

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITE DE BATNA EL HADJ LAKHDAR
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE



THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME
DE DOCTORAT EN SCIENCES MEDICALES

**LES CANCERS COLORECTAUX DANS LES WILAYAS DE BATNA
ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE**

SOUTENUE PAR DOCTEUR : MALLEM DJAMEL
MAITRE ASSISTANT EN MEDECINE INTERNE

DIRECTEUR DE THESE : PROFESSEUR HAMDY-CHERIF MOKHTAR

MEMBRES DU JURY :

PROFESSEUR BOUZID KAMEL	PRESIDENT
PROFESSEUR RAHAL AZZEDDINE	MEMBRE
PROFESSEUR ROULA DAUD	MEMBRE
PROFESSEUR MALEK RACHID	MEMBRE



ANNEE/2010

Résumé

Le cancer colorectal constitue un problème majeur de santé publique dans les pays les plus riches de la planète à cause de sa fréquence mais surtout en raison de sa gravité.

Dans notre pays, le cancer colorectal est devenu le premier cancer digestif chez les deux sexes. Il occupe la deuxième ou la troisième place chez l'homme et chez la femme en fonction des registres des cancers des différentes régions du pays.

Si l'incidence du cancer colorectal en Algérie demeure faible par rapport aux pays développés, elle a enregistré ces dernières décennies une augmentation rapide qu'on attribue essentiellement à l'adoption d'un mode de vie de plus en plus occidentalisé, notamment, le changement de nos habitudes alimentaires avec une consommation de plus en plus importante de sucres raffinés et de graisses animales.

Le pronostic du cancer colorectal dans notre étude est grave, le taux de survie à 5 ans est d'environ 30%. La gravité du pronostic du cancer colorectal dans notre étude comme certainement dans le reste du pays, est due à plusieurs facteurs :

- mauvaise prise en charge des patients à la phase diagnostique avec un retard au diagnostic important ;
- retard dans l'entame des traitements après le diagnostic en raison de l'insuffisance des structures d'accueil spécialisées dans la prise en charge du cancer, et la non disponibilité et les pénuries récurrentes en médicaments destinés au traitement du cancer colorectal ;
- retard dans l'acquisition des techniques chirurgicales recommandées dans le traitement du cancer colorectal ;
- les nombreuses carences dans l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire ;
- L'absence de coordination entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients ;
- absence d'un suivi après la fin du traitement pour la majorité des patients qui ont bénéficié d'un traitement curatif.

Afin d'améliorer le pronostic du cancer colorectal dans pays, on doit remédier à toutes ces anomalies constatées dans la prise en charge de nos patients.



SOMMAIRE

LES DONNÉES DE LA LITTÉRAUTRE

1- INTRODUCTION

2- RAPPEL ANATOMIQUE

2-1 Le côlon

2-1-1 Généralités

2-1-2 Division anatomique du côlon

2-1-3 Les dimensions du côlon

2-1-4 La configuration externe du côlon

2-1-5 Les particularités morphologiques de chaque portion du côlon

2-1-6 La vascularisation du côlon

2-1-7 L'innervation du côlon

2-1-8 L'histologie du côlon

2-2 Le rectum

2-2-1 Généralités

2-2-2 Le rectum pelvien (ampoule rectale)

2-2-3 Le segment périnéal (canal anal)

2-2-4 Les rapports du rectum

2-2-5 La vascularisation du rectum

2-2-6 l'innervation du rectum

3- ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES CANCERS COLORECTAUX

3-1 Fréquence des cancers colorectaux

3-2 Distribution géographique des cancers colorectaux

3-3 L'âge et le sexe

3-4 Détermination des groupes à risque

3-4-1 Les sujets à risque moyen

3-4-2 Les sujets à risque élevé

3-4-2-1 Parents au premier degré de sujets atteints d'un cancer colorectal

3-4-2-2 Sujets aux antécédents familiaux d'adénomes colorectaux

3-4-2-3 Sujets aux antécédents personnels de tumeurs colorectales

3-4-2-4 Sujets aux antécédents personnels de colites inflammatoires chroniques

3-4-2-4-1 Rectocolite hémorragique

3-4-2-4-2 Maladie de Crohn

3-4-3 Les sujets à risque très élevé

3-4-3-1 La polypose adénomateuse familiale (PAF)

3-4-3-2 Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC)

4- ÉTUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

4-1 Les formes histologiques des cancers colorectaux primitifs

4-1-1 Les adénocarcinomes

4-1-1-1 Les aspects macroscopiques des adénocarcinomes

4-1-1-2 Les aspects histologiques des adénocarcinomes

4-1-1-2-1 Les formes histologiques courantes

4-1-1-2-2 Les formes histologiques particulières

4-1-1-3 Les voies de dissémination

4-1-1-3-1 L'extension locorégionale

4-1-1-3-2 L'extension lymphatique

4-1-1-3-3 Les métastases hématogènes

4-1-1-3-4 L'envahissement veineux

4-1-1-4 Les classifications histopronostiques des adénocarcinomes colorectaux

4-1-2 Les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH)

4-1-3 Les tumeurs carcinoïdes

4-1-4 Les mélanomes malins

4-1-5 Les sarcomes

4-2 Les tumeurs colorectales bénignes à potentiel évolutif malin

4-2-1 Les adénomes polypoïdes

4-2-2 Les adénomes plans

4-2-3 Les adénomes festonnés

4-2-4 Les foyers des cryptes aberrantes

4-2-5 La polypose adénomateuse familiale (PAF)

4-3 La filiation adénome-cancer

5- ÉTHIOPATHOGÉNIE DES CANCERS COLORECTAUX

5-1 les mécanismes de la cancérogenèse colorectale

5-1-1 Les mécanismes moléculaires de la carcinogénèse colorectale

5-1-1-1 L'instabilité chromosomique

5-1-1-2 L'instabilité microsatellite

5-1-1-3 Les altérations épigénétiques

5-1-2 Les mécanismes de la carcinogénèse dans les syndromes de prédisposition génétiques

5-1-2-1 La polypose adénomateuse familiale (PAF)

5-1-2-2 Le syndrome Hereditary Non Polyposis Colon Cancer (HNPCC)

5-1-3 Les différentes voies de transformations malignes

5-1-3-1 La voie de signalisation WNT ou voie APC/ β caténine

5-1-3-2 La voie de signalisation TGF β

5-1-3-3 La voie de signalisation RAS

5-1-3-4 La voie de signalisation de la protéine TP53

5-2 Le rôle de l'alimentation dans la cancérogenèse colorectale

5-2-1 Le rôle des légumes et fruits

5-2-2 Le rôle des fibres alimentaires

5-2-3 Le rôle des graisses

5-2-4 Le rôle des viandes et charcuteries

5-2-5 Le rôle des microconstituants

5-2-5-1 Les micronutriments

5-2-5-1-1 Les folates

5-2-5-1-2 Les vitamines D

5-2-5-1-3 Le calcium

5-2-5-1-4 Les autres micronutriments

5-2-5-2 Les microconstituants non nutritifs

5-2-6 Le rôle des apports caloriques et de l'activité physique

5-3 Le rôle des habitudes toxiques

5-3-1 L'alcoolisme-

5-3-2 Tabagisme chronique

6- LE DIAGNOSTIC DES CANCERS COLORECTAUX

6-1 Étude clinique

6-1-1 Étude clinique des cancers coliques

6-1-2 Étude clinique des cancers rectaux

6-2 Les examens paracliniques à visée diagnostique

6-2-1 Les examens paracliniques dans le diagnostic des cancers coliques

6-2-1-1 Les explorations endoscopiques

6-2-1-1-1 La coloscopie

6-2-1-1-2 La rectosigmoïdoscopie

6-2-1-1-3 Les nouvelles techniques d'endoscopie digestive

6-2-1-1-4 Les nouvelles perspectives du diagnostic endoscopique du cancer du côlon

6-2-1-2 Les explorations radiologiques

6-2-1-2-1 Le lavement baryté

6-2-1-2-2 La coloscopie virtuelle (coloscanner)

6-2-1-3 Les marqueurs tumoraux

6-2-2 Les examens paracliniques dans le diagnostic des cancers rectaux

6-2-2-1 La rectoscopie

6-2-2-2 La rectosigmoïdoscopie

6-3 Le bilan d'extension

6-3-1 Le bilan d'extension du cancer du côlon

6-3-1-1 Les marqueurs tumoraux

6-3-1-2 Le bilan radiologique

6-3-1-2-1 L'échographie abdominale

6-3-1-2-2 La tomodensitométrie abdominale

6-3-1-2-3 L'imagerie par résonance magnétique abdominale

6-3-1-2-4 La tomographie par émission de positons (Pet-Scan)

