

Occlusion intestinale aiguë révélant un cancer du rectum métastatique chez un adulte jeune : à propos d'un cas

Acute intestinal obstruction revealing metastatic rectal cancer in a young adult: case report

Eya Mvondo ES¹, Formelah AC², Ekani Boukar YM³, Fonteh VE², Bang GA², Bengono Bengono RS¹, Foumane P¹

Cas clinique

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Sangmélima, Université d'Ebolowa.

² Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I.

³ Faculté de Médecine et de Sciences Pharmaceutiques, Université de Buea

Auteur correspondant :

Eya Mvondo Eric Stéphane,
Faculté de Médecine et Sciences Pharmaceutiques de Sangmélima, Université d'Ebolowa, BP 599 Sangmélima,
Tél : (+237) 699156178, Email : ericstephaneeyamvondo@gmail.com

Mots clés : Cancer du rectum métastatique, Occlusion intestinale, Traitement chirurgical, Chimiothérapie

Keywords : Metastatic rectal cancer, Intestinal obstruction, Surgical treatment,

RESUME

Le cancer colorectal (CCR) reste le troisième cancer le plus fréquent, et la deuxième cause annuelle de décès liés au cancer aux États-Unis. L'incidence du cancer colorectal a diminué en Occident, et augmenté en Afrique, avec une nette prédominance chez les adultes jeunes. Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 27 ans atteint d'un cancer du rectum métastatique. Il présentait des antécédents de consommation d'alcool, de tabac et de cocaïne. Le diagnostic a été posé sur la base des signes cliniques d'occlusion intestinale aiguë et un syndrome rectal. Une laparotomie a été réalisée. Une colostomie latérale a été faite. L'examen anatomopathologique a révélé un adénocarcinome de type mucineux. Il a bénéficié d'une stratégie thérapeutique multimodale (chirurgie et chimiothérapie) ayant permis une survie. L'intérêt porte sur son apparition précoce.

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) remains the third most common cancer and the second leading annual cause of cancer-related death in the United States. The incidence of colorectal cancer has decreased in the West and increased in Africa, with a clear predominance among young adults. We report the case of a 27-year-old young man suffering from metastatic rectal cancer. He had a history of alcohol, tobacco and cocaine use. The diagnosis was made based on clinical signs of acute intestinal obstruction and rectal syndrome. A laparotomy was performed. A lateral colostomy was made. Pathological examination revealed mucinous adenocarcinoma. He benefited from a multimodal therapeutic strategy (surgery and chemotherapy) which allowed survival. Interest is in its early appearance.

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) reste le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes et les femmes. Il est également la deuxième cause de décès liés au cancer aux États-Unis. Il est difficile d'estimer les statistiques attribuables spécifiquement au cancer du rectum car, historiquement, la plupart des rapports sur le cancer du rectum ont été combinés avec le cancer du côlon sous la forme d'une seule entité pathologique, le "cancer colorectal" [1]. Environ 30 % de ces cancers proviennent du rectum et l'American Cancer Society a estimé à 44 850 le nombre total de nouveaux cas de cancer du rectum aux États-Unis en 2022 [2]. L'incidence du cancer colorectal a diminué au cours des dernières décennies, en grande partie grâce à la modification des facteurs de risque et au dépistage [3]. Bien que son incidence diminue en Occident, elle augmente en Afrique, avec une nette prédominance chez les adultes jeunes [4]. Le groupe des 18-50 ans représente une cohorte de patients pour lesquels l'incidence du cancer du rectum a augmenté. L'incidence du cancer du rectum a augmenté de 1,8 % par an chez les adultes jeunes entre 1990 et 2013 [5]. Le CCR est le deuxième cancer digestif le plus fréquent au Cameroun après les cancers hépatiques [6]. L'adénocarcinome du rectum est intrinsèquement complexe.

La chirurgie du cancer du rectum est un défi technique, associée à une altération majeure des fonctions gastro-intestinales, urinaires et sexuelles, ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie [7-9]. Le traitement du cancer du rectum évolue rapidement et de nouvelles données apparaissent régulièrement. Sur le plan clinique, les principaux symptômes du cancer colorectal sont les saignements rectaux, la constipation et les écoulements glaireux. La coloscopie totale est la procédure standard de détection du cancer colorectal.

