obstacle.

**terminale** du caecum conduit en l'absence de vidange colique, à la constitution de plages de nécrose plus fréquemment **antérieure**, mais pouvant impliquer tout le caecum. La présence de **lésions athéromateuses sous-jacentes** (suspectée devant la présence d'antécédents vasculaires, l'absence de pouls fémoraux et la présence de calcifications de l'aorte et de ses branches à l'ASP) peut conduire à une **ischémie colique extensive** gravissime dans ce contexte.

**De plus au plan infectieux**, la stase stercorale entraîne une pullulation microbienne intense. La conjonction de ce liquide hautement septique et de troubles ischémiques pariétaux expliquent la survenue de véritables **gangrènes pariétales caecales**.

Lorsqu'il existe des lésions pariétales coliques notamment **diverticulaires**, il est possible que le point de rupture se produise à ces endroits fragilisés plutôt que sur le caecum. Ceci explique le nombre non négligeable de **perforations en situation diastatique sur le cadre colique** en aval du caecum et en amont de la tumeur.

Ces tumeurs occlusives ou perforées ajoutent chez le même patient les conséquences **septiques et systémiques** d'une péritonite et/ou d'une occlusion aux **perturbations chroniques inflammatoires, métaboliques et nutritionnelles** d'un processus malin.

Pour ces malades, la chirurgie, encadrée d'une réanimation intense, devra être **la plus adaptée possible** ; toujours efficace, sans doute agressive dans un objectif curateur, elle sera ciblée sur le confort du patient dans les formes dépassées. Une meilleure connaissance de ces malades et de notre arsenal de techniques peut nous permettre **d'améliorer encore la prise en charge de nos malades**.

## Méthodologie

Nous avons inclus rétrospectivement **100 patients consécutifs** opérés en urgence vraie ou différée pour complication chirurgicale d'une tumeur colique gauche de janvier 1992 à Avril 2002. Tous les patients ont été inclus **après analyse de leur dossier**. Nous avons consulté les registres du service, celui des urgences, et interrogé la base de données du PMSI. Près de 250 dossiers ont été retirés des archives car concernant possiblement un cancer colique gauche compliqué. Nous avons retenu 100 dossiers.

### ***1. Critères d'inclusion :***

---

Tous les patients présentaient une tumeur néoplasique siégeant sur le colon gauche « anatomique » c'est-à-dire sur **l'angle colique gauche, le colon gauche, le colon sigmoïde ou la charnière recto-sigmoïdienne.**

Tous ont été opérés sans la possibilité d'une préparation colique, ni d'un bilan d'extension exhaustif pré-opératoire (coloscopie complète, lavement opaque, échographie abdominale et hépatique, ou scanner abdominal injecté avec lavement).

les **tumeurs perforées bouchées ou perforées de façon iatrogène** du fait de leur moindre risque chirurgical (groupe à moindre risque PM).

Le **sous-groupe des occlusions** regroupe les patients présentant un syndrome occlusif du fait de leur tumeur. Aucun n'a pu bénéficier d'une préparation colique. Les patients ayant décompensé un syndrome occlusif du fait de leur préparation ont été inclus. **Le seul caractère sténosant** lors de l'endoscopie n'était pas un critère d'inclusion et nous avons ainsi exclu tous les patients présentant une telle sténose ayant pu être alimenté normalement et sans conséquence avant leur intervention.

Les patients porteurs d'une tumeur occlusive avec perforation diastatique ont été colligés dans le sous-groupe des patients occlus.

Dans ce sous-groupe, nous procéderons à une analyse centrée sur le **choix thérapeutique** : tumeurs non réséquées, interventions de Hartmann, résections-anastomoses directes (RAD), lavements coliques per-opératoires (LCP), colectomies totales et sub-totales (CT, CST),

## **4. Classifications**

---

Nous avons utilisé essentiellement deux classifications : **ASA et TNM** décrites successivement.

La **classification de la société américaine d'anesthésiologie** regroupe les malades en 5 populations :

**Métastases (M) :**

M0 Pas de métastase

M1 Présence de métastases (l'atteinte des ganglions iliaques externes ou communs est considéré comme M1).

Mx Statut métastatique inconnu.

	TNM			Dukes
<b>Stade 0</b>	Tis	N0	M0	A
<b>Stade I</b>	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	A
<b>Stade II</b>	T3	N0	M0	B
	T4	N0	M0	B
<b>Stade III</b>	Tous T	N+	M0	C
<b>Stade IV</b>	Tous T	Tous N	M1	D

**Tableau 1 Classification TNM**

Pour notre part, compte tenu de la gravité évolutive des carcinoses, nous avons classé ces carcinoses comme des atteintes métastatiques (M1).

Le drainage est  **systématiquement double**  concernant le cul de sac de Douglas et la gouttière pariéto-colique gauche.

En cas de  **péritonite diffuse** , le drainage est triple : cul de sac de Douglas, coupoles diaphragmatiques droite et gauche.

Ces impératifs imposent une  **voie d'abord médiane**  aussi étendue que nécessaire. Les abords locaux et coelioscopiques ne semblent pas trouver ici d'indications.

L' **antibiothérapie**  est triple reposant sur 2 principaux schémas :

Ampiciline+acide clavulanique,	Aminosides,	Nitro-imidazolés
Ceftriaxone,	Aminosides,	Nitro-imidazolés.

Elle est  **précoce**  (débutée en pré-opératoire immédiat après prélèvements),  **parentérale**  et  **prolongée** . Elle vise  **l'éradication des germes digestifs**  bacille gram négatifs et anaérobies.  **Le relais oral**  dépend de l'évolution post-opératoire, mais est prescrit classiquement après 48 heures d'apyrexie et se prolonge pour une durée totale de 2 semaines.

### 3. Traitement de la tumeur

---

La  **tumeur perforée**  doit être  **réséquée**  pour arrêter la contamination fécale péritonéale puisqu'on ne peut attendre la cicatrisation de la perforation. Dans cette optique, la tumeur et sa perforation seront d'emblée exclues par ligatures coliques sus et sous-jacentes puis réséquées. Les  **traitements locaux**  des perforations bénignes : sutures, épiploplasties de recouvrement, mise à la peau de la perforation n'ont pas leur place ici.

## **6. Techniques opératoires et indications pour les occlusions**

---

Pour les tumeurs occluses, la situation est plus complexe.

### **1. Installation**

---

L'installation est faite selon les mêmes modalités que pour les tumeurs perforées avec la précaution d'un **lavement du segment digestif distal** par une solution sérum physiologique tiède/polyvidone iodé.

### **2. Exploration :**

---

**Le temps d'exploration est primordial** ; il confirme et souvent complète les données pré-opératoires :

localisation tumorale,

envahissement loco-régional,

présence de carcinose et de métastase hépatique,

localisation synchrone sur le cadre colique,

lésions par distension du cadre colique et notamment du caecum.

L'attitude de notre service est la suivante et repose dans un premier temps sur la **notion de résecabilité**. La tumeur est estimée résecable sur le bilan pré-thérapeutique mais surtout sur les constatations per-opératoires.

## **2. Tumeurs résecables**

### **Lésions coliques droites associées**

Ce sont les indications de nécessité. La résection sera une **colectomie totale ou sub-totale** avec une anastomose **iléo-rectale ou iléo-sigmoïdienne**.

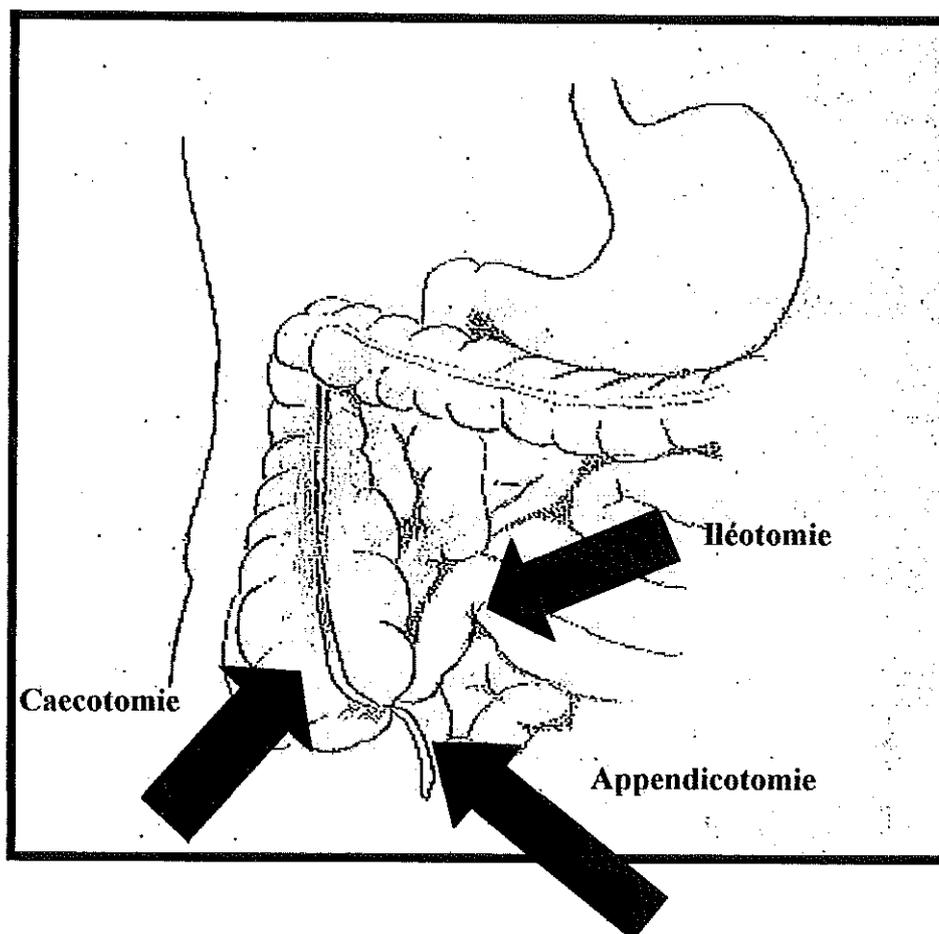
La trophicité du grêle, éventuellement protégée par la valvule de Bohin d'une distension délétère, assure à cette anastomose un maximum de sécurité.

Si l'anastomose n'est pas possible (état général précaire, conditions locales défavorables), le segment iléal sera monté à la peau en **iléostomie terminale** et le segment recto-colique abandonné selon les mêmes précautions que l'intervention de Hartmann.

### **Colon droit sain**

La résection est soit une **hémi-colectomie gauche**, soit une **colectomie totale/sub-totale**, si l'anastomose iléale est jugée « moins à risque » (Indications de principe).

Mais nous réalisons éventuellement une **colectomie segmentaire** pour certaines tumeurs de l'angle gauche ou du sigmoïde si l'anse colique est assez longue pour permettre des **marges de résection** sus et sous-jacentes suffisantes et si le ou les axes vasculaires sont emportés par la résection et/ou si l'état général ou une extension métastatique orientent vers un geste simple..



**Figure 1 Sites d'entérotomies pour LCP**

Le lavage commence par l'administration progressive de sérum physiologique tiède dont il faut contrôler la **bonne tolérance** anesthésique et le bon écoulement distal. La vidange antérograde du colon se fait progressivement à la main sans traction excessive. La pression d'administration est contrôlée par la hauteur des poches de sérum. Il se poursuit jusqu'à l'obtention d'un **liquide clair** nécessitant généralement **plus de 6 litres**. Le décubitus latéral gauche peut aider à l'extériorisation de l'effluent. Il faut sans doute veiller à ce que l'extériorisation du colon n'entraîne pas une **traction excessive** sur les mésos et les axes vasculaires restants.

Le lavement s'achève par la **section du colon** au site de l'anastomose envisagée.

L'**anastomose** par une stomie latérale. L'absence de risque de léser l'arcade vasculaire de Riolan lors de la confection et de la remise en continuité d'une **iléostomie latérale** la font préférer à la protection par une colostomie latérale. Une telle lésion pourrait en effet compromettre la vitalité du colon d'aval et aboutir à un tableau d'ischémie colique gravissime dans ce contexte. Par elle-même, la stomie ne met néanmoins pas à l'abri d'une fistule mais en diminuera la gravité [26].

Dans tous les cas, la réalisation de ces anastomoses se conformera aux standards établis pour la chirurgie réglée [26] :

Une **antibioprophylaxie** débutée à l'induction au plus tard,

Une **renutrition péri-opératoire**,

Une **préparation colique** avec ou sans lavage aboutissant toujours à un colon, vide, propre, plat et bien vascularisé (la colectomie totale étant la forme la plus radicale de préparation ...)

Nous pouvons résumer cette conduite chirurgicale comme suit :

### **3. Tumeurs non résécables**

#### **Lésions coliques droites**

La nécessité de traiter une perforation diastatique fait ici réaliser une **iléocoliectomie droite sans remise en continuité**. Nous pratiquons une double iléo et colostomie terminales pour éviter la pullulation microbienne d'un colon exclus, avec éloignement de 2 orifices pour prévenir les phénomènes de ré-instillation.

Une tumeur synchrone résécable du colon droit ne nécessite pour nous une colectomie droite que si ce geste est simple. En effet, dans cette situation palliative, nous ne pourrions que **prévenir les complications propres** de cette localisation droite.

#### **Colon droit sain**

La **dérivation colique latérale de proche amont** à notre préférence. Elle permet de traiter l'occlusion simplement, en autorisant ultérieurement un traitement chirurgical radical en un seul temps supplémentaire. Nous la réalisons sur l'anse sigmoïdienne pour les tumeurs de la charnière ou du sigmoïde distal et sur le transverse gauche pour les tumeurs plus proximale.

La **fermeture du segment d'aval** expose au risque de pullulation microbienne sur colon exclus et sera évitée autant que possible.

La **voie d'abord locale** sur le site ultérieur de la stomie ou **l'abord coelioscopique** ont pu être proposé dans cette indication dans un but de confort du patient dans ces situations palliatives.

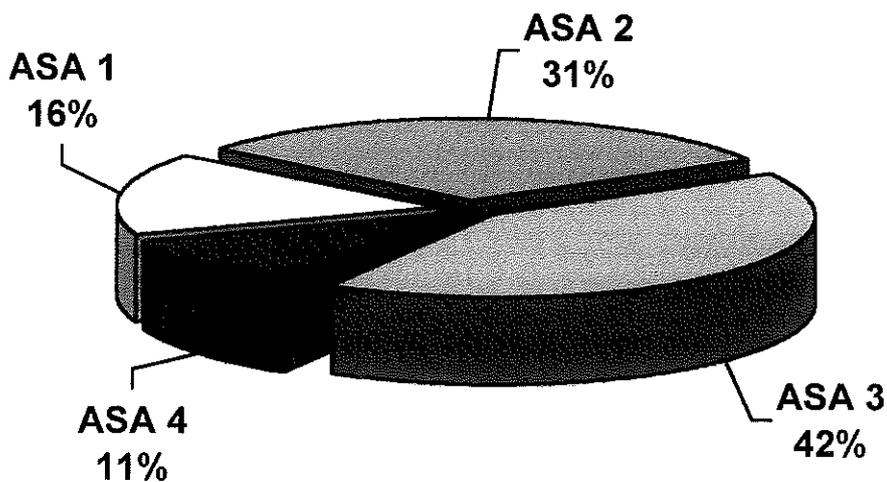
Enfin, la technique récente de **prothèse colique endoscopique** compte tenu à la fois de son efficacité aléatoire, des risques de migration et d'érosion et compte tenu de son coût a pour nous, en accord avec l'équipe de gastro-

## 6. Suivi

Le suivi des patients était basé sur la surveillance du bon rétablissement du malade généralement centrée sur la consultation post-opératoire (3-6 semaines post-opératoires), et sur la prise en charge oncologique lors des séances de chimiothérapie.

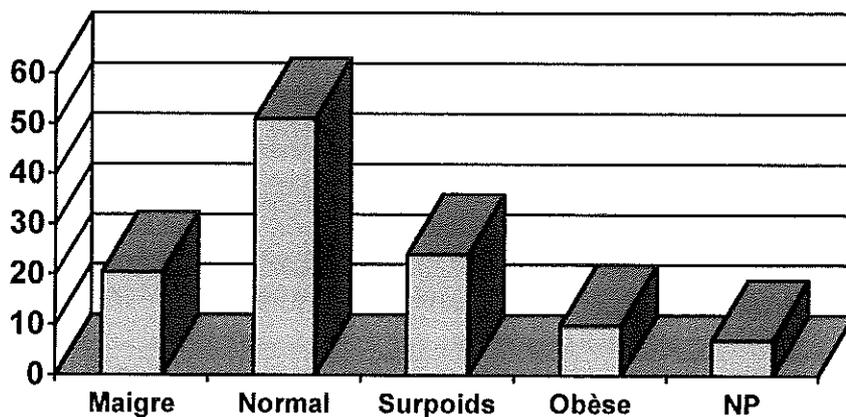
Il n'a jamais été systématique.

Nous avons pris en compte les ré-hospitalisations dans le service quelque soit le motif : complications tardives, remise en continuité, ou reprise évolutive.



**Figure 3 Scores ASA**

La moitié des opérés présentait un **poids normal** (BMI 20-25 : 51 patients), 34 patients présentaient un BMI élevé : 24 fois un **surpoids** (BMI 25-30) et 10 fois une **obésité** (BMI 30-40). **Aucun patient ne présentait d'obésité morbide.**



**Figure 4 Répartition du BMI**

Des antécédents familiaux étaient notés chez 8 patients mais cette recherche ne figurait dans 30% des dossiers.

	<i>N</i>		<i>Parenté</i>
<i>Cancers colo-rectaux</i>	<b>5</b>	2	Frère
		2	Mère
		1	Non précisé
<i>Cancers gastriques</i>	<b>1</b>	1	Frère
<i>Cancers digestifs non précisés</i>	<b>1</b>	1	Père
<i>Cancers utérins</i>	<b>1</b>	1	Soeur

**Tableau 2 Antécédents familiaux**

Les autres facteurs de risque était l'âge et les localisations multiples.

8 patients avaient moins de 50 ans et 8 patients présentaient des localisations multiples. 2 patients (42 et 46 ans présentaient une linite).

En tout, 20 patients présentaient un (17 patients), deux (3 patients) de ces facteurs de risque de CCR.

## 4. Admission

Les patients ont été présentés à notre équipe dans un but **diagnostique et/ou thérapeutique**, adressés

depuis leur **domicile** et vus aux urgences le plus souvent : 81 patients,

par le service de **Gastro-entérologie** de l'Hôtel-Dieu : 7 patients,

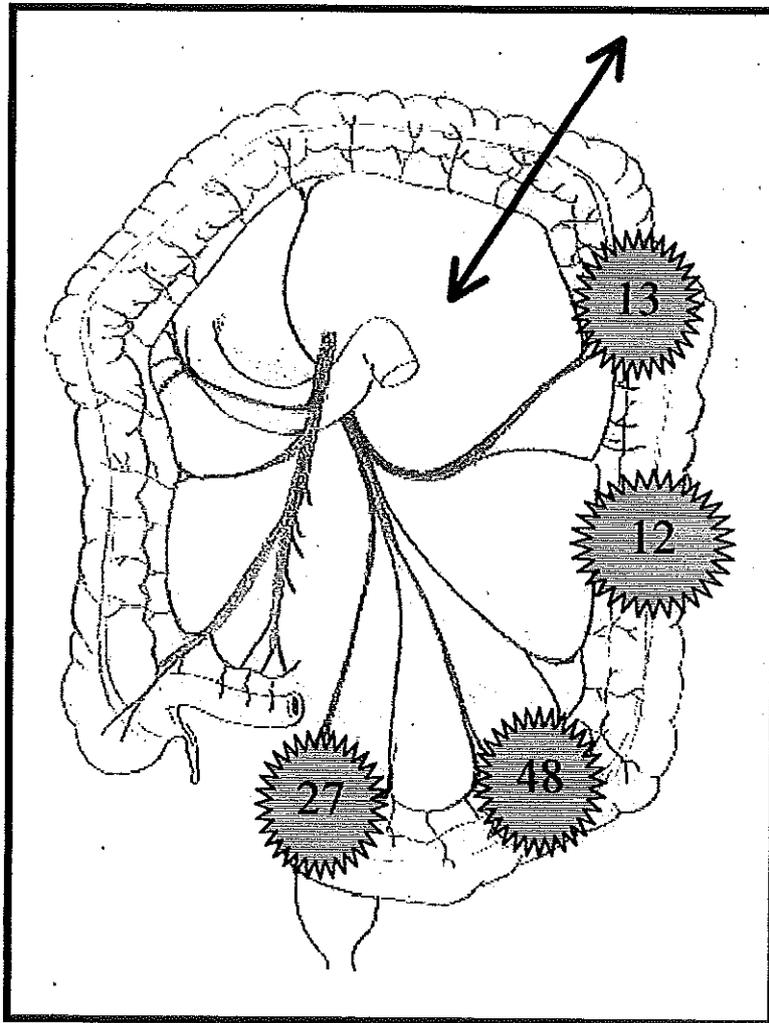
par un service de **médecine** du CHU : 10 patients,

par transfert depuis un **CHR** : 2 patients.