6-3-1-2-5 La radiographie du thorax

6-3-1-2-6 La tomodensitométrie thoracique

6-3-1-2-7 Autres explorations radiologiques

6-3-1-2 Le bilan d'extension endoscopique (coloscopie)

6-3-2 Le bilan d'extension du cancer du rectum

6-3-2-1 Les marqueurs tumoraux

6-3-2-2 Le bilan radiologique

6-3-2-2-1 L'échographie endorectale

6-3-2-2-2 L'imagerie par résonance magnétique pelvienne

6-3-2-2-3 La tomographie par émission de positons (Pet-Scan)

6-3-2-2-4 Les autres examens radiologiques

6-3-2-3 Le bilan endoscopique (coloscopie et cystoscopie)

7- LE TRAITEMENT

7-1 Le traitement du cancer du côlon

7-1-1 Traitement du cancer du côlon non métastatique

7-1-1-1 Traitement chirurgical

7-1-1-1-1 Les principes carcinologiques

7-1-1-1-2 Les différents types de colectomie

7-1-1-1-3 La coelioscopie dans la chirurgie du cancer du côlon

7-1-1-1-4 Les indications du traitement chirurgical

7-1-1-1-4-1 Les cancers du côlon non compliqués

7-1-1-1-4-2 Les cancers du côlon compliqués en situation d'urgence

7-1-1-1-4-3 Les cancers du côlon localement avancés opérables

7-1-1-2 Traitement adjuvant (la chimiothérapie adjuvante)

7-1-1-2-1 Les principales drogues de chimiothérapie adjuvante

7-1-1-2-2 Les principaux protocoles de chimiothérapie adjuvante

7-1-1-2-3 Les indications de la chimiothérapie adjuvante

7-1-2 Traitement du cancer du côlon métastatique

7-1-2-1 Le traitement chirurgical

7-1-2-1-1 Cancers du côlon avec métastases synchrones

7-1-2-1-1-1 Cancers du côlon avec métastases hépatiques synchrones

7-1-2-1-1-2 Cancers du côlon avec métastases extra-hépatiques synchrones

7-1-2-1-2 Cancers du côlon avec métastases métachrones

7-1-2-2 Les alternatives au traitement chirurgical

7-1-2-2-1 Traitement des métastases hépatiques non résécables

7-1-2-2-2 Traitement de la carcinose péritonéale (CHIP)

7-1-2-3 La chimiothérapie palliative

7-1-2-3-1 Intérêts et conditions de réalisation d'une chimiothérapie palliative

7-1-2-3-2 Principaux protocoles de chimiothérapie palliative

7-1-2-4 La thérapie ciblée

7-1-2-5 L'association chimiothérapie palliative et thérapie ciblée

7-1-2-6 Les indications de la chimiothérapie palliative et de la thérapie ciblée

7-2 Le traitement du cancer du rectum

7-2-1 Le traitement chirurgical

7-2-1-1 Les principes carcinologiques de la chirurgie du cancer du rectum

7-2-1-2 Les techniques chirurgicales

7-2-1-2-1 Les interventions mutilantes

7-2-1-2-2 Les interventions avec conservation du sphincter anal

7-2-1-3 Les indications du traitement chirurgical

7-2-1-4 Traitement par coelioscopie du cancer du rectum

7-2-2 Les traitements locaux

7-2-2-1 Les traitements locaux à visée curative

7-2-2-2 Les traitements locaux à visée palliative

7-2-3 La radiothérapie

7-2-3-1 Mode d'action de la radiothérapie

7-2-3-2 Les types de radiothérapie

7-2-3-3 La toxicité de la radiothérapie

7-2-4 La chimiothérapie

7-2-4-1 Intérêts de la chimiothérapie dans le traitement du cancer du rectum

7-2-4-2 Les protocoles de chimiothérapie

7-2-5 Les indications thérapeutiques dans le cancer du rectum

7-2-5-1 Les indications thérapeutiques dans le cancer du rectum non métastatique

7-2-5-2 Les indications thérapeutiques dans le cancer du rectum métastatique

8- LA SURVEILLANCE DES CANCERS COLORECTAUX APRÈS TRAITEMENT

8-1 Les modalités de surveillance

9- LES FACTEURS PRONOSTIQUES DANS LES CANCERS COLORECTAUX

9-1 Les facteurs pronostiques socioéconomiques

9-2 Les facteurs pronostiques cliniques

9-3 Les facteurs pronostiques histopronostiques

9-4 Les facteurs pronostiques biologiques et cytogénétiques

10- LA PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

10-1 La prévention primaire

10-2 La prévention secondaire et le dépistage

10-2-1 Le dépistage dans le groupe à risque moyen (dépistage de masse)

