

Cancer colique en occlusion: quelle prise en charge en 2022?

Dr ARNAUD GIRARDOT-MIGLIERINA^a, Dr AMANIEL KEFLEYESUS^a, Dr DANIEL CLERC^a, Dr FABIAN GRASS^a,
Pr NICOLAS DEMARTINES^a, Pr MARTIN HÜBNER^a et Pr DIETER HAHNLOSER^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 1192-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.786.1192

La principale priorité du cancer du côlon obstructif (CCO) est la levée urgente de l'obstacle colique, sans compromettre les résultats oncologiques tout en réduisant les taux de stomies initiales et permanentes. Une prise en charge proactive est essentielle pour minimiser le risque de perforation et de choc septique. Les procédures par étapes (staged procedures) ont une place primordiale afin de permettre un traitement optimal associé à des résultats proches des conditions de la chirurgie élective. L'approche doit être adaptée à l'état des patients, au stade oncologique, ainsi qu'à l'expertise chirurgicale disponible. Cette synthèse de la littérature se conclut par la proposition d'un algorithme pour le traitement individualisé du CCO.

Obstructed colon cancer: which strategy in 2022?

The key priority for obstructed colon cancer (OCC) is urgent resolution of the large bowel obstruction with ideally no compromise of oncological outcomes and low initial and permanent ostomy rates. Proactive management is pivotal to decrease the risk of perforation and septic shock. Staged procedures have an important place to provide optimal treatment and offer similar treatment and outcomes as in the elective setting. The approach is tailored to the patient's condition, the oncological situation and expertise of the available surgical team. This overview concludes by proposing a comprehensive treatment algorithm for individualized treatment of OCC.

INTRODUCTION

Le cancer colique (CC) représente la troisième cause de mortalité par cancer en Suisse en 2020.¹ Sa révélation par une occlusion digestive peut représenter jusqu'à 30% des formes cliniques.² Il constitue alors une urgence thérapeutique. Bien que fréquente, la prise en charge du CC obstructif (CCO) n'est pas consensuelle. Elle peut et doit être adaptée en fonction du terrain, du contexte oncologique, ou de la découverte d'une perforation péroopératoire. Le but de cet article est de proposer un résumé sur la prise en charge du CCO pour les côlons droit et transverse (CCOD) et gauche (CCOG); ainsi qu'une mise au point sur les recommandations de bonnes pratiques basées sur les données actuelles de la littérature.

^aService de chirurgie viscérale, Département de chirurgie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne
arnaud.girardot-miglierina@chuv.ch | amaniel.kefleyesus@chuv.ch
daniel.clerc@chuv.ch | fabian.grass@chuv.ch | demartines@chuv.ch
martin.hubner@chuv.ch | dieter.hahnloser@chuv.ch

ÉPIDÉMIOLOGIE

En Suisse, le CC est le 2^e cancer le plus fréquent chez les femmes et est au 3^e rang pour les hommes; il s'agit de la 3^e cause de mortalité tout sexe confondu.¹ Son incidence annuelle nationale sur la période 2013-2017 était de 900 nouveaux cas/an (54,5 cas/100 000/an). Durant la même période, il était responsable de 335 décès/an (20,3 décès/100 000/an).

Présentation clinique et localisation

Le CCO constitue jusqu'à 80% des occlusions coliques.² Sa répartition selon les sexes ne présente pas de différence, en revanche, on note une surreprésentation de son incidence à partir de 75 ans.³ Le CCOD se situe entre le cæcum et l'angle colique gauche et constitue 35% des CCO. Le CCOG, majoritaire (65%), se développe de l'angle colique gauche à la charnière sigmoïdo-rectale. Les patients atteints d'un CCOG sont plus âgés, plus fréquemment des femmes, et présentent plus de comorbidités et d'antécédents oncologiques. En cela, la population atteinte d'un CCOG est plus fragile.⁴

Stade de découverte et pronostic

Comparativement au stade de diagnostic des CC, le CCO est rarement découvert à un stade localement limité (stade I), mais à des stades localement avancés (stade II), avec envahissement ganglionnaire régional (stade III) ou avec atteinte métastatique synchrones à distance (stade IV) (**tableau 1**).^{4,5}

TABLEAU 1 Comparaison des localisations

		CC (%)		CCO (%)	
		D	G	D	G
Localisation		46	54	35	65
TNM	Stade I	6	12	2	1
	Stade II	39	37	22	29
	Stade III	30	28	36	30
	Stade IV	25	23	40	40
Survie globale à 5 ans		67	71	43	53
Survie sans maladie à 5 ans		73	74	36	46

Le tableau indique également les stades TNM au moment de la découverte et la survie entre CC et CCO.

