

Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
du Mali

Année 1988

N. 40

**ULCERES DUODENAUX
A BAMAKO**

Aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques,
biologiques et économiques. (A propos de 55 cas).

THESE :

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

Par Monsieur Boukassim MAIGA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

EXAMINATEURS

Président :

Pr Sambou SOUMARE

Pr Abdoul Karim KOUMARE

Juges :

Pr Ali Nouhoun DIALLO

Dr Eric PICHARD : Directeur de Thèse

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1988-1989

| | |
|------------------------|---------------------------|
| Professeur Aliou BA | Directeur Général |
| Professeur Bocar SALL | Directeur Général Adjoint |
| Docteur Hubert BALIQUE | Conseiller Technique |
| Demba DOUCOURE | Secrétaire Général |
| Hama B. TRAORE | Econome |

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

| | |
|----------------------------------|--|
| Professeur Mamadou Lamine TRAORE | Chef de D.E.R. Chirurgie Générale-Médecine Légale |
| Professeur Aliou BA | Ophtalmo'logie |
| Professeur Bocar SALL | Orthopédie-Traumatologie Secourisme |
| Professeur Mamadou DEMBELE | Chirurgie Générale |
| Professeur Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| Professeur Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| Professeur Abdoul Alassane TOURE | Orthopédie-Traumatologie |

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|-------------------------------------|--|
| Docteur Bénitiéni FOFANA | Gynécologie-Obstétrique |
| Docteur Mme.SY Aïda SOW | Gynécologie-Obstétrique |
| Docteur Kalilou OUATTARA | Urologie |
| Docteur Amadou Ingré DOLO | Gynécologie-Obstétrique |
| Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA | Odonto-Stomatologie |
| Docteur Djibril SANGARE | Chirurgie Générale Soins Infirmiers |
| Docteur Salif DIAKITE | Gynécologie-Obstétrique |
| Docteur Massaoulé SAMAKE | Gynécologie-Obstétrique |
| Docteur Mme.TRAORE Jeannette THOMAS | Ophtalmologie |
| Docteur Abdoulaye DIALLO | Ophtalmologie |
| Docteur Alhousséini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE | Urologie |
| Docteur Gérard TRUSCHEL | Chirurgie |

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

| | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Docteur Abdoul Kader, TRAORE dit DIOP | Chirurgie Générale |
| Docteur Daba SOGODOGO | Chirurgie Générale |
| Docteur Lassana KOITA | Chirurgie Générale |
| Docteur Sékou SIDIBE | Orthopédie-Traumatologie |
| Docteur Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| Docteur Sidi Mohamed COULIBALY | Ophtalmologie |
| Docteur Mamadou A. CISSE | Urologie |
| Mme. COUMARE Fanta COULIBALY | T.P. Soins Infirmiers |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Professeur Souleymane SANGARE | Chef de D.E.R. Pneumo-Phtisiologie |
| Professeur Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| Professeur Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| Professeur Mamadou Koureïssi TOURE | Cardiologie |
| Professeur Mahamané MAIGA | Néphrologie |
| Professeur Ali Nouhoum DIALLO | Médecine Interne |
| Professeur Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| Professeur Moussa TRAORE | Neurologie |
| Professeur Issa TRAORE | Radiologie |
| Professeur Mamadou Marouf KEITA | Pédiatrie |

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Docteur Balla COULIBALY | Pédiatrie |
| Docteur Sidi Yéhia TOURE | Réanimation |
| Docteur Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| Docteur Eric PICHARD | Médecine Interne |
| Docteur Sanoussi NANAKASSE | Dermatologie-Léprologie |
| Docteur Boubacar DIALLO | Cardiologie |
| Docteur Dapa Ali DIALLO | Hématologie-Médecine interne |

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

| | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| Docteur Moussa MAIGA | Gastro-Entérologie |
| Docteur Bah KEITA | Pneumo-Phtisiologie |
| Docteur Hamar Alassane TRAORE | Médecine Interne |
| Docteur Somita M. KEITA | Dermatologie-Léprologie |
| Docteur Mme. KONARE Habibatu DIAWARA | Dermatologie-Léprologie |
| Docteur Kader TRAORE | Médecine Interne |

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

| | |
|---|---|
| Professeur Bréhima KOUMARE Chef de D.E.R. Microbiologie | |
| Professeur Siné BAYO | Anatomie Pathologie Histologie-Embryologie |
| Professeur Abdel Karim KOUMARE | Anatomie |
| Professeur Gaoussou KANOUTE | Chimie Analytique |

2. DOCTEURS D'ETAT

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Professeur Yéya Tiémoko TOURE | Biologie |
| Professeur Amadou DIALLO | Zoologie-Génétique |

3. DOCTEURS 3ème CYCLE

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| Professeur Bouba DIARRA | Microbiologie |
| Professeur Moussa HARAMA | Chimie Organique-Minérale |
| Professeur Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| Professeur Niamanto DIARRA | Mathématiques |
| Professeur N'Golo DIARRA | Botanique |
| Professeur Souleymane TRAORE | Physiologie Générale |
| Professeur Moussa Issa DIARRA | Biophysique |
| Professeur Salikou SANOGO | Physique |
| Professeur Mme. THIAM Aïssata SOW | Biophysique |
| Professeur Daouda DIALLO | Chimie Minérale |
| Professeur Abdoulaye KOUMARE | Chimie Générale |
| Professeur Yénimégué Albert DEMBELE | Chimie Organique |
| Professeur Bakary M. CISSE | Biochimie |
| Professeur Godefroy COULIBALY | T.P. Parasitologie |
| Professeur Mamadou KONE | Anatomie-Physiologie Humaines |
| Professeur Jacqueline CISSE | Biologie Animale |
| Professeur Bakary SACKO | Biochimie |

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|----------------------------------|---------------|
| Docteur Ogobara DOUMBO | Parasitologie |
| Docteur Yéya MAIGA | Immunologie |
| Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA | Parasitologie |

5. MAITRE ASSISTANT

| | |
|--------------------|-----------------|
| Docteur Hama CISSE | Chimie Générale |
|--------------------|-----------------|

6. ASSISTANTS

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Docteur Flabou BOUGOUDOGO | T.P. Microbiologie |
| Docteur Amadou TOURE | Histo-Embryologie |
| Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP | T.P. Anatomie |

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA Diététique-Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE Chef de D.E.R. Toxicologie

2. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|-----------------------------|--|
| Docteur Boulkassoum HAIDARA | Législation et Gestion Pharmaceutiques |
| Docteur Boubacar KANTE | Pharmacie Galénique |
| Docteur Elimane MARIKO | Pharmacodynamie |
| Docteur Alou KEITA | Pharmacie Galénique |
| Docteur Arouna KEITA | Matière Médicale |
| Docteur Souleymane GUINDO | Gestion |

3. DOCTEUR 3ème CYCLE

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Docteur Mme.CISSE Aminata GAKOU | Pharmacie Galénique |
|---------------------------------|---------------------|

4. ASSISTANT

| | |
|-----------------------|------------------|
| Docteur Drissa DIALLO | Matière Médicale |
|-----------------------|------------------|

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA Chef de D.E.R.Santé Publique
Docteur Hubert BALIQUE Maître de Conférence en Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|----------------------------|----------------|
| Docteur Sory Ibrahima KABA | Epidémiologie |
| Docteur Sanoussi KONATE | Santé Publique |
| Docteur Moussa MAIGA | Santé Publique |
| Docteur Georges SOULA | Santé Publique |
| Docteur Pascal FABRE | Santé Publique |

3. CHARGES DE COURS

| | |
|---|-------------------|
| Monsieur Cheick Tidiani TANDIA (Ingénieur Sanitaire) | Hygiène du Milieu |
| Mme MAIGA Fatoumata SOKONA (Ingénieur Sanitaire) | Hygiène du Milieu |

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Professeur Oumar SYLLA | Pharmacie Chimique |
| Professeur Humbert GIONO-BARBER | Pharmacodynamie |
| Docteur Guy BECHIS | Biochimie |
| Professeur François MIRANDA | Biochimie |
| Professeur Alain GERAULT | Biochimie |
| Docteur Marie Hélène ROCHAT | Pharmacie Galénique |
| Docteur Alain LAZURENS | Chimie |
| Docteur François ROUX | Biophysique |
| Monsieur El Hadj Makhtar WADE | Bibliographie |
| Professeur Pierre Jean REYNIER | Pharmacie Galénique |
| Professeur GENIAUX | C.E.S. Dermatologie |
| Professeur LAGOUTTE | C.E.S. Ophtalmologie |
| Professeur Philippe VERIN | C.E.S. Ophtalmologie |
| Professeur MMe. Paulette GIONO-BERBAR | Anatomie-Physiologie Humaines |

JE DEDIE CE TRAVAIL A :

TOUS CE QUI MEURENT DE FAIM, DE SOIF, DE MALADIE
ET A TOUS CE QUI LUTENT CONTRE CES FLEAUX POUR LA PAIX ET LE PROGRES SOCIAL

Mes Grand-Parents

In Memorium

Ma grand'mère maternelle GOUSSI

Mon père

Toi qui est pressé de me voir terminer mes études.
Puisse ce travail t'apporter satisfaction, faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

Ma mère

Adorable maman, chaque fois que je pense à toi c'est avec une émotion et les larmes aux yeux.
En témoignage de mon amour infini je t'offre ce modeste travail.
Puisse-t-il t'apporter le reconfort pour tant de soucis à mon égard.

Ma Marâtre

Adorable belle-mère, femme simple, femme d'abnegation, je ne saurais jamais te remercier.
Tu as su me guider dans ma vie et me transmettre l'éducation noble que tu as reçu de tes parents.
Que cette thèse t'apporte bonheur, Santé et longue vie.

Mes frères et Socurs

Que cette thèse soit pour vous le modeste témoignage de ma tendresse infinie et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices consentis. c'est le travail qui libère l'homme et rien ne s'obtient sans peine.
Trouvez ici l'expression de mon profond attachement.

Mes nièces et neveux

Toute mon affection.

Mes tantes et oncles

Une liste nominative serait trop longue. Ce travail est l'aboutissement de plusieurs années d'éducation que vous n'avez cessé de m'apporter.
Soyez assurés de mon profond respect et de mon engagement vis à vis de vous.

Tous mes cousines et cousins

Vous m'avez toujours accordé votre soutien moral et matériel.

Puisse cet humble travail vous apporter une satisfaction légitime .

