

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI.

78-11-26

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

n° 26

# **ULCERES GASTRO-DUODENAUUX A BAMAKO**

## **Aspects sémiologiques, endoscopiques et évolutifs.**

### **(A propos de 385 cas)**

# **THESE**

Présentée et soutenue publiquement le Novembre 1978 devant l'Ecole Nationale de Médecine  
et de Pharmacie du Mali

par: Boubakar Abdoulaye DIALLO  
pour Obtenir le grade de  
Docteur en Médecine ( Diplôme d'Etat )

#### **Examineurs :**

Professeur Guy BENHAMOU

President

Docteur Brigitte Moreau DUFLO

Docteur Aly GUINDO

Professeur Bernard DUFLO

Juges

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI**

---

**ANNEE ACADEMIQUE 1977-1978**

Directeur Général	:	Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint	:	Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général	:	Monsieur Godefroy COULIBALY
Econome	:	Monsieur Moussa DIAKITE
Conseiller Technique	:	Professeur Philippe RANQUE

**PROFESSEURS MISSIONNAIRES**

Professeurs	Bernard BLANC	:	Gynécologie-Obstétrique
-	Sadio SYLLA	:	Anatomie-Dissection
-	André MAZER	:	Physiologie
-	Jean-Pierre BISSET	:	Biophysique
-	François MIRANDA	:	Biochimie
-	Michel QUILICI	:	Immunologie
-	Humbert GIONO-BARBER	:	Pharmacodynamie
-	Jacques JOSSELIN	:	Biochimie
-	Oumar SYLLA	:	Chimie Organique
Docteurs	Alain DURAND	:	Toxicologie-Hydrologie
-	Bernard LANDRIEU	:	Biochimie
-	J.P. REYNIER	:	Pharmacie Galénique
-	Mme P. GIONO-BARBER	:	Anatomie-Physiologie Humaines
-	Mme Thérèse FARES	:	Anatomie-Physiologie Humaines
-	Emile LOREAL	:	G. R. L.
-	Jean DELMONT	:	Santé Publique

**PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO**

Professeurs	Aliou BA	:	Ophthalmologie
-	Bocar SALL	:	Orthopédie-Traumatologie-Anatomie
-	Mamadou DEMBELE	:	Chirurgie générale
-	Mohamed TOURE	:	Pédiatrie
-	Souleymane SANGARE	:	Pneumo-phtisiologie
-	Mamadou KOUMARE	:	Pharmacologie-Matières médicales
-	P. SAINT-ANDRE	:	Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
-	Philippe RANQUE	:	Parasitologie-Zoologie
-	Bernard DUFLO	:	Pathologie médicale -Thérapeutique

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

2.../

Docteurs :	Aly GUINDO	: Sémiologie digestive
-	Abdoulaye AG-RHALY	: Sémiologie rénale
-	Sory KETTA	: Microbiologie
-	Yaya FOFANA	: Microbiologie
-	Moctar DIOP	: Sémiologie Chirurgicale
-	Balla COULIBALY	: Pédiatrie - Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Manadou Lanine TRAORE	: Gynécologie-Obstétrique-Méd.Légale
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
-	Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
-	Sanoussi KONATE	: Santé Publique
-	Issa TRAORE	: Radiologie
-	Manadou Kouréïssi TOURE	: Sémiologie Cardio-Vasculaire
-	Siné BAYO	: Histologie-Embryologie-Anapath.
Mesdames	CAMARA (Sarana) MAIGA	: Chimie Organique
-	KEITA (Oulématou) BA	: Biologie Animale
-	DIABY	: Santé Familiale
Monsieur	Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu

CHARGES DE COURS

Docteurs	L. AVRAMOV	: Psychiatrie
-	Christian DULAT	: Microbiologie
-	Patrick DEFONTAINE	: Physiologie-Anesthésie-Réanimation
-	Marie-Colette DEFONTAINE	: Gynécologie-Hématologie
-	Isack Manby TOURE	: Microbiologie
-	Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Traumatologie-Sémio.-Chirurg.
-	Henri DUCAM	: Pathologie cardiovasculaire
-	Boukassoum HAIDARA	: Galénique-Chimie Organique
-	Elisabeth ASTORQUIZA	: Epidémiologie
-	Philippe JONCHERES	: Urologie
-	Hanady Modi DIALL	: Chimie Analytique
Madame	Brigitte DUFLO	: Sémiologie digestive
Monsieur	MARTIN	: Chimie Analytique
Professeurs	Tiémofo MALLET	: Mathématiques
-	Alévé DJINDE	: Mathématiques
-	Anadou Baba DIALLO	: Physique
-	N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie végét.
-	Ibrahima TOURE	: Physique
-	Lassana KETTA	: Physique
-	Souleymane TRAORE	: Physiologie Générale
-	Daouda DIALLO	: Chimie générale -minérale

A la mémoire de ma mère

A qui je dédie ce travail avec tout mon amour.

A mon père

En témoignage de ma profonde affection

A mon Tonton Habib DIALLO

Pour tout ce que tu as fait pour moi durant mes études.

Toute ma profonde gratitude

A ma grand-mère

Tu es pour moi plus qu'une mère pour ton amour pour moi.

Affection

A tous mes frères, sœurs, cousins et cousines

Acceptez ici, l'expression de mon amour et de ma tendresse.

A tous mes oncles et tantes

Affection filiale.

...../.....

A Alassane BEYE et à sa famille  
A Habib DIALLO et à son épouse Lala SY  
A Mallet CISSE et à sa famille  
A Cheick TRAORE et à sa famille  
A Siaka DAMA et à sa famille  
A Youssouf TRAORE et à sa famille  
Toute ma reconnaissance.

A Issa SACKO et à sa gentille épouse  
Amitié éternelle

A mes amis

Abdoulaye Séga TRAORE, Amadou SY, Sidy Modibo DIOP,  
Broulaye KABA, Lamine NIAMBELE, Boubacar SISSOKO,  
Sidiki SAMAKE, Hamadou SINAYOGO, Hamadi DOUMBIA,  
Mamadou CAMARA, Amadou LAH, Moussa KONE.

pour le souvenir des moments passés ensemble,  
à à vous tous amour et succès.

A mes camarades

Mamadou KEITA, Yaya PEROU, Mamadou Lamine KAMISSOKO,  
Mohamed CAMARA, Oumar DIALLO, Ousmane ISSABRE, Malick  
SY, Alpha DIOP, Bourama SAMAKE, Bah KEITA, Dakoré  
BENGALY

Merci pour l'enrichissement que vous m'avez  
apporté

...../.....

A mes amies

Kadidia TRAORE, Ada SOW, Awa M. DIAKITE, Saran KEITA,  
Fatoumata MAGASSOUBA, Adama DIARRA, Fatoumata Bana  
SY

veuillez trouver l'expression de ma profonde  
admiration.

Aux grands-frères et amis

Yaya MAGUIRAGA, Batio TOURE, Mamadou TRAORE, Ibrahim  
SY, Abdoulaye DRAME, Souleymane KEITA.

Trouvez ici le témoignage de mes sentiments  
les plus dévoués.

A tous les amis de la "Centrale"

Tous mes sentiments d'amitié

A Sory MAIGA

Ton aide a été d'un grand apport dans l'élaboration  
de ce travail

Sincères remerciements.

...../.....

A mon jury

A mon président de jury

G. BENHAMOU, Professeur de Clinique Chirurgicale  
CHU. Bichat-Beaujon

Paris

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous  
faites en présidant cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profon-  
de gratitude.

...../.....



A mon maître le Professeur Bernard DUFLO

Ce travail que vous nous avez confié n'a pu être réalisé que grâce à vos conseils et à vos encouragements. Toujours disponible en dépit de vos nombreuses tâches, vous avez suivi pas à pas le déroulement de cette étude. Nous avons bénéficié de votre immense savoir.

Nous désirons vous offrir le témoignage de notre profonde gratitude et de notre entier dévouement.

...../.....

Au Docteur Brigitte Moreau DUFLO

Vous nous avez accueilli avec beaucoup de bienveillance dans votre service. Grâce aux longues et fructueuses discussions qui constituaient nos séances de travail, grâce à la richesse de votre enseignement, nous avons appris peu à peu le difficile et passionnant métier qui est le nôtre. Trouvez ici l'assurance de mon profond respect.

...../.....

Au Docteur Aly GUINDO

Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse. Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre très respectueuse gratitude.

...../.....

Au Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, le Professeur Aliou BA.

Veillez agréer l'hommage de notre profonde admiration.

A tout le corps professoral de l'Ecole de Médecine

Qu'il en soit remercié.

Au Docteur Issa TRAORE, au Docteur Balla COULIBALY  
au Professeur Mohamed TOURE, au Docteur Abdoulaye  
AG. RHALY

Toute ma profonde sympathie

A toute la promotion

A Moustaph TOURE, à Maïmouna F. DABO, à Fayiri  
TOGOLA, à Basaidiki TRAORE,

En souvenir de nos années d'étude

A ceux que l'Ecole m'a donné l'occasion de connaître  
notamment la Promotion 1974 à 1979.

...../.....

## PLAN

- I. INTRODUCTION
- II. MATERIEL CLINIQUE ET METHODE DE TRAVAIL
  - II.1. Recueil des cas cliniques
    - II.1.1. Enquête retrospective
    - II.1.2. Enquête prospective
  - II.2. Provenance des malades
  - II.3. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale
- III. ANALYSE DES OBSERVATIONS ET RESULTATS
  - III.1. Epidémiologie des ulcères à Bamako
    - III.1.1. Incidence globale des ulcères gastro-duodénaux à Bamako
    - III.1.2. Répartition topographique des ulcères gastro-duodénaux.
    - III.1.3. Incidence des ulcères gastro-duodénaux en fonction du sexe
    - III.1.4. Incidence des ulcères gastro-duodénaux en fonction de l'âge
    - III.1.5. Variations du rapport ulcère gastrique sur ulcère duodénal selon l'âge.
    - III.1.6. Répartition des ulcères gastro-duodénaux selon l'âge et le sexe.
    - III.1.7. Répartition des ulcères gastro-duodénaux selon les ethnies
  - III.2. Facteurs étiologiques
    - III.2.1. Facteurs familiaux
    - III.2.2. Facteurs alimentaires
    - III.2.3. Médicaments agressifs pour l'estomac et le duodénum.
    - III.2.4. Associations pathologiques
    - III.2.5. Contexte psycho-social
  - III.3. Symptomatologie des ulcères gastro-duodénaux
  - III.4. Corrélations radio-endoscopiques
  - III.5. Données endoscopiques
    - III.5.1. Résultats macroscopiques
    - III.5.2. Biopsies et examens anatomopathologiques

III.6. Evolution des ulcères gastro-duodénaux

III.7. Observations exemplaires

IV. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

IV.1. Aspects épidémiologiques des ulcères gastro-duodénaux

IV.1.1. Prévalence des ulcères gastro-duodénaux

IV. 1.2. Rapport ulcère duodéal sur ulcère gastrique

IV.1.3. Incidence des ulcères gastro-duodénaux en fonction de l'âge

IV.1.4. Incidence des ulcères gastro-duodénaux en fonction du sexe

IV.2. Facteurs étiologiques

IV.3. Symptomatologie des ulcères gastro-duodénaux

IV.4. Diagnostic des ulcères gastro-duodénaux

IV.5. Traitement

V. CONCLUSION GENERALE

VI. BIBLIOGRAPHIE

# **INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

L'Ulcère gastro-duodéal est une affection très répandue dans toutes les régions du monde. Elle se rencontre avec une particulière fréquence au Mali.

Depuis l'introduction de la fibroscopie à l'hôpital du Point G en Mars 1976, 385 cas d'ulcères gastro-duodénaux ont été dépistés dont 91 ulcères gastriques, 19 pyloriques et 275 duodénaux.

Vu le nombre important de ces cas, il nous a semblé intéressant d'étudier les aspects semiologiques, endoscopiques et évolutifs des ulcères au Mali.

Notre travail comprend essentiellement 2 parties : la première est une enquête retrospective des ulcères recueillis à partir des dossiers fibroscopiques ; la deuxième partie, prospective s'étend de Janvier 1978 à Septembre 1978 et intéresse des malades dépistés, examinés et suivis pendant cette période.

Dans cette étude, nous envisagerons successivement les méthodes de travail ayant permis de recueillir les cas cliniques, l'analyse des observations en vue de dégager un profil particulier au Mali des facteurs épidémiologiques, cliniques et paracliniques, enfin les possibilités thérapeutiques et leur incidence sur l'évolution de la maladie.

Après avoir analysé nos enquêtes, nous discuterons les résultats en les comparant à certaines références bibliographiques d'autres pays africains.