CC: cancers coliques; CCO: cancers coliques obstructifs; D: localisation droite; G: localisation gauche; TNM: classification internationale des tumeurs malignes.

Les taux de survie globale et de survie sans maladie à 5 ans des CCO sont inférieurs à ceux des CC. Intrinsèquement, les CCOD ont un plus mauvais pronostic que les CCOG (**tableau 1**).^{4,6}

Morbimortalité postopératoire

Les données internationales récoltées par l'European Society of Coloproctology relatives à la chirurgie colique droite et gauche, toutes indications confondues, permettent une comparaison avec les CCO. Comme rapporté dans le **tableau 2**, les chiffres sont en défaveur des CCO en termes de morbi-mortalité et de complications postopératoires (fuites anastomotiques, reprise chirurgicale, durée d'hospitalisation).

Une cohorte de 2325 patients atteints de CCO sur 15 ans, établie par l'Association française de chirurgie (AFC), n'a pas révélé de différences entre CCOD et CCOG relatives à la morbi-mortalité ou aux complications postopératoires (**tableau 2**).^{4,7,8}

DIAGNOSTIC, TRAITEMENT MÉDICAL ET BILAN D'EXTENSION

Diagnostic clinique

La symptomatologie se manifeste par un arrêt des gaz et/ou des matières fécales ainsi qu'une distension abdominale. L'examen clinique objective une sensibilité, un météorisme et un silence auscultatoire. En cas de perforation tumorale, la contamination stercorale est habituellement localisée; à l'opposé, une perforation diastatique d'amont (souvent cœcale) peut évoluer jusqu'à une péritonite généralisée. Les signes cliniques vont de l'irritation péritonéale (défense localisée, contracture généralisée) au choc septique. En résumé, la présentation clinique révèle une grande variabilité ainsi qu'une faible spécificité, nécessitant l'adjonction d'examen complémentaires.

Examens sanguins

Les examens biologiques permettent la mise en évidence d'un syndrome inflammatoire (leucocytes, CRP), de troubles hydroélectrolytiques, possiblement associés à une alcalose métabolique en cas de vomissements profus, ou d'une acidose métabolique lactique en cas de nécrose ou de perforation. Un

bilan de l'état nutritionnel peut également être demandé, ainsi qu'un dosage du marqueur tumoral CEA (Carcinoembryonic Antigen; antigène carcinoembryonnaire).

Traitement médical

Devant un tableau clinique d'occlusion digestive basse, la priorité est la mise en aspiration d'une sonde nasogastrique en cas de vomissements. Ce traitement permet de prévenir les complications d'une aspiration bronchique du contenu gastrique. Les soins de support (antalgie, correction de troubles hydroélectrolytiques ou d'une dénutrition (30% des patients)) doivent être initiés précocement. Une antibiothérapie probabiliste ciblée sur les bacilles Gram négatif et anaérobies est recommandée en prévention d'une translocation bactérienne.²

Bilan d'extension

Le diagnostic de CCO repose exclusivement sur la tomodensitométrie abdominale (CT abdominal) après injection intraveineuse du produit de contraste au temps veineux en l'absence d'insuffisance rénale. Le CT abdominal permet de préciser le caractère organique de l'occlusion, avec une dilatation colique supérieure à 6 cm, ou cœcale à 8 cm. Un saut de calibre épaissi, circonférentiel et irrégulier, est évocateur d'une nature tumorale. La lumière colique est marquée par une sténose avec une transition nette et brutale entre le côlon dilaté et le côlon plat. La valvule iléo-cœcale est «forcée» en cas de dilatation grêle.

L'évaluation de l'extension ganglionnaire est peu fiable pour des lésions cN+ (sensibilité et spécificité respectivement de 86 et 55%). La détection de métastases hépatiques peut nécessiter la réalisation d'une IRM hépatique en complément du CT abdominal (sensibilité 75%, spécificité 95%), sans retarder la prise en charge. La carcinose péritonéale peut être sous-estimée (sensibilité de 60 à 76%), dépendant de la taille et de la localisation de la lésion ainsi que de l'expérience du radiologue.

Enfin, les signes de gravité du CCO sont les témoins d'une souffrance colique en amont de la tumeur ou d'une perforation colique (tumorale ou diastatique). La souffrance colique est objectivée par un défaut de rehaussement pariétal, une pneumatose pariétale, une aëromésentérie ou une aëroportie. Quant au pneumopéritoine, il est le reflet d'une perforation colique.⁹

Si le CC est le premier diagnostic à évoquer devant une occlusion colique, d'autres diagnostics différentiels méritent d'être mentionnés (**tableau 3**).

