

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1985

n° 42

LES CANCERS GASTRIQUES AU MALI
APPORT DE LA FIBROSCOPIE
(A propos de 55 cas)

Thèse:

Présentée et Soutenue publiquement devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par :

Bina COULIBALY

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

Examineurs

Professeur Siné BAYO
Docteur Issa TRAORE
Docteur Cheick René SIDIBE
Professeur Aly GUINDO

Président

Membres



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1984 - 1985

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

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteur MILLIET O.R.L.
Professeur Francis MIRANDA BIOCHIMIE
Professeur Alain GERAULT..... BIOCHIMIE
Professeur Michel QUILICI..... Immunologie
Docteur François ROEX BIOPHYSIQUE
Professeur Humbert GIONO-BARBER..... PHARMACODYNAMIE
Professeur Oumar SYLLA PHARMACIE CHIMIQUE
Docteur Jean REYNIER PHARMACIE GALENIQUE
Docteur Mlle. Marie Hélène ROCHAT..... PHARMACIE GALENIQUE
Docteur Guy BECHIS BIOCHIMIE
Docteur Mme. GIONO-Paulette BARBER.....ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE HUMAINES
Monsieur El Hadj Maktar WADE..... BIBLIOGRAPHIE

PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO :

Professeur Aliou BA OPHTALMOLOGIE
Professeur Bocar SALL..... ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
Professeur Philippe RANQUE PARASITOLOGIE
Professeur Mamadou DEMBELE CHIRURGIE GEN ERALE
Professeur Souleymane SANGARE..... PNEUMO-PHTISIOLOGIE
Professeur AG-RHALY..... MEDECINE INTERNE
Professeur Aly GUINDO..... GASTRO-ENTEROLOGIE
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE.....CARDIOLOGIE
Professeur Yaya FOFANA HEMATOLOGIE
Professeur Mamadou MAIGA NEPHROLOGIE
Professeur Mamadou Lamine TRAORE..... CHIRURGIE GENERALE MEDECINE LEC
Professeur Abdel Karim KOUMARE ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE
Professeur Baba KOUMARE..... Psychiâtrie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO..... MEDECINE INTERNE

Professeur Sambou SOUMARE;	Chirurgie Générale
Professeur Bréhima KOUMARE	MICROBIOLOGIE
Professeur Sinè BAYO	HISTO-EMBRYOLOGIE-ANATOMI PATHOLOGIE.
Professeur Sidi Yaya SIMAGA	SANTE PUBLIQUE
Professeur Mamadou KOUMARE	PHARMACOLOGIE-MATIERE MEDICALE
Professeur Yéya Tiémoko TOURE	BIOLOGIE
Professeur Amadou DIALLO	GENETIQUE-ZOOLOGIE
Professeur Bouba DIARRA	BACTERIOLOGIE
Professeur Moussa ARAMA	CHIMIE ORGANIQUE ANALYTIQUE
Professeur Niamanto DIARRA	MATHEMATIQUES
Professeur N'Golo DIARRA	BOTANIQUE
Professeur Salikou SANOGO	PHYSIQUE
Professeur Souleymane TRAORE	PHYSIOLOGIE GENERALE
Professeur Massa SANOGO	CHIMIE ANALYTIQUE
<u>ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE</u>	
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	PARASITOLOGIE
Docteur Sory Ibrahima KABA	SANTE PUBLIQUE
Docteur Balla COULIBALY	PEDIATRIE
Docteur Boubacar CISSE	DERMATO-LEPROLOGIE
Docteur Issa TRAORE	RADIOLOGIE
Docteur Sidi Yéya TOURE	ANESTHESIE-REANIMATION
Docteur Boubacar CISSE	TOXYCOLOGIE
Docteur Jean Pierre COUDRAY	PSYCHIATRIE
Docteur Elimane MARIKO	PHARMACODYNAMIE
Docteur Mamadou Marouf KAITA	PEDIATRIE
Docteur Toumani SIDIBE	PEDIATRIE
Docteur Moussa TRAORE	NEUROLOGIE
Docteur Eric PICHARD	SEMIO-MEDICALE -HEMATOLOGIE
Docteur Gérard GROSSETE	DERMATO-LEPROLOGIE
Docteur Marc JARRAUD	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Bénitiéni FOFANA	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Mme. SY Aïda SOW	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Amadou Ingré DOLO	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Kalilou OUATTARA	UROLOGIE
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	STOMATOLOGIE
Docteur Massaoulé SAMAKE	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Salif DIAKITE	GYNECO-OBSTETRIQUE
Docteur Abdou Alassane TOURE	CHIRURGIE-SEMIO-CHIRURGICAL

Docteur Djibril SANGARE.....	CHIRURGIE
Docteur Pascal FABRE.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur LE DU	PARASITOLOGIE
Docteur Moussa Issa DIARRA.....	BIOPHYSIQUE
Docteur Mme. THIAM Aïssata SOW	BIOPHYSIQUE
Docteur Daouda DIALLO.....	CHIMIE MINERALE
Docteur Abdoulaye KOUMARE.....	CHIMIE GENERALE ORGANIQUE ANALYTIQUE
Docteur Hama CISSE.....	CHIMIE GENERALE
Docteur Sanoussi KONATE.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur Georges SOULA	SANTE PUBLIQUE

CHARGES DE COURS

Docteur Gérard TRUSCHEL.....	ANATOMI-SEMILOGIE CHIRURGICALE
Docteur Boulkassoum HAIDARA.....	GALENIQUE
Professeur N'Golo DIARRA.....	BOTANIQUE
Professeur Souleymane TRAORE	PHYSIOLOGIE GENERALE
Professeur Niamanto DIARRA.....	MATHEMATIQUES
Professeur Bouba DIARRA.....	BACTERIOLOGIE
Docteur Boubacar KANTE.....	GALENIQUE
Docteur Abdoulaye DIALLO.....	GESTION
Docteur Bakary SACKO	BIOCHIMIE
Docteur Souleymane DIA	PHARMACIE CHIMIQUE
Docteur Modibo DIARRA.....	BIOCHIMIE-NUTRITION
Docteur Jacqueline CISSE.....	BIOLOGIE ANIMALE
Docteur Sory Ibrahima KABA	SANTE PUBLIQUE
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	HYGIENE DU MILIEU
Monsieur Ibrahima CAMARA.....	HYGIENE DU MILIEU

J E D E D I E C E T R A V A I L

A MON PERE

En signe de reconnaissance à ton dévouement sans précédent.

: Tu demeures pour moi un exemple devie à suivre.

A MA MERE FEUE MOUDJOUROU DIAO

Je te suis reconnaissant et je le serai ma vie entière :

- que ton âme repose en paix.

A FEU MONSIEUR DRAMANE DEMBELE

Toi, qui m'as conduit sur le chemin de l'école.

Toute ma profonde gratitude .

Que ton âme repose en paix.

A MON FRERE MAMADOU COULIBALY

Ce travail est aussi le tien.

Que tu trouves ici l'expression de ma profonde gratitude.

A MA SOEUR MARIAM COULIBALY

Que ton âme repose en paix.

A MES FRERES ET SOEURS

Restons unis et reconnaissant envers
nos parents.

Amour fraternel.

A MES COUSINS ET COUSINES

Je ne cesserai de vous remercier.

AU VIEUX SORY DIARRA

Je te resterai reconnaissant.

Que ton âme repose en paix

A LA FAMILLE DIARRA A SEGOU

Toute ma reconnaissance

A MES CAMARADES

- Bakary DIARRA
- Kefa SAN
- à SEGOU.

Acceptez ici l'expression de ma profonde
gratitude.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE
GASTRO-ENTEROLOGIE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE

- AUX DOCTEURS
- E. PICHARD
- A. DIALLO
- HAMAR A. TRAORE
- I. MAIGA

En témoignage de toute ma reconnaissance.

Merci.

AU DIRECTEUR GENERAL DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

Le Professeur Aliou BA

Vous avez su diriger l'Ecole avec
sagesse.

Trouvez-ici l'expression de nos senti-
ments les plus respectueux.

A LA DIRECTION DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

A MONSIEUR LASSANA TRAORE

A TOUT LE CORPS PROFESSORAL DE L'ECOLE NATIONALE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI .

A M O N J U R Y

AU PRESIDENT DU JURY

Le Professeur Sinè BAYO
Chef du Laboratoire d'Histo-
pathologie à l'I.N.R.S.P.

Vous nous faites un grand honneur, en acceptant la présidence de ce jury, malgré vos multiples occupations .

Soyez rassuré de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

AU DOCTEUR ISSA TRAORE

Chef des Services de Radiologie
de l'Hôpital du Point-"G"

Nous vous remercions d'avoir voulu siéger
parmi nos juges , malgré vos multiples
occupations.

Nous avons été séduit par la simplicité
la clarté de votre enseignement .

Veillez trouver ici l'expression de nos
sentiments les plus respectueux.

AU DOCTEUR CHEICK RENE SIDIBE

Directeur de l'Hôpital du Point-"G"
Médecin\$Chef du Service de Gastro\$enterologie
du Point-"G".

C'est u honneur pour nous de vous voir siéger
parmi nos jurys.

Votre contact facile , votre disponibilité cons-
tante , votre perséverance dans le travail, de-
meureront pour nous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de nos sentiment
les plus respectueux./.

A NOTRE MAITRE .

Le Professeur Aly GUINDO
Médecin-Chef du Service de Gastro-
Enterologie de l'Hôpital Gabriel TOURE

qui a bien voulu nous confier ce travail.
Votre sens clinique, votre ardeur dans
le travail, seront pour nous une source
d'inspiration.

Soyez rassuré de notre profonde reconnais-
sance et de nos sincères remerciements.

