

PLACE DE LA COLECTOMIE SUBTOTALE OU TOTALE DANS LE TRAITEMENT EN URGENCE DES CANCERS DU CÔLON GAUCHE ET DU SIGMOÏDE EN OCCLUSION

<http://www.lebanesemedicaljournal.org/articles/56-4/original1.pdf>

Cyril TOHMÉ, Ghassan CHAKHTOURA, Bassam ABOUD, Roger NOUN, Riad SARKIS, Henri INGEA
Pierre FARAH, Antoine GHOSAIN*

Tohmé C, Chakhtoura G, Abboud B, Noun R, Sarkis R, Ingea H, Farah P, Ghossain A. Place de la colectomie subtotale ou totale dans le traitement en urgence des cancers du côlon gauche et du sigmoïde en occlusion. *J Med Liban* 2008 ; 56 (4) : 198-202.

Tohme C, Chakhtoura G, Abboud B, Noun R, Sarkis R, Ingea H, Farah P, Ghossain A. Subtotal or total colectomy as surgical treatment of left-sided occlusive colon cancer. *J Med Liban* 2008 ; 56 (4) : 198-202.

RÉSUMÉ • INTRODUCTION ET BUTS DE L'ÉTUDE : L'attitude chirurgicale à adopter en urgence dans les cancers du côlon gauche et du sigmoïde en occlusion est toujours controversée. Le but de cette étude est d'évaluer rétrospectivement les résultats de la colectomie subtotale ou totale dans la prise en charge de cette pathologie.

PATIENTS ET RÉSULTATS : Les dossiers de 67 patients ont été revus. Il s'agissait de 42 hommes et 25 femmes d'âge moyen 70,5 ans (extrêmes : 26-87 ans). La durée moyenne de l'intervention était de 210 minutes. Cinq malades (7,5%) avaient des cancers et 23 (34,3%) des adénomes tubuleux ou tubulo-villeux synchrones. Il n'y a pas eu de mortalité opératoire. Neuf patients ont présenté dix complications (15%) dont une péritonite post-opératoire sans déhiscence anastomotique, une cholécystite aiguë alithiasique, une éviscération et deux abcès intra-abdominaux. Le séjour hospitalier moyen était de 11,4 jours. Sur le plan fonctionnel, 58 patients ont été suivis et évalués à trois et douze mois après l'intervention. Aucun patient n'a présenté une incontinence fécale. Le nombre moyen des selles par 24 heures était de 3,2 selles à trois mois et 2 selles à douze mois. Tous les patients étaient satisfaits de leur qualité de vie, douze (20,7%) avaient besoin occasionnellement d'un ralentisseur de transit.

CONCLUSION : La colectomie subtotale ou totale avec anastomose primaire est une méthode sûre et efficace qui permet de traiter en un seul temps l'occlusion et le cancer avec une mortalité nulle, une morbidité acceptable et des résultats fonctionnels postopératoires satisfaisants.

ABSTRACT • INTRODUCTION : The treatment of acutely obstructed carcinoma of the left colon and sigmoid still represents a matter of controversy. The aim of this study was to assess retrospectively the results of its management by emergency subtotal or total colectomy with primary anastomosis.

MATERIALS AND RESULTS : Sixty-seven patients were reviewed. There were 42 males and 25 females. The mean age was 70.5 years (range : 26-87 years). Mean operative time was 210 minutes. There were five synchronous colon carcinomas (7.5%) and 23 (34.3%) synchronous tubulovillous and tubulovillous adenomas. No death was noted in the series. Ten postoperative complications (15%) occurred in nine patients including one postoperative peritonitis without evidence of anastomotic leak, one lithiasic cholecystitis, one evisceration and two intra-abdominal abscesses. The mean hospital stay was 11.4 days. Fifty-eight patients were assessed at three and twelve months for functional results. No fecal incontinence was encountered. The mean number of bowel movements per 24 hours was 3.2 at three months and 2 at twelve months. All patients were satisfied with their quality of life. Twelve patients (20.7%) occasionally needed anti-diarrheic medications.

CONCLUSION : Urgent subtotal or total colectomy with primary anastomosis is a safe and efficient procedure in the management of acutely obstructed neoplasm of the left colon. It allows to treat in one stage the cancer and the obstruction, bearing no mortality, acceptable morbidity and satisfactory postoperative functional results.