Aux familles

Bakar Boulkadry MAIGA (Koulikoro)

Oumar Boubèye MAIGA (Menaka)

Alassane Tiesseye MAIGA (Badalabougou)

Salif KANOUTE (Lafiabougou Bamako)

Minabé DIARRA (Bamako)

Amadou COULIBALY (mon modeste major)

Oumar MAIGA (Bamako)

Mabel SANGHO (Mopti)

Zaffar CISSIE (Ansongo)

Vous m'avez admis dans l'intimité de vos familles avec la plus grande hospitalité. Durant mes études, votre assistance morale et matérielle ne m'a jamais fait défaut

Veillez trouver là l'expression de toute ma reconnaissance et de ma tendresse infinie.

Mon grand frère et Ami baba DOUMBIA

Mademoiselle Patoumata KANOUTE

Trouve ici l'expression de mon profond Amour.

Je te souhaite courage et bonne chance dans tes études de Médecine.

A tous mes Amis

Je me réserve de citer des noms par crainte d'en oublier certains.

Trouvez là ma * profonde gratitude.

Je souhaite à tous du courage et de la réussite dans la vie.

Toute la Promotion 82-88 de l'E.N.M.P.

Félicitation et bon courage.

Tout le Personnel du Service de Médecine Interne
A, B, C, D, E de l'Hôpital du Point "G"

Trouvez ici l'expression de ma respectueuse
gratitude.

Mon Maître, Docteur PICHARD et à sa Famille

Merci pour votre gentillesse et votre sympathie

Aux Docteurs :

Ogobara DOUMBO

Abdel Kader TRAORE

Sahari FONGORO

Siaka SIDIBE

Les conseils fraternels que vous n'avez jamais
cessé de me prodiguer me serviront toujours dans
la vie professionnelle.

Madame MAIGA née Valentine COULIBALY

Tu as accepté malgré tes multiples préoccupations
de frapper cette thèse.

Trouve là l'expression de ma profonde gratitude.

Madame MAIGA née Aminata Oumar

In MEMORIUM

Tu nous as hélas quitté trop tôt.

Que ton âme repose en paix. AMEN

Toute l'Equipe de la FONDATION RHONE POULENC SANTE

Courage et bonne chance.

Tous les Maîtres qui m'ont enseigné.

Tous les RESSORTISSANTS de TASSIGA et LELEYOYE.

Au Docteur Hamar Alassane TRAORE
Chef de Clinique-Assistant
Médecine Interne. Hôpital du Point "G"

Certes nous n'avons pas eu la chance de travailler avec vous durant toute l'année 1988. Mais tout au long des stages passés avec vous, nous avons reconnu en vous un encadreur exceptionnel, un homme d'une très grande ouverture d'esprit. Votre gentillesse et vos qualités humaines ne nous ont pas fait défaut. Qu'il nous soit permis de vous présenter nos sentiments de profonde reconnaissance.

Au Docteur Mamadou DEMBELE
Médecin-Assistant à l'Hôpital du Point "G"
Service de Médecine Interne
Spécialiste en Fibroscopie et en Echographie digestive

Tout au long de notre travail, nous avons apprécié vos qualités humaines. Homme de grande culture, nous avons apprécié votre compétence, votre inépuisable courage et votre satisfaction devant le travail bien fait. En remerciement pour votre précieuse collaboration apportée dans la réalisation de ce travail, veuillez bien accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

AUX MEMBRES DU JURY :

Notre Maître et Président de Jury :

Le Professeur Sambou SOUMARE

Doyen de l'E.N.M.P.

Chirurgie Générale - Anatomie

Chef de Service de Chirurgie "A"

Hôpital du Point "G"

Vous nous avez séduit dès le premier abord par votre grande ouverture d'esprit.

Nous gardons de vous l'image d'un maître pédagogue, pratique et d'abord aisé.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Soyez en remercié.

Notre Maître

Le Professeur Abdoul Karim KOUMARE

Chirurgie-Anatomie-Organogénèse

Chef de Service de Chirurgie "B"

Hôpital du Point "G".

Sympathique et compétant chirurgien, nous gardons de vous l'image d'un maître en Anatomie et d'un pédagogue généreux et très modeste.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger cette thèse.

Soyez en remercié.

Notre Maître

Le Professeur Ali Nouhoum DIALLO

Chef de Service de Médecine

Interne à l'Hôpital du Point "G"

Votre modestie et votre simplicité font votre grandeur.

Nous gardons de vous l'image d'un maître généreux dont la clarté de l'enseignement et le souci de toujours veiller à notre bonne formation nous ont émerveillé.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de participer à notre jury de thèse.

Soyez assuré de notre profonde attachement et de notre grande reconnaissance.

Notre Maître et Directeur de thèse

Le Docteur Eric PICHARD

Spécialiste en Gastro-Enterologie et Hepatologie - Médecine Tropicale

Chef de Service de Médecine Interne

Hôpital du Point "G"

Notre stage dans votre service nous a fait profiter de votre expérience de la Médecine Générale et de la Gastro-Entérologie en particulier.

Votre esprit de rigueur, votre goût de la Recherche Scientifique ainsi que votre attachement et dévouement au travail bien accompli n'ont d'égal que votre sens des relations humaines, et forcent le respect.

Nous vous devons ce travail, car vous avez accepté de nous suivre pas à pas malgré vos multiples tâches pour qu'il voit le jour.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre gratitude et de notre infinie admiration.

ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

BMR : Biopsie de la muqueuse rectale

D1 : Premier duodénum

D2 : Deuxième duodénum

FOGD : Fibroscopie oesogastro-duodénal

Fig. : Figure

HH : Hernie hiatale

HCl : Acide chlorhydrique

IGO : Invagination gastro-oesophagienne

PMI : Protection Materno-Infantile

POK : Parasite - Oeufs - Kystes

TOGD : Transit oesogastro-duodénal

UD : Ulcère duodénal

UG : Ulcère gastrique

UGD : Ulcère gastro-duodénal

VO : Varice oesophagienne

VHS : Vagotomie Hyper-Selective

VSS : Vagotomie Supra-Selective

VT : Vagotomie Tronculaire

VUS : Vagotomie Ultra-Selective

SOMMAIRES

| CHAPITRES | Pages |
|--|-------|
| I. INTRODUCTION | 1 |
| II. RAPPELS SUR LES ULCERES DUODENaux | 3 |
| A. RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE SUR LES ULCERES DUODENaux EN AFRIQUE ET EN PARTICULIER AU MALI | 3 |
| B. RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE DES ULCERES DUODENaux ET FACTEURS DE RISQUE INTERVENANT DANS L'ULCEROGENESE | 19 |
| C. RAPPEL SUR LES METHODES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DES ULCERES DUODENaux | 25 |
| III. ETUDE PERSONNELLE :PATIENTS ET METHODES D'ETUDE | 39 |
| A. PATIENTS ETUDIES | 39 |
| B. METHODES D'ETUDE | 40 |
| IV. RESULTATS | 46 |
| A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES | 46 |
| B. ATCD D'ULCERES DUODENaux | 50 |
| C. PRINCIPAUX SIGNES CLINIQUES | 51 |
| D. FACTEURS DE RISQUE | 53 |
| E. EXAMENS COMPLEMENTAIRES | 54 |
| F. ASPECTS ENDOSCOPIQUES OBSERVES | 55 |
| G. TRAITEMENTS ET EVOLUTIONS DES ULCERES DUODENaux | 57 |
| H. COÛTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX DES ULCERES DUODENaux | 69 |
| V. DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS | 74 |
| A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES | 74 |
| B. SIGNES CLINIQUES REVELATEURS | 75 |
| C. FACTEURS DE RISQUE ET BILHARZIOSE | 76 |
| D. ASPECTS ENDOSCOPIQUES | 76 |
| E. EXAMENS BIOLOGIQUES ET PARASITAIRES | 79 |
| F. EVOLUTION | 79 |
| G. COÛTS MEDICO-CHIRURGICAUX | 81 |
| H. CONCLUSION | 83 |
| ANNEXE | |
| BIBLIOGRAPHIE | |

CHAPITRE I : INTRODUCTION

L'ulcère duodénal est une maladie universelle. Il n'y a pas de population qui ne souffre de cette maladie et de nombreuses publications ont démontré que la "soit-disant rareté" des ulcères duodénaux chez le Noir Africain était un leurre.

En fait en Afrique, plus particulièrement en Afrique Occidentale, la pathologie ulcéreuse duodénale a été pendant longtemps sous-estimée par manque de moyens de diagnostic. En effet, avant l'avènement de l'endoscopie digestive haute, de nombreux travaux portant sur l'ulcère duodénal ont été rapportés pour la plupart par des Chirurgiens.

L'apparition de fibroscopes souples en fibres de verres, a permis depuis une quinzaine d'années, un diagnostic rapide, fiable et peu coûteux avec un matériel bien adapté aux conditions tropicales.

Parallèlement, la connaissance de la physiopathologie de l'ulcère duodénal a entraîné :

- d'une part, la mise en vente sur le marché de médicaments plus spécifiques et plus efficaces : nouveaux anticholinergiques, médicaments "cytoprotecteurs" dont le Sucralfate^(R), inhibiteurs H2 de l'histamine ;

- et de l'autre, le développement de techniques chirurgicales à visée anti-acide, pratiquement dénuées d'effets secondaires, comme la Vagotomie Supra-Sélective.

Au Mali, de nombreux travaux concernant l'ulcère duodénal et son traitement ont été effectués. Mais il nous paraît opportun, dans ce travail, de compléter la connaissance de son épidémiologie, en particulier des facteurs de risque. D'autre part, devant le coût des médicaments qui reste élevé, il est important d'évaluer cette dépense par comparaison avec la Vagotomie Supra-Sélective (VSS) qui est la principale alternative chirurgicale, ceci afin de proposer une conduite à tenir plus rationnelle et moins coûteuse face à cette maladie.

Nos données sont recueillies à partir de 55 cas d'ulcères duodénaux prouvés par la fibroscopie digestive haute à Bamako durant l'année 1988.

Après quelques rappels portant sur l'épidémiologie, la physiopathologie, les méthodes de diagnostic et de traitement des ulcères duodénaux, nous exposerons successivement les méthodes de travail ayant permis de recueillir nos cas, les résultats cliniques, endoscopiques, épidémiologiques, économiques et les possibilités thérapeutiques et leur incidence sur l'évolution de la maladie ulcéreuse duodénale.