**Matériel Clinique**  
**et**  
**Méthode de Travail**

## II. MATERIEL CLINIQUE ET METHODE DE TRAVAIL

### II.1. Recueil des cas cliniques

#### II.1-1 Enquête rétrospective :

Les cas d'ulcères gastro-duodénaux regroupés dans cette enquête ont été retrouvés à partir des cahiers de compte-rendus fibroscopiques durant la période allant de Mars 1976 à Décembre 1977.

Systématiquement le compte-rendu endoscopique note le nom, l'âge, le sexe et le plus souvent le médecin demandeur, les renseignements cliniques succincts motivant l'examen, l'existence ou non d'un transit gastro-duodéal et son interprétation, les lésions endoscopiquement décelées.

On a ainsi retrouvé sur 2075 fibroscopies 257 ulcères gastro-duodénaux dont :

- 66 ulcères gastriques
- 178 ulcères duodénaux
- 13 ulcères pyloriques

Parmi ces malades, certains ont été contrôlés par des fibroscopies successives permettant de suivre l'évolution, les autres ne s'étant pas présentés au contrôle.

Mais, comme toute enquête rétrospective, les lacunes sont nombreuses :

- l'identité du patient n'est pas toujours entièrement précisée (notamment l'âge, l'ethnie sont parfois inconnus)
- les renseignements cliniques portés sur la demande d'examen toujours succincts n'ont pu être contrôlés ni par un interrogatoire détaillé, ni par un examen clinique minutieux ;
- les compte-rendus histologiques des biopsies ne sont que rarement annexés aux compte-rendus endoscopiques
- surtout, ce type d'enquête ne permet pas de préciser le devenir des malades en dehors des cas où ils se représentent une deuxième fois pour contrôle endoscopique.

II-1-2 Enquête prospective :

Elle porte sur les 128 ulcères gastro-duodénaux dépistés entre Janvier 1978 et Septembre 1978 par le service d'endoscopie de l'hôpital du Point G.

Ces 128 ulcères représentent environ 10 % des 1295 fibroscopies oesogastro-duodénales effectuées pendant ce laps de temps .

Ils se répartissent en :

- 25 ulcères gastriques
- 97 ulcères duodénaux
- 6 ulcères pyloriques

Pour chaque ulcèreux dépisté, nous avons rempli un dossier précisant les éléments suivants :

- l'état civil complet (nom, âge, sexe, ethnie, profession, situation familiale)
- l'origine du malade (consultant externe ou malade hospitalisé)
- les facteurs étiologiques éventuels (excitants, régime alimentaire, antécédents familiaux, profil psychologique, médicaments agressifs pour l'estomac, groupe sanguin)
- la symptomatologie clinique en insistant sur les caractères de la douleur, les complications éventuelles, l'ancienneté de la maladie, les traitements traditionnels, médicaux ou chirurgicaux déjà reçus.
- les affections associées (cirrhose, tuberculose....)
- les résultats du transit baryté éventuel
- les résultats de l'endoscopie et des biopsies éventuelles
- les moyens thérapeutiques employés (médicaux ou chirurgicaux)
- l'évolution sous traitement appréciée essentiellement sur les données cliniques et endoscopiques.





## II.2 Provenance des malades

La plupart des patients sont vus en ambulatoire. Ils sont adressés en majorité par les médecins hospitaliers :

- Docteur Aly GUINDO
- Docteur Brigitte M. DUFLO
- Docteur DUCAM
- Docteur Ag - RHALY
- Docteur C. SIDIBE
- Docteur AVRAMOV
- Docteur K. TOURE
- Docteur Faran SAMAKE (+)
- Professeur B. DUFLO
- Professeur M. DEMBELE
- Docteur M. L. TRAORE
- Docteur Moctar DIOP

Actuellement les médecins des autres formations sanitaires de Bamako (dispensaire, PMI....) demandent de plus en plus souvent une fibroscopie, devenue un examen de pratique courante.

Un faible pourcentage de malades provient des services hospitaliers de la capitale : Hôpital du Point G, Hôpital Gabriel TOURE, Hôpital de Kati.

L'enquête prospective, seule a pu déterminer avec précision la provenance des malades ; 25 hospitalisés contre 103 malades ambulatoires.

Soulignons que l'ulcère non compliqué représente exceptionnellement une indication d'hospitalisation. L'admission à l'hôpital n'est justifiée qu'en cas de complication ou de pathologie associée.

### II.3. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale

Nous disposons à Bamako de fibroscopes oeso-gastro-duodénaux de deux types :

- l'endoscope olympus GIF D2 à vision axiale est idéal pour l'exploration de l'oesophage, de l'estomac et du bulbe
- l'endoscope olympus GIF B<sub>2</sub> à vision latérale, utilisé quand le précédent était en réparation, a l'inconvénient d'explorer incomplètement l'oesophage et d'échouer parfois devant un pylore pathologique.

Les examens sont assurés par les Docteurs :

- A. GUINDO, médecin-Chef du Service de Gastro-Enterologie Hôpital Gabriel TOURE.
- B. DUFLO MOREAU, médecin-Chef du Service de médecine II, Hôpital du Point G.
- B. DUFLO Pr. Ag, médecin-Chef du Service de médecine 1ère Hôpital du Point G.
- A. Ag RHALY médecin-Chef de médecine IV B.

En l'absence de personnel infirmier suffisant, de matériel injectable à usage unique, de salle de repos, nous avons simplifié au maximum la préparation des quelques 30 à 40 malades vus à chaque séance en supprimant la classique injection de valium-atropine. Les patients se présentent le matin, strictement à jeûn depuis minuit et avalent avant l'introduction de l'appareil une gorgée de gelée anesthésiante (xylocaïne visqueuse).

La fibroscopie permet outre la vision des lésions gastro-duodénales, les biopsies dirigées sur les lésions tumorales ou ulcérées de l'estomac (prélèvements analysés par le Dr. S. BAYO, anatomopathologiste à l'I.N.B.H.).

- C'est un examen parfaitement toléré, bien accepté par le malade (certains accordant à l'examen des vertus thérapeutiques extraordinaires) ~~de la part~~ du médecin. D'ailleurs, sur les 3.370 fibroscopies réalisées, aucun incident ou accident iatrogène n'a été enregistré.

# **Analyse des Observations et Résultats**



### III. ANALYSE DES OBSERVATIONS ET RESULTATS

#### III.1. Epidémiologie des Ulcères à Bamako

##### III.1.1. Incidence globale des ulcères à Bamako

(cf) tableaux 1 et 2)

En l'espace de 2 ans et demi, (de Mars 1976 à Septembre 1978) nous avons dépisté dans le service d'endoscopie du Point G 385 ulcères : 91 ulcères gastriques, 275 duodénaux et 19 pyloriques.

Parmi ces ulcères, 257 ont été étudiés dans notre enquête retrospective (66 gastriques, 178 duodénaux, 13 pyloriques), 128 ont fait l'objet de notre enquête prospective plus détaillée.

De ces données brutes, il est difficile de tirer des conclusions précises quand à l'incidence des ulcères à Bamako. Il est évident que notre enquête n'est pas exhaustive et que l'incidence réelle est très supérieure à celle que l'on pourrait calculer en rapportant le nombre d'ulcères observés à la population bamakoise (incidence calculée = 31 pour 100.000 habitants par année).

D'autres indices permettent sans doute de se faire une meilleure idée de la fréquence réelle des ulcères à Bamako :

- le pourcentage des ulcères par rapport au nombre total de fibroscopies effectuées dans le même laps de temps (tableau 2) est très élevée puisqu'il atteint 11,5 pour l'ensemble des localisations (2,7 % pour ulcères gastriques et 8,2 % pour ulcères duodénaux). Ce pourcentage n'a évidemment qu'une valeur indicative car les malades endoscopés sont sélectionnés ; il est du reste curieux de remarquer que le pourcentage des ulcères dépistés en 1976 -1977 est plus élevé qu'en 1978, année au cours de laquelle nous avons étendu de plus en plus les indications de l'endoscopie.

- la comparaison de l'incidence des ulcères et des autres affections oeso-gastro-duodénales montre qu'ils sont 3,45 fois plus fréquents que les cancers de l'estomac, aussi fréquents que les hernies hiatales et les gastro-duodénites.

- les comparaisons que l'on pourrait faire avec les motifs d'hospitalisation sont sans aucune valeur car, répétons le, plus de 80 % des ulcèreux sont traités en ambulatoire.

Tableau ① Topographie des 385 ulcères dépistés (valeur absolue)

	Enquête 1	Enquête 2	Total
Ulcère gastrique	66	25	91
Ulcère duodénal	178	97	275
Ulcère pylorique	13	6	19
Total	257	128	385

Tableau ② Pourcentage des ulcères par rapport au nombre de fibroscopies effectuées dans le même laps de temps

	Enquête 1 (2075)	Enquête 2 (1295)	Total (3370)
Ulcère gastrique	3,2	1,9	2,7
Ulcère duodénal	8,6	7,5	8,2
Ulcère pylorique	0,6	0,5	0,6
Total	12,4	9,9	11,5

Tableau ③ Topographie des 385 ulcères dépistés (pourcentage par rapport au total des ulcères)

	Enquête 1	Enquête 2	Total
Ulcère gastrique	25,7	19,5	23,6
Ulcère duodénal	69,2	75,8	71,4
Ulcère pylorique	5,1	4,7	5

.....10.....

En conclusion, bien que nous ne puissions donner des chiffres exacts, il est certain que les ulcères gastro-duodénaux sont d'une très grande fréquence à Bamako.

...../.....

...11...

III.1-2.: Répartition topographique des ulcères gastro-duodénaux  
(cf tableaux 1 et 3)

Dans notre enquête retrospective portant sur un total de 257 ulcères, 25,7 % des ulcères sont gastriques, 69,2% duodénaux et 5,1% pyloriques.

Dans notre seconde enquête, prospective, portant sur 128 ulcères, 19,5% sont gastriques, 75,8% duodénaux, 4,7% pyloriques.

Les pourcentages trouvés dans ces deux enquêtes ne sont pas statistiquement différents.

Dans les deux cas, il existe une nette prédominance des ulcères duodénaux (275 au total soit 71,4 %) par rapport aux ulcères-gastriques et pyloriques (110 au total soit 28,6 %) .

Le rapport du nombre des ulcères duodénaux sur celui des ulcères gastriques et pyloriques est égal à 2,5.

...../.....

III.1-3 : Incidence des ulcères gastro-duodénaux en fonction du sexe (cf tableaux 4 et 5)

L'incidence des ulcères gastro-duodénaux selon le sexe et la topographie est indiquée dans les tableaux 4 et 5.

On doit tout d'abord remarquer qu'il n'existe aucune différence significative dans la répartition des ulcères gastro-duodénaux selon le sexe entre les deux enquêtes .

Pour l'ensemble des ulcères , on relève une large prédominance masculine : 292 cas (75,8 %) chez les hommes contre 93 cas (24,2 %) chez les femmes. Le sexe ratio (rapport cas masculins sur cas féminins ) est de 3,13.

Cette donnée brute doit cependant être nuancée : nous voyons en effet en endoscopie digestive beaucoup plus d'hommes (1988 sur 3370 soit 59 %) que de femmes (1382 sur 3370 soit 41 %).

Cette inégalité dans le recrutement du service d'endoscopie s'explique peut-être par des raisons médicales, mais aussi par des raisons sociologiques (les hommes consultent beaucoup plus volontiers que les femmes). Il est donc logique de comparer le pourcentage des ulcères dépistés dans chaque sexe plutôt que le nombre absolu des ulcères dépistés chez les hommes et les femmes: le pourcentage des ulcères rencontrés en fibroscopie chez les hommes est de 14,7 ; le pourcentage chez les femmes de 6,7.

A partir de ces données, on peut calculer un sexe ratio de 2,20 .

Le véritable sexe ratio doit se situer entre les deux valeurs que nous venons de calculer (2,20 à 3,13).

La topographie de l'ulcère ne modifie pas la répartition selon le sexe . Ni dans la première enquête , ni dans la seconde, il n'existe de différence statistiquement significative entre les valeurs indiquées aux tableaux 4 et 5 pour les ulcères gastriques ou duodénaux .

Tableau 4 Répartition selon le sexe des ulcères gastro-duodénaux ( valeur absolue )

SIEGE	Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Ulcères pyloriques			Total		
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total
Hommes	46	19	65	131	83	214	10	3	13	187	105	292
Femmes	20	6	26	47	14	61	3	3	6	70	23	93
Total	66	25	91	178	97	275	13	6	19	257	128	385

Tableau 5 Répartition selon le sexe des ulcères gastro-duodénaux ( pourcentage )

SIEGE	Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Ulcères pyloriques			Total		
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total
Hommes	69,6	76	71,4	73,5	85,6	77,8	-	-	68	73	82	75,8
Femmes	30,4	24	28,6	35,5	14,4	22,2	-	-	32	27	18	24,2

III.1-4 : Incidence des ulcères gastro-duodénaux en fonction de l'âge (cf tableaux 6, 7 et 8)

L'âge des malades est très variable allant de 13 à 70 ans.

