

LES CANCERS COLORECTAUX: *Les cas colligés en cinq ans au chu de Constantine.*

HAMDOUCHE S, BENAHSENE K, KETIT S, BEDDAR L.

Laboratoire Central d'Anatomie et de Cytologie Pathologique, CHU Constantine.

RÉSUMÉ:

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer dans le monde tout sexe confondu, il est responsable de 8.5% de décès, avec environ 52% dans les régions les moins développées au monde. Notre étude a porté sur 391 cas de cancers colorectaux, colligés au service d'anatomie pathologique du CHU de Constantine durant la période janvier 2009-décembre 2013. Il ressort de cette étude que l'âge moyen de nos patients est de 58-56 ans avec une légère prédominance masculine; la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 51-60 ans. 32.46% de nos patients ont moins de 50 ans. Les tumeurs sont de siège colique dans 61.12% des cas. Les aspects macroscopiques sont dominés par les formes végétantes (65.72%) et les types histologiques par les adénocarcinomes 99.48%. 33.74% sont diagnostiqués au stade II et environ 12% des cas sont diagnostiqués au stade de métastases avec une localisation préférentielle pour le foie. L'âge de découverte du CCR chez les patients de notre série est jeune par rapport aux pays occidentaux, avec une localisation tumorale prédominante au niveau du côlon. En outre, ce cancer survient à un âge plus tardif chez l'homme que chez la femme. La grande majorité des cancers colorectaux sont diagnostiqués à un stade avancé de l'évolution de la tumeur, qui présente au moment du diagnostic au moins une extension transpéritéale.

Mots clés: Cancer colorectal, Adénocarcinome.

ABSTRACT: COLORECTAL CANCERS: *Collected cases in five years of the Constantine's CHU.*

Colorectal cancer (JCR) is the third cancer in the world for both sexes; it is responsible for 8.5% of death with about 52 per cent in the very less developed regions of the world. In recent years, its prognosis has consequently improved due to the progress of both surgery and targeted therapy. Our study included 391 cases of colorectal cancer, collected in the pathological anatomy service of the Constantine's CHU, between January 2009 and December 2013. It appears, from this study, that the average age of our patients is 58,56 years old with a slight male predominance. The most affected age group is between 51 and 60 years old. 32.46% of our patients are less than 50. In 61.12% of the cases, tumors seem to be colonic positioned. Macroscopic aspects are dominated by the vegetantes forms in 65.72 of the cases and the histological types by adenocarcinomas 99.48%. 33.74% are diagnosed at stage II and about 12% of the cases are diagnosed at the metastases stage with a liver preferential sitting. The age of the JRC detection of the patients of our series is younger compared to Western countries, with a predominant tumor setting at the large intestine level. In addition, this cancer occurs at a later age with men than with women. The vast majority of colorectal cancers are diagnosed at an advanced stage of the tumor evolution which presents at least a transperietale extension when diagnosed.

Key words: Colorectal cancer, Adenocarcinoma.

INTRODUCTION

Le cancer colorectal (CCR) se situe au troisième rang des cancers les plus fréquents, derrière le cancer du poumon et le cancer du sein et il est la quatrième cause de mortalité par cancer [1]. Ce dernier demeure rare avant 50 ans et prédomine discrètement chez l'homme, avec un sexe ratio voisin de 1,5 [2]. Les études épidémiologiques montrent une grande variabilité de l'incidence ce cancer dans le monde. Cette incidence est nettement plus élevée dans les pays d'Europe occidentale, l'Amérique du nord et l'Australie.

En Algérie, l'incidence du cancer colorectal est difficile à préciser, en raison de l'absence d'un registre national de cancer, en revanche, on dispose de registres régionaux. Selon le registre de cancer d'Alger pour l'année 2007 [3], le cancer colorectal se situe à la seconde position chez les deux sexes, après le cancer du poumon chez l'homme et le cancer du sein chez la femme correspondant respectivement à des incidences standardisées de 15,8 et de 15,9 [4].

Le CCR survient le plus souvent de manière sporadique et il ne s'agit d'une affection héréditaire que dans environ 5% des cas [5,6]. Il se développe habituellement sur une lésion préexistante évoluant depuis plusieurs années, ce qui le rend théoriquement accessible à une stratégie de prévention efficace.

L'objectif de notre étude est de faire une étude descriptive transversale, sur tous les cas de CCR diagnostiqués au sein du laboratoire d'anatomie pathologique du CHU de Constantine sur une période de 05 ans (janvier 2009-décembre 2013) et de confronter nos résultats aux diverses études nationales et internationales.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Matériel

Nous avons inclus dans notre étude 391 pièces opératoires de CCR. Ces prélèvements nous ont été adressés essentiellement par les différents services de chirurgie générale et par le service des urgences chirurgicales, une partie plus réduite provient des différents secteurs périphériques publics et privés.