Pour conclure le bilan d'extension, une coloscopie avec biopsies diagnostiques peut être considérée. En pratique, cet examen est rarement réalisé en raison du degré d'urgence et du risque surajouté de perforation.²

STRATÉGIE CHIRURGICALE

Perforation et «Damage Control Surgery»

Quand survient une péritonite stercorale ou purulente sur perforation tumorale ou diastatique avec instabilité hémody-

TABLEAU 2

Complications postopératoires des CC et CCO

Comparaison des complications postopératoires globales entre CC et CCO. CC: cancers coliques; CCO: cancers coliques obstructifs; D: localisation droite; G: localisation gauche.

	CC (%)		CCO (%)	
	D	G	D	G
Mortalité	2,6	2,1	10	8
Morbidité globale	38	38	53	42
Fuite anastomotique	4,6	7,3	14	14
Reprise chirurgicale	6	9	12	11
Stomie définitive	-	-	8	20
Durée d'hospitalisation (jours)	7	7	15	18

TABLEAU 3 Diagnostics différentiels des cancers coliques occlusifs

Étiologies	Diagnostics
Maladie diverticulaire	Diverticulite, sténose diverticulaire
Oncologique	Lymphome primitif colique, carcinose péritonéale
Invagination colique	Diverticule de Meckel, polype, tumeur, mucocèle appendiculaire
Maladie inflammatoire chronique intestinale	Rectocolite ulcérohémorragique, maladie de Crohn
Sténose secondaire	Postradique, postischémique
Occlusion par strangulation	Volvulus du cæcum, volvulus du sigmoïde

namique, ou en présence d'une nécrose digestive ischémique, la priorité devient le contrôle de la source du sepsis intra-abdominal (SIA). Elle est assurée au moyen d'une chirurgie d'exérèse écourtée, associée à des mesures de réanimation adaptées et initiées dès que possible (élargissement du spectre antibiotique en cas de sévérité du SIA).²

La chirurgie doit répondre à deux problématiques: a) réaliser soit une anastomose digestive, au risque de développer une insuffisance anastomotique, soit une stomie temporaire, au risque de ne jamais rétablir la continuité digestive, et b) respecter le principe de chirurgie oncologique. En cas de SIA,

une situation oncologique palliative n'a pas d'impact sur la stratégie thérapeutique.

Afin de pallier ces impératifs, le concept de Damage Control Surgery (DCS, ou chirurgie de sauvetage) trouve ici sa place, à condition d'une sélection rigoureuse des cas, limitant son suremploi. Dans notre service de chirurgie viscérale d'un centre hospitalo-universitaire tertiaire (CHUV, Lausanne), un algorithme décisionnel de prise en charge des SIA a été implémenté dès 2016, permettant d'atteindre des taux élevés d'anastomoses digestives (68%) et d'absence de stomies (65%) en fin d'hospitalisation (3% de stomies de protection); toutefois sans diminuer significativement la mortalité périopératoire (26%).¹⁰ De tels résultats tendent à rendre l'utilisation du DCS possible afin d'assurer une chirurgie d'exérèse oncologique de qualité tout en diminuant le taux de stomie pour une population de patients sévèrement atteints.

Pour un SIA répondant aux critères de DCS, avec instabilité hémodynamique (noradrénaline > 10 µg/min) et/ou perturbation acido-basique (Ph < 7,35, excès de base < -2, lactate > 2,44 mmol/l), la chirurgie primaire consiste au contrôle rapide de la source (résection chirurgicale), suivie d'un lavage péritonéal, de l'abandon des moignons et d'une fermeture abdominale temporaire par laparostome (figures 1 et 2).

La résection chirurgicale d'un CCOD perforé demeure une colectomie droite plus ou moins élargie au transverse selon la