Nous ne pouvons donner aucune indication sur l'existence éventuelle et la fréquence des ulcères avant 10 ans, car notre matériel endoscopique ne permet pas d'explorer les enfants avant cet âge.

Les sujets de la troisième décennie sont les plus nombreux dans notre enquête suivis de près par ceux des deuxième et quatrième décades. Le nombre des ulcères reste cependant élevé chez les sujets âgés, de plus de 50 ans.

Ces résultats sont difficiles à interpréter faute de données démographiques précises sur l'ensemble de la population bamakoise.

Compte tenu de l'espérance de vie de 33 ans à la naissance indiquée par l'ONU en 1972, il est très probable que la fréquence réelle de l'ulcère augmente régulièrement avec l'âge ; la diminution en nombre absolu que nous observons dans notre enquête à partir de 40 ans s'explique très vraisemblablement par la diminution des effectifs de chaque décennie.

A titre indicatif, on peut noter que la répartition selon l'âge des ulcères ne diffère pas d'une manière statistiquement significative de celle de l'ensemble des malades fibroscopés (cf tableau 8). Cela ne contredit pas l'hypothèse d'une augmentation régulière de la fréquence des ulcères avec l'âge dans la mesure où l'on admet que le même phénomène se produit pour les autres affections gastro-duodénales.

La publication prochaine des résultats du recensement général de la population du Mali permettra de conclure avec précision.

Tableau 6 Répartition selon l'âge des ulcères gastro-duodénaux (valeur absolue)

AGE	SIEGE			Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Ulcères pyloriques			Total		
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total			
10 - 19ans	0	1	1	3	3	6	0	1	1	3	5	8			
20 - 29ans	8	2	10	41	26	67	0	0	0	49	28	77			
30 - 39ans	15	5	20	51	25	76	1	2	3	67	32	99			
40 - 49ans	17	10	27	33	18	51	4	2	6	54	30	84			
50 - 59ans	7	4	11	17	12	29	1	0	1	25	16	41			
Plus de 60 ans	8	3	11	9	13	22	2	1	3	19	17	36			
Age indéterminé	11	-	11	24	-	24	5	-	5	40	-	40			
Total	56	25	91	178	97	275	13	6	19	257	128	385			



Tableau

7 Répartition des ulcères gastro-duodénaux selon l'âge (pourcentages)

SIEGE AGE	Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Total		
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total
10 - 19ans	0	-	1,2	1,9	3	2,3	1,4	3,9	2,3
20 - 29 ans	14,5	-	12,5	26,6	26,8	26,7	22,6	21,9	22,3
30 - 39 ans	27,2	-	25	33,1	25,8	30,2	31	25	28,7
40 - 49ans	30,9	-	33,7	21,4	18,5	20,3	24,9	23,4	24,3
50 - 59ans	12,7	-	13,7	11	12,3	11,5	11,5	12,5	11,9
Plus de 60 ans	14,5	-	13,7	5,8	13,4	8,7	8,7	13,3	10,4

\* Rapporté au nombre de patients dont l'âge est connu.

Tableau

8 Comparaison de la répartition selon l'âge des ulcères et des fibroscopies (en pourcentage)

AGE	SIÈGE	Ulcères gastriques	Ulcères duodénaux	Total des ulcères	Ensemble des fibros- copies
10 - 19 ans	-	1,2	2,3	2,3	4,2
20 - 29 ans	-	12,5	26,3	22,3	23,2
30 - 39 ans	-	25	30,2	28,7	28,2
40 - 49 ans	-	33,7	20,3	24,3	21,2
50 - 59 ans	-	13,7	11,5	11,9	14,7
plus de 60 ans	-	13,7	8,7	10,4	8,2

.....18.....

III.1-5 : Variations du rapport ulcère gastrique sur ulcère duodénal selon l'âge (cf tableau 9)

Dans nos deux enquêtes, le rapport du nombre des ulcères gastriques sur celui des ulcères duodénaux varie considérablement en fonction de l'âge. Il est beaucoup plus élevé après 40 ans qu'avant. La différence est statistiquement significative au seuil de 2 % (test du  $X^2$  appliqué aux ulcéreux regroupés en deux classes de moins de 40 ans et de plus de 40 ans pour obtenir des effectifs d'ulcères gastriques se prêtant à l'analyse statistique.).

...../.....

Tableau

9

Rapport selon l'âge ulcères gastriques sur ulcères duodénaux

ENQUÊTES AGE	Enquête 1	Enquête 2	Total
10 - 19 ans	-	0,33	0,16
20 - 29 ans	0,19	0,07	0,15
30 - 39 ans	0,29	0,20	0,26
40 - 49 ans	0,51	0,55	0,52
50 - 59 ans	0,41	0,33	0,37
Plus de 60 ans	0,89	0,28	0,50

III.1-6 : Répartition des ulcères gastro-duodénaux selon l'âge et le sexe (cf tableaux 10 et 11)

Dans nos deux enquêtes, le sexe ratio (rapport cas féminins sur cas masculins) varie considérablement en fonction de l'âge aussi bien pour les ulcères gastriques que pour les ulcères duodénaux.

Pour l'ensemble des ulcères, le sexe ratio augmente régulièrement avec l'âge d'une manière statistiquement significative (risque inférieur à 0,05) .

Pour les ulcères gastriques, la différence entre le sexe ratio chez les sujets de plus de 50 ans et celui des sujets de moins de 50 ans est significative au seuil de 0,02. Cela confirme la notion bien classique de la fréquence des ulcères gastriques chez les femmes âgées.

Pour les ulcères duodénaux, le sexe ratio s'élève également avec l'âge d'une manière statistiquement significative (risque inférieur à 5 %).

Tableau

⑩

Répartition des ulcères gastro-duodénaux selon l'âge et le sexe (valeur absolue)

AGE	SIEGE SEXÉ		Ulcère gastrique		Ulcère duodénal			Ulcère pylorique			Total	
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
10 - 19 ans	0	1	1	6	0	6	0	1	1	6	2	8
20 - 29 ans	7	3	10	54	12	66	1	0	1	62	15	77
30 - 39 ans	15	5	20	61	17	78	1	0	1	77	22	99
40 - 49 ans	24	3	27	42	9	51	4	2	6	70	14	84
50 - 59 ans	6	5	11	22	7	29	0	1	1	28	13	41
Plus de 60 ans	6	5	11	13	8	21	2	2	4	21	15	36
Age indéterminé	7	4	11	16	8	23	5	0	5	28	12	40
Total	65	26	91	214	61	275	13	6	19	292	93	385

Tableau

(11) Sexe ratio femmes / hommes selon l'âge

SIÈGE AGES	Ulcères gastri- ques	Ulcères duodé- naux	Total
10 - 19 ans	-	-	0,14
20 - 29 ans	0,4	0,22	0,24
30 - 39 ans	0,33	0,27	0,28
40 - 49 ans	0,12	0,21	0,20
50 - 59 ans	0,8	0,32	0,46
plus de 60ans	0,8	0,6	0,71
Moyenne	0,4	0,29	0,32

III.1-7.: Répartition des ulcères gastro-duodénaux selon les ethnies (cf tableaux 12 et 13)

Sur 385 patients, la plus forte proportion revient à l'ethnie bambara (110 malades soit 28,6 %). Puis suivent :

- les peulhs : 81 malades (21 %)
- les malinkés : 65 patients (16,9 %)
- les sarakolés : 32 patients (8,3 %)
- les sonraïs : 25 ulcéreux (6,5%)
- enfin les kasonkhés (21 malades (2,9 %)

Les autres groupes ethniques sont représentés mais à un effectif trop réduit ne permettant pas de caculer des pourcentages statistiquement significatifs .

On peut comparer ces pourcentages à ceux indiqués dans le plan décennal (1er Juillet 66 au 30 Juin 1976) pour la population générale :

- les Bambaras : représentent l'ethnie majoritaire avec 1.360.000 personnes (27 %)
- les Peulhs : 446.000 (9 %)
- les Sarakolés : 354.000 (7 %)
- les Sonraïs : 255.000 (5 %)
- les Malinkés : 250.000 ( 5 %)
- les Touareg (213.000
- les Miniankas : 370.000

De nombreuses ethnies minoritaires (plus d'une dizaine) se partagent la population restante

Si l'on s'en tient aux chiffres bruts, il semblerait que l'ulcère est plus fréquent chez les Bambaras que dans les autres ethnies. Cela tient en fait à notre situation géographique en plein territoire bambara . Il n'est pas étonnant qu'à Bamako la plupart de nos ulcéreux soient Bambara et presque aucun Touareg ou Minianka .

Il faudrait disposer des résultats du recensement général de la population de Décembre 1976 pour être à même de préciser avec rigueur l'incidence des ulcères en fonction de l'ethnie .



On peut cependant essayer d'avoir une idée de la fréquence relative des ulcères dans les principales ethnies représentées à Bamako en comparant les effectifs d'ulcèreux et les effectifs d'hospitalisés à l'hôpital du Point G. On s'aperçoit alors que les Bambaras sont plus souvent hospitalisés qu'ulcèreux alors que les Sonraïs et les Malinkés sont plus souvent ulcèreux qu'hospitalisés. Cette différence est statistiquement significative (risque inférieur à 0,001 d'après test du  $\chi^2$ ).

Répartition des ulcères gastro-duodénaux suivant les ethnies (Valeur absolues)

ETHNIES	Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Ulcères pyloriques			Total
	Enquête 1	Enquête 2	Total	Enquête 1	Enquête 2	Total	Enquête 1	Enquête 2	Total	
Bambaras	21	7	28	43	32	75	6	1	7	110
Malinkés	14	4	18	24	20	44	2	1	3	65
Peulhs	14	6	20	40	15	55	2	4	6	81
Sarakolés	3	2	5	15	12	27	0	0	0	32
Sonraïs	4	2	6	12	7	19	0	0	0	25
Kasonkhés	1	0	1	6	4	10	0	0	0	11
Sénoufos	1	0	1	2	1	3	0	0	0	4
Moures	1	2	3	1	1	2	1	0	1	6
Dogons	0	0	0	5	0	5	0	0	0	5
Bobes	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2
Semomhs	0	0	0	3	1	4	0	0	0	4
Bezors	0	0	0	3	1	4	0	0	0	4
Onolofs	2	0	2	3	1	4	0	0	0	6
Griots	0	1	1	9	0	9	1	0	1	11
Porgerons	2	0	2	5	1	6	0	0	0	8
Miniankas	1	1	2	4	2	6	0	0	0	8
Non Maliens	1	0	1	5	0	5	1	0	1	7
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>25</b>	<b>91</b>	<b>178</b>	<b>97</b>	<b>275</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>385</b>

Répartition des ulcères gastro-duodénaux selon les ethnies en pourcentage et comparaison avec la répartition ethnique de l'ensemble des malades hospitalisés au Point G.

Tableau

13

ETHNIES	Ulcères Gastriques	Ulcères Duodénaux	Total	Hospitalisés (1308)	Population plan décennal
Bambaras	30,8	27,3	28,6	38,6	27
Peulhs	22	20	21	19,8	9
Malinkés	19,8	16	16,9	12,4	5
Sarakolés	-	9,8	8,3	11,5	7
Sonraïfs	-	6,2	6,5	3,4	5
Kasonkhés	-	3,6	2,9	2,4	-

### III.2. Facteurs étiologiques

La recherche de facteurs étiologiques n'a pu être effectuée que dans notre seconde enquête, prospective, portant sur 128 ulcéreux.

#### III.2-1. Facteurs familiaux

Parmi nos 128 malades, 3 nous ont déclaré avoir des parents, ascendants ou collatéraux, atteints également d'une maladie ulcéreuse. Il ne nous a malheureusement pas été possible de vérifier ces données purement anamnestiques.

Pour chercher à mettre en évidence un facteur familial chez nos patients, nous les avons groupés presque systématiquement. (Cf tableaux 14 et 15).

Sur les 93 malades étudiés 48 ont le groupe O, 21 le groupe A, 18 le groupe B, 6 le groupe AB.

La comparaison de ces résultats à la répartition des différents groupes chez les donneurs de sang du centre de transfusion sanguine de Bamako (Dr. S. TRAORE) ne révèle aucune différence significative.

Les facteurs familiaux, s'ils existent, ne semblent donc jouer qu'un rôle mineur dans l'étiologie des ulcères à Bamako.

Tableau

14

Répartition des groupes sanguins chez les ulcéreux

Siège Groupes	Ulcères gas- triques	Ulcères duo- déniaux	Ulcères pylo- riques	Total
A	4	16	1	21
B	4	14	0	18
AB	4	2	0	6
O	7	38	3	48
Total	19	70	4	93

Tableau

15

Comparaison entre le pourcentage des groupes sanguins chez les ulcéreux et dans la population générale de Bamako.