L'évolution moyenne pré-hospitalière s'élevait à **3,3 jours** (1-10 J).

La localisation de ces tumeurs était la suivante :

Angle gauche	13 patients
Colon gauche	12 patients
Sigmoïde	48 patients
Charnière colo-rectale	27 patients



**Figure 6 Répartition topographique des tumeurs (en %)**

2 patients (15,3%) ont été déjà opérés par laparotomie.

2 patients (15,3%) présentaient un antécédent familial et un patient avait déjà été opéré d'une adénocarcinome colique.

	Nombre	Age moyen	% sujets > 75 ans	ASA moyen
<b>Perforation</b>				

**Tableau 3 Caractéristiques du groupe perforations**

## 2. Les sous-groupes

---

Nous avons formé deux sous-groupes regroupant :

**les perforations spontanées (PS) 10 patients**

**les perforations à moindre risque chirurgical (PM) 3 patients**

perforations iatrogènes (2 patients) et bouchée (1 patient).

## 3. Présentation clinique

---

Elle différait notablement selon les deux sous-groupes.

**Pour le sous-groupe PS**, tous les patients étaient adressés depuis leur domicile via les urgences. La durée d'évolution des symptômes avant l'hospitalisation était en moyenne de **2,1 jours** (extrêmes 1, 3 jours).

## 4. Explorations morphologiques complémentaires

---

### 1. La radiographie sans préparation

L'ASP réalisé 11 fois retrouvait

un pneumopéritoine	<b>3 patients</b>
un syndrome occlusif	<b>6 patients</b>
grêle	4 patients
colique	1 patient
mixte	1 patient
des signes non contributifs	<b>2 patients</b>

### 2. L'échographie

Elle n'a été demandée qu' **une fois** devant un syndrome péritonéal et occlusif. Elle n'a alors permis de retrouver qu'un épanchement intra-abdominal non spécifique sans argument de localisation, ni étiologique.

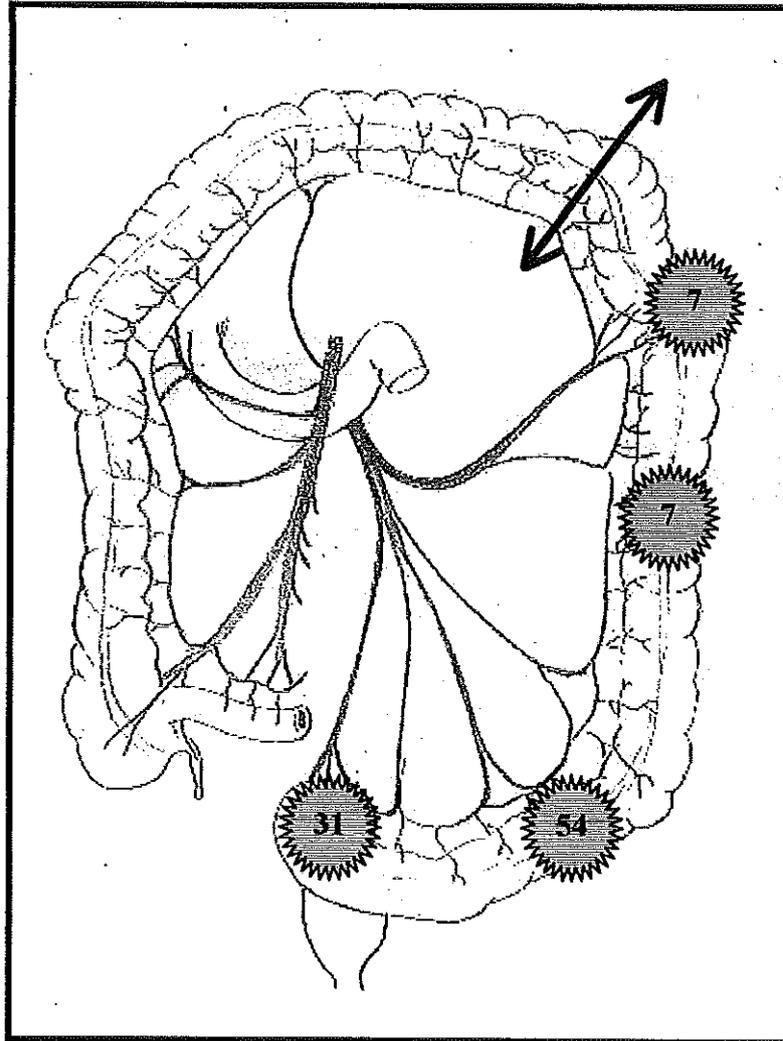
### 3. La tomодensitométrie

Elle a été réalisée **5 fois**.

Le scanner a toujours permis d'objectiver et de localiser le foyer septique.

Néanmoins, il n'a fait évoquer le **diagnostic de tumeur perforée** que 2 fois sur cinq.

## 5. Répartition topographique



**Figure 8 Répartition topographique des tumeurs perforées (en %)**

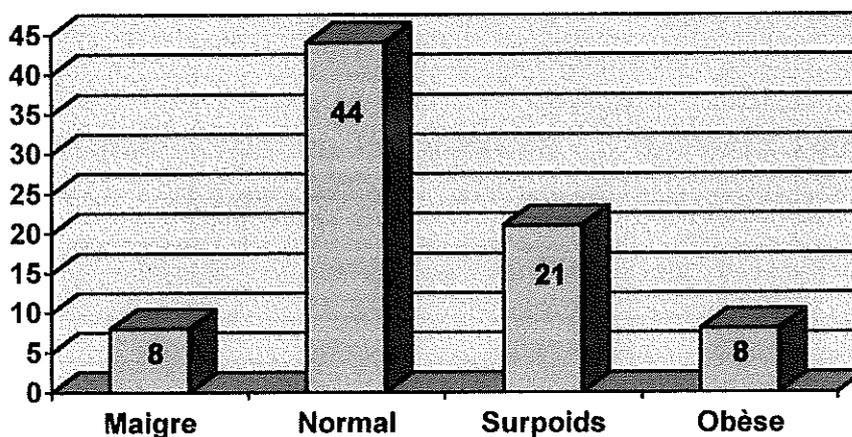
La répartition des tumeurs pour ce groupe est :

Angle gauche	1 patient
Colon gauche	1 patient
Sigmoïde	7 patients
Charnière recto-sigmoïdienne	4 patients.

19 patients (21,8%) ne présentaient pas d'antécédents médicaux. 24 patients (27,5%) présentaient 3 antécédents médicaux ou plus. 34 patients (39%) avaient déjà été opérés de la sphère abdominale. Enfin, 7 patients (8%) présentaient des antécédents oncologiques : 1 personnel (1,2%) et 6 familiaux (6,8%).

Le calcul du BMI retrouvait

une maigreur	9,1%
une masse corporelle normale	50,5%
un surpoids	24,1%
une obésité	9,1%



**Figure 10 Répartition du BMI chez les patients occlus**

Lorsqu'il existait une **perforation diastatique** (9 patients des 87 occlus soit 10,3%), les manifestations à l'admission étaient pour:

**7 patients (77,7%) un syndrome occlusif bas complet**  
*associé à un syndrome septique et péritonéal* 5 patients  
*compliqué d'insuffisance respiratoire* 1 patient  
*associé à un syndrome septique* 2 patients

**1 patient (11,1%) un syndrome occlusif incomplet**  
 avec choc septique, syndrome péritonéal et confusion

**1 patient (11,1%) un syndrome septique et péritonéal isolés**

	<b>Sd Occlusif</b>	<b>Sd Sub-occlusif</b>	<b>Sd péritonéal</b>	<b>Sd septique</b>	<b>complications</b>
<b>Occlusion</b>	51	27	9	8	I. rénale 9 I. respiratoire 2 Tb conscience 1
<b>Perforation diastatique</b>	7	1	6	8	Choc 1 I. respiratoire 1

**Tableau 5 Présentation des tumeurs occlusions tumorales**





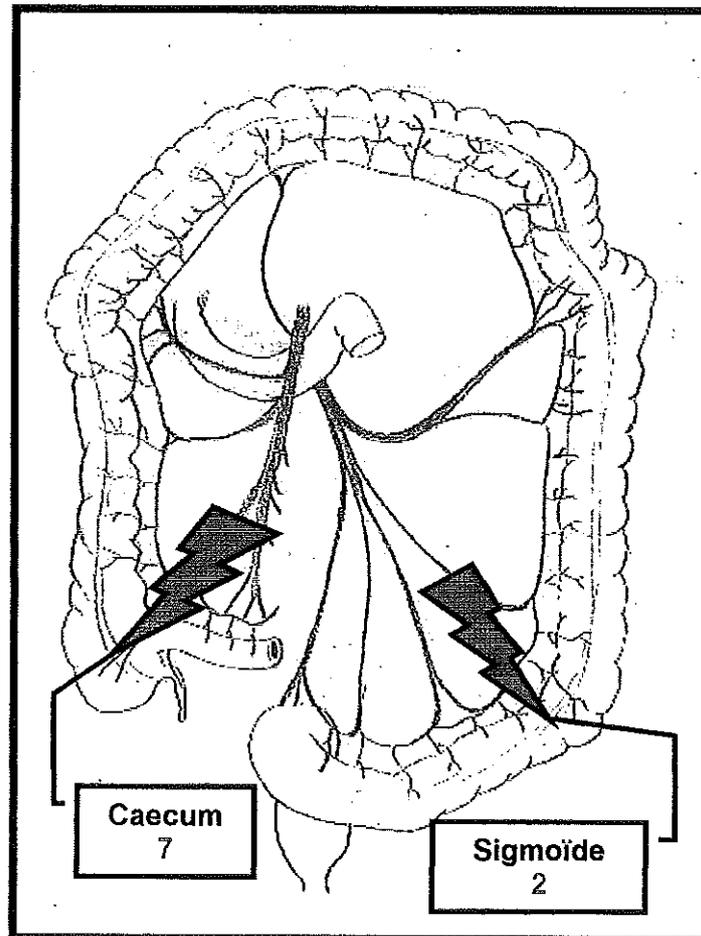
Les perforations diastatiques sont survenues essentiellement sur

**le caecum** **7 patients**

*dont une perforation bouchée*

*une perforation iatrogène (endoscopie)*

**sur le sigmoïde** **2 patients**



**Figure 11 Répartition topographique des perforations diastatiques**

# Résultats

---

## 1 Les perforations

Caractéristiques générales des patients

Gestes opératoires

Anatomopathologie

Hospitalisation

Suites opératoires

Suivi

## 2 Les occlusions

Caractéristiques générales des patients

Délai opératoire

Voies d'abord

Exploration

Les différentes techniques

**Les résultats sont regroupés en synoptiques**  
**à la fin du chapitre**

## Les Perforations n=13

Pour ces 13 patients, le délai opératoire moyen (admission-chirurgie) était de **1 journée** (extrêmes 0, 8 jours).

La majorité : 11 patients (85%) ont été opérés urgence vraie ; deux (15,3%) en urgence différée (48h. et 8 jours après leur admission).

*Ce délai prolongé de huit jours correspond à une patiente âgée de 92 ans qui s'est présentée avec un tableau occlusif isolé. L'échec d'un traitement médical bien conduit, a entraîné une laparotomie. Elle a permis de faire le diagnostic de péritonite pelvienne asthénique compliquée d'occlusion fonctionnelle sur tumeur sigmoïdienne perforée.*

### **1. Caractéristiques générales des patients**

---

Nous les résumons dans le tableau suivant :

Nombre	Age moyen	% de sujets >75 ans	ASA moyen
13	70,2	38,4	2,4

**Tableau 6 Caractéristiques générales des patients  
présentant un CCR perforés**

## 2. Traitement chirurgical

---

**Toutes ces tumeurs ont pu être réséquées.**

Les tumeurs perforées spontanément (10 patients 73%) ont toutes été traitées par **hémi-colectomie gauche avec dérivation selon Hartmann.**

Les perforations per-opératoire, endoscopique et bouchée (3 patients 23%) ont pu être traitées par résection anastomose en un temps (sans stomie de protection).

*La **perforation endoscopique** d'une tumeur sigmoïdienne a conduit à une hémicolectomie gauche, un lavement colique per-opératoire, puis une anastomose colo-rectale mécanique. Le test à l'air initialement positif a permis de renforcer l'anastomose par plusieurs points.*

*La **perforation per-opératoire** d'une tumeur du colon gauche fistulisée à la paroi a été traitée par hémicolectomie gauche avec anastomose colo-rectale manuelle ; Le test à l'air était négatif.*

*La **perforation bouchée** d'une tumeur de l'angle gauche avec un sepsis local et un retentissement général septique majeur a conduit à une colectomie sub-totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne latéro-terminale manuelle.*

	<b>Total</b>	<b>PS</b>	<b>PM</b>
<b>Stade I</b>	0	0	0
<b>Stade II</b>	4 (30,7%)	3 (30%)	1 (33,3%)
<b>Stade III</b>	3 (23%)	2 (20%)	1 (33,3%)
<b>Stade IV</b>	6 (46%)	5 (50%)	1 (33,3%)

**Tableau 7 Stade TNM des tumeurs perforées**

Nous pouvons déjà noter que les patients porteurs de perforations iatrogènes ou bouchées se présentaient avec des tumeurs souvent **peu avancées au stade loco-régional** (pas de carcinose ou d'envahissement loco-régional; un seul patient métastatique).

La résection était considérée

R0	7 patients (53,8%)
R1	2 patients (15,3%)
R2	4 patients (30,7%)

Les **3 lésions muqueuses associées** retrouvées sur les pièces de résection étaient tous des polypes dont **deux en dysplasie de haut grade**, un sur le colon gauche, l'autre sur le caecum de la CST.

Au terme du bilan d'extension, **5 patients (38,4%)** étaient potentiellement traités de façon curative classés R0M0.

### 3. Morbidité

---

#### **1. Transfusions**

8 patients ont du être transfusés : 6 en per-opératoire et 2 en post-opératoire.

#### **2. Complications**

Les suites ont été simples pour **6 patients (46%)**: 2 patients (66,6%) à risque modéré et 4 patients (40%) du groupe perforations spontanées.

Les complications concernaient **7 patients** soit **54%** de l'ensemble du groupe. Dans le groupe à risque modéré, une seule complication est survenue : une éviscération couverte isolée (33,3%) sans nécessité de reprise.

Par contre, dans le groupe des 10 perforations spontanées, nous avons observé :

**chez 2 patients (20%),**                      **au niveau pariétal,**

un abcès de paroi, et un abcès de paroi avec une éviscération couverte sous-jacente,

**chez 2 patients (20%),**                      **au niveau abdominal,**

un abcès péritonéal, et un abcès abdominal puis une sténose anastomotique,

**chez 1 patient (10%),**                      **une Fistule anastomotique,**

### 3. Transit

La moyenne de **reprise du transit et de ré-alimentation** des patients était de **5 et 6 jours** sans différence notable entre les deux groupes

**7 patients (70% des survivants)** ont quitté l'hôpital avec une stomie :

6 colostomies terminales selon Hartmann, 1 iléostomie latérale.

**1 seul patient** était incapable de gérer sa stomie et devenait à ce niveau, complètement dépendant. **3 patients** étaient traités avec succès par ralentisseur du transit à la demande pour régulariser leur transit ; 1 patient après une iléostomie de dérivation, et 2 patients sur les 3 opérés en un temps, l'un avec une anastomose colo-rectale haute et l'autre, une anastomose iléo-sigmoïdienne.

Parmi les 4 patients MOR0 survivants, 3 sont sortis avec une stomie et un seul après un traitement en un temps avec un transit normal avec ralentisseur du transit.

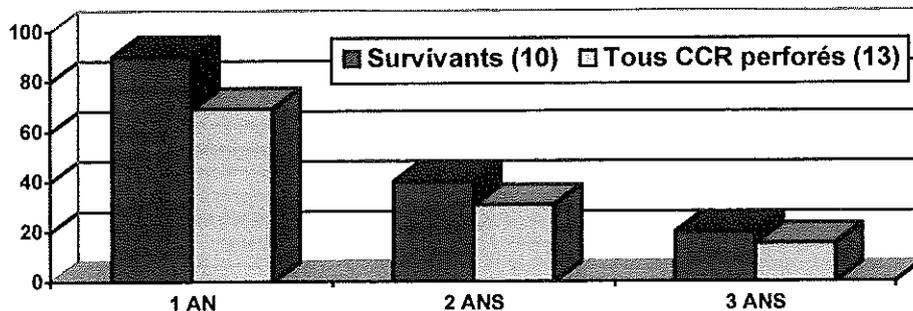
Parmi les 6 patients survivant en situation palliative, 4 portaient une stomie et 2 un transit normal grâce aux ralentisseurs de transit.

	<b>R0M0</b>	<b>R1</b>	<b>M+</b>
<b>N</b>	5	2	6
<b>Mortalité opératoire</b>	1	1	1
<b>Perdus de vu</b>	1	1	3
<b>Récidives et reprises évolutives</b>	<b>1 patient :</b> Carcinose, MK Hépatiques et pulmonaires 8° mois Carcinose occlusive 15° et 21° mois	0  0  0	<b>1 patient :</b> Moignon rectal 18° mois  <b>1 patient :</b> MK hépatiques 46° mois 1 nodule caecal 46° mois

**Tableau 8 Récidives des tumeurs perforées : sites et délai**

## 2. Chimiothérapie adjuvante

4 patients (40% des survivants) ont été traités secondairement par chimiothérapie ; 2 après résection curative et 2 en situation palliative.



**Figure 13 Survie des CCR perforés (%) (notre série)**

## 4. Autres hospitalisations

---

**2 patients** ont été hospitalisés par la suite :

*la première patiente opérée d'une tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne par Hartmann (T4N1M0R0) remis en continuité à 8 mois. La carcinose débutante découverte à ce moment là n'a pas pu être réséquée mais n'a pas empêché la remise en continuité. Cette patiente a alors présentée au 15<sup>e</sup> mois, une occlusion colique par un envahissement colique de sa carcinose traitée avec succès par endoprothèse colique permettant la poursuite de sa chimiothérapie.*

*La carcinose s'est de nouveau exprimée par une occlusion au 21<sup>e</sup> et 28<sup>e</sup> mois, traitée médicalement avec succès seulement la première fois.*

*Le second patient opéré d'une tumeur sigmoïdienne (T4N0M0R0) par Hartmann, remis en continuité précocément puis protégé par une iléostomie avec remise en continuité à 7 mois. Un récurrence pelvienne hémorragique 46 mois après, nécessitera une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale. Les suites furent simples ; mais le patient est perdu de vue par la suite.*

## **2. Délai opératoire**

---

La moitié des patients ont été opérés en urgence vraie soit **44 fois (50,6%)**.

Ils étaient adressés pour

**71 patients depuis leur domicile,**

9 patients depuis un service de médecine du CHU,

5 patients depuis le service de gastro-entérologie du CHU,

2 patients d'un hôpital périphérique.

## **3. Voies d'abord**

---

La voie d'abord fut **médiane** le plus souvent. **Deux patients (2,3%)**, dont la tumeur était jugée non résécable en pré-opératoire, ont été opérés par voie locale (para-ombilicale gauche) ou par voie colioscopique. Il s'agissait de **deux colostomies de proche-amont**.

## **4. Exploration**

---

Lorsqu'une laparotomie était réalisée ( 84 patients / 87 ), l'exploration première retrouvait :

<b>Un envahissement loco-régional</b>	<b>28 patients (32,1%)</b>
Concernant 1 organe	15 patients
Concernant 2 organes	10 patients
Concernant trois organes	1 patient

## 5. Techniques opératoires

---

Dans l'ensemble des tumeurs occluses, une **résection** a été réalisée chez 71 malades (81,6%). Le geste chirurgical a alors consisté en :

<b>Une intervention de hartmann</b>	<b>8 patients (11,3%)</b>
<b>Une résection anastomose sans LCP</b>	<b>22 patients (31%)</b>
Rétablie par une anastomose colo-colique	6 patients
Rétablie par une anastomose colo-rectale	16 patients
<b>Une résection anastomose avec LCP</b>	<b>10 patients (11,5%)</b>
Rétablie par une anastomose colo-colique	6 patients
Dont une protégée	
Rétablie par une anastomose colo-rectale	4 patients
<b>Une colectomie totale ou sub-totale</b>	<b>31 patients (35,6%)</b>
Rétablie par une anastomose iléo-rectale	18 patients
Dont une protégée	
Rétablie par une anastomose iléo-colique	7 patients
Dont une protégée	
Non rétablie avec iléostomie terminale	6 patients.

Le chirurgien a opté initialement pour un traitement en un temps dans 74% des cas (63/87).

Lorsqu'il coexistait une **perforation diastatique**, le traitement réalisé a été :

pour les **perforations caecales**,

<b>Une colectomie totale ou sub-totale</b>	<b>6 patients</b>
Avec une iléostomie terminale	3 patients
Rétablie par une anastomose iléo-rectale	2 patients
Rétablie par une anastomose iléo-colique protégée	1 patient

**Une iléostomie après hémi-colectomie droite** **1 patient**

pour les **perforations sigmoïdiennes** **2 patients**

- Une intervention de Hartmann
- Une colostomie latérale sur la perforation.