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical du cancer du côlon gauche et du sigmoïde en occlusion s'accompagne d'une mortalité et d'une morbidité supérieures à celles observées dans les

cas opérés à froid du fait de l'âge des patients, des pathologies fréquemment associées, de la précarité de la vascularisation colique en amont de l'obstacle et des difficultés techniques au cours de la dissection du côlon distendu [1-4]. Il est toujours l'objet de controverses et de débats en ce qui concerne la chirurgie en un ou plusieurs temps [1, 5-7]. Une approche agressive comportant une résection colique avec ou sans rétablissement de la continuité semble avoir diminué la mortalité et la morbidité [5-6]. Si la résection colique type Hartmann reste indiquée dans les cas compliqués de perforation avec péritonite et chez les sujets à très haut risque opératoire [5-6, 8], la tendance

*Service de Chirurgie générale, Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, Liban.

Correspondance : Docteur Cyril Tohmé. Service de Chirurgie générale, CHU Hôtel-Dieu de France. Av. Alfred Naccache. BP 166830-Achrafieh. Beyrouth, Liban.
e-mail : ctohme.hdf@usj.edu.lb

actuelle est de faire une chirurgie en un temps qui comporte soit la résection segmentaire suivie d'une anastomose d'emblée avec ou sans lavage per opératoire du côlon [9-10], soit la colectomie subtotale ou totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale [11-13]. Le choix de l'intervention dépend de plusieurs variables telles l'âge et l'état général du patient, le degré d'extension tumorale, l'aspect du côlon en amont de l'obstacle néoplasique et l'expérience du chirurgien [5].

Nous avons eu recours depuis 1991 à la colectomie subtotale ou totale avec anastomose immédiate pour traiter en urgence les occlusions coliques gauches ou sigmoïdiennes d'origine néoplasique. Le but de cette étude est d'évaluer rétrospectivement les résultats de cette intervention et de les comparer aux données de la littérature.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une analyse rétrospective des dossiers des patients hospitalisés et opérés d'un cancer du côlon gauche et du sigmoïde entre mars 1991 et mars 2005 a été réalisée. Ont été inclus tous les malades opérés en urgence d'une occlusion colique aiguë d'origine néoplasique. Le diagnostic d'occlusion colique était évoqué par l'histoire et l'examen clinique et confirmé, dans tous les cas, par les clichés d'abdomen sans préparation.

Sous anesthésie générale, une laparotomie médiane était pratiquée. Après exploration abdominale à la recherche de métastases hépatiques et de carcinose péritonéale, étaient précisés le site et la nature de l'obstacle colique, l'importance de la distension colique, l'état et la vascularisation du côlon en amont, de même que le diamètre cæcal et l'existence ou non de lacérations au niveau de la séreuse du cæcum. Une colectomie subtotale ou totale était réalisée de principe, quel que soit l'état du cæcum et du côlon et quel que soit l'âge du patient avec rétablissement de la continuité iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale en un seul plan par deux hémisurjets de fil à résorption lente (vicryl 4/0) ou non résorbable (prolène 4/0) sans stomie de protection. La paroi abdominale était fermée par un surjet de vicryl ou de prolène 1 sans drainage.

Les paramètres de l'étude étaient la mortalité et la morbidité péri-opératoires, le séjour hospitalier et les résultats fonctionnels à court et à moyen termes.

RÉSULTATS

Parmi les 348 patients hospitalisés et opérés d'un cancer du côlon gauche et du sigmoïde, 67 (19,25%) étaient opérés en urgence pour une occlusion colique aiguë. Il s'agissait de 42 hommes et 25 femmes d'âge moyen 70,5 ans (extrêmes : 26-87 ans). Cinquante patients (74,6%) se plaignaient de constipation récente, 15 (22,3%) d'une alternance de diarrhée et de constipation et 14 (20,8%) avaient noté un ou plusieurs épisodes de rectorragie dans les semaines qui ont précédé l'hospitali-

sation. Au moment de l'admission, 63 patients présentaient un tableau d'occlusion et quatre, un abdomen aigu associé à une contracture ou à une défense abdominale généralisée. Un lavement aux hydrosolubles, permettant de localiser l'obstacle, était réalisé chez 48 patients (71,6%), une rectosigmoïdoscopie chez 50 (74,6%) et un CT scan abdomino-pelvien, effectué dans le cadre d'un syndrome occlusif colique, chez 35 patients (52,2%).

