

LES CANCERS COLORECTAUX DU SUJET JEUNE DE 30 ANS AU PLUS, EN PRATIQUE HOSPITALIÈRE

Auteurs

SORO K.G.*
COULIBALY A.
YAPO P.
ASSOHOUN K.T.
KOFFI G.M.
EHUA S.F.
KANGA MIESSAN J-B.

Correspondance

*Chirurgie générale
et digestive, CHU
Yopougon
21 Bp 632 Abidjan 21
kountelegona@hotmail.
com

RESUME

Le but était d'identifier les particularités des cancers colorectaux chez les jeunes de 30 ans au plus et d'en déduire leurs conséquences évolutives.

L'étude était rétrospective sur 10 ans (de juin 1995 à juin 2005). Elle a analysé les aspects cliniques, anatomopathologiques et évolutifs de ces patients.

Sept (7) dossiers ont fait l'objet de l'étude. Ils constituaient 15,5% de l'ensemble des cancers colorectaux. Il y avait 4 femmes et 3 hommes. L'âge moyen était de 26 ans. Un cas de cancer colorectal familial a été observé de même qu'un cas de polyposse familiale. Le tableau clinique était marqué par un amaigrissement (n = 3), une masse abdominale (n = 2), une occlusion intestinale basse (n=1) et une rectorragie (n = 1). La localisation était rectale dans 2 cas et colique dans 5 cas. Le colon droit était concerné 3 fois contre 2 pour le colon gauche. Il y avait une proportion identique des adénocarcinomes et des lymphomes (n = 3). Les adénocarcinomes étaient majoritairement peu différenciés (2 cas contre 1 cas bien différencié). Les lymphomes étaient de haut grade de malignité dans 2 cas contre 1 cas de bas grade. Quatre (4) patients étaient décédés (57,14%) dont 1 avant la chirurgie, 1 en post-opératoire immédiat et 2 à la suite d'occlusion par métastases dans un délai de 6 mois et 13 mois après la première intervention.

Cette pathologie n'est pas aussi rare qu'on le croirait. Le diagnostic est tardif parce qu'on n'y pense pas d'emblée. Les adénocarcinomes et les lymphomes de mauvais pronostic sont les plus fréquents. Le pronostic est mauvais.

Mots-clés : Cancer, Colon-rectum, Jeunes.

SUMMARY

The purpose was to identify the particularities of colorectal cancers in young patients of 30 years and less and to deduct their evolutionary consequences.

The retrospective survey over 10 years (from June 1995 to June 2005) analysed the clinic, anatomopathologic and evolutionary aspects of these patients.

The study included the files of seven (7) patients, 15.5% of all colo-rectal cancers. There were 4 women and 3 men with a mean age of 26 years. A case of domestic colorectal cancer has been observed as well as a case of domestic polyposis. The clinical presentation was slim (n = 3), abdominal mass (n = 2), acute intestinal obstruction (n=1) and rectorragy (n = 1). The rectum was involved in 2 cases against 5 cases to the colon. The right side of the colon was concerned 3 times against 2 for the left colon. There was an identical proportion of adenocarcinoma and lymphoma (n = 3). Adenocarcinoma was majoritarily poor differentiated (2 cases against 1 well differentiated). The lymphoma was high rank of malignancy in 2 cases against 1 of low rank. The global mortality was 57.14% (n=4). One (1) patient deceased before the surgery. One (1) other patient deceased immediately after surgery. The 2 others deceased after a second look for metastasis acute intestinal obstruction in a delay of 6 months and 13 months after the first surgery.

This pathology is not as rare as it had been believed. The diagnosis is belated because we don't think about it straightaway. Worse prognosis of adenocarcinoma and lymphoma are the most common. The prognosis is very poor.

Key words : Cancer, Colon - rectum, Young age.

INTRODUCTION

Les cancers colorectaux constituent une pathologie grave et bien connue. Dans les pays développés ils sont l'apanage du sujet âgé (à partir de 60 ans). Chez le noir africain, des publications ont relevé le jeune âge de survenue des cancers colo-rectaux (2,10,15). La multiplication des études consacrées ces dernières années à cette pathologie chez le sujet jeune, dénote de l'intérêt que revêt cette présentation particulière qui, d'un point de vue empirique, pourrait être différente de celle du sujet âgé (age≥60ans). Le but de ce travail était d'identifier les particularités des cancers colorectaux survenus chez les sujets de 30 ans au plus et d'en déduire leurs conséquences évolutives.

