



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE : 1982 - 1983

Directeur Général	: Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint	: Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général	: Monsieur Demba DOUCOURE
Econome	: Monsieur Philippe SAYE
Conseiller Technique	: Professeur Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA	: Pharmacie Chimique
-"- Francis MIRANDA	: Biochimie
-"- Michel QUILICI	: Immunologie
-"- Humbert GIONO-BARBER	: Pharmacodynamie
-"- Jacques JOSSELIN	: Biochimie
-"- Alain GERAULT	: Biochimie
-"- Jean Pierre BISSET	: Biophysique
Docteurs MAGNAN	: O.R.L.
-"- Alain DURAND	: Pharmacie Chimique
-"- Jean Pierre REYNIER	: Galénique
-"- Paula GIONO-BARBER	: Anatomie-Physiologie Humaine
Monsieur Mackthar WADE	: Bibliographie
Secrétaire Général	: Monsieur Demba DOUCOURE
Econome	: Monsieur Philippe SAYE
Conseiller Technique	: Professeur Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA	: Pharmacie Chimique
-"- Francis MIRANDA	: Biochimie
-"- Michel QUILICI	: Immunologie
-"- Humbert GIONO-BARBER	: Pharmacodynamie
-"- Jacques JOSSELIN	: Biochimie
-"- Alain GERAULT	: Biochimie
-"- Jean Pierre BISSET	: Biophysique
Docteurs MAGNAN	: O.R.L.
-"- Alain DURAND	: Pharmacie Chimique
-"- Jean Pierre REYNIER	: Galénique

.....

PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO

Professeur	Aliou BA	: Ophtalmologie
-	Bocar SALL	: Orthopédie-Traumatologie-Secourisme
-	Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
-	Mohamed TOURE	: Pédiatrie
-	Souleymane SANGARE	: Pneumo-Phtisiologie
-	Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière Médicale
-	Mamadou Lamine TRAORE	: Obstétrique-Médecine Légale
-	Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
-	Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
-	Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
-	Sinè BAYO	: Histo-Embryo-Anatomie Pathologie
-	Abdel Karim KOUMARE	: Anatomie-Chirurgie Générale
-	Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
-	Mamadou Keréissi TOURE	: Cardiologie
-	Yaya FOFANA	: Hématologie
-	Philippe RANQUE	: Parasitologie
-	Bernard DUFLO	: Patho.Méd. Thérapeut. Physiologie Hématologie
-	Marc JARRAUD	: Gynécologie-Obstétrique
-	Bouba DIARRA	: Microbiologie
-	Sélikou SANOGO	: Physique
-	Niamanto DIARRA	: Mathématiques
-	Oumar COULIBALY	: Chimie Organique
-	Yéya TOURE	: Biologie Génétique
-	Amadou DIALLO	: Zoologie-Biologie
-	Moussa HARAMA	: Chimie Minérale

...../.....

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Abderhamane Sidèye MAIGA	: Parasitologie
-	Sory Ibrahima KABA	: Santé Publique
-	Moctar DIOP	: Sémiologie Chirurgicale
-	Balla COULIBALY	: Pédiatrie-Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Beubacar CISSE	: Toxicologie-Hydrologie
-	Souleymane DIA	: Pharmacie Chimique
-	Sanoussi KONATE	: Santé Publique
-	Issa TRAORE	: Radiologie
-	Claude FERRACCI	: Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
-	Mme SY Aïssata SOW	: Gynécologie
-	Jean Pierre COUDRAY	: Psychiatrie
-	Mahamane MAIGA	: Néphrologie
-	Abdoul Alassane TOUNE	: Chirurgie Orthopédique Traumatologie
-	Baba KOUMARE	: Psychiatrie
-	Kalilou OÜATTARA	: Urologie
-	Massane	: Néphrologie
-	Amadou DOLO	: Gynéco-Obstétrique
-	Aly DIALLO	: Médecine Interne
-	Mamadou Marouf KEITA	: Pédiatrie
-	Moussa TRAORE	: Neurologie
-	Salif DIAKITE	: Gynécologie

...../.....

## CHARGES DE COURS

Docteur Gérard GAUCHOT	: Microbiologie
- Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Sémiologie Chirurgicale
- Boulkassoum HAIDARA	: Galénique-Diététique
- Saïbou MAIGA	: Galénique
- Jacqueline CISSE	: Biologie
Professeur N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
- Soulaymane TRAORE	: Physiologie générale
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu.
Docteur Hamma CISSE	: Chimie Générale
- M.L. DIOMBANA	: Stom-atologie
- Zakaria MAIGA	: Obs Gynécologie
- Mamadou K. SARR	: Médecine du Travail
- SAMAKE	: Gynéco-Obstétrique
- Djibril SANGARE	: Chirurgie
- Toumani SIDIBE	: Pédiatrie

---

JE DEDIE CE TRAVAIL

---

---

A MA MERE : SANATA FANE

TON AMOUR N'A JAMAIS FAIT DEFAUT, TU AS TOUJOURS INTERVENU A CHAQUE  
FOIS QUE CELA ETAIT NECESSAIRE.

JE TE REMERCIE TENDREMENT POUR TOUT LE SERVICE RENDU.

A MON PERE : MAMADOU KONE

TON DEVOIR, TU L'AS ACCOMPLI, A MON EGARD, CAR M'AYANT INDIQUE TRES  
TOT LE CHEMIN DE L'ECOLE, TES CONSEILS, TON SOUTIEN DURANT TOUTES  
LES ETAPES DE LA VIE SCOLAIRE M'ONT TOUJOURS GUIDE.

PUISSE CE TRAVAIL TE SERVIR D'UN REMERCEMENT PARMI TANT D'AUTRES  
POUR TOUTES TON AFFECTION A MON EGARD.

HOMME VERTUEUX, TON COURAGE, TA LOYALTE, RESTERONS POUR NOUS UNE  
DIRECTIVE.

A LA MEMOIRE DE NOTRE GRAND-PERE : OUMAR FANE

CE TRAVAIL, CE SUCCES, TU L'AS VISE AVANT TA MORT; EN ME MONTRANT  
LE CHEMIN DE L'ECOLE.

TA MORT NOUS A CONDUIS A LA MEDECINE. NOUS FERONS LE MEILLEUR DE  
NOUS MEME POUR EVITER AUX HOMMES CE QUE TU AS RESSENTE AVANT DE  
NOUS QUITTER.

REPOSE EN PAIX.

A MA GRAND MERE,

A MES TANTES ET ONCLES A MACINA

POUR VOUS REMERCEZ DE TOUT CE QUE VOUS AVEZ FAIT POUR MOI.

A MES ONCLES ET TANTES A SEGOU

C'EST L'OCCASION POUR MOI DE VOUS DIRE UN GRAND MERCI POUR M'AVOIR  
COMBLE D'AFFECTIONS.

VEUILLEZ ACCEPTER ICI L'EXPRESSION DE MON PROFOND ATTACHEMENT.

A LA FAMILLE SISSOKO A BAMAKO

DURANT LES ANNEES PASSEES CHEZ VOUS, NOUS NOUS SOMMES SENTI CHEZ NOUS.  
NOUS VOUS REMERCIONS INFINIMENT DE CETTE MARQUE D'HUMANISME.

AUX FAMILLES CISSE, DICKO, DABO, KANE A BAMAKO

MERCI POUR VCS CONSEILS.

A TOUS LES CAMARADES DE LA PROMOTION 1978-1983

POUR LES DURES ANNEES UNIVERSITAIRES.

A MES FRERES ET SOEURS

VOUS N'AVEZ EN AUCUN MOMENT FAILLI A VOTRE DEVOIR. MON AFFECTION POUR VOUS EST SANS LIMITE.

CE MODESTE TRAVAIL EST LE SYMBOLE D'UN AMOUR FRATERNEL ET UN ENCOURAGEMENT POUR TOUS.

RESTONS TOUJOURS UNIS, POUR LES DURES CHEMINS DE LA VIE.

A MES AMIS

NE POUVANT LES NOMMES TOUS, DE PEUR D'EN OUBLIER, JE SUIS PERSUADE QU'ILS SAUROYENT SE RECONNAITRE. AVEC UNE MENTION PARTICULIERE A TANGARA, COULIBALY, DIARRA, KANE, DIALLO.

TROUVEZ ICI TOUT MON AMOUR AMICAL.

A MON AMIE

POUR TON AMOUR ET TA TENDRESSE.

A MES AMIS DE L'ENMP

MAMADOU OTTO DIALLO, BA BOUA TRAORE, ABDAMANE K. CISSE

POUR LES DURES ANNEES UNIVERSITAIRES PASSEES ENSEMBLE.

PUIS-JE TROUVER L'OCCASION DE VOUS REMERCIER ET VOUS SOUHAITER COURAGE ET SUCCES POUR LE DUR METIER choisi .

A MES CAMARADES INTERRES :

MM. MOULAYE SANGARE ( doyen )  
SEYDOU COULIBALY  
DOUGOUFANA BAGAYOKO  
MAMADOU O. DIALLO  
Mlle. Alimata NAKO  
NOUHOUN WANE  
CHEICK TRAORE  
MAMADOU M. DIALLO  
TINZANA COULIBALY  
THEMOKO BALLO  
Mlle. DEIDIA BABY

POUR LA COLLABORATION ET L'AMITIE QUI NOUS A UNI.

AUX MAJORS :

COULIBALY, SYLLA, TOGO ET DOUMBIA,  
POUR LEUR SACRIFICE ET LEUR CONSEIL FRATERNEL  
SOYEZ - EN REMERCIER

A TOUT LE PERSONNEL DES SERVICES DE MEDECINE I, II ET ANNEXE NEURO-  
LOGIE.

A MONSIEUR TIEMAN TRAORE

POUR LE SERVICE RENDU.

AUX LABORATOIRES BOOTS- DACOUR ET ASTRA FRANCE :

-POUR LE SOUTIEN MATERIEL.

AUX DOCTEURS :

BADY KEITA, ET SA FAMILLE

ABDOULAYE DIALLO,

POUR L'AMITIE, LES CONSEILS, ET LA FRANCHE COLLABORATION QUI ONT TOU-  
JOURS COURRONNES NOS RAPPORTS. SOYEZ ASSURE DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE.

A TOUS LES ETUDIANTS DE L'E.N.M.P

COURAGE ET SUCCES

AU DIRECTEUR DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE :

LE PROFESSEUR ALIOU BA.

POUR VOTRE SAGESSE ET LES EFFORTS QUE VOUS NE CESSEZ DE FOURNIR POUR  
LA FORMATION DES ETUDIANTS DE CETTE ECOLE.

A TOUS MES MAITRES.

POUR LA PRECIEUSE PORTION DE CONNAISSANCE QUE CHACUN D'EUX NOUS A TRANS-  
MIS.

VEUILLEZ ACCEPTER ICI L'EXPRESSION

DE MES SINCERES REMERCIEMENTS.

A TOUT LE PERSONNEL DE L'E.N.M.P.

POUR LEUR DISPONIBILITE.

AU DOCTEUR ALY NOUHOM DIALLO

AU COURS DE NOTRE ANNEE D'INTERNAAT, NOUS AVONS APPRECIE SES QUALITES  
DE CLINICIEN AVERTI, ET SURTOUT SON SENS ELEVE POUR LA JUSTICE SOCIALE.  
PERMETTEZ MOI, "MON PEULH", DE VOUS ADRESSEZ MES VIVES REMERCIEMENTS.

=====  
AUX MEMBRES DU JURY

A MON PRESIDENT ET MAITRE DE THESE :

PROFESSEUR AGREGE BERNARD DUFLO

NOUS AVONS EU LE PRIVILEGE D'ETRE ADMIS DANS VOTRE SERVICE, OU UN ACCUEIL PLEIN DE CHARME, ET DE BONNE NOUS A ETE RESERVE.

LE SENS PROFOND D'ORGANISATION, LA METHODE DANS LE TRAVAIL, LE COURAGE SANS CESSER RENOUVELE, LA VIGILANCE CONSTAMMENT EVEILLEE ET LA PERSPICACITE DE CHECHEUR QUI VOUS ANIMENT SONT POUR NOUS DES QUALITES A ACQUERIR, UNE LIGNE DE CONDUITE A SUIVRE.

NOUS AVONS APPRECIER, PENDANT DES ANNEES LA DIVERSITE ET LA RICHESSE DE VOTRE ENSEIGNEMENT. NOUS AVONS ETE TEMOINS DE VOS GRANDES COMPETENCES D'INFORMATICIEN, MALGRE VOS MULTIPLES OCCUPATIONS MEDICALES.

VOUS NOUS AVEZ FAIT UN GRAND HONNEUR, EN NOUS CONFIAINT CE TRAVAIL. PUISSIONS-NOUS NE PAS TROP VOUS DECEVOIR.

POUR LE GRAND HONNEUR QUE VOUS NOUS FAITES EN ACCEPTANT DE PRESIDER CE JURY DE THESE, SOYEZ ASSURE DE NOTRE PROFONDE RECONNAISSANCE ET DE NOS SINCERES REMERCIEMENTS.

AU PROFESSEUR ALY GUINDO

NOUS AVONS EU LE PRIVILEGE D'OBSERVER L'ENTHOUSIASME QUI VOUS ANIME DANS LE TRAVAIL ET VOTRE ATTACHEMENT A VOS MALADES, ET DE BENEFICIER DE VOS COURS DE SEMIOLOGIE DIGESTIVE.

VEUILLEZ TROUVEZ ICI L'EXPRESSION DE NOTRE PROFONDE GRATITUDE.

AU DOCTEUR ERIC PICHARD :

PENDANT UN SEMESTRE, NOUS AVONS TOT APPRECIÉ VOTRE ESPRIT DE GRAND CLINICIEN, VOTRE SENS HUMAIN.

VOS CONSEILS, VOTRE CONCOURS MATÉRIEL, BIBLIOGRAPHIQUE, NOUS ONT PERMIS DE MENER A BIEN CE TRAVAIL.

TROUVEZ A TRAVERS CE MODESTE TRAVAIL NOTRE SINCÈRE RECONNAISSANCE.

AU DOCTEUR HAMAR ALASSANE TRAORE :

VOTRE COURAGE CONSTAMMENT RENOUVELLE, VOTRE VOLONTE A TOUTE E-  
PREUVE, VOTRE EFFICACITE ET VOTRE RAPIDITE DANS LE TRAVAIL,  
VOTRE INTELLIGENCE ET VOTRE DISPONIBILITE A TOUT MOMENT SONT  
POUR NOUS DESORMAIS, UN TRESOR A POSSEDER.

VOUS NOUS AVEZ APPRIS AVEC LA PLUS GRANDE SIMPLICITE LES TECH-  
NIQUES DE L'ENDOSCOPIE. PLUS QU'UN AINE, VOUS AVEZ ETE POUR  
NOUS UN MAITRE DE THESE, UNE SOURCE DE CONNAISSANCE, TEMOIGNANT  
VOS REPONSES SEDUISANTES A NOS QUESTIONS. CE TRAVAIL EST LE  
VOTRE.

VEUILLER TROUVER ICI, L'EXPRESSION DE NOTRE SINCERE RECONNAISSANCE.

S O M M A I R E

	Pages
INTRODUCTION .....	1
<u>PREMIERE PARTIE</u> : METHODES ET MALADES ETUDIES .....	2
1. 1. - METHODES .....	3
1. 1. 1 - RECTOSCOPIE .....	3
1. 1. 2 - BIOPSIE DE LA MUQUEUSE RECTALE .....	10
1. 2. - MALADES ETUDIES .....	12
1. 2. 1 - ORIGINE ( PROVENANCE ) DES MALADES .....	12
1. 2. 2 - REPARTITION PAR AGE ET SEXE .....	13
1. 2. 3 - REPARTITION ETHNIQUE .....	15
1. 2. 4 - REPARTITION EN FONCTION DU LIEU DE NAISSANCE .....	15
1. 2. 5 - REPARTITION EN FONCTION DE LA RESIDENCE .....	16
1. 3. - ETUDES CLINIQUE .....	19
1. 4. - EXPLOITATION DES RESULTATS .....	20
1. 4. 1 - INFORMATIQUE .....	20
1. 4. 2 - SAISIE DES DONNEES .....	20
1. 4. 3 - EXPLOITATION PROPREMENT DITE .....	20
<u>DEUXIEME PARTIE</u> : ANALYSE .....	21
2. 1 - INDICATIONS .....	22
2. 1. 1 - INDICATIONS D'ENSEMBLE .....	22
2. 1. 2 - VARIATIONS EPIDEMIOLOGIQUES DES INDICATIONS .....	23
2. 1. 1. 1 - VARIATION DES INDICATIONS EN FONCTION DE L'AGE ET DU SEXE .....	23
2. 1. 2. 2 - VARIATION DES INDICATIONS EN FONCTION DU SERVICE OU DU MEDECIN CONSULTANT .....	26
2. 1. 2. 3 - REPARTITION DES INDICATIONS EN FONCTION DE LA PRO- FESSION .....	28
2. 1. 2. 4 - REPARTITION DES INDICATIONS EN FONCTION DE L'ETHNIE .....	30
2. 1. 3 - <u>ETUDE DETAILLEE DES INDICATIONS</u> .....	31
2. 1. 3. 1 - RECTORRAGIES .....	31
2. 1. 3. 2 - PRURIT ANAL .....	33
2. 1. 3. 3 - TROUBLES DU TRANSIT .....	33
2. 1. 3. 4 - INDICATION DE LA B. M. R. .....	35

	Pages
2. 1. 3. 5 - LES DOULEURS ABDOMINALES .....	39
2. 1. 3. 6 - LES TENESMES ET FAUX BESOINS .....	39
2. 2 - <u>RESULTATS</u> :	41
& PREMIERS EXAMENS .....	41
2. 2. 5 - VARIATIONS EPIDEMIOLOGIQUES DES RESULTATS .....	43
2. 2. 5. 1 - VARIATION EN FONCTION DE L'AGE .....	43
2. 2. 5. 2 - VARIATION EN FONCTION DU SEXE .....	44
2. 2. 5. 3 - RESULTATS RECTOSCOPIQUES EN FONCTION DU SERVICE OU DU MEDECIN CONSULTANT .....	45
2. 2. 6. - <u>ANALYSE DETAILLEE DES RESULTATS</u> .....	46
2. 2. 6. 1 - LESIONS DE LA MARGE ET DE L'ANUS .....	46
2. 2. 6. 1. 1- LES BILHARZIOSES .....	46
2. 2. 6. 1. 2- LES HEMORROIDES .....	47
2. 2. 6. 1. 3- LES FISSURES ANALES .....	49
2. 2. 6. 1. 4- LES PROLAPSUS .....	50
2. 2. 6. 1. 5- LES ANITES .....	50
2. 2. 6. 1. 6- LES FISTULES .....	51
2. 2. 6. 1. 7- LES TUMEURS DE LA MARGE .....	51
2. 2. 6. 1. 8- LES TUMEURS PERCEPTIBLES .....	52
2. 2. 6. 2. - <u>LES LESIONS RECTALES</u> .....	53
2. 2. 6. 2. 1- LES RECTITES .....	53
2. 2. 6. 2. 2- LES ULCERES DU RECTUM .....	54
2. 2. 6. 2. 3- RETRECISSEMENT NON TUMORAL .....	54
2. 2. 6. 2. 4- LES TUMEURS ANO-RECTALES .....	55
2. 3. - CONFRONTATION DES RESULTATS EN FONCTION DES INDICA- TIONS .....	56
* LES LESIONS DE LA MARGE ET DE L'ANUS .....	56
2. 3. 1. - LES BILHARZIOSES .....	56
2. 3. 2. - LES HEMORROIDES .....	62
2. 3. 3. - LES FISSURES ANALES .....	63

...../.....