Le site de l'obstacle néoplasique était rectosigmoïdien ou sigmoïdien chez 41 patients (61,2%) et colique gauche chez 26 (38,8%). Neuf malades (13,4%) avaient des métastases hépatiques synchrones et deux, une carcinose péritonéale. Le diamètre cæcal moyen était de 11,4 centimètres. Vingt-quatre patients (35,8%) présentaient des lacérations longitudinales au niveau de la séreuse cæcale et quatre, une perforation diastatique du cæcum avec une péritonite purulente non fécale. Une colectomie totale avec rétablissement de la continuité par une anastomose iléo-rectale a été réalisée dans 41 cas et dans 26, une colectomie subtotale avec anastomose iléo-sigmoïdienne. Vingt-cinq patients (37,3%) avaient un stade B de Dukes, 31 (46,3%) un stade C et 11 (16,4%) un stade D. L'examen anatomopathologique a retrouvé des adénomes dans 23 cas (34,3%) et un cancer synchrone dans 5 cas (7,5 %) dont quatre étaient localisés à droite.

La durée opératoire moyenne était de 210 minutes (extrême 180-300 minutes). Les pertes sanguines per opératoires moyennes étaient estimées à 300 ml (150-1000 ml). Un patient (1,5%) a nécessité une transfusion sanguine pendant l'opération. La colectomie s'est compliquée trois fois (4,5%) d'une plaie de la rate aboutissant à une splénectomie chez deux patients et une fois (1,5%) d'une perforation colique au cours de la dissection et de l'abaissement de l'angle gauche ; ce patient a présenté en postopératoire une péritonite purulente sans lâchage anastomotique suivie d'une éviscération dont les suites ont été finalement bonnes.

Il n'y a pas eu de mortalité opératoire. Dix complications postopératoires (15%) ont été observées chez neuf patients. Le détail de ces complications est rapporté dans le tableau I. L'abcès sous-phrénique a été drainé par voie percutanée sous échographie et l'abcès présacré a nécessité un drainage chirurgical. Aucun patient n'a présenté une occlusion postopératoire précoce. Trois patients ont présenté une occlusion intestinale tardive dont un (1,5%)

TABLEAU I
COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES

COMPLICATIONS	Nombre de patients (%)
PÉRITONITE POSTOPÉRATOIRE	1 (1,5%)
CHOLÉCYSTITE AIGUË ALITHIASIQUE	1 (1,5%)
ÉVISCÉRATION	1 (1,5%)
ABCÈS INTRA-ABDOMINAUX	2 (3%)
COMPLICATIONS RESPIRATOIRES	2 (3%)
COMPLICATIONS URINAIRES	3 (4,5%)
MORBIDITÉ TOTALE	10 (15%)

a nécessité une chirurgie 18 mois après la colectomie. La durée moyenne du séjour hospitalier a été de 11,4 jours (6-29 jours).

Sur le plan fonctionnel, 58 patients ont été suivis et évalués à 3 et 12 mois après l'intervention. Le nombre moyen de selles par 24 heures était de 3,2 selles à 3 mois et 2 selles à 12 mois. Douze patients (20,7%) avaient besoin occasionnellement d'un ralentisseur du transit et tous les patients étaient satisfaits de leur qualité de vie.

DISCUSSION

Quinze à vingt pour cent des cancers du côlon gauche et du sigmoïde, 19,25% dans notre série, se compliquent d'une occlusion qui grève le pronostic avec une survie à 5 ans qui chute de 60% en l'absence d'occlusion à un chiffre variant entre 23 et 40% en fonction des séries [5-6]. La raison de ce mauvais pronostic reste débattue mais fait intervenir une fréquence plus élevée de métastases, la survenue plus fréquente de récidives et la tendance à un âge plus avancé avec un terrain souvent défavorable et des comorbidités associées [5, 14-16]. Dans notre série, l'âge moyen était de 70,5 ans, comparable à celui rapporté dans d'autres séries [7, 11, 17].

