LES ULCERES GASTRO DUODENAUX EN MILIEU RURAL AU MALI

DIARRA M[1], KONATE A[1], TRAORE C[3] , SOUKHO A [2], , KAMATE B [3], DIALLO AB [4] , MAIGA M Y [1]

1 : Service d'Hépato Gastro entérologie CHU Gabriel TOURE ; 2 : Service de Médecine interne CHU du point G ; 3 : Service d'anapath INRSP Bamako ; 4 : service de chirurgie Hôpital Régional de Sikasso

Correspondant : Docteur DIARRA Moussa , BP E 55 Bamako – Mali E-mail : dimouss65@yahoo.fr

RESUME : Le but de notre travail était de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des ulcères gastro duodénaux à l'Hôpital Régional de Sikasso (HRS). Cette étude prospective s'était déroulée de janvier 2002 à décembre 2003.
Tous les patients ont subi une endoscopie digestive haute. Les ulcères gastro duodénaux ont représenté 10,88 % de l'ensemble des endoscopies digestives. L'âge moyen des patients était de 42,51 + 14,60 ans avec un sex-ratio de 1,88 en faveur des hommes. Les couches socioprofessionnelles à revenu modeste étaient les plus représentées. Les principaux signes cliniques étaient l'épigastralgie et la dyspepsie. L'ulcère siégeait très souvent au bulbe.
Mots clés : ulcère, épidémiologie, clinique, endoscopie

SUMMARY : The goal of our study was to describe the epidemiologic , clinical and endoscopic aspects of gastroduodenal ulcers at the regional hospital of sikasso (HRS). This prospective study was held from january 2002 to december 2003.
All of the patients underwent an upper digestive tract endoscopy. Gastroduodenal ulcers comprised 10,,88% of all of the digestive tract endoscopies. The average age of patients was 42,51 + 14,60 years with a gender ratio of 1,88 in favor of men. The overwhelm patients were lower middle class income. The main clinical symptoms were epigastric pain and dyspepsia. The ulcers were most often found in the duodenum (DI)
Keywords:ulcer,epidemiology,clinical aspect,endoscopy

INTRODUCTION

La maladie ulcéreuse gastrique et duodénale a connu une révolution dans son évolution et son traitement durant les 20 dernières années, depuis la découverte d'H. Pylori par MARSHALL et WARREN [1].
Plusieurs travaux ont été menés sur cette pathologie dans le monde et en Afrique. Ils ont été effectués essentiellement en milieu urbain [1,2,3,4,5,6]. Son incidence semble être en diminution marquée ces dernières années [1].
Elle a représenté 32% de l'ensemble des endoscopies digestives hautes au Cameroun [5] et 11,29% et 79,72% au Congo respectivement pour les ulcères gastriques et duodénaux [4]. Dans une étude en Côte d'Ivoire, la fréquence globale des ulcères gastroduodénaux était de 6,8% [6]. Au Mali, les ulcères gastroduodénaux représentaient 11,5% des endoscopies digestives hautes selon DIALLO [7] et 55 ulcères duodénaux ont été colligés en 1988 par MAÏGA [8]. En l'absence de données sur cette affection en milieu rural où l'endoscopie n'était pas disponible ; avec l'introduction de l'endoscopie digestive haute à l'Hôpital Régional de Sikasso [HRS] où la plainte digestive par les malades est fréquente , nous avons initié ce travail dans le but d'évaluer la fréquence et les aspects sémiologiques

PATIENTS ET METHODES

Notre étude était longitudinale et prospective sur une période de 2 ans, de janvier 2002 à décembre 2003 dans le service de médecine de l'HRS (Mali). Le principal critère d'inclusion a été la constatation d'un aspect endoscopique d'ulcère et l'absence de malignité à l'histologie des ulcères gastriques. Tous les patients ont bénéficié d'un interrogatoire minutieux à la recherche des caractères de la douleur, de la notion de prise de substance gastro toxique ou d'hémorragie digestive. L'examen physique complet a permis de rechercher des points douloureux abdominaux exquis et d'autres pathologies. Les examens complémentaires ont comporté essentiellement l'endoscopie digestive haute qui a permis de visualiser l'ulcère et d'effectuer des biopsies des localisations gastriques. Les biopsies ont été fixées au formol à 10% et adressées au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) de Bamako. Nous avons analysé nos données à l'aide du logiciel spss et le test de Khi 2 a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p<0,05$.

