

# Les cancers du rectum au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (à propos de 26 cas)

---

S. S. TRAORE<sup>1</sup>, M. ZIDA<sup>1</sup>, A. M. SANOU/LAMIEN<sup>3</sup>, A. K. SERME<sup>2</sup>,  
O. M. L. GOUMBRI<sup>3</sup>, G. P. BONKOUNGOU<sup>1</sup>, U. COULIDIATY<sup>1</sup>, D. SANO<sup>1</sup>

## Résumé

Les cancers du rectum sont des affections graves à cause du diagnostic tardif et des difficultés thérapeutiques.

La présente étude s'est fixée comme objectif de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et les difficultés de prise en charge de ces cancers dans le milieu burkinabè et de rapporter nos résultats thérapeutiques.

Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur tous les cancers du rectum histologiquement confirmés au Centre Hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) de janvier 1995 à décembre 2004. Pour chaque patient, les éléments suivants ont été pris en compte : l'état civil, les circonstances de découverte, les signes cliniques, le protocole opératoire, les résultats de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, les complications postopératoires.

Les cancers du rectum ont représenté 1,4% des tumeurs malignes, 10,6 % des cancers du tube digestif et 29 % des cancers colo-rectaux. Une prédominance masculine (14 hommes et 12 femmes) et un âge moyen de 42 ans ont été notés. Les formes occlusives révélatrices ont représenté 23 % des cas et l'adénocarcinome 85 % des cas.

Le taux d'opérabilité a été de 61 %, le taux de résécabilité de 42 % et le refus de la colostomie définitive chez 54 % des patients.

La formation de stomathérapeutes et la création d'association de stomisés seraient nécessaires pour sensibiliser et faciliter l'insertion sociale des patients.

**Mots-clés :** Cancer du rectum, Burkina Faso, adénocarcinome, colostomie définitive.

## The cancer of rectum at the university teaching Hospital Yalgado Ouedraogo (in connection with 26 cases)

### Abstract

Cancers of the rectum are serious affections because of the late diagnosis and the therapeutic difficulties. The present study was fixed like objective to specify the epidemiologic, clinical aspects and the difficulties of treatment of these cancers in the burkinabè medium and to bring back our therapeutic results.

It was about a retrospective study, bearing on all the cancers of the rectum histologically confirmed in the Teaching university Hospital Yalgado Ouédraogo from January 1995 to December 2004. For each patient, the following elements were taken into account: the marital status, circumstances of discovery, clinical signs, operational protocol, results of the examination anatomopathologic and post-operative complications.

---

<sup>1</sup> Service chirurgie viscérale du CHNYO

<sup>2</sup> Service gastro-entérologie du CHNYO

<sup>3</sup> Service anatomopathologie du CHNYO

Cancers of the rectum accounted for 1,4% of the malignant tumours, 10,6 % of cancers of the digestive tract and 29 % of colo-rectal cancers. A male prevalence (14 men and 12 women) and 42 years mean age were noted. The revealing occlusive forms represented 23 % of the cases and the adenocarcinoma was 85 % of the cases.

The rate of operability was 61 %, the rate of resectability of 42 % and the refusal of the final colostomy at 54 % of the patients.

The creation of people association who live with colostomy are necessary to sensitize and facilitate the social integration of the patients.

**Keywords :** Cancer of rectum, Burkina Faso, adenocarcinoma, definitive colostomy.

## Introduction

Les cancers du rectum ne sont pas rares au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO). Après une étude globale des cancers du tube digestif (MOYENGA, 1998), une étude analytique était nécessaire. Parmi ces cancers du tube digestif, les cancers du rectum sont graves à cause du diagnostic tardif et des difficultés thérapeutiques. Les cancers du rectum posent des problèmes d'une part aux chirurgiens et d'autre part aux malades (YANGNI-ANGATE, 1987).

Nous nous proposons dans cette étude de rapporter tous les cas de cancers du rectum histologiquement confirmés au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) de janvier 1995 à décembre 2004, dans le but de préciser quelques aspects épidémiologiques, cliniques et les difficultés de prise en charge de cette affection dans le milieu burkinabé et de rapporter nos résultats thérapeutiques.