Siège Groupes	Ulcères duodéniaux	Ulcères tout siège	population générale (1)
A	22,9	22,6	25
B	20	25,7	29
AB	-	-	4
O	54	51,6	42

(1) D'après Dr. S. TRAORI  
(C.N.T.S. BAMAKO)

III.2-2. : Facteurs alimentaires

Notre enquête nutritionnelle s'est bornée à l'interrogatoire des ulcéreux juste après leur dépistage endoscopique.

Tous les ulcéreux prenaient les mêmes repas à base de riz et de mil et consommaient les mêmes sauces que l'ensemble de la population bamakoise.

En ce qui concerne la consommation d'excitants (cf tableaux 16 et 17), elle est très importante : 60 % des ulcéreux consomment du thé ou du café ; 55 % fument ; 42 % croquent la cola ; en revanche les alcooliques sont peu nombreux (ce dernier pourcentage est probablement sous-estimé car en milieu musulman, l'alcoolisme est reprobé alors que la consommation des autres excitants est admissible).

Faute d'enquête comparative dans la population générale, il nous est malheureusement impossible de dire si la consommation d'excitants chez les ulcéreux est plus importante que la moyenne.

Tableau

16

Excitants consommés par les ulcéreux (nombre absolu)

Excitants	Siège	Ulçères Gastriques	Ulçères Duodénaux	Ulçères Pyloriques	Total
Thé		12	61	2	75
Café		14	62	2	78
Tabac		10	60	1	71
Cola		9	44	1	54
Alcool		2	3	0	5
Nombre d'ulcéreux		25	97	6	128

Tableau

17

Pourcentage des ulcéreux consommant divers excitants

SIEGE EXCITANTS	Ulçères gastri- ques	Ulçères duode- naux	Total
Thé	48	63	59
Café	56	64	61
Tabac	40	62	55
Cola	36	45	42
Alcool	-	-	4



III.2.3.1 Médicaments agressifs pour l'estomac et le duodénum  
(cf tableau 18)

Dans notre enquête retrospective, le pourcentage des ulcéreux prenant régulièrement des médicaments agressifs pour l'estomac et le duodénum, semble relativement faible (5,4 %) ; en réalité, dans cette enquête, la recherche de la prise de médicaments ulcérogènes n'a pas été systématique.

En revanche, dans la seconde enquête menée d'une manière beaucoup plus méthodique, le pourcentage des ulcéreux ayant consommé récemment ou d'une manière habituelle de tels médicaments s'élève à 72 %. Ce chiffre est certainement beaucoup plus près de la réalité que le précédent ; il souligne l'avantage des enquêtes prospectives par rapport aux enquêtes retrospectives.

En ce qui concerne le détail des médicaments consommés ; il s'agissait dans la quasi totalité des cas d'aspirine : celle-ci est en effet d'un usage très répandu au Mali en dehors de toute prescription médicale et pour des indications souvent farfelues.

Deux ulcéreux étaient traités par les corticoïdes, un par la réserpine et un autre par l'indométhacine.

Il est intéressant de noter que le pourcentage des ulcéreux gastriques prenant des médicaments agressifs (84) n'est pas statistiquement différents de celui des ulcéreux duodénaux (72).

18 Médicaments agréés pour l'estomac

	Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Ulcères pyloriques			Total		
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total
nombre d'ulcères	66	25	91	178	97	275	13	6	19	257	128	385
Nombre d'ulcères prenant des médicaments	4	21	25	10	70	80	0	1	1	14	92	106
Pourcentage d'ulcères prenant des médicaments	6%	84 %	27,5%	5,6%	72 %	29 %	-	-	-	5,4%	71,9%	27,5%

III.2-4 : Associations pathologiques

Sur ce point, notre enquête pêche certainement par défaut car les ulcéreux dépistés étaient pour la plupart des malades ambulatoires pour lesquels le dépistage des affections associées a été bien purement clinique.

Quoiqu'il en soit, on est frappé par la fréquence des affections hépatiques associées : 10 malades sur 128 (8 %) étaient porteurs d'une cirrhose évidente ou d'un hépatome manifeste.

L'association éventuelle à un emphysème ou une hyperparathyroïdie n'a pas été systématiquement recherchée. Le seul cas d'hyperparathyroïdie dépisté au Point G en 1977- 1978 ne présentait pas d'ulcère.

III.2-5 : Contexte psycho-social :

a) Notre enquête ne nous permet pas de préciser la fréquence relative des ulcères chez les citadins et les ruraux .

Du fait de notre situation dans la capitale, les citadins représentent évidemment la majorité de nos patients.

Toutefois , on est frappé par le pourcentage relativement élevé (près de 30 % ) des ruraux dans notre enquête . Si l'ulcère est fréquent en ville, il l'est aussi certainement en brousse. Nous nous proposons de vérifier ce dernier point par une enquête endoscopique en milieu rural dans le courant de l'année 1979.

b) L'étude des catégories socio-professionnelles de nos ulcéreux est pleine d'enseignements (cf tableau 19) :

- les cadres supérieurs, les enseignants et les étudiants représentent 15 % de nos malades, les militaires et assimilés 7 %, les infirmiers, employés et techniciens au compte de l'Etat 28 % . Tous ces fonctionnaires représentent très exactement la moitié de nos ulcéreux.

- Les commerçants et les artisans figurent pour 12 % dans notre série .

- les ménagères représentent 15 % des malades ; elles appartiennent en fait à des catégories sociales très variées.

- les sujets au faible revenu (manoeuvres, cultivateurs...) représentent 23 % de nos malades.

Ces résultats peuvent s'interpréter de plusieurs manières :

- si l'on s'en tient aux chiffres bruts, on doit admettre que les ulcères sont particulièrement fréquents chez les intellectuels et l'ensemble des fonctionnaires alors qu'ils sont rares chez les cultivateurs et les manoeuvres.

- En réalité, il est bien évident que notre statistique reflète beaucoup plus la facilité d'accès aux soins médicaux des diverses catégories socio-professionnelles que l'incidence réelle des ulcères en leur sein.(cf tableau 20).

c) L'importance des facteurs psychologiques est illustrée par le tableau 21.

- 17 % seulement de nos ulcéreux n'avaient aucun problème psychologique.

- Un seul était atteint d'une véritable psychose (il est vrai que nous hésitons à fibroscoper les malades délirants ou agités par respect pour l'appareil !!)

- 38 % avaient des problèmes familiaux plus ou moins aigus, 41 % présentaient une anxiété manifeste et 13% une hyper-activité débordante.

Il existe donc, d'après notre enquête, un très fort pourcentage de troubles névrotiques habituellement mineurs (dont la fréquence est peut-être majorée par les conditions de l'enquête : l'interrogatoire a souvent été effectué juste au décours de la fibroscopie).

La fréquence de ces troubles est comparable pour les ulcères gastriques et duodénaux.

N'étant pas psychologues nous mêmes, il nous est difficile d'en dire davantage sur le profil psychologique de nos malades.

2) Catégories socio-professionnelles

Professions	nombre de cas	
Cadres supérieurs	7	19 (15%)
Enseignants	3	
Étudiants - Elèves	9	9 (7%)
Militaires et assimilés	9	
Commerçants	10	15 (12%)
Artisans	5	36 (28%)
Infirmiers	5	
Employés de bureau	19	
Techniciens .Ouvriers spécialisés	12	19 (15%)
Trénagères	19	
Manœuvres-jardiniers ...	6	30 (23%)
Cultivateurs	22	
Bergers	1	
Autres	1	

20

	nombre	pourcentage
Fonctionnaires	64	50 %
Travailleurs non fonctionnaires	45	35 %
Manœuvres	19	15 %

Tableau

21

Facteurs psychologiques

	Ulcères Gastriques	Ulcères duodénaux	Ulcères pyloriques	Total
Problèmes familiaux	6	39	4	49 (38 %)
Anxiété	12	39	2	53 (41 %)
Hyporeactivité	5	11	1	17 (13 %)
Psychose	0	1	0	1
Aucun problème psychologique	3	18	1	22 (17 %)
Nombre d'ulcères	25	97	6	128

### III.3. Symptomatologie des ulcères

(cf tableaux 22 et 23)

a) Les douleurs épigastriques dominent la symptomatologie des ulcères gastriques comme des ulcères duodénaux.

Sur l'ensemble de nos 385 ulcéreux, on relève des douleurs épigastriques typiques dans 51,9 % des cas et atypiques dans 34,5% des cas. Toujours si l'on considère l'ensemble des ulcères gastriques et l'ensemble des ulcères duodénaux, il apparaît que les douleurs atypiques sont plus fréquentes dans le premier cas que dans le second.

En réalité, seuls les chiffres de la seconde enquête, prospective, sont valables. Les résultats obtenus d'après l'analyse retrospective des compte-rendus fibroscopiques sont par contre sujets à caution : les renseignements cliniques indiqués sont succincts et bien souvent l'interrogatoire avait été effectué tant bien que mal par un médecin ne s'exprimant qu'en français.

Si l'on considère la deuxième enquête, seule valable, les douleurs épigastriques sont constantes chez les ulcéreux, typiques dans 71,9 % des cas, atypiques seulement dans 28,1 % des cas.

Toujours dans cette seconde enquête, le pourcentage des épigastralgies typiques dans les ulcères gastriques (68 %) ne diffère pas significativement de celui rencontré dans les ulcères duodénaux (74,2 %).

b) les complications se rencontrent dans environ un tiers des cas : hémorragies 15,8 %, tableau plus ou moins complet de sténose antro-pylorique 20 %.

Il est bien évident que ce sont les ulcères duodénaux et pyloriques qui provoquent le plus de sténose. La fréquence des hémorragies ne diffère pas significativement selon la topographie de l'ulcère.



22 Symptomatologie des ulcères gastro-duodénaux (nombre absolu des divers symptômes)

SIEGE	Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Ulcères pyloriques			Total
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Tot. Enq. 1	Enq. 2	Total		
Epigastralgies typiques	20	17	37	84	72	156	4	3	7	200
Epigastralgies Atypiques	34	8	42	58	25	83	5	3	8	133
Hémorragies	16	4	20	27	14	41	0	0	0	61
Vomissements	5	8	13	28	25	53	6	5	11	77
Altération de l'état général	3	3	6	4	10	14	1	1	2	22

Tableau

(23)

Symptomatologie des ulcères gastro-duodénaux (pourcentage des divers symptômes)

SYMPTOMES	Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Total		
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total
Epigastralgies typiques	30,4	68	40,7	47,2	14,2	56,7	42	71,9	51,9
Epigastralgies atypiques	51,5	32	46,2	32,6	25,8	30,2	37,8	28,1	34,5
Hémorragies	24,2	16	22	15,2	14,4	14,9	16,7	14,1	15,8
Vomissements	7,5	32	14,3	15,7	25,8	19,3	15,2	29,7	20
Altération de l'état général	5,4	4,5	6,5	2,2	10,3	5,1	3,1	10,9	5,7

### III.4 : Correlations radio-endoscopiques

(cf tableau 24)

a) Le transit baryté n'a été fait que 134 fois sur 385 (34,8%). Un certain nombre de ces transits ont été effectués contrairement à l'attitude classique, après la fibroscopie, pour compléter le dossier d'un malade chirurgical ou visualiser une niche bulbaire située au-delà d'une sténose pylorique infranchissable par l'endoscope.

Les raisons pour lesquelles la plupart de nos malades sont fibroscopés d'emblée sont multiples :

- le coût de la radio est supérieure au revenu mensuel moyen de la majorité des travailleurs

- la pénurie chronique en films, en produits de contraste et en réactifs retarde souvent l'examen et interdit la multiplication pourtant indispensables des clichés.

Il est honnête toutefois de reconnaître que la fibroscopie revient relativement cher. Si jusqu'à présent l'examen est gratuit pour les malades, on peut calculer qu'il revient en réalité environ 3000 - 4000 FM par malades : pour 3500 fibroscopies, nous avons utilisé 4 endoscopes coûtant chacun 3 500 000 F.M ; 3 d'entre eux sont définitivement hors d'usage ; le dernier a déjà été réparé deux fois (1.000.000 FM).

b). Lorsqu'un transit a pu être pratiqué, il montrait l'ulcère dans 55,2 % des cas et permettait de le soupçonner dans 16,1 % des cas. La rentabilité de la radio ne diffère pas significativement pour les ulcères gastriques et duodénaux.

Si la fibroscopie permet de voir un nombre important d'ulcères méconnus par la radio, soulignons à l'inverse l'intérêt du transit dans les sténoses du pylore infranchissables en endoscopie .