## 2. Colostomies premières (n=16)

### 1. Caractéristiques générales des patients

Le tableau suivant les résume :

Nombre	Age moyen	% de sujets > 75 ans	ASA moyen
16	75,8	62,5	2,75

**Tableau 11** **Caractéristiques générales du groupe « non réséqués »**

### 2. Gestes opératoires

Il s'agissait toujours de **colostomies de proche amont (15/16)** sauf pour un patient présentant une perforation diastatique caecale qui a conduit à une hémicolectomie droite et double stomie (Iléo et colostomie terminales).

Ces stomies ont été confectionnées en **fosse iliaque gauche** 11 fois et en **hypocondre gauche** 3 fois pour des tumeurs du colon gauche, du sigmoïde ou de la charnière. Il s'agissait de 10 stomies latérales et de 5 stomies terminalisées.

Les **gestes associés** ont été une appendicectomie, une résection colique suite à une dévascularisation et une hémicolectomie droite pour perforation caecale associée à une suture cave (plaie latéro-cave).

<b>Complications pariétales</b>	<b>Complications abdominales</b>	<b>Reprises</b>	<b>Complications médicales</b>
4 (25%)	2 (12,5%)	0%	5 (31,5%)

**Tableau 12 Morbidité de colostomies**

### **Transit**

Les moyennes de reprise de transit et d'alimentation était de **1 et 4 jours**.

La prise en charge de la stomie n'a posé aucun problème.

### **4. Suivi**

Le suivi en moyenne fut de **5 mois**.

### **Remise en continuité**

Aucun patient n'a été ré-opéré à visée curative.

### 3. Intervention de Hartmann (n=8)

La résection tumorale a été possible chez **74% des patients** en occlusion. 4 types de reconstruction ont été retenues : l'intervention de Hartmann, les résections coliques avec anastomose sans et avec LCP et des colectomies étendues totales ou sub-totales.

L'intervention de hartmann a été réalisée **8 fois** dont une fois pour une tumeur compliquée d'une perforation diastatique du colon sus-jacent ; la pièce de résection emportant la tumeur et la perforation.

#### 1. Caractéristiques générales des patients

Nombre	Age moyen	% de patients > 75 ans	ASA moyen
8	77,3	75	3,4

Tableau 14 Caractéristiques générales des patients opérés selon Hartmann

4 patients (50%) étaient considérés comme traités ROM0.

#### 4. Suites opératoires

### Hospitalisation

6 patients ont été hospitalisés en réanimation (DMS : 4 jours). La durée moyenne d'hospitalisation était de 19 jours.

### Mortalité

Nous déplorons un décès survenue à J27 dans les suites d'un sepsis sur désunion de stomie.

### Morbidité

6 patients ont dû être transfusés pendant (6) et/ou après la chirurgie (4).

Les suites opératoires ont été simples pour seulement 2 patients soit 25%.

Les complications étaient

**pariétales chez 4 patients 50%**

*2 désunions de stomie, 1 abcès pariétal et une éventration péri-stomiale*

**et abdominales chez 4 patients 50%**

*un abcès intra-abdominal, une péritonite, un hématome et une désunion du moignon rectal.*

## 5. Suivi

Le suivi moyen des patients était de **11 mois**. Aucun patient n'a été revu au delà de 2 ans.

Aucun patient n'a pu bénéficier secondairement d'une chimiothérapie.

### **Reprises évolutives**

1 patient classé R1 a présenté des **reprises évolutives à 2 mois** aux plans:

loco-régional pariétale,  
métastatique hépatique.

Ce patient n'a jamais pu bénéficier d'une chimiothérapie du fait d'une évolution septique récidivante de sa localisation néoplasique pariétale.

### **Remise en continuité**

**Un seul patient (12,5%)** a pu être remis en continuité au cours d'une hospitalisation de 15 jours sans particularité. Les autres patients n'ont pu être rétablis du fait de reprises évolutives métastatiques précoces entraînant un décès rapide deux fois, ou d'un état général altéré.

### **Ré-hospitalisations**

**2 patients (25%)** ont été hospitalisés par la suite :

le premier à 3 mois en occlusion sur une **évolution inexorable d'une carcinose**. Le traitement médical entrepris dans le service n'a pas empêché le décès,



L'analyse de la pièce retrouvait fortuitement chez **2 patients (11%)** une lésion néoplasique intramuqueuse.

#### **4. Suites opératoires**

##### **Hospitalisation**

**10 patients (45%)** ont été hospitalisés en réanimation (**DMS 3,9 jours** extrêmes : 1-16). La durée moyenne d'hospitalisation était de **15,1 jours** (extrêmes : 6-32).

##### **Mortalité**

Nous déplorons 3 décès dus

à une **pneumopathie d'inhalation** survenue à J19

à la **survenue d'une fistule anastomotique** chez un insuffisant respiratoire malgré une reprise chirurgicale (J19) (*2<sup>e</sup> reprise après un hémopéritoine à J0*),

à un **tableau septique secondaire** (J9) possiblement dû à une fistule anastomotique sans que cela n'ait été démontré de façon formelle.

Complications pariétales	Complications abdominales (dont fistules)	Fistules anastomotiques	Reprises	Complications médicales
5 (22,7%)	7 (32%)	3 (13,6%)	4 (18%)	9 (41%)

**Tableau 22 Complications des résections anastomoses directes**

### **Transit**

Les délais moyens de reprise de transit et d'alimentation étaient de **6 et 8,5 jours**. Un seul patient est sorti avec une stomie sans particularité.

## Ré-hospitalisation

3 patients ont été réadmis pour la prise en charge

au 2<sup>e</sup> mois pour une récurrence pelvienne occlusive réséquée selon Hartmann puis à 1 an, pour une hépatectomie droite après un cycle de chimiothérapie sans récurrence locale,

au 18<sup>e</sup> mois, d'une occlusion traitée médicalement avec efficacité

à 2 ans pour une séance de radiofréquence pour prolifération tumorale hépatique symptomatique échappant à la chimiothérapie.

Morbidité	Mortalité	DMS	Morbidité à distance
14 (63,6%)	3 (13,6%)	15,1 J	0%

**Tableau 23 Morbi-mortalité des résections anastomoses directes**

L'anastomose était **colo-colique** (6 fois) et **colorectale** (4 fois), 3 mécaniques et une manuelle. Elle a été **protégée une seule fois** par une iléostomie latérale.

Les gestes associés étaient **deux montages avec passage colique trans-mésentérique** secondaire à l'extension de la résection du fait d'une congestion veineuse chez un patient, une résection du grêle, une spléno-pancréatectomie gauche et une appendicectomie.

### **3. Anatomopathologie**

Il s'agissait de **9 adénocarcinomes** et d' **une linite**.

La répartition topographique est déclinée en :

<b>Angle gauche</b>	<b>Colon gauche</b>	<b>Sigmoïde</b>	<b>Charnière</b>
3	1	4	2

**Tableau 25 Topographie des tumeurs du groupe LCP**

Les stades TNM étaient les suivants :

<b>Stade I</b>	<b>Stade II</b>	<b>Stade III</b>	<b>Stade IV</b>	<b>R0</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>
0	2	5	3	0	0	1

**Tableau 26 Stades TNM du groupe LCP**

Les complications étaient **abdominales** chez 3 patients, une péritonite plastique, une gastroparésie et un iléus prolongé. **Aucune fistule anastomotique n'est survenue.**

Un seul patient a présenté **un abcès de paroi.**

Un seul patient a dû être repris pour une péritonite plastique occlusive à J13.

**2 patients** ont présenté une complication médicale : une CIVD, un ulcère gastro-duodéal hémorragique associé à un ictère néoplasique.

Complications pariétales	Complications abdominales (dont fistules)	Fistules anastomotiques	Reprises	Complications médicales
10%	30%	0	10%	20%

**Tableau 27 Morbidité du groupe LCP**

### **Transit**

La reprise du transit et de l'alimentation se sont faites en moyenne au **4<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> jours.**

Un patient a présenté une **accélération temporaire du transit** avec 2 à 3 selles diurnes/24h de résolution spontanée. Le patient dérivé de façon préventive est sorti sous IMODIUM<sup>r</sup> 1/J. Tous les autres patients présentaient un transit normal à la sortie.

## 4. Colectomies totales et sub-totales (n=31)

### 1. Caractéristiques générales

Elles sont résumées comme suit :

Nombre	Age moyen	% sujets > 75 ans	ASA moyen
31	73,9	55%	2,5

**Tableau 29** Caractéristiques générales des Colectomies totales

### 2. Geste chirurgical

Il a consisté

en une **colectomie totale 23 fois (74%)** rétablie par

**une anastomose iléo-rectale 14 fois (60,8%)**

protégée une fois

**une iléostomie terminale 9 fois (39,2%),**

en une **colectomie sub-totale 8 fois (26%)** rétablie par

**une anastomose iléo-sigmoïdienne 7 fois (87,5%)**

protégée une fois

**une iléostomie terminale une fois (12,5%).**

L'analyse de la pièce a permis le diagnostic de **lésions synchrones du colon chez 7 patients (22,5%)**.

3 dysplasies de haut grade

1 carcinome in situ

1 stade I colon droit, transverse

3 stades II angle droit, angle gauche et caecum,

1 stade III angle droit.

Un patient présentait **une atteinte multiple** avec une néoplasie occlusive de l'angle gauche associée à deux lésions synchrones : stade I du colon droit, stade II du caecum et une dysplasie de haut grade du colon gauche.

**21 patients (68%)** étaient considérés comme traités R0M0.

#### **4. Suites opératoires**

### **Hospitalisation**

L'hospitalisation en réanimation était nécessaire pour 22 patients (71%) ; la durée moyenne était de 6,5 jours (extrêmes :1-23 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 18,6 jours.

## Les cancers coliques gauches compliqués

*Les fistules ont été suspectées sur 2 épisodes occlusifs post-opératoires au 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> jours, un syndrome fébrile au 8<sup>e</sup> jour et un écoulement louche sur un drain au 8<sup>e</sup> jour. 3 fistules sur 4 ont été retrouvées au lavement opaque.*

**5 patients ont été repris** soit pour **une fistule anastomotique** (3 patients) ; elles ont été traitées par suture simple, suture et iléostomie latérale de protection et par démontage et iléostomie terminale, soit pour **un abcès intra-abdominal** (2 patients) : ils ont été traités par lavage et drainage.

**18 patients soit 58%** ont présenté une complication médicale.

Complications pariétales	Complications Abdominales (dont fistules)	Fistules anastomotiques	Reprises	Complications médicales
7 (22,5%)	9 (29%)	4 (12,9%)	5 (16,1%)	18 (58%)

**Tableau 33 Morbidité du groupe CT/CST**

## 5. Suivi

Le suivi moyen des 22 survivants était de **29 mois**.

### **Chimiothérapie**

10 patients (41,6%) ont pu bénéficier d'une chimiothérapie **7 fois adjuvante** et **3 fois palliative**.

Un seul patient palliatif a été traité par plusieurs cures successives devant une rémission partielle initiale puis une reprise évolutive intercure.

### **Reprises évolutives**

**6 patients** ont présenté une ou plusieurs récurrences : **3 patients** ont récidivé au niveau loco-régional, et **5** sur le mode métastatique.

Les **récurrences loco-régionales** sont survenues sur la paroi abdominale, dans l'hypocondre gauche pour une tumeur du colon gauche et en péri-anastomotique, toutes entre le 7<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> mois. Elles ont **toutes été traitées chirurgicalement**.

Les **récurrences métastatiques** sont apparues au niveau hépatique au 14<sup>e</sup> mois traité par chimiothérapie, au niveau pulmonaire au 41<sup>e</sup> mois, le patient est perdu de vue par la suite, au niveau péritonéal au 3<sup>e</sup> et au 7<sup>e</sup> mois traités par chimiothérapie, au niveau pariétal à distance du site opératoire, au 4<sup>e</sup> mois traité chirurgicalement.

## **6. perforations diastatiques (n=9)**

Il s'agissait de 9 patients soit 9% des tumeurs compliquées, 10% des formes occluses, et enfin, 3,2 % des cancers coliques gauches opérés sur cette période.

### **Anatomopathologie**

Il s'agissait toujours d'adénocarcinomes, une localisation synchrone a été retrouvée sur une pièce de colectomie totale.

Angle gauche	Colon gauche	Sigmoïde	CRS
1	0	6	2

**Tableau 34 Localisation des tumeurs compliquées de perforation diastatique**

Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	R0	R1	R2
0	2	3	2	7	0	2*

\* 2 patients présentaient une tumeur non résécable.

**Tableau 35 Stade TNM des tumeurs compliquées de perforation diastatique**

Les cancers coliques gauches compliqués

	<i>N</i>	<i>Age</i> <i>moyen</i>	<i>ASA</i> <i>moyen</i>	<i>Traitement</i>	<i>Mortalité</i>	<i>Morbidité</i>	<i>Fistule</i>	<i>DMS</i>
						<i>totale</i>		
<b>Occlusions</b>	78	72,3	2,47	14 non réséquées 25 CT/CST	13 (16,6%)	58,9%	6 (11,5%)	15,6 J
<b>Non perforées</b>				22 résections anastomoses 10 LCP 7 Hartmann				
<b>Perforations</b>	9	71,2	2,55	2 non réséquées <sup>1</sup> 7 résections	2 (22%)	88%	1 (33,3%)	29 J
<b>diastatiques</b>				3 anastomoses 3 iléostomies terminales 1 Hartmann <sup>2</sup>				
<b>Perforation</b>	13	70,2	2,46	10 Hartmann 3 résections anastomoses	3 (23%)	53,8%	1 (7,6%) <sup>3</sup>	21,4 J
<b>tumorales</b>								

<sup>1</sup> 1 colostomie latérale sur perforation sigmoïdienne (tumeur de la CRS), 1 héli-colectomie droite avec double stomie

<sup>2</sup> Perforation colique sigmoïdienne sur tumeur de la CRS

<sup>3</sup> Patient remis en continuité à J9

## 5. Traitement en un temps et stomie

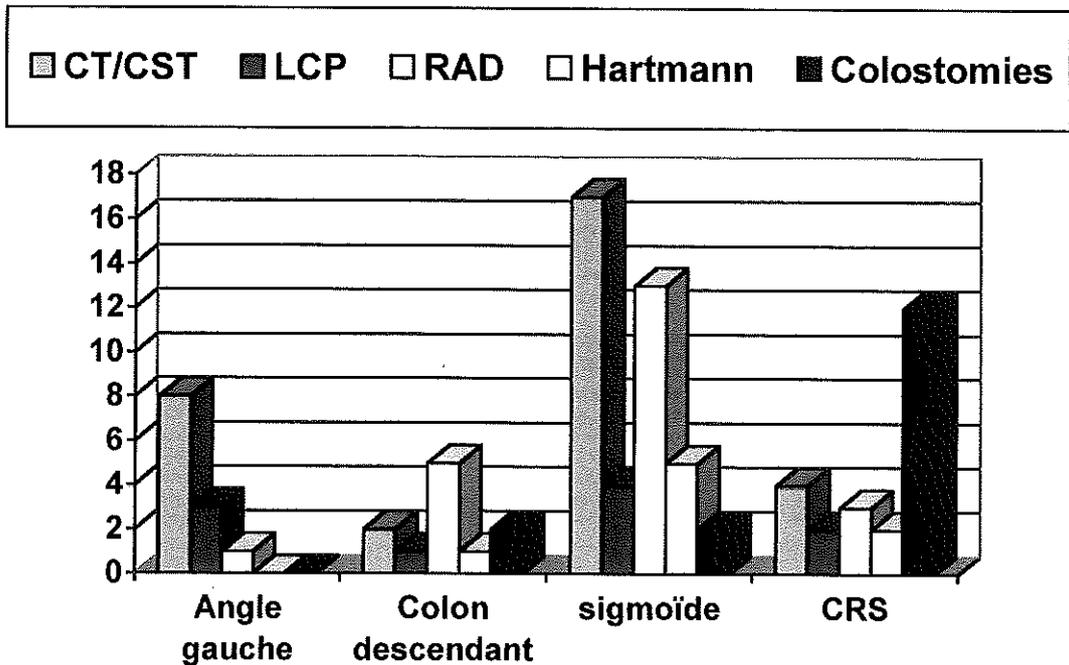
---

Parmi les patients traités par **traitements possiblement en un temps** (résections-anastomoses directes, LCP et CT/CST), certains n'ont pas bénéficié d'une **anastomose d'emblée** ou ont été « **protégé** » par une stomie imposant un éventuel second temps.

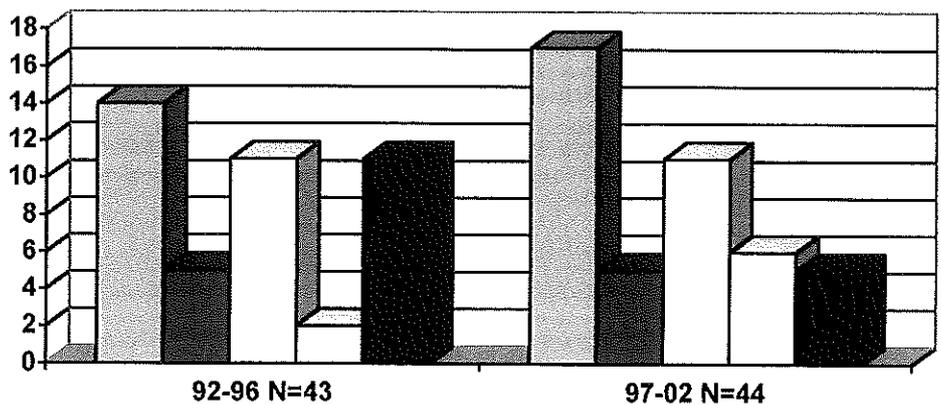
Ainsi, parmi les résections-anastomoses (n=22), 1 patient repris pour fistule était finalement porteur d'une colostomie. Parmi les LCP (n=10), un patient a été protégé d'emblée. Enfin, parmi les CT/CST (n=31), 6 patients n'ont pas été rétablis d'emblée (iléostomie terminale), 2 patients ont été protégés et 2 patients repris pour fistule, ont été dérivés par iléostomie.

Donc, chez les **63 patients** opérés selon ces méthodes, 57 (65,5%) anastomoses premières ont été réalisées et seulement **51 patients (58,6%) ont effectivement bénéficié d'un traitement en un temps.**

## 6. Les indications



**Figure 15 Les techniques en fonction de la localisation tumorale**



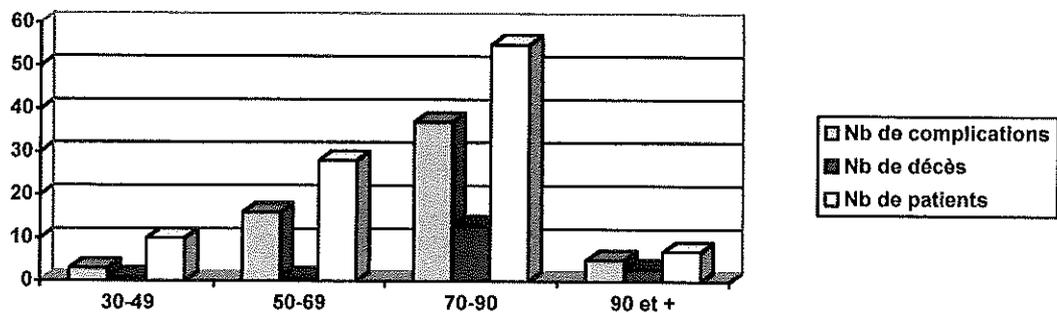
**Figure 16 Les techniques selon la période**

## 7. Morbi-mortalité globale

Nous avons détaillé la mortalité selon différents facteurs, l'âge et le score ASA dans un but descriptif et pour compléter la discussion ultérieure.

Nous avons divisé la population en **4 tranches d'âge** de vingt années : 30-49 ans, 50-69 ans, 70-90 ans et les plus de 90 ans.