	Pages
2. 3. 4.	- LES PROLAPSUS ..... 65
2. 3. 5.	- L'ANITE ..... 65
2. 3. 6.	- LES TUMEURS DE LA MARGE ..... 66
2. 3. 7.	- TUMEURS PERCEPTIBLES AU T.R. .... 66
2. 3. 8.	- LES FISTULES ..... 66
	* <u>LESIONS RECTALES</u> ..... 67
2. 3. 9.	- LES RECTITES ..... 67
2. 3. 10.	- LES ULCERES DU RECTUM ..... 68
2. 3. 11.	- RETRECISSEMENT NON TUMORAL ..... 68
2. 3. 12.	- LES TUMEURS ANO-RECTALES ..... 69
	& <u>CONTROLES</u> ..... 71
	• LES HEMORROIDES ..... 71
	• LES FISSURES ANALES ..... 72
	• LES FISTULES ANALES ..... 72
	• LES ANITES ..... 72
	• LES RECTITES ..... 72
	• ULCERES DU RECTUM ..... 73
3.	- <u>SYNTHESE</u> ..... 74
3. 1.	- RESULTATS RECTOSCOPIQUES A LA MARGE ET A L'ANUS EN FONCTION DES INDICATIONS ..... 74
3. 1. 1.	- RESULTATS RECTOSCOPIQUES DANS LES DOULEURS ABDOMINALES ..... 75
3. 1. 2.	- DEVANT LES TENESMES ET FAUX BESOINS ..... 74
3. 1. 3.	- RESULTATS RECTOSCOPIQUES DE LA MARGE ET DE L'ANUS, RETRouvES DEVANT UN PRURIT ANAL ..... 75
3. 1. 4.	- DEVANT UNE RECTORRAGIE, QUELLES SONT LES RESULTATS RECTOSCOPIQUES RETROUVES AU NIVEAU DE LA MARGE ET.. DE L'ANUS ..... 75
3. 1. 5.	- RESULTATS ANUSCOPIQUES EN FONCTION DES TROUBLES DU TRANSIT ..... 75

	Pages
3. 1. 6	- RESULTATS ANUSCOPIQUES DANS LES SUSPICIONS DIAGNOS- TIQUES ..... 76
3. 1. 7	- QUELLES LESIONS RETROUVENT-ON A LA MARGE ET A L'A- NUS DEVANT UNE ANEMIE ET OU CACHEXIE ..... 77
3. 1. 8	- RESULTATS DE LA RECTC DANS LES INDICATIONS DE LA B.M.R. .... 77
3. 2.	- <u>LES LESIONS RECTALES</u> ..... 78
3. 2. 1.	- RESULTATS RECTOSCOPIQUES EN FONCTION DES DOULEURS ABDOMINALES ..... 78
3. 2. 2.	- RESULTATS RECTOSCOPIQUES DEVANT LES TUMESMES ET LES FAUX BESOINS ..... 78
3. 2. 3.	- RESULTATS RECTOSCOPIQUES EN FONCTION DES TROUBLES DU TRANSIT ..... 78
3. 2. 4.	- DEVANT UNE RECTORRAGIE QUE PEUT-ON RETROUVERES AU NIVEAU DU RECTUM ..... 79
3. 3.	- <u>SYNTHESE D'ENSEMBLES</u> ..... 80
	- <u>CONCLUSION</u> ..... 83
	- <u>BIBLIOGRAPHIES</u> ..... 88

*I* N T R O D U C T I O N

---

---

La rectoscopie est l'examen de la marge anale de l'anus et du rectum jusqu'à 25 cm à l'aide d'un Endoscope rigide.

C'est un examen simple non spécialisé que tout médecin généraliste doit savoir faire. Il est nécessaire pour le diagnostic des affections ano-rectales. ( 1, 7, 9, 18, 25, 27 ).

En 1855, le Français DESORIEAUX, fut le premier à explorer le rectum, mais aussi les anses coliques sus-jacentes, jusqu'à 25 cm ou 30 cm.

Citons plus près de nous, les travaux de LOCKMART<sup>et</sup> KEMMERY,  
et de BERGHEM.

En France, il faut nommer les médecins comme, RAOUL BEHSAUDE, CAIN, puis RACHET, FAROY et toute la récente école Française de Proctologie auteur de JEAN ARNOUS qui ont apporté d'importants progrès et perfectionnements (témoins, l'anuscope de RAOUL BEHSAUDE si bien profilé qu'il apparait difficile de trouver un instrument mieux adapté; mieux toléré par le patient).

Il n'existe pas au Mali de documents sur cet examen simple, de pratique facile. C'est un examen qui est pour le moment réservé au spécialiste

Le but de notre travail, n'est pas de décrire la rectoscopie ( techniques et indications ) classique; mais surtout de montrer son apport clinique, diagnostique et thérapeutique en médecine interne.

Il faut enfin citer pour mémoire l'importance de l'utilisation de l'éclairage par lumière froide transmise par des fibres de verre. ( non encore utilisée dans notre pays ), qui permet un éclairage anuscopique externe, et rectoscopique interne remarquable. Elle permet aussi la coloscopie quasi-instantanée pouvant faire suite à la rectoscopie; permettant d'explorer les colons sigmoïde et iliaque dont on sait l'importance dans la pathologie colo-rectale.

La rectoscopie, malgré les progrès de l'endoscopie médicale, reste pour le moment irremplaçable.

Elle garde toujours une importance capitale surtout dans les pays en voie de développement, car le matériel est simple, facile à entretenir, et à bon marché.

/) R E M I E R E - /) A R T I E

- M E T H O D E S

-- E T M A L A D I E S E T U D I E S

1 . 1 - HEMORROÏDES

1 . 1 . 1 . - LA RECTOSCOPIE

Il est important de toujours rassurer le malade de le prévenir de chaque geste que l'on va réaliser; car son appréhension est toujours grande et sa collaboration importante.

1 . 1 . 1 . 1 . - LE MATERIEL

Il comprend :

- Une table d'examen
- des doigtiers à un et deux doigts , ou des gants
- Un Lubrifiant ( Merceryl Laurylé ou autres )
- Un bon éclairage constitué par une source lumineuse qui doit être vive, et orientable. La qualité de l'éclairage est fondamentale. Ceux qui observent mal l'anus risquent de faire des erreurs diagnostiques, par insuffisance d'éclairage, ou mauvaise position.

L'éclairage anoscopique est assuré à l'aide d'une lampe fixée sur un portoir qui se trouve derrière la tête de l'observateur et dont le faisceau lumineux est orientable dans la lumière de l'anoscope.

L'éclairage du rectoscope le BENSSEAUDE est faite d'une lampe de 12 VOLTS dont le faisceau lumineux est projeté dans la lumière du tube par un miroir incliné; l'ensemble pouvant être basculé hors de l'axe du tube pour introduire les portes coton et les pinces à biopsie.

L'anoscope de BENSSEAUDE est un tube de 6 centimètres de long, de diamètre variable, en moyenne 2,5 centimètres. Son extrémité à introduire est coupée en bec de flûte. À ce tube est fixé un manche qui se place dans la rainure interfessière. Il est muni d'un mandrin amovible destiné à l'introduction.

- Le rectoscope type BENSSEAUDE : le plus utilisé étant celui de 25 cm de longueur et 2 cm de diamètre avec son mandrin amovible.

-- Enfin le matériel est complété par une pince à biopsie, un long <sup>es</sup>écouvillon, des compresses/ou du coton, un microscope pour examen direct des selles et des biopsies de la muqueuse rectale ( B.M.R ) à la recherche de parasite , une seringue muni d'une aiguille intra-dermique pour la sclérose utilisée dans le traitement des hémorroïdes.

1 . 1 . 1 . 2 - LA REALISATION DE L'EXAMEN

- La préparation du malade est capitale. Le rectum doit être vide, ce qui n'est pas toujours facile à obtenir. Aucune méthode simple et rapide ne donne à coup sûr, un rectosigmoïde évacué.

Cette préparation varie selon les auteurs. Elle n'est pas

systematique pour certains, d'une part, du fait qu'un rectum sain et vide ( notion theorique, mais rarement verifiée ), et d'autre part de l'intéret de voir les selles qu'il peut contenir ( couleur, aspect, etc ). D'autres preconisent, un lavement de 1,5 l d'eau tiède la veille au soir, et 3 heures avant l'examen. il est inutile de rester à jeun; une dernière évacuation au cabinet du medecin ( si possible ).

Ce lavement n'est pas souhaitable en cas de diarrhée qui pourrait necessiter un traitement antidiarrheique actif. Beaucoup d'autres methodes de preparation ont été preconisées.

Pour notre enquête la preparation n'a pas été systematique. Mais nous demandons seulement au malade d'aller à la selle, le matin avant l'examen .

En cas d'examen impossible ( exès de matière fecale ), nous utilisons soit un lavement evacuateur, soit un suppositoire de microlax quelque 3 à 4 heures avant l'examen, soit enfin un traitement anti-diarrheique en cas de selles trop liquides.

Dans la majorité des cas, le rectum a été spontanément vidé lors de la dernière selle.

A noter que ces methodes de preparation, peuvent irriter la muqueuse du rectum qui en quelques minutes acquiert un aspect congestif; parfois purpurique, pouvant induire en erreur le praticien.

Il est important de faire un lavement dans les cas où le rectum est plein de selles. Mais il faut savoir que l'aspect de la muqueuse non preparée et l'aspect habituel des selles, permettent d'éviter les erreurs d'interpretation.

Un examen direct des secretions pathologiques rectales peut être également rentable.

#### -La Position du Malade

La meilleure est la position genu-pectorale que nous avons d'ailleurs generalement adopté: le patient placé à genoux près de l'extrémité de la table, le tronc flechi sur les cuisses ( verticales ), amenant au contact de la table la joue et la partie superieure du thorax; le rachis bien cambré; les bras repliés lateralement. Cette

position un peu fatigante provoque cependant un bon relâchement.

Il est important de veiller au bon maintien de cette position pendant toute la durée de l'examen, les difficultés venant souvent de ce que le malade tend à se relever en se portant en avant.

+ La Position Laterale en Chien de Fusil permet de bien faire le TR; mais ne permet pas de bien voir, ni de bien opérer tout au moins pour les proctologues français. Nous l'avons utilisé parfois chez des malades fatigués; et chez les enfants.

+ La Position de Taille ( position opératoire, ou gynécologique ) est décrite dans les traités, mais nous l'avons jamais utilisé.

- La discipline de l'examen physique

Là, nous devons être reconnaissant aux vieilles règles de la clinique française, et des grands proctologues comme BENSALDE RACHET et plus récemment JEAN ARNOUS qui ont montré que pour être valable et complet, l'examen proctologique doit être systématique et méthodique. Toute une série de gestes, d'observations et d'actes doit s'enchaîner, sans en manquer un et de façon scrupuleuse pour ne pas passer à côté d'un diagnostic par insuffisance d'examen:

. l'inspection de la marge et des fesses, en faisant pousser par intermittence le patient.

. Le TR, prudent, doux, doigts bien lubrifiés, éventuellement en deux positions.

. L'Anuscopie.

. Enfin la rectoscopie.

#### • L'INSPECTION DE LA MARGE ANALE

C'est un temps fondamental, de l'examen proctologique.

Elle permet d'apprécier tout d'abord l'état des teguments au pourtour de l'anus, en recherchant un erythème, un eczéma, une cyanose, des lésions de grattage, un abcès fistulisé externe, une fissure, une ulcération, un cancer, etc ...

L'inspection proprement dite, sera minutieuse, on écartant les poils, on déplissant les plis radiés, écartés avec les deux pouces tirant de chaque côté au plus près de l'origine marginale des plis.

La traction, ainsi exercée par les 2 pouces de l'examineur, en principe indolore, permet de mettre en évidence toutes les lésions de la marge ou du canal qui atteignent la ligne cutané-muqueuse: ulcération, vénérienne, pathologie hémorroïdaire externe, les fissures, les fistules, la plupart des abcès. Ce fort écartement des plis radiés renseignera déjà sur la tonicité sphinctérienne, explorée ensuite au toucher.

Cette inspection est souvent omise dans les manœuvres de TR "à couvert", pratiqués à la dérobée par pudeur.

#### + Le Toucher Rectal (T.R)

est sans doute un geste essentiel. Il n'est pas réservé au proctologue, mais fait partie de tout examen général bien conduit. Il est pourtant souvent omis par négligence du Médecin, ou par pudeur, ou hostilité du patient. C'est ainsi que sont méconnus nombre de cancers rectaux, par insuffisance d'examen.

Il n'est pas dans cette position ( genu-pectorale ), que le complément de cette inspection. Il permet d'apprécier la consistance d'une éventuelle lésion, de préciser le degré du tonus sphinctérien.

En aucune façon le TR dans cette position n'explore correctement l'ampoule rectale.

Le toucher rectal ( TR ) permet de reconnaître l'induration d'une ulcération néoplasique, d'en préciser le degré d'infiltration sphinctérienne, d'apprécier la prostate ( volume consistance, surface ). Il permet aussi d'apprécier la souplesse ou la sclérose du fond d'une fissure. La contracture sphinctérienne, déjà visible, dès l'inspection, souvent associée à une fissure qui rendra le TR douloureux; donc redouté par le malade, doit rendre l'examineur très patient. Le massage circulaire du sphincter fait quelquefois céder la contracture.

Lorsqu'elle reste intense, il faut savoir faire précéder le TR et l'anuscopie d'une anesthésie du sphincter.

Cette anesthésie est réalisée après désinfection stricte de la marge anale, par injection d'un cm<sup>3</sup> de Zylocaïne à 1% non adrénalinée à l'aide d'une aiguille fine qui pénètre le sphincter

externe d'environ 1 cm de profondeur à 15 heures et 21 heures.

Outre le canal anal, le TR doit explorer la partie basse de l'ampoule ~~et~~ rectale et rechercher, par exemple devant une douleur périnéale, un syndrome fébrile, la masse bombante et sensible d'un abcès intra-mural sus-anal.

\* L'anuscopie n'est pas un acte de spécialiste, et tout praticien généraliste doit posséder un anoscope ( type anoscope de BESAUDE ).

Elle suit donc toujours le TR. L'anoscope enduit de lubrifiant est maintenu bien en place avec son mandrin et introduit avec douceur, mais fermé jusqu'à la garde. Le mandrin est ensuite retiré, la source lumineuse orientée, on aperçoit le haut du canal anal. En inclinant le manche de l'anoscope vers le haut, on peut voir la muqueuse du bas rectum et, si le sujet est en bonne position, apprécier les premières valvules de HOUSTON. L'appareil est alors retiré mm par mm, en déplissant par un mouvement de luxation chaque segment de la muqueuse de l'ampoule sus-anale du canal anal et de la zone pectinée; en demandant au patient de faire si besoin, des efforts de poussée.

Seul, cet examen simple permet, d'apprécier les lésions anorectales, de pratiquer des injections sclerosantes des hémorroïdes, des ligatures élastiques d'hémorroïdes interne; et enfin des biopsies de la muqueuse rectale.

Rappelons à ce sujet que la moitié supérieure du canal est indolente comme le rectum, que sa biopsie est aussi indolente; alors qu'à partir des cryptes et en dessous, la moitié inférieure du canal est aussi sensible que la peau. D'où la très grande prudence des actes agressifs à ce niveau.

Enfin les anoscopes de petits calibres sont réservés aux anus étroits et douloureux, ainsi qu'aux très jeunes enfants. Ces petits instruments donnent une visibilité moins avantageuse. Dès de 6° ou 7° mois chez l'enfant, il est habituel que l'on puisse utiliser les instruments de calibre normaux.

### + La Rectoscopie

Si la présence de matières a été notée au TR ou en anuscopie, mieux vaut revoir le malade après préparation.

La rectoscopie doit être faite en bonne règle jusqu'à 25 cm. Elle est souvent possible jusqu'à 30 cm même 35 cm. Assez souvent, il est difficile d'atteindre la hauteur souhaitée ( antécédant chirurgicaux sur le petit bassin; colopathie; troubles vertébraux; senilité ). La souplesse du rachis est essentielle. Chez l'enfant on<sup>ne</sup> peut dépasser 18 - 20 cm ( ce qui correspond à la première courbure infranchissable avec les appareils rigides du rectosigmoïde ). L'on est aidé au cours de cet examen par une bonne connaissance de la disposition normale du rectum et du sigmoïde.

Le rectoscope muni de son mandrin est introduit dans le canal à l'aveugle, à peu près horizontalement, sur une longueur de 4 à 5 cm; puis l'appareil est redressé doucement vers le haut sur un trajet de 4 à 5 cm. Le mandrin est alors enlevé et l'éclairage monté. On fait progresser le tube à vue dans la lumière rectale en haut, en arrière, ainsi sans difficulté jusqu'à 12 ou 15 cm au dessus des larges valvules de Houston. A ce niveau on est arrêté par le coude rectosigmoïdien. Le tube recherche alors la valvule qui ménage un passage plus étroit; habituellement en bas et à droite. Le tube est dirigé alors vers le bas et à droite ( c'est à dire incliner le manche vers le haut et à gauche ), et<sup>on</sup> fait respirer profondément le malade. On repère souvent plus ou moins facilement l'orifice, en appuyant un peu fort, et la lumière sigmoïdienne apparaît plus étroite presque virtuelle avec un plissement longitudinal.

La progression n'est jamais forcée. On avance qu'en voyant la lumière colique defiler sans distention. Il faut savoir qu'entre 22 et 26 cm, le rectoscope rectiligne bute généralement d'une façon définitive sur le fond de la boucle sigmoïdienne. Le Rectoscope aborde la partie haute du colon sigmoïde au voisinage des gros vaisseaux et l'on sent souvent le battement de l'aorte transmis à l'appareil.

Après cette pénétration généralement désagréable, le tube est retiré très lentement en n'hésitant pas à remonter de plusieurs cm en cas de doute. En vision directe et sans insufflation, on retire l'appareil, on apprécie les lésions, et éventuellement, on les biopsie. On apprécie en détail les valvules de Houston dépliées au maximum pour voir les faces cachées, la face postérieure du rectum souvent difficile à observer, car vue tangentielle, la face antérieure enfin. L'appareil est retiré, on observe la jonction ano-rectale, et parfois, on voit assez correctement les hémorroïdes, on retire ensuite doucement l'instrument.

Aucune analgésie ne semble ni souhaitable, ni efficace. Certains ont proposé le diazépam, <sup>1<sup>e</sup></sup>tréméonium méthyl sulfate (Visceralgine) <sup>1<sup>e</sup></sup>Baralgin etc.... Leur efficacité n'est guère appréciable, et leur nécessité <sup>est</sup> douteuse du reste, nous les avons jamais utilisés.

Il n'y a pas de contre-indication à la rectoscopie disait ALFRED LENSUAUDE en 1963; en signalant cependant la prudence recommandée aux spécialistes, en cas de diverticulite aiguë à forme péritonéale rarissime. Il existe d'autres contre-indications exceptionnelles: occlusions intestinales, péritonites, de diagnostic très souvent évident cliniquement.

La rectoscopie est un examen bien toléré. Quelques incidents mineurs: peuvent s'observer :

-érosion muqueuse saignant légèrement, créée lors de la progression du tube.

- Les rarissimes accidents ( perforation, hémorragie ) ne sont jamais arrivés au cours de nos 1000 rectoscopies.

Il existe enfin de petites difficultés à l'examen:

- Puisillanimités extrêmes des sujets, impossibilité à prendre ou maintenir les positions.