Enfin, dans la discussion, nous comparons nos données à certaines références bibliographiques afin de conclure et de proposer une conduite à tenir./.-

CHAPITRE II : RAPPELS SUR LES ULCERES DUODENAUX

A. RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE SUR LES ULCERES DUODENAUX EN AFRIQUE ET EN PARTICULIER AU MALI

I. EN AFRIQUE :

Avant l'avènement de l'endoscopie digestive haute, quelques travaux émanant surtout de chirurgiens, ont étudié l'épidémiologie des ulcères duodénaux (UD) au niveau de l'Afrique entière. Nous pouvons citer parmi eux :

- la remarquable publication de TOVEY (67), en 1975, qui souligne une forte incidence des ulcères gastro-duodénaux (UGD), particulièrement en Afrique de l'Est, au voisinage des sources du Nil, du Congo et dans les forêts humides du Nigéria, du Cameroun, du Ghana et de la Côte d'Ivoire. Selon cet auteur, la maladie ulcéreuse gastro-duodénale serait rare en zone sahélienne, ce qui, nous le reverons plus loin, ne semble pas exacte. Cette constatation de TOVEY serait probablement due à cette époque, au manque de données endoscopiques. Il signale également une plus faible incidence de la maladie ulcéreuse en milieu rural qu'en milieu urbain et note la rareté des ulcères gastriques (UG) car selon lui : "il y a souvent une confusion pour ce qui est des ulcères juxta-pyloriques à propos de leur localisation gastrique ou duodénale."

- MANSON et Coll. (54) soulignent, en 1982, la rareté de l'ulcère gastrique (UG) dans la plupart des régions tropicales, mais indiquent que l'ulcère duodénale (UD) est considéré comme très fréquent dans le Sud de l'Inde et dans de nombreuses régions de l'Afrique.

- Les travaux de BEZES et Coll. (15) qui, en 1963, rapportent, à partir de publications faites par des chirurgiens, 1800 ulcères gastro-duodénaux (UGD) en Afrique et cela aussi bien dans les territoires d'influence Française (Cameroun, Côte d'Ivoire, Dahomey, Sénégal) que dans ceux d'influence Anglaise (Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda, Tanganyika, Zanzibar) ou d'influence Belge (Congo-Belge, Rwanda, Burundi).

Ces mêmes auteurs, à la lumière de 65 observations provenant de leur Service de Chirurgie à Dakar (Sénégal), en 1957, constatent :

- que le rapport UD/UG est de 63/2 en faveur des ulcères duodénaux soit 97% des cas ;
- que 54 hommes sur 11 femmes ont un ulcère duodénal soit un sex-ratio de 10/2 ;
- une provenance exclusive des malades de couches socio-économiques basses ;
- une fréquence élevée des ulcères duodénaux sténosants (43 sur 63 ulcères duodénaux soit les 2/3 des cas de leur série).

- CAVEL et Coll. (21) en 1963 à Dakar (Sénégal), recueillent sur 798 TOGD effectués dans un Service de Radiologie en un an, 230 ulcères duodénaux représentant 28,5% des examens pratiqués et 38% des gastro-duodéno-pathies observées. Ces 230 UD se répartissent en :

- 219 ulcères du bulbe duodénal ;
- 6 ulcères post-bulbaires.

Ces auteurs notent également la nette prédominance de l'ulcère duodénal chez les hommes (199 contre 31 femmes).

- CARAYON et FOUCHER (20) présentent en 1968 une série de 163 ulcères duodénaux traités chirurgicalement à l'Hôpital de Dakar (Sénégal) et recueillis pendant 8 ans. Ils constatent :

- une plus grande fréquence de l'ulcère duodénal chez l'homme que chez la femme et plus particulièrement chez les hommes ayant un niveau de vie élevée ;

- l'extrême rareté des formes évoluées chez ces patients du fait qu'ils ont été déjà traités médicalement, mais ils notent surtout l'importance des échecs après ce traitement (soit véritables échecs, soit faux échecs par suite d'un traitement mal conduit ou devenant trop onéreux).

- CHABAL et Coll. (23), à partir de 250 ulcères gastro-duodénaux traités chirurgicalement par 14 médecins différents à Dakar (Sénégal) de 1963 à 1968, rapportent :

- 221 cas d'ulcères duodénaux ;
- 5 cas d'ulcères mixtes (gastriques et duodénaux) ;
- 24 cas d'ulcères gastriques ;
- une nette prédominance de l'ulcère duodénal chez les hommes (206 cas) et soulignent qu'une femme sur 5 hommes est atteinte d'un ulcère mixte ;

- une incidence élevée de l'ulcère duodénal chez les adultes jeunes (30-34 ans) ;
- le caractère héréditaire de la maladie, recherché par investigation du milieu familial dans 23% des cas de leur série, avec 11,2% de cas positif, soit chez près de 50% de ces malades ;
- la prédominance de l'ulcère duodénal chez les patients provenant de couches socio-professionnelles basses ;
- une discrète influence du groupe sanguin avec prédominance du groupe O (61,4% des cas) ;
- l'évolution assez longue de la maladie ulcéreuse duodénale (5 ans en moyenne).

- ANGATE (2) recueille en 1971 à l'Hôpital de Treichville (Côte d'Ivoire) 116 cas d'ulcères gastro-duodénaux dont 111 ulcères duodénaux et 5 ulcères gastriques sur une période de 8 ans et demi. Il constate que la majorité des patients est du sexe masculin (110 hommes pour 6 femmes) dans les ulcères duodénaux et que le maximum de fréquence d'âge se situe entre 30 et 40 ans.

Il rapporte enfin que les 116 ulcères duodénaux sont issus des couches sociales les plus modestes de la nation Ivoirienne (manoeuvres, ouvriers, petits commerçants et modestes employés).

- YANGNI-ANGATE et Coll. (70) publient en 1981 le cas de 303 ulcères gastro-duodénaux comportant 218 ulcères duodénaux opérés à l'Hôpital de Treichville (Côte d'Ivoire) en 10 ans. Ils soulignent :

- la fréquence relative des UGD par rapport au nombre de malades hospitalisés au cours de la même période (2,70% des cas) ;
- la nette prédominance masculine ;
- la moyenne d'âge se situant à 35 ans ;
- la fréquence élevée des ulcères chez les salariés urbains et les travailleurs manuels transplantés (Voltaïques, Maliens, Guinéens...). Ils expliquent ceci par la mauvaise adaptation psychologique de ces sujets à la pseudo-civilisation des grandes agglomérations et au rythme de vie accéléré ;
- la place non négligeable des aliments épicés, pimentés, de l'alcool dans la genèse de l'ulcère. Dans leur série l'hérédité, de

même que les facteurs médicamenteux, sont rarement retrouvés.

- CAZANAVE (22), dans le RAPPORT de A. MOUCHET, publié en 1956, rapporte en 30 mois de chirurgie à Douala (Cameroun) :
 - 374 ulcères gastro-duodénaux au TOGD ;
 - 44 ulcères gastro-duodénaux rebelles au traitement médical et traités chirurgicalement dont 39 ulcères duodénaux et 5 ulcères gastriques.

Pour ce qui est de la fréquence de l'UGD en fonction du sexe et de l'âge cet auteur compte 288 hommes (77%) et 85 femmes (23%) dans sa série et un maximum d'âge de sujets atteints d'ulcère gastro-duodéal se situant entre 30 et 40 ans.

- KOLAWOLE (44) observe en 1973 au Nigéria grâce à des TOGD, une particulière fréquence des ulcères duodénaux à la partie antéro-supérieure du bulbe. Il suggère une étiologie vasculaire pour expliquer cette fréquence, en particulier une hypovascularisation qui expliquerait par ailleurs la prédominance des complications à type de sténose et de perforation.

- Restons toujours au Nigéria pour parler des travaux de LEWIS et Coll. (52) qui, en 1978, ont recherché les causes favorisantes des ulcères duodénaux (sex-ratio 2/1 en faveur des hommes). Selon eux les principaux facteurs sont : le stress, les aliments riches en piment et à base de manioc. L'Aspirine et l'alcool sont considérés comme des facteurs mineurs.

- CORACHAN (26) (Tanzanie, 1976) à propos de 462 TOGD, observe une prévalence des ulcères duodénaux de 12%. Le ratio UG/UD est de 1/6. La fréquence est surtout élevée chez l'homme et les sujets jeunes. Il signale une plus grande fréquence de la maladie ulcéreuse dans les tribus consommant exclusivement des bananes cuites et souligne par ailleurs l'influence non négligeable du stress.

- En 1976, ANGORN et Coll. (3) dans une étude portant sur la sécrétion acide chez 337 Sud-Africains atteints d'ulcères duodénaux compliqués ou non (209 Indiens et 128 Zulu), observent que l'hypersécrétion acide gastrique est significativement plus élevée chez les Zulu et notent qu'au

cours des complications, la sécrétion acide stimulée (à la Pentagastrine) est aussi significativement augmentée.

- BROZIN et Coll. (16), en 1977, signalent, quant à eux, que la fréquence des ulcères duodénaux est en augmentation dans la population noire de l'Afrique du Sud, en particulier chez les hommes. Ils considèrent la modification du type de vie, en particulier l'urbanisation, comme un facteur favorisant. Les autres facteurs incriminés sont la consommation du thé, du café, de l'alcool, du tabac, la malnutrition, le jeûne, les épices, la consommation du sucre raffiné et le stress.

Avec le développement de l'endoscopie digestive haute depuis plus d'une quinzaine d'année en Afrique, on a constaté une augmentation de la fréquence reconnue de la maladie ulcéreuse duodénale.

A propos, GENTILLINI et DUFLU (38) évoquent en 1982, que les ulcères duodénaux sont souvent méconnus faute de moyens radiologiques et surtout endoscopiques appropriés.

- A propos de 183 premiers examens endoscopiques effectués par le Service de Clinique Médical de l'Hôpital de Dakar (Sénégal) sur 30 mois, SOW et Coll. (64) rapportent en 1977 :

- 27 cas de douleurs épigastriques de type ulcéreux, évocatrices soit d'un ulcère duodénal (18 cas), soit d'un ulcère gastrique (9 cas) ;

- 54 cas d'hématémèses dont 3 ulcères duodénaux compliqués, 7 ulcères gastriques et 5 bulbites ou bulbo-duodénites ;

- 16 sténoses pyloriques (les auteurs ne notent pas le nombre de cas d'ulcères sténosants).

Sur l'ensemble de ces endoscopies, ces auteurs notent 76 cas de lésions gastriques (soit 41,5% des examens) et 30 cas de lésions duodénales (16,4%) et soulignent que la pathologie gastrique, en particulier l'ulcère, occupe une place importante dans leur série, alors que l'ulcère duodénal est bien plus fréquent chez les malades "tout venant".

- DERRIEN J.P. et Coll. (29) rapportent en 1978 le bilan de 1 200 examens endoscopiques pratiqués en 2 ans à l'Hôpital principal de Dakar. Ils notent 256 lésions duodénales dont 195 ulcères. Ils notent également dans leur série plus d'homme que de femme (232/24).

