

**Ministère de l'Éducation Nationale**

\*\*\*\*\*

**Université de Bamako**

\*\*\*\*\*

Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2006-2007

**République du Mali**  
*Un Peuple – Un But – Une Foi*

Thèse N°...../ 2007

**TITRE**



**ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET  
ANATOMOPATHOLOGIQUE DES TUMEURS  
BENIGNES DE L'ESTOMAC AU MALI À PROPOS DE  
170 CAS.**



Thèse présentée et soutenue publiquement le 28/02/2007 à la Faculté de  
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

**Par Mme. SISSOKO AÏSSATA KONE**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine diplôme d'Etat.**

**JURY**

Président :

Membre :

Co-directeur :

Directeur :

**Pr. Moussa MAÏGA**

**Pr GANGALY DIALLO**

**Dr Cheick B. TRAORÉ**

**Pr. Siné Bayo**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007**

*ADMINISTRATION*

**DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR**

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES**

**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE**

**SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAITRE DE  
CONFERENCES AGREGE**

**AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR  
DES FINANCES**

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	: Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR  
GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, <b>Chef de D.E.R</b>
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO : Anesthésie-Réanimation

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Abdoulaye DIALLO : Ophtalmologie  
M. Djibril SANGARE : Chirurgie Générale  
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP : Chirurgie Générale  
M. Gangaly DIALLO : Chirurgie Viscérale  
M. Mamadou TRAORE : Gynéco-obstétrique

## **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Filifing SISSOKO : Chirurgie Générale  
M. Sékou SIDIBE : Orthopédie –Traumatologie  
M. Abdoulaye DIALLO : Anesthésie –Réanimation  
M. Tiéman COULIBALY : Orthopédie – Traumatologie  
Mme TRAORE J. THOMAS : Ophtalmologie  
M. Mamadou L. DIOMBANA : Stomatologie

## **4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE : Gynéco-obstétrique  
M. Sadio YENA : Chirurgie Générale et Thoracique  
M. Issa DIARRA : Gynéco-obstétrique  
M. Youssouf COULIBALY : Anesthésie –Réanimation  
M. Samba Karim TIMBO : Oto-Rhino-Laryngologie  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO : Oto- Rhino- Laryngologie  
M. Zimogo Zié SANOGO : Chirurgie Générale

## **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Mme Diénéba DOUMBIA : Anesthésie –réanimation  
M. Nouhoum ONGOIBA : Anatomie et chirurgie Générale  
M. Zanafon OUATTARA : Urologie  
M. Adama SANGARE : Orthopédie –Traumatologie  
M. Sanoussi BAMANI : Ophtalmologie  
M. Doulaye SACKO : Ophtalmologie  
M. Ibrahim ALWATA : Orthopédie –Traumatologie  
M. Lamine TRAORE : Ophtalmologie  
M. Mady MACALOU : Orthopédie –Traumatologie  
M. Aly TEMBELY : Urologie  
M. Niani MOUNKORO : Gynéco- Obstétrique  
M. Tiemoko D. COULIBALY : Odontologie  
M. Souleymane TOGORA : Odontologie  
M. Mohamed KEITA : Oto- Rhino- Laryngologie

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Daouda DIALLO : Chimie Générale et Minérale  
M. Siné BAYO : Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie

M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie

## **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Mamadou KONE	: Physiologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

## **4. MAITRES ASSISTANTS**

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

## **5. ASSISTANTS**

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne

## **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-Entérologie

## **4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Tatiana KEITA	: Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses

## **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	: Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépto-Gastro-Entérologie

M. Souleymane DIALLO : Pneumologie  
M. Souleymane COULIBALY : Psychologie  
M. Soungalo DAO : Maladies Infectieuses  
M. Cheïck Oumar GUINTO : Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Boubacar Sidiki CISSE : Toxicologie  
M. Gaoussou KANOUE : Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Ousmane DOUMBIA : Pharmacie Chimique  
M. Drissa DIALLO : Matières Médicales

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Boulkassoum HAIDARA : Législation  
M. Elimane MARIKO : Pharmacologie  
M. Alou KEITA : Galénique

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

M. Bénéoit KOUMARE : Chimie Analytique  
M. Ababacar MAIGA : Toxicologie  
M. Yaya KANE : Galénique  
Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie

### **5. ASSISTANTS**

M. Saïbou MAIGA : Législation  
M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

M. Sidi Yaya SIMAGA : Santé Publique, Chef de D.E.R.  
M. Sanoussi KONATE : Santé Publique

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Bocar G. TOURE : Santé Publique  
M. Adama DIAWARA : Santé Publique  
M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique  
M. Massambou SACKO : Santé Publique

M. Alassane A. DICKO : Santé Publique

#### **4. ASSISTANTS**

M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale  
M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie  
M. Oumar THIERO : Biostatistique

### **CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

M. N'Golo DIARRA : Botanique  
M. Bouba DIARRA : Bactériologie  
M. Salikou SANOGO : Physique  
M. Boubacar KANTE : Galénique  
M. Souleymane GUINDO : Gestion  
Mme DEMBELE Sira DIARRA : Mathématiques  
M. Modibo DIARRA : Nutrition  
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA : Hygiène du milieu  
M. Mahamadou TRAORE : Génétique  
M. Yaya COULIBALY : Législation

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr Doudou BA : Bromatologie  
Pr Babacar FAYE : Pharmacodynamie  
Pr Eric PICHARD : Pathologie Infectieuse  
Pr Mounirou CISSE : Hydrologie  
Pr Amadou DIOP : Biochimie

*HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES DU JURY*



A notre maître et président du jury : **Professeur Moussa MAIGA**

- Professeur titulaire en gastro-entérologie.
- Chargé de cours d'hépatogastro-entérologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
- Chef de service d'hépatogastro-entérologie à l'hôpital Gabriel Touré.

Nous sommes profondément honorée par votre présence au sein de ce jury, malgré vos multiples occupations, vous avez accepté d'en assurer la présidence. Votre éloquence et vos qualités pédagogiques ont marqué notre esprit. Recevez l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge : **Professeur Gangaly Diallo**

- Maître de conférence agrégé de chirurgie viscérale,
- Chef de service de la chirurgie générale de l'Hôpital Gabriel Touré,
- Colonel des forces armées du Mali.

Votre disponibilité et votre compréhension nous ont marquée dès le premier abord. Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution. Nous vous en sommes reconnaissante et nous vous témoignons de notre gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse : **Docteur Cheick B TRAORE**

- Spécialiste en anatomie pathologique au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)
- Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- Collaborateur du registre du cancer au Mali
- Coordinateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et, ainsi, nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes. Rigoureux et travailleur, vous exigez toujours le meilleur de vos internes en faisant preuve d'une grande disponibilité et cela toujours dans la bonne humeur. Nous vous devons beaucoup car grâce à vous la rédaction de notre thèse demeurera souvenir agréable.

A notre maître et directeur de thèse : **le professeur Siné BAYO**

- Professeur titulaire d'anatomie pathologique et d'histo-embryologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
- Chef du service d'anatomie pathologique
- Fondateur et directeur du registre national du cancer du Mali
- Directeur Général de l'Hôpital Gabriel Touré.

Nous vous sommes redevable de l'aboutissement de ce travail. Vous l'avez éclairé par votre savoir et votre rigueur scientifique. Vous êtes l'une des grandes personnalités de notre faculté, homme de sciences travailleur et rigoureux, respecté des étudiants, permettez-nous de vous exprimer ici, cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

*Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes de l'estomac :  
A propos de 170 cas.*

DEDICACES &  
REMERCIEMENTS

**Je dédie ce travail au Dieu tout puissant, et son prophète paix et salut sur lui.**

*A ma famille*

*A mon père Ousmane Koné,*

Tu es un exemple pour nous, par ton courage et ton amour pour le travail. Je n'ai manqué de rien au cours de ces longues années d'étude. Pardon pour les soucis et la fatigue que je t'ai causés. Reçois ce diplôme en guise de reconnaissance pour l'amour que tu nous as témoigné. Merci papa pour tout ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras pour nous.

*A ma mère Mme Koné Tiégnouma Coulibaly,*

Maman merci pour tous les plaisirs, la tendresse, la compréhension et l'amour que tu m'as toujours donnés. Plus qu'une mère tu as toujours veillé sur moi durant ces longues années d'étude. Ce travail est le tien.

*A mes sœurs: Aminata, Ramata, Oumou, Nanténé,*

Vous êtes des sœurs formidables. Merci pour les encouragements, l'amour et la solidarité que vous m'avez témoignés.

*A mon frère Demba Koné,*

Trouve ici l'expression de mon fraternel amour.

*A Mr Sissoko Harouna,*

Que Dieu nous prête longue vie pour élever notre fille. Amen.

*A ma fille Kadidia Sissoko,*

Ta venue a été une source d'inspiration pour moi. Que Dieu te bénisse.

A mes tontons et mes tantes

Cette thèse vous est dédiée. Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

*A ma grand-mère feu Aminata Coulibaly*

Plus qu'une grand-mère, tu as été notre mère, c'est à toi que nous devons l'éducation que nous avons reçue. Que ce travail te rende hommage. Dors en paix grand-mère.

## Remerciements

A tous *mes maîtres* de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako, pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigué tout au long de notre formation.

Hommage respectueux,

*-A la famille Sidibé à Bamako-coura*

*-A la famille Keïta à Djélibougou : singulièrement à Mme Keïta Mariam Traoré*

*-A tous mes oncles et tantes*

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon jeune âge, ces quelques lignes ne sauraient être suffisantes pour vous dire toute ma reconnaissance.

*-A la famille Coulibaly à l'Hippodrome*

Particulièrement à Mme Coulibaly Fanta Tall

Merci de m'avoir guidé sur ma régularisation en France. Vous pouvez compter sur ma profonde gratitude.

*-A la famille Sissoko à Hamdalaye*

Vous avez été une deuxième famille pour moi. Je tiens à vous signifier ma profonde gratitude.

*-A Mr Dembélé Modibo*

Un grand merci, car vous avez été d'un grand soutien pour la réalisation de ce travail. J'ai reçu auprès de vous tout l'encouragement et les soutiens financiers nécessaires au cours de ces nombreuses années d'étude. En fait les mots me manquent...merci tonton.

*-A mes copines*

Assa Traoré, Touré Fatoumata Koné, Djiré Maïmouna tall, Tounkara Haby Sacko, Aminata Samaké, Oumou Koné, Maïmouna Traoré

Vous m'avez témoigné affection et soutien dès notre jeune âge, vous êtes mes sœurs. Que Dieu nous unisse d'avantage.

*-A docteur Sissoko Daouda*

Tu as été un frère pour moi. Merci de m'avoir éclairé sur la spécialisation à laquelle j'aspire, merci pour ton aide, tes conseils, et ta disponibilité.

*-A docteur Cheick Bougadari Traoré* merci pour votre collaboration, votre humanisme, votre sens élevé de partage et d'écoute.

*-A docteur Kamaté Bakarou,* merci pour le temps que vous avez consacré a la réalisation de ce travail. Merci pour notre initiation à l'outil informatique, vos conseils ne nous ont jamais fait défaut.