24 Confrontation radio - endoscopique

	Ulcères Gastriques			Ulcères duode-			Ulcères pylor-			Total			
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	
Radio montre l'ulcère	5	4	9	31	29	60	3	5	8	30	35	74	(55, 2%)
Radio non course	3	3	6	10	11	21	1	0	1	11	11	22	(16, 1%)
Radio ne montre pas l'ulcère	6	2	8	16	7	23	1	0	1	23	9	32	(23, 7%)
Radio non faite	52	16	68	121	50	171	8	4	12	181	70	251	65, 2%
Total	66	25	91	178	97	275	13	6	19	257	128	385	

34, 8%

III.5 : Données endoscopiques

III.5.1 : Résultats macroscopiques :

- (cf tableaux 25 et 26)
- Sur 385 ulcères dépistés :
- 59,5 % ne sont pas compliqués
- 20,8 % sont très creusants pouvant faire soupçonner une perforation bouchée
- 25,5 % sont compliqués de sténose (16,6%) ou d'hémorragie (8,8 %).

La comparaison entre les ulcères gastriques et duodénaux montre que les premiers engendrent moins de sténose que les seconds (différence significative au seuil de 0,001) mais qu'ils sont plus creusants (différence significative au seuil de 0,02). La fréquence des hémorragies est identique dans les deux cas .

Les associations pathologiques sont fréquentes:

- hernies hiatales (39 cas soit 10,1 %) pour la plupart bien tolérées
- gastrites 31 cas soit 8,5 %
- duodénites 29 cas soit 7,5 %
- moins souvent des oesophagites peptiques accompagnant une sténose pyloro-bulbaire (12 cas ) et des varices oesophagiennes (6 cas) .

**25** Données endoscopiques (valeur absolue)

	Ulcères gastriques			Ulcères duodénaux			Ulcères pyloriques			Total
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	
Ulceré non compliqué	36	17	53	112	55	167	8	1	9	229
Ulceré triple creusant	19	6	25	28	22	50	1	4	5	64
Ulceré hémorragique	9	2	11	13	9	22	1	0	1	34
Ulceré avec sténose	5	1	6	35	18	53	3	2	5	64
Ulceré double	4	0	4	8	2	10	1	0	1	15
Harvie hiatale	7	4	11	17	10	27	1	0	1	39
Oesophagite	2	0	2	2	8	10	0	0	0	12
Varices oesophagien-	1	0	1	4	1	5	0	0	0	6
Gastrite	3	4	7	16	8	24	0	0	0	31
Duodénite	1	3	4	13	12	25	0	0	0	29
Polype	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Total (nombre d'ulcères)	66	25	91	178	97	275	13	6	19	385



III.5-2 : Biopsies et examens anatomo-pathologiques

Bien entendu, les biopsies n'ont été faites que sur les ulcères gastriques ou pyloriques . Elles n'ont malheureusement pas été systématiques comme elles auraient dû l'être. En effet, les biopsies étaient parfois impossibles pour des raisons techniques : pas de pinces pour les faire, pas d'anatomo-pathologiste pour les lire..

Par ailleurs, lorsque l'ulcère avait un aspect macroscopique tout à fait rassurant, l'endoscopiste, pressé par la quarantaine d'autres patients à examiner, a parfois renoncé à la biopsie faute de temps.

Enfin les ulcères gastriques hémorragiques n'ont pas été biopsiés volontairement.

En définitive, sur 31 ulcères gastriques ou pyloriques, 12 seulement ont été prélevés. Il s'agissait d'ulcères dont l'aspect macroscopique n'était pas tout à fait rassurant ou dont la cicatrisation tardait à se produire.

Tout les prélèvements adressés à l'I.N.B.H ont confirmé la bénignité des lésions.



III.6. Evolution des ulcères gastro-duodénaux

(cf tableaux 27, 28, 29 et 30)

a)- Le devenir des ulcéreux dépistés dans notre enquête retrospective est très mal connu. (cf tableau 27).

62 % d'entre eux en effet n'ont été fibroscopés qu'une fois. Nous ignorons s'ils ont été opérés d'emblée ou s'ils ont renoncé à se présenter au contrôle endoscopique parce qu'ils se sentaient guéris ou parce qu'ils gardaient un trop mauvais souvenir du premier examen.

- Sur les 97 ulcéreux contrôlés endoscopiquement, 40,2 % ont guéri en moins d'un mois, 15,5 % plus tardivement ; il est intéressant de signaler que deux ulcères duodénaux compliqués de sténose fonctionnelle du pylore ont bien réagi au traitement médical tandis qu'un ulcère duodéal a récidivé tardivement après guérison.

- 44,3% des ulcères contrôlés endoscopiquement n'ont pas réagi au traitement médical et 3 d'entre eux évoluaient même vers la sténose lors du dernier contrôle.

b)- L'évolution des ulcères dépistés dans l'enquête prospective est mieux connue.

- 14 malades (11 %) ont été confiés d'emblée au chirurgien en raison d'une sténose ou très rarement d'une hémorragie.

- sur les 114 malades restants, 49 (43 %) n'ont été fibroscopés qu'une fois ; 41 d'entre eux ont été totalement perdus de vue sans que nous puissions dire s'ils sont guéris ou non ; les 8 autres sont des cas trop récents pour avoir subi leur contrôle endoscopique au moment où nous écrivons.

- Sur les 65 malades contrôlés endoscopiquement, 39 (60%) ont guéri en moins d'un mois et 13 (20%) plus tardivement.

- Chez les malades contrôlés endoscopiquement, 13 n'ont pas cicatrisé ; l'un d'entre eux a même évolué vers la sténose sous traitement médical. Parmi ces 13 ulcéreux rebelles, 7 ont pu être opérés et 6 ont disparu.

- Ainsi l'indication chirurgicale a été portée chez 27 malades sur 128 (21%) : 14 fois d'emblée devant une complication et 13 fois secondairement après l'échec du traitement médical.

L'intervention a été effectivement réalisée 10 fois d'emblée et 7 fois secondairement ; 10 malades ont refusé l'intervention proposée.

Les interventions ont toujours porté sur des ulcères duodénaux; elles se répartissent comme suit :

- vagotomie - pyloroplastie : 10 fois
- vagotomie-gastroenterostomie : 5 fois
- Gastrectomie partielle : 2 fois

c) La comparaison des résultats des deux enquêtes appelle les remarques suivantes :

- l'évolution des malades endoscopés une seule fois, inconnue dans l'enquête retrospective, est mieux précisée dans la seconde ; si certains malades sont opérés d'emblée, un certain nombre (32 %) échappe à tout contrôle malgré l'insistance avec laquelle nous avons expliqué aux sujets la nécessité de le subir au bout d'un mois de traitement médical.

- Les pourcentages de guérison des ulcéreux traités médicalement est plus élevé dans l'enquête prospective que dans l'enquête retrospective (différence statistiquement significative au seuil de 0,002). Cette différence ne s'explique pas par un changement de thérapeutique médicale : tous nos malades ont en effet reçu le même traitement à base de pansement gastrique et d'atropine ; un seul a reçu du tagamet. Deux facteurs peuvent rendre compte de la différence des taux de guérison entre les deux enquêtes : tout d'abord, il est probable que le pourcentage d'ulcéreux ne souffrant plus, renonçant à l'endoscopie, a été plus élevé dans la première enquête que dans la seconde ; par ailleurs, il n'est pas exclu que les conseils quant à la suppression des médicaments ulcérogènes aient été donnés plus systématiquement dans le travail prospectif.

- Les pourcentages de guérison sont identiques pour les ulcères gastriques et duodénaux, du moins dans la seconde enquête beaucoup plus fiable .

- Les taux de guérison des ulcères traités médicalement sont très honorables dans la mesure où, pour des raisons financières, nous avons dû nous limiter à des traitements simples .

....50....

Notre taux de guérison est presque aussi bon que celui obtenu en Europe avec le tagamet.

- Le pourcentage des malades opérés n'est connu avec précision que dans la deuxième enquête : il est d'environ 21 % (dans la moitié des cas, l'indication est posée d'emblée en raison d'une sténose ou d'une hémorragie ; dans l'autre moitié des cas, c'est l'échec du traitement médical qui conduit à l'intervention).

...../.....

Tableau

27

Evolution des ulcères d'après l'enquête retrospective

	Ulcères gastriques	Ulcères duodénaux	Ulcères pyloriques	Total
Malades endoscopés une seule fois	44	107	9	160 } 62,3%
Guéri au premier contrôle (3-4 semaines)	5	32	2	39 40,2%
Guéri lors d'un contrôle ultérieur	5	10	0	15 15,5%
non guéri lors du dernier contrôle	12	27	1	40 41,3%
Evolution vers la sténose lors du dernier contrôle	0	2	1	3 3%
Total	66	178	13	257

37,7%

28 Evolution des ulcères d'après l'enquête prospective

	Ulcères gastri- ques	Ulcères duodé- naux	Ulcères pylori- ques	Total	
Un seul contrôle	Perdu de vue 8 Opéré d'emblée 0 Refus d'intervention 2 Trop récent 2	32	1	41	} 49 %
		10	0	10	
		2	0	4	
Evolution favorable	Premier contrôle 7 Contrôle ultérieur 3	28	4	39 (60%)	} 51 %
		9	1	13 (20%)	
		6	0	6	
Evolution défavorable	Non guéri opéré 0 Complicqué opéré 0 Non guéri disparu 3	1	0	1	} 20%
		3	0	3	
		3	0	6	
Total	25	97	6	128	

Heau 29 Evolution des ulcères contrôlés endoscopiquement

Evolution	Ulcères Gastriques			Ulcères duodonaux			Ulcères pylori-ques			Total		
	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total	Enq. 1	Enq. 2	Total
Favorable	10	10	20	42	37	79	2	5	7	54	52	106
Défavorable	12	3	15	29	10	39	2	0	2	43	13	56
Total	22	13	35	71	47	118	4	5	9	97	65	162

Jean

③ Pourcentage de guérison des ulcères contrôlés endoscopiquement. Comparaison des deux enquêtes

	Ulcères gastriques	Ulcères duodénaux	Total
Première enquête	45,5	59	55,7
Deuxième enquête	76,9	78,7	80
Moyenne	57,1	66,9	65,4

### III.7. Observations exemplaires

Plutôt que de reprendre nos 128 observations, ce qui conduirait à des répétitions désagréables, nous allons analyser 8 d'entre elles qui ont valeur d'exemples.

Observation n°1 : symptomatologie typique d'ulcère gastro-duodéal.

Monsieur G..A., Saracolé âgé de 26 ans, étudiant, signale depuis 1972 des épigastries à type de piqure, peu intenses et sans irradiation.

Ce sont des douleurs post-prandiales tardives, s'installant 3 à 4 heures après les repas et calmées aussitôt par le repas suivant.

Elles sont périodiques avec poussée évolutive seulement en saison chaude.

Le malade ne présente pas d'altération de son état général, l'examen clinique ne révèle aucune anomalie.

Il est du groupe sanguin O+.

Un transit baryté fait auparavant montrait une image suspecte d'ulcère du bulbe.

Le 5/4/78 le malade est vu en endoscopie : on décèle chez lui un ulcère de la face antérieure du bulbe.

Le traitement anti-ulcéreux classique associant atropine et gastramine est prescrit . Un

Un mois après, le malade ne souffre plus et l'endoscopie de contrôle montre l'ulcère guéri.

Observation n°2 : retenue pour son caractère hyperalgique

Monsieur K.. M., Bambara, agent des P.T.T âgé de 35 ans, se plaint de brûlures épigastriques vives, débutant au niveau de la région paraombilicale et irradiant ensuite à l'épigastre où elles atteignent leur maximum obligeant alors le malade à se recroqueviller pour être soulagé.

Les douleurs sont rythmées par les repas, s'installant 2 à 3 heures après et calmées par un apport alimentaire quelconque ou par l'absorption de boisson non alcoolisée.

Pas de périodicité exacte, le malade pouvant souffrir tantôt en saison froide, tantôt en saison chaude et chaque poussée évolutive s'étend sur 3 mois environ.



L'examen clinique ne signale aucune anomalie. L'état général est légèrement altéré.

Le malade est du groupe sanguin O+.

Un transit baryté fait en 1977 montrait un ulcère typiques du bulbe .

Le 11/1/78, le malade est vu en fibroscopie ; on retrouve outre des exulcérations prépyloriques, un ulcère du bulbe.

Le traitement habituel (gastramine plus atropine) est ordonné, associé au tranxène en raison du profil anxieux du malade.

Trois semaines après (le 3/2/78), une fibroscopie de de contrôle montre l'ulcère en voie de cicatrisation ; le 8/3/78 les douleurs ont disparu et l'ulcère est endoscopiquement guéri.

Observation n°3 : remarquable par la sténose fonctionnelle associée ayant regressé sous traitement médical.

