

## CANCERS COLORECTAUX : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE AU CHU DE CONAKRY

### COLORECTAL CANCERS: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS CLINICAL AND THERAPEUTIC PERSPECTIVE AT THE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL OF CONAKRY

AT DIALLO<sup>1</sup>, A D DIALLO<sup>2</sup>, S Y DIAKITÉ<sup>2</sup>, L T SOUMAORO<sup>1</sup>, M KOULIBALY<sup>3</sup>, T A T DIALLO<sup>2</sup>, DIALLO AA<sup>2</sup>, CAMARA FL<sup>2</sup>, BALDÉ H<sup>2</sup>, BALDÉ AK<sup>2</sup>, DIALLO B<sup>2</sup>, CAMARA ND<sup>1</sup>.

1 Service de chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry \*

2 Service de chirurgie viscérale de l'Hôpital National de Donka CHU de Conakry

3 Service d'anatomie et de cytologie pathologiques de l'Hôpital National de Donka CHU de Conakry

**Auteur Correspondant : Amadou Diouldé DIALLO,**

service de chirurgie viscérale de l'Hôpital National de Donka, CHU de Conakry

Tel : 00(224) 664004916 /621169013

Email : aissatoutaran@gmail.com/yahoo.fr, saikoukonkoronya@gmail.com

#### RÉSUMÉ

**Introduction :** Les cancers colorectaux (CCR) occupent le 3<sup>e</sup> rang de cancer fréquent. Ils posent des problèmes liés au diagnostic tardif pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence hospitalière des CCR, identifier le profil sociodémographiques des patients, décrire les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cancers colorectaux au CHU de Conakry. **Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale de type descriptif d'une durée de 12 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 Décembre 2016. Cette étude portait sur les dossiers des patients admis et opérés de façon consécutive dans l'un des 2 services chirurgicaux du CHU de Conakry (chirurgie viscérale hôpital national Donka et chirurgie générale hôpital national Ignace Deen) et comportant un compte rendu de l'examen histo-pathologique de la pièce opératoire confirmant le diagnostic. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. **Résultats :** Sur 1647 dossiers des patients admis et opérés pour cancer des organes au cours de la période d'étude, nous avons colligé 53 cas de cancers colorectaux soit une fréquence hospitalière de 3,21%. Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio (M/F) de 1,20. Le tableau clinique était dominé par une douleur abdominale, une masse abdominale. Les formes compliquées étaient hémorragiques (43% n=23) et occlusives (19% n=10). Les moyens diagnostiques étaient fonction du tableau clinique : la rectosigmoidoscopie 36% (n=16), le lavement baryté 36% (n=12), l'échographie 60% (n=32). L'hémogramme, le bilan rénal, le bilan hépatique, l'hémostase, ont été systématiques chez tous les patients. La colectomie segmentaire était le geste chirurgical le plus réalisé. L'adénocarcinome a été la lésion histologique la plus rencontrée. Les cellules tumorales étaient bien différenciées dans 58% (n=31) de cas et la résection a été effectuée dans 100% de cas. Les suites opératoires ont été simples dans 54% des cas (n=29). Des complications ont été enregistrées 10% des cas (n= 5) avec une mortalité élevée de 36% (n=19). **Conclusion :** Les cancers colorectaux ont été plus fréquents chez les sujets jeunes de sexe masculin. La mise en place d'une politique de dépistage des cancers colorectaux, l'équipement des services en matériels d'investigations, la facilitation de l'accès à la chimiothérapie et la création d'une unité de radiothérapie pourraient contribuer à améliorer le pronostic des malades.