## Méthodologie

L'étude s'est déroulée dans le service des urgences viscérales et le service de chirurgie générale et digestive du CHUYO (un des trois hôpitaux de référence du Burkina Faso) du 1<sup>er</sup> janvier 1995 au 31 décembre 2004 (10 ans). Il s'est agi d'une analyse rétrospective des dossiers des patients ayant présenté un cancer du rectum histologiquement confirmé.

Pour chaque patient, les éléments suivants ont été pris en compte : l'état civil, la provenance, les antécédents, le délai de consultation, les circonstances de découverte, les signes cliniques, l'échographie abdominale, la recto sigmoïdoscopie, le protocole opératoire, les résultats de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire et les complications postopératoires. Au terme de l'étude, 26 dossiers ont été retenus.

Les données recueillies ont été saisies grâce au logiciel EPI-INFO version 3.2.

## Résultats

En 10 ans, 1748 tumeurs malignes (TM) histologiquement confirmées, 245 cancers du tube digestif (CTD), 90 cancers colo-rectaux (CCR) dont 26 du rectum ont été recensés au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO). Ces cancers du rectum ont représenté 1,4 % des TM, 10,6 % des CTD et 29 % des CCR.

L'âge moyen des patients a été de 42 ans avec des extrêmes de 15 et 65 ans. Dans l'échantillon il y avait 14 hommes (54 %) avec un sex-ratio de 1,16.

Dix neuf patients venaient du milieu rural (73 % des cas) et 7 du milieu urbain (27 %). La bilharziose rectale a été notée chez 4 patients et une polypose colique dans un cas.

Six patients ont été reçus en urgence pour une occlusion intestinale aiguë (23 % des cas), 20 ont été admis pour des rectorragies et des douleurs abdominales (77 %).

L'examen a permis de noter une pâleur des muqueuses (20 cas), un météorisme abdominal (6 cas), une masse abdominale palpable (5 cas), une hépatomégalie (1 cas).

Le toucher rectal pratiqué dans 20 cas a révélé une tumeur ulcéro-bourgeonnante dans 16 cas et a permis la biopsie.

La coloscopie (20 cas) a objectivé une polypose colique dans un cas.

L'échographie abdominale pratiquée dans 18 cas a mis en évidence une uretero-hydronephrose dans 4 cas, des nodules péritonéaux (5 cas) et des métastases hépatiques (1 cas).

Le siège de la tumeur a été le rectum supérieur (7 cas), le 1/3 moyen (6 cas), le 1/3 inférieur (13 cas). L'adénocarcinome a été observé dans 22 cas (85 % des cas) : adénocarcinome lieberkuhnien 18 cas (69 %), adénocarcinome colloïde (3 cas), à bague à chaton (1 cas) et le lymphome lymphoblastique (4 cas).

Le traitement a consisté en urgence à la réanimation et une colostomie temporaire en amont de la tumeur (6 cas) et en chirurgie différée, il a été réalisé selon les cas, les gestes suivants. La répartition des patients selon le type de traitement a été représenté dans le tableau I.

**Tableau I.** Répartition des patients selon le type de traitement.

Traitement	Nombre	Pourcentage (%)
Résection antérieure avec anastomose colo-rectale	5	19
Résection complète du rectum, respectant le sphincter (Babcock-Bacon)	2	7,6
Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale	1	3,6
Amputation abdomino-périnéale avec colostomie définitive	3	11,6
Colostomie en amont de la tumeur	2	3,6
Laparotomie + biopsie	3	11,6
Refus d'emblée de l'amputation abdomino-périnéale et la colostomie définitive (non opéré)	10	38,4
Total	26	100

Neuf patients ont présenté des complications (37,5 %) à type de suppuration de paroi dans 7 cas (29 %), la guérison a été obtenue par les soins locaux, de péritonite post-opératoire (1 cas) ayant nécessité une reprise de l'intervention et d'une fistule stercorale (1 cas) qui a tari spontanément. Une récurrence locale a été notée dans 4 cas. Ces patients ont refusé l'amputation abdomino-périnéale et la colostomie définitive et ont préféré signer une décharge. Un décès a été observé au 3<sup>e</sup> jour

postopératoire par péritonite (6,5 % des cas) et 5 autres entre le 3<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> mois après l'intervention par insuffisance rénale (3 cas) et dénutrition (2 cas).