Le traitement du cancer colorectal repose sur la chirurgie et la chimiothérapie, pouvant être associée à la radiothérapie pour le cancer rectal [10]. Le stade du carcinome colorectal est le facteur pronostique le plus important pour la probabilité de survie. Le niveau socio-économique, le retard diagnostique, l'envahissement ganglionnaire, le résidu tumoral après la chirurgie, le niveau initial de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE), le type et les caractéristiques histologiques ont également été notés comme ayant une

influence considérable sur le pronostic du cancer colorectal [11].

Présentation du cas

Il s'agissait d'un homme de 27 ans référé d'un centre de santé pour prise en charge d'une douleur du flanc et de la fosse iliaque gauches évoluant depuis 5 jours en contexte afébrile. La douleur était intermittente, à type de crampes, d'une intensité d'environ 4/10 sur l'échelle verbale simple, associée à des vomissements et à l'absence de selles malgré l'émission des gaz depuis 4 jours. Dans ses antécédents, on retrouve une histoire de constipation chronique précédant l'émission de selles liquides et des épisodes de rectorragie. Le patient avait subi une herniorraphie inguinale gauche deux mois avant la présente consultation. Son groupe sanguin Rhésus était B+ et ne présentait pas d'allergie connue. Le patient était un fumeur chronique (2,5 paquets années) et consommait de la cocaïne. Il n'y avait pas d'antécédents familiaux de cancer.

L'examen clinique retrouvait un état général altéré (stade 2 de l'état fonctionnel de l'OMS), une tension artérielle de 140/114 mmHg, un pouls de 112 bpm, une fréquence cardiaque de 20 cpm, une température de 37,2°C et une SpO₂ = 96% à l'air ambiant. Il présentait des sclérotiques anictériques, des conjonctives roses, un examen cardio-pulmonaire normal. L'abdomen était asymétriquement distendu au niveau de la fosse iliaque gauche, avec la présence d'une cicatrice à l'aîne gauche. Une masse ferme et sensible au niveau de la fosse iliaque gauche et de l'hypogastre a été palpée avec des bords irréguliers. L'abdomen était tympanique à la percussion et les bruits hydro-aériques étaient présents. Au toucher rectal, l'ampoule rectale était vide, la prostate de taille normale et la muqueuse rectale lisse. Le diagnostic d'occlusion intestinale sur une probable tumeur du côlon gauche ou du rectum était retenu. Le diagnostic différentiel était un volvulus du colon sigmoïde.

Le patient a bénéficié d'une réanimation préopératoire (cristalloïdes, antibiotiques, antalgiques, inhibiteur de la pompe à proton). Le scanner abdomino-pelvien a été réalisé et a révélé un épaississement circonférentiel hypodense et homogène de la paroi du rectum et du sigmoïde d'une hauteur d'environ 103 mm avec une prolifération intraluminaire entraînant une obstruction (**Figure 1**).

Le patient a été préparé pour une laparotomie exploratrice en urgence. Les trouvailles peropératoires étaient une ascite modérée, une masse solide recto-sigmoïdienne avec adhérences pariétales et omentales, la présence de ganglions lymphatiques mésentériques et le côlon ascendant dilaté. La mobilisation de la masse n'étant pas possible, des biopsies ont été réalisées sur l'épiploon infiltré et des ganglions lymphatiques prélevés pour un examen anatomopathologique. Une colostomie latérale sur le sigmoïde proximal a été mise en place. La période postopératoire du patient s'est déroulée sans aucune complication. Sa colostomie a commencé à produire dès le premier jour suivant l'opération. L'examen anatomopathologique a révélé les caractéristiques histopathologiques d'une localisation secondaire d'un adénocarcinome invasif de type mucineux (probablement d'origine colique). Le patient a été référé au service d'oncologie pour une meilleure prise en charge en attendant l'étude immunohistochimique de la masse. Suite aux résultats de l'immunohistochimie, le patient a bénéficié d'une chimiothérapie avec une évolution favorable.

