



UNIVERSITE DE BAMAKO

**Faculté de Médecine de Pharmacie
Et d'Odonto-Stomatologie**

Année Universitaire 2008 - 2009

Thèse N° / ____ /

TITRE

*ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES
DES COLORECTITES AU MALI DE JANVIER 1997 A
DECEMBRE 2006 : A PROPOS DE 724 CAS.*

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 23/05/ 2009
A la Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odonto - Stomatologie
De l'Université de Bamako**

Par Mme DIOMA SYLVIE THIENOU

**Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

Jury

Président : Pr MOUSSA MAIGA

Membres : Docteur MOUSSA DIARRA

Docteur CHEICH BOUGADARI TRAORE

Co - Directeur : Docteur BAKAROU KAMATE

Directeur de thèse : Pr AMADOU TOURE

**DEDICACES
&
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie ce travail à l'Éternel Tout Puissant

Le Seigneur est mon berger, je ne manque de rien,

Il est pour moi un refuge où je suis en sécurité.

Il me met au repos sur des prés d'herbes fraîches ;

Il me guide sur la bonne voie. Même si je passe par la vallée obscure, je ne redoute aucun mal, car tu m'accompagnes.

Tu me conduits, tu me défends, voilà ce qui me rassure, oui tous les jours de ma vie, ta bonté, ta générosité, me suivront pas à pas.

Merci Père de m'avoir donné la vie, la santé, l'intelligence, le courage, merci de m'avoir assisté tout au long de ce travail, merci les jours déjà passés, que ce modeste travail sert pour ta gloire de ton nom.

À Feu JEAN-BAPTISTE THIENOU

Dors en paix Baba. L'homme propose Dieu dispose.

À Na ODETTÉ DEMBELLE

Vous resterez toujours pour moi un exemple de force de détermination et de combativité. Un bienfait n'est jamais perdu, je vous remercie infiniment pour tous les bienfaits prodigués aux enfants d'autrui, aucun mot pour décrire tout le bonheur que je ressens en vous dédiant ce travail. Je ne pourrais jamais vous remercier assez pour les sacrifices consentis pour moi. Recevez ici l'expression de toute mon affection. Que Dieu vous bénisse et vous donne santé et longévité.

À mes parents BLAISE THIENOU ET BOYA DEMBELLE

Toutes ces années passées loin de vous ont été pour moi un long dur et agréable parcours riche en expérience et en responsabilité, mais la certitude de votre amour et de votre soutien ont fait ma force.

Vous vous êtes toujours souciés que je ne manque de rien pendant mes études. Ce travail est le fruit de vos efforts de vos sacrifices, de vos privations de vos prières et bénédictions, et de la confiance que vous avez placée en moi. Ce travail vous est entièrement dédié, trouvez en lui l'expression de toute ma reconnaissance et de mon grand amour envers vous.

Q 'il soit le pansement de tous les chagrins et blessures que je vous ai causés.

Que Dieu tout Puissant vous donne santé, prospérité et longue vie.

A mon cher grand frère MOISE THIENOU

Je ne te dirai jamais assez merci pour tout le soutien sans faille dont tu as toujours fait preuve à mon égard. Mon souhait est que ce travail t'apporte satisfaction. Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma grande affection.

Que le tout Puissant te comble de ses bienfaits et te donne longue vie.

A l'élu de mon cœur PAUL-MARIE DEMBELLE

Les mots ne pourront pas exprimer toute ma gratitude envers toi. Ton amour, tes encouragements, et ton soutien total m'ont été d'une importante incommensurable durant la réalisation de ce travail. Je te dédie en témoignage de mon amour.

Puisse le Seigneur veiller d'avantage sur nous et nous aider à réaliser nos vœux.

A mes deux petits anges JEAN-BAPTISTE et JEAN DE LA CROIX DEMBELLE

Votre présence dans ma vie a été une joie et une source de motivation, que Dieu vous bénisse et vous protège contre tout mal.

REMERCIEMENTS

Aux enseignants du primaire, du secondaire, et à tous mes maîtres de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako. Que ce travail soit l'expression de la profonde gratitude. Soyez en fiers. Merci.

Au Docteur KAMATE BAKAROU

Merci de m'avoir donné ce sujet. Vous avez été pour moi un patron, un grand frère et un guide. Votre disponibilité, votre rigueur, votre courage ont fait de vous un maître admiré. Auprès de vous nous avons acquis l'amour de la recherche scientifique.

Très cher maître les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance. Que Dieu puisse vous récompenser et vous accorder une santé parfaite et une longue vie.

Au Docteur CHEICK, B. TRAORE

Merci pour votre bonne collaboration, votre humanisme, votre souci pour notre formation nous ont beaucoup touchés. Soyez rassuré de notre profond attachement. Puisse le tout Puissant vous combler de ses grâces tout le long de votre vie.

Au Docteur MARIETTA MOUNKORO

Merci pour ta contribution pour l'élaboration de ce travail il est aussi le tiens. Que Dieu Tout Puissant te bénisse et exhausse tes prières.

Au Docteur FATOUMATA BINTOU SANGARE et les internes titulaires du service anapath BROUMA COULIBALY et SEKOU Mallé

Merci pour votre soutien matériel et moral, pour votre solidarité au service d'anatomie pathologique. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière universitaire.

Aux autres internes AISSATA, LOUTANI, AGNES, AWA, KOUKOU, LEYLA, OUSMANE, KADY, DADO

Merci pour votre bonne collaboration dans l'entente et la paix.

A ma petite sœur VERONIQUE THIENOU

Tu as été plus qu'une sœur pour moi, une amie et une confidente.

Que dire sinon merci pour ton soutien financier et moral, ce travail est aussi le tiens.

A mes tantes et oncles merci pour vos prières et votre patience, que Dieu vous donne une santé parfaite et longue vie.

A mes cousines MARTINE THIENOU et AGNES DEMBELE, vous avez été comme des mamans pour moi, les mots me manquent pour exprimer la gratitude envers vous, que Dieu exauce vos prières.

A mes petites sœurs et petits frères : BASSI, MARIAM, BEIDIA, KONDA, SAMABERE, SORO, PHILLIPE, SIAKA, KONTERE, ce travail est le vôtre

A mon beau père JEAN DE CROIX DEMBELE et belle mère MARIA DIARRA que dire sinon merci pour votre patience envers moi et mon éducation que vous continuer après mes parents.

A mes belles sœurs singulièrement ROSALIE, ANGELE, BIA

A mes beaux frères singulièrement DAVID DEMBELE Merci

A la famille MAMADOU DEMBELE

Vous m'avez accueillie chez vous comme votre fille, tout en me défendant et protégeant. Vous vous êtes toujours soucie de mes résultats et pour ma réussite. Merci que Dieu Tout Puissant vous donne santé et longue vie.

A mes amies Mariam Koné, Elisabeth Koné, Marie Claire Kamaté merci pour les moments passés à votre compagnie que Dieu réalise les rêves de tout un chacun

A tous mes maris : docteur Bieter Dembélé, Jeremie Diarra, Kamina Dembélé, Nassin Coulibaly, Siegny Diarra

A Nyamana Coulibaly et sa famille que dire sinon merci pour votre soutien materiel et moral. Que Dieu vous accorde santé et prospérité.

A tous les élèves et étudiants ressortissants et sympathisants de Mouni.

A tous le personnel de l'INRSP et le service d'anapath particulièrement Dembélé, Yacou, Mme Djiré

A tous le personnel de la Pédiatrie singulièrement à la pédiatrie 4 ; au Dr Madjid, Wazoum, au service d'oncologie,

A tous les enfants atteints de cancers pédiatriques.

-A Madjo DEMBELE et sa famille à Lafiabougou, Justin TIENOU et sa famille à Medina coura, Moïse TIENOU et sa famille à Kalaban coura, Jules DIAMA et sa famille à Faladjè, Batio TIENOU et sa famille à Bakaribougou, Sina DEMBELE et sa famille à Quinzambougou, Théophile DEMBELE et sa famille à Bakaribougou , Wiébéré TIENOU et sa famille au Banconi, Robert TIENOU, toute la famille Thiéno à Mouni (Tominian)

A Kama Sakiliba et sa famille singulièrement à Fatim Maiga, Loutani Kanté, Oumou Sissoko, Bandia Keita. Un grand merci pour votre soutien et votre respect. Que Dieu fortifie ta santé Kama.

A Boniface Diarra et Sekou de la FMPOS

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et président

Professeur MOUSSA YOUSSEUFA MAIGA

- Professeur titulaire en Hépatogastro-entérologie
- Chef de service d'hépatogastro-entérologie au CHU du Gabriel TOURE

Vous avez su trouver le temps pour nous guider dans ce modeste travail en couvrant ainsi de votre autorité. Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations.

Nous avons été émerveillée par vos connaissances scientifiques et la facilité avec laquelle vous les partagez.

Nous vous prions d'accepter notre respectueuse considération.

A Notre Maître et Juge

Docteur MOUSSA TIEMOKO DIARRA

- Spécialiste en Hépatogastro-entérologie
- Maître assistant en Hépatogastro-entérologie à la FMPOS
- Praticien hospitalier au CHU du Gabriel TOURE.

Cher Maître votre disponibilité, votre rigueur scientifique et vos qualités humaines nous ont véritablement séduite. Vous avez su nous guider et nous aider à surmonter de nombreuses difficultés. Les mots ne sauraient traduire tout le plaisir que nous ressentons de vous avoir eu comme juge.

A Notre Maître et Membre du jury

Docteur CHEICK BOUGADARI TRAORE

- Maître Assistant en Anatomie Pathologie à la FMPOS.
- Pathologiste et chercheur à l'Institut National de Recherche en Santé Publique. 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, simple, aimable et travailleur.

Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, votre don d'écoute et votre simplicité font de vous un exemple. Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.

A Notre Maître et Codirecteur de Thèse

Docteur BAKAROU KAMATE

- Spécialiste en anatomie pathologique au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique
- Maître assistant en anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie.

Vous nous avez gracieusement accueillie au laboratoire d'anatomie pathologique et vous vous êtes chargé de nous donner une solide formation dans cette riche discipline.

Chaque contact avec vous a été une occasion d'enrichissement, la simplicité, la rigueur dans le travail, la disponibilité et l'amabilité de ce grand homme de science nous ont toujours impressionné.

Nous vous exprimons ici notre grande admiration et notre reconnaissance.

A Notre Maître et directeur de thèse

Professeur AMADOU TOURE

Maître de conférence agrégé en Histo-embryologie.

Directeur Général Adjoint de l'Institut National de Recherche en Santé
Publique.

Nous vous sommes redevable de l'aboutissement de ce travail. Vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines force l'admiration de tous.

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations .Permettez nous de vous exprimer ici, cher, Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Abréviations

C : Clinique

al. : Autres

CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du point G

MICI : Maladies Inflammatoires Cryptogénétiques Intestinales

MC : Maladie de Crohn

RCH : Rectocolite Hémorragique

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	3
I-GENERALITES	4
1- Rappels.....	4
2-Les atteintes inflammatoires du côlon et du rectum	10
3- Epidémiologie	24
II-MATERIEL ET METHODES	25
III-RESULTATS	27
IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	38
V-CONCLUSION	42
VI- RECOMMANDATIONS	43
VII-REFERENCES	44
ANNEXES	49

INTRODUCTION :

Les côlo-rectites sont l'ensemble des maladies inflammatoires aiguës et chroniques du côlon et du rectum d'étiologie extrêmement variées [1].