*-Aux collègues aînés et cadets du service : Patrick, Keïta, Tako, Mariétta, Leyla, Seydou, Claude, Clotaire, Silvie, Fatoumata Bintou, Mallé, Coulibaly, Dénise,* merci pour votre collaboration.

*-A Tako, Leyla, Mariétta*

Grâce à vous je ne me suis jamais sentie seul dans le service. Plus que des collègues, vous avez été pour moi des sœurs. Merci pour votre solidarité, votre sens élevé d'humanisme et de partage.

*-A Mr Dolo Richard*

Merci à toi et à toute ta famille pour la qualité des relations qui nous animent.

*-A Assa Traoré*

Nous avons passé de très beaux moments ensemble, moments de folies, moments de tristesse. Que Dieu nous unisse d'avantage.

**⇒A tout le personnel de l'INRSP, particulièrement au service d'anatomo-pathologie.**

*Sory Ibrahima, Mamadou Dembélé et Yacouba Traoré.*

Pour votre attachement au travail, recevez ici ma profonde reconnaissance.



*Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes de l'estomac :  
A propos de 170 cas.*

**⇒ A tous les internes du service d'anatomopathologie de l'INRSP pour l'aide mutuelle et les échanges de connaissance.**

**⇒ A tous mes camarades de classe et aussi à ceux dont les noms ne figurent pas ici, qui ont d'une manière ou d'une autre participé à la réalisation de ce travail. *MERCI***

## SOMMAIRE

Introduction-----	1
Objectifs -----	3
I- Généralités -----	4
1- Rappels -----	5
2- Diagnostic -----	10
3- Histopathologie -----	11
4- Traitement -----	14
5- Pronostic -----	14
II- Méthodologie -----	16
III- Résultats -----	19
IV- Commentaires et discussions -----	39
V- Conclusion -----	45
VI- Recommandations -----	47
VII- Références bibliographiques -----	50

## **ABREVIATIONS**

HP : Helicobacter pylori

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

HGT : hôpital Gabriel Touré

HPG : hôpital Point G

H Kati : hôpital de Kati

H régionaux : Hôpitaux régionaux

CSref : Centre de Santé de référence

NP : Non précise

PAF : Poly-adénomatoze familiale

IPP : Inhibiteur de la pompe à proton

PGF : Polype glandulo-fundique

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

RE : Renseignement endoscopique

*Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes de l'estomac :  
A propos de 170 cas.*

# INTRODUCTION

## **Introduction**

Les tumeurs bénignes gastriques sont des formations tissulaires excédentaires, hyperplasiques et autonomes, qui se développent aux dépens des différents constituants de sa paroi. Ces tumeurs sont dites bénignes parce qu'elles évoluent lentement et harmonieusement sur leur lieu même de formation sans envahir les tissus voisins, ni donner de métastases. Elles se présentent le plus souvent sous la forme de polype (13).

Elles sont rares mais leur découverte est de plus en plus fréquente avec l'augmentation du nombre d'endoscopie digestive pratiquée pour des motifs variés (25).

Leur fréquence est difficile à apprécier, elle est de 6 pour 10 000 sur 171 708 observations (12). Elle varie de 4,2 à 25% en nécropsie et de 1 à 5% par rapport à l'ensemble des tumeurs gastriques opérées (12).

Les poly adénomes représentent 24% de 2 516 observations (12).

Les polypes d'origine épithéliale, sont fréquents le plus souvent petits et sans potentiel de dégénérescence (23).

Sur un plan pratique, le diagnostic de tumeur bénigne cerné par la clinique, la radiologie, la gastroscopie et l'aspect macroscopique n'est confirmé qu'à posteriori par l'examen histologique (25).

Les tumeurs bénignes peuvent se rencontrer à tout âge, avec un maximum de fréquence entre 50 et 60 ans et une légère prédominance masculine (12).

Il existe un rapport probable entre les polypes hyperplasiques et la gastrite chronique. Certaines tumeurs conjonctives sont attribuées généralement à une allergie locale, en particulier à la consommation de poissons crus, parasités par des larves de nématodes (12,16).

Le polype adénomateux peut se situer dans l'antra au cours des adénomatoses recto -colites familiales. La fréquence de la gastrite chronique associée en

particulier à la dysplasie de haut grade peut expliquer la survenue du polype adénomateux (16).

Une étude portant sur 128 cas nous montre une prédominance des tumeurs antrales. Les enquêtes épidémiologiques montrent une répartition géographique particulière (néerlandaise, japonaise et américaine) (12).

Au Mali, de nombreux travaux ont été faits sur la pathologie digestive, mais à notre connaissance des études traitant la particularité des tumeurs bénignes ne sont pas disponibles. Pour combler cette lacune et devant le besoin de suivi chez des patients présentant des tumeurs bénignes et devant un potentiel de dégénérescence de la plupart de ces tumeurs bénignes, nous avons entrepris ce travail et nos objectifs étaient :

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

- Etudier les caractères épidémiologiques et histopathologiques des tumeurs bénignes de l'estomac.

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des tumeurs bénignes de l'estomac.
- Décrire les caractères socio-démographiques des patients présentant une tumeur bénigne de l'estomac.
- Décrire les aspects histopathologiques des tumeurs bénignes de l'estomac.

*Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes de l'estomac :  
A propos de 170 cas.*

# GENERALITES



## **I- GENERALITES :**

### **1- Rappels :**

#### **1.1- Rappels anatomiques :**

- **Situation :** L'estomac est la partie dilatée du tube digestif faisant immédiatement suite à l'œsophage. Il précède l'intestin grêle et se situe du côté gauche de l'abdomen, entre le foie et le diaphragme (11)
- **Dimension :** Il mesure 5cm de haut, contient 1,5 l à vide et peut contenir jusqu'à 8 litres (42).
- **Configuration extérieure :** (12)

L'estomac comprend 2 parties de longueurs inégales : la portion verticale et la portion horizontale.

- La portion verticale représente les 2/3 de l'organe, en haut elle forme la grosse tubérosité (fundus), au dessous le corps de l'estomac est oblique en bas et en avant et se continue par la petite courbure avec la portion horizontale (l'antre)

#### **Configuration intérieure:**

La muqueuse est rouge sur le vivant, parcourue de plis épais qui peuvent être effacés par la réplétion gastrique. Il existe sur toute la surface gastrique, de fins sillons qui circonscrivent de petites élevures polygonales à peine saillantes, appelées mamelons. Ceux-ci sont les constituants permanents de la muqueuse, ils ne s'effacent pas à la distension.

- **Rapports :** (14)

La face antérieure est en arrière des 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> côtes du diaphragme et du lobe hépatique gauche.

La face postérieure est en avant de l'arrière cavité des épiploons par l'intermédiaire de laquelle, elle est en rapport avec de haut en bas :

- la surrénale gauche

- le rein
- le pancréas et les vaisseaux spléniques.

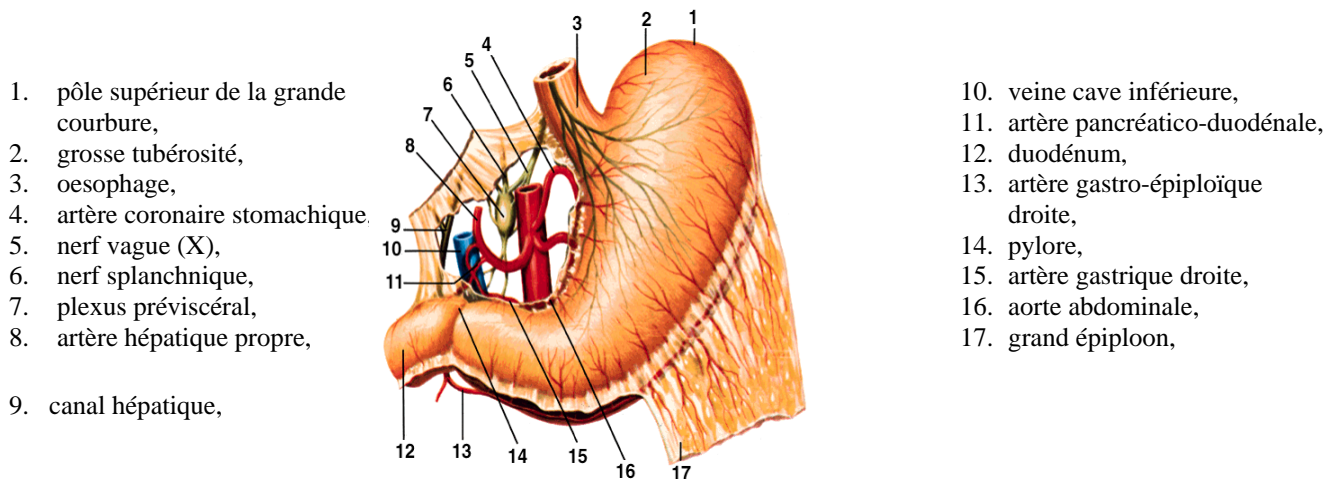
• **Vascularisation :** (14)

Le cercle de la petite courbure est constitué par l'anastomose entre l'artère coronaire stomachique, branche du tronc coeliaque et l'artère pylorique.

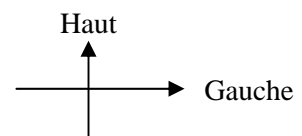
Le cercle de la grande courbure est constitué par la jonction des artères gastro-épiploïques droite et gauche.

Les veines sont satellites des artères qui se rendent à la veine porte.

Les lymphatiques sont satellites de ces différentes artères.



*Figure 1 : Estomac [36]*



• **Innervation :**

- L'innervation extrinsèque est assurée par les pneumogastriques et par le système sympathique.

- L'innervation intrinsèque est assurée par les plexus nerveux faits d'amas cellulaires réunis par des faisceaux de fibres amyéliniques, auxquels aboutissent des fibres sympathiques et parasympathiques.