RESULTATS

Pendant la période de l'étude, 2250 endoscopies digestives hautes ont été effectuées et 245 ulcères gastro duodénaux ont été diagnostiqués soit une fréquence de 10,88%. Le sex-ratio était de 1,88 en faveur des hommes, l'âge moyen de 42,51+ 14,60 ans (extrêmes : 17 et 91 ans) et la tranche d'âge de 30 à 49 ans était la plus représentée avec 47,8 % des cas (Tableau I). Les ménagères (31,4 %), les cultivateurs (25,3 %) et les fonctionnaires (13,9 %) étaient les plus représentés (Tableau II). Les épigastralgies (67,3 %) dominaient les indications de l'endoscopie suivies de la dyspepsie (21,6 %) et des hémorragies digestives (6,1 %) (Tableau III). Le bulbe était le siège le plus fréquent des ulcères avec une fréquence de 72,2 % (tableau IV). L'ulcère était arrondi (50,2 %), salami (17,6 %) irrégulier (17,1 %) ou linéaire
(15, 1 %). L'ulcère était unique sans lésions associées dans 49 % des cas. Il était souvent associé à une gastropathie corporeoantrale érythémateuse (33,5 %) ou à une gastropathie antrale érosive (7,3 %) (Tableau V).

DISCUSSION

Sur une période de 2 ans nous avons colligé 245 cas d'ulcère gastro duodénaux. Les ulcères gastro duodénaux

ont représenté 10,88% de l'ensemble des endoscopies digestives. Cette fréquence est sous estimée car certains patients n'ont pas accepté l'exploration endoscopique qu'ils redoutent. Cette fréquence est relativement inférieure à celles retrouvées dans certaines études africaines [4,5,9,10], mais très inférieure à celles de NDitoyap [5] et de ALANDRY [14] qui ont trouvé près de 32% et celle de PERRET et coll (42,22%) [15]. Des fréquences inférieures à la nôtre ont été trouvées par KADJO et coll (6,8%) [6] et ILBOUDO et coll (2,19%) [16]. Ces différences de fréquence peuvent s'expliquer par un biais de recrutement, car les durées des études ne sont pas identiques. La prédominance de l'ulcère duodénal (UD) (72,2 %) sur l'ulcère gastrique (UG) (27,3 %) retrouvée dans notre étude a été constatée par KADJO et coll (UD = 4,1% ; UG = 2,1%) [6], FLOCARD et coll (UD = 7,58% ; UG = 3,35%) [9] ainsi que PERRET et coll .(UD = 4,71% ; UG = 3,44%) [15]. La forte prédominance masculine 65,3 % (sex ratio 1,88%) et l'âge moyen de nos patients (42,51 + 14,60 ans) sont à peu près superposables à ceux de KADJO et coll (sex ratio = 2,5 pour UD et 1,5 pour UG ; âge moyen = 47 ans) [6]. Ces différentes données concordent avec celles de la littérature africaine (10,11,12,13). Le jeune âge de nos malades, la fréquence de la maladie ulcéreuse gastro duodénale dans les couches sociales à bas niveau de vie (ménagères, cultivateurs), l'association fréquente à la gastropathie antrale ou corporéoantrale ont été rapportés par d'autres études [6,12,13,14]. Ce fait pourrait être expliqué par l'infection à Helicobacter Pylori en rapport avec le bas niveau d'hygiène, qui s'acquiert dès le jeune âge dans nos contrées et qui est impliquée dans l'ulcérogenèse. Une étude récente à Bamako [17] a trouvé une prévalence de 95 % de cette infection au cours des affections gastro duodénales. L'ulcère était arrondi dans 50,2 %.

CONCLUSION

La maladie ulcéreuse gastro duodénale est fréquente en milieu rural africain. La multiplication des centres d'endoscopie digestive et une meilleure observance du traitement médical permettront de réduire les complications de cette affection.

Tableau I : Ages des patients

Age	Effectif	Pourcentage
10 à 19 ans	25	10,2
20 à 29 ans	26	10,6
30 à 39 ans	58	23,7
40 à 49 ans	59	24,1
50 à 59 ans	37	15,1
60 à 69 ans	30	12,2
70 ans et plus	10	4,1
Total	**245**	**100 %**

Tableau II : Profession des patients

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	77	31,4 %
Cultivateur	62	25,3 %
Fonctionnaire	34	13,9 %
Commerçant	29	11,8 %
Elèves	20	8,2
Chauffeurs	15	6,1
Mécaniciens	8	3,3
Total	**245**	**100 %**

Tableau III : Signes cliniques

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Epigastralgie	165	67,3 %
Dyspepsie	53	21,6 %
Hématémèse	13	5,3 %
Melena	2	0,8 %
Douleur hypochondre droit	6	2,4 %
Autres *	6	2,4 %
Total	**245**	**100 %**

* : anémie, vomissements

Tableau IV : Siège de l'ulcère

Siège de l'ulcère	Effectif	Pourcentage
Antre	67	27,3 %
Bulbe	177	72,2 %
Antre + bulbe	1	0,4 %
Total	**245**	**100 %**