La prise en charge des patients porteurs d'un cancer colique en occlusion pose deux types de problèmes : celui de la tumeur et celui de l'occlusion avec sa conséquence délétère sur l'intestin d'amont. L'attitude à adopter en urgence dans ces occlusions aiguës est loin d'être unanime sauf pour la classique résection en trois temps actuellement écartée du fait d'une morbidité et d'une mortalité cumulative trop élevées [5-6]. Une décompression première par une colostomie [7, 17-20] ou par une **cœcostomie** [21] réalisée par un abord électif et suivie d'une résection anastomose avec fermeture concomitante de la stomie est toujours proposée par certains auteurs. Cette attitude simple réalisable en urgence chez tous les patients, quel que soit l'opérateur de garde, permet de décompresser le côlon, de rééquilibrer le patient et de le préparer à la chirurgie.

La tendance actuelle est à l'exérèse tumorale en urgence qui a permis grâce ou malgré cette agressivité chirurgicale une réduction de la morbidité et de la mor-

talité durant les deux dernières décennies [3]. Cette exérèse se fera selon Hartmann chaque fois qu'une anastomose est jugée hasardeuse, à savoir en présence d'une péritonite stercorale par perforation colique, chez les vieux patients très fragiles ou quand le chirurgien n'a pas l'habitude de la chirurgie colique urgente [5-6, 8]. Cette intervention est effectivement rapide et sans risque de fistule anastomotique, cependant la mortalité et la morbidité du rétablissement de la continuité peuvent atteindre respectivement 3% et 30% et un tiers des patients ne bénéficieront jamais de ce rétablissement [8].

Chaque fois que les conditions le permettent, une résection-anastomose de première intention est de plus en plus recommandée actuellement. Elle se fera soit par une résection segmentaire après vidange colique et lavage per opératoire [9-10] soit par une colectomie subtotale ou totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-rectale [11-13, 22]. Dès 1990, nous avons eu recours à la colectomie subtotale ou totale pour traiter les occlusions coliques néoplasiques opérées en urgence. Cette technique nous a permis de réséquer la tumeur et sa complication en emportant le côlon distendu ayant une vascularisation précaire, d'éviter la colostomie et ses complications, de diminuer le risque septique per opératoire et de réduire le séjour hospitalier. La durée moyenne d'hospitalisation de 11,4 jours dans cette série, est inférieure à celle rapportée dans les séries de traitement en deux ou trois temps [7, 17]. La colectomie subtotale ou totale a aussi l'avantage d'enlever un côlon siège d'éventuels adénomes et cancers synchrones retrouvés dans 34,3% et 7,5% respectivement dans notre série et dans 20 à 30% pour les adénomes et de 3 à 11% pour les cancers synchrones dans la littérature [11-12, 23]. Cet avantage est cependant contesté par certains auteurs qui refusent le concept de la colectomie prophylactique [24] préférant soit une évaluation colique per opératoire manuelle ou endoscopique, difficile à réaliser du fait de l'absence de préparation colique et du risque de dissémination septique, soit une première évaluation endoscopique précoce à 3 ou 6 mois en postopératoire [24-25]. Depuis quelques années, la colonoscopie virtuelle par CT scan apparaît comme une méthode diagnostique bien tolérée et peu invasive qui permet l'évaluation du

TABLEAU II
MORTALITÉ ET MORBIDITÉ DE LA COLECTOMIE SUBTOTALE OU TOTALE DANS LES CANCERS OCCLUSIFS DU CÔLON GAUCHE ET DU SIGMOÏDE

SÉRIES	Mortalité (%)	Morbidity (%)	Taux de fistule (%)
STEPHENSON et al. [4]	3	22	0
THE SCOTIA STUDY GROUP [29]	12,8	-	9
PAPA et al. [28]	2,2	16,2	-
TORRALBA et al. [22]	8,5	14,2	0
REEMST et al. [13]	0	10	5
HENNEKINNE-MUCCI et al. [12]	9,7	15	2,8
NOTRE SÉRIE	0	15	0

côlon proximal en amont d'une subocclusion colique avec de bons résultats [26-27]. Cette méthode ne s'applique pas dans notre série. D'ailleurs, le recours à la colonoscopie virtuelle en situation d'urgence et sans préparation n'est pas rapporté dans la littérature.