Schématiquement, il est possible de distinguer un état inflammatoire aigu (diagnostiqué dans les six premières semaines d'évolution), généralement provoqué par une étiologie parasitaire, bactérienne, virale ou iatrogène et un état d'inflammatoire chronique regroupant essentiellement deux affections particulières : la maladie de CROHN et la rectocolite hémorragique [1].

Si les atteintes inflammatoires chroniques semblent rares en Afrique subsaharienne, les atteintes aiguës sont par contre plus fréquentes favorisées par la pandémie du SIDA.

Cependant la distribution de ces maladies est très inégale dans le monde. Elles sont plus fréquentes dans l'hémisphère Nord que dans l'hémisphère Sud, à l'exception notable des populations blanches d'Australie, de Nouvelle- Zélande et d'Afrique du Sud [2, 3, 4].

En effet, en France sur 122 maladies inflammatoires du tube digestif diagnostiquées, 29 étaient des cas de rectocolites hémorragiques [5].

En Espagne l'incidence des MICI était de 9,5 cas sur 100000 habitants /an [6].

Au cours d'étude prospective en Belgique, la maladie de CROHN, a représenté 51% les colites ulcéreuses 41% et les colites inclassées 8% [7].

Des études menées dans certains pays d'Afrique nous donnent une idée de la prévalence des maladies inflammatoires colorectales sur le continent :

En Tunisie en 1996, au cours d'une étude rétrospective portant sur 82 patients, sur une période de 11ans, 61 patients étaient atteints de rectocolite [8].

Une étude kenyane portant sur 247 colonoscopies a rapporté 28,5% de colites non spécifiques, 7,3% de colite ulcéreuse 1cas de maladie de CROHN et 5 cas (3%) de colite infectieuse [9].

En Afrique du Sud l'incidence de la colite ulcéreuse chez les métis, les groupes de population blanche et noire était respectivement de 1,9 ; 5,0 et 0,6 sur 100000habitants [10].

Au Mali les études faites sont anciennes et pauvres.

En 1988 dans le service de médecine de l'hôpital du Point G sur 100 cas de rectites, 4 cas de rectocolite ont été rapportés [11].

En 1992 sur 80 coloscopies à l'hôpital du Point G, 7 cas de RCH ont été rapportés [12].

Dans la plupart des pays en voie de développement comme le nôtre, on ne dispose pas beaucoup de données épidémiologiques sur l'ensemble des côlo-rectites, et les diverses études menées sur la RCH, la maladie de CROHN présentent des insuffisances du fait de la faible taille de leur échantillon.

C'est dans ce cadre que nous avons entrepris cette étude afin de disposer des caractéristiques épidémiologiques et histologiques des côlo-rectites au Mali.

OBJECTIFS

Objectif général

- Etudier les aspects épidémiologiques et histologiques des côlo-rectites au Mali.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des côlo-rectites diagnostiquées dans le service d'anatomie pathologique de L'INRSP.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de côlo-rectites.
- Décrire les aspects histologiques des côlo-rectites.

I - GÉNÉRALITÉS

1- RAPPELS

1-1-Rappels anatomiques

1-1-1- Côlon [13, 14, 15]

a- Disposition générale (voir figure 1)

C'est la partie du gros intestin qui va de l'angle iléo-cæcal à la jonction recto-sigmoïdienne.

Le côlon fait suite au cæcum, il monte d'abord verticalement jusqu'à la face inférieure du foie (*côlon ascendant*) ; là, il se coude (*angle droit ou hépatique du côlon*) et se porte à peu près transversalement de droite à gauche, jusqu'à l'extrémité inférieure de la rate (*côlon transverse*). Il se coude une deuxième fois au-dessous de la rate (*angle gauche ou splénique*) et descend verticalement jusqu'à la fosse iliaque gauche (*côlon descendant*). Au-dessous du côlon descendant, le gros intestin se porte à travers la fosse iliaque gauche et le petit bassin jusqu'à la hauteur de la troisième vertèbre sacrée, en décrivant des flexuosités de forme et d'étendue variables (*côlon ilio-pelvien*). Enfin le côlon ilio-pelvien se continue par le *rectum*.

b- Dimensions

Le gros intestin mesure en moyenne 1,50 mètre de long. Ses différents segments ont les mesures suivantes :

Côlon ascendant : 12-17 cm ; Côlon transverse : 50-60 cm ; Côlon descendant : 14-20 cm ; Côlon intra pelvien : 45-51 cm.

Son calibre diminue du cæcum à l'anus. C'est ainsi que son diamètre mesure de 7 à 8 cm à l'origine du côlon ascendant, 5 cm sur le côlon transverse et de 3 à 5 cm sur le côlon descendant et le côlon iliaque.

c- Configuration extérieure

Le côlon est parcouru dans toute sa longueur par les bandelettes musculaires longitudinales. Ces bandelettes sont au nombre de : trois sur le cæcum, les côlons ascendant, transverse et descendant ; deux sur le côlon ilio-pelvien et elles disparaissent sur le rectum.

d- Vascularisation

▪ ARTÉRIELLE

Les artères du côlon proviennent de l'artère mésentérique supérieure et de l'artère mésentérique inférieure.

▪ VEINEUSE

Les veines du côlon sont disposées comme les artères qu'elles accompagnent et se rendent à la veine porte par les veines grande et petite mésentériques.

▪ LYMPHATIQUE

Les lymphatiques du côlon vont des *ganglions épicoliques* aux *ganglions paracoliques* et aux *groupes ganglionnaires intermédiaires et principaux*.

e- Innervation

Les nerfs du côlon proviennent des plexus mésentériques supérieur et inférieur.

1-1-2- Rectum [13, 14, 15]

a- Disposition générale

Le rectum descend en avant du sacrum et du coccyx. Il décrit d'abord une courbe dont la concavité dirigée en avant est concentrique à celle du sacrum et du coccyx. En regard du sommet du coccyx, le rectum se coude et se porte obliquement en bas et en arrière.

b- Configuration extérieure et calibre

Quand le rectum est moyennement distendu, le segment pelvien, étroit en haut à son union avec le côlon pelvien s'élargit d'abord peu à peu pour se terminer par une dilatation, l'*ampoule rectale*. Les parois du rectum sont très extensibles.

c- Division et dimensions

Chez l'homme adulte, le rectum mesure environ 12 à 15 cm dont 10 à 12 cm pour le segment pelvien et 2 à 3 cm pour le segment périnéal.

d- Vascularisation

ARTÉRIELLE

Les artères du rectum sont les artères hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures.

VEINEUSE

Les veines du rectum sont appelées veines hémorroïdales, elles suivent à peu près le même trajet que les artères.

LYMPHATIQUE

Les lymphatiques du rectum se distinguent en trois groupes : inférieur, moyen et supérieur.

e- Innervation

Le rectum est innervé par : les plexus hémorroïdaux supérieurs ; les plexus hémorroïdaux qui émanent des plexus hypogastriques et le nerf hémorroïdal ou anal, branche du plexus sacré.

1-2- Rappels histologiques [13, 14, 15]

1-2-1- Côlon (voir figure 2)

Le côlon est constitué par quatre tuniques qui sont de l'intérieur vers l'extérieur :

- La *muqueuse* du côlon, qui comporte généralement trois sous couches : un épithélium de revêtement, une lamina propria et une musculaire muqueuse. L'**épithélium** de la muqueuse est généralement un épithélium prismatique simple, qui ne possède ni plis circulaires ni villosités et pratiquement pas de cellules sécrétrices d'enzymes digestives. La muqueuse est constituée de nombreuses glandes de lieberkühn en profondeur et on y trouve une multitude de cellules caliciformes. La **lamina propria**, située sous l'épithélium, est formée de tissu conjonctif aréolaire. Elle est parcourue de capillaires qui nourrissent l'épithélium et absorbent les nutriments digérés. A l'extérieur de la lamina propria se trouve la **musculaire muqueuse**, une fine couche de cellules musculaires lisses qui produit les mouvements locaux de la muqueuse.

- La *tunique sous muqueuse*, située juste à l'extérieur de la muqueuse, est un tissu conjonctif lâche qui renferme des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des follicules lymphatiques et des neurofibres.

- La *tunique musculaire* se compose de deux couches : l'une, superficielle, longitudinale, incomplète, épaisse seulement au niveau des bandelettes ; l'autre, profonde, formée de fibres circulaires.

- La *séreuse*, la couche la plus externe, a un rôle protecteur et est formée par le péritoine viscéral.

1-2-2- Rectum

Le rectum a une structure voisine de celle du côlon : *muqueuse*, *sous muqueuse* contenant le plexus veineux hémorroïdal, *musculeuse* en deux couches, couche superficielle de fibres longitudinales et couche profonde de fibres circulaires.

La *séreuse* toutefois ne tapisse pas toute l'ampoule rectale mais seulement la partie haute de ses faces latérales et la moitié inférieure de sa face antérieure correspond au cul de sac de *Douglas*.

Le rectum périnéal (ou canal anal) présente outre le changement de muqueuse, une architecture musculaire beaucoup plus complexe correspondant à l'appareil sphinctérien

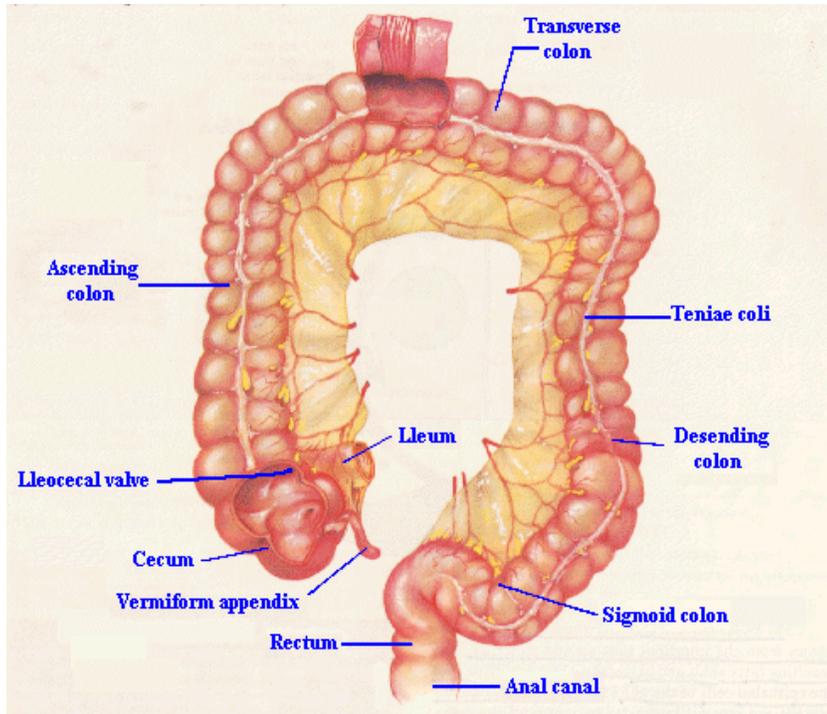


Figure 1 :
Vue
d'ensemble du
gros intestin
 [16]

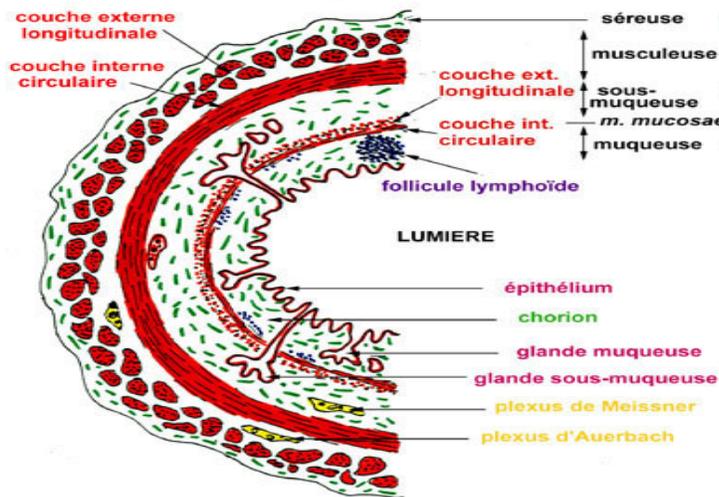


Figure 2 :
Histologie du tube
digestif [16]

1-3 Rappels physiologiques : [17,18]

Physiologie du côlon :

Il a une double fonction : réabsorption et motricité.