PATIENTS ET METHODES

L'étude était rétrospective sur une période de 10 ans allant de juin 1995 à juin 2005. Elle a été réalisée dans le service de chirurgie générale et digestive adulte du CHU de Yopougon. Durant cette période tous les dossiers des patients âgés de 30 ans au plus, présentant un cancer colorectal ont été répertoriés. Les aspects cliniques, paracliniques et évolutifs ont été répertoriés sur une fiche d'enquête en vue d'être analysés. Pour être inclus, le dossier devait contenir absolument le résultat d'un examen anatomopathologique confirmant le diagnostic de cancer sur la pièce d'exérèse chirurgicale et/ou sur la pièce de biopsie. Ainsi, 7 dossiers ont été retenus sur les 7 dossiers consultés.

RESULTATS

La proportion des cancers colorectaux chez les sujets de 30 ans au plus était de 3,4% de tous les cancers digestifs, 28% des cancers (tout organe confondu) des sujets de 30 ans au plus et 15,5% des cancers colo-rectaux quel que soit l'âge du patient.

L'âge moyen était de 26 ans pour des extrêmes de 17 ans et 30 ans. Il y avait 3 hommes et 4 femmes. Les antécédents de ces patients étaient dominés par la constipation chronique (n = 4), les douleurs abdominales à type de coliques intermittentes (n = 3). La rectorragie a été retrouvée chez un patient. Des antécédents de polypose familiale (n = 1) et un cancer colorectal familial ont été retrouvés (n = 1).

Les circonstances de découverte ont été dominées par un amaigrissement progressif associé à un syndrome anémique clinique dans 3 cas. Chez 2 patients une masse abdominale du flanc gauche, ferme, fixée au plan profond postérieur, irrégulière et sensible, a été révélatrice. Une constipation récente était associée. Quant aux 2 derniers patients, il s'agissait d'une rectorragie chez une patiente qui présentait une tumeur du bas rectum traitée pendant 4 mois pour des hémorroïdes. Le dernier patient, a été opéré en urgence pour une occlusion intestinale aigue basse. Il s'agissait d'une tumeur localement avancée du rectosigmoïde.

La localisation au niveau du colon était prédominante (n = 5). Il y avait 3 hommes et 2 femmes. Le colon droit était concerné chez 3 patients et le colon gauche dans 2 cas. Une patiente présentait une tumeur nécrosée et abcédée du colon gauche avec d'autres localisations grélique et gastrique. La localisation rectale (n = 2) a été retrouvée chez les patients de sexe féminin. Sur le plan anatomopathologique ; les adénocarcinomes et les lymphomes étaient en cause dans des proportions identiques (42,86% soit n = 3). Chez la patiente qui présentait les multiples localisations colique, grélique et gastrique, il s'agissait d'un lymphome de haut grade de malignité. Une tumeur neuroendocrine a été diagnostiquée chez une patiente de 30 ans. Les adénocarcinomes étaient peu différenciés dans 2 cas et bien différenciés dans 1 cas. Les lymphomes étaient de haut grade de malignité dans 2 cas et de bas grade dans 1 cas.

L'évolution a été marquée par une mortalité globale de 57,14% (n = 4). Une patiente qui présentait un adénocarcinome peu différencié du bas rectum était décédée avant l'intervention chirurgicale. Une autre patiente présentant un lymphome de haut grade de malignité avec des localisations multi viscérales sur terrain VIH1 et 2 est décédée au 10^{ème} jour post-opératoire.

Deux patients sont décédés dans les suites immédiates d'une reprise pour occlusion post-opératoire sur métastase dans des délais de 6 et 13 mois.

Les 3 autres patients ont subi, après exérèse chirurgicale, une chimiothérapie. Un patient a été perdu de vue après 4 ans de suivi. Un autre vit depuis 5 ans sans récidence apparente. Le dernier qui porte depuis 1 an et demi une colostomie de Hartmann pour tumeur localement avancée non résécable du rectosigmoïde, présente des signes de compression nerveuse malgré sa chimiothérapie mal observée.

