



ARTICLE ORIGINAL

PRISE EN CHARGE ET RÉSULTATS DES CANCERS COLORECTAUX DU SUJET JEUNE DE 35 ANS AU PLUS AU CHU DE YOPOUGON

MANAGEMENT AND RESULTS OF COLORECTAL CANCERS IN YOUNG PATIENT AGED 35 YEARS AND LESS IN CHU OF YOPOUGON

KG SORO, R LEBEAU, A COULIBALY, KI ANZOUA, KT ASSOHOUN, GM KOFFI, SF EHUA, JB KANGA MIESSAN

Service de Chirurgie Générale et Digestive du CHU de Yopougon/Abidjan/Côte d'Ivoire

RÉSUMÉ

But : Rapporter notre expérience de la prise en charge des cancers colorectaux chez les patients âgés d'au plus 35 ans.

Patients et méthode : L'étude a analysé rétrospectivement sur 15 ans (de 1995 à 2010), les aspects cliniques, anatomopathologiques et les résultats de la prise en charge de ces patients.

Résultats : Vingt sept dossiers ont été analysés. La prévalence était de 20,3% de l'ensemble des cancers colorectaux. Il s'agissait de 18 hommes (66,6%) et 9 femmes (33,3%). L'âge moyen était de 26 ans 9 mois. Dans 44,4% (n=12), le mode de découverte était une urgence abdominale. La localisation était rectale dans 3 cas et colique dans 24 cas (17 cas de cancer du colon droit et 7 cas de cancer du colon gauche). L'opérabilité était de 85,2% (n=23). La chirurgie était à visée palliative dans 34,8% cas (n=8) et à visée curative dans 65,2% (n=15). Avec 74,1% (n=20), les adénocarcinomes dominaient les types histologiques suivis des lymphomes 14,8% (n=4). Les adénocarcinomes étaient majoritairement peu et moyennement différenciés 55% (n=11) et 30% (n=6) respectivement. La mortalité à court et moyen terme était de 48,1% (n=13). La survie globale à 12 mois était de 18,5%.

Conclusion : Les cancers colorectaux chez les sujets de 35 ans au plus sont une réalité. Ils sont marqués par un taux élevé de découverte en urgence et un taux élevé de chirurgie palliative. Leur diagnostic tardif et leur mauvaise différenciation anatomopathologique laissent présager d'un pronostic sombre.

Mots clés: cancer, colon-rectum, sujet jeune

SUMMARY

Objective: Report our experience in the management of colorectal cancers in patients aged at most 35 years.

Patients and method: The study analyzed retrospectively on a 15 year period the clinic, histological aspects and the results of the management of these patients.

Results: Twenty seven files were analyzed. Prevalence rate was 20.3% among the colorectal cancer patients of the service. There were 18 males (66.6%) and 9 female (33.3%). The mean age was 26 years and 9 months. The diagnosis was made in abdominal emergency in about 44.4% (n=12). The tumour location was rectal in three cases and colonic in 24 cases (17 cancers on the right colon and 7 cancers on the left colon). Operability rate was 85.2% (n=23). In 65.2% (n=15) of cases the surgery was in a curative intent and was palliative in 34.8% (n=8). The histological type was mostly an adenocarcinoma in 74.1% (n=20) followed by the lymphomas in 14.8% (n=4). The adenocarcinomas were in the great majority poor to moderately differentiated (55%, n=11) and 30% (n=6) respectively. The short and medium-term mortality was 48.1% (n=13). The overall survival at 12 months was 18.5%.

Conclusion: Colorectal cancers in patients aged 35 years old and less are a reality. They are characterized by a high rate of patients diagnosed in emergency and a high rate of palliative surgery. Their late diagnosis and their poor differentiated histological type may provide a bad prognosis.

Key words: cancer, colorectal, young patients

Tirés à part

Dr SORO Kountélé Gona

E-mail: kountelegona@hotmail.com

INTRODUCTION

Le cancer colorectal est une pathologie courante après 40 ans mais sa découverte avant cet âge n'est pas exceptionnelle [1]. Cependant la découverte d'un cancer colorectal chez le sujet plus jeune demeure rare et pose de sérieux problèmes au plan du diagnostic, de la prise en charge et de son évolution [2]. Dans notre contexte de travail à Abidjan/Côte d'Ivoire la stratégie de prise en charge optimale est considérablement limitée par le coût à la santé et l'absence d'un tiers payant, ce qui assombrit davantage le pronostic de cette affection. Le but de cette étude était de rapporter les problèmes inhérents à la prise en charge des cancers colorectaux et leur gravité chez les patients âgés d'au plus 35 ans.