Si certains auteurs réservent la colectomie subtotalaire ou totale aux malades ayant un risque opératoire raisonnable, un côlon massivement distendu avec dilacérations séreuses et aux cancers coliques synchrones [12], nous l'avons utilisée de principe dans les occlusions coliques opérées en urgence quel que soit le diamètre et l'état du cæcum et du côlon. La mortalité opératoire, dans cette série, est nulle. Elle varie dans la littérature entre 0 et 13%. La morbidité est acceptable. Elle est de 15% dans notre série, et de 10 à 22% dans la littérature (Tableau II) [4, 12-13, 22, 28-29]. Aucun cas de fuite anastomotique n'a été noté : Il s'agit là du principal avantage de cette opération qui permet une anastomose entre un intestin grêle et un sigmoïde ou un rectum bien vascularisés, rendant celle-ci aussi sûre qu'une anastomose iléo-colique transverse dans une colectomie droite.

La colectomie subtotalaire ou totale présente cependant certains inconvénients. D'une part la difficulté de libération de l'angle colique gauche distendu avec risque de rupture colique per opératoire qui peut avoir des conséquences sérieuses : nous avons eu un cas qui s'est compliqué en postopératoire d'une péritonite purulente sans évidence de fuite anastomotique, et de l'autre l'importance du sacrifice colique responsable de la diarrhée postopératoire. C'est d'ailleurs sur ce dernier critère que la résection segmentaire après lavage per opératoire lui a été préférée dans l'étude du SCOTIA Study Group [29]. Cette étude a comparé de manière prospective randomisée la colectomie subtotalaire avec anastomose iléo-rectale et la colectomie segmentaire avec lavage colique per opératoire sans retrouver de différence significative en termes de mortalité ou de morbidité entre les deux interventions mais notait des selles significativement plus fréquentes dans le groupe colectomie subtotalaire. Cet avis est loin d'être unanime car le principal déterminant de la diarrhée postopératoire serait l'iléon terminal qu'il faut éviter de réséquer au maximum pour améliorer les résultats fonctionnels postopératoires [30]. La plupart des études montrent un bon résultat fonctionnel pour la colectomie totale ou subtotalaire avec 2 à 3 selles par jour à un an, une absence d'incontinence et un taux de satisfaction de 97% [11-12, 22, 28, 30]. Dans notre série le nombre moyen de selles était de deux par jour à un an avec un taux de satisfaction de 100%. Enfin la colectomie subtotalaire ou totale pourrait être responsable d'une plus grande fréquence d'occlusions sur bride [5]. Trois patients de notre série ont présenté une occlusion postopératoire dont une a nécessité une chirurgie.

Récemment, certains auteurs ont proposé de traiter ces occlusions coliques néoplasiques par la mise en place initiale par voie transanale, sous contrôle radiologique ou endoscopique, d'une endoprothèse métallique auto-expansive permettant de lever l'obstacle et de préparer le patient

à une intervention chirurgicale dans de meilleures conditions [31]. Une méta analyse [32] reprenant 29 études et séries a étudié son efficacité chez 598 patients. Cette étude montre que la prothèse colique peut être utilisée de manière sûre et efficace comme une « passerelle » vers la chirurgie en évitant la réalisation, en urgence, d'une colostomie ou d'une colectomie totale et en permettant une résection colique segmentaire élective éventuellement par voie laparoscopique. Sa mortalité (1%) et sa morbidité (15%) sont acceptables mais la question du risque carcinologique de la dilatation tumorale ou d'une perforation juxta tumorale se pose. Cette méthode thérapeutique n'a pas encore été validée de façon comparative par rapport à la chirurgie première.

En conclusion, cette étude montre que la colectomie subtotalaire ou totale, qui permet en un temps de traiter le cancer et l'occlusion et d'assurer le rétablissement de la continuité dans de bonnes conditions, est une intervention sûre et efficace pour le traitement en urgence des occlusions coliques néoplasiques quel que soit l'âge du patient et l'état du côlon en amont. Elle peut être considérée comme une option thérapeutique dans la prise en charge de cette pathologie à condition qu'elle soit réalisée par un chirurgien expérimenté habitué à la chirurgie colique urgente.