Monsieur O..D.., Bambara âgé de 30 ans, souffre depuis 1975 de crampes épigastriques modérées, sans irradiation, à début et à fin brusques, s'installant 3 à 4 heures après les repas et disparaissant totalement à l'ingestion d'un aliment.

Ce sont des douleurs périodiques, apparaissant uniquement au mois de carême.

Aux épigastralgies s'associent une seusation de chaleur avec des vomissements inhabituels, au paroxysme des crises, soulagant le malade.

L'état général du patient est satisfaisant, l'examen clinique négatif.

Il est du groupe S+ sanguin O+.

La fibroscopie montre du liquide de stase dans l'estomac avec un pylore inflammatoire, difficile à franchir, cachant un ulcère de la face postérieure du bulbe.

Le malade est mis au traitement anti-ulcéreux classique.

Un mois après, il est revu en endoscopie : l'ulcère a cicatrisé , la stase a disparu.

Observation n°4 : typique de sténose pyloro-bulbaire d'origine ulcéreuse.

Monsieur D.. L., Peulh de 38 ans, manoeuvre, domicilié à Daoudabougou, a présenté pendant 10 ans une symptomatologie typique d'ulcère duodénal.

Ce n'est que tout récemment que les signes se modifient avec apparition :

- d'une anorexie avec sensation de plénitude gastrique.
- de torsions épigastriques plus intenses, suivies de vomissements alimentaires abondants, post-prandiaux tardifs, soulageant le malade.
- enfin une altération rapide et considérable de l'état général.

L'hospitalisation s'impose alors.

L'examen clinique met en évidence un abdomen distendu dans la région épigastrique, des ondulations péristaltiques et un clapotage à jeun. Le reste de l'examen est normal, en particulier on ne retrouve pas de ganglion de Troisier.

Le bilan biologique est normal :

- urée sanguine 0,22 g/l
- numération et taux de l'hémoglobine normaux.
- en l'absence d'ionogramme difficile à obtenir à Bamako, l'EC.G. fait à la recherche d'une kaliopénie est normal.
- Le malade est du groupe A+.

Le transit baryté révèle une dilatation importante de l'estomac, une stase gastrique et l'absence de passages antropyloriques permettant d'explorer le bulbe. Il est complété par une fibroscopie le 2/6/78 qui montre également la stase alimentaire gastrique et ne permet pas de franchir le pylore inflammatoire, non tumoral.

Le diagnostic de sténose ulcéreuse est posé et le malade opéré le 29 Juin 1978 par le Pr. DEMBELE (vagotomie double tronculaire avec gastro-entéroanastomose transmésocolique isopéristaltique).

Il quitte l'hôpital le 10 Juillet 1978. Un contrôle endoscopique effectué un mois après est normal.

Observation n°5 : relatée en raison des problèmes d'interprétation que peut soulever un ulcère gastrique avec un cancer ulcériforme.

.....58.....

Monsieur T.. D., Commerçant âgé de 47 ans souffre depuis 1968 de brûlures épigastriques intenses, post-prandiales tardives, s'accompagnant parfois de vomissements abondants. Ces douleurs sont calmées par un apport alimentaire quelconque. On ne retrouve pas de périodicité.

L'état général est satisfaisant, l'examen clinique est normal.

Le malade est du groupe AB+.

Un Transit oeso-gastro-duodénal suspecte une image d'addition de la petite courbure gastrique.

La fibroscopie (14/6/78) note l'existence d'un vaste ulcère en "carte de géographie" s'étendant de la petite courbure antrale prépylorique à l'antra, à berges indurées et dont la nature maligne est évoquée. Trois prélèvements biopsiques sont confiés à l'anatomopathologiste.

Le malade, admis en médecine I, reçoit un traitement anti-ulcéreux classique associé au baralgin à cause du caractère hyperalgique du tableau clinique.

Entre temps, le compte-rendu anatomopathologique nous est parvenu : absence de cellules néoplasiques dans les fragments examinés.

Le contrôle endoscopique fait un mois après montre d'ailleurs un ulcère en voie de cicatrisation, moins étendu, moins creusant, à bords réguliers et souples.

Un deuxième contrôle sera effectué en ambulatoire, montrant la complète guérison de cet ulcère.

Observation n°6 : particulière en raison de sa complication hémorragique.

Monsieur T.. T., Peulh, âgé de 48 ans, Chef d'arrondissement à Zantiébougou, est évacué de Bougouni à l'Hôpital du Point G pour la survenue d'une hématemèse et d'un méloena trois jours auparavant. Cette hémorragie digestive s'est accompagnée d'un petit état de choc.

A l'interrogatoire, le malade signale l'existence d'une symptomatologie ulcéreuse typique depuis 1976 et la prise d'aspirine peu de temps avant l'hémorragie.

...../.....

On note une légère pâleur conjonctivale avec une défense à la palpation de l'épigastre.

Le malade est du groupe A+.

Dès son arrivée, il est vu en fibroscopie qui découvre un ulcère du bulbe responsable de l'hémorragie.

Après un mois de traitement antiulcéreux, le contrôle endoscopique montre la guérison de l'ulcère.

Observation n°7 : intéressante par sa symptomatologie bien peu évocatrice d'ulcère gastro-duodéal.

Madame K.. B., 29 ans, malinké, ménagère, consulte pour des hypogastralgies intenses, de type imprécis et sans irradiation.

Ces douleurs n'apparaissent que la nuit et ne sont pas calmées par les aliments. Elles ne sont pas périodiques et la malade peut souffrir une nuit sur trois.

Aux hypogastralgies s'associe une constipation opiniâtre.

La malade est en bon état. Elle est du groupe B+.

Le 18/1/78, une endoscopie digestive de principe a été faite ; on a la surprise de découvrir sur la face antérieure du bulbe une attraction des plis vers une zone ulcérée, fragile.

Le traitement classique est ordonné à la malade et un mois après, une fibroscopie de contrôle ne signale plus l'existence de l'ulcère.

Observation n°8 : forme typique ayant résisté au traitement médical.

Monsieur C.. M., Bambara âgé de 41 ans, plombier à la SONAREM, souffre depuis 1967, de piqûres épigastriques modérées, rythmées, apparaissant 2 à 3 heures après les repas et calmées par l'ingestion d'un aliment quelconque.

Ce sont des douleurs sans irradiation, périodiques, apparaissant habituellement vers le mois de Janvier.

Le malade n'a pas d'antécédent notable.

Son état général est satisfaisant, l'examen clinique normal.

Il est du groupe O.

Il n'a jamais eu de radiographie de l'estomac .

.....60....

Le 11/1/78, une fibroscopie faite montre un ulcère creusant de la face postérieure du bulbe, le reste de l'examen étant normal.

Un traitement classique est prescrit.

Le 1/2/78, le contrôle endoscopique note la persistance de l'ulcère.

Deux autres endoscopies faites successivement à trois semaines d'intervalle ne montrent aucune amélioration.

Le malade est alors confié au chirurgien et il est opéré le 26/6/78 (vagotomie-pyloroplastie).

Un mois après l'intervention, le malade est revu en endoscopie : l'ulcère est guéri.

...../.....

**Comparaison**  
**avec la Littérature**

#### IV. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

Il est intéressant de confronter nos résultats concernant l'épidémiologie et la clinique des ulcères gastro-duodénaux au Mali avec ceux des auteurs travaillant dans d'autres pays d'Afrique mais aussi d'Asie et d'Europe.

##### IV.1. Aspects épidémiologiques des ulcères gastro-duodénaux

###### IV.1.1. Prévalence des ulcères gastro-duodénaux

Comme pour toute maladie entraînant une faible mortalité, il est très difficile de mesurer avec exactitude la prévalence des ulcères-gastro-duodénaux dans les pays sous-médicalisés. On ne dispose que de données fragmentaires émanant d'hôpitaux plus ou moins bien équipés : la plupart des données proviennent des services chirurgicaux, beaucoup plus rarement de services radiologiques, exceptionnellement de services endoscopiques. Dans aucun pays d'Afrique, il n'existe de données statistiques d'ensemble sur les ulcères-gastro-duodénaux.

Dans un rapport remarquable, TOVEY et TUNSTALL (réf.n°55), ont cependant tenté de faire la synthèse des connaissances sur la prévalence des ulcères en Afrique au Sud du Sahara. Ces auteurs ont analysé l'ensemble de la littérature, interrogé personnellement ou par écrit de très nombreux médecins et chirurgiens exerçant en Afrique noire ; ce travail a été organisé par le Medical Research Council de Londres dont le sérieux est bien connu.

On peut résumer les conclusions de TOVEY de la manière suivante :

- la zone de prévalence la plus élevée des ulcères-gastro-duodénaux en Afrique noire se situe au niveau des sources du Nil et du Congo : Rwanda, Burundi, Est du Zaïre, Ouest et Nord de la Tanzanie, Sud-Ouest de l'Ouganda.

- Une deuxième zone de prévalence élevée existe sur la côte ouest africaine, au niveau du Cameroun, du Nigéria et du Ghana ; les régions les plus touchées sont les zones de forêt humide plutôt que la côte proprement dite.

- La savane sèche semble être une zone de faible prévalence dans tous les pays d'Afrique ; toutefois les zones urbanisées (Dakar, Nairobi) échappent à cette règle.

.....

- Au Mali, TOVEY estime l'ulcère exceptionnel comme dans toute la zone sahélienne. Nos constatations montrent bien qu'il n'en est rien : l'ulcère est aussi fréquent à Bamako que dans les autres capitales africaines. Les statistiques chirurgicales du Professeur DEMBELE (85 cas opérés entre 1967 - 1977 réf.n°60) et radiologique du Dr. Benjamin (85 ulcères décelés sur 587 transits barytés en un an réf.n°61) confirment notre impression. Il est dommage de n'avoir aucune donnée précise sur la fréquence de l'ulcère en milieu rural au Mali.

#### IV.1.2. Rapport ulcères duodénaux sur ulcère gastrique

- Notre rapport d'environ 2,5/ sur 1 se rapproche de celui de 4 sur 1 constaté en France par BONFILS (réf.n°11) ou de 2,5 sur 1 observé en Grande Bretagne (réf.n°54).

- Il diffère considérablement du rapport habituellement signalé dans les pays tropicaux : 10 sur 1 au Burundi (HAMBERG. et VON BERGEN M. réf.n°s 30 et 31) ; 30 sur 1 au Nigéria (DAVEY W.W. et DICKSON J.A.S. réf. n°24) ; 33 sur 1 en moyenne sur 31 statistiques chirurgicales africaines colligées par TOVEY ; 19 sur 1 en Inde (DOGRA J.R. réf.n°25).

- Ainsi, notre rapport ulcère duodénaux sur ulcère gastrique se rapproche davantage de celui des pays développés d'Europe que de celui des pays tropicaux. On peut se demander si cela ne tient pas simplement au fait que nos ulcères ont été dépistés endoscopiquement comme en Europe alors que la plupart des statistiques africaines proviennent des services chirurgicaux qui sélectionnent les ulcères duodénaux sténosants.

#### IV.1.3. Incidence des ulcères gastro-duodénaux en fonction de l'âge :

- Nos résultats ne diffèrent guère de ceux de TOVEY : le maximum de fréquence des ulcères gastro-duodénaux s'observe dans la troisième décennie au Mali comme dans le reste de l'Afrique de l'Ouest et en Inde.

Il est à noter qu'en Europe, le pic de fréquence est plus tardif, survenant vers 45 - 50 ans.

La comparaison entre les pays tropicaux et les pays industrialisés est en fait difficile dans la mesure où l'espérance de vie est totalement différente.

...../.....



#### IV.1.4. Incidence des ulcères gastro-duodénaux en fonction du sexe

Le sexe ratio homme sur femme d'environ 3 sur 1 trouvé à Bamako est légèrement supérieur à celui des pays développés où il est de l'ordre de 2 sur 1. Il est curieusement très inférieur au sexe ratio noté dans l'enquête de TOVEY en Afrique (9 sur 1) et en Inde (17 sur 1) et à cela nous ne voyons aucune explication.

#### IV.2. Facteurs étiologiques

De très nombreuses enquêtes insistent sur l'importance de la consommation des excitants (alcool, café, tabac, thé). Nous avons fait la même constatation sauf en ce qui concerne l'alcool. Cependant, on peut s'étonner que la consommation massive d'aspirine retrouvée chez nos patients n'est jamais été signalée par d'autres auteurs.

Quant à l'alimentation proprement dite, beaucoup incriminent sans argument bien convainquant les épices ou le piment ; d'autres accusent les sucres trop raffinés voire le régime pauvre en fibres végétales. Sur ce point, nos observations n'apportent aucun élément nouveau.