FIG 1 Stratégie chirurgicale de prise en charge des CCOG

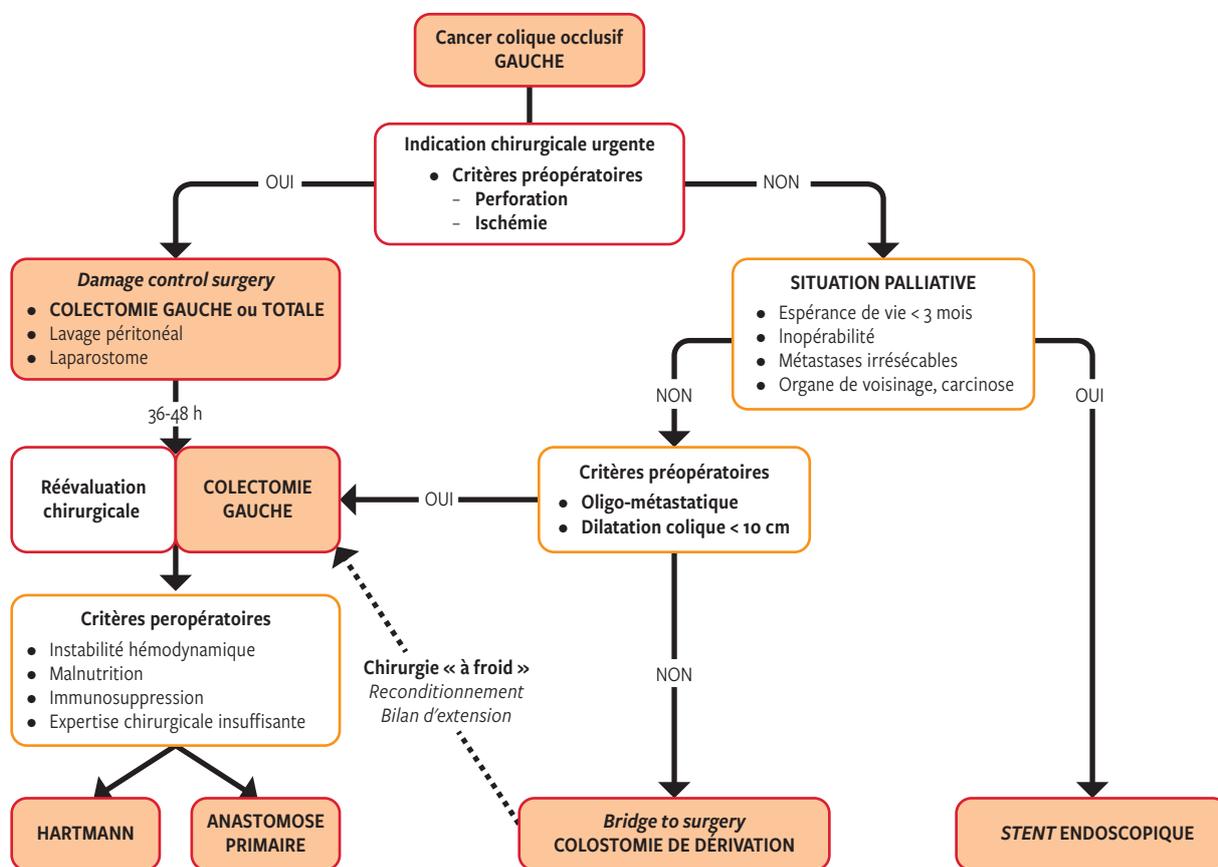
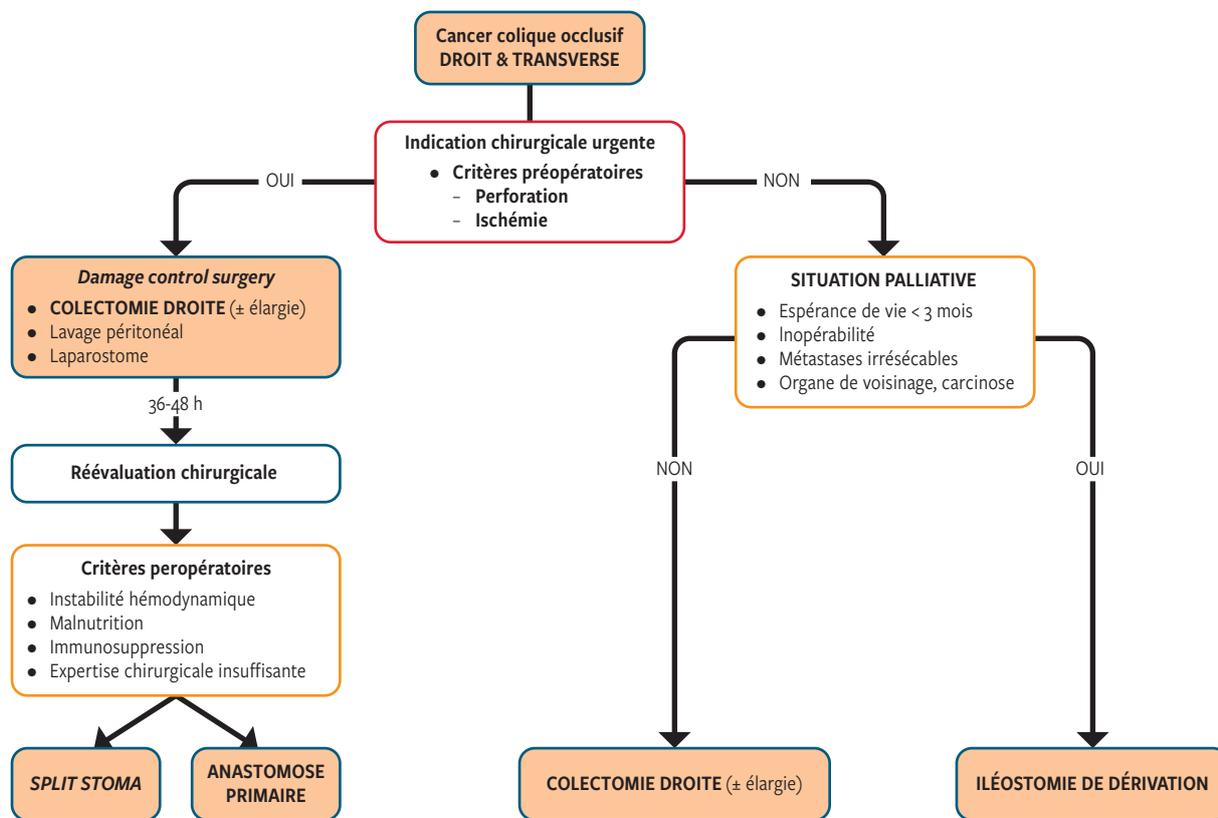