*La morbidité respective était de 30%, 57,1%, 67,3% et 71,4%. La mortalité était de 10%, 3,5%, 32,7% et de 42,8%.*



**Figure 19** Morbi-mortalité selon l'âge

# Synoptiques

---

<i>Groupes</i>	<i>N</i>	<i>Age moyen</i>	<i>&gt; 75 ans</i>	<i>ASA moyen</i>	<i>Mortalité</i>	<i>Morbidité</i>	<i>DMS</i>
Perforation tumorale	13	70,2 ans	38,4%	2,4	23%	53,8%	21,4 J
Perforation spontanée	10	70,1 ans	40%	2,5	30%	60%	23,2 J
<b>Risque modéré</b>	<b>3</b>	<b>70,6 ans</b>	<b>33,3%</b>	<b>2,33</b>	<b>0%</b>	<b>33,3%</b>	<b>15,6 J</b>
Occlusion néoplasique	87	72,2 ans	50,2%	2,5	17,2%	62%	16,9 J
<b>Occlusion simple</b>	<b>78</b>	<b>72,3 ans</b>	<b>53,8%</b>	<b>2,47</b>	<b>16,6%</b>	<b>58,9%</b>	<b>15,6 J</b>
Perforation diastatique	9	71,2 ans	22,2%	2,5	22%	88,8%	29 J

**Tableau 39 Résultats principaux selon la forme initiale**

	<i>Complications pariétales</i>	<i>Complications Abdominale dont fistules</i>	<i>Fistules anastomotiques</i>	<i>Reprises</i>	<i>Complications médicales</i>
<b>PERFORATIONS</b>	3 (23%)	2 (15,3%)	1 (7,6%)	2 (15,3%)	5 (34,8%)
<b>OCCLUSIONS</b>	14 (16%)	23 (26,4%)	7 (8%)	14 (16%)	40 (46%)
<b>Colostomies premières</b>	4 (25%)	2 (12,5%)	0	0	5 (31,2%)
<b>Intervention de Hartmann</b>	4 (50%)	4 (50%)	0	2 (25%)	5 (62,5%)
<b>Réséctions anastomoses directes</b>	5 (22,7%)	7 (31,8%)	3 (13,6%)	4 (18%)	9 (40,9%)
<b>Lavage Colique Per-opératoire</b>	1 (10%)	3 (30%)	0	1 (10%)	8 (80%)
<b>Colectomies totales</b>	7 (22,5%)	7 (22,5%)	4 (12,9%)	6 (19,3%)	14 (45,1%)

**Tableau 40** Complications des traitements des tumeurs occluses

Les cancers coliques gauches compliqués

<b>Groupes</b>	<b>N</b>	<b>Age moyen</b>	<b>&gt; 75 ans</b>	<b>ASA moyen</b>	<b>Mortalité</b>	<b>Morbidité</b>	<b>DMS</b>
Occlusions	87	72,2 ans	50,5%	2,5	17,2%	62%	16,9 J
Colostomies	16	75,8 ans	62,5%	2,75	18,7%	50%	15,6 J
Hartmann	8	77,3 ans	75%	3,4	12,5%	75%	19 J
Réssections anastomoses	22	69,5 ans	36,3%	2,2	13,6%	63,6%	15,1 J
LCP	10	62,9 ans	30%	1,8	10%	50%	15,5 J
CT/CST	31	73,9 ans	55%	2,5	22,5%	67,7%	18,6 J

**Tableau 41 Principaux résultats des tumeurs en occlusion selon la chirurgie**

# Discussion

---

Préambule

Epidémiologie

Facteurs génétiques

Dépistage

Anatomopathologie

Tumeurs perforées

Tumeurs occluses

Pronostic

Conclusions

## Préambule

Avant de débiter la discussion appuyée par l'analyse de nos résultats et de la littérature récente, nous voulons insister sur 2 points.

L'intérêt de produire des études sur ce sujet est double : **connaître l'efficacité** des différentes techniques chirurgicales et leurs indications les plus adaptées (quel geste pour quel malade ?), et de **connaître le pronostic** de ces tumeurs pour en adapter le traitement ultérieur : chimiothérapie notamment.

Mais une particularité notable de la pathologie des cancers coliques gauches compliqués est la **multitude des facteurs** que le chirurgien doit intégrer pour décider du geste chirurgical. Le nombre de ces paramètres, à la fois l'état général du patient et les caractéristiques tumorales, conduit sur la plan de l'analyse méthodologique à la difficulté de constituer des sous-groupes de patients homogènes et comparables entre eux. Le chirurgien oriente ces patients vers un type de chirurgie qu'il maîtrise d'avantage. D'une certaine façon, le chirurgien et le malade sont 2 biais rendant impossible l'analyse statistique précise des sous-groupes d'une même étude et a fortiori d'études différentes. Cette difficulté est accrue par l'étalement dans le temps de ces travaux apportant encore des variations d'indications, de techniques et de traitements adjuvants.

Le suivi de ces malades est rarement uniforme puisque les traitements adjuvants sont administrés en fonction des suites opératoires et de l'état général final des patients.

## Epidémiologie

Les CCR sont une **véritable enjeu médico-social** par l'ampleur de la population concernée, leur proportion à augmenter et par leur évolution malgré une prise en charge de plus en plus adaptée.

**L'incidence annuelle des cancers colo-rectaux** en France a augmenté de **50%** dans les vingt dernières années du 20<sup>e</sup> siècle. Elle est actuellement mesurée à **33 500 nouveaux cas/an en France** [4] et à **638 nouveaux cas par an en Loire-Atlantique** (354 cas chez les hommes et 284 chez les femmes) [27].

Au niveau uniquement financier, une estimation française récente évalue le coût de sa prise en charge à près **d'un milliard d'euros par an** pour la France (997 millions répartis en coûts directs 555,5 millions et indirects 528,1 millions d'euros [28]). La prise en charge des CCR représente ainsi **un véritable enjeu humain, médical et social**.

Cette augmentation de l'incidence des CCR dont toutes les causes sont encore mal élucidées est **essentiellement due au vieillissement de la population** (augmentation de seulement **16%** de l'incidence ajustée selon l'âge) [29]. En Loire-Atlantique, **70%** des CCR surviennent après 65 ans [27].

Cette incidence est **plus importante chez les hommes**, avec un sex ratio actuellement évalué à **1,59** (Incidence en France standardisée selon la population mondiale pour les hommes : **39,1/100 000** et pour les femmes **24,6/100 000**) [29]

Le cancer colo-rectal est une pathologie des pays développés. Il existe très peu de variation dans les données émanant des différents pays européens.

**L'alimentation** a certainement une responsabilité dans la survenue de cette pathologie sans que des nutriments précis aient pu être incriminés de façon définitive [29]. Les connaissances actuelles plaident pour le rôle protecteur des légumes verts et de l'aspirine, et l'intervention néfaste de l'excès pondéral, des graisses animales, des apports caloriques élevés, la sédentarité, ainsi que le tabac et l'alcool. Les preuves restent encore trop faibles pour entamer des actions d'information et de prévention agissant sur ces facteurs [30].

Des **facteurs génétiques** rentrent en jeu de façon certaine. Ils seront étudiés plus loin.

La **mortalité annuelle** de ces cancers est actuellement évaluée en France à **16 000 décès/an, soit 47,7% des patients entrant dans la maladie par année**. Ce chiffre inférieur aux données de 1980 s'explique par une efficacité accrue de la chirurgie, une proportion croissante de cas diagnostiqués à un stade précoce et à prise en charge plus efficace des stades III [29].

L'incidence des complications chirurgicales est évaluée classiquement à **10-15% des cas** [31, 32] pour l'occlusion et **1-8% pour les perforations** dans la plupart des séries chirurgicales [32]. Pour notre part, nous mesurons ces formes compliquées à **36 % des cancers coliques gauches** que nous opérons. (31% pour les occlusions et 4,6% pour les perforations). Cependant, ces chiffres

froid est compatible avec le délai de l'évolution tumorale silencieuse chez ces patients.

Le sex ratio de nos études est de **1,56** comparable aux données de la littérature et de **1,1** pour la série d'El Oufir. Comme lui, d'autres séries [31] rapportent ponctuellement une tendance à l'inversion du sex ratio pour les CCR compliquées à la défaveur des femmes, sans pour autant expliquer ce phénomène. Une explication possible reste cependant la plus longue espérance de vie des femmes par rapport aux hommes qui les exposent plus longtemps à ce risque, et qui équilibrerait la prédominance de survenue de ces cancers chez l'homme.

L'ampleur et la gravité des CCR appellent donc une mobilisation de tous les moyens pour améliorer survie et qualité de vie des patients.

Comme cela a été démontré pour d'autres cancers, dont celui du sein, le moyen le plus efficace de vaincre cette maladie est de la diagnostiquer à un stade précoce et donc curable. Le dépistage reste donc un élément fondamental de la prise en charge des CCR, chaque nouveau CCR compliqué étant en quelque sorte un constat d'échec de ce dépistage.

Le risque de développer un CCR chez les porteurs de ces mutations est nettement plus élevé que dans la population générale. Ce risque est près de **1% par an** et reste **constant tout au long de la vie**. Le risque cumulé à **80 ans** est de **80%**. Il est significativement **plus élevé chez les hommes**.

Cette affection prédispose également à la **survenue d'autres cancers**, en particulier du cancer de l'**endomètre** (incidence cumulée 0-75 ans : 40%).

En 1999, le consortium international d'étude du syndrome HNPCC a défini de façon un peu arbitraire, 3 critères permettant de retenir le diagnostic, et connus sous le nom de critères d'Amsterdam I. Ces critères ont plus récemment été élargis pour prendre en compte des cancers extra-colorectaux faisant partie du spectre de l'affection : cancer de l'endomètre, de l'intestin grêle, du rein et des voies excrétrices (critères d'Amsterdam II, cf Annexe 8).

Dans notre série, il apparaît, sur les données anamnésiques, que **20 patients (20%)** faisaient partie du groupe d'**individus à haut risque**. Le diagnostic de syndrome HNPCC n'était cependant retenu qu'**une seule fois**.

**Il n'existe actuellement aucune étude mettant en valeur une relation particulière entre ces formes familiales et la survenue de formes compliquées.**

Au terme de notre étude, nous nous pouvons conclure nous même à l'existence d'une telle relation.

**Quoiqu'il en soit, un âge jeune au diagnostic et/ou l'existence d'une aggrégation familiale de CCR doit faire systématiquement évoquer le diagnostic.**

peut réduire de façon statistiquement prévisible la mortalité, à l'instar du cancer du sein et dans une moindre mesure, du cancer du col de l'utérus.

Il s'agit d'une **pathologie fréquente, grave**, son histoire naturelle est connue, le diagnostic et le traitement sont réalisables, et les résultats seraient améliorés par **une prise en charge plus précoce**. La population cible est connue. Le test de dépistage, en l'occurrence : la **recherche de sang dans les selles** dont le seul validé est l'hémocult<sup>R</sup>, est simple, acceptable, sans danger et peu coûteux, avec toutefois une **petite manipulation initiale précise et répétée** (2 prélèvements de la taille d'une lentille à appliquer sur une bandelette de carton imprégnée de réactif, après 3 selles consécutives).

La lecture se fait au centre de lecture après application d'un révélateur ; il y a une part de **subjectivité** dans l'interprétation. Sa spécificité est de **98-99%** avec une valeur prédictive positive de **10%** pour le cancer. Sa positivité est de **2%** dans la population de **plus de 50 ans**. Sa positivité entraîne la réalisation d'une coloscopie totale du fait de la fréquence des lésions. L'ensemble du programme mené sur 2 ans a une sensibilité de **50 à 80%** pour le cancer. Le schéma serait **un test tous les 2 ans de 50 à 74 ans** chez des patients asymptomatiques sans les facteurs de risque sus-cités qui orientent toujours vers une coloscopie. Sont exclus les patients ayant subi une coloscopie depuis moins de 5 ans et chez les patients porteurs d'une pathologie grave extra-intestinale.

En fait, **les principales difficultés sont d'ordre logistique** pour une mise en place suffisamment **étendue** (pour une diminution de mortalité de 20 à 15%, il faudrait obtenir une participation de 50% de la population à risque.), **durable, efficace et efficiente**: formation et rémunération des médecins impliqués, centralisation de la lecture, mise en place des circuits de contrôle de l'efficacité et de la rentabilité du dépistage (programme d'assurance-qualité).

Au terme de cette analyse « épidémiologique », nous pouvons dégager quelques tendances :

**les CCR augmentent régulièrement** en partie du fait du vieillissement des populations. **Les complications chirurgicales devraient suivre cette progression**, même si nous n'avons pas observé nous-même cette augmentation entre 1982 et 2003. Des données épidémiologiques départementales seront prochainement disponibles sur ce sujet précis.

Toutefois, **la meilleure connaissance de l'histoire naturelle de cette pathologie**, permettant à la fois la mise en place d'un dépistage de masse et la prise en charge des sujets génétiquement prédisposés, conduira possiblement, à long terme, vers un **équilibre** voire une **régression** de ces formes compliquées.

Une **frange marginalisée** de la population bénéficiera néanmoins très difficilement de ces progrès et d'une prise en charge plus précoce et plus efficace.

**La nécessité de préciser la prise en charge de ces formes compliquées, notamment chez les sujets poly-pathologiques, reste donc d'actualité.**

sigmoïdienne, probable localisation secondaire d'une infiltration antrale suspecte. Dans les deux cas, l'évolution fut péjorative et rapide.

Enfin, un dernier patient présentait une **tumeur indifférenciée** de la paroi colique de l'angle gauche dans un contexte de néoplasie bronchique. Cette tumeur en cours de bilan au moment de l'occlusion a été étiquetée adénocarcinome bronchique peu différencié. La lecture puis la relecture des lames de la tumeur colique concluait à une tumeur indifférenciée sans pouvoir affirmer la réalité d'une métastase colique du primitif bronchique.

Pour les **adénocarcinomes**, ces complications occlusion ou perforation, ne semblent pas reliées à des caractéristiques de différenciation ou mucoïdes particulières [40].

Les **formes multiples** sont classiquement évaluées à près de 5% des cas pour les adénocarcinomes et à 50% des cas pour les adénomes. Nous retrouvons 8 adénocarcinomes multiples : 7 double et une triple. Il s'agissait de 4 formes macroscopiques motivant une colectomie totale et de 4 tumeurs localisées découverte fortuitement sur les pièces de 2 colectomies totales réalisées pour une autre indication, d'une hémicolectomie gauche. Ils s'agissaient de 8% des patients. Un seul d'entre eux avait un contexte familial. Leur moyenne d'âge était de 75,5 ans. Il est impossible de dire s'il s'agit en fait d'un essaimage intra-colique ou d'une réelle prédisposition, puisque la recherche des antécédants familiaux n'a été réalisée que pour 30% des patients. Néanmoins, ces découvertes fortuites sont survenues dans 8% des tumeurs compliquées mais toujours dans des situations d'occlusion (92% des tumeurs occluses dont la moitié découverte sur pièce). Nous n'avons observé aucune localisation colique métachrone en sachant que la survie limitée grève d'emblée les résultats de cette surveillance. Prudemment, nous pouvons souligner que, en ce qui concerne les

## Les perforations tumorales

Cette complication nettement moins fréquente que les occlusions n'est pas exceptionnelle survenant chez **1 à 8 % des cas** de CCR[32, 40]. Elles représentent dans notre série **13% des complications** des cancers coliques gauches, et **4,6% des cancers coliques gauches opérés** sur la même période.

On peut distinguer **deux types de perforations** :

les perforations tumorales ou in situ, et les perforations diastatiques.

Contrairement à certains auteurs, nous les avons distingué tant **leur physiopathologie** et **leurs conséquences** nous semblent différentes. Les perforations diastatiques présentent en effet une **particulière gravité**. En effet, la distance entre tumeur et perforation impose une colectomie importante voire totale ; la péritonite est bien plus fréquemment stercorale et diffuse que pour les perforations in-situ ; enfin, le malade cumule les conséquences systémiques d'une conjonction morbide du cancer, de l'occlusion et de la péritonite. Ces perforations seront évoquées avec les tumeurs occluses.

Les perforations in situ sont **moins fréquentes que les perforations diverticulaires** dont elles constituent le principal diagnostic différentiel, mais elles sont plus graves avec une mortalité significativement plus élevée à stade de péritonite égale ( $p > 0,001$ )[7]. Ce fait serait expliqué par une **altération sous-jacente des capacités immunitaires** de ces patients et par l'importance du **geste de résection** imposé par l'extension tumorale.

Par ailleurs, l'équipe allemande de Runkel[31] compare 2 populations (statistiquement comparables) de malades successifs opérés en urgence (<24<sup>e</sup> heures) d'un cancer colique compliqué, entre 1982-87 et 1988-93, et rapporte une amélioration significative de la mortalité de 30% à 5 %. Si l'incidence des complications septiques post-opératoires ne variait pas sur les 2 périodes (+/- 20%), le nombre de décès dans ces cas est passé de 100% à 20%. Cette comparaison unique dans la littérature souligne un **point fondamental** c'est-à-dire **l'efficacité croissante de la prise en charge médicale péri-opératoire** essentielle dans ces conditions. L'évolution plus agressive de nos attitudes chirurgicales trouve ici son point d'appui.

**Au niveau pronostique**, Kriwaneck en 1996[7] au terme d'une étude rétro puis prospective, met en lumière de façon très précise **les facteurs pronostiques à court et à long terme de ces patients**. Il compare trois populations de patients : 35 CCR perforés, 868 CCR non compliqués et 130 perforations coliques bénignes opérés sur la même période. Le suivi des patients dépasse 5 ans sans perdus de vue pour les CCR perforés et très peu dans les autres groupes (<5%).

Il retrouve de façon statistiquement significative

**3 facteurs pronostiques de gravité immédiate :**

le stade avancé du cancer ( Stades TNM III et IV) (p=0,017),

la présence d'insuffisance(s) d'organe (P=0,001)

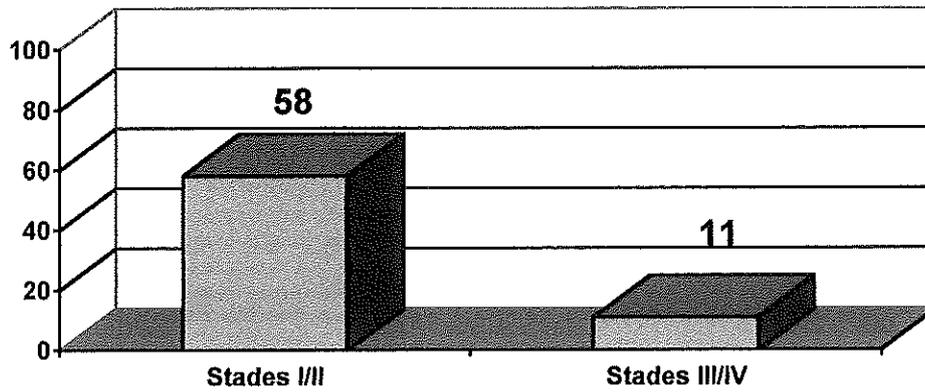
l'extension de la péritonite (p=0,002).

**2 facteurs pronostiques de gravité à long terme :**

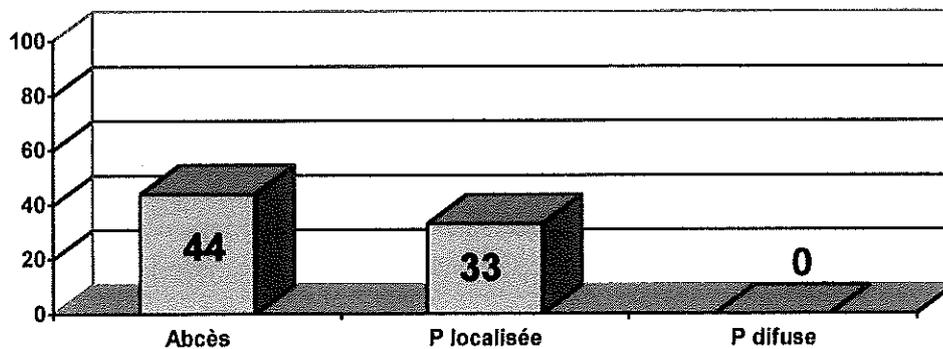
le stade tumoral ( Stades TNM III et IV),

le degré d'extension de la péritonite ( locale, loco-régionale, diffuse).

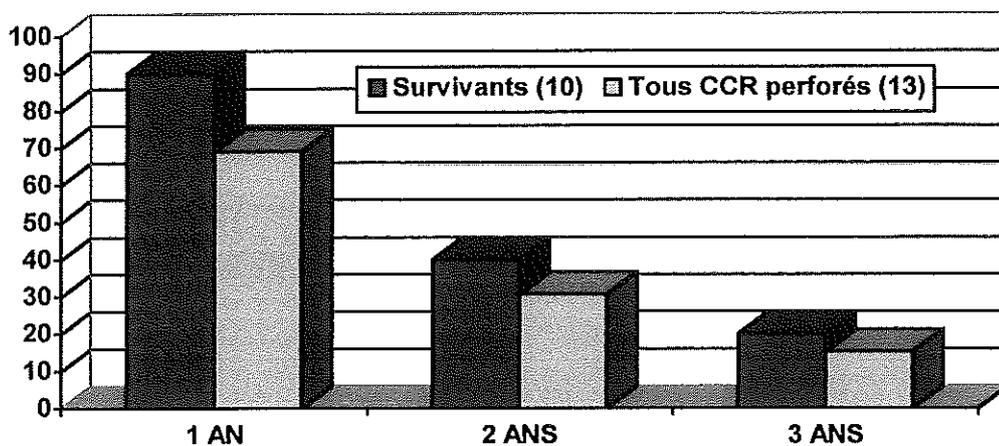
### Les cancers coliques gauches compliqués



**Figure 24** Survie à 5 ans des CCR selon stade TNM (%) [7]



**Figure 25** Survie à 5 ans selon le stade de péritonite (%) [7]



**Figure 26** Survie des CCR perforés (%) (notre série)

## Les occlusions tumorales

### 1. Le traitement en trois temps

---

Le principe de ce traitement est la **prise en charge première de l'occlusion**, par une **colostomie latérale transverse droite** (abordée localement) pour obtenir une préparation colique et générale satisfaisantes et pouvoir entreprendre dans un second temps une résection avec anastomose. Cette dernière est alors **sécurisée par cette stomie** qui est remise en continuité dans un troisième temps. C'est un **traitement très cartésien** affrontant **successivement** les problèmes de l'occlusion, puis de la tumeur et enfin de la protection anastomotique.