Ces auteurs soulignent aussi que 42 cas d'ulcères duodénaux sont compliqués d'hématémèse (dont 10 après absorption d'Aspirine), 9 cas de méléna, 144 cas de syndrome douloureux ulcéreux, 6 récurrences ulcéreuses après intervention chirurgicale. Enfin ces auteurs concluent que "l'intérêt des gastroscopies ne se discute pas en Afrique. L'appareillage est certes onéreux, au départ, mais beaucoup moins qu'une installation radiologique. Outre son intérêt diagnostique et pronostique, l'endoscopie permet de mieux connaître la pathologie gastro-duodénale".

Il ressort de leur étude que :

- la proportion de 15 ulcères duodénaux pour un ulcère gastrique classiquement admise ne se vérifie pas dans leur série (195 UD pour 62 UG) ;
- il existe sur le plan épidémiologique une différence fondamentale entre la localisation gastrique et duodénale de l'ulcère :
 - = l'ulcère du bulbe se manifeste entre 20 et 30 ans ;
 - = l'ulcère gastrique se manifeste plus tardivement entre 40 et 50 ans.

- Toujours en 1978 à Dakar (Sénégal), NUSSAUME et Coll. (57) font cas de 40 ulcères duodénaux de sexe masculin opérés en 9 mois dont 24 par vagotomie ultra-sélective (VUS). Sur 20 patients choisis parmi ces derniers, ils constatent :

- une symptomatologie ulcéreuse typique évoluant depuis quelques années (6 ans en moyenne), rebelle au traitement médical ;
- parfois, l'existence dans les antécédents de complications évolutives à type d'hémorragies digestives (5 cas).

Après cette intervention chirurgicale, les auteurs notent que les résultats cliniques sont simples dans l'ensemble. La douleur ulcéreuse a disparu dès le lendemain de l'intervention.

- THOMAS J. et Coll. (65) en 1981, étudient 332 sujets sénégalais de race noire présentant un syndrome ulcéreux épigastrique, vus endoscopiquement et comportant :

- 165 cas d'ulcère duodéal ;
- 50 cas d'ulcère gastrique ;
- 105 gastrites ;
- 12 atrophies gastriques.

Ils reconnaissent :

- le petit nombre de femme (3 ulcères duodéaux, 2 ulcères gastriques) ;
- une prédominance masculine surtout chez les ulcéreux duodéaux ;
- le très large éventail d'âge des malades dont la moyenne est de 36, 64 ans chez les ulcéreux duodéaux ;
- la fréquence élevée des ulcères duodéaux par rapport aux ulcères gastriques ;
- l'augmentation de la sécrétion acide gastrique au cours de l'ulcère duodéal (5,39mEq par heure au lieu de 2,46 pour la sécrétion basale et 25,72mEq par heure au lieu de 18,27 pour la sécrétion stimulée à la pentagastrine).

L'étude particulière de chaque sujet présentant un ulcère duodéal confirme donc la fréquence de l'augmentation de la sécrétion acide de l'estomac, puisqu'elle se situe au-dessus de la moyenne pour la sécrétion basale ou stimulée, ou pour l'une des deux seulement dans 140 cas sur 165.

- AUBRY P. et KLOTZ F. (7) en 1982, rapportent 86 ulcères du bulbe duodéal dépistés sur une période de 6 mois, par endoscopie digestive haute à Dakar (Sénégal). Parmi eux ils notent :

- 37 ulcères ronds, soit 43% des cas ;
- 44 ulcères irréguliers soit 51% des cas ;
- 5 ulcères salami, soit 5,8% des cas ;
- 3 ulcères linéaires soit 3,4% des cas ;
- 3 ulcères multiples.

Ils soulignent également l'existence de lésions associées à savoir :

- des duodénites érosives (18 cas) ;
- des cicatrices linéaires d'ulcères (6 cas) ;
- des aspects pseudo-diverticulaires, témoins de la cicatrisation d'un ulcère irrégulier ancien (22 cas).

Sur 83 ulcéreux duodéaux qu'ils ont traités médicalement, seulement 30 sont revus au contrôle endoscopique dont :

- 14 ulcères ronds (11 cicatrisés à la 14ème Semaine) ;
- 13 ulcères irréguliers (9 cicatrisés à la 8ème Semaine) ;
- 1 ulcère salami cicatrisé à la 8ème Semaine ;
- 1 ulcère linéaire non cicatrisé.

A partir de ces données chiffrées, ces auteurs concluent :

- que les pourcentages des types anatomiques d'ulcères duodénaux sont différents au Sénégal de ceux considérés comme classiques par certains auteurs (59) ; ils notent en particulier la fréquence des ulcères irréguliers d'évolution ancienne, souvent volumineux et creusants, à cicatrisation lente et à contrôler par endoscopie après traitement ;

- que le contrôle endoscopique ne doit pas être fait avant la 8ème semaine de traitement médical en cas d'ulcère irrégulier et d'ulcère linéaire ;

- que l'ulcère linéaire doit être d'emblée confié au chirurgien
- que l'endoscopie doit non seulement faire le diagnostic de l'ulcère duodéal mais aussi, en préciser le stade évolutif, donner au médecin traitant la conduite à tenir en ce qui concerne le traitement et le contrôle endoscopique ;

- que la fréquence élevée de l'ulcère duodéal chez le jeune africain, impose que le diagnostic et la conduite thérapeutique soient menés avec beaucoup de rigueur.

- En 1980, COOK (25) signale¹¹ que jusqu'en 1950, l'ulcère duodéal était pratiquement inconnu en Afrique du fait de l'absence de moyens d'explorations¹². Depuis, il note une forte prévalence en Afrique de l'Ouest, au Cameroun, à l'Est du Nigéria et probablement au Ghana.

Selon lui, l'incidence de la maladie ulcéreuse duodénale est aussi élevée aux sources du Nil et du Congo (RWanda, Burundi, Kivu, Tanzanie de l'Ouest, Sud Ouest Ougandais et dans les hauts plateaux de l'Ethiopie).

Il note également que l'incidence de l'ulcère gastrique est plus faible que celle de l'ulcère duodéal en Afrique, mais elle est rapportée dans presque toutes les régions africaines.

- COCKSHOTT (24) en 1979 dans son traité de radiologie clinique sous les Tropiques, constate à son tour que l'ulcère duodéal est plus fréquent que l'ulcère gastrique. Le ratio ulcère duodéal sur ulcère gastrique étant selon lui de 155/1 au Cameroun, 123/1 au Nigéria, 108/1 à Zanzibar, 90/1 au Maroc, 60/1 au Bénin, 49/1 en Ouganda, 17/1 au Ghana et en Côte d'Ivoire, 14/1 au Sénégal et 12/1 au Kenya.

En comparaison, ce rapport est de 14/1 en Angleterre, 64/1 en Inde et 1/1 en Nouvelle Zelande.

COCKSHOOT signale que les ulcères duodénaux sont typiquement postérieurs, près de la pointe du bulbe, le syndrome obstructif est fréquent, mais la perforation serait peu fréquente, de même que l'hémorragie.

Une particularité épidémiologique qu'il note autours du Lac Kivu, au Rwanda et au Zaïre, est que l'ulcère gastrique est 11 fois plus fréquent que l'ulcère duodéal (!).

Dans une étude faite à Johannesburg, il est observé que les ulcères duodénaux sont plus fréquents en milieu urbain, chez les intellectuels.

- Au Nigéria, FEDAIL et Coll. (35) en 1983 à propos de 2 500 endoscopies digestives hautes, observent une prévalence de l'ulcère duodéal de 17% contre 0,7% seulement d'ulcère gastrique. L'ulcère duodéal est selon eux, rencontré surtout chez les hommes (Sex-ratio 4,5/1) et les jeunes.

- Sur 400 endoscopies digestives hautes pratiquées en 15 mois à Cocody (Côte d'Ivoire) ATTIA Y. et Coll. (4) posent le diagnostic, en 1981, de :

- 46 ulcères bulbaires évolutifs dont 17 de la face antérieure et 9 de la face postérieure ;
- 21 aspects remaniés ou cicatriciels manifestement post-ulcéreux ;
- 9 sténoses pyloriques ou médio-bulbaires.

Les résultats rappellent la prédominance habituelle de la localisation bulbaire par rapport à la localisation gastrique de la maladie ulcéreuse.

- Restons toujours en Côte d'Ivoire, mais cette fois au CHU de Treichville (Abidjan) pour parler des travaux de LOKROU et Coll. (53) qui en 1986 font cas de 271 ulcères gastro-duodénaux dépistés en 12 ans, ayant tous bénéficiés d'un TOGD et, pour certains d'entre eux d'une endoscopie digestive haute.

LOKROU et Coll. rapportent que :

- 233 hommes soit 87% des cas sont dénombrés contre 38 femmes (13%) et le sex-ratio est de 6/1 ;
- la tranche d'âge la plus atteinte se situe entre 20 - 40 ans,
- 64% des patients sont de couches socio-économiques faible ;
- le tabac, l'alcool, les salicylés et le caractère épicé des mets traditionnels, semblent occuper, selon eux, une place importante dans l'ulcérogenèse.

Sur 600 fibroscopies digestives effectuées à partir de 1980 en 15 mois, ils observent 81 cas d'ulcères gastro-duodénaux dont 55 ulcères duodénaux et 26 ulcères gastriques.

Ces auteurs soulignent également que sur 256 TOGD réalisés, ils comptent 209 ulcères duodénaux, 31 ulcères gastriques, 13 ulcères multiples et 3 sténoses pyloriques.

Pour ce qui est du traitement, 249 de leurs patients sont traités médicalement dont 236 par association faisant appel à un anticholinergique et un pansement gastrique (87% des cas) et 13 seulement par la Cimetidine (5%).

L'évolution à court terme est favorable dans tous les cas traités médicalement.

KLOTZ et Coll. (43) rapportent en 1987, à Libreville (Gabon), 1 311 oesogastroduodénoscopies effectuées en 3 ans. La majorité des sujets examinés sont originaires de l'Afrique Centrale et plus particulièrement du Gabon.

Dans leur série, la pathologie duodénale ne représente que 18,34% des cas dont :

- 87 ulcères duodénaux ;
- 150 duodénites.

L'âge moyen des ulcéreux duodénaux est de 35 ans avec un sex-ratio de 3,35 en faveur des hommes.

L'ulcère duodéal est selon ces auteurs 3 fois plus fréquent à Dakar (Sénégal) et 2 fois plus à Abidjan (Côte d'Ivoire) qu'à Libreville.

Ces auteurs soulignent également que les ulcères duodénaux sont beaucoup plus fréquents en Afrique qu'en France.

Ils concluent que l'Afrique de l'Ouest paraît plus atteinte par la maladie ulcéreuse, ceci peut être à raison de facteurs alimentaires, socio-économiques et climatique.