FIG 2 Stratégie chirurgicale de prise en charge des CCOG



localisation tumorale. Pour un CCOG perforé, une colectomie gauche (CG) est réalisée en cas de perforation tumorale; une colectomie totale (CT) en cas de perforation cœcale diastatique. Après stabilisation en unité de soins intensifs ou intermédiaires, la réévaluation chirurgicale (second-look) est programmée à 36-48 heures. En l'absence d'instabilité et de perturbation acido-basique, la décision de réaliser une anastomose ou une stomie est prise sur les constats peropératoires et en présence d'un chirurgien colorectal. En l'absence d'anastomose, pour un CCOG, il s'agit d'une sigmoïdostomie terminale selon l'intervention de Hartmann (IH); pour un CCOG, d'une iléo-colostomie terminale, encore appelée Split-Stoma (SS). En cas d'instabilité persistante, une seconde réévaluation est réalisée.

Enfin, une perforation tumorale doit rendre vigilant quant à la survenue plus fréquente de carcinose péritonéale (54%).¹¹

Obstruction gauche

Pour un CCOG en situation curative, le chirurgien est confronté à l'application d'une stratégie chirurgicale en 1 temps (CG avec anastomose primaire) ou en 2 temps. La stratégie en 2 temps se divise elle-même en deux approches: a) Bridge to Surgery (BTS), permettant la levée de l'obstruction primaire en urgence par une colostomie de dérivation (CDD) suivie de la résection-anastomose tumorale à distance, et b) l'IH, correspondant à la résection tumorale primaire, suivie du rétablissement de continuité à distance.

TABLEAU 4 Comparaison des complications postopératoires des CCOG par techniques chirurgicales

CCOG: cancers coliques obstructifs gauches; CDD: colostomie de dérivation; CG: colectomie gauche; CT: colectomie totale; IH: intervention de Hartmann.

	Chirurgie en 2 temps (%)		Chirurgie en 1 temps (%)		Toutes techniques (%)
	CDD	IH	CG	CT	
Mortalité	7	10	6	13	8
Morbidité globale	39	47	40	50	42
Fuite anastomotique (à 30 jours)	0	2	13	13	14
Reprise chirurgicale	10	10	11	15	11
Stomie définitive	24	39	8	10	20
Durée d'hospitalisation (jours)	24	17	14	15	18

Une cohorte de 1500 patients diagnostiqués de CCOG, établie par l'AFC a permis de collecter les résultats postopératoires des différentes options chirurgicales (**tableau 4**).¹² Les résultats oncologiques de survie globale et de survie sans maladie à 5 ans étaient supérieurs pour la CG et le pronostic meilleur pour la CG et la CDD. Les avantages et inconvénients de ces options sont résumés dans le **tableau 5**.

Les auteurs ont également identifié des facteurs prédictifs de mortalité postopératoires: un âge > 70 ans, un score ASA (American Society of Anesthesiologists) ≥ 3 , ainsi qu'une instabilité hémodynamique peropératoire, permettant d'identifier les patients à risque.

À la lumière de ces données, nous retenons les indications respectives (**figure 1**): la CG semble être la meilleure option pour des patients en bon état général. La CDD est l'option préférée pour des patients fragiles, s'inscrivant dans l'approche BTS. Enfin, l'IH est à réserver aux cas relevant de la DCS.