Tableau V : Lésions associées

Lésions associées	Effectif	Pourcentage
Gastropathie antrale érythémateuse	15	6,1 %
Gastropathie corporeoantrale érythémateuse	82	33,5 %
Gastropathie antrale érosive	18	7,3 %
Bulbite érosive	7	2,9 %
Autres *	3	1,2 %
Absence de lésion	120	49 %
Total	**245**	**100 %**

* : Pangastropathie érosive, sténose pylorobulbaine, polype

REFERENCES

1. Conférence de consensus helicobacter pylori : Révision 1999. conclusions et recommandations révisées du groupe de travail. Gastroenterol clin Biol 1999 ; 23 : C 95 – 104.
2. **GASTARD J, BRETAGNE J.F, RAOUL J.L, COTTEREAU J.** Epidémiologie. Histoire naturelle de l'ulcère gastro-duodénal. DIVECH, la Maladie ulcéreuse, Paris Doin, 1990 : 1-4.
3. **N'DJITOYAP O, SOSSO AM, GONSU FJ, ABOLO M.** Complications évolutives des ulcères gastro-duodénaux au Cameroun. A propos de 102 cas observés à

l'Hôpital central de Yaoundé. Med chir Digest 1990 ; 19 : 171-173.
4. **IBARA J R, MOUKASSA B, I TOUA-NGAPORO A.** La pathologie digestive haute au Congo à propos de 2393 Endoscopies réalisées au CHU de Brazzaville. Med AFr Noire 1993 ; 40 (2) : 97-100.
5. **NDITOYAP NDAM E.C, TZEUTON C, MBAKOP A, POUEPENE J, GUEMNE TA, NJOYA O, TAGNISARTRE M, NGU LJ-** Endoscopie digestive haute au Cameroun. Med AFr Noire 1990 ; 37 : 453-456.
6. **KADJO K, OUATTARA B, SANOGO S, DIALLO A.D, ADOM AH, YANGNI-ANGATE Y, OUATTARA D, NIAMKEY E.K, BEDA Y.B.** Aspects épidémiologiques des ulcères gastroduodénaux. Med Afr Noire 1999 ; 46 (2) : 99-102.
7. **DIALLO B A.** Ulcères gastroduodénaux à Bamako. Aspects sémiologiques, endoscopiques et évolutifs (à propos de 385 cas). These, Med, Bamako, 1978 ,N°20.
8. **MAIGA B.** Ulcères duodénaux à Bamako. Aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques, biologiques et économiques. These, Med, Bamako, 1988, N°40.
9. **FLOCARD F, TIBERMONT G, KLOTZ F, LASSALLE Y, OZOUAKI F, FROSTE, FISCHER P.** L'endoscopie digestive haute au Gabon. Apport d'une expérience de deux ans. Med Trop 1987 ; 47 : 355-359.
10. **KODJOH N, HOUNTONDJI A, ADDRA B.** Apport de l'endoscopie en diagnostic des affections oesogastroduodénales en milieu tropical. Expérience Béninoise à propos de 930 examens. Ann gastro-enterol Hyatol 1991 ; 27 : 261-267.
11. **NIAMKEY KE, DIALLO AD, TICOLAT R, TOUTOU T, SOUBEYRAND J, BEDA BY.** Apports diagnostiques de la fibroscopie digestive haute dans un service de Médecine interne (a propos de 710 cas) int Fac. Afrique 1989 ; 8 :22-27.
12. **NDITOYAP NDAM EC, GONSU J, ATEDJOE G, TZEUTON C.** Ulcère gastro duodénal au Cameroun : aspects épidémiologiques et cliniques de 240 cas prouvés par endoscopie. Sem Hop Paris 1989 ;65 : 2033-2036.
13. **VOHITO MD.** Les ulcères gastro duodénaux à bangui. Aspects épidémiologiques à propos de 300 cas observés en endoscopie. Med AFr Noire 1989 ; 36 : 9-11.
14. **ALANDRY G.** Endoscopie oesogastroduodénal. A propos de 943 cas. Examens réalisées à l'Hôpital principal de Tamatave (République démocratique Malgache). Med AFr Noire 1988 ; 35 : 115-130.
15. **PERRET J.C, NGEMBY-NBINA C.** Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des ulcères gastroduodénaux chez les sujets Gabonais. Med Afr Noire 1991 ; 38 (12) : 828-832.
16. **ILBOUDO D, BONKOUNGOU P, SANOU A.** Profil épidémiologique et clinique de la maladie ulcéreuse au centre hospitalier National YALGADO OUEDRAOGO (CHN-YO) DE OUAGADOUGOU. Ann Univ Ouagadougou série B 1994 ; 11 : 68-69
17. **MOURTALA L,** Infection à hélicobacter pylori et les pathologies gastro duodénales dans le centre d'endoscopie de l'hôpital national du Point 'G ». These, Med, Bamako, 2000, N°23