- Les travaux de MAOUNI et Coll. (55) portant sur 65 ulcères duodénaux traités par VSS sur une période de 4 ans au Maroc font ressortir :

- la prédominance du sexe masculin (57 hommes contre 8 femmes) ;
- le jeune âge des ulcéreux duodénaux : 38 ans ;
- la fréquence élevée des sténoses pyloro-duodénales dans les formes compliquées (20% des cas sur 28 ulcères duodénaux compliqués), suivies des perforations (13,8%) et des hématoméses (9,2%).

- En Algérie, El Mahdi (34) en 1984, dans sa thèse intitulée "Les Recidives ulcéreuses après VHS" observent sur 229 ulcères duodénaux traités par VHS :

- un âge moyen des patients se situant à 38 ans avec une nette prédominance masculine (91,70% des cas) ;

- 194 ulcères bulbaires ou post-bulbaires soit 84,77% des cas de leurs séries, 24 ulcères prépyloriques et 11 ulcères de siège non précisé ;

- 136 ulcères duodénaux non compliqués contre 93 ulcères duodénaux compliqués avec une nette prédominance des perforations (34 cas) suivies d'ulcus hémorragiques (30 cas) et 29 sténoses. Après VHS, ils déplorent 27 récurrences sur 180 patients revus, soit 15% des cas.

- A Madagascar, peu de données font état de l'ulcère duodéal. Mais il faut signaler un cas rapporté par CAPDEVIELLE et Coll. (19) en 1980 d'ulcère gastrique lié selon cet auteur à la présence d'oeufs de schistosomes dans la muqueuse gastrique. Cette liaison ulcère-bilharziose a aussi été évoquée par WITIAM (69) en 1979 à propos d'une duodénite chez un jeune arabe.

Déjà en 1971, CORNET et Coll. (27) avaient signalé l'existence de gastrite granulomateuse avec présence d'oeufs de *Schistosoma hematobium* chez un sénégalais. Se pose le problème du rôle exact de la bilharziose dans les atteintes gastro-duodénales : ce rôle est bien mis en évidence quand il y a guérison de l'ulcère par simple traitement anti-bilharzien (mais l'effet placebo peut être en cause). On remarque qu'il peut s'agir de la présence fortuite d'oeufs de schistosomes comme on en observe un peu partout dans le tube digestif au cours de la bilharziose.

- Restons toujours à Madagascar où CAPDEVIELLE P. (18) en 1979, rapporte le cas de 23 ulcères bulbaires et 2 ulcères mixtes (gastriques et duodénaux) sur 224 fibroscopies digestives hautes. Il note que sur 60 fibroscopies pratiquées pour hémorragies digestives, 11 cas d'ulcères bulbaires et un ulcère mixte sont vus ainsi que 2 gastrites bilharziennes dont une est cause d'hémorragie digestive.

- A Tamatave (Madagascar), ALANDRY (1) rapporte quant à lui, en 1988, 95 ulcères gastriques et 221 ulcères duodénaux sur 943 fibroscopies digestives hautes pratiquées en 4 ans. Il note que l'ulcère duodéal a un maximum de fréquence chez les adultes jeunes (21-50 ans) soit 77,5% de sa série et la prédominance masculine est nette (sex-ratio : 5/1 en faveur des hommes).

II. AU MALI

Au Mali, depuis l'introduction de la fibroscopie digestive haute en 1976, quelques thèses et publications faites dans les services de Médecine et de Chirurgie à Bamako, montrent que la maladie ulcéreuse duodénale n'est pas une rareté contrairement à ce que pensait TOVEY (67). Nous citons là les principaux résultats de ces travaux :

- la thèse de YOUNG Z. (71) soutenue en 1977. Elle observe que sur une période de 18 mois (Février 1976 - Août 1977) 1 500 endoscopies digestives hautes sont pratiquées par le Professeur DUFLO et Coll., comportant :

- 143 ulcères du bulbe duodénal ;
- 10 ulcères pyloriques ;
- 37 ulcères gastriques ;
- 37 ulcérations antrales superficielles ;
- 70 cancers gastriques.

Selon elle, la fréquence relative des ulcères duodénaux par rapport à la population générale est de 0,09%.

Sur 85 malades porteurs d'ulcères duodénaux hospitalisés dans un même service de chirurgie de l'Hôpital du Point "G" (Bamako), en 10 ans, 70 sont du sexe masculin contre 15 de sexe féminin et l'ulcère est plus fréquent chez les adultes jeunes, avec une fréquence plus grande chez les sujets de 36-50 ans. 55 cas de complications sont rapportées dont 14 perforations, 10 hémorragies et 31 sténoses, contre 30 ulcères duodénaux simples, respectivement 64,70% contre 35,29%.

Elle souligne également que 85 malades sont traités chirurgicalement par :

- Vagotomies Tronculaires avec pyloroplastie (67 cas) ;
- Vagotomies Tronculaires avec gastro-entéroanastomose (12 cas) ;
- Gastrectomies (6 cas)

27 malades seulement sont revus après traitement chirurgical et dans l'ensemble les résultats immédiats et lointains sont bons.

- DIALLO B.A.(30) dans sa thèse intitulée "ulcères gastro-duodénaux à Bamako, Aspects sémiologiques, endoscopiques et évolutives à propos de 385 cas", soutenue en 1978, signale qu'en deux ans et demi 385 ulcères sont dépistés à l'Hôpital du Point "G" (Bamako) dont :

- 275 ulcères duodénaux ;
- 91 ulcères gastriques ;
- 19 ulcères pyloriques.

Ce qui représente 11,5% du total des endoscopies digestives hautes effectuées pendant ce laps de temps. Selon lui l'incidence annuelle de la maladie ulcéreuse à Bamako serait globalement de 31 pour 100 000 habitants, la réalité étant probablement supérieure à ce chiffre.

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

Le sex-ratio varie de 3,12 à 2,2 selon que l'on considère les chiffres bruts ou corrigés en fonction du recrutement du Service d'endoscopie qui comporte plus d'homme que de femme.

DIALLO note également que l'incidence des ulcères dans les différentes ethnies est difficile à apprécier.

Les facteurs étiologiques (nutritionnels et familiaux) sont également insignifiants. Mais en revanche, il souligne que la consommation d'excitants (thé, café, cola, tabac) et des médicaments ulcérogènes (aspirine surtout) est très importante chez ces malades.

Sur le plan psycho-social, la majorité des malades sont des citoyens fonctionnaires: 50% des cas contre 35% de travailleurs non fonctionnaires et 15% de ménagères.

Il note que les ulcères duodénaux sont plus fréquents chez les sujets du groupe sanguin O (38 cas) soit 54% par rapport à la population générale de Bamako.

Les sténoses pyloro-duodénales semblent dominer les complications ulcéreuses dans son étude et représente 30% des cas.

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

Au cours de son travail, DIALLO signale qu'il a peu pratiqué le TOGD à raison de son coût assez élevé, en revanche la fibroscopie digestive haute représente le moyen diagnostique essentiel de cette pathologie. Mais l'auteur ne rejette pas complètement le TOGD car il souligne à l'inverse sont intérêt dans les sténoses pyloriques infranchissables par l'endoscopie.

Le traitement médical limité à des mesures diététiques, à la prescription de sulfate d'atropine et de pansements gastriques pour des raisons financières, obtient la guérison dans 65,11% de cas de sa série. Ces résultats sont très honorables, presque identiques à ceux obtenus avec la Cimétidine dont le coût est prohibitif.

L'indication opératoire est par contre proposée chez 21% des patients, soit d'emblée en raison des complications, soit secondairement devant l'échec du traitement médical.

Dans la plupart des cas, cette intervention a consisté en une vagotomie-pyloroplastie (59% des cas) ou une vagotomie-gastro-enteroanastomose (29,4% des cas).

L'analyse de 275 cas de cette population d'ulcères gastroduodénaux repertoriée par DIALLO a fait l'objet d'une publication en 1980 intitulée "les ulcères duodénaux à Bamako, aspects épidémiologiques, symptomatiques et évolutifs." Les auteurs, DUFLO MOREAU B. et Coll. (31), ajoutent les résultats suivants :

- Sex-ratio des ulcères = 3,5 avec incidence particulièrement élevée chez les hommes ;
- Prépondérance des ulcères gastro-duodénaux dans la 3ème décade ;
- les ulcères duodénaux sont 2,5 fois plus fréquents que les ulcères gastriques ;
- le rôle favorisant des excitants ;
- l'efficacité du traitement médical en dehors des complications chirurgicales, qui obtient la guérison dans près de 3 cas sur 4 (Association Atropine + pansement gastrique).

- En 1979 KONTA D. (46) dans sa thèse intitulée "**Valeur Séméiologique des épigastralgies à Bamako** (enquête informativité à propos de 1 174 fibroscopies)", observe qu'en 7 mois, 6% des patients vus sont ambulatoires, 20% sont hospitalisés et les 5,4% autres sont des malades examinés à Kolokani ou à Mopti. 55,9% des cas sont des hommes ce qui peut s'expliquer selon KONTA essentiellement par la plus grande fréquence de la pathologie digestive dans ce sexe.

En dehors du petit nombre des enfants, la répartition par âge n'a rien de particulier. Il en est de même de la répartition ethnique. Il souligne également que 37,7% de ses patients n'habitent pas Bamako et 79,1% n'y sont pas nés.

L'éventail socio-professionnel des malades est large avec 38% de fonctionnaires. Ceci rejoint la constatation de DIALLO B.A. (30) et doit s'expliquer par le fait que les fonctionnaires représentent la couche sociale qui est à mesure de payer une fibroscopie digestive haute qui à ce moment coûtait 2 500FCFA (5 000FM).

L'analyse des résultats d'ensemble des 1 174 examens endoscopiques a permis de noter :

- 1,2% d'échecs complets dus presque toujours à des sténoses infranchissables ;

- les ulcères duodénaux représentant 14,7% des examens sont très courants, volontiers sténosants, hémorragiques ou très creusants. Les duodénites (4,7%) sont plus rares ;

- quant aux ulcères gastriques bénins ils représentent seulement 1,7% de l'ensemble des gastropathies endoscopées et sont moins fréquents que les cancers gastriques (2,1%) et les gastrites (6,04%).

- La thèse de TRAORE M. (68) soutenue en 1981 et intitulée "la Vagotomie supra-selective dans le traitement de l'ulcère duodénal : résultats précoces des 20 premières observations à Bamako (Mali)", rapporte 20 observations de VSS faites à l'Hôpital du Point "G" (Service du Professeur KOUMARE). Il note la fréquence des ulcères duodénaux (une trentaine opérée dans le même service de chirurgie en 1 an et 3 mois) permettant de dire que cette pathologie n'est l'apanage des pays développés seulement.