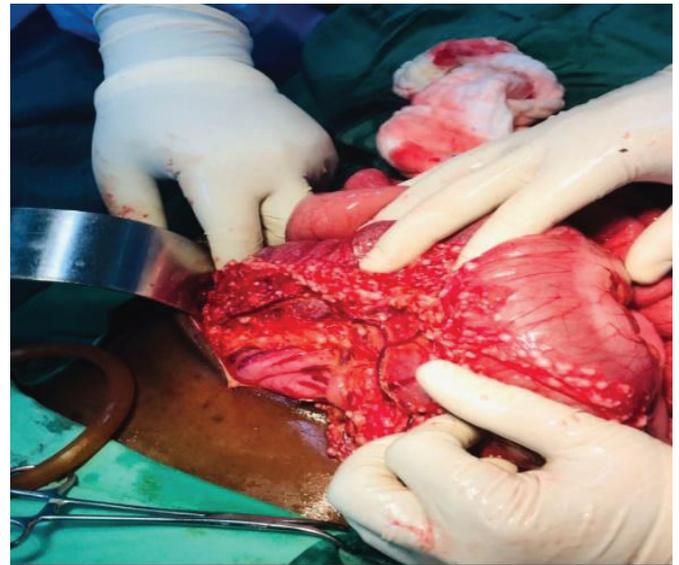


Figure 2 : découvertes peropératoires



Figure 3 : poche de colostomie en place après la chirurgie

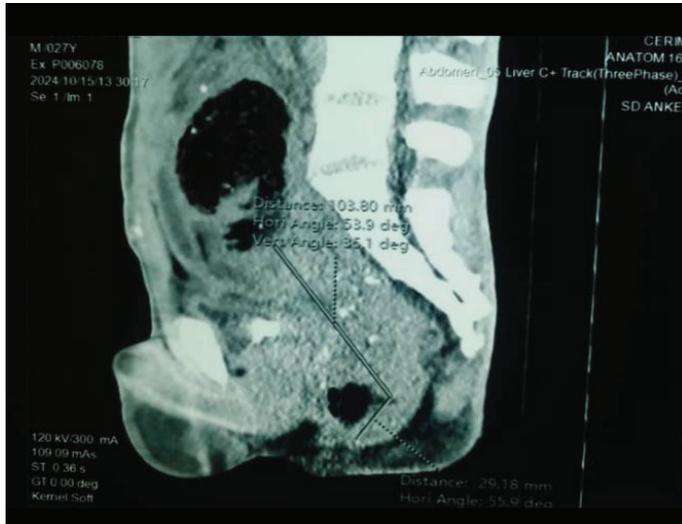


Figure 1 : TDM abdominopelvien montrant une tumeur obstructive rectosigmoïdienne.

Discussion

Nous rapportons le cas d'un jeune homme atteint d'un cancer du rectum métastatique ayant bénéficié d'une stratégie thérapeutique multimodale ayant permis une survie. L'intérêt porte sur son apparition précoce. Le cancer colorectal précoce (EOCRC) est un phénomène mondial qui touche les personnes de moins de 50 ans, avec une incidence accrue de près de 30 % au cours des deux dernières décennies, en particulier dans les pays à revenu élevé comme les États-Unis, l'Australie et le Canada [12]. Depuis 1994, l'incidence de l'EOCRC a augmenté de 2 % par an. La fréquence de l'EOCRC est inversement liée à l'âge [13]. L'EOCRC est distinct du cancer colorectal à début tardif (LOCRC), apparaissant chez les patients de plus de 50 ans. Cette différence est constatée en termes de caractéristiques pathologiques, épidémiologiques, anatomiques, métaboliques et biologiques [14]. Concernant la localisation, l'EOCRC se trouve

principalement dans le rectum, suivi de près par le côlon distal. Ce cancer est localisé sur le côté gauche du côlon au moment du diagnostic dans plus de 70% des cas [15]. Ceci était retrouvé dans le cas rapporté. Ce cas permet de mieux comprendre leurs caractéristiques, leurs origines et les approches thérapeutiques. Plus précisément, les cancers situés sur le côté gauche ont tendance à être plus petits, à avoir des taux de récurrence plus faibles et des périodes de survie sans maladie plus longues que ceux situés sur le côté droit. Ils présentent également une meilleure réponse à des protocoles thérapeutiques [16]. Cela pourrait expliquer la bonne évolution de notre patient sous chimiothérapie. Les hommes ont une incidence de cancer colorectal supérieure de 30 % à celle des femmes. Cette disparité entre les sexes est encore plus marquée dans les cas de cancer du rectum ou du côlon. Environ 30 % des EOCRC peuvent être attribués aux antécédents familiaux et aux facteurs héréditaires. La charge mutationnelle globale dans les EOCRC est estimée à 16 %. La mutation du syndrome de Lynch représente la moitié de ces mutations. Les autres mutations concernent le gène de la polyposé adénomateuse coli (APC), les mutations monoalléliques et bi-alléliques de MutYH et les mutations de BRCA1/BRCA2 [17]. Le syndrome de Lynch résulte d'une mutation héréditaire dans l'un des gènes de réparation des mésappariements (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 ou EPCAM), entraînant une déficience de la réparation des mésappariements qui est généralement corrélée à une forte instabilité des microsatellites.