**Mots clés :** cancers colorectaux, épidémiologie, clinique, thérapeutique, Conakry.

#### SUMMARY

**Introduction:** Colorectal cancer (CRC) is the third most frequent cancer. They pose problems related to life-threatening late diagnosis. The objectives of this study were to determine the hospital frequency of RCCs, to identify the sociodemographic profile of patients, to describe the diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of colorectal cancers at the Conakry University Hospital. **Material and methods:** This was a 12-year, cross-sectional, descriptive, cross-sectional study from January 1, 2005 to December 31, 2016. This study examined patients' records admitted and operated consecutively in the One of the 2 surgical services of the Hospital of Conakry (visceral surgery Donka national hospital and general surgery national hospital Ignace Deen) and including a report of the histopathological examination of the surgical specimen confirming the diagnosis. **Results:** Of the 1647 records of patients admitted and operated on for organ cancer during the study period, 53 cases of colorectal cancer were reported, a hospital frequency of 3.21%. We noted a male predominance with a sex ratio (M / F) of 1.20. The clinical picture was dominated by abdominal pain, abdominal mass. Complicated forms were hemorrhagic 43%(n=23) and occlusive 19%(n=10). The diagnosis was based on the clinical picture: rectosigmoidoscopy 36% (n=16), barium enema 17% (n = 12), ultrasound 60% (n = 32). The hemogram, renal balance, hepatic balance, hemostasis, were systematic in all patients. Segmental colectomy was the most performed surgical procedure. Adenocarcinoma was the most common histological lesion. The tumor cells were well differentiated in 58% of cases and the resection was performed in 43% of cases. The results were simple in 54%(n=29) of the cases and complicated in 10%(n=5) of the cases with a high mortality of 36%(n=19). **Conclusion:** Colorectal cancers are more common in young male subjects. The establishment of a policy for the detection of colorectal cancers, the equipping of investigative equipment, the facilitation of access to chemotherapy and the creation of a radiotherapy unit could help to improve the prognosis ill

## INTRODUCTION

Les cancers colorectaux (CCR) constituent un problème majeur de santé publique [1]. C'est le troisième cancer dans le monde chez les deux sexes confondus après les cancers de prostate et de sein [1]. Quatre cents mille décès par cancer colorectal sont enregistrés chaque année [2].

L'apparition d'une symptomatologie digestive à type de rectorragie, de douleur abdominale ou de troubles de transit doit faire évoquer la possibilité d'un cancer colorectal [3]. Le toucher rectal reste pour le chirurgien un examen clé, qui en grande partie orientera sa démarche diagnostique puis sa prise en charge chirurgicale [4].

L'examen endoscopique avec biopsies est le seul examen qui permet le diagnostic positif [5].

Le traitement du cancer colorectal doit s'intégrer dans une prise en charge multidisciplinaire. L'indication d'un traitement adjuvant après chirurgie curative dépend du stade histopathologique. La radiothérapie préopératoire est indiquée pour les tumeurs qui franchissent la musculature [5]. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence hospitalière des CCR, identifier le profil sociodémographiques des patients, décrire les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cancers colorectaux au CHU de Conakry.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective multicentrique (services de chirurgie générale, viscérale et le laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHU de Conakry) de type descriptif d'une durée de 12 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 Décembre 2016. Cette étude portait sur les dossiers des patients admis et opérés de façon consécutive dans l'un des 2 services chirurgicaux du CHU de Conakry. Les dossiers comportant une observation clinique, un compte rendu opératoire et un compte rendu de l'examen histo-pathologique de la pièce opératoire confirmant le diagnostic ont été inclus dans l'étude. Les dossiers incomplets ont été exclus. L'échantillonnage a été exhaustif portant sur les dossiers des patients et les fiches d'examen anatomopathologique présents dans les services. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Le délai moyen recul était d'au moins 1 mois.

## RESULTATS

Sur 1647 dossiers de patients admis et opérés pour cancers des organes et systèmes au cours de la période d'étude, nous avons colligé 53 cas de cancers colorectaux (32 cas coliques et 21 rectaux) soit une fréquence hospitalière de 3,21%. Sur 266 cas de

cancers du tube digestif enregistrés nous avons retenu 53 cas de cancers colorectaux soit une fréquence de 20%.