Il souligne que l'âge moyen des malades opérés est de 39 ans avec un sex-ratio de 17 hommes pour 3 femmes.

La fibroscopie a permis dans la plupart des cas de poser avec certitude le diagnostic des ulcères duodénaux et des complications sont notées dont :

- 2 perforations ;
- 5 présténoses ;
- 2 hémorragies digestives ;
- 6 sténoses.

Seulement 4 de ces malades avaient un ulcère non compliqué.

L'évolution post-opératoire immédiate et éloignée reste bon dans l'ensemble. Il note cependant un abcès de parois et un ulcère antral post-opératoire. La mortalité est nulle dans sa série.

- KONE N.S. (45) nous présente dans sa thèse intitulée "Intérêt de la Cimétidine dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux à Bamako (Mali)" soutenue en 1981, les résultats du traitement médical de 158 ulcères duodénaux et 22 ulcères gastriques traités par Tagamet^(R) à la dose de 1g par jour pendant 4 semaines et comparés à ceux du traitement "classique" associant anticholinergique + pansement gastrique chez 568 ulcères duodénaux et 144 ulcères gastriques de 1976 à 1979, dans un même service de Médecine Interne de l'Hôpital du Point "G".

Il observe que :

a. dans les ulcères duodénaux : l'efficacité de la Cimétidine est nettement supérieure à celle du traitement "classique" :

- au bout d'une cure de 4 semaines, le taux de cicatrisation endoscopique de l'ulcère est de 69% (contre 50% pour les témoins) ;

- au bout de 2 cures (8 semaines de traitement) le pourcentage définitif de guérison est de 86,2% pour la Cimétidine et de 74% pour le traitement "classique" ;

- la disparition de la douleur épigastrique est obtenue dans 67,3% des cas (avec cependant certaines discordances entre la guérison endoscopique et la guérison subjective).

b. dans les ulcères gastriques : l'efficacité de la Cimétidine ne diffère statistiquement pas de celle du traitement "classique" (mais leur effectif est étroit) :

- au bout d'une cure de 4 semaines le taux de cicatrisation endoscopique de l'ulcère est 55,21% (contre 31,7% pour les témoins) ;

- la disparition de la douleur épigastrique est obtenue dans 68,7% des cas.

La tolérance : Elle est bonne dans l'ensemble, nous soulignons KONE avec cependant quelques incidents : diarrhée, dyspepsie, eruption cutanée, asthénie physique, confusion mentale et surtout une perforation après arrêt d'une deuxième cure de Cimétidine.

- En 1981, à partir de 158 dossiers de la thèse précédente, DUFLO-MORFAU B. et Coll. (32) signalent aussi la place de la Cimétidine dans le traitement de l'ulcère duodénal et leurs principaux résultats montrent la supériorité de ce médicament par rapport à l'association anticholinergique et pansement gastrique (70 cas de guérison sur 101 malades traités par la Cimétidine et seulement 30 cas d'échec, contre 127 guérisons sur 254 malades témoins et 127 échecs, pour un traitement initial de 4 semaines ; les pourcentages respectifs étant de 70 et de 50% de cas de guérison et 31 contre 50% d'échecs).

Ces auteurs notent également que le coût de l'endoscopie digestive haute était en 1979 de 2 500FCFA, coût assez élevé pour le revenu du malien moyen.

B. RAPPEL SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE DES ULCERS DUODENaux ET LES FACTEURS DE RISQUE INTERVENANT DANS L'ULCEROGENESE

I. RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

La pathologie des ulcères duodénaux a donné lieu à de multiples recherches expérimentales et a suscité autant d'hypothèses. Un fait essentiel peut être retenu : les ulcères ne surviennent que sur les segments du tube digestif exposés au contact des ions H^+ secrétés par la muqueuse fundique. Tout ce passe comme si la sécrétion acide gastrique était trop importante sur le plan quantitatif ou qualitatif. D'après LAMBERT (48) "cette pathogenie se resume à une rupture d'équilibre entre les facteurs offensifs et défensifs au niveau même de la barrière muqueuse gastro-duodénale".

1. L'Aggression chlorhydro-peptique : La réaction d' HCl par les cellules parietales gastriques (Cellules bordantes), représente un facteur important dans la genèse des ulcères duodénaux. En effet si le pH dans un estomac vide peut être voisin de la neutralité dans la deuxième moitié de la nuit, il est plus souvent situé à des valeurs basses entre 1 et 3. Cette concentration élevée des ions H^+ est retrouvée dans le bulbe duodéal à proximité du pylore, ce qui explique que la plupart des ulcères duodénaux sont localisés dans le bulbe.

La stimulation, l'entretien et l'inhibition de la sécrétion acide en relation avec un repas, se produisent sous l'effet d'un double mécanisme de commande neuro-humorale :

- La commande nerveuse : représentée par le rameau gastrique du nerf vague (Xème paire crânienne ou pneumogastrique) ; la stimulation des centres hypothalamiques du χ étant responsable de la mise en jeu de cette commande. L'information est portée au niveau des cellules G antrales et des cellules parietales et principales du fundus.

- La commande hormonale : La gastrine libérée par les cellules G antrales, véhiculée par voie sanguine agit essentiellement au niveau du fundus, en particulier sur les cellules pariétales acido-sécrétantes (Fig. 1).

1.1. Les facteurs stimulants : L'activation sécrétoire de la cellule gastrique pariétale illustre l'action des facteurs stimulants : ceux-ci sont au nombre de trois : le pneumogastrique (qui agit par l'intermédiaire de l'acétylcholinique), la gastrine et l'histamine.

1.1.1. La stimulation cholinergique : L'acétylcholine est le neuro-transmetteur de la commande vagale. Cette stimulation gastrique peut être engendrée par la distension de l'estomac. Les fibres nerveuses du X prennent naissance dans le noyau dorsal du vague, situé à la partie moyenne du bulbe sous le plancher du 4ème ventricule, et sont sous l'influence de stimuli hypothalamique et corticaux.

1.1.2. La gastrine : C'est l'hormone stimulante la mieux connue et probablement la plus importante. Elle est élaborée par les cellules endocrines G de l'antrum gastrique et du duodénum. Sa demi-vie est inférieure à 10mn. Elle est libérée sous l'effet de stimulations mécaniques (distension) et chimiques (acides aminés, élévation du pH) lorsque les aliments s'accumulent dans l'antrum. L'augmentation de l'acidité gastrique provoque l'arrêt de la sécrétion de gastrine et l'inhibition sécrétoire. A l'opposé, l'élévation de la concentration des ions Ca^{++} dans le suc gastrique ou dans le plasma stimule la sécrétion acide en favorisant la libération de gastrine.

1.1.3. La stimulation histaminique : L'existence de récepteurs H_2 à l'histamine, localisés dans l'estomac, a été suggérée par la découverte d'antagonistes efficaces de ces récepteurs.

Trois hypothèses sont actuellement discutées :

- L'hypothèse membranaire : La cellule pariétale contiendrait une mosaïque de trois récepteurs (récepteurs à gastrine, à acétylcholine et à histamine). Le blocage de l'un de ces récepteurs inhiberait l'efficacité des stimuli spécifiques des deux autres.

- L'hypothèse homocellulaire : Les récepteurs membranaires à gastrine et acétylcholine agirait comme premier messager stimulant à leur tour les récepteurs à l'histamine que l'on pourrait considérer comme un deuxième messager et qui serait responsable de la sécrétion de l'HCl.

- L'hypothèse hétéro-cellulaire : les récepteurs à gastrine et à acétylcholine ne seraient portés que par des cellules à histamine dispersées le long de la muqueuse gastrique.

En conclusion, quelque soit l'hypothèse envisagée on retiendra que :

- l'histamine peut être considérée comme une voie finale commune à la stimulation de la sécrétion de l'HCl ;

- la remarquable efficacité des antagonistes des récepteurs H_2 à l'histamine.

1.1.4. La masse cellulaire pariétale : Elle varie d'un individu à l'autre et détermine la capacité sécrétoire de l'estomac ; elle décroît avec l'âge et elle est plus élevée à âge égale chez l'homme que chez la femme.

D'après COX, cette masse serait 2 fois plus élevée chez les ulcéreux duodénaux.

Trois facteurs ont été proposés pour expliquer cet accroissement :

- un facteur génétique, car cette hyperplasie serait pour certains d'origine héréditaire ; mais l'existence de famille ulcéreuse n'a pas été confirmée ;

- une stimulation gastrique exagérée telle qu'on la voit dans le syndrome de ZOLLINGER- ELLISON ;

- une sténose pylorique qui provoque un accroissement de la taille de l'estomac et par conséquent de la masse cellulaire pariétale.

1.2. Les facteurs inhibiteurs : Il est possible que chez l'ulcéreux le mécanisme d'inhibition de la sécrétion acide gastrique par l'abaissement du pH antral fonctionne mal. La persistance d'un pH bas dans le duodénum, condition nécessaire à la formation de l'ulcère, serait due à une vidange gastrique anormalement rapide.

L'inhibition de la sécrétion acide dépend de 2 mécanismes :

- un mécanisme hormonal sous l'effet des hormones inhibitrices d'origine duodénale (sécrétine, cholecysto-kinine) ;

- un mécanisme d'auto-régulation au feed-back, par acidification de la région antrale et suppression de la libération de gastrine (Fig. I).

L'inhibition de l'activité sécrétoire de la cellule acido-sécrétante peut être obtenue également sur le plan pharmacologique en bloquant par inhibition compétitive un des récepteurs de la membrane plasmique.

Enfin, l'activité sécrétoire de la cellule pariétale est inhibée par les prostaglandines grâce à un mécanisme qui ne fait pas appel à l'interaction des récepteurs. Il s'agit d'un effet inhibiteur direct sur la cellule avec mise en jeu de l'AMP cyclique.

Nous donnons plus de détails sur cette inhibition pharmacologique dans les rappels thérapeutiques.