- Anus serrés; spasme des fissures, rétrécissement par brides post-opératoire ( hémorroïdectomie, fistulectomie de mauvaise qualité ), maladie de Nicolas Favre ( exceptionnelles ).

...../.....

- Douleurs pelviennes liées aux affections utero-annexielles, à certaines sigmoidites diverticulaires, aussi à certaines colopathies, maladies du péritoine et les affections urinaires.

- Impossibilités mécaniques de franchir la jonction recto-sigmoïdienne ( antécédants chirurgicaux, irradiés, anomalies rachidiennes ).

### 1. 1. 2. - BIOPSIE DE LA MUQUEUSE RECTALE

Biopsie vient du grec : bios = vie et opsis = vue ;

C'est le prélèvement d'un fragment du tissu vivant pratiqué dans le but d'en faire une étude histologique et aussi ultrastructurale. C'est parfois une manœuvre indispensable à l'établissement d'un diagnostic. Elle doit être un geste de routine de l'endoscopiste; mais routine contrôlée et réglée; la réponse que l'on attend de cet acte, apparemment simple et banal, dépend, comme toute chose de la manière dont le prélèvement a été fait, et du site de ce prélèvement. ( 19 , 25 ).

INSTRUMENTATION : Une pince à mors modérément coupants, enlevant un petit morceau pour éviter de risque de perforation. La pince à mord mobile de A. BENSAUDE satisfait parfaitement à ces exigences.

TECHNIQUE : Le siège de la biopsie est toujours délicat à fixer en cas de tumeur. Il faut prélever sur la partie saillante, mais pas trop périphérique car on retire une muqueuse saine, pas non plus au fond d'une ulcération qui n'est constituée que par un tissu nécrotique. Un deuxième prélèvement est fait, en cas de tumeur pédiculée, au voisinage immédiat du pédicule, et au plus près de l'implantation dans les tumeurs sessiles. Les fragments sont fixés dans le bouin ou dans du formol à 10%. ( 25 ).

Enfin la biopsie rectale est réalisée à la recherche des oeufs de bilharzies (BMR). Elle se fait soit sur une lésion caractéristique, soit le plus souvent sur une muqueuse saine. L'examen se fait directement au microscope, au faible grossissement, le prélèvement étant écrasé entre deux lames. ( 4 ).

.... / .....

INCIDENTS ET ACCIDENTS : Dans la majorité des cas, que la muqueuse soit saine ou pathologique, les suites après une biopsie à la pince sont simples.

On peut cependant observer un saignement souvent un peu important que nous avons jugulé en tamponnant, la zone hémorragique par une compresse placée au bout d'un écouvillon. Il faut noter que sous rectoscope, on peut faire un prélèvement des sécrétions ( glaire, mucus, ) au niveau des lésions, à la recherche des parasites ( amibes, *Lambliâ* etc ), ou des bactéries.

1 . 2 . - MALADES ETUDIÉS

- Le travail porte sur 1000 rectoscopies ( 879 premiers examens; et 121 contrôles ) effectuées entre novembre 1982 et octobre 1983 dans le service de médecine interne du Pr. Agrégé BERNARD DUFLO, HOPITAL DU POINT-G BAMAKO.

Au début de l'enquête, nous avons omis certains éléments de l'enquête ( âge, sexe, profession, région de résidence et de naissance, origine du malade ); c'est pourquoi certains de nos tableaux sont incomplets.

1 . 2 . 1 . - ORIGINE ( PROVENANCE ) DES MALADES

143 malades sont envoyés par le Docteur HAMAR ALASSANE TRAORE ( soit 19,2 % des cas ).

126 malades sont des consultants du Docteur ALI MOUKOUN BIALLO ( soit 17 % )

24 patients sont envoyés par le Professeur BERNARD DUFLO ( soit 3,2 % ).

162 proviennent des services de médecine I et II du Professeur BERNARD DUFLO ( 21,8 % ).

242 patients proviennent des autres médecins de Bamako et de Kati ( soit 32,5 % ).

45 malades viennent des autres services hospitaliers ( soit : 6,2 % ) : Le Service de Cardiologie du Prof. M.K. TOURE

Le service de phthisiologie du Pr. S. SANGARE

Les Services de chirurgie des Pr. A. K. KOUMARE et H. DEMBELE

Le service de Neurologie annexe

Nous n'avons reçu aucun malade du Professeur A. GUINDO, car il existe sur place un appareil de Rectoscopie, dans son service de l'Hôpital Gabriel TOURE à Bamako.

...../.....

1 . 2 . 2 . - REPARTITION PAR AGE ET SEXE

+ SEXE :

Notre échantillon se répartit de la manière suivante :

514 hommes ( soit 70,4 % )

258 femmes ( soit 29,6 % )

Le sexe ratio est donc = .....  $\frac{514}{258} = 2,37$

+ AGE :

89 malades ont un âge inférieur à 15 ans, soit 10,2 % des cas

205 malades ont un âge compris entre 15 et 24 ans, soit 23,5 %

288 patients ont un âge compris entre 25 et 34 ans, soit 33, %

139 malades ont un âge compris entre 35 et 44 ans, soit 19,9 %

70 malades ont un âge compris entre 45 et 55 ans, soit 8 %

47 malades ont un âge compris entre 55 et 64 ans, soit 5,4 %

34 malades ont un âge supérieur à 64 ans soit 3,9 %

Dans l'ensemble le sexe ratio est =  $\frac{\text{Hommes}}{\text{Femmes}} = 2,37$

En moyenne le sexe ratio est de 3,01. Il y a trois fois d'hommes que de femmes. Le sexe ratio s'élève surtout entre 55 et 64 ans, Mais il y a plus de demande de rectoscopie entre 25 et 34 ans.

TABLEAU 1 - Répartition des malades en fonction de l'âge et du sexe.

AGE	Age Inférieur à 15 ans	15 - 24 ans	25 - 34 ans	35 - 44 ans	45 - 54 ans	55 - 64 ans	Supérieur à 64 ans	TOTAL
HOMMES	62 :10,1 %	132 :21,5 %	203 :33,1 %	106 :17,3 %	45 :7,3%	41 :5,7 %	25 :4,1 %	514 :70,4 %
FEMMES	27 :10,5 %	73 :28,3 %	85 :32,9 %	33 :12,8 %	25 :9,7%	6 :2,3 %	9 :3,5 %	258 :29,6 %
TOTAL	89 :10,2 %	205 :23,5 %	288 :33 %	139 :15,9 %	70 :8 %	47 :5,4 %	34 :3,9 %	872
SEXE								
RATIO	2,29	1,80	2,38	3,21	1,80	6,83	2,77	2,37

1 . 2 . 3 . - REPARTITION ETHNIQUE

Les Bambara occupent la 1ère place dans le rang des ethnies avec 240 malades ( soit 31,2 % )

Ensuite viennent :

Les Peulhs qui sont au nombre de 141 ( soit 18,3 % )

Les Sarakolés qui sont au nombre de 103  
( soit 13,4 % )

Les Malinkôs qui sont au nombre de 93  
( soit 2,1 % )

Les Sonraïs qui sont au nombre de 53 ( soit 8,2 % )

Les Dogons qui sont au nombre de 17 ( soit 2,2 % )

Les autres ethnies ( Kassonkôs, Bozo, Bobo, Mianka, Wolof, Toucouleurs, Centrafricains, Français, Corriens etc ... représentent 113 soit au total.....14,7 %

1 . 2 . 4 . - REPARTITION EN FONCTION DU LIEU DE NAISSANCE .

214 malades sont nés à Bamako..... (soit 27,5 % )

141 malades sont nés dans la région de Kayes  
( soit 18,1 % )

108 malades sont nés dans la région de Koulikoro  
( soit 13,9 % )

95 malades sont originaires de la région de Sikasso ( soit 12,3 % )

55 malades sont nés dans la région de Segou  
( soit 7,2 % )

44 malades sont nés dans la région de Tombouctou.....( soit 5,7 % )

36 malades sont nés dans la région de Mopti ... ( soit 4,6 % )

28 malades sont nés dans la région de Gao...( soit 3,6 % )

Enfin 55 malades sont nés à l'Étranger soit.... ( soit 7,1 % )

La Répartition ethnique varie considérablement en fonction de l'origine géographique.

Il faut noter que 7,1% (soit 55 malades) sont nés à l'étranger.

..../.....

La prédominance des Bambara est essentiellement due au fait que ce groupe est majoritaire dans la région de Bamako.

1 . 2 . 5 . - REPARTITION EN FONCTION DE LA  
RESIDENCE.

La majorité de nos malades réside à Bamako, 515 malades, soit 66,2 % du total des malades étudiés : cette constatation n'est pas surprenante, car la rectoscopie ne s'effectue qu'à Bamako.

Le nombre de malade diminue au fur et à mesure que le domicile s'éloigne de Bamako; 17 de nos malades ( soit 2,2 % ) résident à l'étranger.

.... / .....

TABLEAU 2 - Repartition des malades en fonction de l'éthnie et du domicile ( résidence ).

Domicile Ethnie	Damako	Kayes	Kouli- koro	Sikas- go	Segou	Mopti	Tombou- coute- Gao	Etranger	TOTAL
BAMBARAS	150 62 %	16 6,5 %	34 14 %	18 7,4 %	12 5 %	3 1,2 %	2 0,8 %	7 2,9 %	242 31,1 %
PEULH	90 62,5%	12 8,3 %	13 9 %	14 9,7 %	6 4,2 %	3 2,1 %	1 0,7 %	5 3,5 %	144 18,5 %
SARAKOLES	70 67,3%	18 17,3 %	8 7,7 %	2 1,9 %	3 2,9 %	2 1,9 %	0 0%	1 1 %	104 13,4 %
MALINKES	70 73,7 %	13 13,7%	8 8,4 %	1 1,1 %	2 2,1 %	0 0 %	0 0 %	1 1,1 %	95 12,2 %
SOMRAI	45 71,4%	0 0 %	3 4,8 %	4 6,3 %	4 6,3 %	1 1,6%	6 9,5 %	0 0 %	53 8,1 %
DOGONI	14 82,4 %	0 0%	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 17,5 %	0 0 %	0 0 %	17 2,2 %
AUTRES	75 57,3 %	3 2,7 %	10 8,8%	13 11,3 %	5 4,4 %	2 1,8 %	1 0,9 %	3 2,7 %	113 14,3 %
TOTAL	515 55,2 %	62 8 %	76 9,8 %	52 6,7 %	32 4,1 %	14 1,8 %	10 1,3 %	17 2,2 %	778

TABLEAU 3 - Repartition des malades en fonction du lieu de naissance et de la residence.

Region de Residence Region de Naissance	Bamako	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Segou	Mopti	Tombouctou & Gao	Etranger	TOTAL
BAMAKO	200	1	4	2	4	2	1	0	214
	93,5 %	0,5 %	1,9 %	0,9 %	1,9 %	0,9 %	0,5 %	0 %	27,5 %
KAYES	73	54	6	3	3	1	0	1	141
	51,8 %	38,3 %	4,3 %	2,1 %	2,1 %	0,7 %	0 %	0,7 %	18,1 %
KOULIKORO	53	0	52	1	0	2	0	0	108
	49,1 %	0 %	48,1 %	0,9 %	0 %	1,9 %	0 %	0 %	13,8 %
SIKASSO	45	0	3	35	2	1	0	9	95
	47,9 %	0 %	3,1 %	36,5 %	2,1 %	1 %	0 %	9,4 %	12,3 %
SEGOU	36	1	3	0	15	0	1	0	56
	64,3 %	1,8 %	5,4 %	0 %	26,8 %	0 %	1,8 %	0 %	7,2 %
MOPTI	24	1	0	4	2	5	0	0	36
	66,7 %	2,8 %	0 %	11,1 %	5,6 %	13,9 %	0 %	0 %	4,5 %
TOMBOUCTOU ET GAO	47	0	4	4	5	1	8	3	72
	65,3 %	0 %	5,6 %	5,6 %	6,9 %	1,4 %	11,1 %	4,2 %	9,3 %
ETRANGER	36	5	5	3	1	1	0	4	55
	65,5 %	9,1 %	9,1 %	5,5 %	1,8 %	1,8 %	0 %	7,3 %	7,1 %
TOTAL	515	62	77	52	32	13	10	17	778
	66,2 %	8 %	9,9 %	6,7 %	4,1 %	1,7 %	1,3 %	2,2 %	

1 . 3 . - ETUDES CLINIQUE

L'examen des malades : Nous n'avons pas fait de fiche spéciale.  
Nous avons noter seulement sur un registre.

NUMERO :                      DATE :

LIEU DE NAISSANCE

NOM & PRENOM

RESIDENCE

AGE

ETHNIE

FONCTION

ORIGINE DU MALADE

MOTIF DE LA RECTOSCOPIE

RESULTAT :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MARGE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

T. R. :

\_\_\_\_\_

ANUSCOPIE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RECTOSCOPIE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. N. R. :

\_\_\_\_\_

TRAITEMENT :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM DE L'ENDOSCOPISTE :

1 . 4 . - EXPLOITATION DES RESULTATS

1 . 4 . 1 . - Informatique

Compte tenu du nombre de malades examinés au cours de notre enquête ( 1000 ) et du nombre de variables ( 65 ), nous avons choisi l'exploitation des données par l'Ordinateur.

1 . 4 . 2 . - Saisie des données

Elle était réalisée grâce à 3 programmes " BASIC " ,  
verifiant au fur et à mesure la coherence des données.

1 . 4 . 3 . - Exploitation proprement dite

Deux programmes " BASIC " nous ont permis de mener à bien cette exploitation des resultats.

L'un permettant d'établir des tableaux de contingence, et de calculer les statistiques habituelles ( test du CHI CARRE, le nombre de degré de libertés, le coefficient de contingence, le coefficient PHI ( table 2 x 2 ), le coefficient V de CRAMER; etc ... ) .

L'autre permettant de faire une synthèse des variables, et tableau de synthèse générale.

.... / .....

DEUXIEME - PARTIE

- ANALYSES

2 . 1 . - INDICATIONS

Pour mieux comprendre, les indications, nous avons volontairement séparé les premiers examens ( où le malade arrivait dans la salle la première fois, avec une fiche de demande de rectoscopie ); des contrôles ( où le malade présentait déjà une pathologie proctologique et suivait un traitement; que l'on contrôlait régulièrement ).

2 . 1 . 1 . - INDICATIONS D'ENSEMBLE

Lors des premiers examens, les indications d'ensemble représentaient pour :

- Les biopsies de la muqueuse rectale non proctologique  
22,1 % ( B. M. R )
- Les anémies, cachexies, <sup>plus</sup> adenopathies 6,7 %
- Les douleurs atypiques 22,9 %
- Le prurit anal 0,7 %
- La constipation isolée 1,5 %
- La diarrhée banale isolée 7,9 %
- Les diarrhées glaireuses 3,1 %
- Les diarrhées sanglantes 1,3 %
- Les rectorragies 10,9 %
- Les épreintes et les tenesmes plus sang 5,1 %

Les suspicions de diagnostics proctologiques 14,8 % ( Hémorroïde, Fissure, Fistule, Prolapsus, Anite etc ...)

...../.....

2 . 1 . 2 . - VARIATIONS EPIDEMIOLOGIQUES DES  
INDICATIONS.

2 . 1 . 2 . 1 . - Variation des indications en fonc-  
tion du Sexe et de l'Age .

Le Sexe

Il n'y avait pas de variation significative des indications en fonction du sexe.

Nous rappelons aussi que la prédominance masculine, était nette ( 514 / 258 ).

Cependant, le pourcentage des femmes était plus élevé dans certaines indications, notamment :

- les anémies, les cachexies avec adenopathies ( 12,4 % )
- les douleurs abdominales atypiques soit 22,9 % contre 4,2%
- les prurites anaux soit 1,2 %
- les diarrhées isolées 9,3 %

L'Age

Les indications de la rectoscopie étaient plus fréquentes chez les enfants ( 10,2 % ) que chez les vieillards ( 3,9 % )  
Le maximum d'indications était situé entre 25 et 34 ans.

La fréquence relative des indications varie peu en fonction de l'âge. Mais les sujets jeunes faisaient beaucoup plus de rectorragies que les sujets âgés; le maximum se situait entre 25 et 34 ans chez les adultes jeunes; les diarrhées glaireuses se voyaient à tous les âges, avec une fréquence moindre avant 15 ans. Les diarrhées sanglantes n'étaient pas fréquentes aux âges extrêmes.

..../.....

Indications:	LENERA	Anemie	Douleurs	Prurit	Consti-	Diar-	Diar-	Diar-	Rector-	Eprein-	Suspi-	Aucune	
:	non	Cachexia	Atypi-	Anal	pation	rhée	rhée	rhée	ragie	te, Te-	cion	Indica-	TOAL
:	Procto-	Adenopa-	qués	:	isolée	:	Glaireu-	Sanglan-	:	nesme +	Diagnos-	tion	:
:	logique	thie	:	:	:	:	-se.	-te	:	Sang	tic Proc		:
Sexe	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	tologie	:	:
MASCULIN	140	26	138	4	12	44	19	10	59	34	99	19	614
	22,8 %	4,2 %	22,5 %	0,7 %	2 %	7,2 %	3,1 %	1,6 %	11,2 %	5,5 %	15,1 %	3,1 %	70,4 %
FEMININ	48	32	59	3	3	24	6	4	25	13	25	15	258
	18,5 %	12,4 %	22,9 %	1,2 %	1,2 %	9,3 %	2,3 %	1,6 %	10,1 %	5 %	9,7 %	5,8 %	29,6 %
TOTAL	188	58	197	7	15	68	25	14	95	47	124	34	872
	21,6 %	5,7 %	22,6 %	0,8 %	1,7 %	7,8 %	2,9 %	1,6 %	10,9 %	5,4 %	14,2 %	3,9 %	

TABIEAU 4 - Repartition des indications en fonction du sexe.

TABEAU 5 - Répartition des indications en fonction de l'âge.

Indications	Aucune	BMR	Anémie	Douleurs	Prurit	Consti-	Diar-	Diar-	Diar-	Rector-	Eprein-	Suspi-	
Indica- tion	non	Procto- logique	Cachexia -thie	Atypi- ques	Anal	pation isolée	rhée isolée	rhée Glaireu- -se.	rhée Sanglan- te.	ragie	tes, Te- nesme	cion Diagno- tic Proc tologi- que.	TOTAL
Age													
Inferieur à 15 ans.	4	37	7	24	0	0	1	1	0	8	2	5	89
	4,5 %	41,6 %	7,9 %	27 %	0 %	0 %	1,1 %	1,1 %	0 %	9 %	2,2 %	5,6 %	10,2 %
15 à 24 ans	4	53	12	54	0	5	12	3	3	21	11	27	205
	2%	25,9 %	5,9 %	25,3%	0 %	2,4 %	5,9 %	1,5 %	1,5 %	10,2 %	5,4 %	13,2 %	23,5 %
25 à 34 ans	13	51	17	76	5	3	15	8	4	31	16	49	288
	4,5%	17,7%	5,9 %	26,1%	1,7 %	1 %	5,2 %	2,8 %	1,4 %	10,8 %	5,5%	17 %	33 %
35 à 44 ans	5	24	10	25	0	2	13	9	3	16	11	20	139
	4,3 %	17,3 %	7,2 %	18 %	0 %	1,4 %	9,4 %	6,5 %	2,2 %	11,5 %	7,9 %	14,4 %	15,9 %
45 à 54 ans	2	13	5	15	1	1	8	0	2	11	4	7	70
	2,9%	18,6 %	7,1 %	22,9 %	1,4 %	1,4 %	11,4 %	0 %	2,9 %	15,7 %	5,7 %	10 %	8 %
55 à 64 ans	5	6	6	1	0	3	9	3	2	5	1	5	47
	10,6%	12,8 %	12,8 %	2,1 %	0 %	6,4 %	19,1 %	6,4 %	4,3 %	10,6 %	2,1 %	12,8 %	5,4 %
Superieur à 64 ans.	0	4	1	1	1	1	10	1	0	3	2	10	34
	0 %	11,8 %	2,9 %	2,9%	2,9 %	2,9 %	29,4%	2,9 %	0 %	8,8 %	5,9 %	29,4%	3,9 %
TOTAL	34	188	58	197	7	15	68	25	14	95	47	124	872
	3,9%	21,6 %	5,7%	22,5%	6,8 %	1,7 %	7,8%	2,9%	1,6 %	10,9 %	5,4 %	14,2 %	

2 . 1 . 2 . 2 . - Variation des indications en fonction du service ou du medecin consultant.