Fonction de réabsorption :

Le côlon droit termine la digestion, il résorbe les substances assimilables, (en particulier les graisses et les sucres) et digère la cellulose. Le côlon gauche absorbe les liquides.

Fonction de motricité : le côlon est le siège de trois types de mouvements :

- **mouvements de segmentation** qui restent localisés et ne se déplacent pas sur le cadre colique,
- **mouvements antipéristaltiques** du caecum et de la partie initiale du côlon ascendant qui favorise le processus de réabsorption qui se déroule à ce niveau ;
- **mouvement de masse** enfin appartenant uniquement au côlon transverse et au côlon gauche : il s'agit de grands mouvements péristaltiques survenant deux ou trois fois par jour et qui transportent chaque fois environ un tiers du contenu colique dans le rectum.

Physiologie du rectum : l'ampoule constitue un réservoir contractile qui a un rôle de stockage .L'anus assure la continence anale et le contrôle de la défécation.

2-LES ATTEINTES INFLAMMATOIRES DU COLON ET DU RECTUM

2-1-COLITES CRYPTOGENETIQUES

2-1-1-RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE : (RCH)

2-1-1-1 -Définition :

La RCH est une maladie chronique, évoluant par poussées, caractérisée par des lésions congestives de la muqueuse, souvent ulcéreuses, atteignant le rectum et tout ou une partie du côlon. [19]

2-1 -1- 2 – Etiopathogénie :

L'étiopathogénie exacte de la RCH reste obscure. Cependant des facteurs infectieux, génétiques, et environnementaux peuvent être impliqués et tous les facteurs pourraient intervenir d'une façon directe ou indirecte dans la pathogénèse de la maladie [20].

- Infections

De nombreux arguments épidémiologiques, cliniques et expérimentaux suggèrent l'intervention d'agents microbiens dans la genèse des MICI. Les agents infectieux impliqués dans la RCH sont ceux de la flore intestinale qui provoquent une hypersensibilité colique anormale induisant une réaction inflammatoire excessive et incontrôlée [20].

Le rôle des virus a été évoqué : la présence d'anticorps anti-CMV a été notée avec une fréquence plus importante chez les sujets atteints de RCH que chez les sujets témoins. Là encore certains auteurs interprètent l'augmentation de ces anticorps comme étant secondaire à l'atteinte immunitaire chez les patients dénutris [21].

- Génétique :

Il existe de nombreux arguments en faveur d'une prédisposition génétique dans la pathogénie des MICI. Le risque relatif de RCH est 8 chez les sujets atteints ayant un membre atteint de leur famille .Dans ces familles, certains pourraient porter le trait génétique [20].

Dans l'étude réalisée par YANG et al, le risque de forme familiale, de MICI est plus élevé chez les israélites ashkénazes que chez les non israélites [20].

- **Facteurs environnementaux**

L'environnement est essentiel dans l'apparition des MICI chez les parents génétiquement susceptibles.

•**Le tabac :**

Le tabac est un facteur de protection pour la RCH. Une étude de cas témoins montrait que l'exposition passive au tabac chez un jeune de moins de 15 ans, et dont le père ou la mère fumait, diminuait le risque de 50% de développer une RCH [20].

•**Rôle de l'alimentation :**

Une enquête alimentaire a été effectuée chez 104 patients Italiens au moment du diagnostic de RCH et les résultats ont été comparés à une population appariée pour l'âge, le sexe et la ville de résidence. L'ingestion d'hydrates de carbone, d'amidon et de sucre raffiné était plus importante chez les patients atteints de RCH que dans la population contrôle. La consommation protéique était également plus importante au cours de la RCH [20].

- **Facteurs psychiques :**

L'intervention des facteurs psychiques dans la RCH est indiscutable, il est admis par la plupart des auteurs que le rôle des facteurs psychiques est fondamental dans les circonstances déclenchantes des poussées (impossibilité d'assurer des responsabilités nouvelles) [21].

- **D'autres facteurs :**

Immunitaires, allergiques, neuromusculaires et vasculaires ont été développés mais non satisfaisants pour établir une relation de cause à effet [21].

2-1-1-3-Examen paracliniques :

A- Biologie :

Il n'existe aucun signe biologique spécifique de RCH et l'aide du laboratoire au diagnostic est modeste et s'exerce dans deux domaines :

Il apporte parfois des arguments en faveur de l'organicité des troubles, donc la poursuite des explorations, s'il découvre une anémie inflammatoire ou par carence martiale, une hyperleucocytose ou un syndrome inflammatoire.

Il est indispensable au diagnostic différentiel, surtout lorsque l'on voit le malade lors de la première poussée en éliminant une cause infectieuse grâce aux examens de selles et / ou aux examens sérologiques [22].

B - Données radiologiques :

La mucographie colique confirme les données de la rectoscopie en montrant des lésions homogènes, continues, s'étendant plus ou moins vers l'amont, sans intervalle de muqueuse saine.

Le simple cliché d'abdomen sans préparation donne parfois grâce au seul contraste gazeux des renseignements très suffisants pour affirmer l'existence d'ulcérations profondes, préciser l'étendue des lésions et confirmer ou non une colectasie [22].

Le lavement baryté est généralement pratiqué après un résidu et une préparation par vidange colique. Il permet habituellement de mettre en évidence des signes précoces et d'évaluer l'extension des lésions [20].

C- Données endoscopiques et biopsiques :

L'apport de l'endoscopie basse et des biopsies dans la RCH est déterminant pour le diagnostic, permettant ainsi une description précise segment par segment des lésions et l'évaluation de sévérité de l'atteinte ; pour la surveillance et l'évolution sous traitement et le dépistage des lésions précancéreuses.

En pratique la richesse lésionnelle permet aisément de reconnaître l'atteinte inflammatoire du côlon.

La colonoscopie permet une description précise segment par segment des lésions. Les biopsies permettent elles, une approche de classification nosologique et surtout d'évaluer la sévérité de l'atteinte lésionnelle [23].

D - Etude anatomopathologique :

Il n'existe aucun critère anatomopathologique spécifique de RCH, cependant, certains aspects macroscopiques et microscopiques sont évocateurs du diagnostic.

Schématiquement quatre types de lésions sont retrouvés dans la RCH [20-23].

- . La diffusion de la maladie qui ne laisse pas d'intervalle de muqueuse tout à fait saine ;
- . La constance de l'atteinte rectale ;

. L'évolution par poussées successives et l'extension rétrograde du rectum vers le caecum ;

. La prépondérance des lésions de la muqueuse et de la sous-muqueuse tandis que les plans musculaires et la sous- séreuse sont peu ou pas modifiés.

- Aspects macroscopiques :

Le caractère congestif et hémorragique de la muqueuse est évident, il contient de nombreux débris nécrotiques et des caillots sanguins. La muqueuse apparaît dépourvue de plissements rouges, violacés. Les lésions sont diffuses ne laissant place à aucune muqueuse saine.

Les ulcérations sont d'importance variable, les plus petites sont arrondies ou polycycliques superficielles à bords décollés, disséminées sur une muqueuse dont les plis ont disparus. L'aspect des îlots de muqueuse entre les ulcérations évoque un « champ fraîchement labouré », elles peuvent confluer et mettre à nu la sous-muqueuse recouverte de fausses membranes [20].

- Aspects microscopiques :

La muqueuse est lésée en premier et reste la plus touchée au cours de l'évolution.

L'épithélium de surface est atteint de façon pratiquement constante, il s'agit d'une altération du cytoplasme cellulaire qui est vacuolisé.

Les glandes sont exceptionnellement indemnes, des abcès cryptiques sont très caractéristiques ; les cryptes atteintes sont remplies de débris nécrotiques et de polynucléaires altérés.

L'œdème est souvent associé à la congestion vasculaire ; l'infiltrat inflammatoire est l'un des stigmates de la maladie, c'est un infiltrat lymphoplasmocytaire et éosinophile étendu à toute la muqueuse.

La musculaire muqueuse est toujours dissociée par l'œdème et l'infiltrat.

La sous-muqueuse constitue le fond des ulcérations ; elle est très inflammatoire avec quelques fois la présence de micro- abcès.

La musculature, peut dans les formes les plus graves, contenir des infiltrats inflammatoires ou exceptionnellement une dissociation fibreuse au contact d'une ulcération particulièrement creusante, cicatrisée.

La séreuse est en règle générale respectée, parfois hyper vascularisée [20].

2-1-1-4 –Evolution et complications :

L'évolution de la RCH est jalonnée par la survenue imprévisible de poussées d'intensité variable au cours desquelles peuvent survenir des complications. Elle est conditionnée par l'extension topographique des lésions sur le rectum et du côlon, par la survenue des complications aiguës et chroniques.

Les complications peuvent survenir soit au cours de poussées aiguës ou subaiguës : il s'agit de colectasie, de perforation et des hémorragies massives soit au cours de formes anciennes cicatricielles ou d'évolution torpide : il s'agit de cancérisation [20,24].

2-1-2- COLITE GRANULOMATEUSE (maladie de CROHN colique)

2-1-2-1- Définition :

Il s'agit d'une affection inflammatoire chronique intestinale de cause inconnue touchant avec prédilection les adolescents et l'adulte jeune [25].

2-1-2-2 Etiopathogénie :

De même que la RCH l'étiopathogénie de la MC reste obscure. Il est vraisemblable que l'étiopathogénie soit multifactorielle [20].

A- Facteurs infectieux :

Les agents infectieux les plus incriminés sont :

-Le virus de la rougeole :

- M. paratuberculosis :

- Listeria monocytogenèse:

- saccharomycès cerevisiae

- la participation de la flore saprophyte du tube digestif

B- Facteurs génétiques :

L'hypothèse d'une susceptibilité génétique dans la MC repose sur nombreux arguments :

- fréquence des formes familiales qui varie selon les études de 6 à 33% ; concordance élevée (46%) de MC observée chez les jumeaux monozygotes ; association à certains

maladies génétiques reconnues comme des syndromes de TURCOT, et TURNER [25].

- facteurs ethniques : les populations caucasiennes sont les plus touchées, le risque est moindre dans la population noire.

- un gène de susceptibilité de la MC a été découvert et est situé en position 16q12 du chromosome 16. Il s'agit du gène nucléotide oligomérisation domain (NOD2) dont la nomenclature a été changée en caspase activation recruitment domain (CARD15). La protéine NOD2/CARD15, produit de transcription du gène est une protéine intracellulaire exprimée dans les monocytes et macrophages.