Le sexe masculin était le plus représenté 54,8% avec un sex-ratio de 1,20. L'âge moyen des patients était de 54,29 ans avec des extrêmes de 17 ans et 83 ans. Les ménagères ont été les plus touchées dans 35% des cas (n=19) suivies des marchands 22% (n=12). Les motifs de consultation étaient dominés par la douleur abdominale dans 77% (n=41), une masse abdominale dans 66% (n=35), une rectorragie dans 43% (n=23), un syndrome occlusif dans 18,86% (n=10). Vingt-deux de nos patients soit 41% ont eu une évolution supérieure à 6 mois. La durée moyenne d'évolution était de 1,9 mois avec des extrêmes 2 semaines et 9 mois. Les moyens diagnostiques étaient fonction du tableau clinique : la rectosigmoidoscopie 36% (n=16), le lavement baryté 17% (n=12), l'échographie 60 % (n=32). L'hémogramme, le bilan rénal, le bilan hépatique, l'hémostase, ont été systématiques chez tous les patients. La laparotomie médiane sus et sous ombilicale a été la voie d'abord la plus utilisée 72% (n= 38) des cas. La tumeur siégeait principalement sur rectum dans 40% (n=21), sur le coecum dans 12% (n=23) et sur le sigmoïde dans 15%(n=8). La résection a été possible dans 100% des cas ; soit par rapport au colon : une colectomie segmentaire 34%(n=18), une hemi-colectomie droite 20,75% (n=11), une colostomie selon Hartmann 3,77% (n=2). Par rapport au rectum : une hemi-colectomie gauche 18,86% (n=10), une colostomie selon Hartmann 20,75% (n=10).

Les types histologiques étaient représentés par : des adénocarcinomes lieberkhuniens coliques 35,84% (n=19), des carcinomes adenosquameux coliques 13,20% (n=7), des lymphomes coliques 5,66% (n=3), des sarcomes coliques 5,66% (n= 3). Par rapport au rectum : adénocarcinomes lieberkhuniens 18,86% (n=10), carcinomes épidermoïdes 20,75% (n=11).

La tumeur était bien différenciée dans 58% (n=31) des cas, moyennement différenciée dans 28% (n=15) des cas et indifférenciée dans 13% des cas (n=7). L'extension locorégionale a été appréciée selon la classification TNM : stade I 4%(n=2) ; stade II 13%(n=7) ; stade III 25%(n=13) ; stade IV 41% (n=22).

La chimiothérapie adjuvante a été réalisée dans 9,43% des cas (n=5) selon le protocole (carboplatine + paclitaxel). Les suites opératoires ont été simples dans 54%(n=29) des cas et compliquées dans 10% (n=5) des cas soit 6% de suppuration pariétale (n=3) et 4% de fistule (n=2). Onze pourcent des patients étaient sortis avant le 7<sup>ième</sup> jour, 63% avant le

21<sup>ème</sup> jour et 27% après le 30<sup>ème</sup> jour avec une durée moyenne de séjour hospitalier de 18,64 jours et des extrêmes de 5 jours et 49 jours. Nous avons enregistré un taux de létalité de 36% (n=19). Aucune notification sur le suivi après cicatrisation des plaies opératoires n'a été retrouvée dans les dossiers colligés. Les malades ont peut-être été perdus de vue après leur sortie.

## DISCUSSION

La fréquence hospitalière des cancers colorectaux de 3,21% dans notre étude est non négligeable parce qu'elle est difficile à évaluer pour le moment par l'absence de registre de cancer établi à partir des collectes basées sur des critères de codifications fiables.

266 cas de cancers du tube digestif ont été enregistrés dans les services parmi lesquels 53 cas de cancers colorectaux soit une fréquence de 20%. Cette fréquence est inférieure à celle rapportée par Barry et coll [6] 35,07% en 2003 à Hôpital National Donka. En France, les CCR représentent 53,8 % des cas de cancers digestifs chez l'homme et 68,5 % chez la femme [1]. Ces observations démontrent que les cancers colorectaux occupent une part importante par rapport à l'ensemble des cancers digestifs. Les données d'incidence les plus récentes font état d'une augmentation modérée de l'incidence du cancer colorectal en Europe et en Chine, d'une stabilité au cours des vingt dernières années au Canada et en Amérique du Sud, et d'une diminution en Afrique [7]. Cependant des séries africaines font état de l'augmentation de la fréquence des CCR en pratique hospitalière [8, 9].