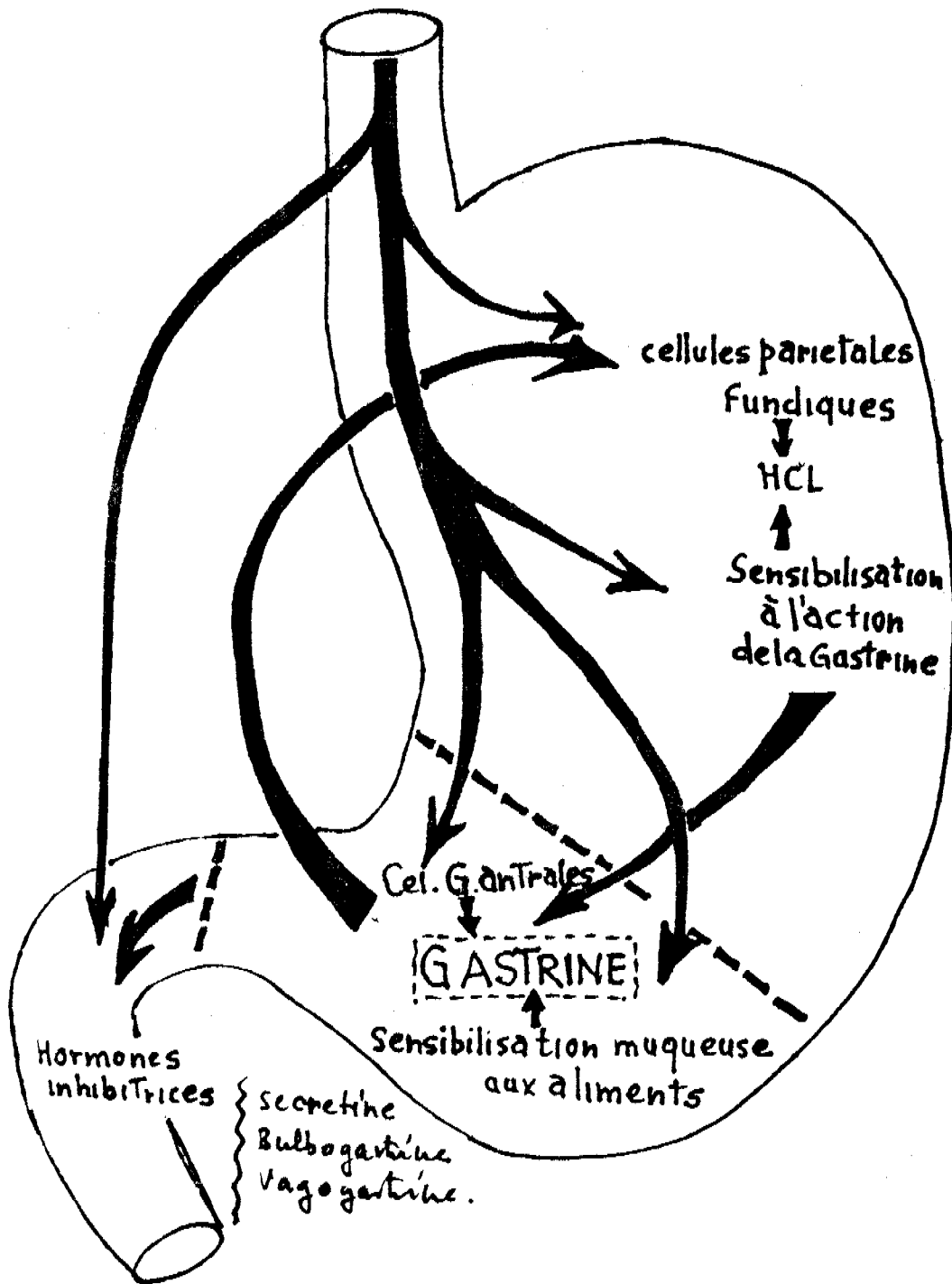


Fig I : CONTROLE VAGO-HORMONAL de la SECRETION ACIDO-PEPTIQUE
(D'après LAMBERT et MINAIRE).

2. Les défenses de la paroi : La surface de la muqueuse gastro-duodénale se comporte comme une barrière assurant une protection efficace des cellules épithéliales vis-à-vis des ions H^+ dans la cavité gastrique.

Les éléments de défense assurant cette protection sont nombreux et leur efficacité variable :

2.1. Le mucus : Actuellement on accorde moins d'importance au rôle protecteur du mucus. Il aurait un rôle de lubrification de la paroi et préviendrait ainsi contre les éventuelles érosions mécaniques. Sa protection "chimique" n'est pas formellement établie.

2.2. La jointivité des cellules épithéliales : Elle opposerait une résistance à l'agression de l' HCl , obligeant les ions H^+ à emprunter la voie cellulaire.

Des études anatomiques ont montré que ces cellules pariétales très jointives dans le fundus gastrique, seraient très lâches dans le duodénum, or la fréquence des localisations ulcéreuses est bien plus grande dans le duodénum que dans le fundus.

2.3. La membrane cytoplasmique : Elle représente actuellement le moyen de défense le plus important. Le pôle apical des cellules est directement exposé à l'effet corrosif des sécrétions digestives, alors que dans le cytoplasme sous-jacent le pH est maintenu neutre. La surface de contact est la membrane plasmique apicale qui laisse passer l'eau, mais limite étroitement la diffusion des électrolytes (ions H^+ et Na^+). La membrane plasmique est le support morphologique de la fonction de "barrière". Cette membrane est doublée du côté endoluminal par une "chevelure" de glycoprotéines ramifiées (glycocalyx). Ces glycoprotéines fortement électro-négatives réalisent une sorte de duvet protecteur qui freine l'approche des ions H^+ .

2.4. Le renouvellement cellulaire : Il est destiné à combler les érosions de la muqueuse et à en assurer la cicatrisation. La gastrine aurait un rôle très important dans l'activation de ce renouvellement.

CONCLUSION : La pathologie des ulcères duodénaux garde donc bien des inconnues, et ceci explique le grand nombre et le caractère souvent empirique des thérapeutiques actuellement proposées.

II. FACTEURS DE RISQUE :

Ils sont nombreux et leur rôle dans la genèse des ulcères duodénaux est encore mal connu.

1. Les facteurs alimentaires et le tabac : La recherche de facteurs ulcérogènes et de facteurs protecteurs dans le régime alimentaire doit être poursuivie.

Plusieurs auteurs insistent sur l'influence des existants (café, thé, alcool, cola). En Afrique, certains dont TOVEY (66) attribuent la fréquence des ulcères duodénaux aux aliments trop épicés, au piment, aux sucres raffinés, à la pauvreté du régime en fibres diététiques, à la lourdeur des repas qui sont plus riches en glucide (riz et mil). D'autres incriminent le manioc qui hydrolysé dans l'estomac donne de l'acide hydrocyanurique qui pourrait être agressif pour la muqueuse duodénale et de ce fait entraîner une hyperchlorhydrie (52).

Des auteurs signalent la relation entre la consommation de tabac et l'ulcère : la maladie ulcéreuse est selon eux plus fréquente et plus sévère chez les fumeurs (61).

2. Les facteurs iatrogènes : l'Aspirine est un facteur ulcérogène agissant par contact avec la muqueuse gastro-duodénale.

Un certain nombre d'agents médicamenteux provoqueraient des ulcères aigus gastro-duodénaux lorsqu'ils sont administrés par voie générale. Il s'agit surtout des agents anti-inflammatoires : cortisone et dérivés, Phénylbutazone et dérivés, Indométacine. Ils augmentent la rétrodiffusion des ions H^+ dans la muqueuse gastro-duodénale.

3. Les facteurs génétiques : Selon certains auteurs, il y aurait des familles d'ulcéreux et l'ulcère duodénal serait très fréquent chez les sujets du groupe sanguin O.

4. Les facteurs psychologiques et le stress : Dans une remarquable publication, GASTARD J. et Coll. (37) font cas d'ulcères gastro-duodénaux liés à des facteurs psychologiques, mais la preuve réelle de la psychologie dans l'ulcérogénèse reste à démontrer.

Le rôle du stress dans la genèse des ulcères duodénaux, notamment des ulcères aigus, est signalé par plusieurs auteurs (49).

C. RAPPEL SUR LES METHODES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DES ULCERES DUODENaux

I. METHODES DE DIAGNOSTIC

Elles sont au nombre de trois :

1. L'Endoscopie digestive haute
2. La Radiographie (TOGD)
3. Les Tests Sécrotoires.

1. L'Endoscopie digestive haute : "L'endoscopie est reconnue par un nombre croissant d'équipes comme la méthode par laquelle il faut aborder le diagnostic de la maladie ulcéreuse". LAMBERT, (47).

En effet l'utilisation de faisceaux de fibres de verre et la fabrication en série de fibroscopes longs et souples ont transformé radicalement cet examen. Ce qui était il y a quelques années encore un examen exceptionnel, difficile et dangereux constitue la pratique quotidienne, bien que de rares incidents et accidents doivent toujours inciter à la prudence.

L'endoscopie analyse les caractères morphologiques de l'ulcère, contrôle par les biopsies la nature maligne ou bénigne de la lésion et recherche les lésions associées.

1.1. La détection des lésions : Si 2 à 8% des ulcères pourraient échapper à l'endoscopie au début de cette technique (1970), ce pourcentage est en réduction pour trois raisons :

- la mise au point d'endoscopes de plus en plus performants
- l'utilisation de modificateurs de comportements ;
- l'utilisation de colorants vitaux en particulier le bleu de méthylène qui permet de différencier une cicatrisation d'ulcère d'une nécrose fibrinoïde et d'interpréter le stade évolutif de la lésion.

1.2. L'établissement du pronostic : Si la notion d'évolution périodique de la maladie ulcéreuse est ancienne, l'analyse précise du cycle évolutif des lésions est très récente et repose sur l'endoscopie.

Dans le duodénum (comme dans l'estomac) l'ulcère passe par des stades successifs d'activité, de réparation et de cicatrisation :

- Au stade actif, le cratère ulcéreux avec son fond de nécrose fibrinoïde blanche est entouré d'une muqueuse congestive oedemateuse avec un liséré capillaire rouge ;

- Au stade suivant de réparation, le diamètre de la perte de substance avec nécrose fibrinoïde ne réduit progressivement tandis que la muqueuse avoisinante perd son aspect inflammatoire et pâlit ;

- Au troisième stade, la cicatrisation est complète lorsqu'il ne persiste aucune zone d'effraction muqueuse et que toute nécrose fibrinoïde a disparu.

L'établissement du pronostic de la maladie ulcéreuse duodénale, est permis grâce au type anatomique de l'ulcère. Sous l'influence de l'École Japonaise et de KAWAI en particulier, quatre variétés d'ulcères duodénaux ont été décrites en fonction de leur aspect et de leur potentiel de réparation (7) : (Fig. II).

- L'ulcère rond : Le plus fréquent (environ 75% des cas) a une forme régulière ; la tendance à la réparation et à la cicatrisation spontanée est excellente (60% des lésions sont au stade de réparation au 30^e jour).