Recommandée il y a encore quelques années [32] et mentionnée en préambule de la plupart des études, cette stratégie, a un intérêt premièrement par la **bénignité du premier geste de dérivation** (réalisable par un chirurgien non spécialiste, éventuellement sous anesthésie locale) et secondairement par la préparation à la fois colique mais aussi générale que reçoit le patient.

Cependant, les arguments défavorables sont nombreux.

Tout d'abord, **l'efficacité de la dérivation** par colostomie peut être remise en doute. Bien que des études radiologiques aient plaidés pour leur efficacité

Enfin, ces **procédures successives cumulent morbidité, mortalité** ( 9 [51]-39% [32, 53, 54]) et durée d'hospitalisation (DMS 21 à 43 jours [52]) sans accroître la survie [53, 55].

Lorsque les patients ont bénéficié du premier temps, la mortalité cumulée des deux autres temps est mesurée de 2,7 à 10% [32].

Cependant, les chiffres de mortalité supérieurs à 30% dans cette chirurgie simple et peu traumatisante sont, en partie, le reflet de cette **proportion de malades extrêmement faibles** qui parviennent trop tard ou à un stade trop avancé entre les mains de chirurgiens.

Comme l'exprimait déjà Deans, en 1994, dans sa revue de la littérature [52], *« lorsque la morbidité et la mortalité cumulées sont prises en compte, la colostomie latérale initiale ne présente aucun avantage de survie et expose le patient à des séjours hospitaliers prolongés et à des interventions itératives. »*

Pour notre part, ces colostomies premières retenues pour 22 patients (27,5% des cas) lors d'une précédente étude de 80 patients [2], ont conduit à un traitement en deux temps 7 fois (9%), et en trois temps 3 fois (4%), 12 patients étaient dérivés de façon palliative (15%). La mortalité du premier geste était de 27,3%, la mortalité cumulée était de 31,8%, bien plus élevé que la mortalité globale actuelle ; 16,6% pour les tumeurs occluses sans perforation diastatique (13 patients/78) (Tableau 39 Résultats principaux selon la forme initiale). La morbidité globale du premier geste était de 31,8%.

**Cette option n'a pas été retenue lors de la dernière décennie** ; lorsque la résection n'était pas possible, une **colostomie de proche amont** est réalisée dans l'espoir qu'une réévaluation ultérieure autorise ce geste avec alors, un traitement en 2 temps seulement. Dans les faits, cette résection ultérieure n'a jamais été

## **2. Le traitement en 2 temps**

---

Il est actuellement **dominé par l'intervention de Hartmann**, cependant , ce groupe comprend également les colostomies de proche-amont avec résection-anastomose secondaire. Les traitements dits en un temps qui ont finalement abouti à la confection d'une stomie d'amont, rentrent bien sûr dans cette catégorie[56] mais seront évoqués plus loin.

### **1. L'intervention de Hartmann**

---

Cette intervention décrite en **1921** par **Henri Hartmann** était initialement proposée pour les tumeurs recto-sigmoïdiennes sans remise en continuité ultérieure. Ce second temps est maintenant logiquement admis et reste sans doute la pierre d'achoppement de cette technique. Elle a néanmoins connu un développement important dans cette indication lors des années soixante-dix et quatre-vingt.

Elle repose en effet sur la résection tumorale, mettant le patient à l'abri d'une évolution tumorale locale compliquée sans faire courir le risque d'une anastomose. Nous réservons cette opération aux **sujets les plus faibles** chez qui une résection peut être réalisée ou lorsque la survenue d'une perforation diastatique proche de la tumeur autorise une résection limitée, sans possibilité d'anastomose fiable (1 patient). Ceci explique que ces patients présentent dans notre série la **moyenne d'âge la plus élevée (77,3 ans)**, la **proportion la plus**

	<b>Année</b>	<b>Nombre</b>	<b>Mortalité</b>	<b>Morbidité</b>	<b>DMS</b>
<b>Reemst [39]</b>	1998	13	15%	62%	NP
<b>Khosra- viani K [41]</b>	2000	12	17%	NP	NP
<b>Notre série</b>	2003	8	12,5%	75%	19 J

**Tableau 42 Comparaison des séries d'intervention de Hartmann**

Ce traitement par intervention de Hartmann est pour nous une **solution simple et efficace** adaptée au mauvais état général et/ou aux tumeurs localement évoluées de certains patients.

Comme nous l'avons vu, les **résultats des remises en continuité n'en font plus une intervention à risque**. Cependant, compte tenu de la sélection initiale, beaucoup de ces patients poly-pathologiques n'y arrivent pas du fait d'une reprise évolutive et/ou de l'évolution de pathologies intercurrentes.

Le rétablissement de continuité coelioscopique est une possibilité.

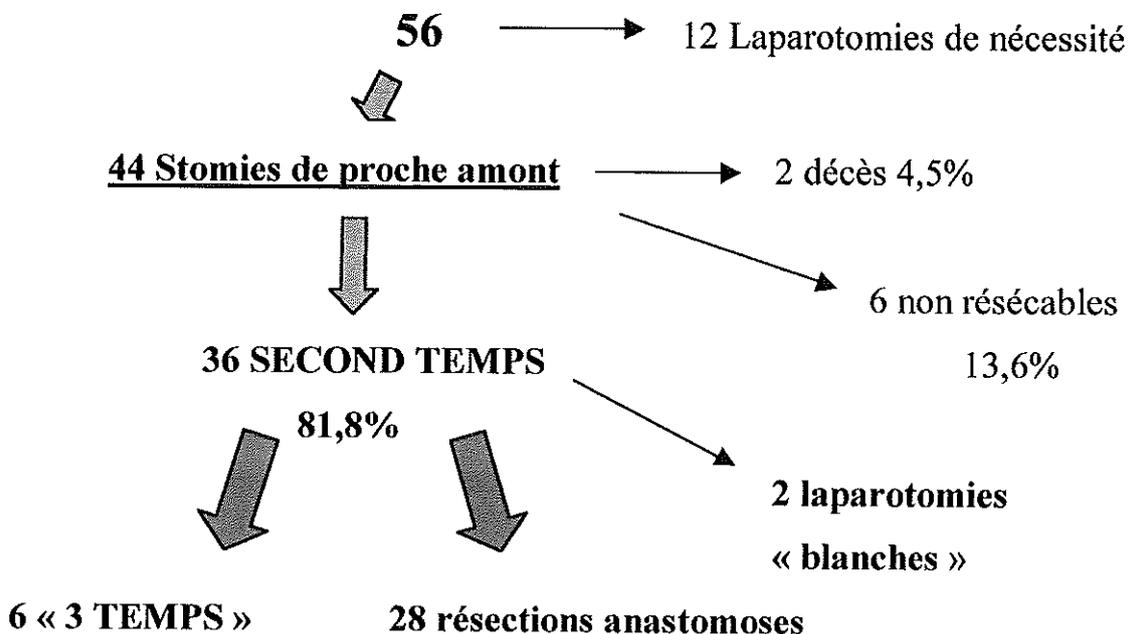
Une étude française [57] rapporte l'expérience rétrospective de 56 patients opérés en urgence pour cancer colique gauche compliqués traités de principe par une colostomie de proche amont. 12 patients ont été exclus d'emblée pour une défense imposant une laparotomie.

44 patients soit **78,5%** (age moyen : 76 ans ; ASA moyen 2,5) ont été dérivés par colostomie latérale menée par voie élective. 2 sont décédés en post-opératoire (**4,5%**) de causes médicales. La morbidité était de **13,6%**.

Parmi les 42 autres patients, 6 ont été récusés du fait de leur état général ou du stade évolutif du cancer et **36 ont été ré-opérés** soit 81,8% des 44 colostomisés.

Pour les 32 patients (88% des patients ré-opérés) opérés sur la même hospitalisation, le délai moyen de ré-interventions était de 11,5 jours.

Ce 2<sup>e</sup> temps était une **résection anastomose 28 fois**,  
**une résection stomie 6 fois** toujours remise en continuité à distance,  
 et **2 laparotomies « blanches »** du fait de l'inextirpabilité tumorale.



**Figure 27 Résultats de l'étude de Cugnenc[57]**

Cette étude isolée actuellement dans la littérature de ces 5 dernières années précise (partiellement) la **sécurité de cette méthode** et ses revers : stomies définitives, traitement en 3 temps.

Elle a le mérite de poser une question centrale dans cette discussion :

**l'engouement pour les traitements en un temps n'est-il pas à reconsidérer au vu de leur mortalité par fistule anastomotique ?**

La réalisation de cette stomie n'est pas exempt de morbidité. La prise en charge infirmière de la préparation colique et la nécessité d'une fermeture chirurgicale ultérieure en sont les principales limites. **Nous n'avons pas d'indications de caecostomie dans le cadre des occlusions néoplasiques.** Une indication intéressante pourrait être la protection anastomotique +/- contrôle radiologique par cette caecostomie réalisée à l'occasion du LCP mené par « voie caecale ».

**déterminant et limitant** même si sa responsabilité n'a pas été démontrée de façon statistique.. En effet, nous savons actuellement qu'une laparotomie prolongée conduit progressivement à un **hypothermie** ; cette dernière entraînant ou aggravant une **acidose** et/ou des **troubles de la coagulation**. Ce phénomène prend une gravité particulière quand une transfusion importante est nécessaire[56, 60].

Ainsi, la **difficulté de la résection**, la nécessité de **gestes associés** et la **tolérance anesthésique** sont des éléments déterminants difficile à objectiver en pré-opératoire, **pouvant faire changer d'attitude** en cours de chirurgie et réaliser finalement une **stomie de protection**.

Enfin, si les techniques d' **anastomose manuelles et mécaniques** sont d'une égale efficacité en chirurgie réglée [61], leur sécurité respective en situation d'urgence probablement comparable n'a cependant pas été comparée de façon précise.

Nous allons discuter successivement les résultats de chacun de ces trois traitements pour envisager finalement leur comparaison.

	Année	Nombre	Age moyen	Mortalité	Morbidité	Fistule	DMS
Tzu-Chi Hsu [63]	1998	85	59,3	2 (2,2%)	NP	2 (2,2%)	NP
Ambrosetti [62]	1999	30	70	7%	37%	0%	26 J
Naraynsingh [64]	1999	58	NP	1 (1,7%)	13,8%	1 (1,7%)	9,8 J
Notre série	2003	22	69,5	3 (13,6%)	14 (63,6%)	3 (13,6%)	15,1 J

**Tableau 44** Comparaison des séries de résections anastomoses directes

## 2. Le lavage colique per-opératoire

---

Cette technique judicieuse décrite initialement par Muir en 1968 mais plus largement divulguée par Dudley à partir de 1980, a connu un intérêt croissant d'abord dans les pays anglo-saxons puis plus tardivement en France. De nombreux chirurgiens ont apportés depuis des modifications de tous ordres sans pour autant changer le but initial : préparer un colon occlus pour le rendre vide, propre, et plat. Cette technique a été adoptée d'autant plus rapidement que les alternatives dans l'objectif d'un traitement en un temps étaient critiquées sous plusieurs aspects :

La colectomie totale ou sub-totale représente un geste difficile et long qui malgré des indications formelles n'est pas systématiquement nécessaire, et qui peut être responsable de troubles du transit parfois invalidants,

La colectomie idéale depuis les premières indications du début du 20<sup>e</sup> siècle et la survenue de fistules anastomotique souvent mortelles est restée suspecte pour de nombreuses autres équipes.

Par ailleurs, bien qu'aucune étude ne compare les traitements en un seul temps aux traitements en plusieurs temps, ces derniers restent responsables d'une morbi-mortalité cumulée importante détaillée plus haut.

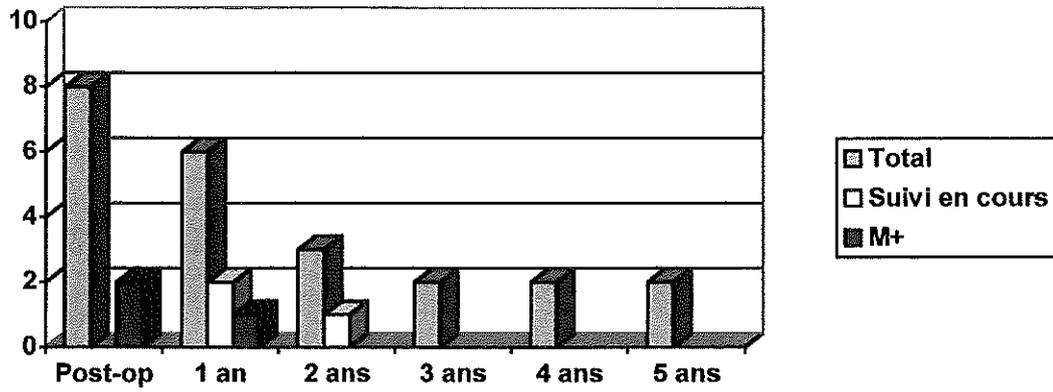
Cette comparaison est d'autant plus difficile que le LCP est systématiquement proposé aux sujets dont **l'état général est conservé**. Même si la plupart des études ne détaillent pas l'état « médical » des sujets, l'âge moyen de ces patients oscillant entre 65 et 70 voire 60-65 ans , contrastant avec l'âge

Les cancers coliques gauches compliqués

Année	Nombre patients	Age moyen	CCR traité LOP	Mortalité	Fistules anastomotiques	Morbidité	DMS	
Stewart [25]	1993	73	68	53	7%	7% 0 DC	7%	15 J
Torralba [68]	1994	95	62	31	3,2%	16,1%	41,9%	16,2 J
SSC [66]	1995	91	67	44	11,3%	5% 2DC/2	Paroi 7% Abdo 5%	11 J
Rohr [65]	1996	24	70	24	8,3%	4,2% 1 DC/1	13%, Hypothermie 24%	19,6 J
Meyer [67]	1997	54	69,9	36	3,7%	2,7% 1 DC/1	25%, Hypothermie 13%	16,5 J
Gramegna [24]	1997	95	71	81	4,2%	3,1% 0 DC	Paroi 7,3% Abdo 1%	23 J
Forloni [69]	1998	61	66	61	2%	0%	Paroi 5%	11 J
Notre série	2003	87	62,9	10	10%	0%	50%	15,5 J

Tableau 45 Comparaison des différentes séries de LCP.

## Les cancers coliques gauches compliqués

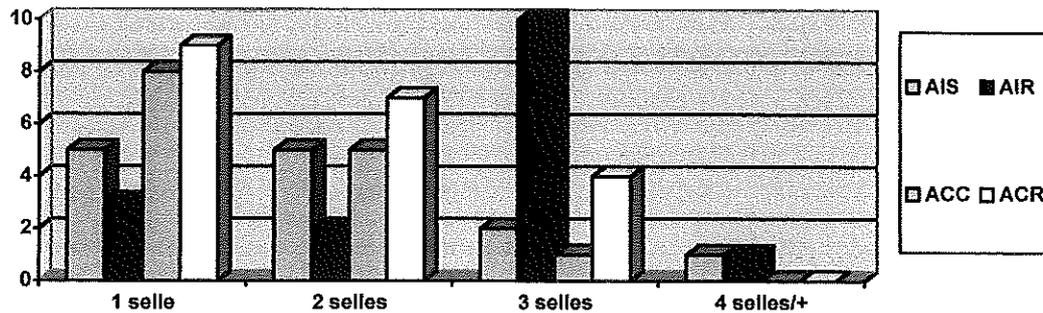


**Figure 28** Courbe de survie des LCP (notre série)

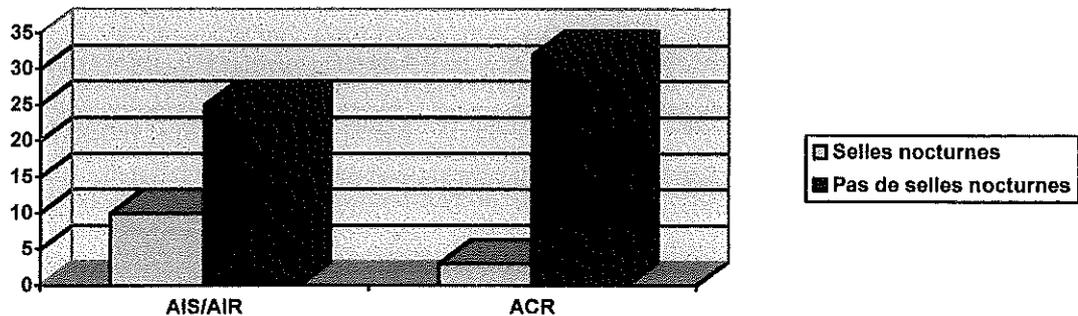
Année	Nombre	Age moyen	Mortalité (%)	Fistules	Mortalité par fistule (%)	DMS
SSG [66]	47	73	13	4 (9%)	6,3%	12J
Arnaud [74]	48	72	6,2	1 (2%)	2%	16J
Torralba [75]	35	70	8,5	0	0	15,9J
Reemst [39]	20	60	0	1 (5%)	0	15J
Arnaud [76]	60	72,3	6,6	2 (3,3%)	1,7%	16J
Notre série	31	73,9	22,5	4 (13%)	6,4%%	18,6J

Tableau 46 Comparaison des séries récentes de colectomies totales

## Les cancers coliques gauches compliqués



**Figure 29 Transit selon le type d'anastomose [66]**



**Figure 30 Transit nocturne selon le type d'anastomose [66]**

De plus, certains auteurs ont observée la **survenue d'incontinence anale** pour plus de 5% de leurs patients [39, 75], malgré une sélection attentive des patients [39]. Ponctuellement, ces diarrhées peuvent indiquer la réalisation secondaire d'une stomie, notamment chez les patients grabataires et/ou dépendants [66]. Nous n'avons rencontré aucune de ces situations.

**Dans les indications de nécessité, la grande fréquence (un tiers) et la gravité (50% de mortalité) des fistules anastomotiques nous font recommander une stomie de dérivation ou une protection iléale en cas d'anastomose.**

**En l'absence de lésions du colon droit, les colectomies totales et sub-totales restent une alternative intéressante aux colectomies gauches ou segmentaires, notamment en situation palliative. Elles exposent à des troubles du transit parfois prolongés. Des facteurs de risque ont été décrits. La persistance de ces troubles et la diminution de la qualité de vie qui en découlent, doivent les faire prendre en compte dans la décision thérapeutique.**

Dans notre série, **nous évitions autant que possible ces gestes à minima** : 2 tumeurs non résécables ont été dérivées (une colostomie latérale sur une perforation sigmoïdienne sus-tumorale et une hémicolectomie droite avec double stomie) et toutes les autres ont bénéficiées d'une résection en intention de traiter (6 colectomies totales et un montage de Hartmann pour le 2<sup>nd</sup> cas de perforation sigmoïdienne). Ce choix est sans doute la première raison de ces différences de résultats.

Lorsqu'une anastomose est décidée, elle expose selon ces 2 études en concordance avec nos résultats, à la survenue d' **une fistule dans près d'un tiers des cas**. Lorsqu'elle survenait, elle conduisait au décès pour le patient de Renoux et pour 3 des 4 patients de Carraro (Tableau 47 Comparaison des différentes séries de perforations diastatiques). La seule fistule que nous avons observée reprise à J9 a évolué ensuite favorablement. La gravité des fistules rapportées dans ces 2 études est sûrement la seconde cause de cette différence de mortalité.

Avec de tels chiffres et une comparaison de 2 groupes : perforations diastatiques (29 patients) versus perforations tumorales (35 patients), Carraro conclue à une **différence très significative de l'évolution opératoire des deux groupes**, et à la **sécurité des traitements par résection sans anastomose** pour les perforations diastatiques.

Pour lui, **la survie à 5 ans**, abstraction faite de la mortalité opératoire, **était plus importante pour les perforations diastatiques (50,8%)** que pour les perforations tumorales (40,4%). La probabilité cumulée de survie à 5 ans était significativement en faveur des perforations diastatiques..

**Les perforations diastatiques sont une complication grave d'évolution opératoire sévère, mais nécessitant toujours la résection de la zone perforée.**

Notre **attitude agressive** permet ainsi d'éviter la surmorbidity due à l'évolution défavorable du traitement à minima de ces lésions.

La remise en continuité expose à un risque important de fistule, complication grave souvent mortelle dans les séries étudiées. **Dans les indications de nécessité, nous recommandons la réalisation d'une iléostomie terminale, ou de protection après anastomose.**

L'évolution de ces formes est donc marquée par un plus grand nombre de complications immédiates mais pour les survivants, **la survie à long terme et la survie sans récurrence sont prolongées par rapport aux perforations tumorales.**

## 4. Les endo-prothèses colo-rectales

---

Le traitement par stent est **la plus récente des propositions** de traitement des CCR occlus. Elle découle naturellement des techniques de **traitements endo-luminaux** des sténoses biliaires ou oesophagiennes. Les premières prothèses au début des années 90 étaient d'ailleurs des prothèses oesophagiennes. Les premiers résultats et le concept lui-même ont entraîné le développement de cette technique devant les autres traitements endoscopiques (laser notamment). Les particularités coliques : diamètre large, haustrations, flux fécal dense, angulations ont entraîné le développement de matériels spécifiques actuellement métalliques.