10-2-1-1 Définition et objectif d'un dépistage de masse dans le cancer colorectal

10-2-1-2 Les méthodes de dépistage de masse dans le cancer colorectal

10-2-1-3 Les tests Hemocult® II

10-2-1-4 Les études d'évaluation de l'efficacité de dépistage par Hemocult®

10-2-2 Le dépistage dans le groupe à risque élevé

10-2-3 Le dépistage dans le groupe à risque très élevé

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 1 : MATÉRIELS ET MÉTHODES

1- INTRODUCTION

2- LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

3- LA MÉTHODOLOGIE

3-1 Les critères d'inclusion

3-2 Les critères d'exclusion

3-3 Le recrutement des patients

3-4 Les sources d'information

3-5 Les paramètres à étudier

3-6 Les étapes de l'étude

4- LES TECHNIQUES STATISTIQUES

CHAPITRE 2 : RÉSULTATS

I-ÉTUDE DES PARAMÈTRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES CLINIQUES ET CYTOPATHOLOGIQUES

1 LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- 1-1 Répartition des patients par sexe et par âge
- 1-2 Répartition des patients par sexe
- 1-3 Répartition des patients par lieu de résidence
- 1-4 Répartition des patients par année d'étude
- 1-5 Les antécédents personnels et familiaux des patients

2 LES DONNÉES CLINIQUES

- 2-1 Proportion des différents symptômes et syndromes
- 2-2 Répartition des symptômes et syndromes selon la topographie de la tumeur
- 2-3 Répartition des symptômes et syndromes selon le sexe

3 LES DONNÉES ANATOMOPATHOLOGIQUES

3-1 Étude histologique de la tumeur

- 3-1-1 Cancers du côlon
 - 3-1-1-1 Les types histologiques de la tumeur
 - 3-1-1-2 Les variétés histologiques des adénocarcinomes
 - 3-1-1-3 Le degré de différenciation des adénocarcinomes
- 3-1-2 Cancers du rectum
 - 3-1-1-1 Les types histologiques de la tumeur
 - 3-1-1-2 Les variétés histologiques des adénocarcinomes
 - 3-1-1-3 Le degré de différenciation des adénocarcinomes

3-2 Étude de la topographie de la tumeur

- 3-2-1 Cancers du côlon
 - 3-2-1-1 Sièges de la tumeur
- 3-2-2 Cancers du rectum
 - 3-2-2-1 Sièges de la tumeur

3-3 Étude des ganglions

- 3-3-1 Cancers du côlon
 - 3-3-1-1 Nombre de ganglions régionaux examinés
 - 3-3-1-2 Nombre de ganglions régionaux envahis
- 3-3-2 Cancers du rectum
 - 3-3-2-1 Nombre de ganglions régionaux examinés
 - 3-3-2-2 Nombre de ganglions régionaux envahis

3-4 L'infiltration des structures vasculo-nerveuses péri-tumorales

- 3-4-1 Cancers du côlon
 - 3-4-1-1 Les embolies endovasculaires
 - 3-4-1-2 L'engainement périnerveux
- 3-4-2 Cancers du rectum
 - 3-4-2-1 Les embolies endovasculaires
 - 3-4-2-2 L'engainement périnerveux

3-5 Qualité de la résection tumorale

- 3-5-1 Les tranches de section
- 3-5-2 La marge digestive distale (cancer du rectum)
- 3-5-3 La marge digestive circonférentielle (cancer du rectum)

3-6 Classification anatomopathologique (pTNM)

3-7 Les polypes associés

- 3-7-1 La proportion des polypes associés

II LES FACTEURS DE RISQUES ALIMENTAIRES

4- RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ALIMENTAIRE ET HABITUDES TOXIQUES

- 4-1 La consommation des légumes
- 4-2 La consommation des fruits frais
- 4-3 La consommation des viandes
 - 4-3-1 La consommation des viandes rouges
 - 4-3-2 La consommation de volailles
 - 4-3-3 La consommation de poissons et fruits de mer
- 4-4 La consommation de lait et produits laitiers
- 4-5 La consommation de graisses
 - 4-5-1 La consommation de graisses végétales
 - 4-5-2 La consommation de graisses animales
- 4-6 Les habitudes toxiques
 - 4-6-1 Le Tabagisme chronique