Nous avons noté que les Docteurs H.A. TRAORE et A.M. DIALLO, demandaient en externe, beaucoup plus de rectoscopies pour les douleurs abdominales atypiques.

Ceci s'explique par la prevalence de ces types de malades dans le total de leurs consultants.

Les autres medecins de la ville de Bamako et de Kati demandaient surtout pour des suspicions de diagnostic proctologique; et les biopsies de la muqueuse rectale non proctologiques ( B.M.R ).

La faible demande de rectoscopie du Prof. B. DUFLO, s'explique par son absence pendant une bonne periode de l'enquete.

Les malades hospitalisés des services de Medecine I et II du Prof. B. DUFLO, et des autres services hospitaliers de l'hopital du Point-G, étaient envoyés en rectoscopie pour les indications suivantes :

- Les diarrhées glaireuses
  - Les anemies, les cachexies, les adenopathies.
  - Les B.M.R non proctologiques
- ( voir detail tableau n° 6 )

Le Docteur H. A. TRAORE envoyait en rectoscopie beaucoup plus de malades diarrhéiques.

.... / .....

TABLEAU 5 - Repartition des indications en fonction de l'origine du malade.

Indications	Dr. H. A TRAORE	Dr. A. N. DIALLO	Pr. B. DUFLO	Med. I° & II°	Autres Exters.	Autres Hospitalisés	TOTAL
Aucune Indication	7 26,9%	6 23,1%	0 0%	2 7,7%	8 30,8%	3 11,5%	25 3,5%
B.M.R. non Proctologique.	26 16,4%	30 18,9%	1 0,6%	59 37,1%	31 19,5%	12 7,5%	159 21,1%
Anemie & Cachexie plus Adenopathies	1 1,9%	1 1,9%	0 0%	39 75%	1 1,9%	10 19,2%	52 7%
Douleurs Atypiques	60 35,3%	46 27,1%	1 0,6%	10 5,9%	49 28,8%	4 2,4%	170 22,9%
Prurit Anal	0 0%	2 40%	0 0%	0 0%	2 40%	1 20%	5 0,7%
Constipation isolée.	4 44,4%	1 11,1%	0 0%	2 22,2%	2 22,2%	0 0%	9 1,2%
Diarrhée isolée	12 20,7%	7 12,1%	1 1,7%	27 45,6%	5 10,3%	5 8,5%	58 7,8%
Diarrhée Glaiseuse	8 34,8%	2 8,7%	6 25,1%	2 8,7%	4 17,4%	1 4,3%	23 3,1%
Diarrhée Sanglante	3 42,9%	1 14,3%	0 0%	2 28,5%	1 14,3%	0 0%	7 0,9%
Rectorragie	8 9,5%	11 13,1%	3 3,6%	9 10,7%	50 59,5%	3 3,6%	84 11,3%
Epreinte & Tenisme plus Sang.	5 12,8%	7 17,9%	4 10,3%	3 7,7%	18 45,2%	2 5,1%	39 5,2%
Suspicion Diagnostique Proctologique.	9 8,1%	12 10,8%	8 7,2%	7 6,3%	70 63,1%	5 4,5%	111 14,9%
TOTAL	143 19,2%	126 17%	24 3,2%	162 21,8%	242 32,6%	45 6,2%	743

2 . 1 . 2 . 3 . - Repartition des indications en  
fonction de la profession.

Dans l'ensemble, la demande de rectoscopie était nettement prédominante chez les fonctionnaires pour des raisons suivantes :

- Les douleurs abdominales atypiques ( 31,1 % des cas )
- Les suspicions de diagnostics proctologiques soit 35,1 %
- Les D.M.R non protologiques à la recherche de bilharziose  
soit 22,5 %
- Les rectorragies ( 30,2 % )

Puis viennent les élèves pour les mêmes indications ci-dessus citées; mais aussi la constipation isolée soit 30,8 % des cas.

Il faut noter que chez les ménagères, les indications fréquentes étaient les anémies, les cachexies associées aux adénopathies ( 46 % ); les diarrhées; les douleurs atypiques.

Dans les autres indications, on ne notait pas de variation particulière.

TABIEAU 7 - Repartition des indications en fonction de la profession.

Indication	Sans Profession	Menagère	Culti- vateur	Artisan- petit Commer- can	Fonc- tionnai- re.	Elève	Commer- cant	TOTAL
Aucune Indica- tion.	7 22,6 %	5 15,1 %	5 15,1 %	3 9,7 %	9 29 %	2 5,5 %	0 0 %	31 4%
Anemie, Cache- rie + adenopathie	1 2%	23 45 %	10 20 %	5 10 %	3 6 %	7 14,1 %	1 2 %	50 5,5 %
Douleurs Aty- piques.	2 1,1 %	22 12,2 %	18 10 %	15 8,3 %	56 31,1 %	59 32,8 %	8 4,4 %	180 23,4 %
Prurit Anal	0 0 %	1 20 %	0 0 %	2 40 %	2 0 %	0 0 %	0 0 %	5 0,7%
Constipation	0 0 %	2 15,4 %	1 7,7 %	1 7,7 %	3 23,1 %	4 30,8 %	2 15,4 %	13 1,7 %
Diarrhée isolée	0 0 %	15 25,4 %	8 12,7 %	5 7,9 %	18 28,6 %	11 17,5 %	5 7,9 %	63 18,2 %
Diarrhée Glai- reuse	0 0 %	4 17,4 %	3 13 %	4 17,4 %	7 30,4 %	2 8,7 %	3 13 %	23 3 %
Diarrhée San- glante -	0 0 %	1 14,3 %	1 14,3 %	0 0 %	5 71,4 %	0 0 %	0 0 %	7 0,9%
Rectorragie	2 2,3 %	11 12,8 %	10 11,5 %	8 9,3 %	26 30,2 %	22 25,5 %	7 8,1 %	86 11,2 %
Epreintes, Téné- sme + Sang.	1 2,5%	7 17,9%	4 10,3%	4 10,3%	10 25,5 %	10 25,5%	3 7,7%	39 5,1%
Suspicion Dia- gnostic proc- tologique.	0 0 %	5 4,5 %	11 9,9 %	19 17,1 %	39 35,1 %	26 23,4%	11 9,9 %	111 14,5%
B.M.R non proc- tologique	0 0 %	28 17,5 %	19 11,9 %	13 8,1 %	36 22,5 %	55 35 %	8 5 %	150 20,8%
TOTAL	13 1,7 %	125 15,3%	90 11,7 %	79 10,3 %	214 27,9%	199 25,9%	48 6,3 %	758

2 . 1 . 2 . 4 . - Repartition des indications  
en fonction de l'ethnie.

Les bambara prédominent dans toutes les indications.  
Cela s'explique par leur importance en valeur absolue dans notre série.

- Les bambara représentent 33,5 % des cas

Puis viennent par ordre :

- Les Peulhs 18,8 %

- Les autres ethnies ( Mianka, Bozo, Bobo, etc... ) 14,4 %

- Les sarakolés 12,5 %

- Les Malinkés 12,5 %

- Les Sonraïs 7,5 %

- et les Dogons 2,5 %

...../.....

2. 1. 3. - ETUDE DETAILLEE DES INDICATIONS

2. 1. 3. 1. - Rectorragies ( 5 ) , ( 4 )

Au cours de notre enquête, nous avons rencontré sur 808 malades examinés au premier examen, 114 rectorragies qui se repartissent comme suite :

- 694 malades sans rectorragies soit 85,9 %
- 72 rectorragies banales soit 8,9 % des cas
- 20 rectorragies arrosant les selles soit 2,5 %
- 11 rectorragies pures soit 1,4 %
- 11 rectorragies avec un melena soit 1,4 %

+ - Repartition des Rectorragies  
par âge et par sexe.

La prédominance des hommes dans les rectorragies ( banales, arrosant les selles; et associées à un melena ) est nette. Ceci s'explique par leur prévalence dans la série. Inversement les femmes faisaient beaucoup plus de rectorragies pures que les hommes soit 63,4 % contre 35,4 %.

Les rectorragies étaient beaucoup plus fréquentes chez les jeunes, avec un maximum entre 25 et 34 ans. Leur fréquence diminue avec l'âge.

+ - Rectorragies et Suspicion Diagnostique clinique.

Les rectorragies banales évoquaient

- Des hémorroïdes dans 8,3 % des cas
- Des fissures anales dans 1,4 %
- La rectocolite hémorragique dans 1,4 %
- Des tumeurs dans 1,4 % des cas

Enfin dans 87,5 % des cas aucune suspicion diagnostique.

- Les rectorragies arrosant les selles évoquaient dans 10% des cas une hémorroïde. Dans 5% une fissure anale. Enfin dans 85 % des cas aucun diagnostic clinique n'était évoqué.

Les rectorragies pures faisaient suspecter :

Dans 9,1 % des cas une Rectocolite hémorragique ( R. C. II )

Dans 9,1 % des cas une tumeur

Les rectorragies avec melena faisaient évoquer 9,1 % des cas seulement une tumeur.

2 . 2 . 1 . 3 . - Rectorragies et Anemie avec Cachexie.

Il existe une légère corrélation entre une rectorragie et une anemie avec cachexie.

Nous avons noté dans 3,8 % des cas de rectorragie, une anemie; dans 22,2 % une cachexie. Dans l'ensemble, une rectorragie entraîne beaucoup plus de cachexie que d'anemie. ( voir tableau n° 8 ci-dessous ).

Rectorragie	Pas de Rectorragie	Rectorragie Banale	Rectorragie arosant les selles	Rectorragie pures	Rectorragie plus melena	TOTAL
Pas d'Anemie	629	69	19	9	9	735
Pas de Cachexie	85,6%	9,4%	2,5%	1,2%	1,2%	90,6%
Anemie	50	1	0	0	1	52
	96,2%	1,9%	0%	0%	1,9%	5,4%
Cachexie	14	2	1	1	0	18
	77,8%	11,1%	5,5%	5,5%	0%	2,2%
Anemie plus Cachexie	5	0	0	1	0	6
	83,3%	0%	0%	16,7%	0%	0,7%
TOTAL	698	72	20	11	10	811
	86,1%	8,9%	2,5%	1,4%	1,2%	

....//.....

2. 1. 3. 2. - Prurit Anal ( 11 et 16 )

Sur 820 malades examinés, 16 ( soit 2 % ) avaient un prurit anal.

Les hommes étaient au nombre de 10 ( soit 62,5 % ).  
Les femmes représentaient 37,5 %

Le maximum des malades consultant pour un prurit anal se situait entre l'âge de 24 et 35 ans soit 68,8 %. Ce prurit était absent avant 15 ans. De même qu'il était retrouvé dans un faible pourcentage chez les sujets âgés.

Le maximum ( soit 57,1 % ), des malades consultants pour prurit anal était envoyé par les autres médecins de la ville de Bamako et de Kati. Nos résultats sont identiques à ceux de J. DUHAMEL ( Ref. n° 11 )

2. 1. 3. 3. - Troubles du Transit

Au cours de notre enquête, sur les 824 malades examinés au premier examen, on notait :

- 557 ( 79,7 % ) malades n'avaient aucun trouble du transit
- 76 malades avaient une diarrhée isolée ( soit 49,2 % )
- 44 malades avaient une diarrhée glaireuse ( soit 5,3 % )
- 8 avaient une diarrhée sanglante ( soit 1 % )
- 9 avaient une diarrhée glairo-sanglante ( soit 1,1 % )
- 19 avaient une constipation isolée ( soit 2,3 % )
- 8 avaient une alternance de diarrhée et de constipation ( soit 1 % )
- 3 avaient une alternance de constipation et de diarrhée glairo-sanglante ( soit 0,4 % )

+ - Repartition des troubles du transit en fonction du sexe.

Les hommes faisaient beaucoup plus de diarrhées glaireuses ( 5,7 % ) et de constipation ( 2,4 % ).

Chez les femmes, une fréquence élevée, était notée au cours des diarrhées banales soit 10,5 %

; Les diarrhées glairo-sanglante 1,6 %, de l'alternance de diarrhée et de constipation ne représentant que 2 %.

+ - Repartition des troubles du transit en fonction de l'âge.

Les troubles du transit existaient à tous les âges. Leur fréquence s'élève avec l'âge, avec un maximum entre 25 et 34 ans; puis décroît progressivement à l'âge de la vieillesse.

Ils sont beaucoup plus fréquents chez les sujets très jeunes ( inférieur à 15 ans ) 10,2 % que chez les sujets dont l'âge est supérieur à 64 ans ( 3,9 % )

TABLEAU 9 - Repartition des troubles du transit en fonction du sexe.

Sexe:	Masculin	Feminin	TOTAL
Troubles du Transit			
Absent	462 79,8 %	195 79,5 %	657 79,7 %
Diarrhée	50 8,6 %	25 10,5 %	75 9,2 %
Diarrhée Glai- reuse.	33 5,7 %	11 4,5 %	44 5,3 %
Diarrhée Sanglante	6 1 %	2 0,8 %	8 1 %
Diarrhée Glai- ro-Sanglante	5 0,9 %	4 1,5 %	9 1,1 %
Constipation	14 2,4 %	5 2 %	19 2,3 %
Diarrhée Constipation	5 1 %	2 0,8 %	8 1 %
Diarrhée glai- ro-Sanglante & Constipation	3 0,5 %	0 0 %	3 0,4 %
TOTAL	579 70,3 %	245 29,7 %	824

TABLEAU 10 - Répartition des troubles du transit en fonction de l'âge.

Age	Inférieur à 15ans	15 - 24 ans	25 - 34 ans	35 - 44 ans	45 - 54 ans	55 - 64 ans	Supérieur à 64 ans	TOTAL
Absent	80 : 12,2%	166 : 25,3%	224 : 34,1%	94 : 14,3%	53 : 8,1%	25 : 3,8%	15 : 2,3%	657 : 79,7%
Diarrhée	1 : 1,3%	15 : 19,7%	18 : 23,7%	15 : 19,7%	8 : 10,5%	9 : 11,8%	10 : 13,2%	76 : 9,2%
Diarrhée Glaireuse	1 : 2,3%	8 : 10,2%	15 : 19,7%	13 : 16,8%	1 : 1,3%	3 : 3,8%	3 : 3,8%	44 : 5,3%
Diarrhée Sanglante	1 : 12,5%	2 : 2,5%	3 : 3,7%	0 : 0%	2 : 2,5%	0 : 0%	0 : 0%	8 : 1%
Diarrhée Glairo-Sanglante	0 : 0%	1 : 1,1%	2 : 2,2%	3 : 3,3%	1 : 1,1%	1 : 1,1%	1 : 1,1%	9 : 1,1%
Constipation	0 : 0%	5 : 6,3%	4 : 5,1%	3 : 3,8%	2 : 2,5%	3 : 3,8%	2 : 2,5%	19 : 2,3%
Diarrhée + Constipation	1 : 12,5%	1 : 1,3%	4 : 5,1%	1 : 1,3%	0 : 0%	0 : 0%	1 : 1,3%	8 : 1%
Diarrhée Glairo-Sanglante + Constipation.	0 : 0%	0 : 0%	1 : 1,3%	1 : 1,3%	0 : 0%	1 : 1,3%	0 : 0%	3 : 0,4%
TOTAL	84 : 10,2%	198 : 24%	271 : 32,9%	130 : 15,8%	67 : 8,1%	42 : 5,1%	32 : 3,9%	824

2. 1. 3. 4. - Indication de la B.M.R

Notre serie comportait 497 indications B.M.R dont :

- 354 = ( 41,6% ) B M R non demandés
- 72 - ( 8,5% ) B M R systematiques
- 115 - ( 13,6% ) B M R pour de troubles urinaires
- 58 - ( 6,8% ) B M R pour une Hepato-splenomegalie
- 5 - ( 0,6% ) B.M R pour une Insuffisance ventriculaire droite ( I. V. D. )
- 5 - ( 0,6% ) B.M R pour une éosinophilie
- 17 - ( 2 % ) B M R pour un syndrome nephrotique

.../.....

- 13 - ( 1,5% ) B M R pour une rectorragie
- 196 - ( 23 % ) B M R pour des troubles digestifs
- 15 - ( 1,8% ) B M R pour un contrôle après traitement.

+ - Indications B M R en fonction du sexe.

Dans l'ensemble, les hommes dominaient dans les indications : soit 70,7% contre 29,3%. Cependant on notait une prédominance féminine dans les B M R pour :

- Une hepato-splénomégalie ( 51,7 % )
- Et le syndrome néphrotique ( 52,9 % )

+ - Indications de la B M R en fonction de l'âge.

La demande de la B M R diminue avec l'âge. Elle était surtout fréquente chez les sujets très jeunes et les adultes jeunes.

Dans l'ensemble, les B M R pour des troubles digestifs ( 23 % ), et urinaires ( 13,5 % ), prédominaient. À partir de 55 ans, la B M R est demandée surtout pour une hepato-mégalie ( 13,7 ) et des troubles digestifs ( 2,5 % )

.... / .....

TABLEAU 11 - Indications de la B M R en fonction du sexe.

: Sexe :			
: Indication :	Masculin :	Feminin :	TOTAL :
B M R.			
B M R non demandé :	254 71,8 %	100 28,2 %	354 42,6 %
B M R Systematique :	50 69,4 %	22 30,6 %	72 8,5 %
B M R pour trouble urinaire :	93 80,2 %	23 19,8 %	116 13,6 %
B M R pour Hepato-Splénonegalie :	28 48,3 %	30 51,7 %	58 6,8 %
B M R pour T.V.D. :	4 80 %	1 20 %	5 0,6 %
B M R pour Eosinophilie :	4 80 %	1 20 %	5 0,6 %
B M R pour S. Nephrotique :	8 47,1 %	9 52,9 %	17 2 %
B M R pour Rectorragie :	11 84,6 %	2 15,4 %	13 0,5 %
B M R pour troubles Digestifs :	136 69,4 %	60 30,6 %	196 23 %
B M R contrôle après traitement :	14 93,3 %	1 6,7 %	15 1,8 %
TOTAL :	502 70,7 %	249 29,3 %	851

...../.....