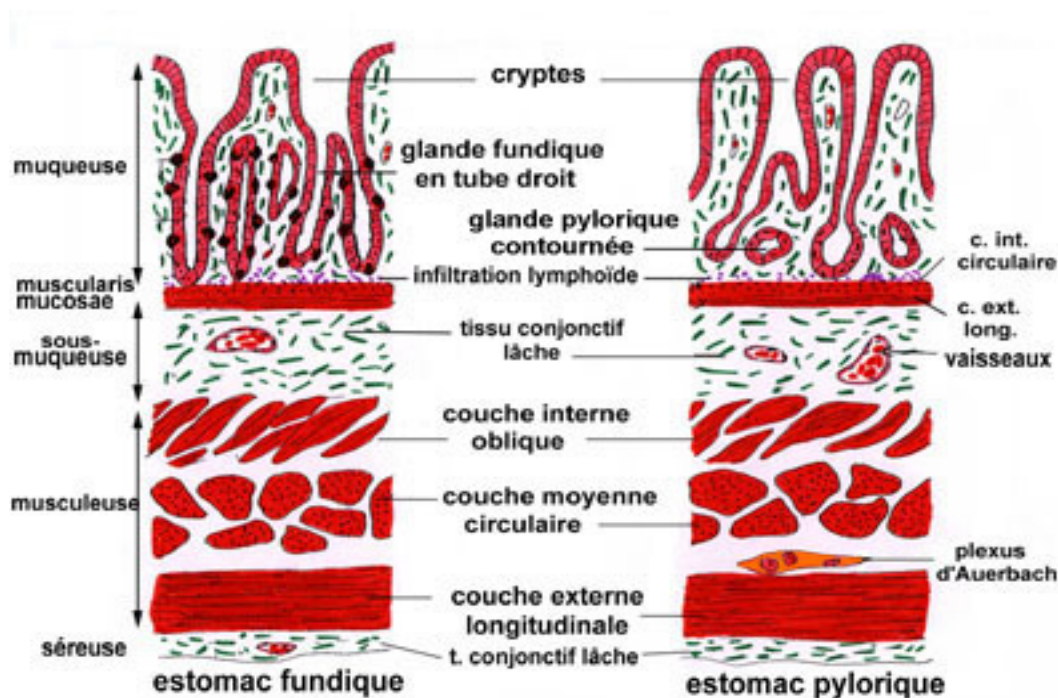
## 1.2- Histologie :

La paroi gastrique mesure environ 0,5cm d'épaisseur ; plus épaisse dans l'antre que dans le fundus, elle comprend 4 tuniques (12):

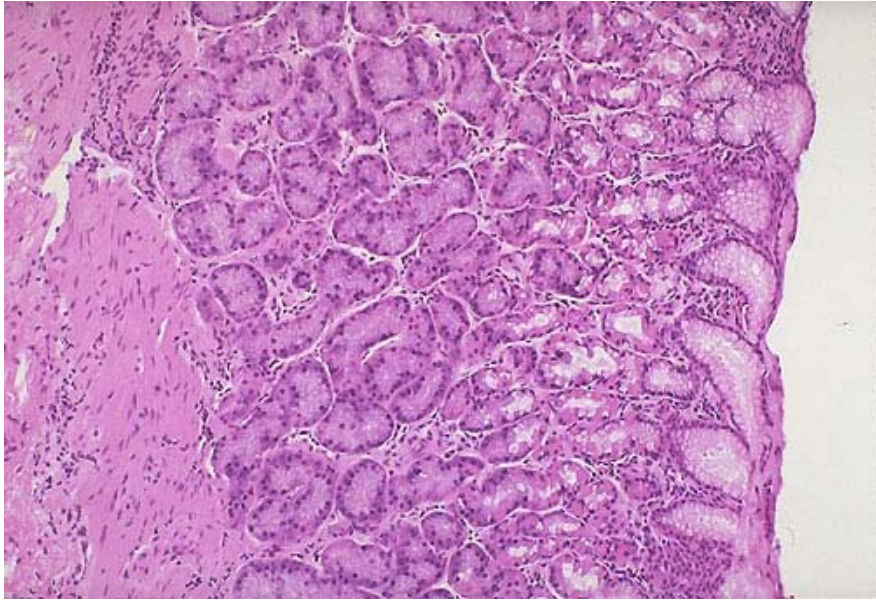
### 1.2.1- La muqueuse :

#### a) Epithélium de surface et cryptes :

Tout l'estomac est bordé par un épithélium simple cylindrique muco-sécrétant qui s'invagine en cryptes, tapissé par des cellules identiques, au fond desquelles s'ouvrent des glandes. Ces cryptes sont moins profondes dans les zones cardiales et fundiques que dans la muqueuse antrale.



*Figure 2 : Muqueuse gastrique (36)*



*Figure 3 : Muqueuse gastrique (19).*

*Aspect normal d'une muqueuse fundique. Le chorion est riche en glandes contenant des cellules pariétales roses. Sur la gauche en périphérie, on observe des cryptes.*

#### **b) Les glandes :**

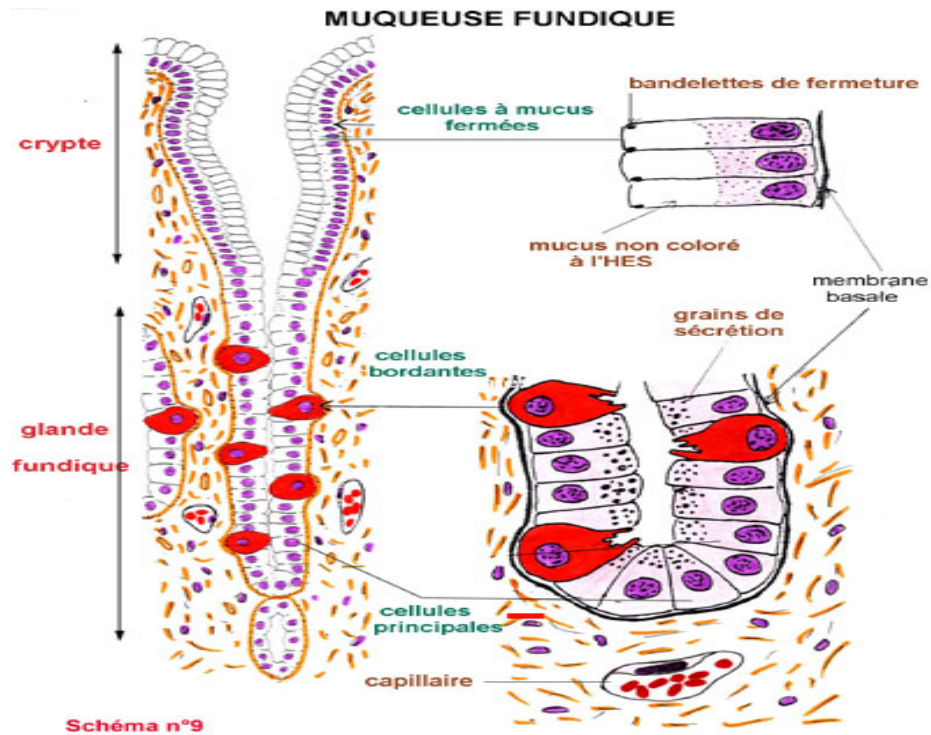
Elles sont disposées du fond des cryptes à la musculaire muqueuse et entourées d'une lame basale mince ; leur structure basale diffère selon les régions de l'estomac.

- **Les glandes cardiales** sont peu nombreuses. Elles sont formées par des tubes anastomosés, serrés les uns contre les autres.

Les cellules ressemblent aux cellules à mucus des glandes fundiques et des glandes pyloriques.

- **Les glandes fundiques**, tubuleuses simples, rectilignes ; elles s'abouchent aux cryptes isolement ou par groupes, jusqu'à 4 glandes par crypte.

Les cellules sont de 4 types : cellules à mucus, cellules pariétales, cellules principales et les cellules endocrines.



*Figure 4 : [36]*

- **Les glandes pyloriques** : s'ouvrent en grappes dans les cryptes.

Les cellules sont de 2 types : exocrines sécrétant du mucus, endocrines dont les mieux définis sont actuellement les cellules à gastrine.

**c) Le chorion** : Il comprend des cellules, des vaisseaux, des nerfs, des fibres conjonctives et musculaires situés entre les glandes et s'étend en hauteur, de l'épithélium superficiel jusqu'à la musculaire muqueuse.

**d) La musculaire muqueuse** : C'est une mince lame de deux couches de muscle lisse, circulaire interne et longitudinale externe.

### **1.2.2- La sous muqueuse :**

C'est une épaisse lame de tissu conjonctif lâche qui contient de nombreux vaisseaux, des mastocytes, des polynucléaires éosinophiles et des ganglions nerveux anastomosés du plexus de meissner.

### **1.2.3- La musculuse :**

L'estomac est le seul segment du tube digestif dont la musculuse est faite de 3 couches de muscle lisse : une oblique, une moyenne circulaire et une externe longitudinale.

### **1.2.4- La séreuse :**

Le péritoine adhère à la couche musculaire externe par l'intermédiaire d'un feutrage conjonctif. Il se continue sur la petite et la grande courbure, avec le petit et le grand épiploon.

## **2- Diagnostic : (25)**

Les tumeurs bénignes peuvent siéger partout sur l'estomac, avec une prédilection sur la région antro-pylorique surtout pour les polypes isolés.

Les critères de bénignité sont purement histologiques et supposent des coupes nombreuses portant notamment au niveau d'implantation de la tumeur. La bénignité franche est marquée par un lent accroissement, une limite nette ou une capsule, l'absence d'anomalies nucléaires et architecturale.

### **2.1- Clinique :**

Beaucoup de tumeurs sont latentes, fortuitement découvertes sur des clichés, lors d'un examen endoscopique (épigastralgie) ou d'une autopsie. Aucune manifestation clinique n'est spécifique d'une tumeur bénigne ; ormis trois signes, isolés ou associés, vont amener plus souvent aux radiographies qui amorceront la discussion diagnostique.

- **Les douleurs épigastriques** : peu intenses parfois alternées à type de crampe, de pesanteur, de brûlure. Plus fréquentes dans les tumeurs antrales et parfois poussées à travers le pylore. Elles sont dues surtout à la gastrite péri tumorale.
- **Les hémorragies digestives**, à type de méléna évident ou occulte et d'hématémèse brutale et abondante.
- **L'atteinte de l'état général**, retrouvée rarement en cas de tumeur volumineuse comporte un amaigrissement, une anorexie, une anémie.

## **2.2- Examens complémentaires :**

- **Le diagnostic repose sur l'endoscopie gastrique** : les polypes ou les tumeurs sous muqueuses sont de taille très variable, sessiles ou pédiculés. Ils sont recouverts d'une muqueuse souvent d'aspect normal, rarement ulcérée. Les biopsies permettent le diagnostic histologique pour les polypes, elles sont généralement négatives dans les tumeurs sous muqueuses.
- **Le transit baryté** peut montrer une image lacunaire intraluminaire ou marginale, de contours réguliers. Il est actuellement d'intérêt peu pratique.
- **L'écho endoscopie** est actuellement l'examen essentiel, elle permet d'éliminer une compression extrinsèque, de préciser l'extension pariétale de la tumeur et son éventuel développement vers l'extérieur.

## **3- Histopathologie :**

La biopsie n'explore qu'une partie très superficielle (1 à 2cm) de la muqueuse : donc elle ne pourra faire le diagnostic des lésions tumorales dont le développement se fait principalement dans la sous muqueuse.

Deux circonstances sont possibles (16).

### **3.1- Tumeurs bénignes à point de départ muqueux, tumeur épithéliale**

- **Polype hyperplasique**

Il est caractérisé par un développement anormal des cryptes qui sont ramifiées, dilatées hyper sécrétantes. Les glandes sont de type antro-pylorique. Le chorion est lâche, oedémateux, parfois inflammatoire, parcouru de fibres musculaires lisses. Ce polype est retrouvé aussi bien dans les zones antrales que fundiques. Il ne présente aucun caractère prolifératif, il n'y a donc pas d'aspect dysplasique. Sa cause a un rapport probable avec la gastrite chronique et donc H. pylori.

- **Polype fundique glandulo-kystique**

Il est caractérisé par une lésion de petite taille souvent multiple de siège uniquement fundique. Les glandes fundiques normales alternent avec des aspects kystisés bordés de cellules plates et de cellules pariétales ; les cryptes sont à peine visibles. Sa bénignité s'observe par l'aspect mature des glandes et l'absence de prolifération.