Quatorze patients (10 cas de refus d'emblée et les 4 cas de récurrence locale) ont refusé l'amputation abdomino-périnéale et la colostomie définitive (54 % des cas) pour des raisons de dignité et ont été perdus de vue. Le taux d'opérabilité a été de 61 % (16 cas). Le taux de résecabilité a été de 42 % (11 cas).

La chimiothérapie n'a pas été pratiquée à cause de son coût élevé. La radiothérapie a été absente dans nos conditions de travail.

Six patients ont vécu plus de 2 ans (les 4 cas de lymphome lymphoblastique et 2 cas d'adénocarcinome colloïde) et ont été perdus de vue par la suite.

## Discussion

Les cancers du rectum ne sont pas exceptionnels au Centre Hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO). Ils ont représenté 1,4 % des tumeurs malignes. La rareté des cancers du rectum a été soulignée par MOYENGA (1998), AYITE (1998) ILIYASU (1996) qui ont noté respectivement une fréquence de 1,12 %, 1,3 % et 1,4. L'ignorance, la pudeur, la provenance du milieu rural des patients, expliqueraient en partie ce faible taux des cancers du rectum dans notre milieu.

L'âge moyen des patients a été de 42 ans dans notre série. Classiquement le cancer du rectum est une affection de l'adulte et du sujet âgé. Ce constat a été fait par des auteurs africains (AYITE, 1998 ; NAAEDER, 1994 ; YANGNI-ANGATE, 1987). La prédominance masculine notée dans notre série est une donnée classique (NAAEDER, 1994 ; MOYENGA, 1998).

La provenance du milieu rural des patients (73 %), l'existence de lésions inflammatoires chroniques surtout d'origine parasitaire (bilharziose rectale) pourraient expliquer en partie la prédominance masculine.

Le retard au diagnostic, le traitement traditionnel de première intention expliqueraient en partie l'importance des formes occlusives (23 % des cas) notées dans notre série. Ce constat a été fait par NAAEDER (1994) et ILIYASU (1996) qui ont noté respectivement 29 et 18 % de formes occlusives révélatrices du cancer du rectum. Le toucher rectal, souvent négligé a permis de suspecter le cancer du rectum dans 61 % des cas. L'importance du toucher rectal a été soulignée par NAAEDER (1994) et LASSER (1994) qui ont suspecté respectivement avec cet examen un cancer du rectum dans 78 % et 90 % des cas.

L'adénocarcinome (85 % des cas) noté dans notre série est conforme aux données de MOYENGA (1998), ILIYASU (1996), MURPHREE (1988), LASSER (1994) qui ont observé respectivement 75, 97, 85 et 95 % d'adénocarcinome.

Cinquante quatre pour cent des patients ont refusé la colostomie définitive. La perte du pouvoir, de l'autorité, la honte de l'entourage, le fait de sentir mauvais et d'être exclu de la société expliqueraient en partie le refus de la stomie. YANGNI-ANGATHE (1987) et OSMINE (1988) ont fait les mêmes constatations. Le refus de la colostomie définitive condamnerait inévitablement le patient à la douleur et à une vie misérable OSMINE (1988).

Le taux d'opérabilité a été de 61 % dans notre série. Nos résultats sont comparables à ceux de MOYENGA (1998) et NAAEDER (1994) qui ont observé un taux d'opérabilité de 67 et 66 % des cas.

Le traitement traditionnel de première intention, un diagnostic tardif expliqueraient en partie ce faible taux de résécabilité dans notre série (42 % des cas). Ce constat a été fait ailleurs dans la littérature (NAAEDER, 1994 ; MOYENGA, 1998 ; YANGNI- ANGATHE, 1987). Les conditions socio-économiques précaires des patients, l'absence chronique de poches collectrices, leur prix de revient élevé, l'absence d'une bonne politique de pansement expliqueraient en partie l'importance de la morbidité notée dans notre série (37 % des cas).

L'importance des complications postopératoires dans la chirurgie du cancer du rectum a été signalée ailleurs où ce taux de morbidité oscille entre 2 et 43 % (ARNAUD, 2005 ; EVRARD, 2000). Le taux de mortalité opératoire immédiate a été de 6,25 % dans notre série. Dans la littérature, ce taux de mortalité varie entre 2 et 14 % ( MOYENGA, 1998 ; NAAEDER, 1994 ; SEBT, 1991). Les lymphomes lymphoblastiques semblent de meilleur pronostic car même en l'absence de chimiothérapie, aucun décès n'a été observé sur une période de 2 ans.