Indication : BMR	non	Systema-	Troubles:	Hepato :	I V D	Eosino-	Syndro :	Recto-:	Troubles	Contrô-	TOTAL:
Age	Demandé:	tigue	Urinali-	Spleno-	res	philie	me Nephro	ra-	Digesti-	le apres	Traitent
Inferieur à 15 ans.	17 : 19,5%	18 : 20,7%	21 : 24,1%	9 : 10,3%	1 : 1,1%	0 : 0%	6 : 6,9%	1 : 1,1%	12 : 13,3%	2 : 2,3%	87 : 10,2%
de 15 - 24 ans	63 : 31,3%	17 : 8,5%	37 : 18,4%	15 : 7,5%	0 : 0%	2 : 1%	4 : 2%	4 : 2%	56 : 27,9%	3 : 1,5%	201 : 23,6%
de 25 - 34 ans	114 : 40,9%	22 : 7,9%	41 : 14,7%	14 : 5%	2 : 0,7%	0 : 0%	2 : 0,7%	5 : 1,8%	75 : 26,9%	4 : 1,4%	279 : 32,8%
de 35 - 44 ans	65 : 48,9%	12 : 8,9%	10 : 7,4%	6 : 4,4%	1 : 0,7%	3 : 2,2%	3 : 2,2%	1 : 0,7%	1 : 23,3%	12 : 1,5%	135 : 15,9%
de 45 - 54 ans	31 : 45,5%	2 : 2,9%	6 : 8,3%	6 : 8,8%	1 : 1,5%	0 : 0%	2 : 2,9%	1 : 1,5%	17 : 25%	2 : 2,9%	68 : 8%
de 55 - 64 ans	37 : 78,7%	0 : 0%	0 : 0%	6 : 12,8%	0 : 0%	0 : 0%	0 : 0%	1 : 2,1%	3 : 6,4%	0 : 0%	47 : 5,5%
Supérieur à 64 ans.	25 : 76,5%	1 : 2,9%	1 : 2,9%	2 : 5,9%	0 : 5,9%	0 : 0%	0 : 0%	0 : 0%	2 : 5,9%	2 : 5,9%	34 : 4%
TOTAL	354 : 41,5%	72 : 8,5%	115 : 13,5%	58 : 5,8%	5 : 0,6%	5 : 0,6%	17 : 2%	13 : 1,5%	196 : 23%	15 : 1,8%	651

38  
1

TABLEAU 12 - Repartition des indications de la E.M.R en fonction de l'age classé des malades.

2. 1. 3. 5. - Les Douleurs Abdominales

Sur les 794 malades examinés, 272 présentaient une douleur abdominale se répartissant ainsi :

- 31 ( soit 3,9 % ) des malades avaient des épreintes
- 241 ( soit 30,4% ) des malades présentaient des douleurs atypiques. ( 8), ( 10 ), ( 15 ) ; ( 21 ).

Enfin 522 ( soit 65,7 % ) des malades n'avaient aucune douleur abdominale.

Les douleurs abdominales en fonctions du sexe

Le sexe n'a pas une influence spéciale sur le caractère des douleurs.

Les hommes dominaient toujours quelque soit, le caractère de la douleur; ceci n'est pas surprenant, car ils étaient majoritaires dans notre échantillon.

Les Douleurs Abdominales en fonction de l'âge

Les épreintes se voyaient surtout chez les adultes entre 25 et 34 ans soit 41,9 %. Elles étaient moins observées aux âges extrêmes.

Par contre les douleurs atypiques se voyaient à tous les âges, avec un maximum toujours chez les adultes jeunes ( 25-34 ans ).

2. 1. 3. 5. Les Tenesmes et Faux Besoins

Sur les 836 malades observés, les tenesmes et faux besoins se présentaient ainsi :

- 790 ( soit 94,5 % ) des malades n'avaient ni tenesme, ni faux besoins.
- 18 ( soit 2,2 % ) des malades avaient un tenesme isolé
- 3 ( soit 0,4% ) des malades présentaient des faux besoins isolés.
- 25 ( soit 3 % ) des malades avaient des tenesmes et faux besoins.

Les Tenesme et Faux Besoins en fonction du sexe

Le sexe masculin predominait dans l'ensemble avec 35 cas ( soit 5,7 % )

Il est curieux de remarquer que chez les femmes, les faux besoins n'existaient pas.

Les Tenesmes et Faux Besoins en Fonction de l'âge.

Les tenesmes étaient notés à tous les âges sauf après 64 ans.

Les faux besoins ne se voyaient qu'avant 15 ans ( 55,7 % ) et entre 25 ans et 34 ans ( 33,3 % ) .

Les tenesmes et faux besoins étaient notés à tous les âges sauf avant 15 ans, et chez les sujets dont l'âge est compris entre 55 et 64 ans.

2. 1. 3. 7 . - Les Anémies avec ou cachexie

Sur 844 malades examinés, au premier examen, 76 malades avaient une anémie et ou une cachexie, dont :

- 52 ( soit 6,2 % ) avaient une anémie isolée
- 18 ( soit 2,1 % ) avaient une cachexie isolée
- et 6 ( soit 0,7 % ) avaient une anémie avec cachexie .

Dans l'ensemble, le sexe n'a pas un caractère spécifique. Mais dans les fréquences relatives, les femmes font plus d'anémie isolée et n'avaient jamais d'anémie, et ou cachexie associées.

L'anémie isolée s'observait à tous les âges. La cachexie isolée ne s'observait pas avant 15 ans. De même, l'anémie et ou cachexie n'étaient pas notées chez les malades des âges extrêmes.

Ces malades anémiques et cachectiques provenaient en majorité des <sup>services</sup> de Médecine I et II ( 49 cas ), et des autres services hospitaliers de l'hôpital du Point-G ( 13 cas ).

....//.....

2. 2. LES RESULTATS

§ - PREMIERS EXAMENS

2. 2. 1. - Echee

Sur les 879 premiers examens rectoscopiques effectués, 57 ( soit 6,5% des cas ) n'ont pu être réalisés. Le pourcentage d'échec est de 57 / 879.

A ces échecs complets, il faut ajouter 8 Cas ( 0,9 % ) où la rectoscopie s'est limitée à l'inspection de la marge et au T.R; mais elle/cependant permis d'aboutir à un diagnostic.

2. 2. 2. Sur les 879 premiers examens, on notait:  
155 rectoscopies normales avec 1 examen complet  
210 rectoscopies normales avec 1 examen incomplet, pour des raisons suivantes :

- défaut de préparation du malade
- diagnostic proctologique évident, le reste de l'examen étant impossible ou nuisible pour le malade.
- refus de coopération du malade
- ou par pudeur, agitations ( enfants ), peur.

Enfin 457 rectoscopies ont permis un diagnostic précis ( 52 % ).

TABLEAU 13 : Resultat d'ensemble de la rectoscopie.

Rectoscopies	Nombre	Pourcentage
Rectoscopies non faites	57	6,5 %
Rectoscopies concluantes	457	52 %
Rectoscopies normales	365	41,5 %
TOTAL =	879	100 %

...../.....

2 . 2 . 3 . - Les 457 affections diagnostiquées en rectoscopie se répartissent de la manière suivante :

- . 191 bilharzioses ( *S. mansoni* et /ou *haematobium* ) soit 41,8 %
- . 107 hémorroïdes ( internes et externes ) soit 23,4 % des cas
- . 85 pathologies proctologiques banales non hémorroïdaires, soit 18,6% ( fissure, fistule, anite, prolapsus, etc ... )
- . 38 rectites, ulcères et autres lésions inflammatoires du rectum soit 8,3 %.
- . 36 cas de tumeurs ( ano-rectales, et de la marge soit 7,9 %).

- Un examen anatomo-pathologique des biopsies était effectué à Marseille, pour la confirmation de nos tumeurs. Il faut tout de suite signaler, le regret que nous n'avons pas reçu le résultat de certaines biopsies, pour des raisons de courrier.

La biopsie pour le diagnostic des bilharzioses était examinée immédiatement au microscope optique, en écrasant la B.H.R. entre deux lames, au faible grossissement.

Enfin, il faut souligner qu'une forte suspicion clinique de néo-rectalite n'a pas été confirmée par le résultat de la biopsie, qui a permis le diagnostic de bilharziome. A deux contrôles successifs après traitement, le malade allait mieux, mais il a été perdu de vue.

2 . 2 . 4 . - En résumé, l'analyse des données précédentes montre déjà l'intérêt de la rectoscopie et la richesse des diagnostics qu'elle permet.

Elle est cependant, limitée. Les échecs ne sont relativement pas nombreux, pour des raisons déjà évoquées. Il faut aussi souligner que l'interprétation purement macroscopique expose à quelques erreurs diagnostiques.

2 . 2 . 5 . - Variations épidémiologiques des résultats.

2 . 2 . 5 . 1 - Variations en fonction de l'âge

Les hémorroïdes épargnent les sujets jeunes ( inférieurs à 15 ans ); et la pathologie proctologique banale non hémorroïdaire est rare aux âges extrêmes de la vie.

Il est curieux de noter que les tumeurs sevoient à tous les âges, avec un maximum à l'âge adulte ( entre 25 et 44 ans ).

TABLEAU 14 - Répartition des résultats en fonction de l'âge.

	Infe- rieur à 15ans.	15 - 24 ans.	25-34 ans.	35 - 44 ans.	45-54 ans.	55-64 ans.	Supé- rieur à 64ans.	TOTAL
Rectoscopies	43	90	122	45	31	22	12	365
Normales	11,8%	24,7%	33,4%	12,3%	8,5%	5%	3,3%	44,4%
B.M.R.	31	59	55	23	9	3	1	191
Parasito +	16,2%	30,9%	34%	12%	4,7%	1,6%	0,5%	23,2%
Rectologie	1	16	41	18	8	0	1	85
Hémorroïdaire	1,2%	18,8%	40,2%	21,2%	9,4%	0%	1,2%	10,3%
Hémorroïde	0	19	33	22	15	9	8	107
	0%	17,8%	30,8%	20,5%	15%	8,4%	7,5%	10%
Rectite Ulcère	3	4	8	13	3	3	5	38
Lesion inflammatoire de rectum	7,9%	10,5%	21,1%	34,2%	7,9%	5,3%	13,2%	4,6%
Tumeurs	1	9	10	9	1	3	3	36
	12,8%	25%	27,8%	25%	2,8%	8,3%	8,3%	4,4%
TOTAL	79	197	279	130	68	39	30	822
	9,6%	24%	33,9%	15,8%	8,3%	4,7%	3,5%	

...../.....

2 . 2 . 5 . 2 . - Variations des resultats en fonction du sexe.

En valeur absolue, la predominance masculine était nette. Mais les rectites sont fréquentes chez les femmes 5% contre 4,5%. Mais, cette différence n'est pas très significative.

TABLÉAU 15 - Resultats d'ensemble en fonction du sexe.

Sexe	Masculin	Feminin	Total
Resultats			
Rectoscopies	245	120	365
Normales	42,1 %	50, %	44,4 %
B. M. R. parasito positive	142 24,4 %	49 20,4 %	191 23,2 %
Proctologie banale non hémorroïdaire	53 10,8 %	22 9,2 %	85 10,3 %
Hémorroïde	79 13,6 %	28 11,7 %	107 13 %
Rectite -Ulçère + lésions inflammatoires du rectum	26 4,5 %	12 5 %	38 4,6 %
Tumeurs	27 4,5 %	9 3,8 %	36 4,4 %
TOTAL	582 70,8 %	240 29,2 %	822

...../.....

2 . 2 . 5 . 3 . - Resultats rectoscopiques en fonction du service ou du Medecin consultant

Dans l'ensemble la majorité de nos resultats était ceux des malades provenant des autres medecins de Bamako et de Kati, soit 32,7 %

Le Docteur A.N. DIALLO tient la 2° place dans le recrutement des tumeurs soit 16,7 %

La fréquence relative des bilharzioses ( 28 % ); des rectites, des ulcères et des autres lésions inflammatoires du rectum est plus élevée dans les services de médecine I et II du Prof. AG . B. DUFLO. Ceci se comprend aisement, car d'une part, les malades de ces services font la rectoscopie surtout pour les B.M.R non proctologiques, les diarrhées et les anémies, les cachexies associées aux adenopathies; et d'autre part, le matériel endoscopique existe sur place.

TABLEAU 16 - Resultats en fonction de l'origine du malade, ou du Medecin consultant.

Diagnostic	Origine : :TRAORE:	Dr.H.A: :DIALLO:	Dr.A.N: :DUFLO:	Pr. B.: :et II:	Med.I :Extérne	Autres :Hospi:	Autres: :taliss	TOTAL:
Rectoscopie normale	76 : 23,9%	58 : 18,2%	10 : 3,1%	76 : 23,9%	72 : 22,6%	26 : 8,2%		318 : 44,1%
B.M.R. positive	39 : 23,8%	35 : 21,3%	2 : 1,2%	46 : 28%	38 : 23,2%	4 : 2,4%		164 : 22,7%
Pathologie Proctologique banale non hémorroï daire.	6 : 7,8%	13 : 15,9%	5 : 5,5%	7 : 9,1%	43 : 55,8%	3 : 3,9%		77 : 10,7%
Hémorroïde	15 : 14,9%	14 : 13,9%	4 : 4%	9 : 8,9%	54 : 53,5%	5 : 5%		101 : 14%
Rectite, Ulcère et autres Inflammat.	4 : 12,9%	1 : 3,2%	2 : 4,4%	9 : 29%	10 : 32,3%	5 : 16,1%		31 : 4,3%
Tumeur	0 : 0%	5 : 16,7%	0 : 0%	4 : 13,3%	19 : 53,3%	2 : 6,7%		30 : 4,2%
TOTAL	140 : 19,4%	126 : 17,5%	23 : 3,2%	151 : 20,9%	236 : 32,7%	45 : 6,2%		721

2 . 2 . 5 . - ANALYSE DETAILLÉE DES RESULTATS

Pour une compréhension facile, nous avons volontairement séparé :

- les lésions de la marge et de l'anus, car très souvent de diagnostic facile, et faisable par tout médecin.
- les lésions rectales qui nécessitent obligatoirement une rectoscopie.

2 . 2 . 6 . 1 . - Lésions de la marge et de l'anus

Dans l'ensemble, nous avons retrouvé :

- 397 cas où aucune lésion n'a été retrouvée soit 48,2 %
- 192 cas où on a trouvé une bilharziose soit 23,3 %
- 115 cas une hémorroïde isolée ( interne, externe ) soit 14 %
- 55 cas où une fissure anale est retrouvée soit 6,7 %
- 38 cas d'anite soit 4,5 %
- 14 cas de tumeurs ( bénigne, maligne, vénérienne, douteuse ) soit 1,7 %
- 7 fistules anales soit 0,8 %
- 5 cas de prolapsus soit 0,5 %

2 . 2 . 6 . 1 . 1 . Les Bilharzioses ( 4 )

\*SHISTOSOMA MANSONI

Sur les 553 B.M.R effectuées, nous avons eu :

- 457 B.M.R négatives soit 84,4 % des cas.
- 42 B.M.R. positives avec des oeufs vivants soit 8,6 %
- 34 B.M.R. positives avec des oeufs morts 6,3 %
- 10 B.M.R. positives avec des oeufs vivants et morts soit 1,8 % des cas.

A partir de 64 ans, la B.M.R. n'était plus positive. Le maximum de positivité se trouve entre 15 et 34 ans.

\*Shistosoma Haematobium

Sur 553 B.M.R effectuées au premier examen, 380 B.M.R étaient négatives soit 68,7 %, 173 étaient positives dont :

- 95 Oeufs vivants soit 17,4 % des cas
- 44 Oeufs morts soit 8 % des cas

.../....

- 33 Oeufs vivants et morts soit 6 %

À partir de 55 ans, la Shistosomose à *S. Haematobium* est exceptionnelle.

On constate que la Shistosomose à *S. Haematobium* est beaucoup plus retrouvée à la B.M.R. que la Shistosomose à *S. Mansoni*. Sans nuire à la règle que *Shistosoma Haematobium* se retrouve dans les voies urinaires, et *Shistosoma Mansoni* dans le rectum, on peut affirmer sous réserve que *S. Haematobium* dans notre étude était retrouvé plus dans le rectum que *S. Mansoni*.

#### 2. 2. 6. 1. 2. - LES HEMORROÏDES (8, 11, 12, 14, 17, 22, 25)

Au niveau de la marge anale, nous avons observé :

- 178 cas de varisque soit 15,4 % des cas
- 3 thromboses hémorroïdaires récentes soit 0,5 %.
- 4 cas d'hémorroïdes non compliquées soit 0,3 %

L'association hémorroïde banale et/ou thrombose récente, et ou varisque est retrouvée dans 0,2 %.

Les hémorroïdes sont rares avant 15 ans ( 1,8 % ).

\* Le nombre : Nous avons observé dans 11,8 % des cas, un seul paquet hémorroïdaire.

- 33 % des cas; 2 paquets hémorroïdaires,
- 0,8 % des cas; 3 paquets ou 5 paquets hémorroïdaires et dans 0,4 % 4 paquets hémorroïdaires.

Les hémorroïdes banales étaient constituées d'un seul paquet hémorroïdaire. Par contre les thromboses récentes étaient constituées dans 66,7 % des cas d'un seul paquet hémorroïdaire; et dans les circulaires dans 33,3 % des cas.

Pour les varisques, nous avons observé:

- 1 paquet hémorroïdaire dans 69,2 % des cas
- 2 paquets hémorroïdaires dans 21,8 % des cas
- 3 paquets hémorroïdaires dans 5,1 % des cas

et 4 paquets hémorroïdaires dans 1,3 % des cas.

Elles étaient circulaires dans 2,6% des cas .

\* Le Siège

Les hémorroïdes non compliquées siégeaient à :

- 6 Heures dans 50 % des cas
- 5 Heures dans 25 % des cas
- 3 Heures dans 25 % des cas.

Les varisques siégeaient à toutes les heures, sauf à 2 heures et 8 heures; avec un maximum de fréquence à 5 heures ( 48,7 % ) et 12 heures ( 25 % ).

Dans l'ensemble, à 5 heures, se situait le maximum d'hémorroïdes et le maximum de paquets hémorroïdaires :

- 46,4 % pour le premier paquet hémorroïdaire
- 30,4 % pour le deuxième paquet hémorroïdaire
- 33,3 % pour le troisième paquet hémorroïdaire
- 50 % pour le quatrième paquet hémorroïdaire.

Le 2<sup>e</sup> rang du siège est occupé par 12 heures où on observait dans 22,6 % des cas le 1<sup>er</sup> paquet hémorroïdaire, dans 30,4 % , le 2<sup>e</sup> paquet hémorroïdaire.

Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> paquet hémorroïdaires siégeaient en dehors de 6 heures, respectivement à 3 heures, 2 heures, et 11 heures (15,7 %) et à 9 heures ( 50 % ).

À l'auscultation, nous avons noté 20,5% d'hémorroïdes se répartissant ainsi :

- 64 hémorroïdes non compliquées ( soit 12,8 % ) des cas
- 17 thromboses hémorroïdaires récentes ( 3,4 % )
- 17 thromboses anciennes ( 3,4 % )
- 4 cas d'hémorroïdes banales associées à une thrombose récente ( 0,8 % )
- 1 cas d'association d'hémorroïdes thrombosées récentes et banales

Elles étaient toujours peu fréquentes aux âges extrêmes de la vie, le maximum se trouve entre l'âge de 25 - 34 ans ( 21,3 % ) .

La majorité de ces hémorroïdes provenaient des autres médecins de Bahako et Kati.

\* Nombre : Nous avons noté dans :

- 68 cas un seul paquet hémorroïdaire ( 13,4 % )
- 21 cas 2 paquets hémorroïdaires
- 14 cas 3 paquets hémorroïdaires

\* Siège :

Le premier paquet hémorroïdaire se retrouvait à toutes les heures sauf à 10 heures, le maximum étant à 6 heures ( 41,7 % ), puis à 3 heures ( 15,5 % ) et 12 heures ( 11,7 % ).

Le deuxième paquet hémorroïdaire siégeait partout sauf à 1 heure, 8 heures, et 10 heures, le maximum de siège se trouvait à 3 heures ( 28,6 % ).