Les techniques de pose, initialement diverses, bénéficient depuis quelques années **de travaux de synthèse et de recommandations** [78, 79]. Sur ce sujet, nous préciserons seulement que ces prothèses peuvent être posées sous fluoroscopie seule (radiologie interventionnelle) ou par double contrôle endoscopique et scopique ; chaque technique regroupant approximativement la moitié des cas publiés. Il n'existe actuellement aucun argument démontrant la supériorité d'une technique par rapport à l'autre.

Cette technique concerne les formes aïgues et chroniques des sténoses colo-rectales, chacune ayant des incidences notables sur le traitement par stent. Nous ne nous intéresserons, de fait, qu'aux obstructions néoplasiques aïgues. Pour ces dernières, les stents peuvent intervenir à 2 niveaux:

**comme palliation** évitant les désagréments et les complications des colostomies de dérivation et permettant une qualité de vie optimale,

Les raisons de ces échecs sont multiples, d'abord **précoces**:

obstruction par des selles, obstruction par des haustrations coliques, migration précoce, déploiement insuffisant, lésions sténotiques sus-jacentes ( nous rappelons ici qu'il n'existe aucune étude évaluant la sensibilité, sans doute modérée, du scanner pour le dépistage des localisations synchrones),

mais aussi **tardives** :

migration, envahissement tumoral de la prothèse.

Les complications sont dominées par le **risque de perforation** (0-10%, ponctuellement d'avantage) [78-80] d'abord précoce (3 premiers jours), **majoré en cas de dilatation**, mais également secondaire, **au delà du 3<sup>e</sup> mois** par évolution tumorale ou par érosion colique sur la prothèse, notamment dans les angles.

La perforation est bien sur la principale cause de mortalité de cette technique (évaluée à 3-5%[78, 79] pour cette complication).

La **migration de prothèse** est une complication moins grave mais plus fréquente (11-17% des cas[79]). Bien que l'extraction prothétique soit aisée et que la prothèse ait pu remplir, avant de migrer, une partie de sa fonction de préparation, son efficacité à moyen terme selon Ben Soussan[78], tombe à 53%.

Les autres complications sont les **hémorragies**, non exceptionnelles, généralement bénignes et de régression spontanée, mais pouvant ponctuellement conduire au décès et les **douleurs abdominales** d'interprétation fluctuante ...

Le **coût de ce matériel** est indubitablement une limite, qui ne pourra être franchie que par une amélioration des résultats (morbidity, durée d'hospitalisation) sur des études importantes. L'indication des stents dans l'optique d'une préparation colique reste séduisante puisque la morbidity à distance est, de fait, supprimée, avec des résultats chirurgicaux récents

notamment au plan financier avec les endo-prothèses dans leur indication curative.

**Le traitement endoscopique des tumeurs colo-rectales occluses est donc en développement.**

L'état actuel des connaissances portant sur les stents orienterait vers des travaux prospectifs dans 2 axes différents :

**Préciser les indications de patients « palliatifs »** pouvant en bénéficier ;  
une survie prolongée exposant au risque de complications, et donc, de chirurgie,

**Démontrer son intérêt en tant que préparation colique pré-opératoire**  
avec une comparaison coût/bénéfice stents versus chirurgie en un temps

De nouveaux types de sondes colo-rectales pourraient être développées  
parralèlement.

stomie définitive pour fistule ou mauvaise tolérance des troubles du transit contre seulement 2% dans le groupe LCP. Enfin, les malades ont consulté leur médecin traitant pour des troubles du transit plus fréquemment en cas de colectomie totale qu'après LCP (15/37 vs 5/35).

**Une 2<sup>e</sup> étude espagnole [68]** compare de façon prospective non randomisée le LCP aux colectomies totales et sub-totales. 2 groupes de patients ont été opérés 35 par colectomies totales et 31 avec LCP selon le chirurgien. Pour 3 patients, le LCP n'a pu être réalisé du fait d'une lésion droite (2 ischémies caecales et 1 tumeur synchrone).

Les différences observées portaient sur la morbidité (41% pour les LCP vs 14% pour les CT ;  $p < 0,05$ ), et sur le transit à moyen terme (6,2% des CT présentaient une diarrhée invalidante à 1 mois). La mortalité n'était pas significativement différente bien qu'en faveur du LCP (8,5% vs 3,2%). La durée d'hospitalisation était la même proche de 16 jours. Les auteurs recommandaient la colectomie totale comme traitement en un temps de référence, réservant les LCP aux tumeurs recto-sigmoïdiennes entraînant des anastomoses rectales basses et aux patients incontinents. Néanmoins, le schéma de l'étude confère moins de puissance à ces arguments.

**La 3<sup>e</sup> étude, danoise [82], compare 58 patients opérés en trois temps à 56 patients opérés en deux temps avec résection stomie première.**

La randomisation se faisait à ventre ouvert lorsque la possibilité de réaliser les 2 interventions était confirmée en excluant les patients porteurs d'une extension à distance.

Malgré une différence de quantité sanguine transfusée, de durée opératoire et de sepsis de paroi en faveur des colostomies premières, il n'était pas retrouvé de différence significative de mortalité (8 décès dans chaque groupe). La durée moyenne de séjour était plus courte pour le groupe traité par résection première.

## Comparaison historique

Nous pouvons comparer notre série actuelle à celle précédemment réalisée dans la même unité au cours de la **décennie précédente (1982-91)** [2] portant sur **80 malades consécutifs** opérés d'une tumeur colique gauche en occlusion, en excluant volontairement les perforations diastatiques. Les résultats de cette étude sont tous rapportés au niveau de **l'annexe 5**.

La méthodologie était la même autorisant cette comparaison, à l'exception de quelques réserves sur le relevé des complications.

**Au niveau épidémiologique**, nous avons traité **9%** des patients en plus sur la seconde période( 87 patients contre 80 ). Cette augmentation est simplement le fait de l'exclusion des formes perforées de la première série, que nous avons gardé (9 patients, 10% des occlusions). **Le nombre de patients admis pour cette indication est resté sensiblement le même**. Cependant, sur la période étudiée, la proportion de CCR compliqués est passée de 24,5% pour El Oufir à 36% dans notre série.

**L'âge moyen des patients a baissé de façon non significative passant de 73,45 ans (32-97ans) à 72,2 ans (32-94ans)**. La survenue des CCR occlus chez les sujets jeunes ou à risque néoplasique n'a pas été enregistrée dans cette précédente étude ne permettant pas de conclure sur une éventuelle modification dans cette tranche de la population.

**Le sex ratio s'est déplacé de 1,1 à 1,26 en défaveur des hommes** en se rapprochant ainsi de la valeur du sex ratio des CCR en général en France (1,56).

Au niveau anatomopathologique, nous retrouvons la très nette prédominance des formes recto-sigmoïdiennes, même si les formes angulaires gauches sont plus présentes dans la première étude.

	<b>82-91</b>	<b>92-02</b>
<b>Angle gauche</b>	<b>26,2%</b>	<b>9%</b>
<b>Colon gauche</b>	<b>12,5%</b>	<b>13%</b>
<b>Sigmoïde</b>	<b>36,25%</b>	<b>47%</b>
<b>CRS</b>	<b>25%</b>	<b>26%</b>

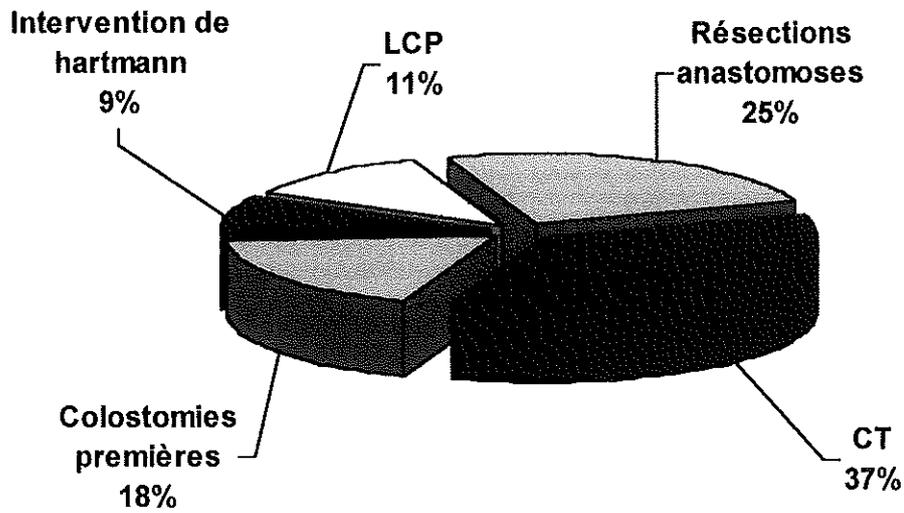
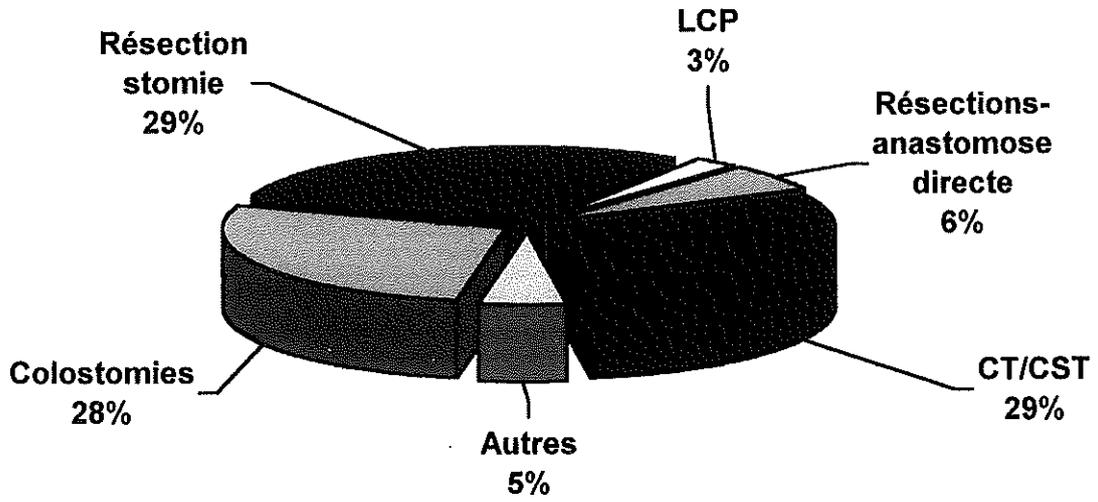
**Tableau 48 Comparaison de la localisation tumorale**

	<b>82-91</b>	<b>92-02</b>
<b>Non précisé</b>	<b>6,25%</b>	<b>11,5%</b>
<b>DHG</b>	<b>0%</b>	<b>1,2%</b>
<b>Stade I</b>	<b>6,25%</b>	<b>2,3%</b>
<b>Stade II</b>	<b>27,5%</b>	<b>29%</b>
<b>Stade III</b>	<b>22,5%</b>	<b>29%</b>
<b>Stade IV</b>	<b>37,5%</b>	<b>24%</b>

**Tableau 49 Comparaison des stades TNM**

De 1982 à 91, le bilan morphologique complémentaire comprenait systématiquement un ASP et un lavement opaque. Une échographie a été réalisée chez 10 patients (12,5%) et une recto-sigmoïdoscopie chez 12 patients (15%) ; 2 tentatives de préparation colique par tube de faucher ont été tentée, non concluante à chaque fois.

**Les cancers coliques gauches compliqués**



**Figure 33 Comparaison des indications opératoires entre 82-91 et 92-03**

<b>Résection-stomie</b>	<b>Mortalité</b>	<b>Morbidité</b>	<b>DMS</b>
<b>82-91</b>	22%	33,3%	25 J
<b>92-02</b>	12,5%	75%	19 J

**Tableau 52 Comparaison des résultats des résections-stomies**

Un quart seulement des malades ont bénéficié d'un rétablissement avant 92 et 62% après.

Pour les colectomies totales, nous observons une augmentation conjointe de la mortalité, de la morbidité et de la durée d'hospitalisation.

<b>CST/CT</b>	<b>Mortalité</b>	<b>Morbidité</b>	<b>DMS</b>
<b>82-91</b>	16,6%	20,8%	15,1J
<b>92-02</b>	22,5%	67,7%	18,6J

**Tableau 53 Comparaison des résultats des CT et CST.**

Aucune fistule n'est rapportée dans la première série alors que nous en avons observée 4 (13%) dans notre série avec 3 décès. Le score ASA moyen plus élevé reflétant des conditions générales moins favorables des patients qui nous sont confiés et l'élargissement de l'indication des colectomies totales (29 contre 37%) peuvent être des explications de la survenue de cette complication.

Nous pouvons noter que ces colectomies ont été réalisés pour des lésions objectives du colon droit dans 54% des cas pour la première période (lésions

**En conclusion**, plusieurs points précis ressortent de cette comparaison.

**Les patients adressés pour CCR compliqués le sont au même rythme** que précédemment, mais ils sont de façon marquante en **plus mauvais état général, malgré un âge moyen sensiblement identique.**

Le bilan morphologique tend à se tourner progressivement vers la **tomodensitométrie** au détriment de l'association lavement opaque et échographie.

Au plan thérapeutique, ces patients sont initialement orientés de façon plus fréquente vers une hospitalisation plutôt que vers la chirurgie en urgence, permettant une réanimation pré-opératoire.

**Ces 20 dernières années ont vu une rationalisation des indications chirurgicales** reposant d'une part, sur une orientation des patients les plus fragiles vers des **interventions simples** : intervention de Hartmann si elle possible, colostomie de décharge dans la négative, et d'autre part, sur une **attitude plus agressive favorisant les traitements en un temps dans les situations curatives, mais également métastatiques.**

**En effet, si la proportion de tumeurs non réséquées est restée la même, le traitement en un temps s'est actuellement imposé dans près de ¾ des cas.**

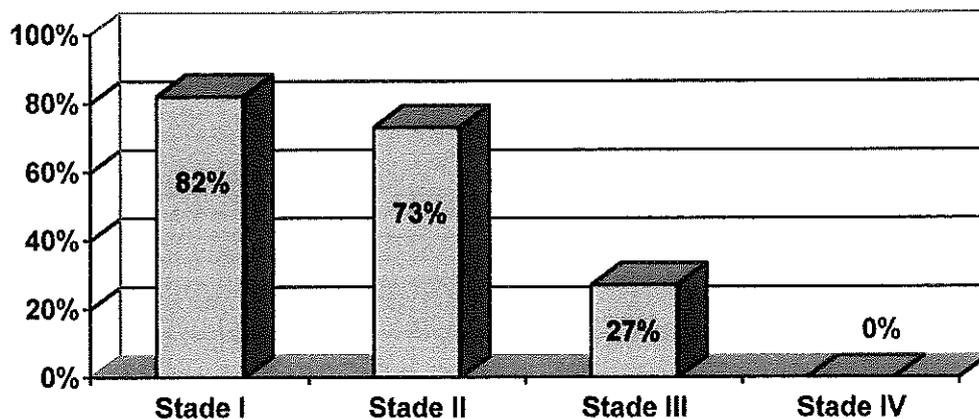
**Malgré cette attitude interventionniste chez des malades en moyenne plus faible, le taux de mortalité est sensiblement plus bas mais au prix d'une morbidité plus élevée et d'hospitalisations parfois plus longues.**

Cette efficacité résulte en partie, d'une réanimation pré-opératoire plus fréquente, réduisant d'autant le taux de chirurgie en situation d'urgence.

## Pronostic

Les survies à 5 ans publiées lors des années 70 et 80 pour les tumeurs occluses s'élevaient à 12-31% et jusqu'à 23-40% pour les réséctions à visée curative [83]. Même dans ce dernier cas, elle était toujours inférieure aux valeurs de la chirurgie réglée estimée sur les mêmes périodes à 60% lors des réséctions curatives.

A titre indicatif, nous rappelons les taux de survie à 5 ans par stade TNM des CCR opérés en chirurgie réglée.



**Figure 33** Survie à 5 ans des CCR en général[44]

L'étude récente la plus fiable pour estimer cette survie et qui dégage des facteurs pronostiques est sans doute l'étude Milanaise de Carraro[83]. Cette étude rétrospective portant sur 528 patients consécutifs opérés sur 10 ans (1980-

fait d'une **co-morbidité** qui n'a pas été analysée ici et, de plus, les auteurs n'ont pas tenu compte des décès indépendants de la maladie tumorale. Le statut N+ était également réparti dans les 2 groupes et n'interviendrait pas particulièrement dans l'altération de la survie du groupe occlus.

Seule, **la localisation angulaire gauche était un facteur prédictif de récidives loco-régionales**, fait expliqué par la difficulté technique de l'excérèse de ces tumeurs.

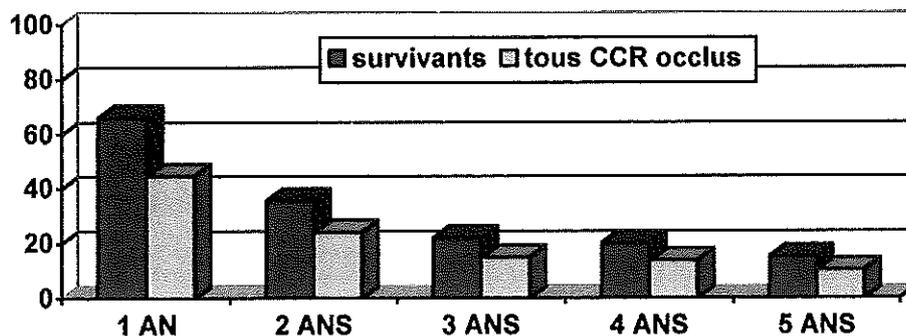
Par contre, **l'occlusion avec les stades C et D de Dukes étaient des facteurs prédictifs de récidives métastatiques** et notamment pour les 3 premières années et pour les localisations hépatiques, sans modifications du délai par rapport au groupe chirurgie réglée.

En conclusion, de cette étude, nous pouvons dire que, dans la population des patients suivis, **la complication occlusive est vraisemblablement un facteur de mauvais pronostic** même si la puissance de cette étude retrospective n'était pas suffisante pour le conclure. Par ailleurs, **l'occlusion semble corrélée à une survenue ultérieure plus fréquente de métastases avec une plus grande proportion de métastases occultes, plaidant pour un traitement adjuvant ultérieur.**

Pour les sujets âgés (50% de la population globale de notre étude), une étude très récente de notre service[3], comme d'autres avant elle, a très bien démontré, en analysant les répercussions de tous les types de chirurgie dans ce groupe des plus de 75 ans, que **l'âge n'est pas en soit un facteur de mauvais pronostic**. Dans le cadre de la pathologie néoplasique colo-rectale en général, en prenant en compte la mortalité opératoire et ultérieure, la comorbidité (notamment cardiaque et pulmonaire), surtout si elle n'est pas contrôlée et suivie, le contexte d'urgence et les caractéristiques tumorales en sont en fait les principaux facteurs pronostiques.

Cette attitude récente repose sur de courtes études souvent rétrospectives qui demandent une confirmation par des études comparatives de plus d'ampleur. Elle nécessitera toujours une **sélection très attentive des patients** pour ne pas condamner certains d'entre eux à une palliation, qui pourrait s'avérer efficace sur les métastases, et faire reconsidérer un traitement curateur. Il y aurait là une perte de chance si la tumeur poursuit son évolution locale sous chimiothérapie.

Comme le rappelle Ducreux dans la conclusion de la prise en charge de ces formes avancées au terme de la conférence de 1998, « **le but optimal du traitement est de rendre des malades opérables ; lorsque ce but n'est pas atteint, la qualité de vie ne doit pas être oubliée** »[86].



**Figure 34** Survie des CCR en occlusion (%) (notre série)

**Le type de chirurgie en un, deux ou trois temps peut-il modifier la survie ?** Cette question centrale ne trouve que bien peu de réponses dans la littérature. Les **critères classiques de la chirurgie carcinologique** (marges d'exérèse saines, ligature proximale des vaisseaux, curage ganglionnaire adapté) restent, de toute manière, dans chacune de ces indications un objectif essentiel auxquelles, seules les conditions générales défavorables, et/ou l'extension tumorale feront renoncer.

## Conclusions occlusions tumorales

Le traitement en trois temps est par trop contraignant ; soutenu néanmoins par une étude récente, il reste une solution sûre mais grévée de nombreux désagréments, qui le font rester arrière plan des stratégies thérapeutiques.

L'évolution récente, dans laquelle nous nous inscrivons nettement, soutient les traitements en un temps. Nos bons résultats pour les lavages coliques per-opératoires incitent à étendre leurs indications au détriment des résections anastomoses directes, grévée d'une morbidité anastomotique plus importante dans notre expérience. La colectomie totale reste une technique fiable dont les complications anastomotiques sont concentrées dans les indications de nécessité. Ces dernières impliquent pour nous une dérivation stomiale. Une prise en compte de ces complications fonctionnelles est néanmoins indispensable.