Sur le plan socio-économique, la plupart des auteurs soulignent la fréquence des ulcères dans les catégories les plus défavorisées (HAMBER G. et VON BERGEN M. au Burundi réf.n°31, NWOKOLO C. au Nigeria réf. n°43) notamment en milieu urbain (WAPNICK S. et GELFAND M. en Rhodésie réf.n°58). Nos observations donnent des résultats différents puisque plus de la moitié de nos patients étaient des fonctionnaires relativement favorisés.

Les parasitoses tropicales (Lambia, ascaris, ankylostome, anguillule), en ce qui les concerne, ne semblent jouer aucun rôle dans la genèse des ulcères. (CHUTANI H.K. réf.n°22, DOUST J.Y., HAGHIGHI L. et KAVOUSSI K.M. réf. n°26).

#### IV.3 Symptomatologie des ulcères gastro-duodénaux

- Les douleurs ulcéreuses n'ont, à notre connaissance, jamais été étudiées en détail en Afrique. Cependant, il est vraisemblable qu'elles sont assez souvent caractéristiques comme dans notre enquête.

- Les sténoses sont d'une extraordinaire fréquence, ce qui s'explique en partie par l'origine chirurgicale de la plupart des données de la littérature.

En Afrique francophone, ANGATE Y. (réf.n°1), BEZES H. et RICHIR CL. (réf. n°7), BEZES H., ZINSOU R. et GOUDOTE E. (réf. n°8) et YUBBA Z.M. (réf. n°60) signalent la grande fréquence des sténoses.

En Afrique anglophone, BADOE et E.A. (réf.n°4), LEWIS E.A. et BOHRER S.P. (réf.n°39) font également les mêmes remarques.

Cette fréquence est supérieure à celle observée dans les pays européens. Cela tient au retard considérable apporté au diagnostic chez certains patients en milieu sous-médicalisé.

- Les hémorragies ulcéreuses sont rarement signalées. Dans notre expérience, elles sont fréquentes : sur 174 hémorragies digestives récentes ou anciennes ayant bénéficié d'une endoscopie, 52 étaient d'origine ulcéreuse. Des chiffres analogues ne sont signalés que par WAPNICK S. et GELFAND M. (réf.n°58) en Rhodésie. Dans toutes les autres statistiques, les hémorragies semblent exceptionnelles probablement parce que les malades meurent avant même d'atteindre l'hôpital.

- Les perforations, rarissimes à Bamako semblent également exceptionnelles dans toute l'Afrique sauf dans la statistique de WAPNICK S. et GELFAND M. (réf.58) déjà signalée. Quelques cas isolés sont cependant signalés au Ghana (par BADOE et E.A. réf. n°5) et chez les noirs d'Afrique du Sud (par BROZIN, I.H., PRAJAPAT et D. K. réf. n°13).

#### IV.4. Diagnostic des ulcères gastro-duodénaux

Le diagnostic est très souvent purement chirurgical car de nombreux hôpitaux manquent de facilités radiologiques ou endoscopiques.

Certains auteurs ont étudié l'aspect radiologique de la maladie ulcéreuse :

- En Tanzanie : CORACHAN M. (réf. 23) note que sur 462 transits barytés réalisés, en 1973 et 1974, 121 étaient pathologiques dont 95 ulcères.

- En Nouvelle Guinée : MUIRDEN J.C. (réf. n°42) signale que sur 1023 transits oeso-gastro-duodénaux faits un tiers était pathologique et deux tiers normaux. Parmi les radiographies portant une lésion, plus de la moitié avait un ulcère gastro-duodé-  
nal ou une tumeur. Sur l'ensemble des 1023 malades, deux tiers étaient des hommes.

- En Australie : BATESON et E.M. (réf.n°6) trouvent chez les arborigènes 94 transits barytés normaux et chez les non arborigènes, sur 742 radiographies de l'estomac, il y avait 8 ulcères duodénaux soit 11,5 % de l'ensemble des transits oeso-gastro-duodénaux.

- A Bamako : entre 1976 et 1977, sur 587 radiographies de l'estomac, BENJAMIN F.E. (réf. n°61) observe 66 ulcères du bulbe, 13 ulcères de la petite courbure de l'estomac, 2 ulcères pyloriques et 4 ulcères post-bulbaires.

Quant

Quant à l'endoscopie, elle est d'introduction très récente en Afrique. Les publications de SOW A.M., AG BETRA M., COLY D., TOURE Y.I., et SANKALE M. (réf. n°50) et de THOMAS à Dakar ainsi que celles de WIERMAN J.A. et SNYDER C.A. (réf.n°59) en Rhodésie illustrent l'intérêt de la technique aussi bien dans les C.H.U. que dans les hôpitaux secondaires.

#### IV.5. Traitement

Peu de travaux sont consacrés au traitement médical des ulcères en Afrique.

Beaucoup de chirurgiens estiment qu'il est trop onéreux et trop astreignant pour les patients.

En réalité, notre travail a bien montré que l'abandon des excitants et des médicaments agressifs pour l'estomac associé à la prise de pansement gastrique et d'atropine obtient un pourcentage honorable de succès. La cimétidine (tagamet) obtiendrait probablement de meilleurs résultats mais elle est trop onéreuse. (le coût mensuel du traitement par le tagamet est d'environ 50000 F.M).

Le traitement chirurgical est discuté dans de nombreuses publications. Toutes les techniques classiques ont été essayées en Afrique. Le Professeur DEMBELE a bien montré l'intérêt de la vagotomie associée à la pyloroplastie ou à la gastroenterostomie non seulement dans les ulcères non compliqués, mais encore dans les ulcères sténosants.

# **Conclusion Générale**

## V. CONCLUSION GENERALE

1) Notre enquête sur les ulcères gastro-duodénaux est la première du genre au Mali. Elle comprenait deux volets :

- l'analyse retrospective des ulcères dépistés en endoscopie de mars 1976 à décembre 1977.

- et l'étude détaillée par nous mêmes des ulcères découverts en fibroscopie de Janvier 1978 à Septembre 1978.

2). En l'espace de deux ans et demi, 385 ulcères ont été dépistés dont 91 ulcères gastriques, 275 duodénaux et 19 pyloriques, ce qui représente 11,5 % du total des endoscopies effectuées pendant le même laps de temps.

Ces chiffres montrent bien que les ulcères gastro-duodénaux sont loin d'être rares en zone sahélienne contrairement aux données classiques.

En admettant que les ulcères dépistés pendant ces deux ans et demi représentaient la totalité des cas, l'incidence annuelle à Bamako de l'ulcère serait globalement de 31 pour 100000 habitants.

Mais il est certain que notre enquête ne couvre pas la totalité des cas et que l'incidence réelle est supérieure à celle calculée.

3). Le rapport du nombre des ulcères duodénaux sur celui des ulcères gastriques et pyloriques est de 2,5, chiffre comparable à celui des pays développés mais très inférieur à celui de la plupart des pays d'Afrique noire.

4). Le sexe ratio homme sur femme varie de 3,12 à 2,2 selon que l'on considère les chiffres bruts ou corrigés en fonction du recrutement du service d'endoscopie qui comporte plus d'hommes que de femmes. Quoiqu'il en soit, il se rapproche de celui des pays d'Europe, restant très inférieur à celui des autres pays d'Afrique.

5). L'ulcère gastro-duodéal s'observe à tous les âges avec un pic de fréquence vers la troisième décade. La fréquence des ulcères augmente avec l'âge ; le pourcentage des ulcères gastriques est plus élevé après 40 ans qu'avant. Le pourcentage des femmes s'élève également avec l'âge aussi bien pour les ulcères gastriques que pour les ulcères duodénaux. Ces résultats sont comparables à ce qui est constaté en Europe.

6). L'incidence des ulcères dans les différentes ethnies est difficile à apprécier faute de données démographiques suffisantes. Toutefois, la comparaison de la répartition ethnique des ulcéreux et des hospitalisés à l'hôpital du Point G semble montrer que l'ulcère est plus fréquent chez les sonraïs et les malinkés que chez les bambaras.

7). En ce qui concerne les facteurs étiologiques, nous n'avons retrouvé aucun facteur familial ou nutritionnel significatif. En revanche, la consommation d'excitants (thé, café, cola, tabac) et des médicaments agressifs pour l'estomac (aspirine surtout) est très importante chez les ulcéreux et nous pensons que l'information du personnel médical et paramédical sur les inconvénients de la prescription intempestive de ces produits serait très utile.

8). Sur le plan psycho-social, la majorité de nos malades sont des citadins fonctionnaires pour la moitié d'entre eux. Il est évident que ces résultats ne concernent que Bamako et ne peuvent être étendus à l'ensemble du pays. Une enquête endoscopique est du reste prévue en 1979 dans une zone rurale et nous pensons qu'elle sera d'un apport inestimable .

9). La symptomatologie de l'ulcère gastro-duodéal au Mali est dominée par les douleurs épigastriques typiques dans 71,9 % des cas.

Pendant, les complications sont fréquentes, (un tiers des cas ), représentées essentiellement par les sténoses (20 %) et les hémorragies (16,8 %).

L'absence de perforation s'explique en partie par notre recrutement mais aussi par la grande rareté même de cette complication.

10). La radiographie est malheureusement peu pratiquée à Bamako en raison de son coût élevé et d'une pénurie chronique en films, en révélateurs et en produits de contraste.

11). La fibroscopie oeso-gastro-duodénale représente le moyen diagnostique essentiel des ulcères gastro-duodénaux. Elle est sans aucun risque et très bien acceptée par la population. Les erreurs diagnostiques sont exceptionnelles. L'examen est gratuit pour le malade mais si l'on tient compte de l'amortissement du matériel et des réparations indispensables, il revient en fait

à 3000 - 4000 FM environ par malade? (Ce qui porte le coût du dépistage endoscopique d'un ulcère à environ 30000 FM).

12). Le traitement médical, limité à des mesures diététiques et à la prescription d'atropine et de pansement pour des raisons financières, obtient la guérison dans 65,4 % des cas (et même davantage dans l'enquête prospective). Ces résultats sont très honorables, presque identiques à ceux obtenus avec la cimétidine dont le coût est prohibitif.

13). L'indication opératoire a été posée chez 21 % de nos patients, soit d'emblée en raison d'une complication (sténose), soit secondairement devant l'échec du traitement médical. Dans la plupart des cas, l'intervention a consisté en une vagotomie-pyloroplastie (59 % des cas) ou une vagotomie gastro-entéroanastomose (29,4 % des cas).

A

Ainsi, du fait de leur fréquence croissante et de leurs complications redoutables, les ulcères apparaissent véritablement comme un important problème de santé publique, du moins dans la capitale. Espérons que d'autres enquêtes permettront de mieux cerner les facteurs étiologiques pour les prévenir. Souhaitons également le développement des moyens diagnostiques et thérapeutiques appropriés, cela pour le bien être de la population malienne.

# **Bibliographie**



1. ANGATE Y.  
Aspects chirurgicaux des ulcères gastro-duodénaux en Côte d'Ivoire.  
Afr. Med., 1971, 88, 213 - 216.
2. ANGORN, I.B., MOSHAL, M.G.  
& BAKER, L.W. Acid secretion in Zulu and Indian patients with duodenal ulcers. S. Afr. Med. J., 1976, 50, 143 - 145.
3. ARBAB, B. M. O & HASSAN, M. A.  
Peptic ulcer in Khartoum civil hospital. Trop. Doctor, 1976, 6, 112 - 113.
4. BADDOE, E. A.  
Gastric outlet obstruction in adults (Korle Bu teaching hospital, Accra)  
W. Afr. med. J., 1972, 21, 154 - 158.
5. BADDOE, E. A.  
Gastro duodenal perforation in Accra  
Ghana med. J., 1972, 2, 248 - 252.
6. BATESON, E.M.  
Duodenal ulcer-does it exist in Australian Aborigines ?  
Aust. N. Z. J. Med., 1976, 6, 545 - 547.
7. BEZES H, RICHIR CL.  
Aspect chirurgical des ulcères gastro-duodénaux chez le noir africain.  
Lyon médical, 1963, 59, 367 - 381.
8. BEZES H., ZINSOUR., GOUDOTE E.  
Les ulcères duodénaux sténosants en pratique chirurgicale africains.  
Med. Afr. noire, 1958, 5, 423 - 455.
9. BEZES H., ZINSOU R.  
Ulcère duodéal chez l'africain de la région de Dakar et son traitement chirurgical.  
Mem. Acad. Chir, 1958, 84, 488 - 490.
10. BEZES H.  
45 gastrectomies en milieu africain .  
Med. trop., 1957, 17, 843 - 861.