Le troisième paquet hémorroïdaire siégeait à 6 heures ( 50 % ), à 3 heures et 8 heures ( 14,3 % ) et à 4 heures, 5 heures, 9 heures ( 7,1 % ) pour chaque position.

Les hémorroïdes sont une pathologie de l'adulte jeune. ( Ref. 17,25 ).

### 2. 2. 6. 1. 3. - LES FISSURES ANALES (3,13,20,23,25)

\* L'examen seul de la marge, nous a révélé au total 5 fissures dont 4 étaient superficielles et une seule profonde.

Elles n'existaient qu'à l'âge adulte entre 25 et 44 ans. Ces malades étaient des hospitalisés dans 56,5 % des cas et dans 33,3 % des cas, des consultants externes du Dr. A. N. DIALLO.

\* Les fissures anales décelées à l'anuscopie se répartissent ainsi :

- 49 fissures superficielles soit 9,9 % des cas
- 4 fissures profondes

Le sexe n'avait d'influence spéciale sur le diagnostic. Les fissures superficielles s'observaient à tous les âges ( sauf entre 55 et 64 ans ), le maximum se voit entre 25 et 34 ans. Les fissures profondes par contre ne se voyaient qu'entre 15 et 44 ans, le maximum se situait entre 25 et 34 ans.

Dans la première série de fissures ( superficielles ), la provenance est de loin, celle des autres médecins de Bamako et Kati.

Les fissures profondes provenaient dans :

- 25 % du Docteur A. N. DIALLO
- 25 % des services de Medecine I et II
- 50 % des autres Medecins de Bamako et Kati.

\* Siège :

Dans l'ensemble les fissures anales ( externes, internes )  
siégeaient à :

- 12 heures dans 50% pour les externes, et 54,2 % pour les ex-  
internes.
- 11 heures dans les 25 % pour les externes et 22,5 % pour les  
internes.
- 1 heure dans 25 % pour les externes.

Les autres sièges sont occupés par les fissures in-  
ternes ; et se situaient à : 2 heures ou 5heures dans 8,3 % ;  
3heures ou 6heures, ou 7heures dans 1,9% des cas.

Les fissures externes profondes siégeaient à 3heures.  
Dans l'ensemble, plus de 80% des fissures siégeaient à la commissure  
postérieure ( Ref. n° 13 )

#### 2. 2. 5. 1. 4. - LES PROLAPSUS

Au cours de notre enquête, nous n'avons observé que  
5 prolapsus se repartissant de la manière suivante :

- 4 prolapsus hémorroïdaires
- 1 prolapsus muqueux.

On a constaté que le seul prolapsus muqueux observé  
était une femme qui avait en plus un prolapsus utérin.

C'est une pathologie du sujet âgé : l'âge minimum se  
situaient entre 25 et 34 ans, le maximum était au delà de 64 ans. Mais  
notre échantillon trop petit n'est pas concluant. ( 25 )

#### 2. 2. 6. 1. 5. - LES ANITES

Les 86 anites retrouvées, au cours des 1ères anoscopies  
se repartissent ainsi :

- 71 anites banales, soit 14,2 % des cas,
- 2 anites ulcérées soit 0,2 %
- 13 anites purpuriques
- 1 seule anite purulente.

Le sexe n'influe pas sur le diagnostic. La fréquence absolue diminue avec l'âge.

L'anite banale se voyait à tous les âges sauf à partir de 54 ans.

L'anite purpurique n'était rencontrée qu'entre 25 et 34 ans; l'âge maximum des anites.

Le seul cas d'anite purulente était observé avant 15 ans.

#### 2. 2. 6. 1. 6. - LES FISTULES ( 2,25 )

\* Les 7 fistules diagnostiquées à la marge se présentaient ainsi :

- 3 fistules uniques internes
- 2 fistules uniques externes.

Ces 5 fistules n'étaient observées que chez les hommes.

Enfin 2 fistules multiples qui concernaient des femmes.

Nos fistules se situaient entre l'âge de 15 à 54 ans.

Soit 42,8 % des cas.

\* À l'anuscopie, nous avons observé 3 fistules ( soit 42,8 %) qui avaient un orifice interne.

Elles proviennent dans 67,7 % des cas des autres médecins de Bamako et de Kati; et dans 33,3 % du Prof. B. DUFLC.

Leur siège se trouvait dans 42,9 % à 9 heures, dans 28,6 % à 11 heures; dans 14,3 % à 12 heures ou à 5 heures.

L'orifice interne se situait à 11 heures dans 66,7 % et à 9 heures dans 33,3 % des cas.

#### 2. 2. 6. 1. 7. - LES TUMEURS DE LA MARGE ( 25 )

Les tumeurs rencontrées étaient :

- 5 tumeurs bénignes cliniquement
- 3 tumeurs vénériennes cliniquement.

Ces malades représentaient 1,6 % des consultants du Docteur A.M. DIALLO; 2,4 % des consultants des autres médecins de Bamako et de Kati; enfin 2,9 % des hospitalisés des autres services.

Ces tumeurs se voyaient à un âge compris entre 15 et 44 ans. Elles étaient dans 53,8% des cas des polypes, dans 30,8% des cas des tumeurs d'aspect bénin et enfin dans 15,4% une suspicion de maladie Nicolas et fayre.

2. 2. 6. 1. 8. - TUMEURS PERCEPTIBLES AU T.R. ( 26 )

6 cas ont été rencontrés dont :

- 1 cas de tumeur bénigne cliniquement
- 5 cas de tumeur maligne cliniquement.

60 % de ces tumeurs cliniquement malignes étaient rencontrées chez les femmes.

Dans l'ensemble, les tumeurs de la marge et de l'anüs sont exceptionnelles avant 15 ans et rares entre 55 et 64 ans. Le maximum se situait entre 25 - 34 ans.

Ces tumeurs étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes soit 1,9 % contre 1,3 % . La différence n'est pas significative.

Environ 66,7 % de ces tumeurs étaient des malades envoyés par les autres médecins de Bamako et de Kati; 16,5% sont des malades hospitalisés de Médecine I et II ( soit 8,3 % ) et des autres services hospitaliers du Point-G.

.../....

2. 2. 5. 2. - LES LESIONS RECTALES.

En valeur absolue, les lésions rectales sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Ce qui n'est pas surprenant, car ils sont majoritaires dans notre série. Mais l'inverse est observé dans la fréquence, relative des recto-colites-hémorragiques (R.C.H.) qui étaient fréquentes chez les femmes (8,9 %) contre 6 %.

Ces lésions rectales se répartissaient ainsi :

- 21,8 % de rectites banales
- 6,9 % de recto-colites hémorragiques
- 5,4 % étaient des tumeurs bénignes et malignes
- 2,2 % étaient des ulcères du rectum
- 0,5 % étaient des rétrécissements non tumoraux.

La fréquence des lésions rectales s'élève avec l'âge; le maximum se trouvant entre 25 - 34 ans. La majorité des malades étant envoyés par les autres médecins de Bamako et de Kati (37,8 %) ; puis venait les services de Médecine I et II (23 %), enfin, les médecins A.N. DIALLO, (13,2 %) H.A. TRAORE (13,2 %).

2. 2. 5. 2. 1. - LES RECTITES

Au cours de notre série de premiers examens, nous avons 118 (soit 28,9 %) rectites dont la répartition est la suivante.

- 64 rectites banales soit 15,4 % des cas
- 24 cas de muqueuses fragiles soit 5,8 %
- 14 rectites purpuriques soit 3,4 %
- 10 rectites ulcéreuses ou purulentes soit 2,4 %
- 5 recto-colites hémorragiques
- 1 seule rectite en cours de guérison.

Enfin aucune rectite atrophique.

Les muqueuses fragiles s'observent plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (8,1 % contre 4,8 %). Il en est de même dans les rectites ulcéreuses (5,8 %) contre 2,4 %; et les recto-colites hémorragiques (2,4 %) contre 0,7 % pour les hommes). (Ref. 6, 25).

Les recto-colites hémorragiques ne se voient que chez le

...../.....

sujet jeune; ceci s'explique peut-être par le nombre limité des cas, et aussi par la prédominance des jeunes dans notre série. Mais ce résultat a été déjà noté par certains auteurs. (6, 24, 25 )

Les rectites simples (banale, muqueuse fragile), étaient généralement des consultants externes, par contre les rectites graves étaient des malades hospitalisés, ce qui n'est pas surprenant.

#### 2. 2. 6. 2. 2. - ULCERE DU RECTUM

Au cours de notre travail, nous avons relevé seulement 8 ulcères du rectum dont :

- 6 cas d'ulcères superficiels
- 1 cas d'ulcère creusant
- 1 cas d'ulcère non précisé.

Ni l'âge, ni le sexe n'avaient une importance pour le diagnostic. Mais, ils ne se voyaient pas avant 15 ans, et étaient rares après 64 ans.

Dans l'ensemble, ces ulcères siegeaient à 12 heures dans 37,5 % ; à 5 heures dans 25 % ; et enfin dans 12,5 % des cas à 3 heures ou 5 heures; ou 9 heures.

#### 2. 2. 5. 2. 3. - RETRECISSEMENT NON TUMORAL

Sur les 8 retrecissements observés pendant notre enquête:

- 7 étaient non inflammatoires
- 1 seul était inflammatoire

Aucun retrecissement n'était retrouvé chez les femmes.

Ces malades provenaient dans :

- 57,1 % des autres medecins de Bamako et Kati
- 28,6 % des services de medecine I et II
- et 14,3 % des autres origines.

...../.....

2. 2. 5. 2. 4. - LES TUMEURS ANORECTALES

Sur les 28 tumeurs retrouvées à l'endoscopie, pendant notre enquête :

- 10 étaient bénignes cliniquement
- 13 étaient malignes cliniquement
- 5 étaient douteuses cliniquement

Le sexe n'a pas d'influence. En valeur absolue, elles sont rares 15ans (1 seul cas supposé malin). Le maximum de fréquence se situait entre 35 et 44 ans, ( soit 8 cas ). Les tumeurs suspectes s'observaient à tous les âges, avec un maximum entre 15-24 ans ( tranche d'âge majoritaire dans notre série ).

\* Résultats biopsiques

Nous avons enregistré seulement 11 résultats sur 28 dont :

- 3 cas sont bénins
- 4 cas sont malins
- 4 cas inflammatoires

2. 3. - COMPROBATION DES RESULTATS EN  
FONCTION DES INDICATIONS.

§ LES LESIONS DE LA MARGE ANALE ET DE L'ANUS

2. 2. 1. - LES BILHARZIOSES

- LA SHISTOSOMOSE A S. MANSONI

. Sur 41 cas d'oeufs vivants, 53,7 % des cas n'avaient aucune douleur abdominale, 43,9 % avaient des douleurs atypiques, et seulement 2,4 % avaient une épreinte.

. Sur les 82 oeufs vivants et morts, 65,6 % des cas n'ont aucune douleur abdominale, seulement 25 % ont des douleurs atypiques. Il faut noter aussi que, dans 10 cas d'oeufs morts, une douleur atypique est retrouvée dans 30 % des cas et dans 70 % aucune douleur abdominale n'était notée.

Donc, une douleur abdominale explique mal une shistosomose à S. MANSONI, car dans 84,4 % des cas de douleurs, aucun oeuf n'est retrouvé.

. Ceci est valable aussi pour les tenesmes et les faux besoins, car dans 95,7 % des cas, on a noté une B.M.R. négative.

. Seulement dans 11,1 % des 8 prurits anaux ( soit 1 cas ) qu'on a retrouvé des oeufs morts et vivants.

. Dans 20 % des cas ( soit 15 cas ) on retrouve l'association d'une rectorragie banale à une B.M.R. positive ( oeufs vivants et / ou oeufs morts ).

. Dans la constipation ( 9,1 % des cas ) et surtout les diarrhées banales ( 17,1 % des cas ) on retrouvait, soit des oeufs vivants, ~~associés~~ ou des oeufs vivants associés aux oeufs morts.

. Il est curieux de voir que dans 7,3 % des cas on retrouvait des oeufs vivants associés à une anémie. Es-ce une coïncidence ou une cause de l'anémie?

. Enfin, dans les suspicions de tumeurs, nous avons retrouvé à la B.M.R., des oeufs vivants de S. Mansoni dans 2,4 % des cas.

Dans l'unique suspicion d'amibiase, nous avons retrouvé des oeufs vivants dans 2,4 % des cas, au lieu des amibes, à l'examen direct des selles.

Indications de la B.M.R et Resultats à S. Mansoni

Dans l'ensemble, nos B.M.R étaient negatives dans 84,4 % des cas. Cependant, nous avons retrouvé 7,5 % des cas d'oeufs vivants, 1,9 % des cas d'oeufs morts, enfin dans 6,1 % des cas des oeufs vivants et morts.

Les troubles digestifs constituent une assez bonne indication, car on a 39 % des cas des oeufs vivants isolés, et dans 33,3 % des cas des oeufs vivants et morts.

Dans notre étude la B.M.R était sans intérêt dans les eosinophilies sanguines, pourtant, elle était positive dans 60 % des cas d'insuffisance ventriculaire droite (I.V.D.).

Es-ce une coïncidence banale, ou une explication de l'I.V.D. ? ( Notre serie ne comporte que 5 cas ).

Le tableau 17, nous montre aussi que le contrôle après traitement n'est pas depourvu d'intérêt.

..../.....

TABLEAU 17 Résultats de la B.M.R. Shistosoma Mansoni en fonction des indications de la B.M.R.

Indication	Résultats : B M R :		Oeufs :		Cours :		Oeufs :	
	Viants :	Morts et TOTAL :	Viants :	Morts :	Viants :	Morts :	Viants :	Morts et TOTAL :
BMR non demandée	49	50	0	0	0	1	3%	9,3%
BMR Systematique	56	59	9	1	10%	3	9,1%	12,8%
BMR pour troubles urinaires	95	115	8	3	30%	8	24,2%	21,3%
BMR pour Hepatome	49	58	5	2	20%	2	5,1%	10,7%
Galie	10,7%	58	12,2%	2	20%	2	5,1%	10,7%
BMR pour I. V.D.	2	5	0	1	10%	2	5,1%	0,5%
BMR pour Eosino-philie	5	5	0	0	0%	0	0%	0,9%
Syndrome Nephrotique	14	17	1	0	2,4%	2	5,1%	3,1%
Rectorragie	9	12	1	1	10%	1	3%	2,2%
Troubles Digestifs	157	195	16	2	39%	11	33,3%	36,3%
Contrôle apres Traitement	9	13	1	0	2,4%	3	9,1%	2,4%
TOTAL	456	540	41	10	7,6%	33	5,1%	84,4%

- LA SHISTOSOMOSE À S. HAEMATOBIIUM.

. En valeur absolue, les douleurs abdominales expliquent mal, une bilharziose à *Shistosoma* ( *S.* ) *haematobium*. Les douleurs atypiques étaient cependant fréquentes et constituèrent une relative bonne indication. On expliquait mal, l'association des épreintes et des oeufs morts dans 6,3 % des cas.

. Il n'y a aucune relation entre un ténisme et faux besoins, et shistosomose à *S. Haematobium*. De même, il est difficile d'expliquer, l'association dans 2,4 % des cas des tenesmes et faux besoins à des oeufs morts.

. 33,3 % des prurits anaux donnaient des oeufs vivants et morts.

. Dans 7,3 % des diarrhées, on retrouvait des oeufs vivants. Les oeufs vivants et/ou des oeufs morts, donnaient une diarrhée banale dans 29,3 %. Une diarrhée glaireuse dans 23,8 %; une constipation dans 27,8 % et une diarrhée glaire-sanglante dans 75 % des cas. Les troubles digestifs ne sont donc pas rares dans les manifestations cliniques d'une Shistosomose à *S. Haematobium*.

. Les oeufs vivants ou morts donnaient dans 41,7 % une anémie. L'explication est moins évidente.

. En fonction des Indications de B.M.R. (voir Tableau 19)

En valeur absolue, les B.M.R. pour des troubles urinaires et digestifs étaient de très bonnes indications. Mais 26 % des cas de positivité, sont retrouvés dans les B.M.R. systématiques.

...../.....

TABLEAU 18 - Repartition des resultats de *S. Haematobium* en  
en fonction des douleurs abdominales.

Resultats	B M R	Oeufs	Oeufs	Oeufs	TOTAL
Douleurs	Negative	Vivants	Morts	Vivants et Morts	
Abdominales					
Aucune	204	16	25	58	313
Douleurs	65,2 %	5,1 %	8 %	21,7 %	59,4 %
Epreinte	12	0	1	3	16
	75 %	0 %	5,3 %	18,8 %	3 %
Autres	147	16	15	20	198
Douleurs	74,2 %	8,1 %	7,5 %	10,1 %	37,6 %
TOTAL	363	32	41	91	527
	58,9 %	6,1 %	7,8 %	17,3 %	

TABLEAU 19 - Répartition des Indications B.M.R. en fonction des résultats de S. Haematobium.

Indication	Resultats B.M.R. Negative	Oeufs Vivants	Oeufs Morts	Oeufs Vivants et Morts	TOTAL
B.M.R. non demandée	45 12,1 %	1 3,1 %	0 0 %	4 4,3 %	50 9,3 %
B.M.R. Systematique	51 13,7 %	5 15,6 %	2 4,8 %	11 11,8 %	69 12,8 %
Troubles Urinaires	50 16,1 %	7 21,9 %	12 28,6 %	35 11,8 %	115 21,3 %
Hepatomegalie	41 11 %	4 12,5 %	4 9,5 %	9 9,7 %	58 10,7 %
I. V. D.	1 0,3 %	0 0 %	0 0 %	4 4,3 %	5 0,9 %
Eosinophilie	5 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5 0,9 %
S. Nephrotique	13 3,5 %	0 0 %	1 2,4 %	3 3,2 %	17 3,1 %
Rectorragie	8 2,1 %	1 3,1 %	2 4,8 %	1 1,1 %	12 2,2 %
Troubles Digestifs	142 38,1 %	14 43,8 %	19 45,2 %	21 22,6 %	196 36,3 %
Contrôle après Traitement	7 1,9 %	0 0 %	2 4,8 %	4 4,3 %	13 2,4 %
TOTAL	373 69,1 %	32 5,9 %	42 7,8 %	93 17,2 %	540

2 . 3 . 2 . - LES HEMORROÏDES

\* Les Hemorroïde externes - n'étaient généralement pas douloureuses dans 72,7 % des cas. Mais une épreinte et des douleurs atypiques étaient retrouvées respectivement dans 7,4 % et 19,2 % des cas.

Les rectorragies n'étaient notées que dans 31,8 % : la rectorragie banale se voyait dans 22,7 %. Une rectorragie arrosant les selles s'observait dans 4,5 % et la rectorragie pure dans 3 % des cas seulement.

Les troubles du transit expliquaient mal une hémorroïde, car non notait :

- dans 10,9 % des cas une diarrhée associée à une marisque
- dans 25 % des cas une hémorroïde associée à une diarrhée glairo-sanglante.
- dans 5,5 % des cas une constipation associée à une marisque et dans 2,7 % des cas une diarrhée glaineuse associée à une marisque.

Les marisque à notre avis, ne sont que des anomalies banales. Elles ne sont que des séquelles de d'hémorroïde ancienne et guerrie.

\* Les Hemorroïdes internes

13,5 % des cas les hémorroïdes non compliquées se manifestaient par une douleur atypique.

Une thrombose récente donnait une douleur atypique dans 41,7 % des cas. Une thrombose ancienne se manifestait dans 23,1 % par des douleurs atypiques. Ces mêmes douleurs étaient notées dans 25 % des cas dans l'association hémorroïde banale et thrombose récente.