III ÉTUDE DE LA SURVIE ET LES FACTEURS PRONOSTIQUES

5-1 Les courbes de survie

5-2 Étude comparative de la survie par rapport aux facteurs de risques

- 5-2-1 Étude comparative de la survie par rapport au type de cancer
- 5-2-2 Étude comparative de la survie par rapport au sexe
- 5-2-3 Étude comparative de la survie par rapport à l'âge
- 5-2-4 Étude comparative de la survie par rapport à la topographie de la tumeur
- 5-2-5 Étude comparative de la survie par rapport aux stades TNM (adénocarcinomes)
- 5-2-6 Étude comparative de la survie par rapport au degré de différenciation (adénocarcinomes)
- 5-2-7 Étude comparative de la survie par rapport au contexte chirurgical
- 5-2-8 Étude comparative de la survie par rapport aux rechutes tumorales
- 5-2-9 Étude comparative de la survie par rapport à la chimiothérapie adjuvante

IV ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION ET DU PRONOSTIC

6-1 Classification anatomoclinique des adénocarcinomes (TNM de l'UICC 2002)

- 6-1-1 Classification TNM des adénocarcinomes en six stades
- 6-1-2 Classification des adénocarcinomes en quatre stades

6-2 Étude de la morbidité

- 6-2-1 Les rechutes tumorales
 - 6-2-1-1 La proportion des rechutes tumorales
 - 6-2-1-2 Les types de rechutes tumorales
- 6-2-2 L'évolution sans rémission
- 6-2-3 Les métastases
 - 6-2-3-1 La proportion des métastases
 - 6-2-3-2 Le siège des métastases
- 6-2-4 Les complications post-traitement liées au cancer
 - 6-2-4-1 La proportion des complications
 - 6-2-4-2 Les types de complications

6-3 Étude des modes d'évolution

- 6-3-1 Répartition des modes d'évolution
- 6-3-2 Répartition des modes d'évolution par sexe
- 6-3-3 Répartition des modes d'évolution par stade (TNM)
- 6-3-4 Répartition des modes d'évolution par classe anatomopathologique (pTNM)

6-4 Relation entre le traitement et le pronostic

- 6-4-1 Relation entre le contexte chirurgical et le pronostic
 - 4-6-1-1 Répartition des décès et rémissions selon le contexte chirurgical

- 4-6-1-2 Répartition des décès et rémissions selon le contexte chirurgical et par sexe
- 4-6-1-3 Relation entre contexte chirurgical et rechute tumorale
- 6-4-2 Relation entre la chimiothérapie et le pronostic (cancers du côlon)
 - 6-4-2-1 Relation entre les indications de la chimiothérapie et décès et rémissions
 - 6-4-2-2 Relation entre les indications de la chimiothérapie et décès et rémissions par sexe
 - 6-4-2-3 Relation entre indications de la chimiothérapie adjuvante et cancer stade III
 - 6-4-2-4 relation entre indications de la chimiothérapie adjuvante et rechute tumorale
- 6-4-3 Relation entre la radiothérapie et le pronostic (cancers du rectum)
 - 6-4-3-1 Relation entre les indications de la radiothérapie et décès et rémissions
 - 6-4-3-2 Relation entre les protocoles de radiothérapie et décès et rémissions
 - 6-4-3-3 Relation entre les protocoles de radiothérapie et décès et rémissions

V ÉTUDE DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

7 BILAN DIAGNOSTIC

- 7-1 L'exploration ayant permis de poser ou de retenir le diagnostic de cancer
- 7-2 Le délai moyen entre le premier symptôme et le diagnostic
- 7-3 Le bilan d'extension
 - 7-3-1 Bilan d'extension radiologique
 - 7-3-2 Bilan d'extension endoscopique
 - 7-3-3 Bilan d'extension biologique