C- Facteurs environnementaux :

Parmi les facteurs environnementaux mis en cause, le tabac a les effets les mieux établis.

L'analyse des principales études cas témoins révèle que le tabagisme actif augmente le risque d'apparition de MC surtout chez les femmes ainsi que le risque de réintervention après chirurgie pour MC. L'arrêt du tabac peut être recommandé chez les patients atteints de MC [25].

D- Facteurs immunologiques :

Jouent un rôle central dans la physiopathologie des lésions et des symptômes. On note un dérèglement de la sécrétion de cytokines (cytokines inflammatoires, anti-inflammatoires, immuno-régulatrices). Les lésions intestinales des MICI sont associées à une augmentation de la synthèse des cytokines inflammatoires et probablement à un déficit relatif en cytokines anti-inflammatoires.

2-1-2-3-Les examens complémentaires :

A- Biologie :

Il n'y a pas de signe biologique spécifique de la MC les examens biologiques sont cependant utiles dans trois domaines :

- ils apportent des arguments en faveur du caractère organique des troubles digestifs en montrant une anémie, une hyperleucocytose, un syndrome inflammatoire.

- ils aident au diagnostic différentiel de la MC notamment lors de la première poussée ou la réalisation d'une coproculture, d'un examen parasitologique des selles pendant

trois jours de suite et le sérodiagnostic est indispensable pour éliminer une colite aiguë infectieuse.

- Ils permettent d'apprécier le retentissement nutritionnel de la MC. Les examens biologiques sont surtout indispensables pour le calcul d'indices d'activités [25].

B- Données morphologiques :

❖ Radiologie :

- Abdomen sans préparation (ASP) :

- Il est indispensable dans les situations d'urgence (colectasie, occlusion) il peut être couplé à un cliché de bassin de face avec compression à la recherche de signe de sacro -iléite.

- lavement opaque et transit du grêle :

Le lavement opaque a perdu son intérêt depuis l'avènement des explorations endoscopiques. Il garde son intérêt en cas de colite grave : réalisé avec un produit hydrosoluble, il montre des signes de gravité comme des images en double contour du cadre colique.

-Le transit du grêle : est un examen indispensable pour la MC. C'est la seule technique de routine permettant d'explorer de manière complète l'intestin grêle et de préciser ainsi le siège et l'étendue des lésions jejuno-iléales de la MC [27].

❖ Autres examens :

-*L'échographie et/ou le scanner abdominal* sont indispensables en cas de suspicion d'abcès.

-*la scintigraphie aux leucocytes marqués à l'indium 111* a une bonne sensibilité et spécificité dans le bilan d'extension et d'activité de la MC.

C- Données endoscopiques et biopsiques :

Les explorations endoscopiques sont indispensables dans le bilan de la MC. La coloscopie avec l'iléoscopie permet de préciser le diagnostic ; de réaliser des biopsies étagées (en zones pathologique et saine) ; d'apprécier l'extension des lésions.

Dans la MC, la distribution des lésions est segmentaire, asymétrique et discontinue laissant les zones plus ou moins étendues de muqueuse saine [25].

D- Aspects anatomopathologiques :

❖ Aspects macroscopiques :

Quelque soit le siège de la maladie, intestin grêle et côlon, les lésions sont comparables et ont pour caractéristiques d'être segmentaires, respectant des intervalles de muqueuse saine [26, 27].

-ulcérations aphtoïdes, ulcérations superficielles ou profondes et étendues, de forme variable.

- fissures, plus ou moins profondes, et fistules borgnes ou communicantes très évocatrices [25].

❖ Aspects microscopiques :

La lésion élémentaire essentielle de la MC est le granulome épithéloïde et gigantocellulaire (ou granulome tuberculoïde) présent dans 30à 60% des cas suivant les séries. Il s'agit de nodules formés par l'agglomération d'histiocytes ayant subi une transformation épithéloïde auxquels sont mêlées quelques cellules géantes multi nucléées. Ils sont non confluent et dépourvus de nécrose caséuse. Leur siège est le plus souvent sous -muqueux et sous séreux [28].

Les ulcérations sont de deux types : ulcérations larges et ulcérations fissuraires. Les premières n'atteignent pas la musculature. Elles ont un fond constitué par un tissu inflammatoire non spécifique et sont recouvertes d'un exsudat fibrinoleucocytaire. Les ulcérations fissuraires atteignent la musculature et peuvent conduire à la formation de fistules et d'abcès [25].

E- Complications :

Il s'agit de complications digestives telles que les fistules intestinales, l'abcès, l'occlusion, perforation, colectasie, hémorragie massive.

2-2-COLITES INFECTIEUSES

Elles comprennent les atteintes bactériennes, virales, parasitaires ou fongiques

2-2-1- Les colites bactériennes : [17,18]

Deux mécanismes peuvent être en cause :

-Le microorganisme agit par l'intermédiaire d'une entérotoxine, ingérée (par exemple : staphylocoque) ou libérée dans l'intestin par des bactéries (vibron

cholérique). La diarrhée aiguë infectieuse ne s'accompagne d'aucune lésion anatomique : l'infection est non invasive.

-Le microorganisme produit directement des lésions épithéliales par cytolysse ; c'est le cas de la plupart des bactéries à tropisme intestinal, *shigelles*, *salmonelles*, *campylobacter jejuni*. L'infection est dite invasive.

-Certains germes sont parfois agressifs par les deux mécanismes, *les shigelles* et les *salmonelles* par exemple.

a) Les colites non invasives :

Leur modèle est le choléra : ce sont des colites catarrhales ou œdémateuses. Macroscopiquement, la muqueuse est rouge et œdématisée ; l'examen histologique montre une congestion et un œdème du chorion, parfois quelques cellules inflammatoires. Les éléments épithéliaux sont normaux.

b) Les colites infectieuses par germes invasifs

Les trois germes en cause sont les *shigelles*, les *salmonelles*, le *campylobacter*.

A l'endoscopie, les aspects sont très divers : la muqueuse peut être normale ou hyper sécrétante, elle est souvent congestive avec épaissement des plis, hémorragie pétéchiale. Elle peut être friable, granuleuse avec des ulcérations de petite taille recouvertes d'un enduit muco-purulent. Elle saigne parfois spontanément ou au contact.

Histologiquement, au stade aigu les lésions minimales sont constituées par un œdème de la muqueuse avec congestion des capillaires. On trouve des foyers de polynucléaires dans le chorion ou dans les capillaires dilatées. Quelques éléments inflammatoires polynucléaires ou lymphocytes migrent dans l'épithélium ou la partie superficielle des glandes. La lésion caractéristique est la nécrose parcellaire de quelques cellules à l'orifice d'une glande et sur l'épithélium de voisinage. On trouve plus rarement quelques amas d'histiocytes sans cellule géante qui forment ce que l'on appelle le micro granulome. Dans les lésions majeures, les polynucléaires sont abondants dans le chorion et dans les glandes, accompagnant des destructions épithéliales importantes. Il s'agit d'abrasions, de minimales exulcérations recouvertes d'un exsudat fait de fibrine, de mucus et de polynucléaires.

Les abcès cryptiques parfois nombreux siègent de façon préférentielle dans la partie supérieure de la muqueuse. Les glandes ont un épithélium peu sécrétant basophile mais leur architecture n'est pas remaniée. Ces lésions sont d'importance variable d'un point à l'autre des biopsies surtout lorsqu'elles sont minimales.

On décrit 3 stades :

Le stade aigu pendant les quatre premiers jours de l'infection semble correspondre aux lésions majeures ;

Le stade de régression du quatrième au dixième jour pourrait correspondre aux lésions minimales ;

Au stade de réparation du dixième au quinzième jour les polynucléaires disparaissent l'infiltrat lymphoplasmocytaire est modéré ; seuls persistent quelques signes de réparation sans désorganisation, sans atrophie.

2-2-2 Colite pseudo-membraneuse :

On décrit 3 stades :

Au stade précoce la lésion est pleine visible en endoscopie et se limite histologiquement à l'altération de quelques cellules du revêtement épithélial entre deux glandes ; ces cellules mêlées de quelques polynucléaires sont en voie de nécrose. Le chorion sous-jacent est un peu congestif et contient des polynucléaires. En surface, on trouve un exsudat de fibrine, de mucus et d'éléments inflammatoires qui s'accroche au chorion mis à nu et constitue le premier stade de la fausse membrane.

Au stade aigu, les lésions sont plus évidentes macroscopiquement et histologiquement. L'endoscopie montre des « fausses membranes », plaques gris jaunâtre souvent confluentes, de quelques mm à un cm, souvent cernées par un liséré rougeâtre. Les lésions prédominent à gauche mais peuvent s'étendre à tout le côlon. L'aspect histologique est typique ; la fausse membrane recouvre en « champignon » toute une zone de muqueuse lésée, elle est faite de mucus de fibrine de cellules inflammatoires, en particulier en polynucléaires et d'éléments épithéliaux en nécrose ; elle est formellement ancrée dans la muqueuse en continuité avec le mucus des glandes et avec le chorion inter glandulaire. Les glandes sont dilatées bordées par

un épithélium aplati ou abrasé mieux conservé en profondeur ; le mucus est épais et contient des polynucléaires. Le chorion est riche en polynucléaires et en capillaires congestifs. La sous-muqueuse très inflammatoire contient des exsudats fibrineux et parfois des thrombis capillaires.

Au stade tardif, les ulcérations apparaissent après chute de l'escarre .Les pseudo-membranes quand elles persistent entre les ulcérations permettent d'évoquer le diagnostic à ce stade. Sinon la lésion n'a aucune spécificité.

Un aspect endoscopique a été décrit sous le nom *de colite hémorragique secondaire à la prise orale d'ampicilline*. Elle siège le plus souvent sur le côlon transverse. La lésion histologique est peu spécifique : congestion, infiltrat lymphoplasmocytaire.

2-2-3- Colites virales

Certains virus du groupe Herpès semblent pouvoir donner des colites infectieuses. *La colite aiguë à cytomégalovirus* (CMV) semble la mieux individualisée. Endoscopiquement les ulcérations sont multiples, creusantes.

Histologiquement leur fond est fait d'un tissu de granulation polymorphe avec de nombreux capillaires. Ce fond et la berge muqueuse banalement inflammatoire contiennent parfois des cellules de grande taille basophile avec de grosses inclusions éosinophiles entourées d'un halo clair intranucléaire ou plus rarement intracytoplasmique. Les cellules infestées sont surtout endothéliales. L'infection à CMV est plus fréquente chez les sujets immunodéprimés (en particulier le SIDA, le lymphome malin), l'homosexuel.

2-2-4- Colites Parasitaires : [17,18]

-Amibiase :

La première lésion macroscopiquement évocatrice en particulier en rectoscopie, est pré-ulcéralive ; elle associe des fausses membranes et surtout de minuscules élevures jaunes, arrondies, punctiformes, qui répondent en coupe à la partie supérieure des petits foyers de nécrose muqueuse où vont se produire les ulcérations. La nécrose s'étend dans la sous-muqueuse en foyers qui peuvent mesurer plusieurs cm ; elle provoque l'enroulement des bords des ulcérations qui restent de petite taille mais permettent parfois l'évacuation, au moins partielle, des débris nécrotiques dans la

lumière intestinale ; l'aspect réalisé est le classique « abcès en bouton de chemise », étendu en profondeur, et dont le contenu s'élimine en surface par un étroit pertuis. Autour des ulcérations punctiformes, la muqueuse est normale.