Les tenesmes et faux besoins, ne sont pas de bon signe d'hémorroïde interne. Nous avons constaté seulement dans 6,7 % des cas, qu'une épreinte signalait une hémorroïde banale et une thrombose ancienne.

..../.....

Dans 2,4 % des cas, elles s'associaient à une prurit anal. Par contre, une rectorragie est un bon signe d'hémorroïde, car on retrouvait dans :

- 33,3 % des cas une hémorroïde ( surtout banale dans 24,2 % )

Dans 42,1 % des rectorragies arrosant les selles une hémorroïde était retrouvée; elle était aussi retrouvée dans 9,1 % des rectorragies pures.

La rectorragie arrosant les selles n'est pas spécifique des hémorroïdes, contrairement à ce que dit certains auteurs ( Ref. n° 25 ). )

### 2 . 3 . 3 . - LES FISSURES ANALES

\* A la marge; les fissures superficielles se manifestaient par une rectorragie banale dans 50 % des cas. La seule fissure profonde s'est traduite par une rectorragie banale ( soit au total 1,5 % des rectorragies banales ).

\* Les Fissures Anales internes superficielles donnaient dans :

- 41,1 % des cas une douleur abdominale, par contre la profonde s'était traduite par une douleur atypique dans 33,3 % des cas.

Les fissures anales internes surperficielles donnaient dans 31,6 % des cas une rectorragie arrosant les selles; une rectorragie banale dans 20 %; une rectorragie pure dans 18,2 %.

Par contre, la fissure profonde ne donnait aucune rectorragie, mais notre échantillon trop petit ne permet pas de conclure.

Une diarrhée isolée est retrouvée dans 3 % des fissures. Une diarrhée sanglante se trouvait dans 12,5 % des fissures superficielles. Une constipation se voyait dans 23,1 %.

Sur les 48 fissurés superficielles, 3 ( soit 6,3 % ) donnaient une anémie et une cachexie ( soit 2,1 % ). L'explication de l'anémie serait l'hémorragie chronique, mais celle de la cachexie n'est pas évidente.

...../.....

TABLEAU 20 - Rectorragies en fonction des fissures anales  
( aspect )

Rectorragie	Fissure Anale Aspect	Absente	Fissure Anale Superficielle	Fissure Anale Profonde	TOTAL
Absente		323 92,5 %	22 6,3 %	4 1,1 %	349
Rectorragie Banale		52 80 %	13 20 %	0 0 %	65 14,3 %
Rectorragie Arroasant les Selles		13 58,4 %	6 31,5 %	0 0 %	19 4,2 %
Rectorragie pures		9 81,8 %	2 18,2 %	0 0 %	11 2,4 %
Rectorragie plus Melena		10 100 %	0 0 %	0 0 %	10 2,2 %
TOTAL		407 89,5 %	43 9,5 %	4 0,9 %	454

2 . 3 . 4 . - LES PROLAPSUS

Il n'existe aucune relation entre prolapsus et douleurs abdominales, d'une part, les tenesmes faux-besoins, et les prurits anaux d'autre part.

Cependant, nous avons noté dans :

- 35,3 % des cas une rectorragie arrosant les selles.

Dans 1,5 % des cas une rectorragie banale, chez un malade présentant un prolapsus muqueux.

- 25 % des prolapsus hémorroïdaires donnaient une diarrhée glairo-sanglante.

2 . 3 . 5 . - L'ANITE

Dans l'ensemble, l'anite banale donne dans :

- 25,9 % une épreinte

- 20,5 % une douleur atypique

- 23,8 % un tenesme et faux besoins

- 45,5 % un prurit anal

- 38,3 % une rectorragie.

L'anite ulcérée se traduisait par une rectorragie banale dans 9,1 %.

L'anite purpurique donnait une rectorragie dans 45,5 % des cas, mais celle-ci n'est pas retrouvée dans l'anite purulente.

Les troubles digestifs sont rarement observés dans :

- 14,4 % une diarrhée glairo-sanglante

- 4,3 % des cas une constipation

- 1,4 % des cas une constipation plus diarrhée glairo-sanglante.

L'anite purpurique se traduisait par une diarrhée dans 23,3 %.

Par contre, l'anite ulcérée ne donnait aucun trouble du transit.

L'anite est donc une cause non négligeable de rectorragie ( 38,3 % ).

...../.....

§ LESIONS RECTALES

2. 3. 9. - Les Rectites ( 24 , 25 )

Sur les 118 rectites retrouvées au cours de notre enquête :

- 26,2 % des cas s'accompagnaient d'une douleur abdominale, ayant pour caractéristique :

.Une épreinte dans 6,1 %

.Une douleur atypique dans 20,1%

Ceci montre qu'une douleur abdominale est difficile à interpréter dans les rectites; Mais faut-il expliquer cela par la difficulté de l'interrogatoire de l'africain.

Dans les rectites banales, les douleurs atypiques sont beaucoup plus fréquentes que les épreintes 28,9 % contre 21,7 %. Par contre, dans les autres types de rectites, nous avons noté la prédominance des épreintes.

Les tenesmes et faux besoins n'étaient pas non plus spécifiques des rectites; car, on notait:

+ dans une rectite banale 8,2% seulement de tenesme et faux besoins.

+ quant aux muqueuses fragiles, les tenesmes étaient notées dans 4,5 %.

+ 7,1 % des rectites purpuriques présentaient le même signe.

Dans 25 % des cas de prurit anal, on rencontrait une rectite banale.

46,2 % des rectites purpuriques s'accompagnaient d'une rectorragie ( banale dans 38,5 %, pure: dans 7,7 %). 50 % des R.C.H. se traduisaient par une rectorragie banale ( 20 % ); pure ( 40 % ). Par contre, une rectorragie banale étant observée dans les autres types de rectites.

Une rectite banale donnait dans :

- 12,9% une diarrhée isolée

- 9,7% une diarrhée glaireuse

- 3,2% une diarrhée sanglante.

- 4,8% une constipation

- 1,5% une constipation plus diarrhée

.../....

Une muqueuse fragile se traduisait cliniquement par une diarrhée banale dans 25,1%

- . Une diarrhée glaireuse dans 13%
- . Une diarrhée sanglante dans 4,3 %
- . Une constipation dans 4,3 % des cas

Les rectites purpuriques s'accompagnaient dans 30,8% diarrhée isolée, 7,7% d'une diarrhée glaireuse et sanglante, et d'une constipation alternant avec diarrhée dans 15,4% des cas.

Une Recto-colite Hemorragique ( R.C.H. ) se traduisait dans 50% des cas par une diarrhée sanglante.

Dans l'ensemble, une R.C.H. était évoquée dans 65,8% des cas de rectites.

L'anémie isolée n'était pas fréquente dans les rectites, environ 17,3% des cas. Mais la cachexie était observée dans 60%, l'anémie et la cachexie associée étaient observées dans 80% des rectites. Dans notre série, les R.C.H. étaient surtout hémorragiques, cachectiques et anémiantes. ( 6 )

#### 2 . 3 . 10 . - Les Ulcères du Rectum

Parmi les ulcères rectaux observés dans les premières séries d'examen, nous avons eu :

- . un seul ulcère superficiel ( soit 16,7% ) qui s'est traduit par une diarrhée,
- . l'ulcère creusant se traduisait par une diarrhée sanglante.
- . une cachexie était observée dans 20% des ulcères superficiels.

Les Ulcères non précisés n'avaient aucun trouble du transit. Ceci s'explique probablement par le fait qu'ils étaient traumatiques ( progression du rectoscope rigide ).

#### 2 . 3 . 11 - Retrecissement Non Tumoral

Parmi les 7 retrecissements non tumoraux retrouvés, une épreinte était retrouvée dans 33,3% des cas, une douleur atypique dans 15,7% ; un tenesme et un faux besoin dans 28,6%, une rectorragie banale dans 28,6% ; une diarrhée glairo-

sanglante était souvent associée à une constipation dans 71,4%, une anémie isolée dans 14,3%.

On retrouve aussi dans 5% des suspicions de tumeurs, retrecissement non inflammatoire. Dans l'ensemble, le signe prédominant est l'alternance de diarrhée glairo-sanglante avec constipation

### 2. 3. 12. - Les Tumeurs Ano-rectales

Elles se traduisaient par des épreintes dans 6,4%, des douleurs atypiques dans 1,5%. Dans 11,1% une tumeur bénigne se manifestait par un tenesme. Les autres types de tumeurs ( malignes et douteuses ) donnaient des tenesmes et des faux besoins dont 7,7% pour les premiers, et 25% pour les cas douteux.

Le prurit anal était rencontré dans 6,3% des cas. Les tumeurs bénignes s'accompagnaient dans 22,2% d'une rectorragie banale.

Par contre, les tumeurs malignes se manifestaient par un rectorragie dans 45,5% : banales ( 9,1% ); rectorragie arrosant les selles ( 91% ) et rectorragie pure ( 27,3% ). Une rectorragie banale était observée dans 25% des tumeurs douteuses.

Les troubles digestifs étaient rencontrés dans les tumeurs: 22,2% des tumeurs bénignes ( diarrhée ou constipation ); 45,5% des tumeurs malignes ( diarrhée glairo-sanglante 27,3%; une constipation isolée et / ou associée à une diarrhée dans 9,1% ). 56,6% des tumeurs douteuses étaient marquées par une diarrhée isolée ou glaireuse.

Les tumeurs malignes n'étaient anémiantes et/ ou cachectisantes que dans 16,6%; tandis que les tumeurs douteuses étaient anémiantes dans 50%.

" Aucune variété d'hémorragie rectale n'est caractéristique de cancer; aucune particularité ne permet de l'écartier ", COMTE ET RISTECHUEBER ( 25 ).

...../.....

TABLEAU 21 - Tumeurs anorectales en fonction des rectorragies.

Rectorragie Absente	Rectorragie Banale	Rectorragie Arrosant les Selles.	Rectorragie Pures	Rectorragie Plus Melena	TOTAL	
Tumeur Anorectale						
Absentes	685	58	19	8	11	791
	85,6 %	8,5 %	2,4 %	1 %	1,4 %	97,1 %
Tumeurs Benignes	7	2	0	0	0	9
	77,8 %	22,2 %	0%	0%	0%	1,1 %
Tumeurs Malignes	6	1	1	3	0	11
	54,5 %	9,1 %	9,1 %	27,3 %	0%	1,3 %
Tumeurs Doubteuses	3	1	0	0	0	4
	75 %	25 %	0%	0%	0%	0,5 %
<b>TOTAL</b>	701	72	20	11	11	815
	86 %	8,8 %	2,5 %	1,3 %	1,3 %	

§ - LES CONTROLES

Nous signalons que notre enquête comporte 121 examens contrôlés. Il nous a été très difficile de conclure sur la suivie de ces malades, parceque, notre enquête avait surtout pour but le dépistage de la pathologie ano-rectale. Ces contrôles ont été irréguliers parceque soit les malades étaient perdus de vue, soit ils <sup>ne</sup> venaient pas régulièrement. Ce chapitre n'a autre but que de montrer une idée du traitement des lésions proctologiques rencontrées.

• Les hémorroïdes

Pour les hémorroïdes externes, aucun contrôle n'a été effectué. Elles étaient soit d'emblée confiées aux chirurgiens ( thromboses récentes ) soit sans traitement ( les maris <sup>pas</sup> ques ).

Les Hémorroïdes internes étaient traitées soit médicalement, soit par injection sclérosante ( quelques cm<sup>3</sup> de quinine injectée dans la sous-muqueuse au dessus de l'hémorroïde ) soit enfin, elles sont confiées aux chirurgiens. Les malades soumis au traitement médical, ou aux injections sclérosantes, étaient seulement suivis. Ceux, traités chirurgicalement n'étaient plus revus après traitement.

Sur les 103 hémorroïdes retrouvées, seulement 32 persistaient au contrôle après traitement; dont les aspects sont les suivants

- 14 cas d'hémorroïde banale ( 17,9% )
- 4 cas de thrombose récente ( 19% ) des cas du total des thromboses.
- 10 cas de thrombose ancienne ( soit 37% des cas )
- 4 cas de l'association Hémorroïde banale et thrombose ancienne.

Il faut souligner que la sclérose est contre-indiquée. en phase douloureuse aiguë ( Ref. n° 7 ). Mais dans nos cas de thrombose récente, un traitement médical était préalablement administré.

Dans l'ensemble, les hémorroïdes ont été traités<sup>es</sup> médicalement, dans 62,9% des cas, par injection sclérosante; dans 34%, et enfin dans 3,1% des cas chirurgicalement.

• Les Fissures anales

Elles étaient généralement traitées médicalement ( pour les externes superficielles ). La fissure profonde était d'emblée confiée au chirurgien. Nous n'avons observé que 20% des fissures superficielles au contrôle.

Pour les fissures internes: toutes les superficielles, et, 80% des profondes ont été traité médicalement. Seulement 20% des cas de fissures profondes ont été traité chirurgicalement.

À contrôle, après traitement, on a observé 9,3% des cas de fissures superficielles et 55,6% des fissures profondes. Ces fissures, après échec du traitement médicale était finalement confiée au chirurgien.

• Les Fistules

Elles n'ont pas été contrôlé<sup>es</sup>, car confié<sup>es</sup> directement au chirurgien.

• Les Anites

Elles étaient traitées médicalement. Sont retrouvées au contrôle 6,4% des anites banales et une anite purulente qui était probablement une manifestation anale d'une recto-colite/hémorragique.  
ulcero

• Les rectites

Elles étaient toutes traitées médicalement. Sont retrouvées 6,7% des rectites banales; 18,2% des cas de muqueuses fragiles, 25% des rectites purpuriques, 27,3% des rectites ulcéreuses et purulentes, 50% des R.C.H. et 85,7% des rectites en cours de guérison.

• Les Ulcères du rectum

Ils étaient, soit traités médicalement (anti-amibien), soit non traités (pour les ulcères traumatiques).

Nous n'avons retrouvé au contrôle que 25% des ulcères superficiels et 40% des ulcères non précisés.

### 3 . - SYNTHÈSE

#### Interêt de la Rectoscopie

Nous avons volontairement séparé, cette partie en deux, pour une compréhension facile: la marge, l'anus et le rectum ( à partir de 6 cm ).

#### 3 . 1 . - Resultats rectoscopiques à la marge et l'anus en fonction des indications

##### 3 . 1 . 1 . - Resultats rectoscopiques dans les douleurs abdominales.

Une épreinte était notée dans 20,7% des bilharzioses ( B.M.R positive ) soit 6 cas; 20,7% des anites ( 6 cas ); 13,8% des hémorroïdes ( 4 cas ) et dans 10,3% des fissures ( 3 cas ); soit au total 64,5% des lésions au niveau de la marge et de l'anus qui se traduisaient par une épreinte.

25,1% des bilharzioses ( 60 cas ); 8,7% des hémorroïdes ( 20 cas ); 6,1% des fissures anales ( 14 cas ); 3,5% des anites ( 8 cas ); 1,7% des tumeurs ( 4 cas ); 0,4% des fistules anales ( 1 cas ), présentaient une douleur abdominale atypique; soit au total dans 46,5% des douleurs atypiques, on retrouvait une lésion au niveau de la marge et de l'anus.

Donc plus le type de la douleur est précisé, plus l'indication est bonne.

##### 3 . 1 . 2 . - Devant les tenesmes et faux besoins

on notait 5,7% des bilharzioses ( 1 cas ); 13,3% des anites ( 2 cas ); 20% des hémorroïdes ( 3 cas ) 13,3% des fissures ( 2 cas ) 5,7% des tumeurs ( 1 cas ); devant les tenesmes isolés.

Dans 50% des faux besoins on retrouvait seulement une anite.

Dans 55% des tenesmes ~~XXXX~~ et des faux besoins, on retrouvait une bilharziose avec 24% ( 6 cas ) de B.M.R. positive; 20% d'anites ( 5 cas ) et 12% d'hémorroïdes ( 3 cas ).

Les tenesmes et les faux besoins représentent pour une bonne indication de rectoscopie.

.... / .....

3 . 1 . 3 . - Resultats rectoscopiques de la marge et l'anús retrouvés devant un prurit anal.

20% des fissures anales (3cas); 13,3% des bilharzioses (2cas); 13,3% des anites (2cas); 13,3% des homorroides (2cas); 6,7% des fistules (1cas); 6,7% des tumeurs (1cas) se traduisaient par un prurit anal, soit au total dans 73,3% des prurits anaux, on retrouvait une lesion.

3 . 1 . 4 . - Devant une rectorragie, quelles sont les resultats rectoscopiques retrouvés au niveau de la marge et de l'anús

40,9% des hemorroides (27cas); 21,2% des fissures anales (14cas); 6,1% des anites (4cas); 3% des bilharzioses (2cas) et 1,5% des tumeurs presentaient une rectorragie banale; soit au total 72,7% des rectorragies banales.

Pour les rectorragies arrosant les selles notre enquête montrait: 30% des homorroides (5cas); 25% des fissures ( 5 cas); 15% des anites (3cas); 10% des hemorroides (6cas); et 5% des tumeurs (1cas); soit au total 85% des rectorragies arrosant les selles.

Dans 60% des rectorragies pures on retrouvait: une anite dans 20%; des hemorroides dans 10% ; 20% des fissures; 10% des tumeurs.

Quant aux rectorragies associées à un melena, nous avons isolé 2cas de bilharzioses (soit 18,2%); 1cas d'hemorroïde (9,1%); 1cas de fissure (9,1%).

La rectorragie est une très bonne indication de la rectoscopie, et nous avons retrouvé une lesion en moyenne dans 63,5% des cas, au niveau de la marge et de l'anús.

3 . 1 . 5 . - Resultats anusconiques en fonction des troubles du transit.

23,3% des bilharzioses (17cas); 12,3% des hemorroides (9cas); 4,1% des anites(3cas); 2,7% des fissures anales (2cas); 1,4% des tumeurs (1cas) presentaient une diarrhée isolée. Soit au total 43,8% des cas de diarrhée isolée.

...../.....

Soit au total 43,8% des diarrhées isolées; 15,3% des anites (7cas); 9,3% des bilharzioses (4cas); 7% des hémorroïdes (3cas) présentaient une diarrhée glaireuse, soit au total 32,5% des diarrhées glaireuses.

20% des bilharzioses (1cas); 20% des anites (1cas); 20% de fissures anales (1cas) présentaient une diarrhée sanglante; soit 60% des diarrhées sanglantes.

37,5% des bilharzioses (3cas); 25% des hémorroïdes (1cas), présentaient une diarrhée glairo-sanglante.

Dans 54,7% des constipations: 23,5% des bilharzioses (4cas); 17,6% des hémorroïdes (3cas); 5,9% des anites étaient retrouvées.

Une anite est retrouvée dans 33,3% des cas d'association de diarrhée constipation.

Les causes de troubles du transit, ne sont généralement pas retrouvées à la marge et à l'anús. Mais la constipation et la diarrhée glairo-sanglante sont une relative bonne indication.

### 3 . 1 . 5 . - Résultats anuscopiques dans les suspicions diagnostiques.

Dans 71 cas de suspicion d'hémorroïde on retrouvait: 3 bilharzioses (soit 4,2%); 10 anites (soit 14,1%); 31 hémorroïdes (soit 43,7%); 15 fissures (21,1%); Une fistule (1,4%); 1 tumeur (1,4%); enfin 10 rectoscopies normales (soit 14,1%).

Sur les 4 suspicions de fissure, le diagnostic a été confirmé dans 3cas (75%); et dans un seul cas aucune lésion n'a été retrouvée.