- S O M M A I R E -

INTRODUCTION :

NOTRE ENQUETE :

I. MALADES ETUDIES

A. Modalité

B. Observation

1. Douleur

2. Vomissements

3. Alteration de l'état général

4. Masse épigastrique

5. Hemorragie digestive

6. Dysphagie

7. Métastases

C. Examens pratiqués :

1. Fibroscopie

2. Radiographie

3. Anatomo-Pathologie

4. Recherche Alpha-foeto-protéine et de l'Ag HBS

II. FREQUENCE REPARTITION SELON :

A. L'âge

B. Sexe

C. Age et Sexe

D. Ethnie

E. Profession

F. Facteurs alimentaires

G. Facteurs Génétiques

III. TRAITEMENTS ET RESULTATS:

A. Traitement

B. Résultats

IV. DISCUSSIONS COMMENTAIRE

A. Fréquence

B. Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres pays d'Afrique et d'ailleurs

C. Age

.../..

D. Sexe

E. Facteurs Alimentaires

F. Facteurs socio-économiques .

G. Groupe Sanguin.

V. RESUME

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

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

Le cancer de l'estomac a été pour nous une découverte fortuite, grâce à la pratique constante et systématique de la fibroscopie oesogastroduodenale.

Le cancer de l'estomac, dans la majorité des cas, est vu à un stade tardif. C'est la raison pour laquelle nous n'insisterons jamais assez sur la pratique de la fibroscopie devant toute douleur épigastrique quelqu'en soit la sémiologie.

L'objectif principal est d'arriver à découvrir le cancer de l'estomac le plus tôt possible, au stade de cancer " in situ "; afin d'améliorer le pronostic vital de ces malades.

Pour atteindre cet objectif il faut :

- que l'indication de la fibroscopie oesogastroduodenale soit la plus large possible.

- que les médecins traitant sur toute l'étendue du territoire aient présent à l'esprit la notion de vigilance oncologique ;

- informer les malades, qu'ils doivent consulter les médecins des Centres de Santé pour toute douleur épigastrique.

NOTRE ENQUETE

Habitudes alimentaires :

Poissons : Séché

Fumé

Frais

Condiments au Poisson.

- Potasse (Tô)
- Pâte d'arachide
- Café
- Alcool
- Thé
- Viande grillée ou rotie sur feu de bois
- Vitamine "C"
- Traitement
- Evolution.

B. OBSERVATION :

Notre travail a porté sur 55 malades provenant des hôpitaux du Point "G", de Gabriel TOURE pour la plus part et des formations du District de Bamako. Les motifs de la consultation sont :

1. La Douleur : de siège épigastrique, retrouvée chez 45 malades soit 81,82 % des cas. Cette douleur revêt plusieurs caractères sémiologiques. Elle prend l'allure d'une douleur ulcéreuse typique, rythmée par les repas dans 64,44 %. Parfois le syndrome ulcéreux est atypique.

2. Les Vomissements : occupent la seconde place après la douleur. Nous avons retrouvé ces signes chez 40 malades soit 72,73 % des cas. Ce sont des vomissements alimentaires post prandiaux tardifs, nous faisant fortement suspecter un syndrome de sténose pylorobulbaire.

3. L'Altération de l'état général : Elle est quasi constante, et motive souvent la consultation. Il s'agit d'un amaigrissement massif difficile à quantifier. La déshydratation avec présence de pli cutané, l'anémie et l'anorexie sont retrouvées chez 37 malades soit 67,27 %.

4. Masse Epigastrique : 40 % des malades étudiés présentent une masse épigastrique palpable témoignant d'un cancer évolué. Il est intéressant de noter que bien des cancers gastriques palpables ou compliqués de métastases hépatiques nous étaient adressés pour suspicion d'hépatome. Ce qui n'a rien d'étonnant quand on sait la fréquence des cancers primitifs du foie au Mali.

5. L'Hémorragie digestive : hématomèse et/ou moelena. Elle est retrouvée 8 fois soit 14,55 % des cas.

6. La Dysphagie témoignant d'un envahissement du cardia est rencontrée chez 12 malades soit 21,82 % des cas .

7. Métastases :

a) Hépatiques ? 12 de nos malades soit 21,82 % ont présenté une hépatomégalie nodulaire, irrégulière, douloureuse 36 fois la recherche de l'alphafoeto protéine s'est avérée négative, elle est positive dans 3 cas. Il n'a pas été pratiqué de ponction biosie hépatique, nous ne pouvons donc pas poser de diagnostic de certitude de métastases hépatiques.

Les chirurgiens se sont abstenus de toute intervention chez ces grands malades fatigués.

b) Ganglionnaires : Il a été retrouvé deux ganglions de Troisier dans l'espace sus-claviculaire gauche.

C. EXAMENS PRATIQUES :

1. La Fibroscopie :

a) Historique: Introduite en médecine pour la première fois en 1932 par le gastroscope semi-rigide.

L'apparition en 1958 des appareils à fibre de verre, au fibroscope a complètement révolutionné l'endoscopie digestive et lui a fait faire des progrès absolument considérables. Ces appareils étant souples, ils sont capables d'explorer le tractus digestif supérieur; depuis l'oesophage cervical jusqu'au troisième duodenum; surtout ils permettent de biopsier les lésions sous contrôle de la vue.

b) Description : Deux types de fibroscope de la firme Japonaise OLYMPUS ont été utilisés dans notre travail. Ce sont des fibroscopes à vision axiale ou terminale.

- Le fibroscope Gif 0 a une longueur de 1135 mm. et un diamètre de 11 mm. . Son champ de vision est de 100 °.

- Le fibroscope Gif P₂ de diamètre plus petit que le Gif Q 8,8 mm.. Sa longueur est de 1050 mm. . Son champ de vision est de 85 °.

Ces appareils permettent successivement l'exploration de l'oesophage, de l'estomac et du duodenum réalisant un oeso-gastro-duodenscope. Tous ces appareils sont munis de divers dispositifs.

L'extrémité est mobile dans 4 plans (en haut, en bas, à droite à gauche). Ce qui agrandit considérablement le champ d'exploration. C'est le système de béquillage.

La distension des organes à examiner est obtenue par un dispositif automatique d'insufflation d'air.

Il est possible de laver l'extrémité de l'objectif par insufflation automatique d'eau, de même, il est possible d'aspirer l'air ou les liquides de sécrétion digestive.

Surtout il existe un canal permettant le passage d'une pince à biopsie. La possibilité de biopsies dirigées sous contrôle de la vue est primordiale permettant de préciser la nature histologique des lésions examinées.

Grâce à la souplesse des appareils, la grosse tubérosité peut être examinée soit par manoeuvre de retroversion soit par béquillage.

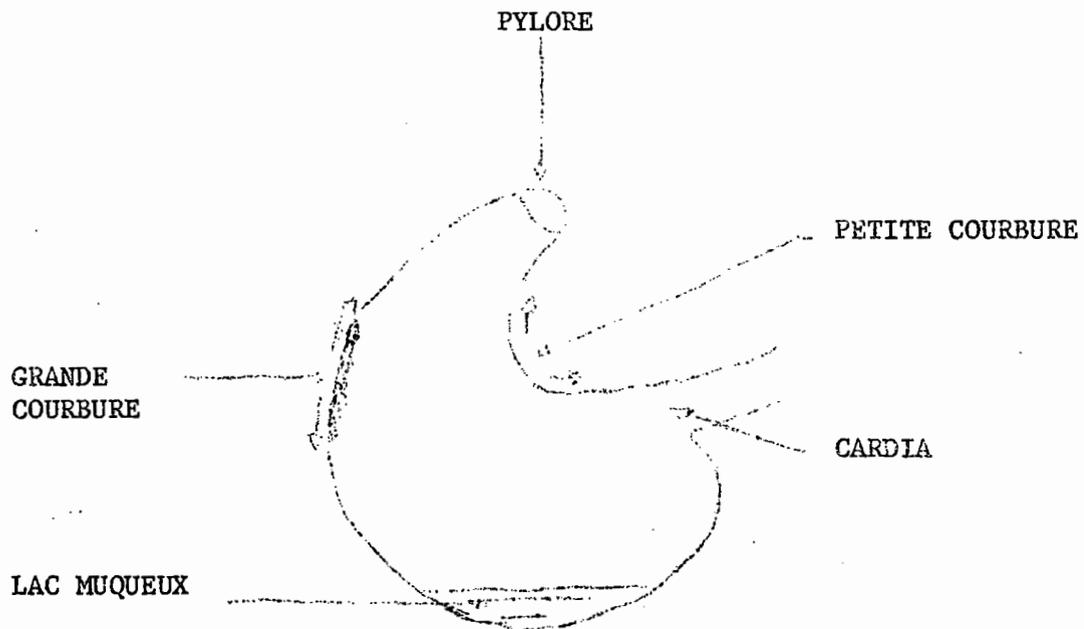
Bien sûr la prise de photographies et de films est toujours possible permettant la réalisation de documents iconographiques.

c. Technique d'utilisation : Elle est relativement facile.

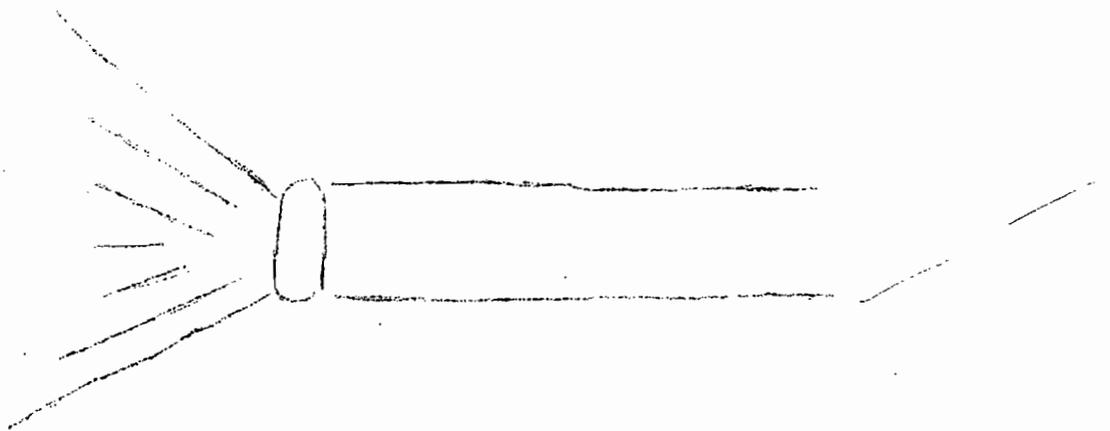
L'examen est pratiqué chez un malade à jeûn après anesthésie locale de la gorge (Xylocaïne visqueuse).