Les renseignements ont été recueillis pour chaque malade, sur une fiche de renseignements où sont mentionnés: le nom, le prénom, l'âge et le sexe du malade, la date, le type d'intervention chirurgicale ainsi que le siège de la tumeur.

2. Méthodes

La description macroscopique de la pièce opératoire adressée fraîche ou fixée dans du formol à 10% et orientée constitue une étape importante; elle a été pratiquée d'une façon minutieuse en détaillant les points suivants : le type d'exérèse chirurgicale, les mensurations et les dimensions de la pièce opératoire, le site anatomique de la tumeur, sa configuration, sa taille, la profondeur de l'invasion, l'aspect de la séreuse en regard de la tumeur, la situation des berges chirurgicales par rapport à la tumeur et l'existence de tout autres anomalies ou lésion associée.

Les ganglions lymphatiques régionaux et à distance ont été recherchés au niveau du méso (au moins 12 ganglions sont nécessaires pour l'évaluation du statut ganglionnaire).

Les pièces ont été fixées dans du formol à 10% pendant 24 H sans les dépasser et des prélèvements pour une étude histologique ont été effectués et inclus séparément dans les cassettes numérotées en fonction de la topographie de la lésion.

RÉSULTATS

Le sexe ratio des CCR dans notre série est égal à 1,07; il est de 0,88 dans le cancer du côlon et de 1,49 dans le cancer du rectum. L'âge moyen d'apparition du CCR chez les deux sexes est de

58,56 ans avec des extrêmes d'âge allant de 12 et 90 ans.

L'âge moyen chez les hommes (60,54 ans) est cependant supérieur à celui des femmes (56,59 ans).

Nous retrouvons deux pics de fréquence: le premier touche la tranche d'âge 51-60 dans 24,55% des cas et le second la tranche d'âge 61-70 ans dans 22,50% des cas, 32,46% des cas sont observés avant l'âge de 50 ans, 13,49% avant l'âge de 40 ans et 20,45% des cas après l'âge de 70 ans (figure 1).

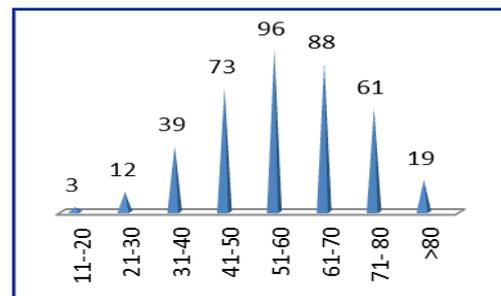


Figure 1. Fréquence des CCR selon l'âge moyen et la tranche d'âge.

Sur les 391 cas de CCR diagnostiqués en 5 ans, 239 sont de siège colique, soit 61,12% et 152 de siège rectal, soit 38,87% (figure 2).

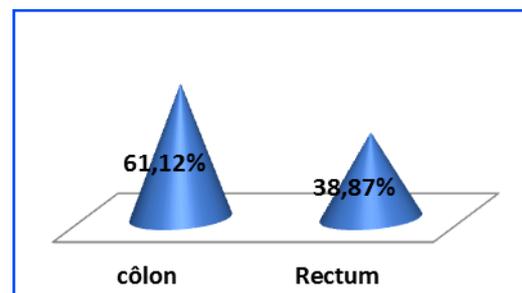


Figure 2. Fréquence des CCR selon le siège de la tumeur.

Les CCR peuvent se présenter sous différentes formes macroscopiques. Dans notre étude c'est la forme bourgeonnante qui prédomine, elle représente à elle seule 65,72% des cas. Elle est secondée par la forme ulcéro-infiltrante. La forme infiltrante pure ne représente que 4,09% des cas (figure 3).

Les adénocarcinomes bien et moyennement, les différenciés (de bas grade) sont de loin les plus fréquents avec 89,19% des cas, alors que les adénocarcinomes peu différenciés de haut grade ne représentent que 10,80% (tableau I).



Figure 3. Fréquence des CCR selon l'aspect macroscopique.

Tableau I. La fréquence en fonction du type et la différenciation histologique.

Type histologique	Nombre	%
Adénocarcinome	389	99,48%
Carcinome neuroendocrine	01	00,25%
Carcinome adénoquameux	01	00,25%

Seuls 11,76% des malades présentaient des métastases au moment du diagnostic (tableau II).

Tableau II. La fréquence selon le site métastatique.