La stratégie thérapeutique des CCOG ne saurait être complète sans développer davantage l'approche BTS, adaptée aux patients fragiles, mais également en cas de dilatation colique > 10 cm, présageant d'une mauvaise congruence anastomotique. En traitant l'urgence occlusive, on peut alors optimiser d'éventuelles comorbidités décompensées (reconditionnement), permettre au côlon dilaté de se recalibrer, compléter le bilan d'extension, puis enfin réaliser une colectomie oncologique à froid.¹⁰ Deux options sont mises en balance: 1) la CDD préférentiellement de localisation transverse droite, facilitant la résection-anastomose du 2^e temps; 2) la prothèse colique endoscopique ou stent.

Une seconde cohorte de l'AFC de 518 patients a comparé les deux options. Le stent y était associé à de meilleurs résultats en termes de morbidités postopératoires, durée de séjours hospitaliers et résection tumorale.¹³ Les taux de stomies définitives étaient similaires pour les deux options. Les taux d'anastomoses primaires, les résultats pathologiques et la survie globale étaient en faveur de la CDD. Enfin, le taux élevé de perforation (6%) doit rendre prudente l'utilisation du stent, même sur une population fragile.

Dans une approche curative BTS, la CDD semble être l'option la plus sûre et offrant les meilleurs résultats oncologiques.

L'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) recommande l'utilisation du stent dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire et d'une sélection rigoureuse des patients. Pour des patients en cours de traitement ou éligibles à une thérapie anti-angiogénique (bévacizumab), le stent est contre-indiqué en raison du risque accru de perforation.¹⁴

Obstruction droite

Pour les CCOD, la résection tumorale avec anastomose primaire est l'option chirurgicale la plus souvent réalisée en situation curative. En comparaison avec les CCOG, la résection-anastomose peut être jugée plus simple (plus grande facilité à mobiliser l'angle hépatique ainsi que l'intestin grêle, vascularisation de l'anastomose iléo-transverse plus optimale). Cependant, la littérature analysant les différentes options chirurgicales et non chirurgicales est faible en comparaison avec les CCOG.

Les autres stratégies thérapeutiques chirurgicales sont réalisées en 2 temps: a) résection avec iléo-colostomie terminale (SS) et b) iléostomie de dérivation (ID) en stratégie BTS. Elles nécessitent la réalisation d'une iléostomie, dont les complications spécifiques (éventration parastomiale, hyperdébit, désinsertion, abcès péristomial, irritations cutanées ou encore sténose) augmentent la morbidité.

Une autre cohorte de l'AFC (776 patients) a comparé les différentes options.¹⁵ Il n'y avait pas de différences en termes de morbidité, mortalité, fuite anastomotique, reprise chirurgicale, ou durée d'hospitalisation. Le taux de stomies définitives était de 8% (vs 46% pour les CCOG). Les mêmes facteurs prédictifs de mortalité postopératoires que dans les CCOG ont été identifiés.

En résumé (**figure 2**), la colectomie droite plus ou moins élargie au transverse avec anastomose primaire est l'option la plus appropriée du CCOD. Dans une approche BTS, réservée à des patients fragiles, l'ID peut être une option, mais doit demeurer exceptionnelle en raison de la morbidité liée à l'iléostomie. Enfin, la SS est à réserver aux cas relevant de la DCS.

Pour conclure ce tour d'horizon: un point sur la place du stent du CCOD en situation curative (BTS). D'une part, l'ESGE recommande actuellement son utilisation, arguant de taux de morbimortalité bas.¹⁴ D'autre part, la WSES (World Society of

TABLEAU 5 Avantages et inconvénients des options chirurgicales du CCOG

CCOG: cancer colique obstructif gauche.

	Chirurgie en 2 temps		Chirurgie en 1 temps
	Colostomie de dérivation	Hartmann	Colectomie gauche
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de fuites • Simple, rapide • Bilan d'extension (traitement de lésion synchrone) • 2^e temps laparoscopique 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de fuites • Simple, rapide • Traitement simultané de l'occlusion et du cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure unique • Taux de stomies faibles • Diminution du nombre de jours hospitaliers • Traitement simultané de l'occlusion et du cancer
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures multiples • Augmentation du nombre de jours hospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures multiples • Taux de stomies définitives élevés • Absence de prise en charge de lésion synchrone • Chirurgie majeure pour rétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de fuites anastomotiques élevés • Absence de prise en charge de lésion synchrone • Manœuvre de vidange et d'exasufflation

Emergency Surgery) ne le recommande pas, en raison du faible niveau de preuves disponibles (petites séries rétrospectives) et de la difficulté technique supérieure à sa mise en place comparée au CCOG.² Devant le peu de données actuelles, le stent n'a pas sa place dans notre algorithme décisionnel du CCOG.