Le malade est strictement à jeûn, il est couché en décubitus latéral gauche, l'introduction de l'appareil peut se faire le malade étant assis; mais pour pratiquer l'examen il faudra le replacer en décubitus latéral gauche.

Le point délicat est le franchissement de la bouche oesophagienne, il ne faut surtout pas forcer et faire avaler l'appareil en demandant au malade de déglutir.



ESTOMAC EN POSITION D'EXAMEN ENDOSCOPIQUE



EXTREMITE DISTALE D'UN FIBROSCOPE A VISION TERMINALE

Ainsi la fibroscopie oesogastroduodenale a occupé dans notre enquête une place de tout premier choix.

De Mars 1984 à Juillet 1985 soit en 17 mois , il a été pratiqué 3190 fibroscopies. Les épigastralgies viennent en tête des indications de l'endoscopie. 1808 fibroscopies ont été réalisées pour épigastralgies soit 56,67 %. Il a été enregistré une pathologie oesogastroduodenale chez 1503 malades, soit 47,12 %. Le reste c'est à-dire 1687 avaient une fibroscopie normale soit 52,88 %. Nous voyons ainsi l'importance qu'occupent les épigastralgies dans la pathologie digestive. Cette pathologie est répartie comme suit :

- 468 ulcères gastriques et/ou duodénaux soit 31,14 %
- 353 gastrites soit 23,48 %;
- 237 duodénites soit 15,75 %;
- 126 hernies hiatales soit 8,38 %;
- 119 Varices oesophagiennes soit 7,91 %;
- 110 Oesophagites 7,31 %;
- 92 cas de cancers oesogastroduodénaux soit 6,12 % soit environ un cas de cancer pour 17 pathologies ou un cancer pour 35 fibroscopies.

Ces chiffres sont impressionnants et démontrent assez combien il est important d'élargir la pratique de l'endoscopie oesogastroduodenale à une plus grande population.

TABLEAU I :

FIBROSCOPIE	NOMBRE	POURCENTAGE
ASPECT MACROSCOPIQUE EVIDENT	43	78,18
ASPECT MACROSCOPIQUE DOUTEUX	12	21,82
BIOPSIES FAITES	42	76,36
BIOPSIES NON FAITES	13	23,64

Tous nos malades ont bénéficié de la fibroscopie oesogastro-duodenale . Cet examen a permis de poser une suspicion diagnostique dans 43 cas soit 78,18 %. La lésion avait un aspect macroscopiquement douteux dans 12 cas soit 21,82 %. Il nous a permis d'effectuer des biopsies dirigées sur les lésions. Ainsi la biopsie a été pratiquée chez 42 malades soit 76,36 % dans 13 cas soit 23,64 % il nous a été impossible de pratiquer une biopsie pour des raisons techniques inadmissibles (Pince à biopsie cassée et impossible à remplacer dans des délais raisonnables.

Outre la mise en évidence de la lésion cancéreuse et la biopsie la fibroscopie nous a permis de préciser la topographie des lésions cancéreuses, le caractère des lésions : ce qui constitue une aide précieuse pour le chirurgien. Il s'agit dans la majorité des cas de cancers ulcéro-bourgeonnants localisés essentiellement à l'antre : 38 cas répartis comme suit :

- . Antre : 28 ;
- . Antre et pylore 4 ;
- . Pylore 1 ;
- . Antre et fundus 5

Dans 9 cas la lésion a une situation cardiaque et/ou sous cardiaque soit 16,37 %.

Le fundus comporte 5 cancers qui représentent 9,09 %;

Chez 3 opérés de l'estomac pour cancer, nous avons retrouvé moins de deux ans un cancer du moignon.

2. Radiologie : Elle occupe très peu de place dans ce travail. 5 malades au total pour lesquels une fois le diagnostic a été erroné et retabli par la fibroscopie avec biopsie . Une autre fois le diagnostic est resté hésitant , la fibroscopie couplée de la biopsie a redressé le diagnostic. Dans 3 cas le diagnostic a été fortement suspecté par la radiographie et confirmé par la fibroscopie avec biopsie.

L'explication du petit nombre de transit oesogastroduodenal est double :

- la pénurie de films radiologiques, la mauvaise qualité de ces films, le petit nombre de clichés, 2 à 3 " par transit oesogastroduodenal ".

l'excellente qualité de nos appareils d'endoscopie, la grosse expérience et la disponibilité constante des médecins endoscopistes.

3. Anatomopathologie : Elle tient une place de choix dans notre travail. Elle a permis la sanction diagnostique . Nous avons pratiqué au total 42 biopsies soit 76,36 %. Les biopsies ont été interprétées au Service d'Histopathologie du Docteur GUELAIN à l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées de Marseille.

- 28 biopsies sont revenues positives;
- 9 biopsies négatives ;
- 2 biopsies douteuses
- 2 biopsies ininterprétables
- 1 biopsie égarée.

Sur les 28 biopsies positives il ya :

- 16 adénocarcinomes typiques;
- 4 adénocarcinomes atypiques
- 5 adénocarcinomes peu différenciés
- 2 adénocarcinomes oesophagiens
- 14 pièces d'exérèse chirurgicale envoyées au Service d'Histopathologie de Marseille sont revenues positives.

Il est intéressant de constater que sur les 14 pièces d'exérèse chirurgicale, 9 malades ont bénéficié de biopsies sous endoscopie;

- 4 fois la biopsie était positive,
- 3 fois la biopsie était négative et nous avons malgré tout confié ces 3 malades aux chirurgiens au regard de la clinique et de la lésion macroscopique vue en endoscopie,
- 2 fois la biopsie était ininterprétable.

Les raisons de la négativité de ces biopsies sous endoscopie s'expliquent par le fait que, les biopsies ont porté uniquement sur du tissu nécrotique épargnant la lésion néoplasique. C'est le lieu d'insister sur une plus grande rigueur que devrait s'imposer nos endoscopistes afin d'arriver, même lorsque l'image de néoplasme est endoscopiquement évidente et peut être à cause de cela, pratiquer des biopsies multiples (8 à 12 éléments).

4. Recherche de l'Alphafoetoprotéine et de l'antigène HBS :

La recherche de l'alphafoetoprotéine a été réalisée chez 39 malades et celle de l'antigène HBS chez 42 patients. Pour la raison simple qu'il a manqué des réactifs pour la recherche des foetines et que certains malades ne sont jamais présentés au laboratoire pour cette analyse.

TABLEAU II : Résultats

	! NEGATIF	! POSITIF	! DOUTEUX	! TOTAL
! ALPHA I ! FOETOPROTEINE	! 36	! 2	! 1	! 39
! -----	! -----	! -----	! -----	! -----
! ANTIGENE HBS	! 41	! 1	! -	! 42

36 fois la recherche de l'alphafoetoprotéine a été négative, positive dans 2 cas

Une fois, elle a été douteuse.

L'Antigène HBS, elle a été négative 41 fois et positive une fois.

II. FREQUENCE ET REPARTITION SELON :A. L'AGE :TABLEAU III : Répartition selon l'âge

AGE	EFFECTIF	POUCENTAGE
30-39	3	5,45
40-49	12	21,82
50-59	18	32,73
60-69	13	23,64
70-79	6	10,91
80-89	3	5,45
TOTAL	55	100

Sur ce tableau, on constate une fréquence plus grande entre 40 et 69 ans, avec un maximum entre 50-59 ans:18 soit 32,73 %.

L'âge moyen est de 56 ans.

B. LE SEXE :TABLEAU IV: Répartition selon le Sexe

! S E X E !	! HOMMES !	! FEMMES !	! TOTAL !
!	!	!	!
!	!	!	!
! NOMBRE !	! 40 !	! 15 !	! 55 !
!	!	!	!
! POURCENTAGE !	! 72,73 !	! 27,27 !	! 100 !
!	!	!	!
!	!	!	!

Cette répartition nous donne une notion déjà connue dans la littérature, que le cancer de l'estomac est un cancer de l'homme plus que de la femme. 40 hommes pour 15 femmes soit 2,66 hommes pour une femme.

C. L'AGE ET LE SEXE :TABLEAU V. Répartition selon l'âge et le sexe

SEXE AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POURCENTAGE
30- 39	1	2	3	5,45
40 - 49	8	4	12	21,82
50 - 59	11	7	18	32,73
60 - 69	13	-	13	23,64
70-79	4	2	6	10,91
80 - 89	3	-	3	5,45
T O T A L	40	15	55	100
POURCENTAGE	72,73	27,27	100	

D. L'ETHNIE

TABLEAU VI : Répartition selon l'ethnie

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
BAMBARA	21	38,18
PEULH	12	21,82
SARAKOLE	11	20
MALINKE	6	10,91
MINIANKA	2	3,63
DOGON	1	1,82
KASSONKE	1	1,82
MAURE	1	1,82
T O T A L	55	100

L'étude des groupes ethniques chez nos malades a donné les résultats suivants :

- Bambara_s représentent un total de 21 soit 38,18 %
- Peulh_s au nombre de 12 soit 21,82 %
- Sarakolés 11 soit 20 %
- Malinkés 6 soit 10,91 %
- Minianka_s 2 soit 3,63 %

Ensuite viennent : les Kassonkés, Maures, Dogons qui forment un groupe homogène, au nombre de 1, qui représente chacun 1,82 % de la série.

Cette répartition ethnique n'a pas à notre sens de grande signification épidémiologique.