PATIENTS ET MÉTHODE

C'était une étude rétrospective et descriptive qui a colligé les dossiers de patients âgés d'au plus 35 ans et suivis pour cancers colorectaux dans le Service de Chirurgie Générale et Digestive du CHU de Yopougon/Abidjan/Côte d'Ivoire entre Janvier 1991 et Décembre 2010. Les critères d'inclusion étaient un âge \leq 35 ans et la découverte d'un cancer sur la pièce de biopsie ou sur la pièce opératoire. Ont été exclus de l'étude les patients chez qui la preuve du cancer n'avait pu être établie à l'histologie. Ainsi, 27 patients ont fait l'objet de cette étude.

Au plan clinique, les circonstances du diagnostic ont été analysées. Au plan thérapeutique, l'opérabilité, la résécabilité et la curabilité ont été analysées. Les données relatives à l'observance de la chimiothérapie ainsi que la survie ont été également étudiées.

RÉSULTATS

La prévalence était de 20,3% de l'ensemble des cancers colorectaux. Les 27 patients se répartissaient en 18 hommes (66,6%) et 9 femmes (33,3%). L'âge moyen était de 26 ans et 9 mois. Pour un seul patient, l'enquête familiale avait permis de découvrir une polypose adénomateuse chez deux frères et un antécédent de cancer colique chez un troisième. Au plan clinique, le mode de découverte était une urgence abdominale dans 44,4% (n=12) dont 18,5% (n=5) d'occlusion intestinale aiguë, 14,8% (n=4) d'hémorragie digestive basse et une péritonite aiguë généralisée suite à la perforation de la tumeur colique chez 3 patients (11,1%). Les douleurs abdominales ou pelviennes étaient constantes. Le reste des circonstances de découverte étaient marqué par une masse abdominale dans 40,7% (n=11), une anémie et un amaigrissement dans respectivement 11,1% (n=3) et 7,4% (n=2). Chez 9 patients (33,3%), il s'agissait d'une découverte per opératoire d'une tumeur pour laquelle l'examen

anatomopathologique avait permis de confirmer le cancer. Chez les 18 autres patients (66,6%), le diagnostic de cancers était posé par l'examen histologique d'une biopsie per endoscopique et confirmé par le résultat anatomopathologique de la pièce opératoire. Parmi ces patients, 3 patients reçus en urgence pour hémorragie digestive basse avaient pu être explorés avant d'être opérés.

Au plan thérapeutique, 4 patients (14,8%) n'ont pas été opérés pour une contre-indication opératoire (n=2) et suite à des complications d'une chimiothérapie néo adjuvante (n=2). Vingt trois patients ont été opérés soit un taux d'opérabilité de 85,2%. La localisation colique de la tumeur prédominait sur la localisation rectale : 88,9% (n=24) vs 11,1% (n=3). Une patiente présentait deux localisations coliques associées à de multiples autres localisations gréliques. Les 3 patients avec la localisation rectale étaient de sexe féminin. Chez les 5 autres femmes la localisation était colique. Tous les 18 hommes avaient une localisation colique. Parmi les 24 patients avec une localisation colique, la tumeur siégeait sur le colon droit dans 17 cas (70,8%) et le colon gauche dans 7 cas (29,2%). Huit patients (29,6%) avaient subi une chirurgie palliative. Chez ces 8 patients, 4 avaient une tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne en occlusion avec extension locorégionale et associée à des métastases hépatiques (n=3) et une carcinose péritonéale (n=1). Chez les 4 derniers patients il s'agissait de 2 tumeurs du rectum localement avancées et de 2 tumeurs du colon gauche localement avancées également avec métastases hépatiques et une carcinose péritonéale. Chez ces patients jugés non curables, une chirurgie palliative consistant en une dérivation interne (n=1) et une colostomie définitive (n=7) avaient été réalisées. Chez les 16 autres patients opérés, la chirurgie était à visée curative soit un taux de curabilité de 59,2%. Cette chirurgie curative a consisté en une résection avec anastomose immédiate chez 11 patients (68,7%), une anastomose différée par une colostomie dans 4 cas (25%) et une colostomie définitive suite à une amputation abdomino-périnéale pour une tumeur du bas rectum. Une chimiothérapie a été effectivement entamée en néo-adjuvante (n=2) et en adjuvante (n=9). Les 7 patients restants n'avaient pas reçu de chimiothérapie, faute de moyens, après avoir subi la chirurgie à visée curative.