Dans les 8 cas de suspicion de fistule, le diagnostic était confirmé dans 5cas (62,5%); dans 1cas (12,5%) le diagnostic de tumeur était porté cliniquement; et dans un cas aucune lésion n'a été retrouvée.

Aucune des 12 suspicions de prolapsus n'a été confirmée par la rectoscopie. Cependant, nous avons eu: aucune anomalie proctologique dans 6cas (50%); une bilharziose dans 1 cas (8,3%); une hémorroïde dans 4cas (33,3%); une fissure anale dans 1cas (8,3%).

..../....

Sur les 19 suspicions de tumeur, le diagnostic était porté cliniquement dans 5 cas (26,3%); une fissure (dans 5,3%); 6 hémorroïdes (31,6%); 1 cas de bilharziose (5,3%) étaient retrouvés. Enfin dans 6 cas, aucune lésion de la marge et de l'anus.

La proctoscopie est rentable dans les suspicions diagnostiques (surtout des fistules, fissures, et parfois les hémorroïdes), mais le diagnostic endoscopique n'est pas toujours celui du clinicien.

3. 1. 7. - Quelles lésions retrouvent-on à la marge et à l'anus devant une anémie; ou et cachexie.

Sur les 49 anémies isolées 61,2% n'avaient aucune lésion de la marge et de l'anus. Mais 22,4% (1 cas) de bilharziose; 6,1% (3 cas) d'hémorroïde; 6,1% de fissure anale (3 cas); 2% de fistule (1 cas); 2% de tumeur (1 cas) étaient retrouvés.

Sur les 15 cachexies, 2 anites (13,3%); 1 hémorroïde (6,7%); et une tumeur (6,7%) étaient retrouvés.

Sur 6 anémies et cachexies, nous avons retrouvé 2 Tumeurs (soit 33,3%).

3. 1. 8. - Résultats de la rectoscopie dans les indications de la B.M.R. (Bilharziose).

Sur les 186 B.M.R. positives (23,3%); du total des résultats) 62 (33,3%) des B.M.R pour troubles digestifs; 57 (30,6%) de B.M.R pour troubles urinaires; 22 (11,8%) B.M.R. pour hépatomégalie; 5 (2,7%) B.M.R. pour I.V.D.; 22 (11,8%) de B.M.R. systématique; 5 (2,7%) de B.M.R pour syndrome néphrotique; 4 (2,2%) n'avaient aucune demande de B.M.R.; 3 (1,5%) de B.M.R pour rectorragie; enfin 6 B.M.R après traitement (3,2%) ont été retrouvés.

...../.....

3 . 2 . - Les Lésions rectales

3 . 2 . 1 . - Résultats rectoscopiques en fonction des douleurs abdominales.

Une épreinte est retrouvée seulement dans 7,4% des rectites banales.

13,6% des rectites banales (3cas); 8,3% des Recto-colites Ulcero-hémorragiques ou purulentes (1cas); 33,3% des ulcères du rectum (1cas), se traduisaient par une douleur ~~atypique~~ atypique.

Les épreintes et douleurs atypiques ne représentent pas pour nous de bons signes d'une lésion rectale.

3 . 2 . 2 . - Résultats rectoscopiques devant les tenesmes et les faux besoins.

Sur 12 tenesmes observés, seulement une rectite banale (8,3%), une tumeur rectale (8,3% des cas) étaient retrouvées, soit au total 16,6% des tenesmes.

Les faux besoins n'étaient pas retrouvés, comme signe d'une lésion rectale.

3 . 2 . 3 . - Résultats rectoscopiques en fonction des troubles du transit.

33,3% des rectites ulcero-hémorragiques ou purulentes (4cas); 33,3% des ulcères du rectum (1cas); 12,5% des rectites banales s'accompagnaient d'une diarrhée isolée.

12,5% des rectites banales (3cas), 10% des tumeurs (1cas) se sont manifestés par une diarrhée glaireuse.

15,7% des rectites ulcero-hémorragiques ou purulentes (2cas); 33,3% des ulcères du rectum (1cas); se traduisaient par une diarrhée sanglante.

8,3% des rectites ulcero-hémorragiques ou purulentes (1cas) s'accompagnaient d'une diarrhée glairo-sanglante.

12,5% des rectites banales (3cas); 33,3% des ulcères du rectum (4cas) se traduisaient par une diarrhée isolée.

...../.....

Une constipation était retrouvée dans 7,1% des rectites banales (1cas); dans 7,1% des rectites ulcero-hémorragiques ou purulentes.

3 . 2 . 4 . - Devant une rectorragie que peut-on retrouver au niveau du rectum.

Une rectite ulcero-hémorragique ou purulente se traduisait par des rectorragies banales dans 3,1% des cas; et des rectorragies pures dans 18,2% des cas.

Une tumeur rectale est retrouvée dans 1,5% des rectorragies banales, 9,1% des rectorragies pures.

3 . 3 . - SYNTHESE D'ENSEMBLE

3 . 3 . 1 . - Dans l'ensemble que doit-on rechercher en rectoscopie devant une anemie, une cachexie associees aux adenopathies.

Au cours de notre travail, nous avons retrouve :  
20% de bilharzioses; 7,3% des cas de pathologies proctologiques banales non hemorroïdaires; 3,6% des rectites, ou des hemorroïdes; enfin 1,8% des tumeurs. Donc, elle ne representent pas une bonne indication.

3.3.2. Dans les douleurs atypiques, 20,3% de bilharziose; 7,5% d'hémorroïdes; 4,3% des cas de proctologie banale non hémorroïdaire; 1,1% de rectites; et 0,5% de tumeurs étaient retrouvées.

3.3.3. Sur les 6 cas de prurit anal; seulement 2 cas (33,3%) avaient une bilharziose; et 1 cas (16,7%) avaient une hémorroïde.

3.3.4. Devant les troubles du transit, quelles sont les lésions retrouvées ?

- Dans la constipation, une anomalie rectoscopique est retrouvée dans 47,2% des cas: 20,5% de bilharziose; 7,1% de pathologie proctologique banale; 7,1% d'hémorroïde; 7,1% de rectites, enfin 7,1% de tumeurs.

Donc il n'est pas ininteressant de demander une rectoscopie dans les constipations chroniques.

- Devant une diarrhée isolée, il faut rechercher une bilharziose (20%); une rectite (13,8%); une hémorroïde (10,8%) enfin une tumeur (4,6%) et une pathologie proctologique banale non hémorroïdaire (4,6%).

- Dans les diarrhées glaireuses, nous avons retrouve 8% de bilharziose; 8% de pathologie proctologique banale non hémorroïdaire; 8% de tumeur et 4% d'hémorroïde.

- Devant une diarrhée sangante, nous avons noté: 25% de bilharziose; 25% de rectite; 15,7% de pathologie proctologique banale non hémorroïdaire; et 8,3% de tumeur.

Donc: une diarrhée sangante est une très bonne indication.

3.3.5 - Devant une rectorragie, nous avons observé : 30,3% d'hémorroïde; 15,9% de pathologie proctologique banale non hémorroïdaire; 12,4% de rectite; 7,9% de tumeur; et 6,7% de B.M.R positive (bilharziose)

La rectorragie est une excellente indication, car dans 74,2%<sup>les</sup>, la cause est retrouvée.

3.3.6. - Dans les épreintes, /tonesmes avec du sang.

On notait: 23,8% de pathologie proctologique banale; non hémorroïdaire; 15,7% de B.M.R. positive ( bilharziose ); 14,3% d'hémorroïde; 7,1% de tumeur; et 2,4% de rectite. Elles constituent une indication intéressante de la rectoscopie.

...../.....



=====

H O I S T O R I O 7

1 - Notre serie comporte 1000 rectoscopies, dont 879 premiers examens et 121 contrôles, effectués de Novembre 1982 à Octobre 1983 à l'hôpital du Point-G, dans le service de Médecine interne du Prof. B. DUELO.

L'exploitation des dossiers a été considérablement facilitée par l'informatique qui a permis d'étudier d'une manière détaillée les indications de la rectoscopie et ses résultats.

2 - Les Indications se répartissent de la manière suivante :

- Les douleurs atypiques 22,9 %
- Les B.N.R. non proctologiques ( à la recherche <sup>de</sup> Schistosomes ) 22,1 %
- Les suspicions diagnostiques proctologiques 14,8 %
- Les réctorragies 10,9 %
- Les diarrhées isolées 7,9 %
- Les anémies et / ou cachexies associées aux adenopathies 6,7 %
- Les épreintes et les tenesmes associés à un saignement 5,1 %
- Les diarrhées glaireuses 3,1 %
- Les diarrhées sanglantes 1,3 %.

Ces indications varient en fonction de l'âge et du sexe. Mais <sup>elles</sup> différent notablement d'un clinicien à l'autre.

3 - Les Résultats de la rectoscopie se resument ainsi :

Les rectoscopies sont normales dans 41,5% des cas.  
Les rectoscopies non faites representent 6,5 % des cas.  
Dans 52 % des cas, la rectoscopie a permis un diagnostic précis.

Parmi les 457 affections diagnostiquées :

- Les bilharzioses dominant la serie avec 191 cas. La fréquence est notée surtout chez le sujet jeune, pour des troubles digestifs et urinaires.

- Ensuite viennent les hémorroïdes ( 107 cas ) qui sont exceptionnelles avant 15 ans, surtout fréquentes entre 25 et 34 ans;

...../.....

peu fréquentes après 54 ans. La symptomatologie est dominée par les rectorragies banales.

- La pathologie proctologique banale non hémorroïdaire était étudiée dans tous ses aspects.

- Par contre, les rectites, les ulcères, et autres lésions inflammatoires du rectum ne représentent que 33 cas.

- Nous avons diagnostiqué 36 tumeurs bénignes et malignes. Notons que les tumeurs bénignes ( polypes surtout ) sont rares. Les tumeurs malignes confirmées par l'anapath ne représentent que 4 cas. ( sur 11 résultats ). Les autres tumeurs malignes soit suspectées, dans un aspect rectoscopique caractéristique, mais non confirmé faute de résultat anapath.

4 - Confrontation des résultats rectoscopiques et des indications :

- La rentabilité de la rectoscopie est excellente dans les rectorragies. La cause est retrouvée dans 74,2 % des cas. Elles sont généralement dues à des hémorroïdes (30,3%). Ensuite viennent : la pathologie proctologique banale non hémorroïdaire (fissure, fistule, prolapsus, anite, etc ... ) 16,9 %; les rectites non spécifiques 12,4% ; les tumeurs 7,9%; enfin les bilharzioses 6,9%.

- Les diarrhées sanglantes sont une très bonne indication. On retrouve des lésions dans 75% des cas parmi lesquelles la bilharziose et les rectites viennent au premier plan avec 25% pour chacune, ensuite la pathologie proctologique banale non hémorroïdaire 15,7%; enfin les tumeurs (8,3%).

- La rectoscopie est relativement rentable devant :

. Les tenesmes et / ou épreintes associés à du sang.

La rectoscopie a permis un diagnostic dans 64,3% des cas ( proctologie banale non hémorroïdaire 23,8%; bilharziose 16,7%, hémorroïde 14,3%; les tumeurs 7,1%; et les rectites non spécifiques 2,4%)

. Dans les diarrhées isolées la cause est retrouvée dans 53,8% des cas (bilharziose 20%; hémorroïde 10,8%; rectite non spécifique 13,8%; les tumeurs et la proctologie banale non hémorroïdaire 4,6% pour chacune)

. Dans les prurits anaux, une lésion est retrouvée dans 50% des cas.

...../.....

. Quant à la constipation, elle représente quelque fois une bonne indication; une cause est retrouvée dans 57,2% des cas.

- Les indications sont rentables devant :

- . les douleurs atypiques (41,7%)
- . les anémies et les cachexies associées aux adenopathies où, dans 36,4% des cas, la cause est retrouvée.
- . les diarrrhées glaireuses dans 28% des cas la cause est retrouvée.

5 - Les incidents mineurs, tels que les traumatismes de la muqueuse pouvant induire en erreur, sont peu fréquentes, et sans conséquence grave. La rectoscopie n'a pas de contre indication: si le malade est préalablement examiné par un clinicien.

6 - Les échecs complets de la rectoscopie sont relativement rares (6,5%) et sont dus à la mauvaise préparation ou au caractère pusillanime du malade. Les examens incomplets sont très fréquents et n'empêchent pas le plus souvent, de porter un diagnostic.

7 - Les propositions -

La rectoscopie n'est pas un examen dépourvu d'intérêt. Ce travail permet d'avoir une idée générale sur la pathologie rectale ne dépassant pas 25 cm à partir de l'anneau anal.

Elle garde un intérêt majeure dans nos pays en voie de développement dépourvu de coloscope. A l'issue de ce travail, nos propositions sont les suivantes :

- La vulgarisation de la rectoscopie est nécessaire au moins dans d'autres hôpitaux, et même au niveau des centres de santé des cercles, car le matériel est peu onéreux et d'entretien facile.

C'est une excellente technique pour le diagnostic des bilharzioses, surtout chez les hospitalisés et les malades de consultations. Mais la lenteur, et les contraintes de cet examen invasif, limite son emploi en dépistage de masse.

- L'exploration de la pathologie colique à l'aide en particulier de coloscope devrait s'étendre. Classiquement la pathologie colique (tumeurs, diverticules, colites, <sup>est</sup> rare en Afrique.

...../.....

En fait, les consultations sont encombrées de colopathes, dont le diagnostic précis ne peut être fait à cause de difficultés d'obtention d'un lavement baryté ( manque de produit de contraste, mauvaise préparation, défaut de film et de reactif ). La coloscopie demande un investissement moindre, et des frais de maintenance nuls.

- Enfin il serait nécessaire de développer la formation des proctologistes surtout dans le domaine des petits actes chirurgicaux, réalisables sous anesthésie locale ( ligature et sclérose des hémorroïdes, traitement des fissures et fistules ), afin d'éviter une surmédication, pour une pathologie qui doit rester un problème de consultation externe./.-

...../.....

B I B L I O G R A P H I E

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - AUBRY P. ET CAPDEVIELLE P. : L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN PRATIQUE TROPICALE. ROLE DU PERSONNEL INFIRMIER. SOINS PATHOLOGIE TROPICALE. 1980, n° 23, 3 - 4.
- 2 - ARNOUS J., PARNAUD E. ET DENIS J. : QUELQUES REMPLISSONS SUR LES ABS- CES ET LES FISTULES A L'ANUS. ( A PROPOS DE 3000 INTERVENTIONS ). LA REVUE DU PRATICIEN. 1972, 22, 1773 - 1814.
- 3 - BENSUADE A. : LA FISSURE ANALE. LA REVUE DU PRATICIEN. 1972, 22, 1779-1791.
- 4 - BIERRENS H.E., EXCLER J.L., TEACRE H.A. ET DUPLO B. INTERET DE LA BIOPSIE DE MUQUEUSE RECTALE DANS LES BILHARZIOSES. MALI MEDICAL . 1981, 4, 13 - 15.
- 5 - CENAC A. ET PERLEMUTER L. : RECTORRAGIE CONDUITE A TENIR. IN : CAHIER DE PATHOLOGIE MEDICALE: PATHOLOGIE DIGESTIVE I. CESOPHAGE, ESTOMAC, INTESTIN. 22. 114.-119  
MASSON ED. PARIS 1976.
- 6 - CENAC A. ET PERLEMUTER L. :RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE. IN. CAHIER DE PA- THOLOGIE MEDICALE. PATHOLOGIE DIGESTIVE I. CESOPHAGE, ESTOMAC, INTESTIN. 22. 85 - 94. MASSON ED. PARIS 1976.
- 7 - COPE R. : LE GUIDE DE PROCTOLOGIE; LABORATOIRE SERVIER ED, PARIS.
- 8 - DISSARD P. : LES COMPLICATIONS DOLoureuses DES HEMORROIDES, LA VIE MEDICALE. JANVIER 1974, 29-35
- 9 - DUHAMEL J. , BECART CL. ET BECART B. : ANUSCOPIE ET RECTOSIGMOIDOSCOPIE. IN. ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE. PARIS, ESTOMAC. INTESTIN; 4 - 1978; 90 13 A - 10.

...../.....

- 10 - DUHAMEL J. ET COHEN M. : LES ALGIES ANO-RECTALES DITES " ESSENTIELLES ".  
LA REVUE DU PRATICIEN. 1972, 22, 1827 - 1835.
- 11 - DUHAMEL J. ET COHEN M. : LE PRURIT ANAL. LA REVUE DU PRATICIEN 1972; 22,  
1837 - 1851.
- 12 - FILIPI M. : LA CRISE HEMORROIDAIRE. LA VIE MEDICALE JANVIER 1974, 19 - 25.
- 13 - GRENIER G.; GORDIN G. ET SAVARDEAU B. : LA DOULEUR FISSURAIRES CHEZ L'ADULTE.  
LA VIE MEDICALE, JANVIER 1974, 37 - 46.
- 14 - JULLIARD D. : HEMORRAGIES. LE PERFECTIONNEMENT DU PRATICIEN, 1977;  
N° 253, 19 - 31.
- 15 - MARLIERE J. : LES ALGIES ANORECTALES ESSENTIELLES, LA VIE MEDICALE. 1974.  
JANVIER 1974, 56 - 69.
- 16 - MOT A. : TRAITEMENT DU PRURIT ANAL. LE PERFECTIONNEMENT DU PRATICIEN.  
1977, N° 253; 61 - 67.
- 17 - NORA J. ET HUGUET C. : EXAMEN CLINIQUE D'UN MALADE PORTEUR D'HEMORROIDES.  
PROCEDES DE TRAITEMENT ET INDICATIONS. LA REVUE DU PRATICIEN, 1972, 22,  
1765 - 1777.
- 18 - PARC R. ET JANER R. : TECHNIQUE DE L'EXAMEN PHYSIQUE PROCTOLOGIQUE. LA  
REVUE DU PRATICIEN, 1983, 33, 1679 - 1681.
- 19 - PARTURIER - ALBOT M. : BIOPSIE RECTALE. LA PRESSE MEDICALE, 1969, 77,  
1107 - 1110.
- 20 - PRADEL E. : DOULEURS ANALES. LE PERFECTIONNEMENT DU PRATICIEN, 1977, 253,  
35 - 45.
- 21 - RODIER B. : DOULEURS DANS LES ABSCESES DE LA MARGE ANALE. LA VIE MEDICALE,  
1974, 1, 49 - 51.

...../.....

- 22 - RODIER B. : QUE FAIRE DEVANT UN PRURIT ANAL ? . LA REVUE DU PRATICIEN, 1982, 32, 2975 - 2977.
- 23 - RODIER B. : QUE FAIRE DEVANT UNE DOULEUR ANALE ? . LA REVUE DU PRATICIEN, 1982, 22, 2525 - 2528.
- 24 - SOULLARD. J. PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE RECTITES ET ANORECTITES. IN. : PRECIS DE PROCTOLOGIE. MASSON ED. PARIS, 1974.
- 25 - SOULLARD J. PROCTOLOGIE 8 FASCICULES; LE CONCOURS MEDICAL SUPPLEMENTS DE FEVRIER A JUIN 1973.
- 26 - TERRIS G. NEOFORMATIONS ET GROSSEURS ANALES. LE PERFECTIONNEMENT DU PRATICIEN. 1977, N° 253, 73 - 84.
- 27 - TERRIS G. TECHNIQUE D'EXAMEN D'UN MALADE ATTEINT D'UNE AFFECTION PROCTOLOGIQUE. LE PERFECTIONNEMENT DU PRATICIEN. 1977, N° 253, 15 - 16.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, 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.

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.

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. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

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.