RÉFÉRENCES

1. Lee YM, Law WL, Chu KW, Poon RTP. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers : A comparison between right-sided and left-sided lesions. *J Am Coll Surg* 2001 ; 192 : 719-25.
2. Mulcahy HE, Skelly MM, Husain A, O'Donoghue DP. Long-term outcome following curative surgery for malignant large bowel obstruction. *Br J Surg* 1996 ; 83 : 46-50.
3. Runkel NS, Hinz U, Lehnert T, Buhr HJ, Herfarth C. Improved outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine. *Br J Surg* 1998 ; 85 : 1260-5.
4. Stephenson BM, Shandall AA, Farouk R, Griffith G. Malignant left-sided large bowel obstruction managed by subtotal/total colectomy. *Br J Surg* 1990 ; 77 : 1098-102.
5. MacKenzie S, Thomson SR, Baker LW. Management options in malignant obstruction of the left colon. *Surg Gynecol Obstet* 1992 ; 174 : 337-45.
6. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 1270-6.
7. Parc R, Bouteloup PY, Kartheuser A. Faut-il condamner la colostomie première dans les cancers coliques gauches en occlusion. *Chirurgie* 1989 ; 115 : 112-16.
8. Roe AM, Prabhu S, Ali A et al. Reversal of Hartmann's procedure : timing and operative technique. *Br J Surg* 1991 ; 78 : 1167-70.
9. Meyer Ch, Rohr S, Iderne A, Tiberio G, Bourtoul Ch. Intérêt du lavage colique per opératoire dans la chirurgie colique d'urgence : A propos de 54 patients. *J Chir* 1997 ; 134 : 271-4.
10. Nyam DCNK, Seow-Choen F, Leong AFPK, Ho YH. Colonic decompression without on-table irrigation for obstructing left-sided colorectal tumors. *Br J Surg* 1996 ; 83 : 786-7.

11. Arnaud JP, Tuech JJ, Duplessis R, Pessaix P. Rôle de la colectomie subtotal/totale en urgence dans le traitement du cancer du côlon gauche en occlusion. *Ann Chir* 1999 ; 53 : 1019-22.
12. Hennekinne-Mucci S, Tuech JJ, Bréhant O et al. Emergency subtotal/total colectomy in the management of obstructed left colon carcinoma. *Int J Colorectal Dis* 2005 ; 14 : 1-4.
13. Reemst PHM, Kuijpers HC, Wobbes T. Management of left-sided colonic obstruction by subtotal colectomy and ileocolic anastomosis. *Eur J Surg* 1998 ; 164 : 537-40.
14. Setti Carraro PG, Segala M, Cesana BM, Tiberio G. Obstructing colonic cancer : Failure and survival patterns over a ten-year follow-up after one-stage curative surgery. *Dis Colon Rectum* 2001 ; 44 : 243-50.
15. Garcia-Valdecasas JC, Llovera JM, deLacy AM et al. Obstructing colorectal carcinomas : Prospective study. *Dis Colon Rectum* 1991 ; 34 : 759-62.
16. Baccari P, Bisagni P, Crippa S et al. Operative and long-term results after one-stage surgery for obstructing colonic cancer. *Hepatogastroenterology* 2006 ; 53 : 698-701.
17. Cugnenc PH, Berger A, Zinzindouhe F, Quinaux D, Wind P, Chevallier JM. La chirurgie en deux temps dans les occlusions coliques gauches néoplasiques reste la sécurité. *J Chir* 1997 ; 134 : 275-8.
18. Tiret E. Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du côlon ? Conférence de consensus : Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22 (3 bis) : S102-S107.
19. Koperna T, Kisser M, Schulz F. Emergency surgery for colon cancer in the aged. *Arch Surg* 1997 ; 132 : 1032-7.
20. Kronborg O. Acute obstruction from tumour in the left colon without spread. A randomized trial of emergency colostomy vs resection. *Int J Colorectal Dis* 1995 ; 10 : 1-5.
21. Perrier G, Peillon C, Liberge N, Steinmetz L, Boyet L, Testart J. Cecostomy is a useful surgical procedure : study of 113 colonic obstruction caused by cancer. *Dis Colon Rectum* 2000 ; 43 : 50-4.
22. Torralba JA, Robles R, Parrilla P et al. Subtotal colectomy versus intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1998 ; 41 : 18-22.
23. Arenas RB, Fichera A, Mhoon D, Michelassi F. Incidence and therapeutic implications of synchronous colonic pathology in colorectal adenocarcinoma. *Surgery* 1997 ; 122 : 706-10.
24. Brief DK, Brener BJ, Goldenkranz R et al. Defining the role of subtotal colectomy in the treatment of carcinoma of the colon. *Ann Surg* 1991 ; 213 : 248-52.
25. Faivre J. Surveillance endoscopique après exérèse d'un cancer colorectal. *J Chir* 1997 ; 134 : 283-5.
26. Morrin MM, Farrell RJ, Raptopoulos V, McGee JB, Bleday R, Kruskal JB. Role of virtual computed tomographic colonography in patients with colorectal cancers and obstructing colorectal lesions. *Dis Colon Rectum* 2000 ; 43 : 303-11.
27. Ridereau-Zins C, Leblay F, Aube C et al. Etude de faisabilité et premiers résultats du coloscanner à l'eau. *J Radiol* 2002 ; 83 : 1460.
28. Papa MZ, Kami T, Koller M et al. Avoiding diarrhea after subtotal colectomy with primary anastomosis in the treatment of colon cancer. *J Am Coll Surg* 1997 ; 184 : 269-72.
29. The SCOTIA study group. Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction : A prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. *Br J Surg* 1995 ; 82 : 1622-7.
30. Eu KW, Lim SL, Seow-Choen F, Leong AFPK, Ho YH. Clinical outcome and bowel function following total abdominal colectomy and ileorectal anastomosis in the oriental population. *Dis Colon Rectum* 1998 ; 41 : 215-18.
31. Desroches E, Faucheron JL, Sengel C et al. La prothèse métallique auto-expansible dans le traitement du cancer obstructif du côlon gauche. Résultats préliminaires et revue de la littérature. *Ann Chir* 1999 ; 53 : 1029-32.
32. Khot UP, Lang AW, Murali K, Parker MC. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. *Br J Surg* 2002 ; 89 : 1096-102.