DISCUSSION

La proportion des sujets jeunes au sein de la population des porteurs de cancers colorectaux est diversement appréciée. Une série américaine l'a évaluée à 1,63% (9) alors que Sule et coll. (13), au Nigeria, l'ont estimée à 23,6% chez les sujets de 30 ans au plus. D'autres auteurs africains (12,14) s'intéressant aux sujets de 40 ans au plus ont rapporté des prévalences plus élevées (27% et 47,61% respectivement) alors que celles des occidentaux étaient dans l'ordre de 2 à 10% (4). Dans notre série les cancers colorectaux chez les sujets de 30 ans au plus représentaient 15,5% de l'ensemble des cancers colorectaux tout âge confondu. Ces cancers de sujets d'âge inférieur ou égal à 30 ans représentaient également 3,4% de l'ensemble des cancers digestifs du service et 28% des cancers des sujets ≤ 30 ans, tous organes confondus. Cette variation de la proportion inter pays africains s'explique par la disparité des peuples.

La nette supériorité des fréquences africaines des patients de 30 ans au plus par rapport à la série américaine pourrait s'inscrire dans la logique de la répartition des cancers colorectaux avec une fréquence plus élevée des sujets âgés dans les pays développés.

La moyenne d'âge, selon la littérature, s'inscrit dans un intervalle restreint de 25ans à 27ans (6,11,13). La majorité des auteurs (6,7,13) ont rapporté une prédominance masculine. Notre série à l'instar de celle de Sahraoui et coll. (12) a observé une prédominance féminine. Il n'y a pas, en apparence d'explication à ces variations qui pourraient être attribuées au hasard.

Plusieurs études (6,7,12) ont retrouvé un antécédent familial de cancer colorectal et/ou de polypose familiale. Dans notre étude, il a été noté un cas de cancer colorectal familial et un cas de polypose familiale. Cette association fréquente confirme le rôle de la génétique dans la distribution de l'affection. Notre série a rapporté la prédominance particulière d'une constipation chronique (n = 4) et des douleurs abdominales d'évolution chronique (n = 3).

A l'instar d'autres auteurs (5,13), nous soutenons que les circonstances de découverte sont dominées par l'amaigrissement, les masses abdominales, les occlusions intestinales et les rectorragies. Tous ces symptômes témoignent d'une longue évolution de la maladie. Nous pensons que, du fait du jeune âge du patient, les médecins n'évoquent la probabilité d'un cancer qu'en dernier recours. Cela fait que parfois le diagnostic n'est posé qu'au stade avancé où on a déjà un envahissement loco-régional et à distance rendant tout geste d'exérèse, soit impossible soit à visée palliative (5,8,12,13). Contrairement à la série de Takongmo et coll. (14) au Cameroun et Sahraoui et coll. (12) au Maroc, la localisation colique était plus fréquente que celle du rectum dans notre étude (5 cas contre 2) à l'instar de celle de Kam MH et coll. (6), Keswani SG et coll. (7) et Mc Gahren ED et coll. (8). Cependant, un consensus semble se dégager sur la prédominance du siège colique droit des cancers du colon.

Sur le plan anatomo-pathologique, notre série s'écarte un peu de la tendance générale en rapportant un aspect ulcérobourgeonnant (n = 3) des adénocarcinomes. Alors que la majorité des auteurs (3,5,8,13) trouvaient une prédominance des adénocarcinomes mucosécrétants, très peu d'études (3) ont rapporté des cas de lymphomes. Dans notre série, il y avait autant de lymphomes que d'adénocarcinomes (n = 3). Le jeune âge explique la fréquence des lymphomes. Aucune étude n'avait rapporté de cas de tumeur neuroendocrine comme nous l'avions retrouvée chez cette patiente de 30 ans. Toutefois notre étude reste en phase avec tous ces auteurs consultés pour soutenir la prédominance des types histologiques de mauvais pronostic à savoir les adénocarcinomes peu différenciés ou les lymphomes de haut grade de malignité.