E. LA PROFESSIONTABLEAU VII : Répartition selon la profession

! PROFESSION	! NOMBRE	! POURCENTAGE
! CULTIVATEURS	! 33	! 60
! FONCTIONNAIRES	! 7	! 12,73
! MENAGERES	! 6	! 10,91
! MANOEUVRES	! 5	! 9,09
! DIVERS	! 4	! 7,27
! TOTAL	! 55	! 100

60 % de nos malades sont des cultivateurs.

7 % sont des fonctionnaires soit 12,73 %

Les Ménagères sont au nombre de 6 soit 10,91 %

Les manoeuvres au nombre de 5 représentent 9,09 %

Divers Tailleurs, Chauffeurs, Imams sont au nombre de 4 soit 7,27 %.

F. FACTEURS ALIMENTAIRES

L'enquête alimentaire chez nos patients a trouvé une consommation ^{quotidienne} mais en quantité minime de potasse intervenant dans la préparation du tô.

- de poissons séchés ou fumés
- de pâte d'arachide

tous deux servant à la préparation de la sauce . Le mil et le riz constituent l'alimentation du malien. Une alimentation riche en hydrate de carbone et pauvre en protides et en lipides.

Les excitants :

- L'alcool est retrouvé seulement 5 fois (peut être pour des raisons sociales les malades taisent la consommation d'alcool).
- La consommation des autres excitants (thé, café) n'est pas un fait notable.

G. FACTEURS GENETIQUES

Dans la littérature on a souligné l'importance des facteurs génétiques. Le groupe sanguin A est un groupe prédisposant au cancer de l'estomac. Nous n'avons pas retrouvé cela dans notre travail à cause du petit nombre de cas étudiés.

TABLEAU VIII : Répartition selon le groupe sanguin

! GROUPE SANGUIN! ! RHESUS	! NEGATIF !	! POSITIF !	! TOTAL !	! POURCENTAGE !
! O	! 2	! 17	! 19	! 38,78
! A	! 0	! 14	! 14	! 28,57
! B	! 1	! 12	! 13	! 26,53
! AB	! 1	! 2	! 3	! 6,12
! T O T A L	! 4	! 45	! 49	! 100
! POURCENTAGE	! 8,16	! 91,84	! 100	!

Dans ce tableau nous remarquons qu'il y a plus de sujets du groupe O, 19 soit 38,78 % que de groupe A : 14 soit 28,57 %. Le groupe B ^{vient} en 3ème position avec 13 patients soit 26,53 % puis le groupe AB avec seulement 4 patients soit 6,12 %.

III. TRAITEMENT ET RESULTATS :

A. TRAITEMENT :

1. La Chimiothérapie : La chimiothérapie du cancer de l'estomac est de plus decevante.

2; La Chirurgie : Il s'est agit d'une chirurgie lourde.

Le cancer de l'estomac est une maladie de mauvais pronostic et la survie des malades opérés est fonction de l'extension locale et à distance.

Dans notre travail sur 55 malades;

- 32 malades soit 58,18 % n'ont pas reçu de traitement
 - . 3 fois les malades ont été perdus de vue après la fibroscopie,

- . 29 fois la chirurgie a été recusée à cause de l'extension du cancer, la présence de métastases et du très mauvais état général des malades.

Chez 3 malades soit 5,45 %, il s'est agit de rechute du processus néoplasique chez des gastrectennisés pour cancer.

- Chez 20 malades soit 36,37 %, la chirurgie a été possible.

- . 8 fois on a renoncé à l'intervention ventre ouvert;

- . 2 fois on s'est contenté d'une intervention palliative;

Il a été pratiqué 10 interventions à visée curative . Ainsi les chirurgiens ont pratiqué:

- 4 gastrectomies des 2/3;
- 3 gastrectomies des 4/5
- 2 gastrectomies des 3/4;
- 1 gastrectomie subtotale.

A l'ouverture on a procédé à l'exploration de la cavité abdominale à la recherche de métastases péritonéales viscérales et ganglionnaires.

3. Les Métastases

a. Extension locale : Elles sont découvertes en per-opératoire.

Oesophage : elle est retrouvée 4 fois . Il s'agit de cancers de cardia ayant diffusé à l'oesophage.

- Hépatique : est retrouvée 7 fois
- Pancréas : 3 fois
- Rate : 1 fois

b. Les métastases viscérales :

- Hépatiques: Elles sont retrouvées 7 fois dans notre étude.

- Les métastases péritonéales : Elles ont été découvertes 8 fois en per-opératoire. Une seule fois, un prélèvement péritonéal a été pratiqué et l'histologie a confirmé le diagnostic par la présence de cellules carcinomateuses.

c. Les métastases ganglionnaires : Elles ont été découvertes 15 fois. Ce sont :

- ganglions coronaires stomachiques : 7 fois
- ganglions epiploïques : 3 fois
- ganglions aortiques : 2 fois
- ganglions le long du pedicule hépatique : 2 fois
- gan glions gastrocoliques: 1 fois.

B. RESULTATS :

La Chirurgie a pu être possible dans 20 cas soit 36,37 %. La mortalité post-opératoire est de 7 sur 20 soit un pourcentage de 35 %.

La survie à distance est très difficile à apprécier. Une fois sortis de l'hôpital les malades ne sont plus revus pour diverses raisons à savoir :

- Premièrement ces malades se considèrent comme définitivement guéris;

- Deuxième ils retournent comme d'habitude à leurs activités rurales pour la plupart.

Ces attitudes sont de nature à compromettre l'appréciation des résultats thérapeutiques.

Dans notre série nous avons noté dans 3 cas une survie d'environ 2 ans (cas de rechute du processus néoplasique découvert au cours de notre enquête).

- 3 malades résidant à Bamako sont sous notre surveillance 20, 21, 28 mois après intervention chirurgicale.

TABLEAU IX : Résultats Thérapeutiques

NON	PERDUS DE VUE	3
OPERES 32	CHIRURGIE RECUSEE	29
RECHUTE DU PRO- CESSUS NEOPLASIQUE 3.		3
OPERES 20	INTERVENTION EXPLORATRICE	8
	INTERVENTION PALLIATIVE	2
	INTERVENTION CURATIVE	10
	DECEDES	7
	SORT INCONNU	10
	VIVANTS	3

IV. DISCUSSION COMMENTAIRE :

A. FREQUENCE :

Nous avons colligé en 17 mois, 55 cas de cancer gastrique soit une moyenne d'environ 39 cancers par an (38,82). Ce chiffre ne tient pas compte :

- de malades hospitalisés pour cancer gastrique et qui, pour plusieurs raisons n'ont pas été adressés au Service d'endoscopie ;
- non plus de malades venus à l'hôpital pour cancer gastrique : très avancé et qui y sont morts dès les premiers jours de l'hospitalisation ;

Cette enquête ignore tous ces malades (et, ils pourraient être nombreux), qui ont préféré consulter les thérapeutes traditionnels ;

- elle ignore également tous les cancers gastriques, qui, pour des raisons socio-économiques et d'infrastructures, sont morts avant d'avoir eu accès à des services spécialisés.

Par ailleurs l'existence d'un seul centre d'endoscopie dans le pays, les impératifs de calendrier de ce centre d'endoscopie réduit au demeurant le nombre de consultants.

Nombre de médecins, dans les formations sanitaires hésitent à envoyer dans la capitale pour endoscopie, des malades présentant une douleur épigastrique et un amaigrissement massif récent et se contentent par hasard ou par nécessité du simple traitement symptomatique, même s'ils en savent la vanité.

Nous avons, dans notre travail recensé, chez nos patients, 22 masses épigastriques palpables soit 40 %. Lorsque, nous savons, la grande fréquence sous nos latitudes du cancer primitif du foie, il est aisé de penser, que bon nombre de cancers gastriques ont été pris à tort pour hépatome ; faisant ainsi errer le diagnostic.

B. ETUDE COMPARATIVE DE NOS RESULTATS AVEC CEUX D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE ET D'AILLEURS.

Le cancer de l'estomac est rare en Afrique.

Le cancer de l'estomac est inégalement réparti dans le monde. Sa fréquence peut varier considérablement d'un pays à un autre. L'incidence la plus élevée s'observe au Japon, puis viennent ensuite l'Amérique du Sud, l'Europe de l'Est et l'Europe du Nord. Les pays d'Europe de l'Ouest, l'Amérique du Nord sont des zones à risque moyen.

1. Afrique :

a. Algérie : HAMMAD et Coll. ont observé en 9 ans de 1973 à 1981 115 cancers de l'estomac.(41)

d. Sénégal : B. MAISTRE et Coll. (71) ont recensé du 1er Août 1976 au 1er Août 1983, 77 cancers de l'estomac.

TABLEAU X: Répartition par année selon le sexe
(Emprunté à B. MAISTRE et COLL.)

ANNEE	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Nbre	%
HOMMES	12	6	5	17	4	9	8	5	66	85,9
FEMMES	1	-	2	1	2	1	3	1	11	14,1
NOMBRE DE CAS	13	6	7	18	6	10	11	6	77	

c. Côte d'Ivoire : ANGATE et Coll.(5) recensent en 1981, 122 cancers de l'estomac en 10 ans.

d. Afrique du Sud : Pour KLOPPERS et Coll. (49) le cancer de l'estomac occupe la sixième place avec les cancers du colon.

2. Ailleurs :

TABLEAU XI : Emprunté à J. FAIVRE

Incidence des cancers de l'estomac dans 20 zones d'enregistrement réparties dans le monde.