- **Polype adénomateux**

Il est caractérisé par une prolifération glandulaire basophile, peu sécrétante, prédominant en surface et réalisant des aspects tubuleux, vilieux ou tubulovilleux. Le chorion est peu abondant ; en profondeur peut comporter comme tout adénome un aspect dysplasique de bas et haut grade.

Il est important de rechercher des signes de malignité, surtout lorsque existent des signes de dysplasie de haut grade. La malignité est relativement fréquente dans les adénomes gastriques, surtout dans les formes vilieuses.

La fréquence d'une gastrite chronique associée, en particulier dans la dysplasie de haut grade peut expliquer sa survenue. Le polype adénomateux peut se voir dans l'antre au cours des polyposes recto coliques familiales.



### **3.2- Tumeurs conjonctives**

Ce sont des tumeurs de diagnostic difficile et rarement possible sur biopsie. Ces lésions de développement pariétal refoulent la muqueuse en surface. La biopsie ne montre que les modifications d'une muqueuse comprimée, oedémateuse ou congestive, voir atrophique.

Le diagnostic biopsique n'est possible que si la lésion s'ulcère et que la pince est introduite dans l'ulcération. Encore faut-il que la partie superficielle nécrotique ne vienne pas gêner le diagnostic précis de la lésion.

#### **- Le léiomyome**

C'est une tumeur musculaire lisse faite de cellules fusiformes dont les noyaux sont allongés, à bout carré. Une variante est la tumeur myoïde également appelée léiomyome épithéloïde, pour insister sur le caractère presque épithélial de ces cellules conjonctives. Il s'agit d'un diagnostic souvent difficile sur biopsie.

L'immunohistochimie peut rendre de grands services dans ce domaine.

#### **- Le schwannome**

C'est une tumeur conjonctive rare, avec des cellules fusiformes et en palissades à noyau effilé.

\* Ces deux tumeurs ont en commun d'être longtemps asymptomatiques, révélées deux fois sur trois par une complication hémorragique, elle-même liée à la présence d'une ulcération au sommet de la tumeur. Cette ulcération n'est pas un indice de malignité. Elle est favorisée par la prise d'anti-inflammatoire ou d'aspirine.

#### **- Le lipome**

Tumeur conjonctive grasseuse, on les observe au niveau de l'antrum ; elle est rare mais de diagnostic facile. Il se complique rarement. Lorsqu'il est situé à proximité du pylore il peut s'invaginer à travers celui-ci lors des contractions antrales.

- **Le pancréas aberrant**

Il est plutôt considéré comme une malformation. Il siège électivement au niveau de la grande courbure antrale, plutôt prépylorique et possède deux fois sur trois l'aspect caractéristique d'un volcan (42).

Il peut être incomplet, formé de canaux excréteurs isolés ou accompagnés de petites glandes à mucus. Il est décrit alors comme un pancréas rudimentaire ou adénomyose. Il est parfois le siège de remaniements inflammatoires, d'hémorragies ou de tumeurs (12).

- **Duplication gastrique**

Elle est rare et se présente sous la forme d'une tuméfaction sous épithéliale siégeant le plus souvent dans l'antra. Elle peut communiquer avec la paroi gastrique. Histologiquement sa paroi est celle d'un estomac miniature, et peut comporter une hétérotopie pancréatique (12, 42).

4- **Traitement** (17)

Le traitement des polypes épithéliaux repose sur l'exérèse endoscopique à la pince diadermique. Dans les tumeurs sous muqueuses, un traitement chirurgical est indiqué en cas de doute sur la nature histologique de volumineuses tumeurs ou de tumeurs symptomatiques. La résection endoscopique est rarement réalisable. Une énucléation chirurgicale est le plus souvent pratiquée, permettant l'analyse histologique.

En cas de tumeur sous muqueuse non réséquée, un contrôle écho endoscopique est souhaitable. Il convient, en effet d'éliminer une tumeur favorisant une complication.

5- **Pronostic**

La présence de polype hyperplasique (PH) doit être considérée dans 80% des cas, comme témoin d'un état précancéreux gastrique (10). L'incidence

synchrone ou métachrone du cancer gastrique chez ces patients, varie entre 1,2 et 28% et serait encore plus élevée en cas de polypose gastrique (33). Sur 229 malades porteurs de polype hyperplasique, *Helicobacter pylori* (Hp) positifs, et suivis pour une durée moyenne de 7 à 8 ans, on a observé 5 cancers gastriques (40). Dans l'étude de Park (29), 15% des adénomes déprimés en surface étaient dégénérés. La couleur rouge, les érosions en surface étaient aussi des signes évocateurs de malignité. L'évolution naturelle des adénomes est cependant mal connue.

*Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes de l'estomac :  
A propos de 170 cas.*

# METHODOLOGIE

## **II- METHOLOGIQUE**

### **1- Cadre d'étude**

#### **Le service d'anatomie pathologique de l'INRSP**

C'est à ce service qu'est adressée la grande majorité sinon toutes les biopsies, les pièces opératoires, et les cytoponctions réalisées dans le pays.

Dans les archives on peut retrouver les comptes rendus anatomopathologiques soigneusement conservés et remontant à plusieurs dizaines d'années.

Le personnel est composé d'un professeur titulaire, de deux spécialistes en anatomie pathologique, de trois techniciens et d'un manœuvre.

En plus de ces activités de diagnostic, le service est aussi actif dans la recherche sur le cancer du col utérin en collaboration avec le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC).

### **2- Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique, portant sur 170 cas.

### **3- Période d'étude**

Notre étude allait de janvier 1995 à décembre 2004, soit une période de 10 ans.

### **4- Informations recueillies**

Les informations ont été enregistrées sur une fiche préétablie qui figure en annexe. Ces données ont été obtenues en consultant le registre de comptes-rendus histopathologiques.

Les paramètres analysés étaient :

- La date du prélèvement
- Les caractéristiques du patient : âge, sexe, résidence habituelle, ethnie, profession
- Le service demandeur
- Le type de prélèvement
- Le siège du prélèvement
- Les renseignements cliniques

- Le type histologique

## **5- Population d'étude**

Il s'agissait de patients recensés au laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP.

### **5.1- Critères d'inclusion**

- Tous les patients présentant une tumeur bénigne de l'estomac histologiquement confirmée.

### **5.2- Critères de non inclusion**

- Tous les patients dont le prélèvement ne permettait pas de définir la nature de la tumeur gastrique.
- Tous les prélèvements présentant un aspect histologique douteux.

## **6- Techniques anatomopathologiques :**

Les pièces ont été fixées au formol à 10%, incluses en paraffine. La coloration a été faite à l'hématéine éosine et la lecture faite à l'aide du microscope optique au faible puis au fort grossissement.

## **7- Les logiciels utilisés**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 11.0 for windows.

Nous avons fait une saisie des textes, tableaux et graphiques sur les logiciels Word et Excel.

Nous avons utilisé le Khi-deux pour comparer nos résultats avec pour seuil de signification  $p < 0,05$ .

# RESULTATS

### **III- Résultats**

#### **1- Données épidémiologiques**

##### **1.1- Fréquence :**

De janvier 1995 à décembre 2004, 2869 prélèvements gastriques ont été recensés dans le laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP.

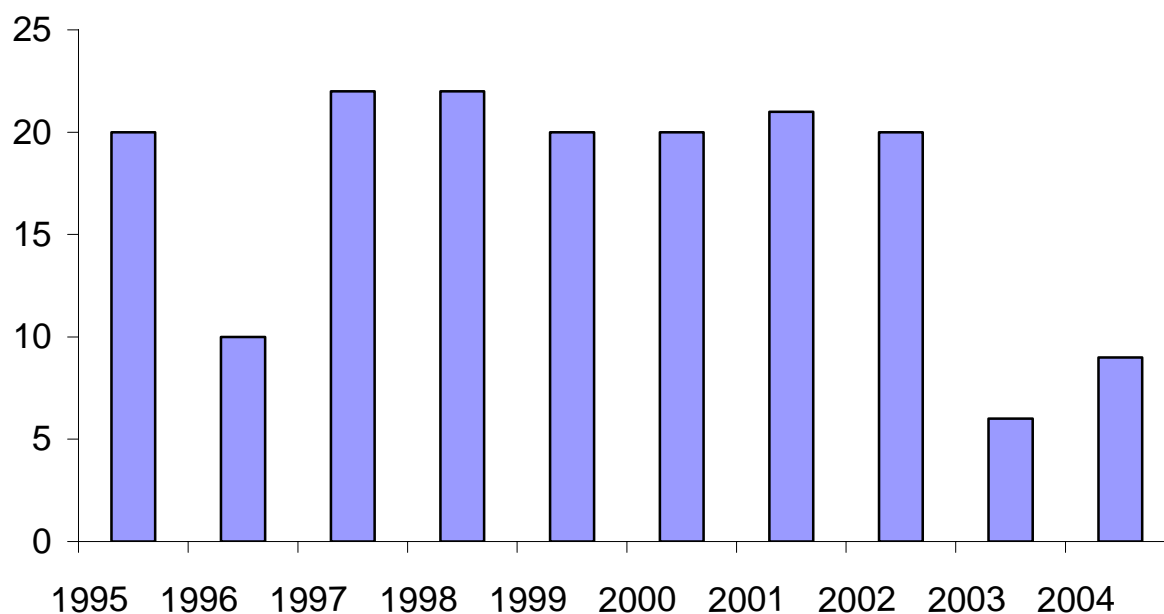
Tableau I : Répartition des différents types lésionnels

Types lésionnels	Fréquences	Pourcentages
Gastrites	1172	40,8
Ulcères	825	28,8
Tumeurs bénignes	170	5,8
Dysplasies	15	0,6
Tumeurs malignes	687	24
Total	2869	100

Les tumeurs bénignes ont représentés 5,8% de l'ensemble des pathologies gastriques.



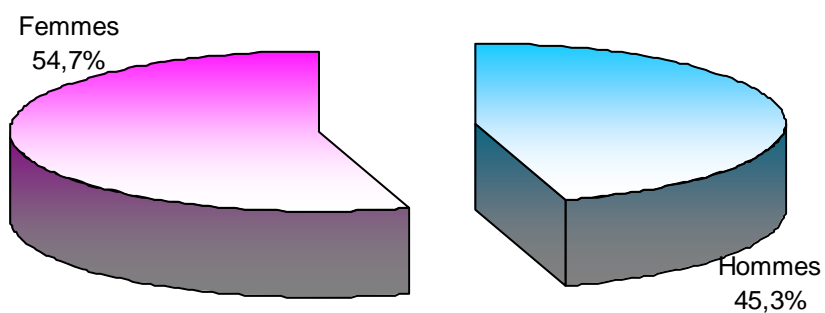
## **1.2- Années de diagnostic**



**Figure 5 : Répartition des patients selon l'année.**

De 1995 à 2004, 170 cas de tumeurs bénignes ont été diagnostiqués histologiquement dans le laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP, avec un pic de fréquence en 1997 et 1998 soit 22 cas et un minimum de 6 cas en 2003.