8 LE TRAITEMENT

8-1 Traitement chirurgical

- 8-1-1 Les indications du traitement chirurgical
 - 8-1-1-1 Répartition des indications du traitement chirurgical par sexe
 - 8-1-1-2 Répartition des indications du traitement chirurgical par stade d'adénocarcinome
- 8-1-2 Le contexte chirurgical
 - 8-1-2-1 Répartition du contexte chirurgical par sexe
 - 8-1-2-2 Répartition du contexte chirurgical par stade d'adénocarcinome
- 8-1-3 Les techniques chirurgicales
- 8-1-4 Les établissements de prise en charge chirurgicale
 - 8-1-4-1 Le type d'établissement de prise en charge chirurgicale
 - 8-1-4-2 Le type d'établissement public de prise en charge chirurgicale
- 8-1-5 Les délais moyens entre le diagnostic et le traitement chirurgical

8-2 La chimiothérapie

- 8-2-1 Les indications de la chimiothérapie
 - 8-2-1-1 Répartition des indications de la chimiothérapie
 - 8-2-1-2 Répartition des indications de la chimiothérapie par stade d'adénocarcinome
- 8-2-2 Chimiothérapie curative
 - 8-2-2-1 Les protocoles de chimiothérapie curative
 - 8-2-2-2 Les types de chimiothérapie curative (cancers du rectum)
- 8-2-3 Chimiothérapie palliative
 - 8-2-3-1 Les types de chimiothérapie palliative
 - 8-2-3-2 Les protocoles de chimiothérapie palliative
- 8-3-4 Les établissements de prise en charge du traitement par chimiothérapie

8-3 La radiothérapie

- 8-3-1 Répartition des indications de la radiothérapie
- 8-3-2 Répartition des protocoles de radiothérapie
- 8-3-3 Le mode de fractionnement
- 8-3-4 Les établissement de prise en charge du traitement par radiothérapie

9 LA SURVEILLANCE POST-TRAITEMENT

9-1 La proportion des patients ayant bénéficié d'une surveillance post-traitement

CHAPITRE 3 : DISCUSSION

I ANALYSE DES PARAMÈTRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES CLINIQUES ET CYTOPATHOLOGIQUES

1 LES CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1-1 Proportions des cancers du côlon et du rectum

1-2 L'âge au diagnostic et le sexe

1-2-1 L'âge au diagnostic

1-2-2 Proportion des sujets jeunes au diagnostic

1-2-3 L'âge au diagnostic selon le sexe

1-2-4 Répartition du cancer colorectal selon le sexe

1-3 Les antécédents

1-3-1 Antécédents personnels

1-3-2 Antécédents familiaux

2 L'ANALYSE DES DONNÉES CLINIQUES

2-1 Diagnostic du cancer colorectal à la phase asymptomatique

2-2 Répartition des symptômes et syndromes selon la topographie de la tumeur

2-3 Répartition des symptômes et syndromes selon le sexe

3 L'ANALYSE DES DONNÉES ANATOMOPATHOLOGIQUES

3-1 Étude histologique de la tumeur

3-2 Étude de la topographie de la tumeur

3-3 Étude des ganglions

3-4 Étude de l'envahissement des structures vasculonerveuses péri-tumorales

3-5 Étude de la qualité de la résection intestinale

3-5-1 Les tranches de section intestinale

3-5-2 La marge digestive distale

3-5-3 La marge digestive circonférentielle

3-6 La classification histopronostique (pTNM)

3-7 Étude des polypes synchrones

3-8 La polypose colorectale

3-9 Les colites inflammatoires

II ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUES ALIMENTAIRES ET HABITUDES TOXIQUES

4 FACTEURS DE RISQUES ALIMENTAIRE

4-1 La consommation des légumes crus

4-2 La consommation des fruits frais

4-3 La consommation des viandes

4-3-1 La consommation des viandes rouges

4-3-2 La consommation des viandes blanches

4-3-3 La consommation du poisson et des fruits de mer

4-4 La consommation du lait et des produits laitiers

4-5 La consommation des graisses

4-5-1 La consommation des graisses végétales

4-5-2 La consommation des graisses animales

4-6 Les habitudes toxiques

4-6-1 Le tabagisme chronique

4-6-2 la consommation d'alcool

III ÉTUDE DE LA SURVIE ET FACTEURS PRONOSTIQUES

5 ÉTUDE DE LA SURVIE

5-1 Étude de la survie globale

5-2 Analyse de la survie et facteurs pronostiques

5-2-1 Analyse univariée

5-2-1-1 Analyse de la survie en fonction de l'âge

5-2-1-2 Analyse de la survie en fonction du sexe

5-2-1-3 Analyse de la survie en fonction du type de cancer (côlon/rectum)