Faute d'y penser tôt, le diagnostic est fait à un stade avancé ce qui explique la prédominance des formes au stade C et D de Dukes chez la quasi-totalité des auteurs (3,7,11,12), ce qui justifie le taux élevé de récurrence et de mortalité.

La mortalité est élevée (4 cas sur 7 dans notre étude) parce qu'on pose le diagnostic à un stade où on ne peut plus réaliser des gestes de chirurgie curative. C'est bien ce que traduit la littérature en général avec des survies générales à 5 ans dans l'ordre de 21 à 41,3% (3,8,12). La survie sans récurrence est diversement appréciée : à 3 ans, elle était de 38,5% dans l'étude de El Hennawy MM et coll. (5). A 5 ans, elle était de 8,1% dans l'étude

de McGahren ED et coll. (8) et 17% dans celle de Sahraoui S et coll. (12). Les cancers colorectaux semblent plus sévères chez le sujet jeune que chez le sujet adulte. Après trois ans dans la série de El Hennawy MM et coll. (5) 38,5% des sujets jeunes étaient vivants sans récurrences contre 45,8% des sujets âgés.

Si pour Adloff M et coll. (1) et Takongmo et coll. (14), il n'existe pas de particularité clinique ni évolutive des cancers colorectaux chez le sujet de 40 ans au plus, un grand nombre d'études de nos jours rapportent des résultats contradictoires. Pour les derniers cités (4,5) les cancers colorectaux seraient plus agressifs chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés. La raison serait sans doute le retard au diagnostic, le stade avancé du cancer au moment du diagnostic, le type histologique mais aussi l'espérance de vie à cet âge qui leur laisse la possibilité de développer des récurrences loco-regionales ou des métastases et d'en mourir.

CONCLUSION

Les cancers colorectaux chez le sujet de 30 ans au plus sont une réalité. Il y a une similitude clinique avec la forme du sujet âgé. Cependant leur diagnostic est tardif faute d'y penser. Histologiquement, ces cancers sont dominés par les adénocarcinomes peu différenciés et les lymphomes de haut grade de malignité. Leur pronostic, à court et moyen terme, est mauvais du fait du type histologique qui est péjoratif et de la découverte aux stades avancés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Adloff M, Arnaud JP, Schoelgel M. et coll. Colorectal cancer in patients under 40 years of age. *Dis. Colon rectum* 1986, 29 : 322-25.
- 2- Attia Y, Soubeyrand J, Gaudet D et coll. Les cancers coliques en Cote d'Ivoire. *Med. Afr.Noire* 1991, 28 : 353-57.
- 3- 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.
- 4- 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.
- 5- El-Hennawy MM, Moussa ME, El-Saeidy MK et coll. Rectal carcinoma in Egyptian patients less than 40 years of age. *Int Surg.* 2003 Jul-Sep ; 88(3) : 137-44.
- 6- 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.
- 7- 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.
- 8- McGahren ED 3rd, Mills SE, Wilhelm MC. Colorectal carcinoma in patients 30 years of age and younger. *Am Surg.* 1995 Jan ; 61(1) : 78-82.
- 9- Olofinlade O, Adeonigbagbe O, Gualtieri N. Colorectal carcinoma in young females. *South Med J.* 2004 Mar ; 97(3) : 231-5.
- 10 - Padonou N, Bagman Ko, Kodho N, Agbo N. Les cancers colorectaux à la clinique Universitaire de Chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou. A propos de 10 cas observés en 7 ans. *Méd. Afr. Noire*, 1994, 41-300-303.
- 11- Rodriguez-Bigas MA, Mahoney MC, Weber TK, Petrelli NJ. Colorectal cancer in patients aged 30 years or younger. *Surg Oncol.* 1996 Aug ; 5(4) : 189-94.

- 12- 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.
- 13- 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.
- 14- Takongmo S, Essame-Oyono JL, Binam F et coll. Les cancers colorectaux du sujet de moins de 40 ans à Yaounde: des particularités anatomocliniques? *Med. Afr. Noire* : 2000,47 (2).
- 15- Yangni-Angate A, Kanga JB, Khoury J, et coll. Les cancers colorectaux en Côte d'Ivoire. Etude épidémiologique et clinique de 35 cas observés à Abidjan. *Interfac Afrique*, 1987, 2 : 13-20.