Au plan anatomopathologique, le diagnostic de malignité a été porté, chez tous les patients, par le résultat histologique de la pièce de biopsie et ou de la pièce opératoire. Il s'agissait d'un adénocarcinome dans 20 cas (74%), d'un lymphome dans 4 cas (14,8%), d'un sarcome de kaposi dans 2 cas (7,4%) et d'un cas de tumeur endocrine (3,7). La sérologie du VIH était revenue positive chez les deux patients présentant un sarcome de Kaposi. Les

adénocarcinomes étaient peu différenciés dans 11 cas (55%), moyennement différenciés dans 6 cas (30%) et bien différenciés dans 3 cas (15%). Dans trois cas les lymphomes étaient de haut grade de malignité et dans le quatrième cas il s'agissait d'un lymphome de bas grade de malignité.

Au plan évolutif, les 4 patients non opérés sont décédés dans les 2 mois suivants le moment du diagnostic. Parmi ces patients 2 avaient débuté leur chimiothérapie néo adjuvante. Chez les 23 patients opérés, les suites immédiates ont été marquées par une infection de la paroi abdominale chez 4 patients dont une éviscération chez l'un et une fistule digestive qui a bien évolué sous traitement médical chez un autre. Parmi les 8 patients qui ont subi une chirurgie palliative, 3 sont décédés dans les 30 jours après l'intervention chirurgicale et les 5 autres sont décédés au deuxième mois. Un décès a été enregistré dans le deuxième mois après chirurgie curative. Des 14 patients restants avec chirurgie curative, 5 patients n'avaient pas reçu de chimiothérapie, 3 d'entre eux ont été perdus de vue et les deux autres étaient décédés dans un délai de 6 à 8 mois après la chirurgie à visée curative dans des tableaux de métastases hépatiques et de carcinose péritonéale avec ascite. Ils n'avaient pas reçu de chimiothérapie. Une chimiothérapie avait été débutée chez les 9 derniers patients. Six patients avaient terminé cette chimiothérapie alors que les 3 autres sont décédés au cours de la chimiothérapie entre 5 et 7 mois après la chirurgie. A douze mois 5 patients étaient vivants et 1 patient était perdu de vue. Puis trois patients sont décédés à 13 mois (n=2) et à 18 mois (n=1). Enfin 1 des deux patients restants a été perdu de vue et le dernier, avec un antécédent familial de polypes adénomateux est encore vivant après un recul de 10 ans.

DISCUSSION

Takongmo et coll estimaient qu'il n'y avait aucune particularité clinique ni évolutive des cancers colorectaux du sujet jeune [3]. Cependant, cette étude rétrospective à l'instar d'autres démontre la particulière gravité des cancers colorectaux chez le patient jeune [1,2,4].

De cette étude et à la lumière de la littérature africaine et d'ailleurs, il ressort une très grande variabilité de la prévalence de cette affection. En effet, la plupart des auteurs africains rapporte une prévalence supérieure à 20% [3,4,5]. Cependant, cette prévalence est inférieure à 5% selon les auteurs américains [1,6]. Pour d'autres auteurs (indien et européen), elle était inférieure à 10% [2,7]. Le taux de prévalence des cancers colo-rectaux chez le sujet d'au plus 35 ans est non négligeable comparé à l'ensemble des cancers colo-rectaux suivis dans notre service. Cette variabilité trouve cependant une explication selon certains

auteurs américains qui ont rapporté que la prévalence des cancers colorectaux chez le sujet jeune était plus élevée dans la population de race noire que dans celle des autres races [8,9]. La raison demeure encore inconnue mais une enquête génétique devrait nous permettre d'expliquer. Cette présentation particulière chez le sujet jeune semble plus l'apanage du sujet de sexe masculin [4,10,11]. Toute fois la localisation rectale n'a été observée que chez les sujets de sexe féminin sans que nous ne puissions justifier. Peut-être qu'un échantillon plus grand nous permettrait de confirmer cette tendance et d'en avancer les raisons.

Le taux de prévalence élevé justifie qu'il faut y penser devant le moindre doute pour donner plus de chance de poser le diagnostic au stade ou un traitement à visée curatif peut être encore entrepris. En effet, le nombre élevé des patients reçus en urgence, le taux élevé de chirurgie palliative et le nombre important de patients avec une contre indication opératoire témoignent du stade très tardif auquel le diagnostic a été fait chez les patients de notre étude. D'autres auteurs ont également rapporté que le diagnostic était fait à un stade tardif chez le patient de 10 et 25 ans, moins de 40 ans et moins de 50 ans respectivement [1,2,3,5,11,12]. A l'instar des autres auteurs, le type histologique prédominant était un adénocarcinome peu ou mal différencié [1,13]. Cela pourrait être responsable, en partie, du pronostic sévère de cette pathologie et d'une survie courte après chirurgie suivie d'une chimiothérapie adjuvante tel que cela a été le cas dans notre étude. En effet ces types histologiques peu ou mal différenciés sont chimio-résistants [14]. Une étude immunologique serait intéressante pour déterminer le statut KRAS de ces patients pour une meilleure sélection des candidats à une thérapie adjuvante voire même pour guider la stratégie de prise en charge. Cependant, comparé aux patients âgés de plus de 50 ans avec cancers colorectaux, les sujets de moins de 50 ans auraient moins d'adénocarcinomes [13]. Notre échantillon étant réduit, une étude multicentrique permettant d'inclure un échantillon plus important nous permettra certainement de fixer certaines bases épidémiologiques et cliniques en vue de l'adoption d'une stratégie de prise en charge beaucoup plus adaptée.