5-2-1-4 Analyse de la survie selon la topographie du cancer du côlon et du rectum

5-2-1-5 Analyse de la survie selon le stade TNM de l'adénocarcinome colorectal

5-2-1-6 Analyse de la survie selon de degré de différenciation de l'adénocarcinome

5-2-1-7 Analyse de la survie en fonction du contexte chirurgical

5-2-1-8 Analyse de la survie selon l'adjonction ou non d'une chimiothérapie adjuvante

5-2-1-9 Analyse de la survie en fonction des rechutes tumorales

5-2-2 Analyse multivariée

5-2-2-1 Cancer du côlon

5-2-2-2 Cancer du rectum

5-2-2-3 Cancer colorectal

IV ANALYSE DE L'ÉVOLUTION ET DU PRONOSTIC

6 ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

6-1 CLASSIFICATION ANATOMOCLINIQUE

6-1-1 Répartition des stades anatomocliniques (classification TNM)

6-1-2 Les causes de l'absence de stadification anatomoclinique dans le cancer du rectum

6-1-3 Répartition des stades anatomocliniques (TNM) par sexe

6-2 ÉTUDE DE LA MORBIDITÉ

6-2-1 Les rechutes tumorales

6-2-1-1 Proportion des rechutes tumorales

6-2-1-2 Rechute tumorale et stade TNM d'adénocarcinome

6-2-1-3 Rechute tumorale et sexe

6-2-1-4 Le type de rechute tumorale

6-2-1-5 Rechute tumorale et traitement

6-2-1-6 Rechute tumorale et pronostic

6-2-2 Les métastases

6-2-2-1 Proportion des métastases

6-2-2-2 Métastases et sexe

6-2-2-3 Le siège des métastases

6-2-2-4 La prise en charge du cancer colorectal métastatique

6-2-2-5 Métastases et pronostic

6-2-3 Les complications liées à la croissance de la tumeur primitive

6-2-3-1 Proportion des complications

6-2-3-2 Les types de complications

6-2-3-3 Complications et traitement

6-2-3-4 Complications et pronostic

6-3 ÉTUDE DE LA MORTALITÉ

6-3-1 Mortalité et type de cancer (côlon/rectum)

6-3-2 Espérance de vie des patients décédés

6-3-3 Mortalité et sexe

6-3-4 Mortalité et âge

6-3-5 Mortalité et stade (TNM) de l'adénocarcinome

6-3-6 Mortalité et statut ganglionnaire

6-3-7 Les causes de la mortalité

6-4 RELATION ENTRE TRAITEMENT ET PRONOSTIC

6-4-1 Relation entre contexte chirurgical et pronostic

6-4-1-1 Relation entre contexte chirurgical et décès et rémissions

6-4-1-2 Relation entre contexte chirurgical et décès et rémission par sexe

6-4-1-3 Relation entre contexte chirurgical et rechute tumorale

6-4-2 Relation entre chimiothérapie et pronostic (cancer du côlon)

6-4-2-1 L'impact de la chimiothérapie curative sur les décès et rémissions

6-4-2-2 Efficacité de la chimiothérapie selon le sexe

6-4-2-3 Chimiothérapie adjuvante et adénocarcinome stade III

6-4-2-4 L'impact de la chimiothérapie sur le risque de rechute tumorale

6-4-3 Relation entre radiothérapie et pronostic (cancer du rectum)

V ANALYSE DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

7 LES MOYENS DIAGNOSTIQUES

7-1 Les explorations ayant permis de poser ou de retenir le diagnostic

7-1-1 Cancers du côlon

7-1-1-1 La place de l'endoscopie digestive basse dans le diagnostic des cancers du côlon

7-1-1-2 La qualité de la coloscopie

7-1-2 Cancers du rectum

7-2 Le délai moyen entre le ou les premiers symptômes et le diagnostic

8 LE BILAN D'EXTENSION

8-1 Cancers du côlon

8-1-1 Bilan d'extension radiologique

8-1-1-1 La place de l'échographie et la tomodensitométrie abdominopelvienne

8-1-1-2 La place de l'échographie per-opératoire

8-1-1-3 La place du lavement baryté

8-1-2 Bilan d'extension endoscopique

8-2 Cancers du rectum

8-2-1 Bilan d'extension radiologique

8-2-1-1 La place de l'échographie et la tomodensitométrie abdominopelvienne

- 8-2-1-2 La place de l'écho-endoscopie rectale
- 8-2-1-3 La place de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire pelvienne
- 8-2-1-4 La place du lavement baryté
- 8-2-2 Bilan d'extension endoscopique