### 1.3- Sexe :

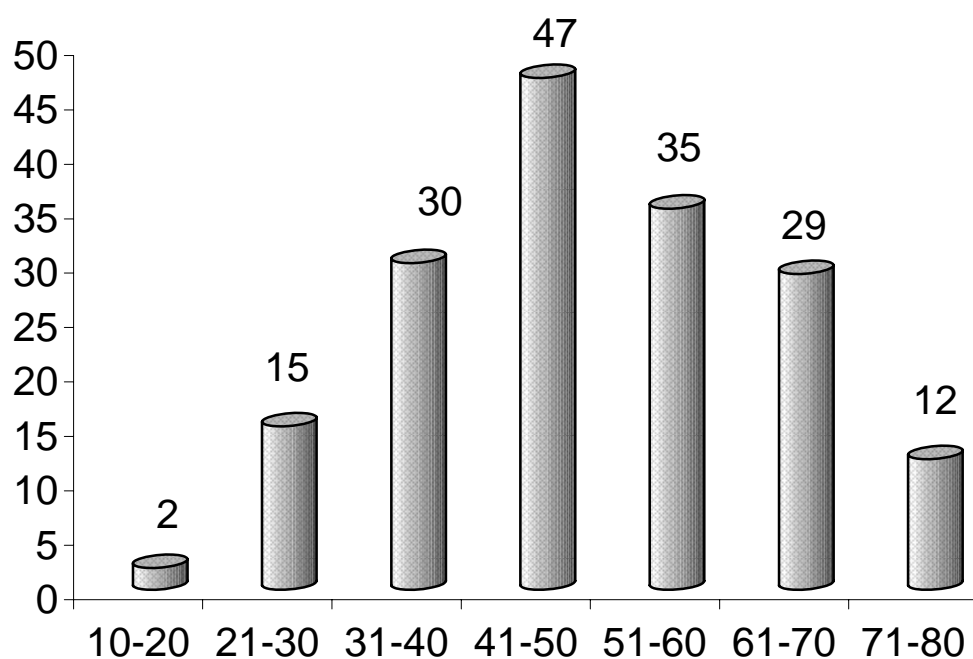


**Figure 6 : Répartition des patients selon le sexe**

Nous avons une nette prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,9.

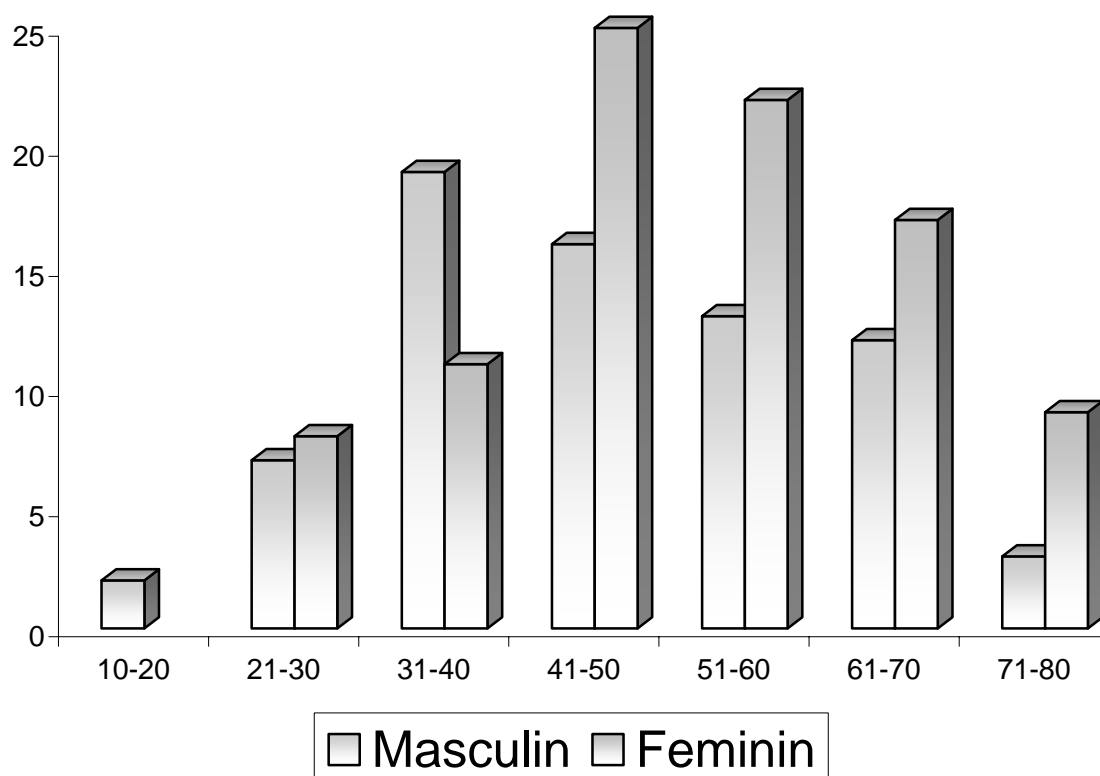
#### 1.4-Age :

L'âge figurait dans 164 dossiers de patients sur un effectif de 170.



**Figure 7 : Répartition des patients par la tranche d'âge.**

La moyenne d'âge était de  $50,2 \pm 14,6$  ans avec pour limites 10 et 80 ans. La classe modale était 41-50 ans avec 47 cas soit 25% de notre effectif.



**Figure 8 : Répartition selon l'âge et le sexe.**

A tous les âges les femmes prédominent sauf dans les tranches d'âges de 31-40 ans où les hommes prédominent.

Dans la tranche d'âge de 10-20 ans seuls les hommes étaient représentés.

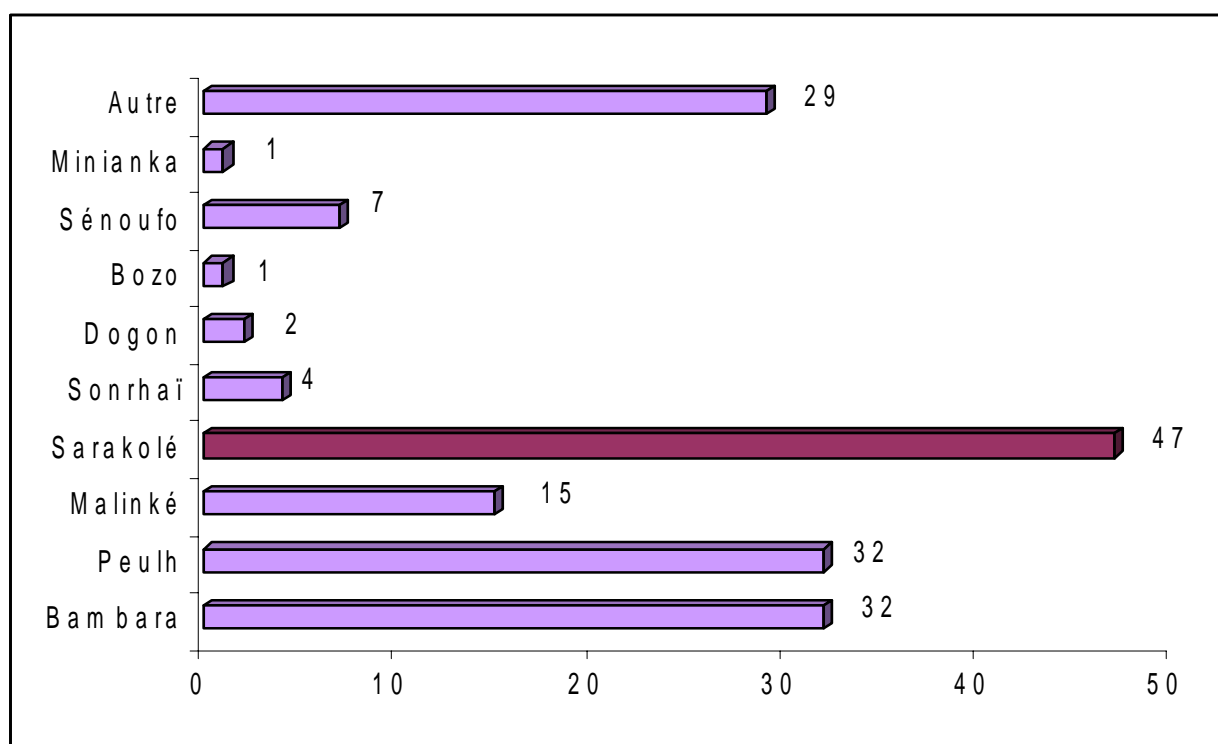
#### **1.4- Principale activité:**

**Tableau II : Répartition des patients selon l'activité principale**

Principale activité	Effectif	Pourcentage
Ménagère	69	40,6
Commerçant	16	9,4
Paysan	26	15,3
Fonctionnaire	29	17,1
Elève/étudiant	3	1,8
Militaire	1	0,6
Chauffeur	1	0,6
Non précise	25	14,7
Total	170	100

Les ménagères représentaient la principale activité avec un effectif de 69 cas soit 40,6%. Nous avons noté dans notre étude que toutes les classes sociales sont représentées.

### **1.6-Ethnie :**



**Figure 9 : Répartition des patients selon l'ethnie.**

L'ethnie la plus représentée était l'ethnie Sarakolé (27,6%) suivie des Peuhls et des Bambaras (18,8%).

Autres : Mossi, Somono, Bobo, Tamachek .