Les facteurs de risque ajustables, classés par risque relatif du plus élevé au plus faible, comprennent un régime alimentaire typique des pays occidentaux, le statut tabagique (en comparant ceux qui fument actuellement à ceux qui n'ont jamais fumé), la consommation de viande rouge et de viande transformée, et le surpoids ou l'obésité [18, 19]. Notre patient était un fumeur chronique et un consommateur de cocaïne. Par ailleurs, il est prouvé qu'une activité physique régulière réduit le risque de cancer colorectal, tandis qu'un mode de vie sédentaire est lié à un risque accru de cancer colorectal. Les jeunes patients ont tendance à être plus dédaigneux face aux symptômes cliniques, en particulier ceux qui ne sont pas spécifiques. Les symptômes courants associés au CCR, tels que la perte d'appétit, les douleurs abdominales et la perte de poids, sont souvent négligés [20]. Cela entraîne un retard de diagnostic d'environ 6 à 9 mois. Ceci était retrouvé chez le cas du patient décrit. Lorsque le cancer

colorectal présente des symptômes, cela indique souvent un stade plus avancé de la maladie, ce qui est associé à un mauvais pronostic.

La conduite à tenir devant une occlusion sur cancer du côlon gauche est un problème plus difficile pour lequel il n'y a pas de solution simple. Deux grandes catégories d'intervention sont à envisager : la chirurgie en deux temps et la chirurgie en un temps. La chirurgie en trois temps (colostomie de décharge/colectomie segmentaire gauche à 10 jours/fermeture colostomie à 3 mois) permet de gérer sereinement l'occlusion, et a été longtemps utilisée.

Les recommandations actuelles préconisent de commencer le dépistage à partir de 45 ans pour la population générale. Les méthodes de dépistage les plus courantes sont la coloscopie, la sigmoïdoscopie souple, la colonographie par tomographie à densité, le test immunochimique fécal (TIF), le test ADN des selles et le test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS).

Conclusion

La prise en charge du cancer du rectum métastatique nécessite une approche multidisciplinaire. La compréhension des facteurs contribuant à ce phénomène peut aider les cliniciens à identifier les patients qui bénéficieront de stratégies agressives de traitement.

Conflit d'intérêt : Aucun

Contribution des auteurs

Conception et design : Eya Mvondo Eric Stéphane, Ateaze Chrisantus Formelah

Acquisition des données : Eya Mvondo Eric Stéphane, Ateaze Chrisantus Formelah, Viyoff Elias Fonteh

Analyse et interprétation des données : Eya Mvondo Eric Stéphane

Rédaction de l'article : Eya Mvondo Eric Stéphane, Ateaze Chrisantus Formelah

Révision critique du contenu intellectuel : Eya Stéphane Mvondo, Bengono Roddy, Bang Aristide

Approbation finale de la version à publier : Bengono Roddy, Bang Aristide, Foumane Pascal

Références

1. Cancer Facts & Figures 2019. Available at: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2019.htm>. Accessed May 15, 2019.
2. Key statistics for colorectal cancer. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/key-statistics.html>. Accessed September 18, 2022.
3. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening,