La tranche d'âges la plus touchée était celle de 40-49 ans 28% (n=15). L'âge moyen des patients était de 54,29 ans avec des extrêmes de 17 ans et 83 ans. Mbassi Dina Bell et al. [10] au CHU de Brazzaville, ont noté un âge moyen de 49,05 ans avec des extrêmes de 25 et 67 ans. Haroun et al. [11] en 2008 au Niger ont rapporté que la tranche d'âges de 31-45 ans était la plus touchée 35,7%. Les cancers colorectaux surviennent pratiquement à tous les âges. Ils sont rares et de mauvais pronostic chez le sujet jeune selon des séries africaines [3, 8]. Ils surviennent à un âge avancé autour de 60 ans dans les pays occidentaux [1].

La prédominance masculine dans notre étude (54,8% et sex-ratio de 1,20) est superposable aux résultats de Konaté et al. [8] à Dakar en 2012 57,8% d'hommes (n=43) contre 42,2% de femmes (n=30), sex-ratio=1,43 et Bibeau et al. [12] en 2011 en France. Cependant dans la série de Diallo et coll [9]

en 2011 au Gabon, le sexe féminin était le plus touché 57% (n=29) avec un sex-ratio de 0,75. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par une prédisposition génétique (familiale). Les ménagères ont été les plus touchées 35% des cas (n=19 cas) dans notre étude. Haroun et coll [11] ont noté une prédominance des agriculteurs et des éleveurs avec 57,14% chacune.

Par rapport à la provenance, 39% de nos malades étaient de la Basse-Guinée contre 32% de la Moyenne Guinée. Cette fréquence élevée des cancers colorectaux en Basse-Guinée pourrait s'expliquer par la consommation fréquente de poissons séchés et fumés et en moyenne Guinée par la consommation de la viande séchée et conservée naturellement.

La douleur abdominale a été le motif de consultation le plus fréquent 77% (n=41) suivie d'une masse abdominale 65% (n=35) de la rectorragie 12% (n=23). Selon Konaté et al. [8] les circonstances de découverte étaient des rectorragies 46,5 % (n=33), des douleurs abdominales ou anales 50,7 % (n=36), un syndrome occlusif 31 % (n=22), des masses rectales au toucher 36,6 % (n=26), une masse abdominale dans 14,1 % des cas (n=10). Coulibaly et al. [13] ont noté 30% (n=24) de rectorragies, 26,2% (n=21) de syndrome rectal, 2,5% de syndrome occlusif. La fréquence élevée de la douleur abdominale et l'importance de la masse abdominale témoignent de la consultation tardive des patients et les troubles du transit occupent le premier plan de la symptomatologie clinique. La durée moyenne d'évolution était de 1,9 mois avec des extrêmes 2 semaines et 9 mois. Mbassi Dina Bell et al. [10], Haroun et al. [11] ont noté respectivement un délai moyen diagnostique de 16 mois et 13 mois. La durée d'évolution constitue un facteur pronostique clé dans la prise en charge des cancers colorectaux. Il devient défavorable dès que cet intervalle dépasse les 3 mois [7]. Ce retard diagnostique pourrait s'expliquer par l'automédication inappropriée, les difficultés financières d'accès aux soins ou la tradithérapie.

L'hémogramme a été réalisé chez tous nos patients, suivi de la sérologie rétrovirale dans 96 % (n=51) parmi lesquels 15% étaient séropositifs. La co-morbidité à l'infection à VIH est un facteur péjoratif des CCR [1, 15]. L'échographie a été demandée de façon systématique chez tous nos patients. Mais elle n'a pu être réalisée que dans 60% (n=32). Diallo et al. [9] ont trouvé 33 cas soit une fréquence de 65% de réalisation de l'échographie abdominale. L'examen endoscopique avec biopsies réalisé dans notre étude, de même que dans les études de Konaté et al. [8] et Sawadogo et al [14], a noté une prédominance de la localisation rectale. Le retard à la consultation ainsi

que le faible niveau d'exécution des différents examens paramédicaux, témoignent de la précarité des moyens financiers due souvent dans notre contexte au recours à la médecine traditionnelle. A ce niveau, un temps précieux est perdu, ainsi qu'une importante saignée financière.