### 1.7- Services demandeurs:

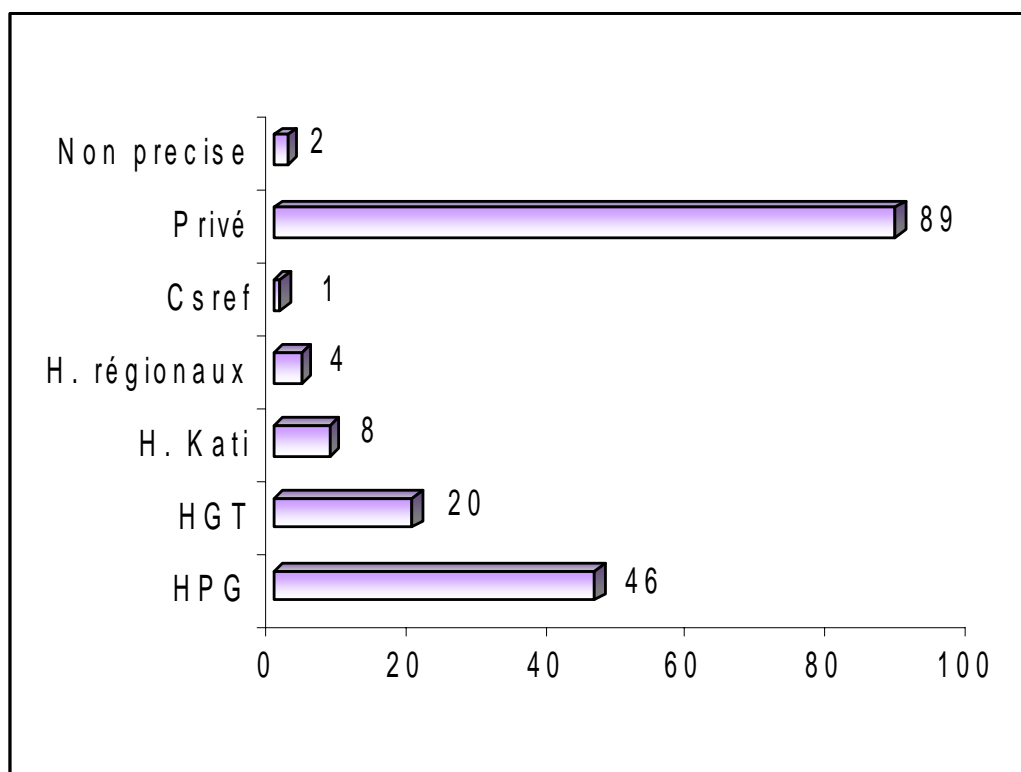
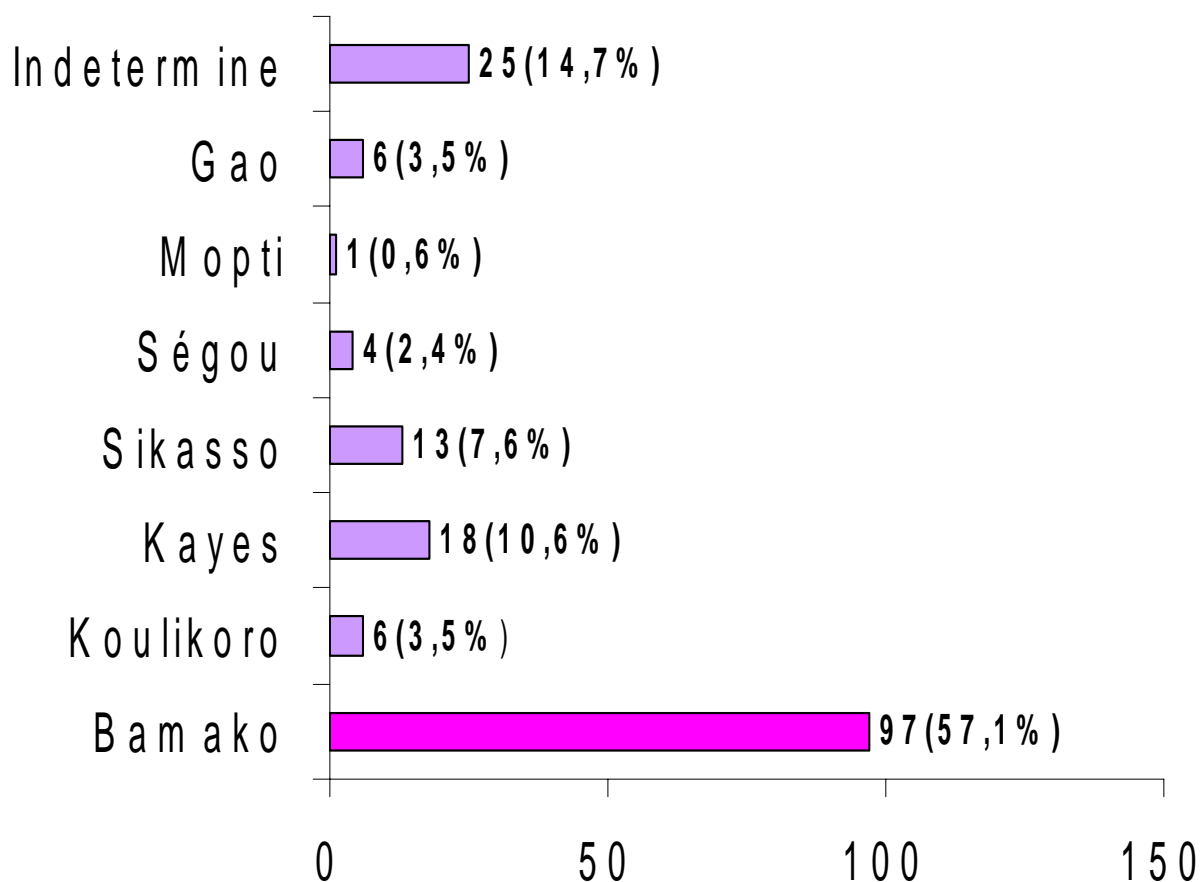


Figure 9 : Répartition selon le service demandeur

Dans notre étude, le pourcentage le plus élevé de patients (52,4%) provenait des structures privées, suivi de l'hôpital du PG (27,1%), et de l'hôpital Gabriel Touré (11,8%).

### 1.8- Résidence :



**Figure 10 : Répartition selon la résidence des patients**

Bamako avec une fréquence de 50,6% était la résidence la plus représentée dans notre étude.

Autres= Côte d'ivoire, Guinée, RDC, Sénégal.



## **2- Données cliniques:**

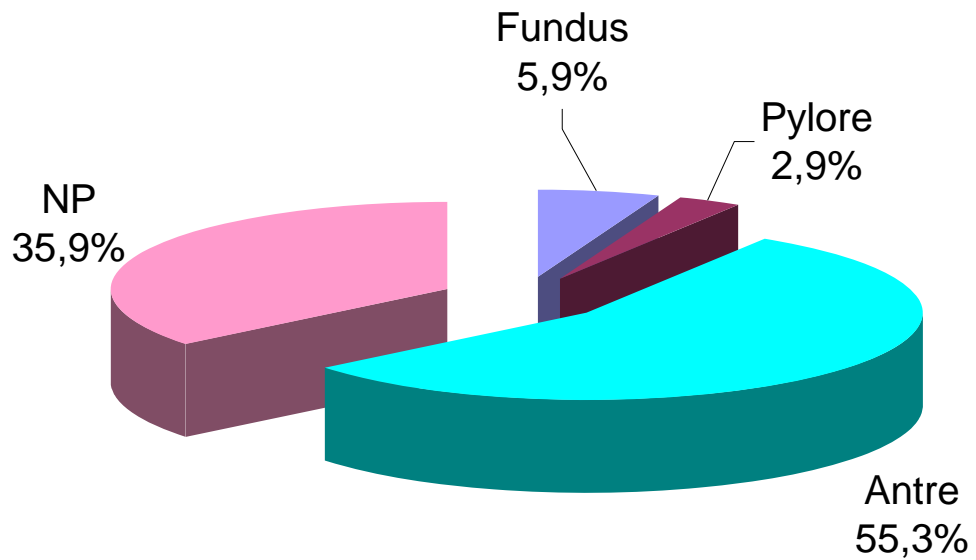
### **2.1- Aspect endoscopique :**

Tableau III : Répartition selon l'aspect endoscopique

Renseignements endoscopiques	Effectif	Pourcentage
Ulceration	21	12,4
Tumeur bénigne	105	61,8
Néoplasie	4	2,4
Gros plis	4	2,4
Congestion	18	10,6
Non précisés	18	10,6
Total	170	100

L'aspect endoscopique de tumeur bénigne était le plus retrouvé, avec 105 cas soit 61,8%.

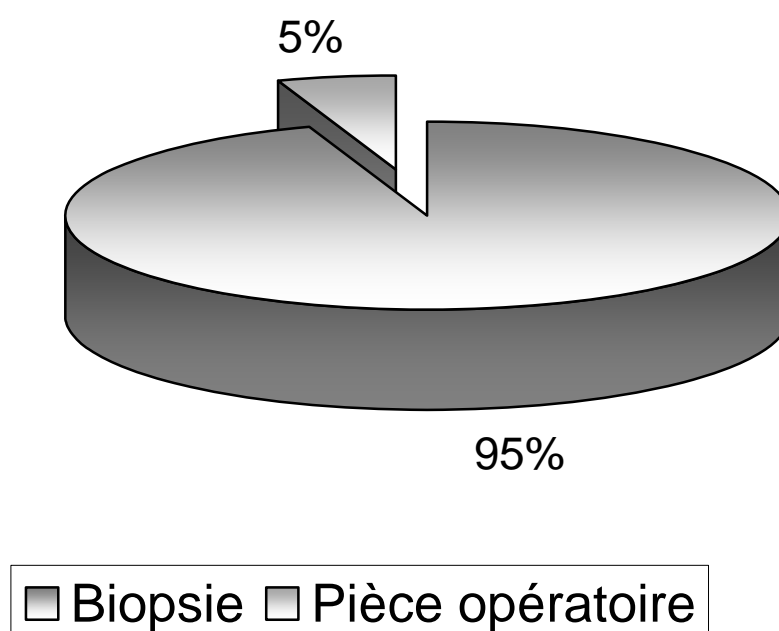
## **2.2- Répartition selon le siège de la lésion**



**Figure 11 : Répartition selon le siège de la lésion**

L'antre représentait le siège le plus fréquent avec un effectif de 92 cas soit 55,3%.

### **2.3- Type de prélèvement :**



**Figure 12 : Répartition selon le type de prélèvement**

Dans notre étude les biopsies représentaient la majorité des prélèvements (161 cas).

### 3-Données histologiques

#### 3.1- Type histologique de la lésion

Tableau IV : Répartition des tumeurs bénignes selon le diagnostic histologique

Diagnostic histologique	Effectif	Pourcentage
Fibromes	2	1,2
Lipome	1	0,6
Polyadénomes	145	85,3
Polypes vilieux	7	4,1
Léiomyomes	15	8,8
Total	170	100

Dans notre série, les polyadénomes ont été le type histologique le plus représenté avec 145 cas soit 85,3%.

Tableau V : Répartition du type lésionnel selon le sexe.

Type histologique	SEXE		Total
	Masculin	Feminin	
Fibrome	1	1	2
Lipome	1	0	1
Polyadénomes	61	84	145
Polypes vilieux	6	1	7
Léiomyomes	8	7	15
Total	77	93	170

$\chi^2= 4,2$

**P=0,04**

On notait une prédominance des poly adénomes dans les deux sexes , et une prédominance des polypes vilieux chez les hommes (5 cas).

Tableau VI : Répartition des types histologiques selon le siège de la lésion

Types histologiques	Siège					Total
	Cardia	Fundus	Pylore	Antre	NP	
Fibrome	0	0	0	2	0	2
Lipome	0	0	0	1	0	1
Poly adénomes	1	7	9	81	47	145
Polypes villeux	0	1	1	4	1	7
Léiomyomes	0	2	0	5	8	15
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>93</b>	<b>56</b>	<b>170</b>

$\chi^2=21,1$

**P=0,02**

Dans notre série on a noté une prédominance de tous les types histologiques au niveau de l'antre avec 81 cas de poly adénome.

Tableau VII : Répartition selon le diagnostic histologique et type de prélèvement

Diagnostic histologique	TYPEPREL		Total
	biopsie	pièce opératoire	
Fibrome	2	0	2
Lipome	0	1	1
Polyadénome	139	6	145
Polype villosités	7	0	7
Léiomyome	13	2	15
Total	161	9	170

$$\chi^2 = 0,6$$

$$p = 0,8$$

Dans notre série la majorité des biopsies a été les poly adénomes (139 cas).