Les traitements en 2 temps ne doivent pas être rejetés, car les chiffres de la littérature sont anciens et/ou présentant des effectifs de patients en mauvais état général (particulièrement pour les interventions de Hartmann) soutenant difficilement la comparaison avec les effectifs de patients plus valides des techniques en un temps. Les résultats de ces techniques en 2 temps actuellement bénéficieraient de la même façon des progrès de la prise en charge péri-opératoire.

Notamment, les patients traités initialement, dans une optique en un temps pour lesquels une stomie a été réalisée en fin d'intervention bénéficient de remise en continuité fréquente et peu délétère tant pour les LCP que pour les CT.

**Pour les formes occluses, nos résultats, comparables aux chiffres de la littérature récente, nous font reconduire le schéma décisionnel adopté ces 10 dernières années.** Néanmoins, nous précisons plusieurs contre-indications relatives pour les différentes indications.

Dans un but curatif, renonçant à une attitude uniciste du « tout colectomie totale » ou du « tout lavage colique per-opératoire », **nous envisageons différentes stratégies en un ou deux temps** (résections anastomoses directes, lavage colique per-opératoire, colectomies totales ou sub-totales avec ou sans protection stomiale), permettant de proposer un **geste optimal à chacun des malades.**

**Les perspectives de dépistage de masse des cancers colo-rectaux laissent entrevoir une possible diminution, à long terme, de l'incidence des cancers coliques gauches compliqués. Cependant, actuellement, les plus nets progrès en matière de survie à long terme seront obtenus en améliorant encore les résultats opératoires.**

# Bibliographie

---

1. Lassère, *Les cancers coliques. Diagnostic, traitement, résultats.* 1996, Faculté de médecine: Nantes. p. 118.
2. El-Oufir, *Conduite à tenir devant un cancer colique gauche en occlusion.* 1992, Faculté de Médecine: Nantes. p. 72.
3. Genet, *Prise en charge en milieu chirurgical de la pathologie viscérale et digestive chez le sujet âgé.* 2002, Faculté de Médecine: Nantes. p. 171.
4. Menegoz, F., et al., *Cancer incidence and mortality in France in 1975-95.* Eur J Cancer Prev, 1997. **6**(5): p. 442-66.
5. Bouvier, A.M., S. Manfredi, and C. Lejeune, *[The natural history of colorectal cancer revisited].* Gastroenterol Clin Biol, 2002. **26**(5 Suppl): p. B56-61.
6. Gullino, D., et al., *[The single-stage surgery of colorectal neoplastic occlusion. The experience of 133 cases].* Minerva Chir, 1999. **54**(1-2): p. 37-47.
7. Kriwanek, S., et al., *Perforated colorectal cancer.* Dis Colon Rectum, 1996. **39**(12): p. 1409-14.
8. McGregor, J.R. and P.J. O'Dwyer, *The surgical management of obstruction and perforation of the left colon.* Surg Gynecol Obstet, 1993. **177**(2): p. 203-8.
9. DelperoJR, *Quel traitement chirurgical proposer dans les cancers du colon localement avancés et les récurrences loco-régionales ?* Gastroenterol Clin Biol, 1998. **22**: p. S177-S189.
10. Harris, G.J., et al., *Factors affecting local recurrence of colonic adenocarcinoma.* Dis Colon Rectum, 2002. **45**(8): p. 1029-34.
11. Biondo S, J.E., Ragué J M and al, *Role of resection and primary anastomosis of the left colon in the presence of peritonitis.* Br J Surg, 2000. **87**: p. 1580-84.

24. Gramegna, A., et al., [*Preoperative colonic lavage and one-stage excision-anastomosis in obstruction of the left colon*]. *Ann Chir*, 1997. **51(9)**: p. 981-5.
25. Stewart J, D.R., *Management of obstructing lesions of the left colon by resection, on-table lavage, and primary anastomosis*. *Surgery*, 1993. **114(3)**: p. 502-05.
26. Gainnant A, *Prévention des déhiscences anastomotiques en chirurgie colo-rectale*. *J. Chirg*, 2000. **137(1)**: p. 45-50.
27. ARCLA, *Incidence des cancers en Loire-Atlantique*. 2002, Nantes.
28. Selke B, D.I., *Coût du cancer colo-rectal en France en 1999*. *Gastroenterol Clin Biol*, 2003. **27**.
29. Remontet L, *Incidence et mortalité des cancers en France de 1978 à 2000 (Sous-presse)*. *Rev Epidémiol Sant Pub*, 2003.
30. Boutron-Ruault MC, *Alimentation et carcinogénèse colo-rectale: éléments pour une prévention primaire*. *Gastroenterol Clin Biol*, 1998. **22**: p. S12-20.
31. Runkel, N.S., et al., *Improved outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine*. *Br J Surg*, 1998. **85(9)**: p. 1260-5.
32. Tiret E, *Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du colon ?* *Gastroenterol Clin Biol*, 1998. **22**: p. S102-107.
33. Laurent-Puig P, *Les formes familiales de cancers du colon, PAF, HNPCC, et les autres*. *Gastroenterol Clin Biol*, 2002. **26**: p. B74-B77.
34. Damore LJ, *Colonoscopic perforations: etiology, diagnosis and management*. *Dis Colon Rectum*, 1996. **39**: p. 1308-14.
35. Biondo S, P.D., Ragué JM, *Emergency operations for non diverticular perforation of the left colon*. *Am J Surg*, 2002. **183**: p. 256-60.
36. Faivre J, *Le dépistage du cancer colo-rectal: certitudes et questions*. *Gastroenterol Clin Biol*, 2002. **26**: p. B86-B93.

49. Andrivot T, B.J., *Les complications des colostomies: suivi de 500 colostomisés*. Ann Chir, 1996. **50**: p. 302-311.
50. Cubertafond P, G.A., Barbier J, *Colostomies: indications et complications*. Chirurgie, 1985. **111**: p. 331-41.
51. Gutman M, K.O., *Proximal colostomy: still an effective emergency measure in an obstructing carcinoma of the large bowel*. J Surg Oncol, 1989. **41**: p. 210-12.
52. Deans, G.T., Z.H. Krukowski, and S.T. Irwin, *Malignant obstruction of the left colon*. Br J Surg, 1994. **81**(9): p. 1270-6.
53. Sjudahl, R., T. Franzen, and P.O. Nystrom, *Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma*. Br J Surg, 1992. **79**(7): p. 685-8.
54. Runkel, N.S., et al., *Outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine*. Br J Surg, 1991. **78**(2): p. 183-8.
55. Fielding LP, P.R., *factors influencing mortality after curative resection for large bowel cancer in elderly patients*. Lancet, 1989. **i**: p. 595-7.
56. Deen, K.I., et al., *Surgical management of left colon obstruction: the University of Minnesota experience*. J Am Coll Surg, 1998. **187**(6): p. 573-6.
57. Cugnenc PH, *La chirurgie en deux temps dans les occlusions coliques gauches néoplasiques reste la sécurité*. J Chir (Paris), 1997. **134**(7-8): p. 275-278.
58. Perrier, G., et al., *Cecostomy is a useful surgical procedure: study of 113 colonic obstructions caused by cancer*. Dis Colon Rectum, 2000. **43**(1): p. 50-4.
59. Sommeling, C.A. and L. Haeck, *Caecostomy in the management of acute left colonic obstruction*. Acta Chir Belg, 1997. **97**(5): p. 217-9.

70. Lehur, P.A., J.M. Petiot, and J. Leborgne, [*Intraoperative colonic irrigation in emergency colorectal surgery*]. *Ann Chir*, 1990. **44**(5): p. 348-51.
71. Hugues ES, *Subtotal colectomy for carcinoma of the colon*. *JR Soc Med*, 1970. **63**(41-2).
72. Arnaud, J.P. and R. Bergamaschi, *Emergency subtotal/total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the left colon*. *Dis Colon Rectum*, 1994. **37**(7): p. 685-8.
73. Brief D, *Defining the rôle of sub-total colectomy in the treatment of carcinoma of the colon*. *Ann Surg*, 1991. **213**: p. 248-52.
74. Arnaud, J.P., et al., [*The role of subtotal/total colectomy in the urgent treatment of obstructive cancer of the left colon*]. *J Chir (Paris)*, 1997. **134**(7-8): p. 267-70.
75. Torralba, J.A., et al., *Subtotal colectomy vs. intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma*. *Dis Colon Rectum*, 1998. **41**(1): p. 18-22.
76. Arnaud, J.P., et al., [*Role of subtotal/total colectomy in emergency treatment of occlusive cancer of the left colon*]. *Ann Chir*, 1999. **53**(10): p. 1019-22.
77. Chrysos E, *Total colectomy and J-pouch ileorectal anastomosis for obstructed tumors of the recto-sigmoid junction*. *Anz J. Surg*, 2002. **72**: p. 92-94.
78. Ben Soussan, E., et al., [*Expandable metal stents in palliative treatment of malignant colorectal stricture. A report of 17 consecutive patients*]. *Gastroenterol Clin Biol*, 2001. **25**(5): p. 463-7.
79. Harris, G.J., *The management of neoplastic colo-rectal obstruction with colonic endoluminal stenting devices*. *Am J Surg*, 2001. **181**: p. 499-506.

## Table des illustrations

Figure 1	Sites d'entérotomies pour LCP	31
Figure 2	Stratégie chirurgicale	34
Figure 3	Scores ASA	39
Figure 4	Répartition du BMI	39
Figure 5	Stade TNM des tumeurs compliquées (%)	42
Figure 6	Répartition topographique des tumeurs (en %)	43
Figure 7	Scores ASA Population des tumeurs perforées	44
Figure 8	Répartition topographique des tumeurs perforées (en %)	49
Figure 9	Répartition ASA des patients occlus	50
Figure 10	Répartition du BMI chez les patients occlus	51
Figure 11	Répartition topographique des perforations diastatiques	59
Figure 12	Répartition topographique des tumeurs occluses (en %)	60
Figure 13	Survie des CCR perforés (%) (notre série)	72
Figure 14	Répartition des techniques opératoires	79
Figure 15	Les techniques en fonction de la localisation tumorale	118
Figure 16	Les techniques selon la période	118
Figure 17	Les techniques selon le stade ASA	119
Figure 18	Les techniques selon le stade TNM	119
Figure 19	Morbi-mortalité selon l'âge	120
Figure 20	Morbi-mortalité selon le score ASA	121
Figure 21	Incidence des CCR par tranche d'âge en Loire-Atlantique [27]	130
Figure 22	Répartition selon le sexe et l'âge des CCR compliqués	130
Figure 23	Estimation de l'incidence des formes occluses et perforées de cancers coliques gauches	132
Figure 24	Survie à 5 ans des CCR selon stade TNM (%) [7]	149
Figure 25	Survie à 5 ans selon le stade de péritonite (%) [7]	149
Figure 26	Survie des CCR perforés (%) (notre série)	149
Figure 27	Résultats de l'étude de Cugnenc[57]	159
Figure 28	Courbe de survie des LCP (notre série)	173
Figure 29	Transit selon le type d'anastomose [66]	177
Figure 30	Transit nocturne selon le type d'anastomose [66]	177
Figure 31	Comparaison de survie des perforations (Notre série)	182
Figure 32	Comparaison des scores ASA entre les 2 périodes	194
Figure 33	Comparaison des indications opératoires entre 82-91 et 92-03	197
Figure 34	Survie à 5 ans des CCR en général[44]	203
Figure 35	Survie des CCR en occlusion (%) (notre série)	207
Figure 36	Scores ASA (série 82-91)	230
Figure 37	Survie à 5 ans des CCR en général [44]	233
Figure 38	Survie globale des CCR compliqués (notre série)	233

# Liste des tableaux

Tableau 1	Classification TNM	23
Tableau 2	Antécédents familiaux	41
Tableau 3	Caractéristiques du groupe perforations	45
Tableau 4	Présentation clinique des perforations spontanées	46
Tableau 5	Présentation des tumeurs occlusions tumorales	53
Tableau 6	Caractéristiques générales des patients	62
Tableau 7	Stade TNM des tumeurs perforées	66
Tableau 8	Récidives des tumeurs perforées : sites et délai	72
Tableau 9	Continuité digestive pour les perforations tumorales	73
Tableau 10	Caractéristiques générales des patients selon les indications	75
Tableau 11	Caractéristiques générales du groupe « non réséqués »	82
Tableau 12	Morbidité de colostomies	84
Tableau 13	Evolution des colostomies	85
Tableau 14	Caractéristiques générales des patients opérés selon Hartmann	86
Tableau 15	Localisation des tumeurs opérées selon Hartmann	87
Tableau 16	Classification TNM des tumeurs opérées selon hartmann	87
Tableau 17	Morbidité de l'intervention de Hartmann	89
Tableau 18	Morbi-mortalité des interventions de hartmann	91
Tableau 19	Caractéristiques du groupe résections-anastomoses directes	92
Tableau 20	Topographie des tumeurs du groupe résection-anastomoses	93
Tableau 21	Classification TNM du groupe Résections-anastomoses	93
Tableau 22	Complications des résections anastomoses directes	96
Tableau 23	Morbi-mortalité des résections anastomoses directes	98
Tableau 24	Caractéristiques générales du groupe LCP	99
Tableau 25	Topographie des tumeurs du groupe LCP	100
Tableau 26	Stades TNM du groupe LCP	100
Tableau 27	Morbidité du groupe LCP	102
Tableau 28	Morbi-mortalité du groupe LCP	103
Tableau 29	Caractéristiques générales des Colectomies totales	104
Tableau 30	Topographie des tumeurs du groupe CT/CST	105
Tableau 31	Classification TNM du groupe CT/CST	105
Tableau 32	Morbi-mortalité du groupe CT/CST.	107
Tableau 33	Morbidité du groupe CT/CST	108
Tableau 34	Localisation des tumeurs compliquées de perforation diastatique	112
Tableau 35	Stade TNM des tumeurs compliquées de perforation diastatique	112
Tableau 36	Résultats comparatifs perforations/occlusion	113
Tableau 37	Indications de CT, fistules et mortalité.	115
Tableau 38	Traitement en un temps et stomie	116
Tableau 39	Résultats principaux selon la forme initiale	124

## Les cancers coliques gauches compliqués

Tableau 40	Complications des traitements des tumeurs occluses	125
Tableau 41	Principaux résultats des tumeurs en occlusion selon la chirurgie	126
Tableau 42	Comparaison des séries d'intervention de Hartmann	157
Tableau 43	Comparaison des séries de résections anastomoses directes	167
Tableau 44	Comparaison des différentes séries de LCP.	170
Tableau 45	Comparaison des séries récentes de colectomies totales	175
Tableau 46	Comparaison des différentes séries de perforations diastatiques	185
Tableau 47	Comparaison des perforations diastatiques et tumorales	185
Tableau 48	Comparaison de la localisation tumorale	195
Tableau 49	Comparaison des stades TNM	195
Tableau 50	Comparaison des résultats de colostomies	198
Tableau 51	Comparaison des résultats des résections-stomies	199
Tableau 52	Comparaison des résultats des CT et CST.	199
Tableau 53	Population de l'étude de Carraro	204

## Les cancers coliques gauches compliqués

		Site	
Comp. per-op.	Site stomie	Exsuf.	Gestes associés
Altameier	Pertes sang	Drainage	
Transfu per-op	Transfu post-op	Ablat°	
Ablo	Extubat°		

<b>1ère hospit.</b>	Réa <input type="text"/> j	Service <input type="text"/> j	Total <input type="text"/> j	Contrôle Rx J	Sortie
Compl <input type="checkbox"/>	Fistule Ana. Rx	Fistule cliniq	Cliniq	Tmt	
Compl. Pariétale	1 2 3	Compl. Abdo		1 2 3	
Reprise transit	Reprise alimentation	Transit à la sortie			
Compl. médicale					

<b>2e hospit.</b>	Réa <input type="text"/> j	Service <input type="text"/> j	Total <input type="text"/> j	Sortie	
Délai	Geste				
Compl <input type="checkbox"/>	Fistule Ana. Rx	Fistule cliniq	Cliniq	Tmt	
Compl. Pariétale	1 2 3	Compl. Abdo		1 2 3	
Reprise transit	Reprise alimentation	Transit à la sortie			
Compl. médicale					

<b>3e hospit.</b>	Réa <input type="text"/> j	Service <input type="text"/> j	Total <input type="text"/> j	Sortie	
Délai	Geste				

Résultats fonctionnels à 1 mois:		ultime	délai
<b>Chimio</b>			
1er cycle <input type="checkbox"/>	cures prévues	Molécules	EII Ma <input type="checkbox"/> Délai <input type="text"/> j
Schéma			EII mi <input type="checkbox"/>
RC <input type="checkbox"/>	RP <input type="checkbox"/>	Pas d'effet <input type="checkbox"/> Q adm. %	Interrupt° <input type="checkbox"/>
2er cycle <input type="checkbox"/>	cures prévues	Molécules	EII Ma <input type="checkbox"/>
Schéma			EII mi <input type="checkbox"/> Délai <input type="text"/> j

## Annexe 2 Synoptique caractéristiques des patients

Comparaison des caractéristiques générales des patients  
selon la complication et les différents traitements.

	Nombre	Age moyen	% Sujets > 75 ans	ASA moyen
<b>PERFORATIONS</b>	<b>13</b>	<b>70,2</b>	<b>38,4</b>	<b>2,4</b>
<b>OCCLUSIONS</b>	<b>87</b>	<b>72,2</b>	<b>50,5</b>	<b>2,5</b>
Colostomies premières	16	75,8	62,3	2,75
Intervention de Hartmann	8	77,3	75	3,4
Résections anastomoses sans LCP	22	69,5	36,4	2,2
Lavage Colique Per-opératoire	10	62,9	30	1,8
Colectomies totales	31	73,9	55	2,5

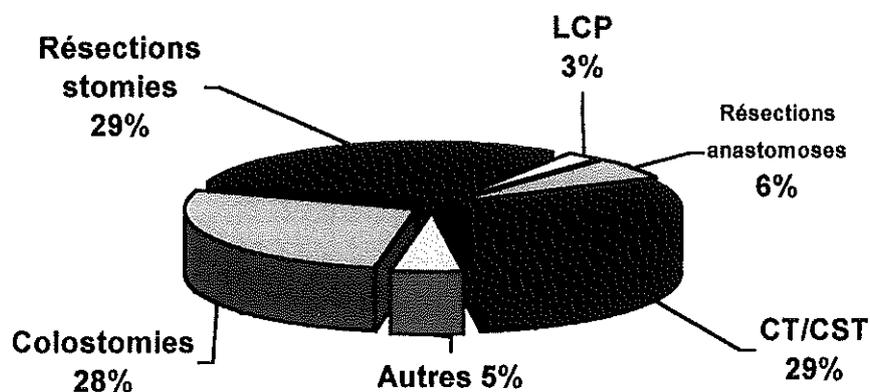
## Annexe 4 synoptique morbidité

Comparaison de la morbidité selon la complication initiale  
et selon les traitements.