11. BONFILS S., BERNADES P.  
La maladie ulcéreuse gastro-duodénale  
In : DEBRAY ch., GEFROY Y. (Ed)  
Precis des maladies du tube digestif  
1977, PARIS, Masson édit., PP 144 - 182.
- 12 BREMNER C.G.  
Duodenal ulcer in the Johannesburg urban African.  
S. Afr. J. Surg., 1972, 10, 139 - 141.
13. BROZIN, I.H., PRAJAPAT, D.K., BLUMSOHN, D.  
Perforated duodenal ulcer in black patients.  
S. Afr. Med. J., 1977, 52, 186 - 188.
14. CARAYON A., FOUCHER G.  
A propos de 163 ulcères duodénaux traités chirurgicalement  
chez l'africain.  
Bull. Soc. med. Afr. noire, Lgue franç., 1968, 13, 217 - 222.
15. CARAYON A., COURBIL L.J.  
Evolution des opérations conservatrices dans le traitement  
de l'ulcère duodéal.  
Bull. Soc. med. Afr. noire, Lgue franç., 1961. 6, 379 - 385.
16. CAVE L., SANKALE M., PINEAU P., FERAI J.  
Un an de radiologie gastro-duodénale à Dakar.  
Med. Afr. noire, 1963, 10, 385 - 386.
17. CAZENAVE M.  
A propos de l'ulcère gastro-duodéal au Cameroun. Rapport  
de A. Mouchet.  
Mém. Acad. Chir., 1956, 82, 845 - 848.
18. CHABAL J.  
Chirurgie duodénale.  
Bull. Soc. méd. Afr. noire, Lgue franç., 1967, 12, 299 - 309.
19. CHABAL J.  
Aspect actuel du traitement chirurgical des ulcères gastro-  
duodénaux, bilan de 300 interventions chez le noir africain.  
Med. Afr. noire, 1970, 17, 29 - 31.

20. CHABAL J., BALLON CL., CROIZAT B.  
Opération de Dragsted et traitement des sténoses pyloriques  
d'origine ulcéreuse.  
A propos de 85 observations.  
Bull. Soc. méd. Afr. noire, Lgue franç., 1967, 12, 606 - 624.
21. CHABAL J., IZARN R.  
Point de vue actuel à Dakar sur le traitement des ulcères  
gastro-duodénaux.  
W. Afr. méd. J., 1970, 19, 30 - 32.
22. CHUTTANI H.K et al.  
Hook worm disease and duodenal ulceration, 1967, Gut, 8, 69.
23. CORACHAN M.  
Radiological studies of the upper digestive tract in Tanzanians  
at Mwanza.  
Trop. Geogr. Med., 1976, 28, 16 - 20.
24. DAVEY W. W., DICKSON J.A.S.  
Stomacal ulcer in Nigeria.  
J. roy. Coll. Surg. Edinb, 1964, 52, 189.
25. DOGRA J.R.  
Studies on peptic ulcer in South India.  
Indian J. med. Res., 1940, 28, 48.
26. DOUST J.Y., HAGHIGHI L., KAVOUSSI K.M.  
Duodenitis and giardiasis.  
J. Trop. Med. Hyg., 1969, 72, 284 - 285.
27. DUFLO B., DUFLO MOREAU B., GUINDO A.  
Bilan des 2000 fibroscopies oeso-gastro-duodénales effectuées  
à Bamako.  
Communication 7è congrès des médecins internistes de l'Afrique  
de l'Ouest.  
Dakar 10 Avril 1978.
28. DUFLO MOREAU B., GUINDO A., AG RHALY A., DUFLO B.  
Apport de la fibroscopie dans les hémorragies digestives.  
A propos de 240 examens effectués à Bamako.  
A paraître in Bull. Soc. Afr. noire, Lgue franç.

29. EDINGTON G.M., GILLES H.M.  
Pathology in the tropics.  
LONDON, 1976, Edward Arnold Edit., pp 518 - 519.
30. HAMBER G., VON BERGEN M.  
Peptic ulcer in the Burundi Republic and Nile-Congo watershed.  
Trop. Geogr. Med., 1971, 23, 213 - 219.
31. HAMBER G., VON BERGEN M.  
Gastric ulcer in tropical Africa. Clinical features and incidence in Burundi.  
Trop. Geogr. Med., 1973, 25, 1 - 7.
32. HANCOCK E.D.  
A review of gastro-duodenal pathology in Busogo district, Uganda.  
East Afr. méd., J., 1971, 48, 103 - 108.
33. IZARN R.  
La thérapeutique chirurgicale de l'ulcère gastro-duodéal à Dakar.  
Thèse Médecine, Paris, 1969.
34. JOLY B.M.  
Peptic ulcer in W. Nigeria and Southern United States.  
W. Afr. méd. J., 1956, 5, 55.
35. KOLAWOLE T.M., SOLANKE T.F.  
Duodenal ulcers in Ibadan, Nigerian.  
Trop. Geogr. Med., 1973, 25, 325 - 334.
36. KONSTAM P.G.  
Gastric acidity in Nigerian peptic ulcer.  
W. Afr. méd. J., 1955, 4, 203.
37. KONSTAM P.G.  
The stomach and duodenum : in  
in WOOD RUFF A.W. Alimentary and haematological aspects of tropical disease.  
LONDON, 1970, Arnold Edit., pp 52 - 59.
38. KUNZLE, J.E., TREVELIM, J.L.  
& Prête, R. Secreção gastrica acida em chagasicos com ulcera duodenal. Estudo comparado.  
Revta Ass. méd. Bras., 1971, 17, 191 - 6.

39. LEWIS E.A., BOHRER S.P.  
Gastric outlet obstruction in adults in Ibadan.  
W. Afr. méd. J., 1970, 19, 59 - 64.
40. MARKS L. N.  
Peptic ulceration  
In : CAMPBELL G.D., SEEDAT Y. K., DAYNES G.  
Clinical medicine in african in Southern Africa, Edimburg  
and London, 1973, churchill livingstone pp., 196 - 197.
41. MERLE H., KONE A., VERGNOLL R.  
La chirurgie gastro-duodénale en milieu africain.  
Afr. franç., Chir., 1959, 17, 71 - 75.
42. MUIRDEN J.C.  
A radiological survey of upper gastro intestinal lesions in  
Port-Moresby 1972 - 4.  
Papua new Guin. Med. J., 1976, 19, 149 - 152.
43. NWOKOLO C.  
Gastric ulceration in Southern Nigera.  
W. Afr. méd. J., 1966, 15, 210.
44. PARODIL, BOURTHE F., DICKA E.N.  
Les aspects étiologiques, anatomiques et thérapeutiques de  
la pathologie chirurgicale gastro-duodénale en Afrique Centra-  
le.  
J. Chir. Paris., 1961, 82, 445 - 446.
45. PAYET M., PELLEGRINO A., D'ASSOMPTION V.  
Un an de radiologie gastro-duodénale en milieu africain, à  
Dakar.  
Bull. Soc. med. Afr. noire, Lgue franç., 1959, 4, 369 - 390.
46. REILY, P.C., Mr. CATINO, D. SCHAEFER, R.A.  
Duodenal ulcer in rural Haïti : I. Clinical features, II. Gas-  
tric secretory studies.  
J. Trop. Med. Hyg., 1975, 78, 227 - 230.
47. ROBERT H., BOUFFARD A., GNANHUI DAVID M.  
Traitement chirurgical de l'ulcère duodéal au Dahomey.  
Bull. Soc. méd. Afr. noire, Lgue franç., 1964, 9, 544 - 552.

48. SERAFINO X., DIOUF B., POUYE I.  
Quelques aspects actuels de la chirurgie des ulcères gastro-  
duodénaux en milieu tropical.  
Afr. med., 1962, 2, 77 - 89.
49. SOLANKE T.F., ANTIA A.U.  
Peptic ulcer in Nigerian children.  
W. Afr. méd. J., 1968, 17, 110 - 114.
50. SOW A.M., AG BETRA M., COLY D., TOURE Y.I., SANKALE M.  
La fibroscopie oeso-gastro-duodénale dans un service de médecine interne à Dakar.  
Premiers résultats à propos de 183 examens.  
Bull. Soc. med. Afr. noire, Ligue franç., 1977, 22, 110 - 120.
51. STRONG T.N.  
Experience in the surgical treatment of peptic ulcer on the Indo-Nepal border. A review of gastric surgery in the Duncun hospital (Bihar) 1960 - 1968.  
J. Nepal. Med. Ass., 1969, 7, 95 - 100.
52. TOUZE M.E.  
Ulcères gastro-duodénaux en Afrique Equatoriale.  
Méd. Afr. noire, 1960, 7, 381 - 382.
53. TOVEY F.I.  
The geographical distribution and possible factors in the aetiology of peptic ulcer.  
Trop. Doctor, 1974, 4, 17 - 21.
54. TOVEY F.I.  
Duodenal ulcer in Mysore.  
Trop. Geogr. Med., 1972, 24, 107 - 111.
55. TOVEY F.I., TUNSTALL M.  
Duodenal ulcer in black population in Africa south of the Sahara.  
The géographical distribution of duodenal ulcer.  
Gut, 1975, 16, 564 - 576.

56. TRAORE S.  
 Transfusion sanguine et ses particularités au Mali.  
 Cours polycopié, Bamako, 1975.
57. VANENK A.  
 Het ulcus pepticum in tropisch Africa, in het bijzonder in  
 het agogo ziekenhuis (Zind Ghana).  
 Thesis, 1976. University of Amsterdam, the Nétherlands.
58. WAPNICK S., GELFAND M.  
 Peptic ulcer in the Rhodesian african .  
 S.Afr. méd. J., 1973, 47, 625 - 8.
59. WIERMAN J.A., SNYDER C.A.  
 The feasibility of using the fiberoptic gastroscope in a small  
 hospital in a developing country.  
 Trop. Doctor, 1978, 8, 110 - 111.
60. YOUBBA Z.M.  
 Aspect chirurgical des ulcères duodénaux en milieu noir  
 africain à Bamako. (A propos de 85 cas).  
 Thèse, Médecine, Bamako, 1977.
61. BENJAMIN F.E.  
 A propos d'un an d'activités dans un service de radio-  
 diagnostic. en République du Mali.  
 Thèse, Médecine, Bordeaux II, 1978.
62. ~~Third~~ symposium on histamine H<sub>2</sub>-receptor antagonists. Clinical  
 results with cimetidine.  
 Gastro enterology  
 1978, 74, (2), 338-487.      ...../.....

# TABLE DES MATIERES

## INTRODUCTION

I. Introduction .....	1
MATERIEL CLINIQUE ET METHODE DE TRAVAIL..	
II. Matériel clinique et méthode de travail.....	2
II.1. Recueil des cas cliniques.....	2
II.1.1. Enquête retrospective.....	2
II.1.2. Enquête prospective.....	3
II.2. Provenance des malades.....	6
II.3. Laf fibroscopie oeso-gastro-duodénale.....	7
ANALYSE DES OBSERVATIONS ET RESULTATS	
III. Analyse des observations et résultats.....	8
III.1. Epidémiologie des ulcères à Bamako.....	8
III.1.1. Incidence globale des ulcères à Bamako.....	8
III.1.2. Répartition topographique des ulcères.....	11
III.1.3. Incidence des ulcères en fonction du sexe.....	12
III.1.4. Incidence des ulcères en fonction de l'âge.....	14
III.1.5. Variation du rapport ulcère gastrique sur ulcère duodéal selon l'âge.....	18
III.1.6. Répartition des ulcères selon l'âge et le sexe..	20
III.1.7. Répartition des ulcères selon les ethnies.....	23
III.2. Facteurs étiologiques.....	27
III.2.1. Facteurs familiaux.....	27
III.2.2. Facteurs alimentaires.....	29
III.2.3. Médicaments agressifs pour l'estomac et le duo- dénium.....	32
III.2.4. Associations pathologiques.....	34
III.2.5. Contexte psycho-social.....	35
III.3. Symptomatologie des ulcères.....	39
III.4. Corrélations radio-endoscopiques.....	42
III.5. Données endoscopiques.....	44
III.5.1. Résultats macroscopiques.....	44
III.5.2. Biopsies et examens anatomopathologiques.....	47

...../.....



III.6. Evolution des ulcères gastro-duodénaux.....	48
III.7. Observations exemplaires.....	55

#### COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

IV. Comparaison avec la littérature.....	61
IV.1. Aspects épidémiologiques des ulcères.....	61
IV.1.1. Prévalence des ulcères.....	61
IV.1.2. Rapport ulcère duodéal sur ulcère gastrique.....	62
IV.1.3. Incidence des ulcères en fonction de l'âge.....	62
IV.1.4. Incidence des ulcères en fonction du sexe.....	63
IV.2. Facteurs étiologiques.....	63
IV.3. Symptomatologie des ulcères.....	63
IV.4. Diagnostio des ulcères.....	64
IV.5. Traitement.....	65

#### CONCLUSION GENERALE

V. Conclusion générale.....	66
-----------------------------	----

#### BIBLIOGRAPHIE

- S E R M E N T -

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes frères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

-----