P A Y S	REGIONS	HOMMES	FEMMES	SEX RATIO
JAPON	OSAKA	78,0	38,5	2,0
COLOMBIE	CALI	46,3	27,3	1,7
YOUGOSLAVIE	SLOVENI	42,0	18,0	2,3
ITALIE	VARESE	38,5	19,1	2,0
POLOGNE	CRACOVIE	35,1	15,6	2,3
ALLEMAGNE	SARRE	29,8	13,2	2,0
FINLANDE	-	29,3	15,3	1,9
ANGLETERRE	BIRMINGHAM	22,1	10,1	2,2
SUISSE	GENEVE	20,9	9,4	2,2
NORVEGE	-	20,6	10,5	2,0
SUEDE	-	18,3	9,5	1,9
DANEMARK	-	17,1	8,9	1,9
FRANCE	COTE D'OR	15,2	6,3	2,4
CANADA	QUEBEC	14,5	6,4	2,3
AUSTRALIE	NEW SOUTH WEST	13,7	6,7	2,0
ETATS-UNIS	CONNECTICUT	11,1	5,1	2,2
INDE	BOMBAY	9,7	5,9	1,6
SENGAL	DAKAR	3,7	2,0	1,9

Les taux standardisés pour 100.000 habitants selon la population mondiale de référence proviennent de cancer incidence in Five continents, Vol.IV et portent sur la période 1973-1977 (-4)

Des variations importantes peuvent être observées dans un même pays . Ainsi nous avons emprunté à J.FAIVRE et Coll.(30) les chiffres suivants :

TABLEAU XII

	HOMMES	FEMMES
BAS-RHIN	25,0	11,7
1975-1977		
CALVADOS	30,02	15,3
1978-1979		
COTE D'OR	24,5	10,6
1976-1979		
DOUBS	28,3	10,5
1977-1970		

Incidence du cancer gastrique dans 4 départements français
(Taux pour 100.000 habitants).

Selon P. LESIEUR(61), en Espagne les territoires les plus touchés sont les territoires montagneux.

Des variations importantes ont été enregistrées au Nigéria, aux U.S.A., au Chili, en Colombie, au Japon (61)

En Côte d'Ivoire, ANGATE Y. (5) signale une fréquence plus élevée dans les zones de savane que dans les zones forestières.

C.- AGE :

Le problème de l'âge soulève une double réflexion.

Dans notre étude pour 54,54 % des malades atteints de cancer de l'estomac, l'âge se situe entre 40 et 59 ans. Ce pourcentage est en nette augmentation (78,18 %) dans la tranche d'âge comprise entre 40 et 69 ans.

Des chiffres absolument superposables sont ^{retrouvés} en Afrique par d'autres auteurs (~~3~~, ~~50~~, ~~71~~, ~~92~~).

Aussi faut-il penser , qu'on rencontre le cancer de l'estomac en Afrique dans une population jeune, parce que les facteurs carcinogènes seraient dominants ? et dans l'affirmative, le cancer de l'estomac ne serait pas un cancer rare en Afrique. Peut être faut-il rechercher l'explication du facteur âge dans la faible espérance de vie.

Ailleurs, le cancer de l'estomac est un cancer du sujet âgé le maximum de fréquence se voit entre 60 et 70 ans au Japon, en Europe et en Amérique, tant en raison du développement de la médecine de ces pays, que du vieillissement de leur population.

D. SEXE :

La répartition selon le sexe ne présente aucune particularité.
Le sexe masculin est plus exposé. Le rapport homme femme est :

- Au Mali : 2,66/1
- Abidjan (44) 3/1
- Dakar (71) 2/1
- Ibadan (Nigéria) (50) 1,5/1
- Japon (54) 2/1
- U.S.A. (54) 2,21/1
- France (28) 2/1.

E. FACTEURS ALIMENTAIRES :

Les facteurs alimentaires jouent un rôle primordial dans la genèse des cancers gastriques . Ainsi :

1. Les hydrates de Carbone : Le mil et le riz constituent l'alimentation de base du malien. Or selon WYNDER, les hydrates de carbone, suffisants sur le plan énergétique, pourraient induire la gastrite atrophique diminuant ainsi la résistance des cellules de la muqueuse gastrique contre les toxines alimentaires.

2. Les nitrosamines : Le rôle des nitrosamines, dans la genèse des cancers gastriques, a été souligné par plusieurs auteurs. Il existe les nitrosamines endogènes et les nitrosamines exogènes.

a. Les nitrosamines endogènes : Elles sont synthétisées dans l'organisme à partir des nitrates et nitrites apportés par les aliments en présence des amines secondaires et tertiaires. Cette réaction est facilitée par deux phénomènes, eux-mêmes intimement interdépendants: l'hypochlorhydrie ou l'achlorhydrie gastrique, qui elle même engendre la pillulation de bactéries nitrogènes.

b. Les nitrosamines exogènes : Elles sont directement apportées à l'organisme par les eaux de boissons, les poissons (fumés ou séchés). Il serait intéressant de procéder à un dosage de ces nitrosamines.

3. Le sel : Le sel jouerait lui aussi un rôle important dans l'installation du cancer gastrique. L'effet caustique du sel pourrait provoquer des lésions épithéliales aboutissant à la gastrite atrophique, qui serait elle le "lit du cancer".

Ailleurs le sel " augmente le pouvoir osmotique du contenu gastrique et ralentit ainsi la vidange gastrique; il en résulterait la formation en quantité importante de composés nitrosés et une exposition prolongée de la muqueuse gastrique aux carcinogènes formés en milieu hypochlorhydrique ". (55)

4. La Conservation : Les méthodes de conservation des aliments pourraient jouer un rôle non négligeable dans la genèse des cancers gastriques. A température ordinaire, les aliments nitrates sont transformés en nitrites, qui en présence d'amines secondaires et des bactéries nitrogènes vont donner des composés nitrosés très cancerigènes. Cette réduction des nitrates est empêchée lorsque les aliments sont conservés au froid. Le froid empêche également la pillulation des bactéries.

5. L'Alcool : L'alcool est facilitateur du cancer de l'oesophage, mais il provoque aussi la gastrite atrophique qui serait un terrain prédisposé au cancer.

6. Les vitamines, les fruits et les légumes : La consommation de vitamines notamment de vitamine "C", de fruits frais ou crus, de légumes est très faible voire nulle chez nos cancéreux. Ces aliments protègent la muqueuse gastrique contre l'agression des substances carcinogènes .

7. Au Mali : En dehors des facteurs alimentaires ci-dessus énumérés d'autres facteurs méritent une attention particulière.

a. L'Aflatoxine des arachides dont le rôle est connu dans la genèse des cancers primitifs du foie, jouerait probablement un rôle important dans celle des cancers gastriques.

b. La potasse : La consommation de potasse est très importante au Mali, car elle intervient dans la préparation du tô. Par son pouvoir caustique, elle pourrait provoquer et entretenir des lésions gastriques qui pourraient engendrer la gastrite atrophique.

F. FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES :

Les conditions socio-économiques jouent un rôle non négligeable dans la survenue des cancers gastriques. La prévalence est plus élevée dans les couches sociales où le niveau de vie est très faible . Ce facteur fait intervenir essentiellement les facteurs alimentaires.

Aux Etats-Unis et au Danemark, des conclusions analogues ont été rapportées par AUDIGIER J.C. et LAMBERT (8).

Alors que P.BERNADES (13) exprime, que des études faites au Japon, sur les facteurs socio-économiques n'ont pas abouti à des conclusions formelles.

G. GROUPE SANGUIN :

Nous retrouvons les mêmes constatations des différents auteurs. Dans notre étude, le groupe sanguin A représente 28,57 % alors que le groupe sanguin O 38,78 %. Nous pensons que cette différence, qui n'est pas retrouvée dans la littérature, est due à notre faible recrutement.

V. RESUME :

Sur une période de 17 mois, nous avons colligé 55 cancers de l'estomac, soit une fréquence de 39 cancers par an (38,82). Ce chiffre ne traduit pas d'une façon satisfaisante la fréquence du cancer gastrique au Mali. C'est une enquête purement endoscopique, et qui n'a pas recensé tous les cas de cancer reçus dans les hôpitaux.

L'âge de nos malades est compris entre 36 et 85 ans. L'âge moyen est de 56 ans. Le maximum de cas se situe entre 40 et 69 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge 50-59 ans: 18 cas soit 32,72 %.

Le cancer de l'estomac est une maladie de l'homme plus que de la femme. 40 hommes pour 15 femmes. Le rapport homme/femme est de 2,66.

L'observation clinique de nos malades ne retrouve aucune particularité. Nous notons :

- La douleur, très polymorphe, qui va de la simple pesanteur épigastrique à la vive douleur d'allure ulcéreuse typique ou atypique.

- Les vomissements alimentaires survenant quelques heures après les repas. Ils deviennent de plus en plus précoces soulageant le malade. Ils sont retrouvés dans 72,73 % des cas. Ils entraînent l'altération de l'état général, qui est notée 37 fois soit 67,27 %.

- La masse épigastrique palpable irrégulière, plus ou moins sensible, la dysphagie retroxyphoïdienne basse, traduisant toutes un cancer évolué.

- L'hémorragie digestive: Hématémèse et/ou méléna. Elle est notée 8 fois. Dans un seul cas, elle a été le motif de la consultation.

Parmi les investigations qui ont intervenu pour la confirmation de l'observation clinique, nous notons :

- La fibroscopie : Elle a occupé une place de choix dans la réalisation de ce travail. C'est par son biais que tous nos malades ont pu être recensés. Elle a dans la majorité des cas, fortement suspecté le diagnostic de cancer gastrique et a permis de pratiquer des biopsies dirigées pour l'examen histologique de la lésion suspecte.

- La Radiologie : Elle a été d'un apport très faible dans ce travail. Elle a été réalisée seulement chez 5 malades soit 9,09 % Dans trois cas elle a fortement suspecté le cancer de l'estomac.

- Une fois le diagnostic est resté hésitant,
- Une autre fois la néoplasie a été méconnue.

L'anatomo-pathologie comme la fibroscopie a été le pilier du diagnostic . Elle a été faite sur les biopsies pratiquées sous endoscopie, réalisées chez 42 malades et les pièces opératoires 14 fois.

Biopsies sous endoscopie : l'histologie a été positive 28 fois soit 66,66 % et négative 9 fois

- deux fois elle a été douteuse
- ininterprétable deux fois
- une fois la biopsie a été égarée

- Pièces opératoires : Elles sont toutes revenues positives.