Le diagnostic de tumeur rectale était beaucoup plus fréquent dans notre série suivi de celui de tumeur cœcale avec respectivement 16 cas (30%) et 12 cas (22%). Haroun et al. [11] ont noté 6 cas de tumeurs cœcales et 13 cas de tumeurs rectales. Trois facteurs influencent la survie des patients avec cancer du rectum : la taille de la tumeur, le stade, et les récurrences tumorales [15]. Par rapport à l'extension de la tumeur nous avons noté une prédominance des stades IV 41,50% (n=22) et III 25% (n=13) selon la classification TNM. Mesli et al. [15] ont enregistré dans leur étude : 53,44% au stade III et 7,84% au stade IV de cancer de rectum. Vingt-cinq pour cent des malades atteints de CCR sont diagnostiqués à un stade métastatique [16].

La prise en charge des CCR est multidisciplinaire. La colectomie segmentaire a été le geste chirurgical le plus usité chez nos patients 34% (n=18). La colostomie type Hartmann a été réalisée chez 26% (n=13) de nos patients avec occlusion. Harouna et al [11] ont rapporté dans leur série que 30,95% des patients ont subi une hémicolectomie gauche plus rétablissement et 23,80% de résection antérieure du rectum plus anastomose immédiate. La Colostomie présente une importante morbidité, le climat chaud et humide, le problème d'appareillage de la stomie sont sources d'une hygiène déficiente et de complications locales et générales [11].

La faible réalisation de la chimiothérapie dans notre étude peut s'expliquer par le faible revenu économique des patients limitant ainsi l'accès à ce traitement qui occupe une place de choix dans la prise en charge des CCR dans notre contexte d'exercice.

Seule une attitude agressive associant une chimiothérapie pré et post-opératoire, une radiothérapie à une chirurgie d'exérèse complète, permet d'obtenir des remissions prolongées selon Slim K [17].

La prédominance de l'adénocarcinome (55% n=29) retrouvée dans notre étude a été rapportée par Diallo et al. [8], Konaté [8] respectivement 98% et 98,6% d'adénocarcinome lieberkühnien. Fadlouallah a enregistré 25% d'adénocarcinome peu différencié [3].

Des moyens d'évaluation pré-thérapeutique (la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne) et thérapeutique (la chimiothérapie) sont d'accès limité dans notre contexte d'exercice. L'écho-endoscopie et la radiothérapie ne sont pas disponibles dans nos structures hospitalières.

Dans notre étude 64 % (n=34) des patients étaient sortis vivants contre 36% (n=19) de décès. Avant le 15<sup>ème</sup> jour 48% des patients sont décédés contre 52% après le 15<sup>ème</sup> jour avec un délai moyen de survenue des décès de 28,01 jours et des extrêmes de 3 jours et 42 jours. Nous sommes du même avis que Dem A et al. [18] qui ont estimé que la mortalité a été lourde par le fait que le diagnostic est souvent tardif et la prise en charge est difficile et coûteuse, mais aussi le risque opératoire est brutalement majoré à cause des désordres biologiques et des défaillances poly-viscérales qui l'accompagnent. Le taux de létalité variait de 19 à 57% selon les séries [1,5,15]. La qualité des soins et la surveillance post opératoire contribuent à améliorer le résultat final de l'intervention.

## CONCLUSION

Les cancers colorectaux sont plus fréquents chez les sujets jeunes de sexe masculin. La mise en place d'une politique de dépistage des cancers colorectaux, une étude génétique par biologie moléculaire, un diagnostic précoce par l'équipement de nos hôpitaux en matériels d'investigation, l'accès à moindre coût à la chimiothérapie et la création d'une unité de radiothérapie pourraient contribuer à améliorer le pronostic des malades porteurs de CCR.