Le refus systématique de l'amputation abdomino-périnéale, le traitement traditionnel de première intention, un diagnostic souvent tardif expliqueraient en partie la gravité des cancers du rectum dans notre milieu. L'introduction récente du concept chirurgical de l'exérèse totale et systématique du méso-rectum a permis à certains auteurs (KARTHENSER, 2002 ; PARNEIX, 1990) de réduire de manière drastique le risque de récidives locales tout en préservant l'intégrité des nerfs des fonctions urogénitales. Cette technique permettrait d'éviter la colostomie définitive, mal supportée dans notre milieu.

## Conclusion

Le cancer du rectum est grave et de diagnostic tardif au CHU-YO. Le taux de résécabilité est de 42 % et le refus de la colostomie définitive de 54 %. Il est nécessaire de favoriser la formation de stomathérapeutes et la création d'association de stomisés pour sensibiliser les patients d'une part afin qu'ils acceptent la stomie et d'autre part les parents pour faciliter l'insertion sociale.

## Références bibliographiques

AYITE A., DOSSEH E., SENAH K., 1998. Epidémiologie descriptive des cancers digestifs au CHU de Lomé (Togo). *Médecine d'Afr. Noire*, 54 (4) : 259-262.

ARNAUD A., YVES P., MATHIEU P., FABRICE K., KAREN S., MANTION G., 2005. Mortality and morbidity after surgery of middle and low rectal cancer. Results of a French prospective multicentric study. *Gastro-enterol Clin biol.*, 29 : 504-514.

BONNET G. C., GLOBLER S. P., 1997. Disease profil of colon and rectum carcinoma in Pelomami hospital. *South Afr. J. of surg.*, 5 (2) : 63-67.

Evrard S., 2000. Cancer du rectum : critique de la raison chirurgicale et de quelques vérités bonnes à dire. *Bull cancer*, 7 (8) : 604-607.

ILYASU Y., LAPIPO J. K., AKANG E. C., AJOA O. G., AGHADIUNO P. U., 1996. A twenty years review of malignant colo-rectal neoplasm at university college hospital Ibadan Nigeria. *Dis. colon rectum*, 39 (5) : 536-540.

**KARTHENSER A., PRESO R., PLENNEVEAUX G., QUERTON M., WESE S., SEMPROUX C. H., 2002.** Les cancers du rectum : option chirurgicale nouvelle : Louvain Med., 121 : 5286-5300.

**LASSER P., ELIAS D., 1994.** Le cancer du rectum. E. M. C. gastro-entérologie 9-084-A10 , 16 p.

**MOYENGA I. Y., 1998.** Contribution à l'étude des cancers du tube digestif au CHNYO de Ouagadougou .Thèse de Med. U. O , n° 38.

**MURPHREE S., N'KANZA N. K., 1988.** Carcinoma of the large bowel in black Zimbabweans. Central of Med. , 34 (8) : 195-198.

**NAAEDER S. B., ACHAMPONG E. Q., 1994.** Cancer of the colon and rectum in Ghana. A 5 year prospective study. Bri. J. of surg ., 81 ( 3) : 456-459.

**OSMINE U., MORGAN A., GUIRGIS M., 1988.** Colo-rectal cancer in African. A report of 76 cases. J. of Indian Medical association, 86 (10) : 270-272.

**PARNEÏX M., ZARANIS C., 1990.** Apport et place de la viscéro-synthèse dans la chirurgie conservatrice sphinctérienne du cancer rectal. A propos de 80 anastomoses colo-anale ou colo-rectale sous-péritonéale. Lyon Chir., 86 : 198-200.

**SEBT M., ESSAÏD A., 1991.** Profil épidémiologique des cancers colo-rectaux dans un service de Médecine à Rabat. Ann. de Gastro-enterol., 27 ( 6) : 257-259.

**YANGNI-ANGATÉ A., KANGA J. B., KHOURY J., KOFFI B., ANNOUX A., 1987.** Les cancers colo-rectaux en Côte d'Ivoire, étude épidémiologique et clinique de 35 cas observés à Abidjan Interfac Afrique , 2 : 13-20.