Histologiquement, la nécrose occupe la muqueuse et la sous-muqueuse ; en absence de surinfection bactérienne, c'est une nécrose de liquéfaction pratiquement dépourvue de réaction cellulaire inflammatoire périphérique à l'exception de quelques lymphocytes. Elle est très mal limitée et infiltre régulièrement les tissus. Elle peut atteindre les parois vasculaires et entraîner des remaniements hémorragiques. On peut observer de plus des thromboses au voisinage des foyers de nécroses. Les amibes sont nombreuses, non seulement dans la nécrose mais aussi dans les tissus voisins et en particulier dans les capillaires sanguins et lymphatiques de la muqueuse, de la sous-muqueuse et de la musculuse.

-Bilharziose :

La localisation colique est surtout le fait de *schistosoma mansoni*. Les lésions sont secondaires à la réaction inflammatoire au contact des œufs dans la paroi intestinale, en particulier muqueuse et sous muqueuse. L'atteinte prédomine au rectum et au côlon gauche.

Il s'agit d'abord d'une colite catarrhale avec surinfection et parfois ulcération. La lésion la plus caractéristique est le granulome bilharzien qui, par sa multiplicité, peut passer pour une polypose.

2-2-5- Colites mycosiques :

-L'atteinte colique isolée par le *candida albicans* est rare mais peut faire partie d'une moniliase diffuse. C'est une colite pseudomembraneuse ou ulcéreuse où l'on retrouve le champignon.

2-3- COLITES MICROSCOPIQUES : colites collagène et lymphocytaire

- Les lésions élémentaires :

La colite collagène est définie par la présence de la bande collagène, tandis que la définition de la colite lymphocytaire réunit une augmentation du nombre de

lymphocytes intraépithéliaux et l'absence de bande collagène. D'autres lésions sont généralement associées indifféremment à l'une et l'autre [29].

- les anomalies histologiques :

Les lésions microscopiques sont quasi constamment présentes dans la colite collagène aussi bien dans la colite lymphocytaire. Elles comportent un infiltrat monocytaire modéré à intense de la lamina propria, comptant une majorité de CD4+, et une proportion variable de mastocytes et d'éosinophiles présents dans la muqueuse profonde et la sous-muqueuse [30]. Ces infiltrats seraient bien corrélés à l'augmentation des lymphocytes intraépithéliaux [31]; le nombre de polynucléaires neutrophiles est faible.

Des lésions épithéliales focales et superficielles, aspécifiques, situées en surface et dans les cryptes [29].

2-4 -COLITE RADIQUE :

Ces lésions s'observent essentiellement après irradiation pelvienne dépassant 45GY. Elles sont en relation avec une endartérite oblitérante et sont caractérisées par des sténoses allongées fibreuses centrales à raccordement progressif, siégeant dans le champ d'irradiation. Des fistules et des ulcérations sont possibles. Le scanner montre l'épaississement pariétal circonférentiel et l'absence de masse apportant un argument important à l'absence de récurrence tumorale [32].

2-5-COLITES SPECIFIQUES :

- La colite des laxatifs, la colite postradique et les colites membraneuses sont facilement reconnues en fonction du contexte clinique ou sur l'aspect d'endoscopie. La colite ischémique dans sa phase aiguë peut après quelques jours d'évolution, prendre un aspect d'ulcération creusante ou linéaire avec pseudo-polype, et rétrécissement de la lumière. L'âge, le contexte clinique, les biopsies et surtout l'évolution permettent de trancher avec le diagnostic de la MC [23,33]. Macroscopiquement les lésions prédominent à droite, de part et d'autre de la

valvule de bauhin ; le grêle et le côlon ont un plissement effacé, la paroi est épaissie, il n'y a pas d'ulcérations mais parfois de minimes érosions.

Histologiquement la muqueuse du grêle est atrophique, avec disparition des villosités et atrophie glandulaire. La muqueuse colique est diminuée de hauteur, avec parfois raréfaction des glandes et infiltration plasmocytaire du chorion. La musculaire muqueuse est épaissie dissociée par une sclérose modérée et des éléments inflammatoires. La sous-muqueuse peut être le siège d'une infiltration graisseuse ; les plexus de Meissner présentant toujours d'importantes lésions [20].

2-6-LES RECTO-COLITES NON SPECIFIQUES :

Ces rectocolites non spécifiques peuvent être d'origine infectieuse. Elles ont comme particularité d'évoluer vers la RCH ou la MC [12].

3-Epidémiologie :

Nous avons peu de données épidémiologiques sur l'ensemble des colo-rectites, part contre la RCH est une affection fréquente en Europe, en Amérique du Sud, et en Australie [12].

Elle a une prévalence de 50/100 000 et une incidence de 4-6/100 000/an, un sex-ratio de 1,3 ; et 0,8 pour la MC [12].

En Afrique au sud du Sahara elle est rare (P AUBRY) [12].

D'après les résultats de Lille 1988-1995, 3080 cas de MICI ont été rapportés. Il y avait 1689 (54,8%) maladies de Crohn (MC), 1154 (37%) rectocolites hémorragiques.

Les incidences annuelles moyennes étaient de 5 pour 100000 habitants pour la MC et de 3,5 pour la RCH. L'incidence de la MC était significativement plus élevée chez la femme (sex-ratio=1,2 ; p=0,005). Au contraire, l'incidence de la RCH dans la population féminine était significativement plus faible (sex-ratio =0,8 ; p<0,01) [36].

Au Mali TRAORE en 1988 a enregistré 4 cas de RCH /100 cas de rectites ; en 1992 le même auteur a enregistré 5 cas de RCH soit 7,93% des anomalies découvertes au cours de 80 coloscopies. OGUTU.EO au (Kenya) a trouvé 7,3% [9].

II-MATERIEL ET METHODES

1 - Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P) de Bamako-Mali

2 -Type d'étude

C'était une étude descriptive, rétrospective et analytique

3 - Période d'étude

L'étude a concerné la période de janvier 1997 à Décembre 2006 (soit une période de 10 ans).

4 - Population d'étude

Notre étude a porté sur des patients dont l'histologie a montré une affection inflammatoire du côlon et / ou du rectum

➤ Critère d'inclusion

Tous les cas d'inflammation du côlon et du rectum histologiquement confirmés dans le service d'anatomie pathologique de l'I .N .R. S .P.

➤ Critère de non inclusion

Tous les cas dont les pièces n'étaient pas des biopsies du rectum ou du côlon.

Les affections tumorales du rectum et du côlon

6-Techniques anatomopathologiques

Les fragments du côlon et du rectum étaient fixés au formol à 10%. Après un examen macroscopique, les tissus sont inclus dans la paraffine puis coupés au microtome rotatif, montés sur des lames avant d'être colorés à l'hématéine éosine. La lecture a été faite à l'aide du microscope optique.

7- Collecte des données

Dans notre série, la collecte s'est effectuée grâce à une fiche d'enquête qui a été remplie à partir des registres anatomo-pathologiques et des comptes rendus histopathologiques.

Les variables utilisées ont été :

- Les variables qualitatives (sexe, ethnie, types d'inflammations, base de diagnostic)

➤ Les variables quantitatives (âge)

8 - Gestion des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 10.0 for windows.

Nous avons fait une saisie simple des textes, tableaux et graphiques sur les logiciels Word 2003 et Excel 2003 de Microsoft.

Comme test statistique nous avons utilisé le khi-deux avec seuil de signification $p < 0,05$.

III- RESULTATS

1- Aspects épidémiologiques :

1-1- Fréquence :

De 1997 à 2006 (10ans) sur 902 prélèvements côlo-rectaux examinés, nous avons colligé 724 cas de colo- rectites qui ont représenté 76%.

1-2- Année de diagnostic :

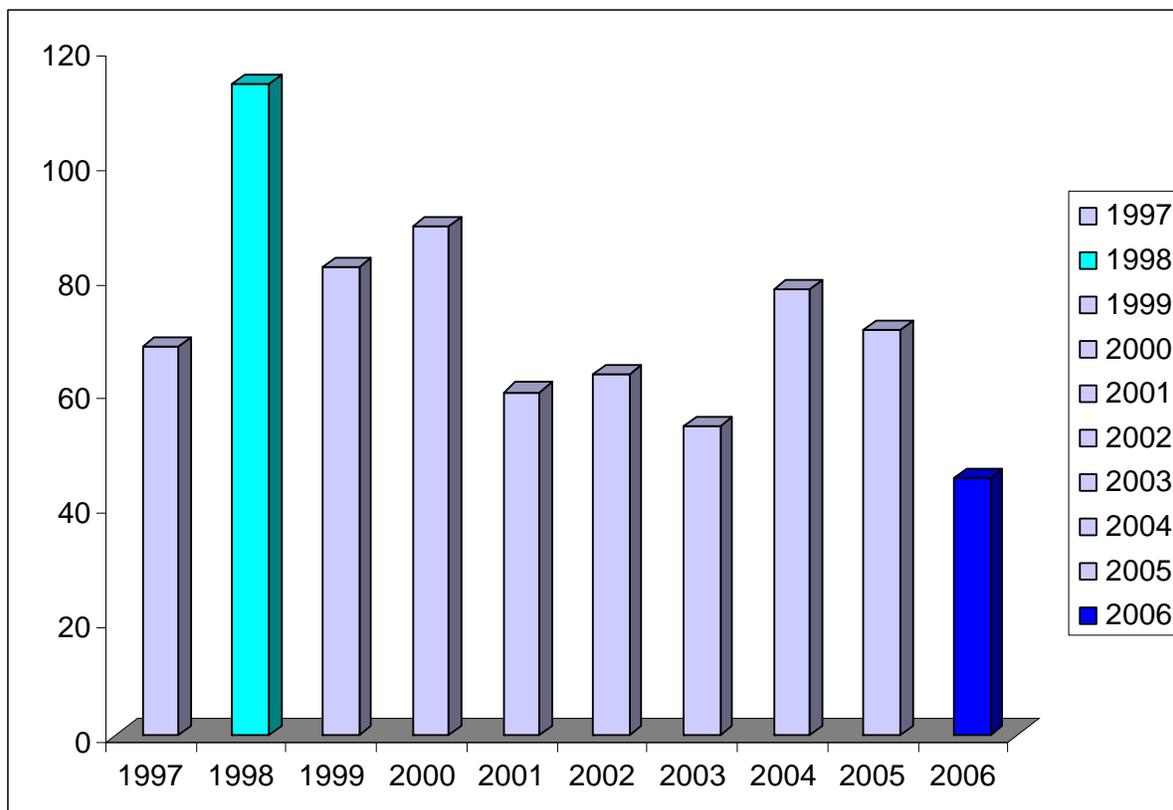


Figure 3: Répartition des cas selon l'année de diagnostic

Durant l'année 1998 on a enregistré le maximum de cas, soit 114 /724 cas.