Tableau X : Répartition selon le diagnostic histologique et la résidence

Résidence	Diagnostic histologique					Total
	Fibrome	Lipome	Polyadenomes	Polype vilieux	Léiomyomes	
Bamako	1	1	79	1	4	86
Koulikoro	0	0	2	0	0	2
Kayes	1	0	13	2	2	18
Sikasso	0	0	8	1	4	13
Ségou	0	0	3	1	0	5
Mopti	0	0	1	0	0	1
Kati	0	0	4	0	0	4
Gao	0	0	5	1	0	6
Autres	0	0	9	0	2	11
Indeterminé	0	0	21	1	3	25
Total	2	1	145	7	15	170

$\chi^2 = 1,17$

$p = 0,6$

*Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes de l'estomac :  
A propos de 170 cas.*

# COMMENTAIRES & DISCUSSION

## **IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.**

### **1- Méthodologie.**

L'exploitation rétrospective des dossiers des malades durant une période de 10 ans (1995 à 2004) se basait exclusivement sur des prélèvements gastriques analysés au laboratoire d'anatomopathologie de l'INRSP.

Les renseignements de la fiche d'enquête n'ont pu être recueillis de façon exhaustive au cours de notre travail du fait de l'absence de certaines observations dans les dossiers. Cela pourrait être source de biais.

Nos données peuvent être sous estimées compte tenu du fait que les patients dans notre contexte sont les plus démunis, or il n'est pas toujours aisé de bénéficier d'une fibroscopie gastrique, examen important pour le diagnostic précoce de ces tumeurs.

### **2- Données épidémiologiques**

#### **2.1- Fréquence**

Il est admis que généralement l'africain, en raison de son alimentation contenant des fibres, est protégé contre la survenue de polypes et des cancers gastriques. Nous, nous rendons compte que la prévalence de ces affections est moindre à ce qui est observé dans les pays occidentaux. Mais elles se voient de plus en plus, d'une part en raison de l'occidentalisation des habitudes alimentaires surtout dans les villes ; d'autres parts en raison de la pratique de plus en plus importante de l'endoscopie (3,39).

L'analyse de la répartition des cas par année ne nous a pas permis de dégager une tendance à la hausse ou à la baisse de la fréquence des ces tumeurs bénignes.

Nous avons colligé 170 cas de 1995 à 2004 soit 5,8% de l'ensemble des pathologies digestives. Ces résultats sont supérieurs à ceux d'Ibara au Congo

(15) et de Ndjitoyap au Cameroun (28) qui ont retrouvé respectivement 1,9 et 2,3%.

Il est indispensable de suivre de près les patients présentant des polypes gastriques car ils sont susceptibles de dégénérer.

La fréquence des polypes gastriques a considérablement baissé dans les pays industrialisés du fait d'une modification des habitudes alimentaires. Alors qu'elle augmente de plus en plus depuis l'avènement et la vulgarisation de l'endoscopie digestive en Afrique.

Plusieurs études africaines ont trouvé des fréquences variées : Camara et coll (8) en Côte d'Ivoire ont rapporté 34 cas de polypes gastriques. Péghini et coll ont dénombré 57 cas chez des sénégalais au cours d'une endoscopie digestive en 3 ans également (31).

Les fréquences au Mali sont nettement supérieures à ceux observés dans certains pays africains (2, 39).

Les antécédents de gastrite chronique n'étaient pas précisés dans les dossiers colligés, nous faisons tout de même un rapprochement entre cette pathologie et les polypes gastriques vu l'hygiène alimentaire observée dans notre pays.

Par ailleurs l'infection à *H. pylori* dans les populations à bas niveau d'hygiène comme la notre, évoquée par Lamoulliate et coll. (22) expliquerait également cette situation d'autant plus que la relation entre cette dernière et la pathologie gastrique est bien établie actuellement (15, 20, 43).

L'éradication de *Hp* pourrait avoir un effet bénéfique sur les adénomes en réduisant leur potentiel de dégénérescence (32). Il est aussi possible que l'éradication réduise le risque de récurrence après exérèse (41).

Parmi les 118 malades étudiés par Meining, 58 avaient une atrophie fundique de nature auto-immune, sans infection *Hp* (24). Les adénomes peuvent se rencontrer au cours de la poly-adénomatoïse familiale (PAF) en cas d'infection par *Helicobacter pylori* (2 à 10% des PAF en Europe et jusqu'à 40 à 50% des PAF en Asie) (26). Plusieurs auteurs (7, 9) ont attiré l'attention

sur l'apparition de polypes glandulaires fundiques (PGF) chez les patients sous IPP avec possibilité de disparition à l'arrêt du traitement (9).

Le rôle du reflux biliaire a également été soulevé par Meining et coll (24), en particulier après gastrectomie partielle pour lésions bénignes.

## **2.2- Age**

Nous avons trouvé dans notre étude une moyenne d'âge de  $50 \pm 14,6$  ans concernant l'ensemble des types histologiques (extrêmes de 10 et 80 ans). Ce qui est proche des résultats de Ndjitoyap au Cameroun (28), qui a enregistré des âges extrêmes de 2 et 80 ans. A. Bougouma et coll ont trouvé des extrêmes de 20 et 59 ans (2).

La classe modale était 41-50 ans dans notre série. Nos résultats se rapprochaient de ceux de F. Potet et coll. qui ont retrouvé un maximum de fréquence entre 50 et 60 ans (12).

## **2.3- Répartition selon le sexe**

Le sexe féminin est prédominant dans notre échantillon avec une fréquence de 54,7% soit un sexe ratio de 0,9. Nos résultats sont semblables à ceux de Acéro D en Espagne qui a retrouvé un sex- ratio de 1,7 en faveur des femmes (1).

Cette tendance est inversée dans diverses études africaines (2, 28, 27) qui retrouvent des sex- ratio respectifs de 1,2 ; 1,9 et 2,6 en faveur des hommes.

## **2.4- Principale activité**

Toutes les couches socioprofessionnelles ont été représentées dans notre étude avec une prédominance des ménagères (40,8%) suivies des cultivateurs (14,8%).

## **2.5- Résidence**

Notre étude a montré que 50,6% des patients résidaient à Bamako. Ceci pourrait être dû d'une part au fait que le seul laboratoire d'anatomie pathologique du pays se trouve à Bamako, et d'autre part du déficit des hôpitaux régionaux en terme de plateau technique et de médecins spécialistes.

Cependant, le caractère cosmopolite de la ville de Bamako rend l'échantillon assez représentatif de la population malienne.

## **2.6- Ethnie**

L'ethnie la plus retrouvée était l'ethnie Sarakolé avec 27,6% de l'effectif, suivie des Bambaras avec 18,8%. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces ethnies sont majoritaires au Mali.

## **2.7- Services demandeurs :**

Notre étude a montré que 52,4% des affections étaient diagnostiquées dans des structures sanitaires privées.

## **3- Renseignements endoscopiques :**

Dans notre étude les renseignements endoscopiques étaient dominés par les tumeurs. Ce qui n'est pas le cas dans l'étude de A. Bougouma et coll (2) où la congestion occupent 80,3%, les polypes 1,6% et les tumeurs bénignes 1,5%.

## **4- Anatomie-pathologique :**

### **4.1- Type de prélèvement :**

La biopsie représentait 95% des prélèvements. Ce qui est semblable aux résultats de Stolte et coll (33). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la stratégie diagnostique est de plus en plus dominée par la crainte de

méconnaître un processus néoplasique. Donc des biopsies gastriques systématiques sont réalisées devant tout doute.

#### **4.2- Type histologique :**

Nous avons colligé 170 cas de 1995 à 2004 et il en ressort de cette étude une prédominance des polyadénomes (85,3%), suivis des léiomyomes (8,8%), polype vilieux (3,8%) et seulement 2 fibromes et 1 cas de lipome. Ce qui est superposable à l'étude d'Ibara au Congo où les polypes adénomateux viennent en 2<sup>e</sup> position soit 41,6% derrière les polypes hyperplasiques (15). Nos résultats contrastent avec ceux de Stolte et coll (où ils viennent en dernière position). Qui ont dénombré 5515 polypes gastriques en 20 ans dont 47% de polypes glandulo-kystiques, 28,3% de polypes hyperplasiques venaient ensuite les adénomes 10,2% et 3,1% de polypes fibro-inflammatoires (34). Dans l'étude de A. Bougouma et coll (2) il a été observé 8 polypes hyperplasiques, 2 polypes adénomateux et 1 cas d'adénome vilieux chez un patient de 53 ans. Yamada et coll (43) ont retrouvé en 8 ans 48 porteurs de polypes adénomateux.



# CONCLUSION

## **V- CONCLUSION**

Au terme de cette étude rétrospective, il apparaît 170 tumeurs bénignes ; dont 145 poly adénomes, 2 fibromes, 1 lipome, 15 léiomyomes, 7 adénomes villositaires histologiquement ; confirmées ont été découvertes en 10 ans.

L'âge moyen de survenue de ces affections était de  $50 \pm 14,6$  ans.

Nous avons une nette prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,9.

L'antre était le siège le plus retrouvé 55,3% des cas.

L'étroite relation entre les gastrites chroniques avec les tumeurs bénignes de l'estomac nécessite une prise en charge de cette pathologie afin de dépister des lésions précancéreuses.

La connaissance du profil épidémiologique nous apparaît comme une nécessité car, elle permettra d'identifier les populations cibles qui devraient bénéficier d'exploration endoscopique au moindre doute. Par ailleurs, l'éducation sanitaire du grand public, est une mesure préventive précieuse qui pourrait avoir des résultats non négligeables.

# RECOMMENDATIONS

## **VI- RECOMMANDATIONS**

Au terme de nos travaux, nous proposons les recommandations suivantes.

### **AU Ministère de la santé**

- Renforcer la capacité des structures hospitalières en matériels servant à l'endoscopie digestive haute.
- Équiper les principales structures hospitalières nationales d'un service d'anatomie pathologique.
- Promouvoir la formation des médecins aux spécialités d'anatomie pathologique, de gastro-entérologie, d'imagerie médicale par l'attribution de bourses d'études.

### **Au corps médical**

- Sensibiliser le personnel médical afin que la demande des examens d'endoscopie soit un réflexe quotidien.
- Eradication systématique d'*Helicobacter pylori* en cas de gastrite chronique atrophique.
- Identification et surveillance clinique et endoscopique des patients présentant des lésions précancéreuses.

## **A la population**

- Amélioration des méthodes de conservation et l'hygiène alimentaire.
- Consulter précocement au moindre signe digestif et plus régulièrement en cas d'antécédent personnel de gastrite chronique ou familial (apparentés au 1<sup>er</sup> degré) de cancer gastrique.
- Eviter l'automédication, une alimentation à base de nitrosamide et une alimentation à base de poissons frais.
- Adopter une alimentation saine riche en fibres alimentaires, fruits et légumes verts.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **VII- Références Bibliographiques**

- 1-Acero D, Garijio G, Hombrados M et al.  
Gastroentero intestinal inflammatory fobroid polyps. Clinical characteristics and follw-up in a series of 26 patients.  
Gastroenterol Hepatol 2005 ; 28(4): 215-20.
- 2- A. Bougouma, Y. J. Drabo, A. K. Serme, S. L. Zoungrana et coll. Analyse des résultats de 1221 endoscopies en milieu hospitalier au Burkina Faso. Med Chir Dig 1994-1997 ;25 :225-226.
- 3- Attia Y, Soubeyrand J, Gaudet D, Manlan K, Kouakou L et al.  
Les cancers coliques en Côte D'ivoire : étude clinique et épidémiologique.  
Med Afr Noire 1981 ; 28 : 353-358
- 4- B Padovani, J. N. Bruneton Hôpital Pasteur- Nice.  
[www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicef/DIGESTIF/UDG.html-68k](http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicef/DIGESTIF/UDG.html-68k).
- 5- Bah N.  
Gastrite chronique à l'ère d'H. pylori.  
These Med Bamako 2001 ; N°43
- 6- Borch K, Skarsgard J, Franzen L, Mardh S, Rehfeld JF. Benign gastric polyps: morphological and functional origin. Dig Dis Sci 2003; 48: 1292-7.
- 7- Burt RW.  
Gastric fundic gland polyps. Gastroenterology 2003; 125: 1462-9.
- 8- Camara B.M, N'Dri N, Lombardo A, Diallo M.A, Moulan K.L et Attia Y.  
Elément d'épidémiologie de la pathologie colique du Noir Africain en milieu hospitalier en Côte D'ivoire :étude de 102 patients.  
Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94(1) : 5-7.
- 9- Choudhry U, Boyce HW Jr, Coppola D.  
Proton pump inhibitor-associated gastric polyps:a retrospective analysis of their frequency, and endoscopic, histologic, and ultrastructural characteristics. Am J Clin Pathol. 1998; 10: 615-21. Med. chir. dig.1991,20,449-452.