Situation palliative

Une situation est considérée comme palliative lorsqu'une résection tumorale n'est pas envisageable: inopérabilité, espérance de vie inférieure à 3 mois, métastases synchrones non résecables, envahissement d'organe de voisinage (par exemple duodénum), ou encore carcinose péritonéale avancée (atteinte étendue du grêle ou de la racine mésentérique). Dans cette situation, on attend de la stratégie thérapeutique (chirurgie versus stent) de permettre un accès rapide à une chimiothérapie, au prix d'une morbidité acceptable, tout en préservant la qualité de vie.

Au niveau du côlon gauche (figure 1), la chirurgie d'urgence consiste à la réalisation d'une CDD de proche amont définitive: transverse ou sigmoïde. Le stent présente des complications spécifiques: migration (8%), perforation (10%), réobstruction (18%). Les deux stratégies ne présentent pas de différence en termes de morbidité (34 vs 38%). Les données relatives à la mortalité à 30 jours et aux stomies sont en faveur du stent (respectivement 4 vs 11%, 13 vs 54%), et la chimiothérapie y est débutée plus précocement (8 vs 22 jours), contrebalancée par une survie à 2 ans plus faible (3 vs 21%).⁹ Le stent est donc une alternative sûre à la chirurgie, offrant un accès rapide à la chimiothérapie. Sa validité est appuyée par les recommandations européennes.¹⁴

Au niveau du côlon droit (figure 2), en cas de tumeur non résecable, une dérivation interne iléo-transverse est réalisable. L'alternative chirurgicale est une ID, en mettant en balance la survenue potentielle de ses complications spécifiques. Ces deux options chirurgicales sont à haut risque de morbidité (57%) et de mortalité (10%).¹⁵ En raison de difficultés techniques supérieures comparées au CCOG, le stent colique droit n'a pas sa place dans notre pratique courante.^{2,14}

SUITES POSTOPÉRATOIRES

La réhabilitation améliorée après chirurgie (comme le programme ERAS) a démontré son utilité dans l'amélioration des résultats postopératoires dans la chirurgie élective des CC. Une méta-analyse (818 patients) a confirmé la supériorité de ces mesures quant à la réduction des durées d'hospitalisation et de reprise de transit intestinal, des complications postopératoires, d'iléus postopératoires, et de délai avant initiation d'une chimiothérapie adjuvante (CA).¹⁶

Concernant la CA, un âge > 75 ans, un bas niveau socio-économique, un bas grade de différenciation tumorale, ainsi qu'une durée prolongée d'hospitalisation ont été identifiés comme des facteurs augmentant le délai avant le début de la thérapie.¹⁷

Une approche minimalement invasive par laparoscopie est traditionnellement considérée comme une contre-indication en raison de la difficulté technique et de la fragilité des patients. Elle peut néanmoins être réservée à des cas sélectionnés (BTS) et réalisée dans des centres experts.² L'approche laparoscopique raccourcit le délai à une CA.¹⁷

CONCLUSION

La chirurgie en urgence des CCO est associée à des taux élevés de morbidité postopératoire ainsi qu'à un mauvais pronostic. Au terme de l'évaluation préopératoire, la prise en charge chirurgicale doit répondre à deux impératifs. Premièrement, la levée urgente de l'obstruction, pouvant être compliquée d'un SIA lié à une perforation. Deuxièmement, offrir un traitement oncologique, en prenant en compte le terrain du patient, souvent âgé et dénutri, ainsi que le caractère localement avancé et/ou fréquemment métastatique. La stratégie chirurgicale doit savoir s'appuyer sur un arsenal supplémentaire: BTS, ERAS, ou chirurgie minimale invasive, afin d'optimiser les résultats postopératoires chirurgicaux et oncologiques de ces patients fragiles, ainsi que de maintenir un taux de stomies permanentes le plus bas possible.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le CCO est une situation à haut risque associée à une augmentation des taux de morbidités postopératoires, ainsi qu'à de mauvais résultats oncologiques et fonctionnels
- Le bilan de gravité et d'extension repose essentiellement sur le CT abdominal. En cas de vomissements, la mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative prévient les complications d'une bronchoaspiration gastrique
- La prise en charge chirurgicale se doit de répondre à deux impératifs: lever l'obstruction, véritable urgence, et offrir secondairement un traitement oncologique en situation curative
- L'approche doit être adaptée à l'état des patients, à la situation oncologique, ainsi qu'à l'expertise chirurgicale disponible
- Les prérequis sont une approche chirurgicale standardisée (algorithme), une expertise chirurgicale, et une optimisation du parcours de soins périopératoire