2 –Données sociodémographiques :

2-1-Sexe :

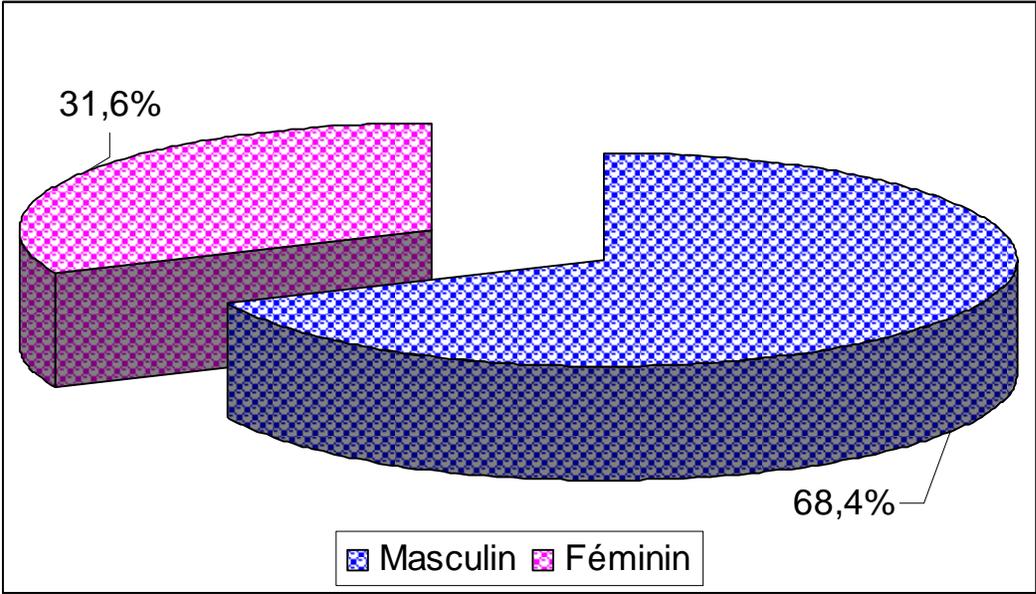
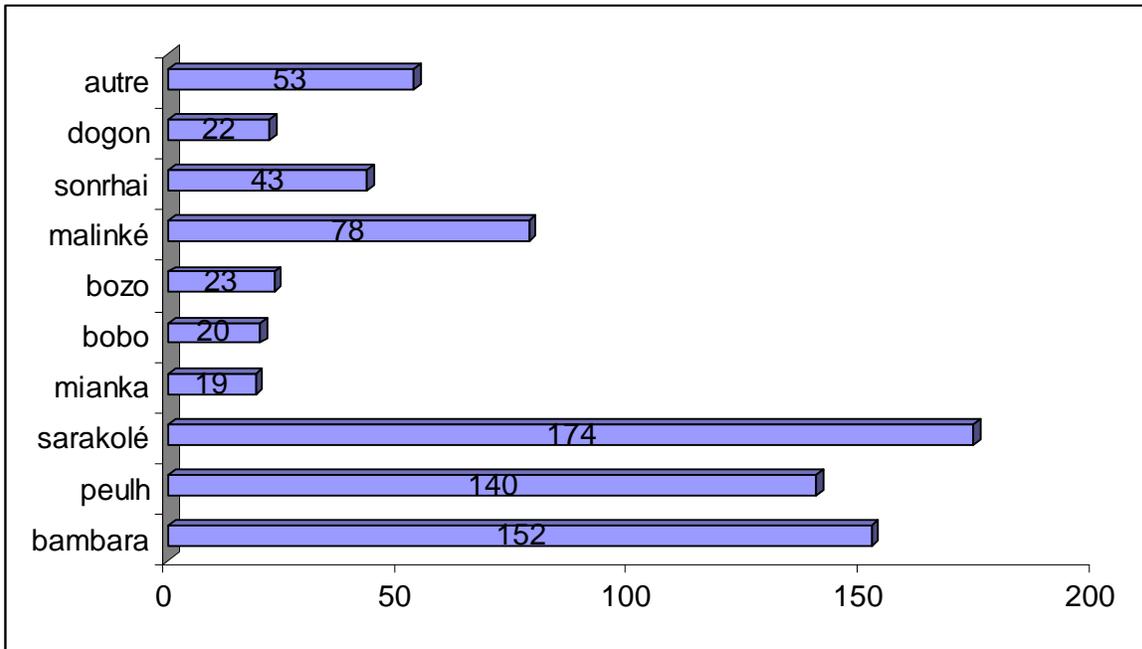


Figure 4 : Répartition des cas selon le sexe

Le sexe masculin a prédominé avec un sex -ratio de 2,16.

2-2- Ethnie



Autres :(non malien, senoufo, touareg)

Figure 5: Répartition des cas selon l'ethnie

Les Sarakolés ont prédominé avec un effectif de 173 cas, soit 24%.

2-3- Age :

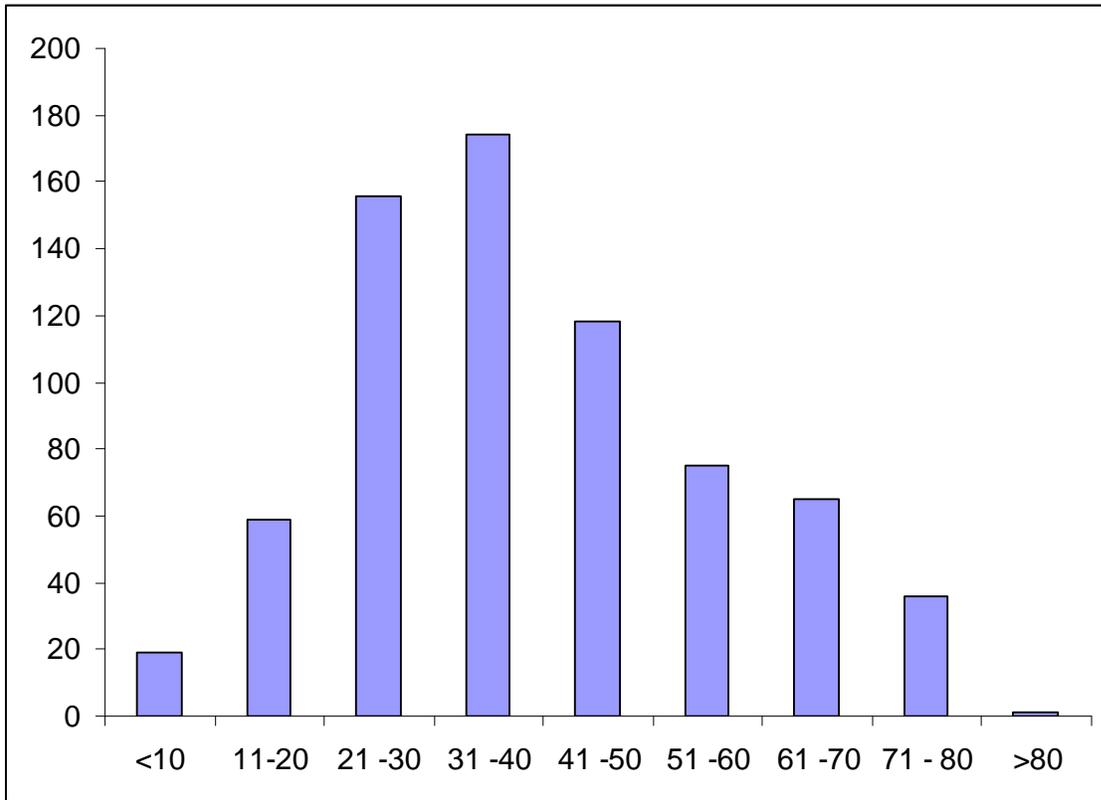
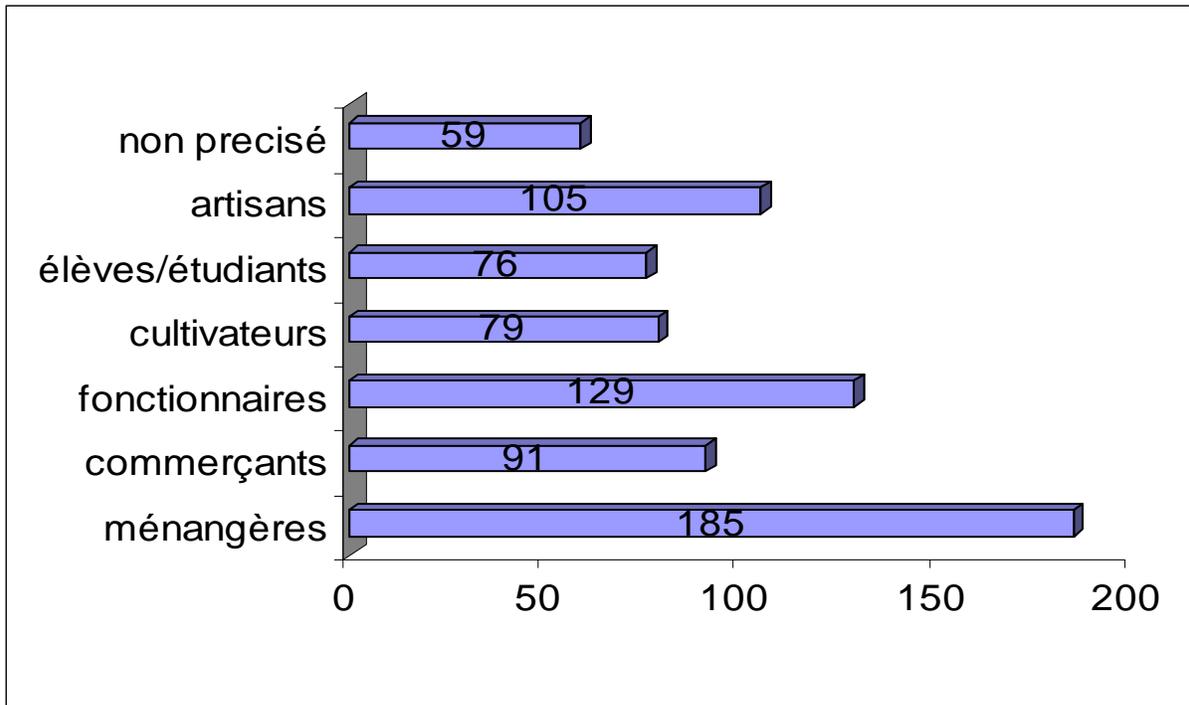


Figure 6: Répartition des patients selon la tranche d'âge

L'âge moyen de nos patients était de $39,8 \pm 16,9$ ans avec des extrêmes de 1 et 83 ans

La tranche d'âge de 31-40 était beaucoup plus représentée avec un effectif de 174 cas, soit 24%.

2-4- Profession :



Fonctionnaires :(enseignants, médecins, comptables, secrétaires)

Figure 7: Répartition des cas selon la profession

Les ménagères ont été plus représentées, soit 24,9%.

2-5- Résidence :

Tableau I : Répartition des cas selon la résidence

résidence	Effectif	Pourcentage %
Kayes	58	8,0
Koulikoro	45	6,2
Sikasso	29	4,0
Ségou	39	5,4
Mopti	26	3,6
Tombouctou	5	0,7
Gao	9	1,2
Bamako	503	69,5
Autre	10	1,4
Total	724	100

Bamako était la plus représentée avec un effectif de 503 cas soit 69,5%.

3- Données anatomopathologiques :

3-1-Type et siège de prélèvement :

Dans notre série tous les prélèvements ont été obtenus par biopsie.