Dans tous ces cas l'histologie a trouvé l'épithélioma glandulaire .

La recherche de l'alpha-foetoprotéine a été faite chez 39 patients. Elle a été positive seulement 2 fois.

Celle de l'Antigène HBS pratiquée chez 41 malades a été positive une seule fois.

Dans cette étude nous avons constaté une légère augmentation du groupe 0 par rapport aux autres groupes.

L'étude du groupe ethnique n'est pas épidémiologiquement significative. La prédominance des Bambaras est un problème de recrutement géographique.

L'étude de la ration alimentaire a retrouvé un régime purement céréalier. Un régime très riche en amidon, en sucre, mais très pauvre en protides et en lipides. Un tel régime canencé entraînerait un développement normal des cellules gastriques, qui lutteraient mal contre les agressions des toxines carcinogènes.

Chez ces malades l'apport en fruits et légumes est pauvre.

A côté de cette carence alimentaire, certaines substances dites cancerigènes pourront intervenir dans la survenue du cancer de l'estomac.

1. Les nitrosamines qui sont retrouvées dans les poissons séchés et les eaux de boissons, sont connues cancérigènes depuis 1956. Les nitrosamines peuvent être apportées à l'organisme par certains médicaments tel que la trinitrine.

2. L'aflatoxine est une toxine mycélienne secrétée par un champignon: *Aspergillus Favus*, qui contamine les arachides. Cette toxine, qui intervient dans la genèse du cancer primitif du foie, jouerait probablement un rôle dans celle du cancer de l'estomac.

Il serait nécessaire de procéder à un dosage de nitrates et de nitrites dans les poissons et les eaux de boisson.

3. La potasse intervient dans la préparation du t^ô. Consommée en quantité minime, mais de façon régulière pourrait provoquer et entretenir, par son effet caustique la gastrite atrophique, qui serait un facteur prédisposant au cancer gastrique.

4. Le sel comme la potasse, par une action irritante pourrait induire une gastrite atrophique. Il est consommé en très grande quantité dans notre pays.

Le traitement a été une sanction chirurgicale chaque fois que celle-ci a été possible.

- Chez plus de la moitié de nos malades soit 58,18 % la chirurgie a été impossible, parce qu'ils sont venus beaucoup trop tard à l'hôpital. Au stade de cancer sténosant ou dysphageant, avec un amaigrissement massif, une déshydratation et un état cachectique très avancé.

- Dans 3 cas, il s'est agit d'une rechute du processus néoplasique après gastrectomie pour cancer soit 5,45 %.

- Dans 20 cas soit 36,37 % le traitement chirurgical a pu être possible.

L'exploration de la cavité abdominale a donné les résultats suivants :

- métastases péritonéales 8
- métastases hépatiques 7
- métastases ganglionnaires 15

8 fois on s'est contenté d'une chirurgie exploratrice à cause des métastases péritonéalesviscérales et ganglionnaires.

- 2 interventions palliatives
- 10 interventions à visée curative.

Les résultats de la chirurgie sont grevés d'une forte mortalité. Plus du tiers de nos malades sont morts dans les suites opératoires.

La survie à distance est très difficile à apprécier. Les malades, une fois, sortis de l'hôpital ne sont plus revus. A notre connaissance, seulement trois sont vivants.

C O N C L U S I O N

De Mars 1984 à Juillet 1985, nous avons diagnostiqué, grâce, à la fibroscopie oesogastroduodenale avec biopsie dirigée 55 cancers gastriques en 17 mois.

Ce chiffre , très élevé ne traduit cependant pas toute la réalité de cette maladie. Beaucoup de patients ne sont pas vus par ce centre d'endoscopie.

Le cancer gastrique, au Mali cancer de l'adulte jeune, est un cancer de mauvais pronostic. La mort est inévitable, sans le traitement chirurgical. La survie est limitée après la sanction chirurgicale dans les cas rares où celle-ci est possible. Les malades consultant beaucoup trop tard. Cette survie peut être considérablement prolongée, si le cancer de l'estomac était diagnostiqué tôt au stade de cancer "in situ".

Des enquêtes épidémiologiques, devraient être menées, tant au plan de facteurs alimentaires, du niveau socioéconomique, que de la génétique.

Il faudra sensibiliser sans effrayer, les malades et les différents agents de la santé à tous les niveaux de l'importance qu'il faudrait attacher aux épigastralgies chez l'homme, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'un amaigrissement même discret.

Il faudrait créer d'autres centres d'endoscopie dans les capitales régionales.

C'est-à- ce prix, que nous pourrions dépister les facteurs locaux favorisant la survenue de cancers gastriques et peut être réduire sensiblement l'incidence du cancer gastrique dans notre pays et peut être dans la sous région.

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

1. ABIOYE (A.A.), FADERO(C.F.), LAWAL (O.), EKILOSA (O.O.);
Ulcer-Carcinoma of the stomach in Ibadan, Nigeria .
Nigeria Med. J. 1975, 5, (3) 237-239.
2. ADEROJU (E.A.), LEWIS (E.A.), LEWIS (E.A.), AYOOLA (E.), ATOBA (M.A.);
Fibroptic Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding.
Expérience in Ibadan, Nigeria .
East.Afr.. Med. j.; KEN ; DA. 1978, vol. 55 n°9 , pp. 420-424.
Loc. CNRS 17259.
3. AJAO (O.G.)
Gastric Carcinoma in a tropical african population.
East.Afr. Med.J.; ISSN0012-835/ KEN: DA. 1982; vol.59;N°1.
pp. 70-75; Loc. CNRS 17259.
4. ANGATE (A.); BEDA (B.); ECHIMANE (K.A.); MERRIEN (Y), KANGA (J.M.);
Etude épidémiologique et anatomoclinique de 122 cancers de l'estomac
observés en 10 ans au C.H.U. d'Abidjan.
Bull. Acad. Natl. Med.;=ISSN 0001-4079: FRA; DA. 1981; vol. 165; n 3;
pp. 315-322; ABS-ENG; Loc. CNRS-740.
5. ANGATE (A.), BEDA (B.); ECHIMANE (K.A.); KANGA (J.M.); KHOURY (J.)
GUHL (G.), BAZEZE (V.), TURQUIN (H.);
Etude épidémiologique et anatomoclinique de 122 cas de cancers de
l'estomac observés en 10 ans au C.H.U. d'Abidjan.
Rev. Med. Côte d'IV.; ISSN 0 377-4791; CIV; DA. 1982; Vol.16; n°57;
pp. 6-14; 7 p.; Loc. CNRS 19-192.
6. ANGATE (A.), CORNET (L.), KEKEH (K.), LOUBIERE (R.); ALLANGA (K); ZUNON (M.K)
Les cancers gastriques en Côte d'Ivoire à propos de 24 cas Abidjan, 1970.
Communication faite à la Société Médicale de C.I. Inedit .
Résumé dans Rev. Med. de C.I., 1970, 6, (18), 25.
7. AUBRY (P.);
Conduite pratique actuelle devant un ulcère gastrique non compliqué.
Soins, Pathol.Trop.; ISS N; 0222-9307; Fra. DA; 1932 n°38 pp.3-5,
Loc. CNRS 19255.
8. AUDIGIER (J.C.); LAMBERT (R.);
Epidémiologie des cancers du tube digestif.
Arch. Fr. Mal. App. dig.; 1974, 63, 413-432.
9. AUDIGIER (J.C.); LAMBERT(R.);
Epidémiologie des adénocarcinomes gastriques .
Rev. Prat.; 1978, 28, (45); 3409, Art.
10. BATTESTI (F.);
Le cancer en Côte d'Ivoire.
Thèse Med. Abidjan, 1970, n°14, 20 p. multigs.
11. BERNARD (M.); SCHUMAN (M.D.), JEROME (R.), WALDBAUM (M.D.), STEPHEN(W.),
HILTZ (M.H.);
Carcinoma of the gastric remnant in a U S population
Gastrointestinal Endoscopy vol 10, n°2, 1984, 71-73.
12. BERNADES (P.);
Les circonstances de diagnostic des cancers gastriques .
Rev. Prat., 1978, 28, (45) 3421, Art.

13. BERNADES (P.);
Le point actuel sur le cancer de l'estomac.
Conc. Med.; 1975, 97, (41) 6557-6538.
14. BERNADES (P.), MEMBET (J.), POTET (F.), VILOTTE (J.);
Cancer de l'estomac.
Encycl.Med. Chir. Estomac, Intestin, Paris, Ed. Technique 1375, 9027 A-10
1-18.
15. BELTRAMI (V.), ERRICHI (B.M.); GIDARD (G.);
Tumeurs du moignon gastrique observées aux contrôles endoscopiques
après resection d'estomac.
Med. Afr.noire; ISSN0465-4668; SEN, DA.1981, vol.28, n°12; pp.743-744;
Loc. CNRS-10524.
16. BRADSHAW (E.), HARRINGTON (J.S.);
A comparison of cancer mortality rates in south africa with those other
countries.
S.Afr. Med.; ISSN 0038)2469; ZAF; DA. 1982; vol.61, n°25, pp. 943-946;
Loc. CNRS 4357.
17. BRADSHAW (E.), HARRINGTON (J.S.); Mc. GLASHAN(N.D.);
Geographical distribution of Lung and stomach cancers in south Africa,
1968-1972.
S. Afr. Med. J.ISSN 0038-2469; ZAF; DA. 1983, vol.64, n°17, pp.655-658.
18. CHABAL (J.), VOVOR (V.M.), DIOUF (B.), TOURE (P.);
Les cancers du tube digestif en milieu africain à Dakar .
Med. Afr. Noire , 1971, 18 (4), 361-367.
19. CHARCOT(M.);
Tooth disease Associated With carcinoma of the stomach in a Young Nigeria
Med. Afr. noire; Sénégal; DA. 1976; Vol. 23; n°11, pp.705-707;
Loc. CNRS 10524.
20. CHERBONNEL (G.), PADONOU (N); TOURE (P.) NUSSAUME (O.);
A propos du can cer gastrique en milieu africain à Dakar .
Bull. Soc. Med. Afr. Noire Langue Fr. Sénégal, DA. 1977; vol.22; n°2,
pp. 197-200; ABS AN GL; Loc. CNRS 8570.
21. Chemotherapy of gastrointestinal carcinoma
Antibiot-and chemotherapy; switz.; DA.1978; vol.24; pp. 139-142.
DISSEN; Loc ENRS 8163.
22. CHEVREL (B.), CHEVREL (J.P);
Cancers de l'estomac, tumeurs épithéliomateuses.
Press. Med., 1970, 78, 717-720.
23. DAOU (F.);
Cancer de l'estomac.
Thèse Med. Bamako 1977.
24. DAUDIN (M.);
Le diagnostic histologique des ulcérations gastriques : études crtiques.
Thèse Med. Lyon; 1975; n°86, 60 p. multigr.:
25. DEBRAY (Ch.);
Le point sur la gastrofibroscopie et gastrobiopsie dirigée .
Conc. Med. 1969, 24, 5109.
26. DENT (R.I.), FLEMING (J.B.M.); WICKS (A.C.B.);
Carcinoma of the stomac e in Rhodesian Africans and a comparative review.
Clin. Oncol.; G.B.: DA. 1977; vol.3; n°1; pp.17-26, p. 1/2;
Loc. CNRS-17034.