Site métastatique	Nombre	Pourcentage
Rate+Pancreas	01	02,17
Métastase hépatique	27	58,69
Carcinose péritonéale (CP)	10	21,73
Ganglion para-aortique	01	02,17
Foie+rate	01	02,17
Foie+nodulopariétal	01	02,17
Foie+VB	01	02,17
Foie+Utérus	01	02,17
CP+Uterus+Annexes	01	02,17
Paroiabdominale+Vessie	01	02,17
Duodenum+CP	01	02,17

Les sites métastatiques et la fréquence selon le stade des CCR se répartissent selon les tableaux II et III ci-après:

Tableau III. La fréquence selon le stade des CCR.

Stade	En 5 ans	%
Stade	151	13,04%
Stade IIA	128	32,73%
Stade IIB	03	00,76%
Stade IIC	010	0,25%
Stade IIIA	08	02,04%
Stade IIIB	57	14,57%
Stade IIIC	18	04,60%
Stade IVA	28	07,16%
Stade IVB	18	04,60%
Non évaluables (NX)	79	20,20%

09,28% de nos pièces opératoires renfermaient des embolies vasculaires et seulement 03,79% présentaient des engainement perinerveux.

DISCUSSION

Au terme de ce travail mené de janvier 2009 à décembre 2013 et qui a porté sur 391 cas de CCR, nos résultats ont été confrontés à la fois aux différentes données de la littérature et aux diverses études nationales et internationales. Dans notre série, le sexe ratio H/F toutes localisations confondues est égal à 1,07, ce qui concorde avec le chiffre de Mallem D 1,06 [7] et se rapproche de celui de El-Bolkainy TN 1,1 [8]. Contrairement à nous, la Tunisie et le Maroc rapportent une légère prédominance féminine avec respectivement, 0,69 [9] et 0,97 [10].

Le sexe ratio en fonction du siège est en totale adéquation avec la plupart des études qui retrouvent une prédominance masculine plus marquée dans les tumeurs rectales que dans les tumeurs coliques.

L'âge moyen de survenue du CCR chez nos patients, tout sexe et toutes localisations confondues est de 58,5 ans.

Cette moyenne d'âge se rapproche de celle observée dans des

études nationales, comme celle de : Mallem D[7], de Oukkal M [11], ou encore celle de Meddah D [12]. Une moyenne qui se rapproche également des données de certains pays arabes comme le Maroc, l'Égypte et la Tunisie [10,8,9].

En revanche, la moyenne d'âge retrouvée en Afrique sub-saharienne comme le Nigeria [13], le Mali [14] est inférieure à la nôtre.

Des études ont, en effet, montrées, que la moyenne d'âge des patients atteints de CCR au moment du diagnostic en Afrique est en général inférieure à celle observée dans les pays du Nord [15].

Ainsi, la moyenne d'âge des patients de notre série se situe, entre celle de l'Afrique sub saharienne et celle des pays développés.

Selon le sexe, l'âge moyen des femmes et des hommes de notre série est en discordance avec les données de la littérature qui retrouvent, au diagnostic, un âge moyen chez les femmes supérieur à celui des hommes d'une part et un âge moyen largement supérieur au nôtre pour les deux sexes d'autre part [16,17].

On constate un pic de fréquence selon l'âge des malades au diagnostic entre 51-60 ans. Un résultat identique aux données marocaines comme celles figurant dans l'étude de Sedrati Y réalisée à Fès en 2013 [18], sur une population de 162 patients. Ce pic de fréquence est cependant inférieur à celui rapporté dans la littérature anglo-saxonne qui est de 60-71 ans [19].

On note dans notre série, une représentativité importante des sujets jeunes, le taux est 05 fois supérieur aux données de la littérature 32,46% VS 6% [20], ce taux reste comparable à celui rapporté dans l'étude de Sedkaoui C (46,15%) [21] faite à Tizi-Ouzou en 2015 sur une population de 52 patients. Cette différence s'explique d'une part par la jeunesse de notre population et des populations africaines en général par rapport aux populations des pays développés et d'autre part par la tendance à l'augmentation du nombre des CCR chez le sujet jeune comme souligné dans des études récentes.

La prédominance de la localisation colique retrouvée dans notre étude vient appuyer un bon nombre de données, qu'elles soient nationales [7,11]; européennes comme affichée par Lelong [22], ou encore africaines comme celle de Gaudre 56% VS 44% [14] et de Masmoudi 63% VS 36,90% [23]. Toutefois on constate une divergence avec les données marocaine qui retrouve tout comme le Sénégal une prédominance de la localisation rectale avec respectivement 57,25% et 58%. [10,24].