## REFERENCES

- 1-Bouvier A-M. Épidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) 2009; 3:14-16
- 2-Meddah D B, Meddah A, Tir T M, et al. Etude épidémiologique du cancer du côlon chez des patients de l'ouest d'Algérie. Arf.cancer 2009;1:31-55
- 3-Fadlouallah M, Benzoubeir N, Errabih I et al. Le cancer colorectal chez le sujet jeune : à propos de 40 cas. Arf cancer 2010;2:112-115
- 4-Gaujoux S, Bretagnol F, Pains Y. Menez un examen clinique chez un patient ayant un cancer du rectum. Colon rectum 2010;4:122-123
- 5-Lelong B, Montardier V, Delpero J R. Prise en charge des tumeurs primitives colorectales. Revue du praticien 2004;54:155-158.
- 6-Barry A B, Diakité S Y, Keita M. Cancers colorectaux au service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka de Conakry. Fréquence, aspects cliniques, histologiques et thérapeutiques. Guinée Médicale.2005;47:41-44
- 7-Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Cancer incidence in five continents. Lyon: IARC Scientific Publications, 2007. Vol. IX
- 8- Konaté I., Sridi A., Ba PA et al. Étude descriptive des cancers colorectaux à la clinique chirurgicale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. J Afr Cancer.2012;4:233. doi:10.1007/s12558-012-0232-y.
- 9-Diallo O F K, Nguema F K R, Ibaba J et al. Aspects épidémiologiques et diagnostiques des cancers colorectaux à Libreville (Gabon). Médecine tropicale 2011;6:605-607
- 10-Mbassi DinaBell E, Nsonde-Malanda J., Nkoua-Mbon J B., Sangaré AH, Gombe Mbalawa C. Problèmes posés par la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers colorectaux au CHU de Brazzaville. Médecine d'Afrique noire.2010;57(8):407-412
- 11-Haroun Y D, Iuo A, Seybou A et al. Les cancers colorectaux, notre expérience à propos de 42 cas. Médecine d'Afrique Noire 2008;55:195-200
- 12-Bibeau F, Boissière F, Laurent P, Puig P. Formes familiales des cancers colorectaux, techniques diagnostiques (France) Springer-verlag. 2011;5:179-184
- 13- Coulibaly B, Traoré D, Togola B et al. cancer du rectum : aspects épidémiologiques-cliniques, traitement chirurgical et pronostic. Mali Médical.2012 ; XXVII(3):7-10
- 14-Sawadogo A, Ilboudo P, Durand G, Peghini M, Branquet D, Sawadogo A et al. Épidémiologie des cancers du tube digestif au Burkina Faso: Apport de 8000 endoscopies effectuées au Centre Hospitalier National Sanou Sourou (CHNSS) de Bobo Dioulasso. Med Afr Noire 2000;47:342-5.
- 15-Mesli SN, Regagba D, Tidjane A, et al. Analyse des facteurs histo-pronostiques du cancer du rectum non métastatique dans une série ouest Algérienne de 58 cas au CHU-Tlemcen. Pan African Medical Journal.2016; 24(1):5
- 16-Renaud F, Serban B, Olivier A, Denis P. Le cancer colorectal métastatique au diagnostic : point de vue du chirurgien. Hepato Gastro 2011;18: S17-S21.
- 17-Slim K. Cancérologie digestive. Pratiques chirurgicales. Recommandations de la société française de chirurgie digestive. Journal de chirurgie 2009 ; 146 supplément 2 :S11- S80
- 18-Dem A, Kasse A A, Diop M et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des cancers colorectaux à propos de 74 cas à l'institut de cancer à Dakar. Médecine d'Afrique noire 2000;45:66-69.

**Tableaux I : Fréquence des motifs de consultation N=53**

Motifs de consultation	Nombre de cas	%
<b>Douleur Abdominale</b>	<b>41</b>	<b>77</b>
Masse abdominale	35	66
Rectorragie	23	43
Vomissements	22	41
Douleur anale	11	21
Constipation	20	38
Arrêt de matières et gaz	10	19
Diarrhée	8	15
Epreintes	4	8
Prurit anal	2	4

**Tableau II : Répartition des cas en fonction du siège de la tumeur**

Siège de la tumeur	Nombre de cas	%
<b>Rectum</b>	<b>21</b>	<b>40</b>
Cœcum	12	23
Côlon sigmoïde	8	15
Côlon transverse	7	6
Côlon ascendant	3	13
Côlon descendant	2	4
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Tableau III : Répartition des cas en fonction des lésions histologiques**

Lésions histologiques	Nombre de cas	%
<b>Adenocarcinomes</b>	<b>29</b>	<b>55</b>
Carcinomes épidermoïdes	11	21
Carcinomes adénosquameux	7	13
Lymphomes	3	6
Sarcomes	3	6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>