1 Statistics FSO of. Cause of Death Statistics by Cancer Type in Switzerland – 2013-2017. Federal Report of Health Ministry (OFSP). 2020.
2 **Pisano M, Zorcolo L, Merli C, et al. 2017 WSES Guidelines on Colon and Rectal Cancer Emergencies: Obstruction

and Perforation. World J Emerg Surg 2018;13:36.
3 McArdle CS, McMillan DC, Hole DJ. The Impact of Blood Loss, Obstruction and Perforation on Survival in Patients Undergoing Curative Resection for Colon Cancer. Br J Surg 2006;93:483–8.

4 Mege D, Manceau G, Beyer L, et al. Right-Sided vs. Left-Sided Obstructing Colonic Cancer: Results of a Multicenter Study of the French Surgical Association in 2325 Patients and Literature Review. Int J Colorectal Dis 2019;34:1021–32.
5 Snaebjornsson P, Jonasson L,

Jonsson T, et al. Colon Cancer in Iceland—A Nationwide Comparative Study on Various Pathology Parameters with Respect to Right and Left Tumor Location and Patients Age. Int J Cancer 2010;127:2645–53.
6 Benedix F, Kube R, Meyer F, et al.

Comparison of 17,641 Patients with Right- and Left-Sided Colon Cancer: Differences in Epidemiology, Perioperative Course, Histology, and Survival. *Dis Colon Rectum* 2009;53:57-64.

7 2017 European Society of Coloproctology (ESCP) Collaborating Group. The 2017 European Society of Coloproctology (ESCP) International Snapshot Audit of Left Colon, Sigmoid and Rectal Resections – Executive Summary. *Colorectal Dis* 2018;20(Suppl.6):13-4.

8 2015 European Society of Coloproctology Collaborating Group. Predictors for Anastomotic Leak, Postoperative Complications, and Mortality after Right Colectomy for Cancer: Results from an International Snapshot Audit. *Dis Colon Rectum* 2020;63:606-18.

9 Sielezneff I, Karoui M, Mège D, Manceau G. Prise en charge du cancer

colique en occlusion. Rapport présenté au 118e Congrès français de chirurgie 2016. Montrouge: Arnette, 2016.

10 *Faes S, Hübner M, Girardin T, Demartines N, Hahnloser D. Rate of Stoma Formation Following Damage-Control Surgery for Severe Intra-Abdominal Sepsis: A Single-Centre Consecutive Case Series. *BJS Open* 2021;5:zrab106.

11 Honoré C, Goéré D, Souadka A, Dumont F, Elias D. Definition of Patients Presenting a High Risk of Developing Peritoneal Carcinomatosis after Curative Surgery for Colorectal Cancer: A Systematic Review. *Ann Surg Oncol* 2012;20:183-92.

12 Mege D, Manceau G, Bridoux V, et al. Surgical Management of Obstructive Left Colon Cancer at a National Level: Results of a Multicentre Study of the French Surgical Association in 1500 Patients. *J*

Visc Surg 2019;156:197-208.

13 Mege D, Sabbagh C, Manceau G, et al. What Is the Best Option between Primary Diverting Stoma or Endoscopic Stent as a Bridge to Surgery with a Curative Intent for Obstructed Left Colon Cancer? Results from a Propensity Score Analysis of the French Surgical Association Multicenter Cohort of 518 Patients. *Ann Surg Oncol* 2019;26:756-64.

14 *van Hooft JE, Veld JV, Arnold D, et al. Self-Expandable Metal Stents for Obstructing Colonic and Extracolonic Cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020. *Endoscopy* 2020;52:389-407.

15 Mege D, Manceau G, Beyer-Berjot L, et al. Surgical Management of Obstructive Right-Sided Colon Cancer at a National Level Results of a Multicenter Study of

the French Surgical Association in 776 Patients. *Eur J Surg Oncol* 2018;44:1522-31.

16 Lohsirivat V, Jitmonggan R, Chadbunchachai W, et al. Enhanced Recovery after Surgery in Emergency Resection for Obstructive Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Colorectal Dis* 2020;35:1453-61.

17 Malietzis G, Mughal A, Currie AC, et al. Factors Implicated for Delay of Adjuvant Chemotherapy in Colorectal Cancer: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Ann Surg Oncol* 2015;22:3793-802.

* à lire

** à lire absolument