27. DERRIEN (J.P.), MONNIER (A.); MERRIEN (J.) COURBIL (L.J.);
Confrontations endoscopiques et chirurgicales dans les cancers de l'estomac
observés à l'hôpital principal de Dakar.
Med. Afr.Noire. Sénégal, DA 1978; Vol. 25; n°3; pp.159-161; Loc. CNRS 10.524.
28. DUBARRY (J.J.), GUINTON (A.);
Epidémiologie du cancer gastrique: états précancéreux gastriques .
Bordeaux Med. 1971, 12, 3445-3468.
29. FAIVRE (J.);
Le cancer de l'estomac.
Il existe deux types de carcinomes gastriques .
Le quotidien du Med. Suppl. n°2919 du 14 Avril 1983, n°22.
30. FAIVRE (J.), MILAN (C.), HILLON (P.) et KEPPING (C.);
Alimentation et cancer du tube digestif.
Rev. Prat. 1984, 34, (23), 21 Avril 1984, 1261 à 1269.
31. FOUCHE (R.), BARBEZAT (G.O.), RUBINSTEIN (Z.);
The gastro-camera technic and diagnosis value in gastric disease.
S. Afr. Med. J., 1969, 43, (51), 1545-1548.
32. GANTARD (J.) et LOUSSOVARN (J.);
Sur quels signes le medecin évoque-t-il le cancer de l'estomac ?
Rev. Prat., 1969, 19, 2989-26-12.
33. GEBOES (K.) and DESMET (V.J.);
"Dysplasia" in endoscopic biopsies of the stomach and the gastric remnant.
Acta. gastro-enterol. belg.; 1983, 556-566.
34. GIRARD (M.);
Le cancer de l'estomac.
J.Med. Lyon, 1970 (1186) 1139-1152.
35. GEZAIRY (H.A.), WADA (T.), OGURU (Y); MALICK (R.), BASABRAIN (H.), RAHEEM (M.),
TAKASU (S.), GOCHO (Y); SEKYYAMA (N.), OKUSE (S.), YABANA (T.); OHTA (M.);
MURASHIMA (Y.);
On the condition and activities of jeddah endoscopy center .
Gastro-Enterol. JPN; ISSN 0435-1339 JPN; DA: 1980; vol.15; n°3; pp. 211;
Loc. 17397/
36. GUTMAN (R.A.);
Cancer de l'estomac In Lemièrre A., Le Normant ch.
Pagnier Ph., dir.
Traité de Med. Maladie du tube digestif et ses annexes Tome 7 Paris, Masson,
1948, pp. 365-428/
37. GUTMAN (R.A.);
L'ulcère gastrique transformé.
Nouv. Press. Med. 1972, 1, (4), 229-230.
38. GUTMAN (R.A.), SCHOPS (I.), HARNEL DE MONCHENAULT (H.) EILBUM (M.);
Cancer gastrique intramuqueux: une observation chez une femme de 25 ans.
Nouv. Press. Med. 1972, 1, 1505-1506.
39. GWAWAVA (N.J.T.); GELFAND (M.);
Prévalence and pathology of gastric carcinoma in Zimbabwe a study of 105 cases
Cent. Afr. J.; ISSN 0008-9176; Zwe; DA. 1983; vol. 29; n°8 pp. 158-160;
Loc. CNRS-12488.
40. HAOT (J.);
Metaplasie , dysplasie et cancer intramuqueux.
Actac. Gastro-e, tr. belg. 1983, 46, 533-547.

41. HAMMAD (A.), FERHAT (B.), DAHDOUH (A.), MENTOURI (B.);
Carcinomes de l'estomac. A propos de 115 observations.
Magreb inf. Med.; ISSN 0249-9010; FRA; DA.1983; n°15, pp.76-80;
Loc. CNRS-19587.
42. HILLEMAND (P.);
Les tumeurs malignes de l'estomac: le cancer de l'estomac .
* In : Pasteur Vallery Radot, dir-Maladies de l'estomac, de l'oesophage et
du duodenum- Paris- Flammarion, 1972,
(Collection Médi-co-Chirurgicale) pp.509-527 b.
43. IDLE (J.R.), MAHGOUB (A.), SLOAN (T.P.); SMITH (R.L.); MBANEFO (C.C.);
BABABUNMI (E.A.);
Some observations on the oxidation phenotype status of Nigerian Patients
Presenting With Cancer.
Cancer Le H.; ISSN 0304-3835, NLD; DA. 1981, vol-11; n°4 pp. 331-338;
Loc. CNRS17217.
44. KANGA (A.);
Les cancers gastriques en Côte d'Ivoire (A propos de 50 cas).
Thèse Med. Abidjan 1977, n°117.
45. KAWAI (K.);
Le cancer gastrique précoce au Japon . Relation entre le cancer précoce
et le cancer avancé.
Actual. Hepatogastro. 1969, 5 B , 307-314.
46. KEKKI (M.) and IHMAKI
The developpement of atrophic gastritis in antrum and body in relatives
of gastric carcinoma Patients and in controls .
Hepat.Gastro. enterol.; Vol.31, n°2, 1984, 76-79.
47. KHERUMIAN (R.) et MOULLEC (J.);
Groupes sanguins et maladies : état présent du problème .
Sem. Hôp. Paris 1957, 33, (26), 1683-1690.
48. KLEIN (D.) et al.
Cahier de nutrition et de Diététique 16, 89, 1981.
49. KLOPPERS (P.J.), VAN STADEN (D.A.), FERHSEN (J.P.); VANDER (W.);
La présence de différents types de carcinomes en République Sud Africaine.
S.Afr. Med. J.H. ISSN 0038-2469; DA: 1983; vol. n°27 pp. 1062-1063.
50. KOFI DUNCAN (J.T.);
Cancer problems in Lagos.
W.Afr. Med.j.; 1968, 17, (4), 96-100.
51. KOITA (N.);
Etude Statistique des cancers digestifs en milieu chirurgical à Bamako.
Thèse Med. Bamako 1983.
52. KOUASSIBLE (K.);
La maladie ulcéreuse gastroduodenale chez l'africain à Abidjan(à propos
de 128 cas).
Thèse Med. Abidjan 1976, n°104, 107 p, multigr.
53. KOVI (J.); VIOLA (M.V.); CONNOLLY (C.A.); VOHRA (R.);
gastric cancer in american negroes.
Cancer, 1974, 34, 765-770.
54. KUBO (T.);
Histology apparence of gastric carcinoma in high and low mortality countrie
* Comparision between kyushu, Japan and Minnesota , USA
Cancer, 1971, 28, (3), 726-734.
55. LAMBERT (R.);
Cancerogénèse gastrique: nitrosamines , Sel et refrigerateur.
Le quotidien du Med. Suppl. au n°2919 du 14 Avril 1983, n°22.

56. LAMBERT(R.), MOULINIER (B.);
La biopsie dirigée dans le diagnostic des ulcérations gastriques .
Ann. Gastro ent.hepatol. 1973, 1, 81-89.
57. LAMBERT(R.), MOULINIER (B.);
Plaidoyer en faveur du diagnostic précoce du cancer de l'estomac.
Nouv. Press. Med.; 1973, 2, 747-750.
58. LARRIEV (H.), BELIGNY (M.), BOUCHARD(P.), BENASSAGE.
Résultat du traitement chirurgical des cancers de l'estomac .
Ann. Chir. 1967, 21, (3-4), 123-126.
59. LE GUYADER (A.), BOUCHER (J.), AMBARD (P.);
A propos de 1000 examens radiologiques gastro-duodénaux en milieu africain.
Ann. de l'Univ. d'Abidjan Med. ; 1965, 1, 261-267.
60. LE PARCO (J.C.);
Diagnostic positif et différentiel du cancer de l'estomac.
Intérêt de l'endoscopie et des méthodes cyto-biopsiques(A propos de 300 dossiers.
Thèse Med. Paris; 1968; n°1074.
61. LESIEUR (P.);
Réflexion sur l'étiologie de l'adenocarcinome gastrique.
Med. Med.; Avril 1983; 294; (1); 15-22.
62. LEWIS (E.A.); BORHER (S.P.);
Gastric outlet obstruction in adulte in Ibadan, Nigeria.
W. Afr. Med.J., 1970; 19, (2), 59-64.
63. LHUISSIER (M.) et al.
Annales de la nutrition et de l'alimentation 30, 847, 1976.
64. LIGUORY (Cl.);
Aspects endoscopiques et résultats de la biopsie dirigée dans 165 cas de cancer gastrique.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1972, 61, 571-540.
65. LIGUORY (Cl.);
La fibroscopie gastrique avec biopsie dirigée chez 60 malades atteints de cancer gastrique.
Sem. Hôp.; Paris, 1971, 47, (3); 153-163.
66. LIGUORY (Cl.);
Tumeurs malignes de l'estomac : In : Fasano J.J. Soyer B., dir- Conference de Pathologie digestive ;
10. Paris, Maloine , 1967, pp.1-62.
67. MABOGUNJE (O.A.); SUBBUSWAMY (S.G.); LAWRIE (J.H.);
The two histological types of gastric carcinoma in Northern Nigeria.
Gut. ; GB; DA. 1978; vol. 19; n°5; pp. 425-429; Loc. CNRS.1722.
68. Mac DONALD (E.J.);
Cancer of gastro-Intestinal tract: epidemiological aspects.
J.Amer. Med. Ass. 1974, 228, 891-892.
69. MARTIN (E.);
Tumeurs malignes de l'estomac; Delarve J. Laumonier R.
Anatomie pathologie tome I-Paris Flammarion; 1972, pp.806-819.
70. Mc. GLASHAN (N.D.); HARRINGTON (J.S.); BRASHAW (E.);
Eleven sites of cancer in blacks Gold miners from southern africa: A geographic Enquiry.
Br.J.Cancer; ISSN 0007)0920; GBR.; DA. 1982; vol.46; n°6; pp. 947-954;
Loc. CNRSç6925.