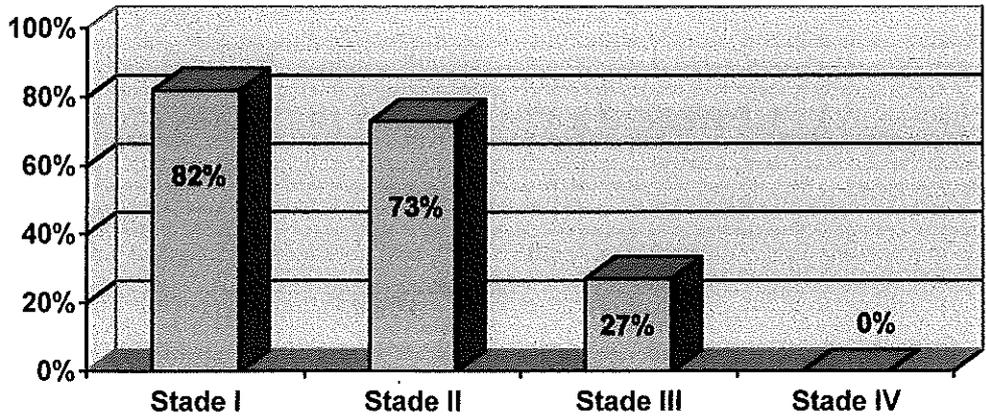
	Complications pariétales	Complications Abdominale (dont fistules)	Fistules anastomotiques	Complications médicales
<b>PERFORATIONS</b>	3 (23%)	2 (15,3%)	1 (7,6%)	5(34,8%)
<b>OCCLUSIONS</b>	14 (16%)	23 (26,4%)	7 (8%)	40 (46%)
<b>Colostomies premières</b>	4 (25%)	2 (12,5%)	0	5 (31,2%)
<b>Intervention de Hartmann</b>	4 (50%)	4 (50%)	0	5 (62,5%)
<b>Résections anastomoses sans LCP</b>	5 (22,7%)	7 (31,8%)	3 (13,6%)	9 (40,9%)
<b>Lavage Colique Per-opératoire</b>	1 (10%)	3 (30%)	0	8 (80%)
<b>Colectomies totales</b>	7 (22,5%)	7 (22,5%)	4 (12,9%)	14 (45,1%)

## Les techniques

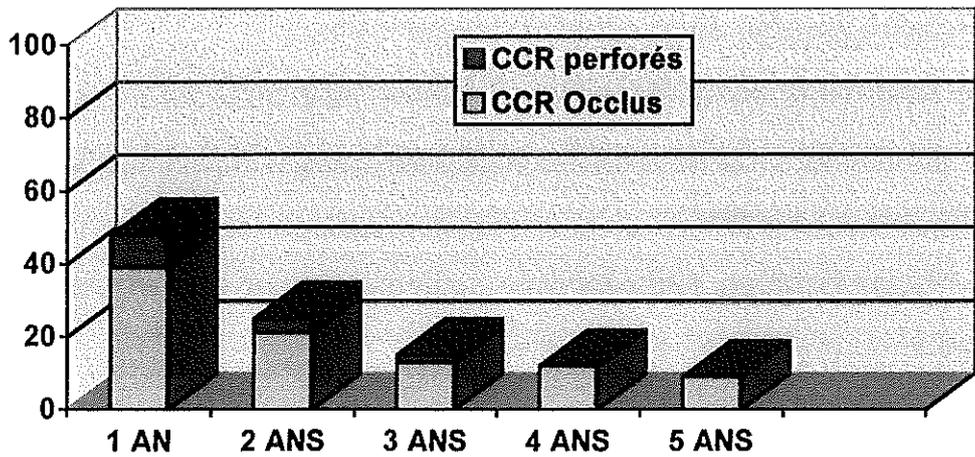
<b>Tumeurs non réséquées</b>	<b>29% ( 22 patients)</b>
Colostomies définitives	10% (8 patients)
traitement en trois temps	4% (3 patients)
traitement en 2 temps	9% (7 patients)
<b>Résection sans anastomose</b>	<b>30% (23 patients)</b>
Intervention de Hartmann	23%(18 patients)
Intervention de Bouilly-Wolkmann	7% ( 5 patients)
<b>Résections anastomoses directes</b>	<b>7% (5 patients)</b>
<b>LCP</b>	<b>3% (2 patients)</b>
<b>CT et CST</b>	<b>31% (24 patients)</b>
AIS 66% (16 patients)	AIR 33% (8 patients)
<b>Palliatifs</b>	<b>6% (4 patients)</b>
2 laparotomies blanches, 2 dérivations internes	



# Annexe 6 Survie des CCR



**Figure 37 Survie à 5 ans des CCR en général[44]**



**Figure 38 Survie globale des CCR compliqués (notre série)**

Si critères d'Amsterdam complets ou phénotype MSI +, prévoir une consultation d'oncogénétique et la recherche de mutation caractéristique à partir d'un prélèvement sanguin, après information et accord écrit du malade.

**Bilan d'opérabilité**

Bilan en fonction de la consultation d'anesthésie.

**Bilan complémentaire selon chimiothérapie envisagée**

— ECG plus ou moins consultation de cardiologie pour 5FU.

**Classification**

**La classification d'Astler-Coller, source de confusion,  
doit être abandonnée.**

TNM (UICC 1997) :L'examen d'au moins **8 ganglions régionaux** est nécessaire à l'évaluation correcte du statut ganglionnaire pour la conférence de consensus française, d'au moins 12 pour l'UICC (classification TNM).

**Surveillance**

**Après traitement curatif**

Chez les malades capables de supporter une réintervention ou une chimiothérapie

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

**Echographie abdominale** tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans,

**Radiographie pulmonaire** annuelle pendant 5 ans,

**Coloscopie** à 3 ans puis tous les 5 ans si normale,

sauf si 3 adénomes ou plus dont un > 1 cm ou contingent villositaire --> à 1 an

sauf si HNPCC --> tous les ans

## Traitement

L'examen d'au moins **8 ganglions** est nécessaire à l'évaluation correcte du statut ganglionnaire. La classification TNM est recommandée. Le nombre de ganglions examinés et le nombre de ganglions envahis ont une valeur pronostique ; la classification TNM de 1997 tient compte de ce facteur (N1 = 1 à 3 gg+ ; N2 = plus de 3 gg+). Les études de biologie moléculaire sont à encourager. Afin de les rendre possibles, un prélèvement pour congélation est souhaitable, ainsi que l'utilisation du formol comme fixateur ou la fixation d'un fragment tumoral en éthanol

**Stade I = T1-T2 N0 = sous-séreuse intacte (Dukes A)**

Recommandation : chirurgie seule

**Stade II = T3-T4 N0 = sous-séreuse atteinte ou dépassée (Dukes B)**

La chimiothérapie (CT) par FUFOL mensuel n'apporte pas de bénéfice significatif sur la survie. Les essais recommandés par la FFCD doivent comprendre un bras témoin chirurgie seule et, si possible, chercher à définir un sous-groupe de mauvais pronostic (projet FFCD).

**Essai en cours de lancement : FFCD-PETACC 4** après chirurgie surveillance vs FOLFIRI 6 mois, associé à étude biologique des facteurs de pronostic et de réponse à la chimiothérapie.

Recommandation hors essai : chirurgie seule

**Stade III = tous T N1-N2 = envahissement ganglionnaire (Dukes C)**

Les CT adjuvantes par FUFOL (essai FFCD 8802-IMPACT, FUFOL faible ou FU-levamisole diminuent d'environ 30 % le risque de décès à 5 ans. Les schémas FUFOL ou FUFOL faible 6 mois sont plus simples et aussi efficaces que le FU-levamisole 1 an. Le FU-levamisole 6 mois est inférieur au FUFOL et l'association FUFOL-levamisole n'a pas d'intérêt. L'utilisation du protocole LV5FU2, actuellement testé dans le cadre de l'essai PETACC 2, est une option dans la mesure où l'efficacité de ce protocole est démontrée dans les formes métastatiques et où sa tolérance semble meilleure que celle de l'association

## 2. Cancer du côlon métastatique

---

### Bilan préthérapeutique

Au moindre doute diagnostique, une preuve histologique de la métastase devra être obtenue.

#### Bilan d'extension

- **Scanner abdomino-pelvien** ;
- **Scanner thoracique** si une exérèse de métastase est envisagée ;
- **IRM hépatique** si une exérèse hépatique est envisagée ;
- **PET scan** si une exérèse hépatique est envisagée et si cet examen est disponible ;
- **Coloscopie** si la précédente date de plus de 3 ans et si une exérèse de métastase est envisagée.

#### Cancers épidémiologiquement associés

cf. cancers du côlon non métastatiques.

#### Syndromes familiaux

cf. cancers du côlon non métastatiques.

#### Bilan d'opérabilité

Bilan en fonction de la consultation pré-anesthésique.

#### Bilan complémentaire selon chimiothérapie envisagée

- ECG et si besoin consultation de cardiologie avant prescription de 5FU ;
- bilirubinémie avant prescription d'irinotécan ;
- clairance de la créatininémie avant prescription de raltitrexed.

**La chirurgie des métastases ne doit pas être palliative : le principe est de ne laisser en place que du parenchyme sain.**

**Métastases résécables**

L'utilité d'une CT adjuvante après résection n'est pas démontrée par des essais contrôlés prospectifs. L'essai 9002 de la FFCD, publié sous forme d'abstract, n'a pas pu réunir le nombre de malades nécessaires à la réponse à la question posée : l'utilité d'une chimiothérapie de type FUFOL (avec 200 mg/m<sup>2</sup> d'acide folinique) après la résection complète des métastases. Les différences de survie sans maladie et de survie globale à 5 ans ne sont pas significativement différentes.

**Essais**

— FFCD 2000-02 - EORTC 40983 : chirurgie seule vs CT pré-et post-opératoire (FOLFOX 4 : 6 cures avant et 6 cures après l'intervention).

**Recommandations hors essai**

— Si une hépatectomie droite est nécessaire mais que le foie gauche est de petite taille : embolisation portale droite pré-opératoire.

— Si la métastase est synchrone : chirurgie seule ou CT post-opératoire 6 mois par LV5FU2 si N+ (non démontré, avis d'expert).

— Si la métastase est métachrone : chirurgie seule (sauf essai thérapeutique).

— Si la résection est R1 (résidu métastatique microscopique) : CT post-op 4 à 6 mois par FOLFOX 4 ou IRIFU2 plus ou moins RT externe (pas d'essai ; avis d'expert).

**Recommandations chirurgicales**

— Résection seulement si une exérèse complète est possible, associée si besoin à une ou des destruction(s) par radio-fréquence.

— Echographie per-opératoire systématique.

— Marge de sécurité > à 1 cm si possible.

réséquées avait permis de différencier trois groupes pronostiques en fonction de l'état général (grades OMS) et du dosage sérique des phosphatases alcalines. Dans une vaste étude rétrospective multicentrique publiée en 2002, reprenant les données recueillies lors d'études de phase II et III, deux groupes de malades ont été constitués. Le premier (2 549 malades) a permis la recherche de facteurs pronostiques (étude multivariée), le second (1 276 malades) a permis de tester la pertinence des 4 paramètres retenus dans la première phase : état général (grade OMS), phosphatases alcalines, nombre de sites envahis et leucocytose. Trois catégories de malades ont été ainsi séparées :

Recommandations

a) CT conseillée sans attendre l'apparition des symptômes si bon état général (groupes 1-2).

b) CT déconseillée si mauvais état général, ictère, métastases cérébrales non stabilisées par la radiothérapie ou défaillance viscérale grave.

c) CT à discuter dans les cas intermédiaires du groupe 3.

**• Quel traitement de la tumeur primitive en cas de métastases synchrones non résécables ?**

La résection de la tumeur primitive était un facteur pronostique favorable dans la série prospective de la FFCD, mais cette attitude n'est pas validée par une étude randomisée.

Recommandations

a) Si la tumeur primitive est symptomatique (anémie, sténose) : chirurgie ou prothèse endoscopique.

b) Si la tumeur primitive est asymptomatique : à discuter au cas par cas soit CT (2 mois), puis discussion en fonction de l'efficacité de la CT, de l'état général et du site des métastases

contrôle local + progression métastatique : CT de 2<sup>e</sup> ligne ou soins palliatifs

;

globale. Mais, dans ces études, des cross-over étaient possibles ; l'utilisation de l'oxaliplatine était un facteur pronostique favorable en multivarié. La toxicité est plus importante, mais n'altère pas la qualité de vie.

— Irinotécan (Campto®) : 2 études récentes, européenne et américaine, montrent qu'en première ligne métastatique, l'association 5FU-AF-CPT11 est supérieure au 5FU-AF en terme de réponse, de survie sans progression et de survie globale, au prix d'une toxicité accrue, mais avec un allongement du temps sans détérioration de la qualité de vie.

— CT per os (capécitabine ou Xeloda®, UFT® et acide folinique) : la capécitabine a été comparée au FUFOL dans 2 études de première ligne : leur analyse poolée montre que ce précurseur oral du 5FU augmente significativement le taux de réponse (22 vs 13 %) mais pas la survie sans progression, ni la survie globale ; les neutropénies et les mucites grade 3-4 sont moins fréquentes, mais le syndrome main-pied est augmenté. L'UFT (+ AF per os) a montré dans 2 études des résultats similaires au FUFOL, avec une réduction des neutropénies et des mucites. Les autres molécules sont en cours d'évaluation.

— CT intra-artérielle hépatique (CTIA) : il n'est pas prouvé qu'elle allonge la survie par rapport à la CT systémique par 5FU. La toxicité hépatique et biliaire est fréquente avec le FUDR. Des essais sont en cours avec une CTIA combinée à une CT systémique. Cette technique est à réserver aux centres expérimentés et ne peut être recommandée en routine.

— Chrono-CT : voie d'investigation prometteuse avec diminution des toxicités et augmentation des réponses, mais la part de l'oxaliplatine dans l'efficacité paraît majeure avec seulement 16 % de réponses du FUFOL chronomodulé sans oxaliplatine. Son efficacité par rapport aux CT non chronomodulées n'est pas validée par un essai randomisé et l'intérêt en terme de rapport coût-efficacité reste à évaluer.

Le jury de la Conférence de Consensus de 1998 a recommandé le choix d'un protocole de chimiothérapie peu toxique et réalisable en ambulatoire avec arrêt ou changement de protocole en cas de progression tumorale après 2 mois. Ces recommandations doivent être interprétées en tenant compte des 3 publications récentes concernant les bithérapies.

— Métastases sans espoir de résecabilité ultérieure : on a le choix entre « **monothérapies** » et « **bithérapies** »

Précurseurs oraux du 5 FU : capécitabine (Xeloda®) ou UFT® + acide folinique per os.

LV5FU2

LV5FU2-irinotécan (Campto®) (IRIFU2) : contre-indication si hyperbilirubinémie, risque de toxicité accru si mauvais état général, âge > 75 ans ou antécédent de radiothérapie pelvienne, prudence si colectomie totale.

LV5FU2-oxaliplatine (Eloxatine®) (FOLFOX4)

raltitrexed (Tomudex®) : si antécédents de toxicité grave sous 5FU ou cardiopathie ; adapter les doses à la clairance de la créatinine ; antidote = acide folinique.

Irinotécan (Campto®) : il peut être utilisé en monothérapie en cas de contre-indication au 5FU.

— Métastases à la limite de la résecabilité : une « **bithérapie** » paraît raisonnable ; 3 options possibles

LV5FU2-oxaliplatine (Eloxatine®) (FOLFOX4)

LV5FU2-irinotécan (Campto®) (IRIFU2) : contre-indication si hyperbilirubinémie, risque de toxicité accru si mauvais état général, âge > 75 ans ou antécédent de radiothérapie pelvienne, prudence si colectomie totale.

raltitrexed-oxaliplatine (TOMOX) : si contre-indication au 5FU et si clairance de la créatinine normale.

- Projet FFCD : sujets âgés : FOLFOX 4 vs soins palliatifs
- GERCOR C99-2 : ZD 9331 + irinotécan (phase II)
- Projet GERCOR -FFCD : capécitabine - mitomycine C en troisième ligne de chimiothérapie.

Recommandations hors essais (avis d'experts)

Traitement symptomatique ou CT à discuter en fonction de l'état général (OMS  $\leq$  2).

**a) si progression sous LV5FU2 ou raltitrexed ou précurseurs oraux du 5 FU**

irinotécan + LV5FU2 = IRIFU2

ou irinotécan + LV5FU2 simplifié = FOLFIRI

ou oxaliplatine 85 ou 100 mg/m<sup>2</sup> + LV5FU2 ou LV5FU2 simplifié/14 j = FOLFOX

ou oxaliplatine 130 mg/m<sup>2</sup> + LV5FU2 (ou LV5FU2 simplifié)/21 j = ELOXFU3

ou raltitrexed-oxaliplatine (TOMOX) (si contre-indication au 5FU)

ou irinotécan en monothérapie (250 mg/m<sup>2</sup> tous les 15 jours ou 350 mg/m<sup>2</sup> tous les 21 j).

**b) si progression sous oxaliplatine**

irinotécan + LV5FU2 (IRIFU2) ou + LV5FU2 simplifié (FOLFIRI)

ou irinotécan en monothérapie (250 mg/m<sup>2</sup> tous les 15 jours ou 350 mg/m<sup>2</sup> tous les 21 j).

ou 5FU continu (ou précurseurs oraux du 5 FU, Xeloda® ou UFT®+ acide folinique) (si contre-indication à irinotécan)

**c) si progression sous irinotécan**

oxaliplatine 85 ou 100 mg/m<sup>2</sup> + LV5FU2 ou LV5FU2 simplifié/14 j = FOLFOX

ou oxaliplatine 130 mg/m<sup>2</sup> + LV5FU2 ou LV5FU2 simplifié/21 j = ELOXFU3

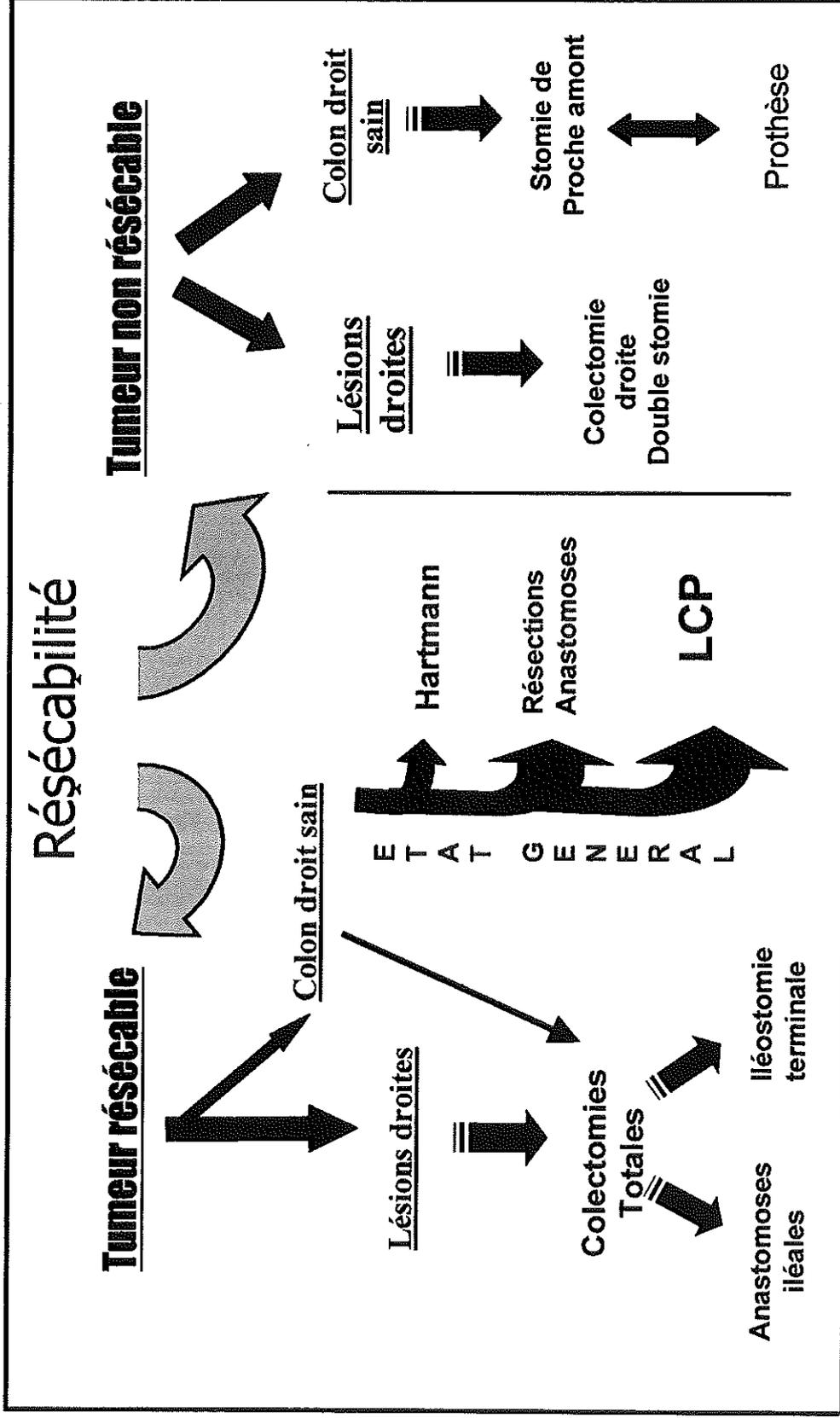
## **Annexe 8 Critères d'Amsterdam**

### **Critères d'Amsterdam II (1999)**

1. au moins 3 sujets atteints de cancers (côlon-rectum, endomètre, ovaire, estomac, grêle, uretère ou cavités excrétrices rénales) dont 1 uni aux 2 autres au premier degré ;
2. au moins 2 générations successives concernées ;
3. au moins 1 cancer diagnostiqué avant l'âge de 50 ans ;

**Dans tous les cas, le diagnostic de tumeur néoplasique doit être confirmé histologiquement et les polyposes adénomateuses familiales doivent être formellement exclues.**

# CONDUITE A TENIR CHIRURGICALE



**NOM :** BETTINI

**PRENOM :** Nicolas

**Les cancers coliques gauches compliqués.  
Prise en charge chirurgicale.  
A propos de 100 cas.**

---

Résumé

---

15% des cancers colo-rectaux se révèlent par une occlusion ou une perforation. Nous rapportons le cas de 100 patients opérés sur 10 ans (Janvier 1992- Avril 2002). Ces patients présentaient une **perforation tumorale**, une **perforation diastatique** ou une **occlusion** dans respectivement **13%**, **9%** et **78%**. Ils ont été traités par **colostomies de proche amont** (16%), **interventions de Hartmann** (18%), **résections anastomoses directes** (24%), **lavage colique per-opératoire** (11%) ou **colectomie totale** (31%). La mortalité opératoire s'élevait à **18%**. Notre étude soutient la comparaison avec les résultats de la littérature récente, notamment pour les perforations tumorales et diastatiques. Nous abordons tous les aspects de ces complications sévères : **épidémiologie**, **dépistage**, **génétique**, **pronostic**, et proposons une **conduite à tenir chirurgicale**, basée sur la **résécabilité tumorale** et l'**état général des patients**.

---

Mots-clefs :

Cancers colo-rectaux, perforation, occlusion,  
lavage colique per-opératoire, colectomies totales