L'évolution à court moyen et long terme est catastrophique avec un seul survivant à 10 ans. Par ailleurs le trop grand nombre de perdus de vue s'explique, hormis le manque de sensibilisation, par les contraintes d'ordre financier qu'impose la prise en charge de ces patients le plus souvent démunis et sans couverture sociale. Une stratégie de sensibilisation appuyée par une bonne politique de subvention aux fins de rendre accessibles aux patients les protocoles de traitement adjuvant, devraient permettre un meilleur suivi et une bonne observance de la chimiothérapie. A l'instar de notre étude, un mauvais

pronostic est rapporté beaucoup d'autres auteurs [1,2,4].

CONCLUSION

Les cancers colorectaux du patient de 35 ans au plus ont une prévalence non négligeable en Côte d'Ivoire. Ils

sont découverts à un stade tardif ce qui réduit le taux des patients éligibles à un traitement curatif. Son pronostic est catastrophique du fait par ailleurs du nombre réduit de patients capables de s'offrir un traitement adjuvant.

RÉFÉRENCES

- 1- O'Connell JB, Maggard MA, Livingston EH, Yo CK. Colorectal cancer in the young. *Am J Surg* 2004; 187: 343-8.
- 2- Mukherti A, Rathi AK, Sharma K, Kumar V, Singh K, Bahadur AK. A study on presentation and behavior of colo-rectal carcinoma in young Indian patients. *Trop Gastroenterol*, 2011; 32: 122-7.
- 3 - Takongmo S, Essame-Oyono JL, Binam F et coll. Les cancers colo-rectaux du sujet de moins de 40 ans à Yaounde: des particularités anatomocliniques? *Med Afr Noire* : 2000,47 (2) :101-104.
- 4 - Sule AZ, Mandong BM. Malignant colorectal tumours in patients 30 years and below: a review of 35 cases. *Cent. Afr. J. Med.* 1999 Aug; 45 (8): 209-12.
- 5 - Sahraoui S, Acharki A, Tawfig N. et coll. Colorectal cancer in patients younger than 40 years of age. *Cancer Radiother*, 2000 Nov-Dec; 4(6): 428-32.
- 6 - Olofinlade O, Adeonigbagbe O, Gualtieri N. Colorectal carcinoma in young females. *South Med J.* 2004 Mar; 97(3): 231-5.
- 7- Domergue J, Ismail M, Astre C. et coll. Cancers Colorectaux de l'adulte jeune: les raisons du mauvais pronostic. *Ann. Chir.* 1989,43: 439-42.
- 8- Rex DK, Rawl SM, Rabeneck L, Rex EK, Hamilton F. Colorectal cancers in African Americans. *Rev Gastroenterol Disord*, 2004; 4: 60-5.
- 9- Powe BD, Finnie R, Ko J. Enhancing knowledge of colorectal cancer among African Americans: why are we waiting until age 50? *Gastroenterol Nurs* 2006; 29:42-49.
- 10- Kam MH, Eu KW, Barben CP, Seow-Choen F. Colorectal cancer in the young: a 12-year review of patients 30 years or less. *Colorectal Dis.* 2004 May; 6(3): 191-4.
- 11- Keswani SG, Boyle MJ, Maxwell JP 4TH et coll. Colorectal cancer in patients younger than 40 years of age. *Am Surg.* 2002 Oct. 68(10): 871-6.
- 12 - Chen LK, Hwang SJ, Li AF et coll. Colorectal cancer in patients 20 years old or less in Taiwan. *South Med J.* 2001 Dec; 94(12):1202-5.
- 13- Schellerer VS, Merkel S, Schumann SC, Schlabrakowski A, Fortsch T, Schildberg C, Hohenberger W, Croner RS. Despite aggressive histopathology survival is not impaired in young patients with colorectal cancer: CRC in patients under 50 years of age. *Int J Colorectal Dis*, 2011; DOI: 10.1007/s00384-011-1291-8
- 14- Diculescu M, Lacob R, Lacob S et coll. The importance of histopathological and clinical variables in predicting the evolution of colon cancer. *Rom J Gastroenterol* 2002; 11: 183-9.