La prédominance des formes bourgeonnantes dans notre série est également retrouvée dans l'étude de sentissi au Maroc et celle de Darré au Togo [25,26]. Un constat qui trouve son explication dans le fait que les carcinomes du côlon ascendant et du rectum tendent à se développer en tant que masses exophytiques, tandis que ceux du côlon transverse et descendant sont plus souvent endophytiques et annulaires.

Du point de vue histologique, nos résultats sont comparables à ceux de la littérature concernant le pourcentage des ADK en général [22] mais en ce qui concerne les variétés, le taux des carcinomes colloïde muqueux reste plus faible dans notre série 6,24% VS 17% alors que celui des carcinomes à cellules en baguette à chaton est similaire à celui rapporté dans la littérature. Les autres tumeurs telles que les lymphomes et les sarcomes n'ont pas été retrouvées dans notre étude en raison de leur rareté.

les ADK de bas grade (ADK bien et moyennement différenciés) sont de loin les plus fréquents (89,19%), confortant ainsi les données de la littérature (70 à 75%) [27].

A l'instar de notre étude, celle de El housse faite au Maroc [10] et celle de Arfaoui faite en Tunisie [28], les CCR sont le plus souvent diagnostiqués au stade II ou au stade III. Concernant les

taux des embolies vasculaires et des engainement perinerveux au niveau des pièces opératoires de notre série, ils restent proche de l'étude nationale de Mallem (7,14%, et 5,35%) mais bien en deçà des taux retrouvés dans l'étude de Zekri (22% et 20%) [29] faite en Arabie saoudite et des taux rapportés dans la littérature [30,31].

CONCLUSION

Le cancer colorectal pose un réel problème de santé public, en raison de sa fréquence et surtout en raison de sa gravité. L'étude de 391 cas de CCR nous a permis de préciser un certain nombre de paramètres épidémiologiques et anatomopathologiques dont la plupart viennent soutenir différents résultats de la littérature médicale comme:

- La légère prédominance du sexe masculin.
 - La localisation colique prédominante.
 - L'aspect macroscopique dominé par les formes ulcéro-bourgeonnantes.
 - L'aspect microscopique largement dominé par les adénocarcinomes.
 - Le stade avancé de la tumeur au moment du diagnostic.
 - Le site métastatique dominé par la localisation hépatique.
- Cependant, nous avons retrouvé quelques paramètres qui présentent une discordance avec les données de la littérature dont le plus important est l'âge jeune de nos patients.