10- Dirschmid K, Platz-Baudin C, Stolte M.

Why is the hyperplastic polyp a marker for the precancerous condition of the gastric mucosa? Virchows Arch 2005; 28: 1-5

11- Etudiant infirmier.com module Gastro-Entero-Hépatologie.  
[www.étudiantinfirmier.com/index-gastro-php-23k](http://www.étudiantinfirmier.com/index-gastro-php-23k)

12-F. Potet, J. Barge, E. Martin, P. Zeitoun.  
Histopathologie du tube digestif, Masson 1974.

13-Garnier De LAMARE.  
Dictionnaire des termes de médecine, 26<sup>e</sup> édition Maloine : Paris,2000 :991p.

14-Gainant Alain, dénis Sautereau.  
Cancer de l'estomac, pathologie digestive et abdominale, Edition Ellipses :  
Paris, 1996 :162p.

15- Ibara J, Moukassa, Itoua.A.  
La pathologie digestive haute au congo à propos de 2393 endoscopies  
réalisées au CHU de Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire : 1993, 40(2) :97-  
100p.

16-Jean François Flejou, François Potet, Philippe Ruzniewski.  
Les biopsies du tube digestif en pratique courante 1997,1 : P.95-100.

17-Jean-Marc Canard.  
Mucosectomie endoscopique.  
Journée d'actualité en Hépatogastroentérologie, Paris ;2000.  
[www.bmlweb.org /glaxo992.htm-29k-](http://www.bmlweb.org/glaxo992.htm-29k)

18- Jian R, Modigliani R, Lemann M, Marteau P et al.  
Hépatogastro-entérologie édition Ellipses 2001 p190.

19- KLATT M D, EDOUARD C.  
Hépatogastroentérologie, [www.bmlweb.org/sitegastro.htm](http://www.bmlweb.org/sitegastro.htm) .

20- Kodjo N, Hountondji. A, Addara. B.



The contribution of endoscopy in the diagnosis of oesophago-gastro-duodenal disorders in a tropical milieu. Experience in Bénin with 930 examination. Ann Gastroenterol Hepatol (Paris) 1991,Nov; 27(6):261-7

21- Koffi K.

Bilan des coloscopies effectuées dans le service de Gastro-entérologie du CHU de Cocody de 1998 à 1999. A propos de 268 cas colligés en unité d'endoscopie. Thèse Med, Abidjan, 1995 ; N°17.

22- Lamoulliate H, Megraug F, Cayla R.

Hp et pathologie gastro-intestinale.

Encycl. Med Chir gastroentero hepatol. 9021, E : Paris, 1992 :12p.

23-Laurent Palazzo.

Benign gastric tumours. La rev Prat 1997 : 47 :868-72.

24- Meining A, Riedl B, Stolte M.

Features of gastritis predisposing to gastric adenoma and early gastric cancer J Clin Pathol 2002; 55: 770-3.

25-Mouchet A, Guivarc'H M.

E M C Radiologie et Diagnostic Estomac Intestin (Paris) 9026 ; A 10-12.1985.

26- Nakamura S, Matsumoto T, Kobori Y, Iida M.

Impact of Helicobacter pylori infection and mucosal atrophy on gastric lesions in patients with familial adenomatous polyposis.

Gut 2002; 51: 485-9.

27- N'Diaye B, Soumah F, Fall F et al.

Indication et résultat de l'endoscopie oesogastroduodénale chez l'adulte à propos de 1612 examens réalisés en 1 an à Dakar- Med Trop, 2003. 63.3 p311

28- Ndjiatoyap, Tzeuton, Noakop, et al.

Endoscopie digestive haute au Cameroun. Etude analytique de 4100 examens. Med Afr Noire : 1990, 37 (9) :453-456.

29- Park DI, Rhee PL, Kim JE, Hyun JG et al.

Risk factors suggesting malignant transformation og gastric adenoma:  
univariate and multivariate analysis. Endoscopy 2001; 33: 501-6.

30- Péghini M.

Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar.  
Apport de 1400 endoscopies effectuées au centre hospitalier de Soavinandriana  
à Antananarivo. Med Afr Noire : 1997, 14(10) p518 (x7).

31- Péghini M, Barnabé P, Seurat P, Phillipon G, Marcello R et al.

Les polypes recto coliques au Sénégal : résultat de 1500 endoscopies basses  
réalisées à l'hôpital de Dakar.  
Med tropical, 1987,47, 361-364.

32- Saito K, Arai K, Mori M, Kobayashi R, Ohki I.

Effect of Helicobacter pylori eradication on malignant transformation of gastric  
adenoma. Gastro intest Endosc 2000; 52: 27-32

33-Stanley, R. Hamilton et Lauri A.Aaltoneu.

WHO Classification Tumours of the digestive system.

34- Stolte M.

Clinical consequences of the endoscopic diagnosis of gastric polyps Endoscopy  
1995; 27: 32-7.

35- Stolte M, Sticht T, Eidt S, Ebert D, Finkenzeller G.

Frequency, location, and age and sex distribution of various types of gastric  
polyp. Endoscopy. 1994; 26: 659-65.

36-THIRIET MARC.

N. Vacheret, UCB Lyon. [www.appareildigestif.htm](http://www.appareildigestif.htm)

37- Thierman D,  
Eléments d'épidémiologie des maladies digestives : cancers recto coliques.  
Med. Chir. Dig. 1989, 18, suppl. 5 ; 5-8.

38- Thierman D,  
Eléments d'épidémiologie des maladies digestives : polypes recto coliques.

Med. Chir. dig.1989,18, 1-4.

39- Traoré H. A, Doumbo O, Maïga M. et al.  
Contribution endoscopique à l'étude de la pathologie rectocolique en milieu tropical: à propos de 80 coloscopies réalisées à l'Hôpital National du PG de Bamako.

40- Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido M, Taniyama K, Sasaki N, Schlemper RJ.

Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. N Engl J Med 2001; 345: 784-9.

41- Uemura N, Okamoto S.

Effect of Helicobacter pylori eradication on subsequent development of cancer after endoscopic resection of early gastric cancer in Japan. Gastro enterol Clin North Am 2000; 29: 819-27. Review.

42- Wikipedia Encyclopédie libre.  
<http://Fr.wikipedia.org/wiki/Estomac>

43- Yamada H, Ikegami M, Shimode T, Takagi N, Maruyama.  
Long-term follow-up study of gastric adenoma dysplasia.  
Endoscopy 2004; 36: 39096.

*Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes de l'estomac :  
A propos de 170 cas.*

# ANNEXES

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom** : KONE épouse SISSOKO

**Prénom** : AISSATA

### **Titre de la thèse**

Etude épidémiologique et anatomopathologique des tumeurs bénignes de l'estomac à propos de 170 cas.

**Année universitaire** : 2006-2007

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

**Secteurs d'intérêt** : Anatomo-pathologie, santé publique, gastro-entérologie.

### **RESUME**

Notre étude avait pour but de déterminer la fréquence des tumeurs bénignes de l'estomac, et d'en déterminer les aspects histologiques à l'INRSP.

Au terme de cette étude rétrospective, il apparaît 170 tumeurs bénignes dont 145 poly adénomes, 2 fibromes, 1 lipome, 15 léiomyomes, 7 adénomes villositaires histologiquement confirmées ont été découvertes en 10 ans.

L'âge moyen de survenue de ces affections était de  $50 \pm 14,6$  ans.

L'antre était le siège le plus retrouvé 55,3% des cas.

Selon le type histologique les plus fréquents étaient les poly adénomes 85,3%, léiomyomes 8,8%, polype villositaire 4,1%.

L'étroite relation entre les gastrites chroniques, l'infection à *H. pylori* avec les tumeurs bénignes de l'estomac nécessite une prise en charge de ces pathologies afin de dépister des lésions précancéreuses.

La connaissance du profil épidémiologique nous apparaît comme une nécessité car, elle permettra d'identifier les populations cibles qui devraient bénéficier d'exploration endoscopique au moindre doute. Par ailleurs, l'éducation sanitaire du grand public, est une mesure préventive précieuse qui pourrait avoir des résultats non négligeables.

**Mots clés** : tumeur bénigne – estomac – polypes gastriques – épidémiologie – histopathologique

## FICHE D'ENQUÊTE

**1. N° du questionnaire.....** /\_/\_/\_/\_/

**2. N° du dossier.....** /\_/\_/\_/\_/

**3. Date de prélèvement.....** /\_/\_/\_/\_/

1=1995      2=1996      3=1997      4=1998      5=1999  
6=2000      7=2001      8=2002      9=2004      10=2004

**4. Nom et prénom .....**

**5. Age.....**/\_/\_/\_/Ans

**6. Sexe.....**/\_/\_/

1=Masculin    2=Féminin

**7. Profession.....**/\_/\_/

1=Ménagère                      2=Commerçant/ Vendeur                      3=Cultivateur  
4=Fonctionnaire                      5=Profession libérale                      6=Retraité  
7=Elève / Etudiant                      8=Militaire                      9=Chauffeur  
10=Non précisé                      11= Personnel de santé                      12= Autre

**8. Service Demandeur.....**/\_/\_/

1=Hôpital du Point G      2=Hôpital Gabriel Touré      3=Hôpital de Kati  
4=Hôpitaux Régionaux      5=Centre de santé de référence      6=Privé  
7=Non précisé      8=Autres

**9. Ethnie.....**/\_/\_/

1=Bambara                      2=Peuhl                      3=Malinké  
4=Sarakolé                      5=Sonrhaï                      6=Dogon  
7=Bobo                      8=Bozo                      9=Sénoufo  
10=Autres                      11=Non précisé                      12=Minianka

**10. Résidence.....**/\_/\_/

1=Bamako                      2=Koulikoro                      3=Kayes  
4=Sikasso                      5=Ségou                      6=Mopti  
7=Tombouctou                      8=Kidal                      9=Kati  
10=Gao                      11=Autres                      12=Indéterminés

**11. Type de prélèvement.....**/\_/\_/



## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

*JE LE JURE !*