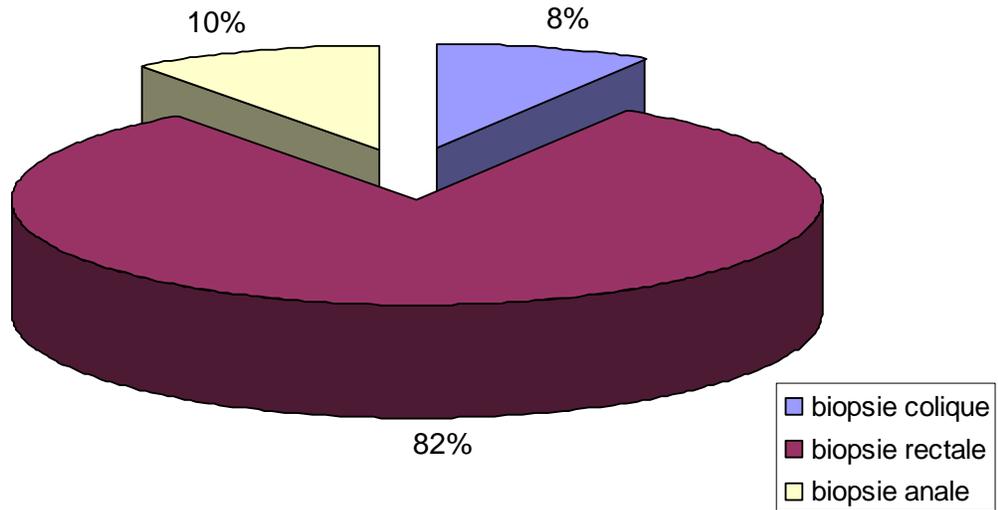


Figure 8 : Répartition des cas selon le type et le siège de prélèvement

Les biopsies rectales étaient les plus nombreuses avec 82%.

3-2- Type histologique :

Tableau II : Répartition des cas selon le type histologique

Type histologique	Effectif	Pourcentage %
Rectites non spécifiques	591	87,8
Rectites bilharziennes	14	1,9
Colites non spécifiques	89	6,2
Recto-colite- hémorragiques	23	3,2
Maladie de CROHN	3	0,4
Amyloses	4	0,5
Total	724	100

Dans notre série nous avons noté une prédominance des rectites non spécifiques avec 591cas soit 87,8%. Toute fois la RCH et la MC ont été diagnostiquées.

Rapport type histologique / sexe

Tableau III : Répartition des cas selon le type histologique et le sexe

Types histologiques	sexe				Total
	Masculin	%	Féminin	%	
Rectites non spécifiques	417	84,24%	174	75,98%	591
Rectites bilharziennes	9	1,81%	5	2,18%	14
Colites non spécifiques	46	9,32%	43	18,8%	89
Recto-colite-hémorragiques	18	3,63%	5	2,18%	23
Maladie de CROHN	2	0,4%	1	0,43%	3
Amyloses	3	0,6%	1	0,43%	4
Total	495	100%	229	100%	724

Le sexe masculin était plus représenté dans tous les types histologiques.

Rapport type histologique / tranche d'âge

Tableau IV : Répartition des types histologiques par tranche d'âge

Types histologiques	Tranche d'âge								
	<10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80
Rectites non spécifiques	17	43	148	155	89	57	52	29	1
Rectites bilharziennes	0	4	4	3	1	0	0	2	0
Colites non spécifiques	2	7	8	18	20	20	12	2	0
Recto-colite-hémorragiques	0	4	3	6	7	0	1	2	0
Maladie de CROHN	0	0	0	1	1	0	0	1	0
Amyloses	0	1	0	2	1	0	0	0	0
Total	19	59	163	185	119	77	65	36	1

Les rectites non spécifiques ont prédominé dans la tranche d'âge de 31-40ans suivie de la tranche d'âge de 21-30ans.

$X^2=96,23$

$P=0,01$

Rapport type histologique/ profession

Tableau V : Répartition des types histologiques et la profession

Type histologique \ Profession	Ménagères	Commerçants	Fonctionnaires	Cultivateurs	Elève/Étudiants	artisans	Non précisés	Total
Rectites non spécifiques	139	80	108	63	62	90	49	591
Rectites Bilharziennes	2	1	0	5	2	2	2	14
Colites non spécifiques	38	7	14	9	7	8	6	89
Recto-colite-hémorragiques	5	3	4	0	4	5	2	23
Maladie de crohn	1	0	1	1	0	0	0	3
Amyloses	0	0	2	1	1	0	0	4
Total	185	91	129	79	76	105	59	724

$X^2=84,18$

$P=0,44$

Il n'existait pas de liaison statistique entre le type histologique et la profession.

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Limites de l'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective portant sur les cas de côlo-rectites diagnostiquées de janvier 1997 à décembre 2006 à L'I.N.R.S.P. au Mali. Nous avons colligé 724 cas de côlo-rectites.

Les données que nous rapportons peuvent ne pas refléter la situation dans la population générale.

Notre méthodologie de travail ne nous a pas permis de recenser toutes les informations notamment les renseignements cliniques et endoscopiques, les circonstances de découverte, les facteurs de risque et l'adresse des patients

Malgré ces limites, cette étude a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques et histologiques des côlo-rectites au Mali.

2-Aspects épidémiologiques

2-1- Fréquence :

La compilation des données du registre sur une période de 10 ans (1997-2006) a permis de colliger 724 cas de côlo-rectites sur 902 cas de biopsies côlo-rectales diagnostiquées à L'I.N.R.S.P pendant la même période. Ce qui a représenté un taux de 76%. Ce qui se rapproche des résultats trouvés par BOUGOUMA A et al soit 72,2% [35]. Nous avons noté une prédominance des rectites non spécifiques soit 87,8%. Les colites non spécifiques étaient moins fréquentes dans notre série 89 cas soit 6,2% et 1,9% des rectites bilharziennes ont été rapportés.

2-2-Sexe :

Le sexe masculin a prédominé dans notre série avec 495 /724 cas soit 68,4% et un sex- ratio de 2,16.

2-3-Age :

Dans notre série, les âges ont varié de 1 à 83 ans avec une moyenne d'âge de 39,84± 16,9ans.

3-Aspects Sociodémographiques :

3-1 Ethnie :

L'ethnie la plus représentée était l'ethnie Sarakolé avec 24% suivie des bambaras avec 20,9%. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces ethnies étaient plus majoritaires dans notre population d'étude.

3-2 Résidence :

La ville de Bamako constituait la résidence de la majorité de nos patients avec une fréquence de 69,5%. Ceci pourrait être dû d'une part au fait que le seul laboratoire d'anatomie pathologique du pays se trouve à Bamako et l'accès à l'endoscopie est plus facile.

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

3-3- Profession :

Les ménagères représentaient la profession la plus fréquente avec une proportion de 24,9%. Ce constat pourrait être en rapport avec leur importance dans la population générale.

4-Données anatomopathologiques :

4 -1- Siège de prélèvement :

Dans notre série le rectum est largement prédominant parmi les localisations avec une fréquence de 82% quelque soit la nature de l'inflammation. Cette répartition est sans doute biaisée par le fait que la coloscopie en plus de son coût élevé n'est pas pratiquée dans tous les centres ; alors que la rectoscopie du fait de son coût abordable est demandée systématiquement par les praticiens devant toute symptomatologie digestive basse.

4-2-Types histologiques :

- Les rectites non spécifiques

Dans notre travail, il ressort que sur 724 cas de côlo-rectites, les rectites non spécifiques ont représenté 87,8%. Ce résultat est supérieur à celui de BOUGOUMA A [35] qui avait retrouvé 72,2% e. Ce résultat est superposable à celui de DIARRA [37] qui avait trouvé que plus de la moitié de ses rectites étaient des rectites non spécifiques.

- Les rectites bilharziennes

Nous avons colligé 1,9% des rectites bilharziennes et cela était dû au fait que la bilharziose était souvent associée soit, aux rectites exulcérées, soit aux rectites aiguës ou rectites chroniques. Ce résultat est inférieur à celui de DIARRA [37] et KONE B [36] qui ont retrouvé respectivement 24% ; 28,2%

Elles sont essentiellement retrouvées chez les hommes et les sujets âgés de 20 à 40ans.Cette fréquence diminue au fur et à mesure qu'on s'approche de 60ans et devient nulle au-delà de 80ans.C'est dire que la bilharziose est une affection rare chez les sujet âgés ; notion évoquée par certains auteurs [37].

- Les colites non spécifiques

Les colites non spécifiques ont été moins fréquentes dans notre série avec 6,2% cela contrairement à BOUGOUMA A [35] qui avait retrouvé une prédominance des colites non spécifiques soit 43,3% et Seck Fally [38] qui a rapporté 61%.

En Afrique du Sud dans l'étude de WRYGHT et al [10] sur 357 cas de MICI diagnostiquées, 16 cas de colites non spécifiques étaient rapportés. Ces colites non spécifiques posent un problème de classification, mais certains auteurs tels que CLERINX et AUBRY évoquent la possibilité de leur évolution vers une maladie de CROHN ou une rectocolite hémorragique [12]. Elles peuvent être également d'origine parasitaire, bactérienne ou virale selon d'autres auteurs [39, 40].

- La rectocolite hémorragique

Notre travail nous a permis de retrouver 23 cas de RCH soit 3,2%. Ce résultat concorde avec celui de KASSAMBARA [41] et TRAORE [12] au Mali qui ont trouvé respectivement 4,8% et 4%. La fréquence de la RCH dans notre étude vient confirmer les résultats déjà trouvés par KASSAMBARA [41] et TRAORE au Mali en 1988-1992 [11,12]. Notre résultat est superposable également à celui de la plupart des pays africains (Sénégal, Tunisie, Kenya) [8,10,42].

Par contre cette fréquence est plus élevée en Afrique du Sud, surtout au sein de la population blanche ; en Europe, aux Etats- Unis [10, 11].

Seck Fally dans son étude a trouvé 39% de RCH, ce résultat est nettement supérieur au nôtre ; cela pourrait être dû au fait que son étude était menée sur les RCH seulement.

Une étude effectuée par AUBRY et al ont rapporté 14 cas de RCH observés en 3 ans chez les sénégalais [42]. BOUGOUMA A [35] avait retrouvé 2 cas de RCH soit 2,2%, ce résultat est inférieur à celui retrouvé dans notre étude ; et cela expliquerait la rareté de la RCH dans ces pays.

Contrairement à l'étude effectuée par EL ABKARI M [43] au Maroc qui avait retrouvé 65 cas de RCH colligé en 4 ans. Cette fréquence représentait 2, 1% des hospitalisations et 73% des MICI.

Nos résultats restent conformes aux données de la littérature.

- La maladie de CROHN

Dans notre série nous avons noté 3 cas de MC soit 0,6%, ce résultat se rapproche de celui de TRAORE [12] au Mali qui a trouvé 0,3%. PEGHINI avait retrouvé la rareté de la MC au Sénégal, dont 2 cas documentés en 1989 et une exception en Afrique Noire [34]. Dans la littérature la RCH et la MC sont plus fréquents en Amérique du Nord, le registre EPIMAD (Lille) a enregistré 54, 8% de la MC et 37% de RCH [34].

Les maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin sont reconnues très rares au Sud Sahara, particulièrement la MC dont le diagnostic est très difficile à poser [43].