9 TRAITEMENT

9-1 Traitement chirurgical

9-1-1 Les indications du traitement chirurgical

9-1-1-1 Répartition des indications du traitement chirurgical

9-1-1-2 Les causes de non opérabilité

9-1-1-3 Les indications du traitement chirurgical selon le stade de l'adénocarcinome

9-1-2 Le contexte chirurgical

9-1-3 Les techniques chirurgicales

9-1-3-1 Cancers du côlon

9-1-3-1-1 La place de la chirurgie de Hartmann

9-1-3-1-2 La place de la colectomie laparoscopique

9-1-3-1-3 La place de la prothèse colique

9-1-3-2 Cancers du rectum

9-1-3-2-1 La place de l'amputation abdominopérinéale

9-1-3-2-2 La place de l'excision totale du mésorectum

9-1-3-2-3 La place des traitements locaux

9-1-4 Le délai moyen entre le diagnostic et le traitement chirurgical

9-1-4-1 Cancers du côlon

9-1-4-2 Cancers du rectum

9-1-4-3 Les causes du retard du traitement chirurgical après le diagnostic

9-1-5 Les établissements de prise en charge chirurgicale

9-1-5-1 Répartition de la prise en charge chirurgicale entre secteur public et privé

9-1-5-2 L'apport des secteurs sanitaires périphériques dans la prise chirurgicale

9-1-5-3 La contribution des centres de cancérologie dans la prise en charge chirurgicale

9-2 Chimiothérapie

9-2-1 Les indications de la chimiothérapie

9-2-1-1 Cancers du côlon

9-2-1-1-1 Les causes de non prescription de la chimiothérapie

9-2-1-1-2 Les indications de la chimiothérapie dans les adénocarcinomes stade IV

9-2-1-2 Cancers du rectum

9-2-1-2-1 La proportion des patients traités par chimiothérapie

9-2-1-2-2 Les indications de la chimiothérapie curative dans le cancer du rectum

9-2-2 Les protocoles de chimiothérapie curative

9-2-3 Les délais entre le traitement chirurgical et la chimiothérapie adjuvante (cancers du côlon)

9-2-4 Les protocoles de chimiothérapie palliative

9-2-5 Les établissements de prise en charge d'oncologie médicale

9-3 Radiothérapie (cancers du rectum)

9-3-1 Les indications de la radiothérapie dans le cancer du rectum

9-3-1-1 Les causes de non prescription de radiothérapie

- 9-3-1-2 Les indications de radiothérapie postopératoire
- 9-3-1-3 Les indication de la radiothérapie dans les cancers du haut rectum
- 9-3-2 Étude des délais de la radiothérapie
 - 9-3-2-1 Le délai entre le diagnostic et la radiothérapie première
 - 9-3-2-2 Le délai entre radiothérapie première et traitement chirurgical
 - 9-3-2-3 Le délai entre chirurgie ^première et radiothérapie
- 9-4 La place de la concertation pluridisciplinaire dans la prise de décision thérapeutique

10 LA SURVEILLANCE POST TRAITEMENT

- 10-1 Les causes d'absence de surveillance post-traitement
- 10-2 La qualité de la surveillance post traitement
- 10-3 Les facteurs qui influencent la qualité de la surveillance post-traitement

CHAPITRE 4 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

LES ANNEXES

L'ANNEXE I : L'ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DES CANCERS COORECTAUX

- 1- L'évolution de l'incidence des cancers colorectaux dans le monde
- 2- L'évolution de l'incidence des cancers colorectaux en Algérie
- 3- L'évolution de l'incidence des cancers colorectaux dans la wilaya de Batna
- 4- Étude comparative des incidences standardisées des cancers colorectaux

L'ANNEXE II : CONSTAT RÉTROSPECTIF SUR LE CANCER COLORECTAL DANS LA WILAYA DE BATNA 1996 – 2000

- 1- La répartition des cancers colorectaux selon le type de cancer
- 2- La répartition des cancers colorectaux selon le sexe
- 3- La répartition des cancers colorectaux selon la moyenne d'âge
- 4- La répartition des cancers colorectaux selon la topographie de la tumeur
- 5- La répartition des cancers colorectaux selon le type histologique