أهمية إستئصال القولون الجزئي أو التام في المعالجة الطارئة لسرطان القولون الأيسروالسيني في حالة الانسداد

موجز : المدخل و أهداف الدراسة - الطريقة الجراحية التي يعتمد عليها في الحالة الطارئة لسرطان القولون الأيسر والسيني في حالة الانسداد متنازع فيها. هدف هذه الدراسة تقدير استرجاعيا نتائج استئصال القولون الجزئي أو التام في حال الاهتمام بهذه الاصابة.

المرضى والنتائج : روجعت ملفات 67 مصابا وهي 42 ذكور و25 اناث العمر الوسطي 70.5 عاما (الحدود القصوى 26-87 عاما) الوقت المتوسط للعملية 210 دقائق. 5 مرضى 7.5 % مصابون بسرطان و23 (34.3 %) أنت اصابتهم باورام غديّة أنبوبية أو أنبوبية زغابية متزامنة. لم تحدث وفيات بسبب الجراحة. أبدى 9 مرضى اختلاطات (15 %) منها واحدة التهاب البيروتوان تالية للجراحة بدون تفتح المفاغرة وحالة التهاب المرارة الحصى الحاد واستخراج خراجين من داخل البطن. مدة الاستشفاء الوسطي 11.4 يوما، وعلى المستوى الوظيفي 58 مريضا توبعوا من 3 الى 12 شهرا بعد العملية. لم يبد اي مريض سلسا برازيا. عدد التغوطات 3.2 مرة كل 24 ساعة لمدة 3 شهور ومرتان خلال 12 شهرا. كل المرضى كانوا مرتاحين لطراز حياتهم. 12 (20.7 %) منهم كانوا بحاجة من وقت لآخر لتهدئة التبرز.

الخلاصة : استئصال القولون الجزئي أو التام (الكلي) مع مفاغرة أولية طريقة آمنة وناجعة وتسمح بوقت واحد بمعالجة الانسداد والسرطان دون وفيات وامراضية مقبولة ونتائج وظيفية لا بأس بها تالية للعملية الجراحية.