71. MAISTRE (B.), DISCHINO (M.), JAND (V.), ODDER (B.); AUBRY (P.);
Le cancer gastrique, une affection fréquente, de diagnostic tardif et
de pronostic péjoratif à Dakar.
Afr. Med. (Août -Sept. 1984, n°222: 23); 465-472.
72. MIWISH (S.S.);µ
Toxicology Applied pharmacology 31, 325, 1977.
73. MOMBET (J.);
La Radiologie des cancers de l'estomac.
Rev. Prat.: 1978; 28; (45); 3431 Art.
74. MWANGULU (G.S.), WANKYA (B.M.), THOMAS (S.E.); De Cock (K.);
Clinical value of fiberoptic endoscopy in the diagnosis of gastric malignancy
at Kenyatta national hospital.
East Afr. Med. J.; ISSN0012-835X; KEN; DA. 1983; vol.60; n°5. pp. 328-331;
Loc. CNRS-17259.
75. NIAMKEY (K.E.), DIALLO (A.D.), TICOLAT (R.), TOUTOU (T.); SOUBEYRAND (F.)
et BEDA (D.Y.);
Apports diagnostiques de la fibroscopie digestive haute dans un service de
médecine interne. A propos de 710 cas.
Rev. bix-Journ. Med. Abidjan 13-18 Janvier 1986, 65-70.
76. OFFERHANS (G.J.A.); HUIBREGTSE (K.), De BOER(J.); VERHOEVEN (T.);
VAN OLFFEN (G.H.); VAN DE STADT (J.) et TILGAT(.G.N.J.);
The operate stomach : A premalignant condition ?
A prospective Endoscopic Followup Study.
Scand. J. Gastroenterol 1984, 19, 521-524.
77. PADONOU (N.); CHERBONNEL (G.M.), TOURE (P.), NUSSAUME (O.);
Aspects épidémiologiques des cancers gastriques au Sénégal.
Med. Afr. Noire. Sénégal, DA. 1978; Vol. 25; n°3; pp. 167-171.
Loc. CNRS-10524.
78. POTET (F.);
Le cancer superficiel de l'estomac.
Rev. Prat.; 1978, 28, (45), 3471, Art.
79. QUENUM (C.), CAMAIN (R.), BAYLET (R.);
Epidémiologie et Pathologie géographique du cancer en Afrique .
Med. Afr. Noire. 1971, 18, (3), 165-186.
80. RAKOTORINA-RANDRIAMBELOMA (F. J.); COULANGER (P.);
Les tumeurs malignes du tractus digestif vues au laboratoire d'histopatholo-
gie de l'Institut Pasteur de Madagascar de 1960-1975.
Arch. Inst. Past. Madagascar; MDG; DA. 1978; vol. 46; n°1; pp. 441-471;
Loc. CNRS 8483.
81. RAMSAY SMITH (S.); LUCAS (S.B.);
Curable upper gastro Intestinal traet tumor Report of 3 cases .
Trop. Doct.; ISSN 0049-4755; GBR; DA. 1983; vol.13; n°1. pp. 31-33;
Loc. CNRS 19181.
82. RENAMBOT (J.);
Les tumeurs de l'estomac.
Soins Pathol. Trop. ISSN 0222-9307, Fra.; DA.1982; n°38 .pp. 17-20;
Loc. CNRS-19255.
83. RICHARD PALMER GOLD (M.D2); PETER (H.R.); GREEN (M.D.), KATHLEEN (M.);
O'TOOLE (M.D.), WILLIAM (B.); SEAMON (M.D.);
Earley Cancer : Radiographic Experiance.
Radiology 1984, 152, 283-290.
84. RICHELME (H.)µ CECCANTI (J.P.), BOURGEON (A.);
Les cancers du moignon gastrique. A propos de 14 observations récentes.
Ann. Gastroenterol. Hepatol., 1984, 1, 23-26.

85. ROBERT (S.), SANDLER (M.D.M.P.H.); MICHAEL (D.); JOHNSON (B.S.)
and KATHY (L.) HOLLAND (B.A.);
Risk of stomach cancer after gastric surgery for benign conditions.
A case control study.
Digestive diseases and sciences, vol.29, n°8 (August 1984) pp.704-708.
86. RUBIN (P.);
Cancer of the gastrointestinal tract.
J. Amer. Med. Ass. ; 1972, 1 ; 1505-1506.
87. SAKHO (S.);
Le cancer au Sénégal.
Thèse Med. Dakar, 1964, n°1.
88. SANKALE (M.), SOW (A.M.) ABBETRA (M.), COLY (D.); DUPUY-BOURREAU (R.);
Le cancer de l'estomac dans un service de Médecine interne en Afrique Noire.
A propos de 40 cas observés à Dakar .
Med. Afr. Noire, Sénégal; D.A. 1978; vol. 25; n°3; pp. 167-171.
89. SEBAHOUN (G.) et MEYER (G.);
Epidémiologie des cancers: Intérêt pour leur prévention et leur détection.
Méd. Med. ; 1981; 248; 41-48.
90. SEGAL (A.W.);
Diagnosis of gastric cancer.
Brit. Med. J.; 1975; 2, 669-672.
91. SEMEGA (O.);
Résultat précoce de la chirurgie du cancer de l'estomac.
Thèse Med. Bamako 1981, n°20.
92. SERAFINO (X.), DIOUF (B.); SERAFINO (G.);
La Chirurgie des cancers gastriques à Dakar.
Bull. et Mem. de la Fac. et Pharma. Dakar.
93. SHUNICHI ABE (M.D.), YUICHIRO OGAWA (M.D.); NAOFUNI NAGASUE (M.D.),
YUKIHAM SASAKI (M.D.), HIROSHI AKAMIZO (M.D.); SOZO HIROSE (M.D.), HIROFUNI
YUKAYA (M.D. and SHINICHI SUCHIRO (M.D.);
Early gastric cancer : Results in a general hospital in japan .
World J. Surg. ; 8; 308-314, 1984.
94. SMART (C.R.);
Preventing cancer in the united states.
In Bull. Am. Coll. Surg.; 1982; 67, (9); 2-8.
95. SOUSTELLE (J.);
Cancer quinquuple de larynx, de l'estomac et du colon .
Chirurgie, 1971, 97, 712-716.
96. STEIN (M.); GELFAND (M.);
The clinical presentation of gastric neoplasms in Zimbabwe.
Cent Afr. J. Med. ISSN 0008-9176; ZWE; DA. 1983; vol. 29; n°11. pp.217-219.
97. TAKESHI OOHARA (M.D.), YOSHIKAKI JOHJIMA (M.D.), OSMU YAMAMOTO (M.D.);
HIROYUKI TOHMA (M.D.) and YOSHIO KONDO (M.D.);
Gastric cancer in Patients above 70 years of age.
World J. Surg. , 8, 315-320, 1984.
98. TEIB-BEN-CHEKROUN
Contribution à l'étude des cancers du tube digestif chez le noir africain.
Thèse Med. Dakar, 1964, n°6, 73 p. multigr.
99. THOMAS (J.), MOREIRA (C.); MENARD (M.), KLOTZ (F.); GAULTIER (Y);
Enquête sur les gastropathies des africaines de race noire à Dakar.
Med. Trop. ISSN 0025-682 X; Fra. ; DA. 1982; n°1; pp.9-18 . ABS Eng.
Loc. CNRS-5090.

100. VAN GELDEREN (W.F.C.);
Simultaneous Esophageal and gastric carcinoma in an Elderly man.
S. Afr. Med. J. ISS IX 0038-2469; ZAF; DA 1983; vol. 64 n°12; pp.455-456.
101. VERDIER (A.);
Diagnostic du cancer de l'estomac par gastrobiopsie dirigée sans fibroscopie
(à propos de 213 cas).
Thèse Med. Clermont Ferrand., 1971, n°34, 121 multigr.
102. WTLANDER (E.) EL-SALHY et PITKANEN (P.);
Histology of gastric carcinoids.
a Surgery of 42 cases.
Histopathology vol. 8. n°2; March. 1984, 183-193.
103. MONNER (J.P.);
Le cancer superficiel et précoce.
Thèse Med. Nancy, 1984, n°27; 170 p.; multigr.
104. ZEITOUN (P.); KOPF (A.); CRESCENCI (Ch.); BONFILS (S.);
Cancer de l'estomac chez trois frères : problèmes posés par l'association avec
l'atrophie complète de la muqueuse gastrique.
Arch. Frse. Mal. App. Digest. 1966, 55, n°7 à 12; P. 923-924.
-
-
-

- S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E -

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

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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