V-CONCLUSION :

Ce travail montre que les côlo-rectites ne sont pas rares au Mali. De janvier 1997 à décembre 2006 (10ans) ,724 cas de côlo-rectites histologiquement confirmées ont été recensées. Elles ont constitué 76% des prélèvements côlo-rectaux dans notre étude, avec une prédominance du sexe masculin 68,4%. Les rectites non spécifiques ont prédominés avec 87,8%. Au terme de cette étude nous avons constaté que les inflammations du côlon et du rectum étaient fréquentes chez les individus d'âge moyen de (31-40ans) et surtout chez les hommes.

VI-RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude il nous est apparu nécessaire de faire quelques recommandations :

Aux autorités sanitaires et politiques

- Renforcer la capacité des structures hospitalières en matériels servant à l'endoscopie digestive basse.
- Equiper les principales structures hospitalières nationales et régionales d'un service d'anatomie pathologique.
- Encourager la formation des médecins aux spécialités d'anatomie pathologique, de gastro-entérologie, de chirurgie digestive par l'attribution de bourses d'études.

Au corps médical :

- Traiter de façon adéquate les patients présentant des symptômes de diarrhée chronique.
- Demander un examen d'endoscopie digestive basse chez tout malade présentant une symptomatologie digestive basse

Aux populations

- Consulter toujours un médecin en cas de trouble du transit intestinal, de douleur abdominale et d'hémorragie digestive basse.
- Eviter l'automédication
- Adopter une alimentation riche en fibres alimentaires et pauvre en matières grasses.

VII-BIBLIOGRAPHIE :

1-FREXINOS J, BUSCAIL L

Hépto gastro-entérologie Proctologie 5^èm édition.

Paris : Masson, 2003.

2- BINDER V.

Epidémiologie et génétique des maladies inflammatoires de l'intestin. In :

Modigliani R ed. Les maladies inflammatoires intestinales. Progrès en

hépatogastroentérologie

Paris : Masson, 1988 ; pp1-15

3- CORTOT A, COLOMBEL JF GOWER- ROUSSEAU C.

Epidémiologie et génétique des maladies inflammatoires du tube digestif. Med Sci

1993; 9: 869-874

4- EKBOM A.

Epidemiology of inflammatory bowel disease. Curr Opin Gastroenterology 1992; 8:

649-654

5- FLAMEUBAUM M, ZENUT M, AUBLET-CUVELIERB , LARPEUT JL,
FABRE P, ABERGEL A, et al.

Incidence des maladies inflammatoires du tube digestif dans le département du Puy-de-Dôme en 1993 et 1994

Gastroenterol Clin Biol 1997 ; 21 : 491-6

6-MONFERRER GUARDIOLA R, MARTIN JIMINEZ JA, PEDRAZA SSANZ
RG, MORENO SANCHEZ I, SOLER BAHILO E, HINOJOSA DEL VAL J

Incidence of inflammatory bowel disease in the 02 heath area of Castellon (1992-1996)

Rev Esp Enferm Dig 1999; 91:33-46

7- LATOUR P, LOUIS E, BELAICHE J.

Incidence of inflammatory bowel disease in the area of Liege: a 3 years prospective study (1993-1996) – Acta Gastroenterol Belg 1998; 61:410-3

8- Matri S, Fekih M, Hamzaoui S, Bellagha K, Boubaker J, Filali .

Les maladies cryptogénétiques du côlon : aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs

Tun Med 1996; 74: 75-8

9- OGUTU E O, OKOTH F A, LULE G N.

Colonoscopic finding in Kenyan African patients – East Afr. Med J 1999; 75: 540-3

10- WRIGHT JP, FROGGATT J, O'KEEFE E A.

The epidemiology of inflammatory bowel disease in Cape Town 1980-1984 Safr Med J 1986; 70:10-5

11- TRAORE HA, DIARRA B, PICHARD E, DIALLO AN.

Les aspects cliniques endoscopiques et étiologiques des rectites dans le service de médecine de l'hôpital du Point G ; à propos de 100 cas. Med Afr Noire 1988 ; 35 :108-113

12- TRAORE HA, DUMBO O, MAIGA M, TRAORE I.G DEMBELE M, PICHARD E et al.

Contribution en endoscopie à l'étude de la pathologie rectocolite en milieu tropical : à propos de 80 colonoscopies réalisées à l'hôpital national du Point G de Bamako. Cahiers de santé 1992 ; 2 :171-5

13- MARIEB E.

Anatomie et physiologie humaines.

Paris : Masson, 2000.

14- ROUVIERE H, DELMAS A.

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Tome II, 2^{ème} édition
Paris : Masson ,1985.

15- SEELEY R, STEPHENS T, TATE P.

Anatomy and physiology. Mosby year Book.
Paris: Masson, 1992.

16- THIRIET M.

<http://www-rocq.inria.fr/who/Marc.Thiriet/Glosr/Bio/TubDigest/#anat>

17- POTET F.

Histopathologie du tube digestif
Paris : Masson, 1989.

18- POTET F. FLEJOU J. RUSZNIESKIP., BOUHNIHY. :

Les biopsies du tube digestif en pratique courante –vol 2,
Paris : Masson, 1999.

19- MAZER A, SANKALEM.

Recto-colite ulcéro-hémorragique.
Guide de Médecine en Afrique et Océan indien 1988 ; 1 : 451-2

20- FARAHAHAT K, SOBHANI I, BONNAUD G, VALLOT T, VISSUZAINNE C,
MIGNON M.

Rectocolite ulcéro-hémorragique:épidémiologie, physiologie, diagnostic, histoire
naturelle et stratégie thérapeutique.
EMC (Paris, France). Gastroenterol ; 9-059-A-10 .1999.24p.

21-BELLAHSEN D, RENE R, SOBHANI I, VALLOT T, CHEVALIER T,
MIGNON M.

Rectocolite hémorragique.

EMC, (Paris, France) Edition techniques, gastroentérologie ; 1991.9-059.A 10, 16p

22- GENDRE JP.

Conduite diagnostique devant une première poussée de la rectocolite hémorragique

Rev Prat 1991; 41:402 -6

23- VALLOT, MERROUCHE M.

Place de l'endoscopie basse dans les maladies inflammatoires de l'intestin de l'adulte.

Rev Prat 1991; 41: 407 -12

24- COLIN R, LEREBOURS E.

Maladies inflammatoires de l'intestin de l'adulte: évolution et complications

Rev Prat 1991; 41: 419-26.

25- COLOMBEL JP, MESNARD B.

Maladie de Crohn.

ECM (Paris, France) ; Gastroenterol, 9 -057-G-10 ; 1993. 15p

26-MORSON BC, DAWSON IM, DAY DW, JASS JR, PRICE AB, WILLAMS GT

Gastrointestinal pathology (3rd Ed). Black - well Scientific Publications.

Oxford.1990

27- THOMPSON H.

Histopathology of crohn's disease.

Inflammatory Bowel Disease (2nd Ed) London 1990. pp 263-285

28- CHAMBER TJ, MORSON BC.

The granuloma of Crohn's disease. Gut 1979; 20: 269-274

29-PATENOTTE A et BIGARD MA.

Colites microscopiques : colites collagène et lymphocytaire. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Gastro-entérologie, 9-061-A-50, 1999, 5p

30- MOSNIER JF, LARVOL L, BARGE J, DUBOIS S, De la BIGNE G, HENIN D et al

Lymphocytic and collagenous colitis: an immunohistochemical study. Am J Gastroenterol 1996; 91-709- 213

31 – TANAKA M MAZZOLENI G RIDDEL RH.

Distribution of collagenous colitis: utility of flexible sigmoidoscopy. Gut 1992; 33: 65-70

32- D.REGENT, G.SCHMUTZ, G.GENIN.

Imagerie du tube digestif et du péritoine.

Paris : Masson, 1994

33 - DHAMELINCOURT AM, BIGOT JM, JOURDE L.

La colite aux laxatifs. J. Cepur 1986 ; 6 : 323-326

34-Registre des maladies inflammatoires chroniques du tube digestif (Lille Amiens Rouen) EPIMAD

35- BOUGOUMA A, DRABO .YJ, SERME AK, ZOUNGRANA SL, SOMBIE A R, ILBOUDO PD et al.

Analyse des résultats de 1221 coloscopies en milieu hospitalier au Burkina Faso, 1994- 1997.

Bull. Soc Pathol. Exot 2005: 50-52.

36- KONE B.

Intérêt de la rectoscopie en Médecine interne

Thèse, Med, Bamako, 1984 ; 21.

37- DIARRA B.

Aspects cliniques et endoscopiques et étiologiques des rectites dans le service de médecine interne de l'hôpital du Point G : à propos de 100cas.

Thèse, Med, Bamako, 1985; 8.

38- SECK F.

Etude des rectocolites dans le centre d'endoscopie digestive de l'Hôpital National du Point G de janvier à décembre 1999

Thèse, Med, Bamako, 2001; 65

39-CLERINX J, BOGAERT J, TAELEMAN H, HABYARIMANA JB,
NYIRABAREJA A, NGENDAHAAY SP et al.

Chronic diarrhea among adults in Kigali, Rwanda: association with bacteria enteropathogen ; rectolitis infections and human immunodeficiency virus infect.

Clin Infect Dis 1995; 21: 1282-4

40-AUBRY P, ODDES B, BECHAD E

Les colites en zones tropicales

Acta Endoscopica 1996 ; 26 :17-22

41- KASSAMBARA H.

Etude rétrospective de la recto-colite hémorragique (RCH) de janvier 1994 décembre à 1998.

Thèse, Med, Bamako, 2000 ; 83

42- AUBRY P, KLOTZ F, ODDES B, SEURAT PL,

La rectocolite hémorragique ou colite ulcéreuse chez les sénégalaises de race noire (à propos de 14cas). Med Trop 1984; 44:269-278

43- EL ABKARI, M. EL YOUSFI, N. AQODAD, D.BENAJAH, A. IBRAHIMI.

La rectocolite hémorragique au CHU Hassan II -Fès- Maroc. A propos d'une série de 65 cas en 3ans.

Maghreb Médical - 2007 - volume 27 – n° 382

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **DIOMA SYLVIE**

Prénom : **THIENOU**

Titre de la thèse : **Aspects épidémiologiques et histologiques des côlo-rectites au Mali de Janvier 1997 à décembre 2006 : à propos de 724 cas.**

Année universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

Secteurs d'intérêt : gastro- entérologie, médecine interne, anatomie pathologique, santé publique.

RESUME :

Dans le but d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et histologiques des côlo-rectites dans notre pays, nous avons mené cette étude. Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive ayant porté sur 724 cas de côlo-rectites diagnostiquées au service d'anatomie pathologique de l'INRSP de janvier 1997 à décembre 2006. Il ressort de cette étude que les côlo-rectites représentaient 76% des prélèvements côlo-rectaux. Le sexe masculin a prédominé avec 68,4% et un sex-ratio de 2,16. La moyenne d'âge était de $39,84 \pm 16,9$ ans et une classe modale de 31-40 ans avec 24%. Les prélèvements ont intéressé le rectum soit 82%, le côlon 10% et l'anus 8%. Nous avons colligé 87,8% de rectites non spécifiques ; 1,9% de rectites bilharziennes ; 6,2% de colites non spécifiques ; 3,2% de RCH ; 0,4% de MC et 0,5% d'amyloses.

Les côlo-rectites ne sont pas rares au Mali et restent un problème de santé publique.

Mots clés : Rectites, Colites, Rectocolite, Epidémiologie, Histologie.

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 leur père.

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 !