RÉFÉRENCES

- 1.Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC Cancer Base No11. GLOBOCAN 2012.
- 2.Levi F, Randimbison L, La Vachia C. Trends in the subsite distribution of colorectal carcinomas and polyps: an update. *Cancer*. 1998; 83(9): 2040-2.
- 3.Registre des tumeurs d'Alger 2007.
- 4.Registre des cancers de Sétif 2010.
- 5.Yahia O, Toumi W, Gargouri D, Khayat O. Etude des altérations moléculaires et génétiques dans le cancer colorectal héréditaire. *Gastroentérol Clin Biol*. 2009; 33.
- 6.Nakama H, Zhang B, Fukazawa K, Abdul Fattah ASM. Family history of colorectal adenomatous polyps as a risk factor for colorectal cancer. *European Journal of Cancer*. 2000; 36: 2111-211.
- 7.Mallem D. Les cancers colorectaux dans la wilaya de Batna, Etude épidémiologique clinique et thérapeutique, Thèse doctorat en sciences médicales, Université de Batna, El Hadj Lakhdar, Faculté de Médecine, Algérie 2010.
- 8.El-Bolkainy TN, Sakr MA, Nouh AA, El-Din NH. A Comparative study of rectal and colonic carcinoma: Demographic, pathologic and TNM staging analysis. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2006; 18(3): 258-63.
- 9.Kassab A, Landolsi S, Miled A, et al. Existe-t-il une relation entre les habitudes alimentaires en Tunisie et le cancer colorectal? Éléments de réponse à partir d'un échantillon de population. *Nutrition Immuno-Analyse et Biologie Spécialisée*. 2013; 28: 327-34.
- 10.El Housse H, Ajbara W, Amsaguine S, El Amrani N, Drissi H, Ahallat M, Radallah D. Profils épidémiologique et anatomoclinique d'une population marocaine atteinte de cancer colorectal. *J Afr Cancer*. DOI 10.1007/s12-014-0352-3.
- 11.Oukkal M, Bouzid K. Etudes épidémiologiques des cancers colorectaux au service d'oncologie médicale du CPMC d'Alger. *Registre Tumor Alger*. 2006: 3-64.
- 12.Meddah D, Meddah B, Tir touil A, Ghalek T, Sahraoui T. Etude épidémiologique du cancer du côlon chez les patients de l'ouest algérien. *J Afr Cancer*. 2009; 1: 31-35.
- 13.Lambert R. Épidémiologie du cancer colorectal (CCR). *Cancero digest* 2009 ; 1: 2-6.
- 14.Gaudre N, LY M, Babiaga Y, Dembele AK, Bathily M, Kone A, Diallo YL, Diallo DA. Particularités épidémiologiques et cliniques du cancer colorectal dans le service d'hématologie oncologie médical du point G de Bamako au Mali de 2005 à 2011: 113 cas. *Mali Médical*. 2013; 28(3): 32-36.
- 15.Giovannucci E. Modifiable risk factors for colon cancer. *Gastroenterol Clin North Am*. 2002; 31: 925-943.
- 16.Jackson-Thompson J, Ahmed F, German RR, Lai SM, Friedman C. Descriptive epidemiology of colorectal cancer in the United States, 1998-2001. *Cancer*. 2006; 107, 5 Suppl: 1103-11.
- 17.Henry KA, Sherman R, Roche LM. Colorectal cancer stage at diagnosis and area socioeconomic characteristics in New Jersey. *Health Place*. 2009; 15(2): 505-13.
- 18.Sedrati Y. Cancer colorectal Etude descriptive (Apropos de 162 cas) Thèse doctorat médecine, Faculté de médecine et de pharmacie, Fès. Maroc., 2013.
- 19.National Cancer Institute. Cancer Statistics review 1973-1987. NIH Publication no.90-279. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 1990.
- 20.Stirbu I, Kunst AE, Vlems FA et al. Cancer mortality rates among first and second generation migrants in the Netherlands: convergence toward the rates of the native dutch population. *Fut J Cancer*. 2006; 119(11): 2665-72.
- 21.Sedkaoui C. Chimiothérapie et thérapie ciblée dans le cancer colorectal métastatique, Thèse Doctorat e, Médecine, Faculté de Médecine, Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou. Algérie. 2015.
- 22.Lelong B, Moutardier V, Delpero JR. Prise en charge des tumeurs primitives colo-rectales. *La Revue du Praticien* 2004; 54: 155-166.
- 23.Masmoudi S, Khanfir A. Facteurs pronostiques des cancers colorectaux métastatiques en Tunisie, étude rétrospective à propos de 130 patients. *La Tunisie Médicale*. 2015; 93(1): 11-15.
- 24.Peghini M, Rajaonarison P, Pecarrere JL, Razafindramboa H, Richard J, Morin D. Épidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar. Apport de 14 000 endoscopies effectuées au centre hospitalier de Soavinandriana à Antananarivo. *Med Afr Noire*. 1997; 44(10): 518-21.
- 25.Sentissi S, Amrani L, Serraj I, Galab M, Ibrahim A, Amrani N. Caractéristiques épidémiologiques du cancer colorectal : étude multicentrique. *Acta Endosc*. 2010 ; 40: 419-423.
- 26.Darré T, Amégbor K, Bagny A, Sewa E, Tchangai B, Sakiye A, et al. Profil histo-épidémiologique des cancers colorectaux au Togo. *J Afr Hépatol Gastroentérol*. 2014; 8: 226-229.
- 27.Maggiorel L, Goere D, Tzanis D et al. Faut-il opérer les patients ayant une carcinose péritonéale et des métastases hépatiques synchrones? *JHFOD* 2012.
- 28.Arfaoui TA, Kriaa Ben Mahmoud L, Khiari M, Lahmer A, Gharbi L, Dhraïef M et al. Etude épidémiologique, anatomopathologique et évaluation des facteurs pronostiques des adénocarcinomes colorectaux mucineux vs non mucineux à propos d'une série de 196 patients. *La Tunisie Médicale*. 2010; 88(1): 12-17.

29. Zekri J, Rizvi A, Al-Maghrabi J et al. K-ras in Colorectal Cancer Tumors From Saudi Patients: Frequency, Clinico-pathological Association and Clinical Outcome. *The Open Colorectal Cancer Journal*. 2012; 5: 22-27.

30. Pilleul F. Imagerie scanographique du colon ou coloscopie virtuelle. *Rev Med Suisse*. 2010; 6 : 584-7.

31. Fujita S, Shimoda T, Yoshimura K et al. Prospective evaluation of prognostic factors in patients with colorectal cancer undergoing curative resection. *J Surg Oncol*. 2003; 84: 127-31.