- and treatment) to reduce future rates. *Cancer*. 2010;116:544–573.
4. Takongmo S, Essame-Oyono JL, Binam F, Sadou, Malonga E. Les cancers colo-rectaux du sujet de moins de 40 ans a Yaoundé: Des particularités anatomo-cliniques? *Med Afr Noire*. 2000;47(2).
 5. Y. Nancy You, Karin M. Hardiman, Andrea Bafford, Vitaliy Poylin, Todd D. Francone, Kurt Davis, Ian M. Paquette, Scott R. Steele, Daniel L. Feingold. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Rectal Cancer.
 6. Bang GA, Moto GB, Ngoumfe JCT, Biwole D, Savom EP, et al. What is the place of surgery in the management of digestive cancers in Cameroon (Central Africa)? A study of a national cohort of 582 patients. *Japanese J Gastroenterol Res*. 2022; 2(3): 1060.
 7. Lussiez A, Vitous CA, De Roo AC, et al. A multi-modal study examining long-term bowel, urinary, and sexual function after rectal cancer surgery. *Am J Surg*. 2022;224:562–568.
 8. Dilke SM, Hadjittofi C, Than M, Tozer PJ, Stearns AT; EQUJAR Study Group. EQUJAR Study Group. Anterior resection syndrome and quality of life with long-term follow-up after rectal cancer resection. *Dis Colon Rectum*. 2022;65:1251–1263.
 9. Battersby NJ, Juul T, Christensen P, et al; United Kingdom Low Anterior Resection Syndrome Study Group. Predicting the risk of bowel-related quality-of-life impairment after restorative resection for rectal cancer: a multicenter cross-sectional study. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:270–280.
 10. Haute Autorité de Santé. Cancer Colorectal. Guide—Affection Longue Durée, 2008, 36.
 11. Mitry, E. and Rachet, B. Pronostic des cancers colorectaux et inegalites socio-economiques. *Gastroenterologie Clinique et Biologique*. 2006, 30, 598-603. [https://doi.org/10.1016/S0399-8320\(06\)73234-1](https://doi.org/10.1016/S0399-8320(06)73234-1)
 12. Saad El Din, K.; Loree, J.M. ; Sayre, E.C. ; Gill, S. ; Brown, C.J.; Dau, H.; De Vera, M.A. Trends in the epidemiology of young-onset colorectal cancer: A worldwide systemic review. *BMC Cancer* 2020, 20, 288. [Google Scholar] [CrossRef]
 13. Murphy, C.C.; Signal, A.G.; Baron, J.A.; Sandler, R.S. Decrease in incidence of Young-Onset Colorectal Cancer before Recent Increase. *Gastroenterology* 2018, 155, 1716-1719. e4.
 14. Patel, S.G.; Ahnen, D.J. Colorectal cancer in the young. *Curr. Gastroenterol. Rep*. 2018,20, 15.
 15. Meyer, J.E.; Narang, T.; Schnoll-Sussman, F.H.; Pochapin, M.B.; Christos, P.J.; Sherr, D.L. Increasing incidence of rectal cancer in patients aged younger than 40 years: An analysis of the surveillance, epidemiology, and end results database. *Cancer* 2010, 116, 4354-4359.
 16. Modest, D.P.; Stintzing, S.; von Weikersthal, L.F.; Decker, T.; Kiani, A.; Vehling-Kaiser, U.; Al-Batran, S.E.; Heintges, T.; Kahl, C.; Seipelt, G.; et al. Exploring the effect of primary tumor sidedness on therapeutic efficacy across treatment lines in patients with metastatic colorectal cancer: Analysis of FIRE-3 (AIOKRK0306). *Oncotarget* 2017, 8, 105749.
 17. Pearlman, R.; Frankel, W.L.; Swanson, B.; Zhao, W.; Yilmaz, A.; Miller, K.; Bacher, J.; Bigley, C.; Nelsen, L.; Goodfellow, P.J.; et al. Prevalence and spectrum of germline cancer susceptibility gene mutations among patients with early-onset colorectal cancer. *JAMA Oncol*. 2017, 3, 464–471.
 18. Chan, D.S.; Lau, R.; Aune, D.; Vieira, R.; Greenwood, D.C.; Kampman, E.; Norat, T. Red and processed meat and colorectal cancer incidence: Meta-analysis of prospective studies. *PLoS ONE* 2011, 6, e20456
 19. Vieira, A.R.; Abar, L.; Chan, D.S.M.; Vingeliene, S.; Polemiti, E.; Stevens, C.; Greenwood, D.; Norat, T. Foods and beverages and colorectal cancer risk: A systematic review and meta-analysis of cohort studies, an update of the evidence of the WCRF-AICR Continuous Update Project. *Ann. Oncol*. 2017, 28, 1788–1802.
 20. Riaz, R.; Masood, N.; Benish, A. Red flag symptoms: Detailed account of clinicopathological features in young-onset colorectal cancer. *Intest. Res*. 2017, 15, 203–207.