Il s'agit d'un ulcère jeune initialement placé sur une muqueuse non déformée. Ce n'est qu'après plusieurs poussées évolutives que le plissement muqueux apparaît et qu'en période de quiescence la cicatrisation plane fait place à un point de convergence de plissement muqueux ;

- L'ulcère irrégulier : Plus rare (moins de 10% des cas), a une surface plane, une forme en carte de géographie, il s'accompagne d'un plissement muqueux déformant le bulbe duodénal ; le cycle évolutif est plus lent et le taux de réparation au 30^e jour ne dépasse pas 20% ;

- L'ulcère Salami : Egalement rare (moins de 10% des cas) et caractérisé par la présence, au sein d'une zone déprimée de duodénite congestive, d'ulcérations aphteuses multiples réalisant un semis de tâches blanches. C'est un accident évolutif dans l'évolution d'un ulcère rond ou irrégulier, témoin d'une réparation incomplète. Cette lésion a également une mauvaise cicatrisation, le taux de réparation ne dépassant pas 20% au 30^e jour.

- L'ulcère linéaire : Est moins rare (environ 15% des cas). Il représente le terme de l'évolution d'un ulcère duodénal. Il se présente comme une longue fissure située dans l'axe d'un pli muqueux fixe, formant une image pseudo-diverticulaire. L'ulcère linéaire est un véritable ulcère duodénal chronique. Le taux de réparation à 30 jours ne dépasse pas 10%. En fait, il peut persister des mois ou des années sans cicatriser complètement. On peut voir apparaître un ulcère rond à une extrémité de la fissure réalisant un ulcère en raquette. (Fig. II)

1.3. Les lésions associées à la maladie ulcéreuse duodénale : La maladie ulcéreuse duodénale ne se resume pas à l'ulcère. La muqueuse duodénale peri-ulcéreuse est congestive. On peut observer à distance une duodénite érosive. On note souvent au niveau de l'antra un aspect d'antrite à gros plis surmonté d'érosions isolées, ceci en période d'ulcère actif.

En dehors des poussées on peut observer un aspect d'atrophie antrale avec des zones de métaplasies intestinales, d'où l'intérêt des biopsies systématiques dans le bilan pré-opératoire. La muqueuse fundique est épaissie, lobulée.

Parfois, on peut observer une oesophagite par reflux acide, surtout en cas de malposition cardio-tuberositaire associée.

Ces lésions, en particulier l'antrite érosive ou à gros plis, doivent attirer l'attention de l'endoscopiste.

NB : Pour certains auteurs, les duodénites isolées font parties de la maladie ulcéreuse duodénale. Il a été observé des passages en quelques semaines voir quelques jours, d'une duodénite érosive isolée à un ulcère duodénal actif (51).

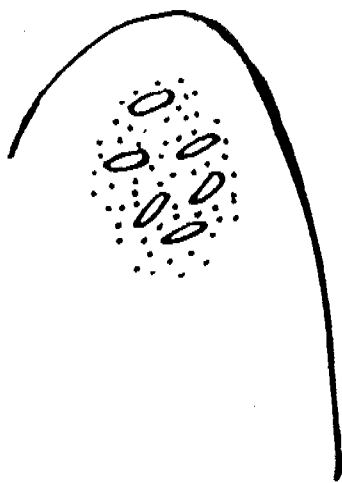
Soulignons également que dans notre étude, nous avons seulement pris en compte les cas d'ulcère duodénal actif vu à l'endoscopie.



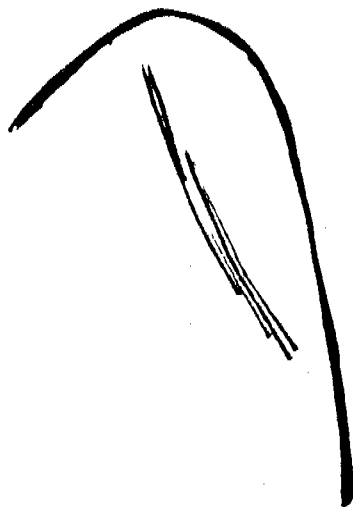
1 = ulcère rond 75%



2 = ulcère irrégulier 10%



3 = ulcère salami 10%



4 = ulcère linéaire 15%

fig II = TYPES ANATOMIQUES d'ULCERES DUODENAUX (d'après LAMBERT)

1.4. Les aspects cicatriciels : L'endoscopie peut retrouver en phase de cicatrisation les aspects principaux suivants :

- Soit une dépression correspondant à la cicatrisation d'un ulcère rond (ou ovalaire) ou d'un ulcère Ballant, dépression à fond congestif ou normal ;
- Soit une convergence des plis vers une dépression correspondant à la cicatrisation d'un ulcère irrégulier avec un pli plus volumineux, réalisant un aspect pseudo-diverticulaire ;
- Soit une cicatrisation linéaire sous forme d'une ligne blanche, fine ne prenant pas le bleu de méthylène et à différencier de l'ulcère linéaire actif.

2. L'examen Radiologique : " A l'heure actuelle il vient en deuxième position, non pour préciser un diagnostic douteux, qui doit faire pratiquer un deuxième examen endoscopique, mais pour déceler une complication sténosante".

FOUET (36).

Aussi, notons que la radiographie n'est efficace dans la détection de l'ulcère duodénal que si elle est réalisée en double contraste.

Son étude nécessite de nombreux clichés de la région : l'antra, le bulbe, le duodenum doivent être bien "déroulés", des aspects en repletion, semi-repletion et en évacuation doivent être obtenus.

Depuis l'introduction de l'endoscopie au Mali en 1977, cet examen est peu pratiqué pour les raisons suivantes :

- le manque de personnels spécialisés pour sa technique ;
- le mauvais état des clichés radiologiques ;
- son coût trop onereux (8 500FCFA) ;
- la difficulté de lecture des clichés et la longue pratique de la technique.

Par contre, il ne faut pas méconnaître ces indications en tant qu'examen complémentaire :

- lorsque l'endoscopie n'a pas fait la preuve d'une lésion en présence d'un tableau clinique précis ;
- en cas de décision opératoire, elle fournit un document qui peut être utile pour le chirurgien ;
- l'examen radiologique permet aussi d'analyser la vidange gastrique, le passage pylorique, le peristaltisme de la paroi antrale.

3. Les tests sécrétoires : La mesure de la sécrétion acide se fait par une épreuve sécrétoire bien codifiée : le débit acide basal (BAD) est mesuré pendant une heure, le débit acide stimulé par la Pentagastrine (6 μ g/Kg en IM) est mesuré pendant l'heure suivante et exprimé sous forme de débit acide de "pic" (PAO), correspondant à une sécrétion maximale pendant une heure. Cette dernière valeur est représentative de la masse de cellules acido-sécrétantes pariétales.

Cet examen n'a pas de place dans le diagnostic de la maladie ulcéreuse. Il demeure cependant indispensable pour interpréter les états d'hypersécrétion acide (Zollinger-Elison), pour choisir le type d'intervention et pour contrôler la sécrétion acide après vagotomie.

On estime à 30% le nombre des ulcéreux hypersécréteurs. Dans ces cas, il faut rechercher un syndrome de Zollinger-Elison, et demander un dosage de la gastrinémie qui est élevée et pratiquer des épreuves fonctionnelles (gastrinémie sous repas d'épreuve, test de stimulation à la sécrétine).

Dans notre protocole, aucun test sécrétoire n'a été pratiqué.

En conclusion : L'endoscopie de première intention est le seul examen dont l'utilité est actuellement incontestée pour établir le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'ulcère duodénal.

II. METHODES DE TRAITEMENTS

Les méthodes de traitement des ulcères duodénaux sont basées sur la physiopathologie de l'ulcère.

Il est orienté soit vers le renforcement de la protection muqueuse, soit vers la réduction de la sécrétion acido-peptique.

A l'heure actuelle, la réduction de la sécrétion acide est le seul support rationnel du traitement de l'ulcère duodénal. Nous disposons de deux groupes :

- le traitement médical entraînant une réduction temporaire de la sécrétion acide ;
- le traitement chirurgical qui réduit d'une façon permanente la sécrétion acide. C'est donc le meilleur traitement, sous réserve qu'il n'entraîne pas (ou peu) de séquelles.

1. Le traitement médical :

1.1. Buts : Ils sont :

1.1.1. Cliniques :

- juguler la poussée ulcéreuse c'est-à-dire de calmer la douleur ;
- prévenir dans la mesure du possible l'apparition de récurrences qui caractérisent la maladie ulcéreuse duodénale.

1.1.2. Physiopathologiques :

- tarir l'hypersécrétion chlorhydropeptique ou en annuler les effets.

1.1.3. Anatomiques : Favoriser la cicatrisation de l'ulcère.

1.2. Les moyens médicaux : Ils sont multiples :

1.2.1. Les médicaments anti-ulcéreux : comprennent :

1.2.1.1. Les Anti-acides : Ils ont en plus de leur qualité de pansement, le pouvoir de tamponner les ions H et par conséquent de diminuer l'acidité intragastrique. Le traitement anti-acide est justifié pour les arguments suivants :

- l'ulcère ne se développe pas chez les sujets achlorhydriques, ce qui est communément exprimé par le dicton "pas d'acide, pas d'ulcères".
- l'ulcère expérimental de l'animal est prévenu ou guéri par les méthodes supprimant la sécrétion acide ;

- la réduction de la sécrétion acide s'accompagne de la suppression de l'activité peptique protéolytique. (50 ; 58)

a. Dose : Elle est unitaire, après chacun des trois repas et une dose double le soir au coucher.

b. Mode de prise : En général une heure après les trois repas pour les raisons suivantes :

- = les aliments ont le pouvoir de tamponner les ions H⁺ sécrétés ;
- = la douleur ulcéreuse est post prandiale ;
- = le pic sécrétoire acide survient une heure après les repas (chez le sujet normal, comme chez l'ulcéreux).

c. Inconvénients : Il s'agit :

- = de constipation par les sels d'aluminium ;
- = de déminéralisation par le phosphore au cours des traitements prolongés ;
- = d'absorption intestinale des cations et d'autres médicaments ;
- = de syndrome clinique de dépression phosphorée ;
- = de troubles du transit.

Ils ont une action efficace sur la douleur, la cicatrisation, mais pas sur la fréquence des rechutes. On limite leur durée de prescription pour ces raisons à 1 mois.

1.2. Les inhibiteurs de la sécrétion acide :

1.2.1. Les anticholinergiques : Ils diminuent la sécrétion acido-peptique d'origine vagale ainsi que le peristaltisme gastrique (58).

Cependant :

- = leur activité est imparfaite et varie d'un sujet à l'autre ;
- = leur effet est transitoire, même dans les formes retardés ;
- = leur efficacité est limitée par l'étroitesse de la marge entre la dose réellement efficace et la dose toxique.

a. Dose : Unitaire, prise environ 30 minutes avant chacun des trois repas, et une dose plus forte le soir au coucher pour déprimer la sécrétion gastrique nocturne.

b. Effets secondaires :

- = sécheresse de la bouche ;
- = gêne à la miction ;
- = diplopie ;
- = constipation.

c. Contre indications :

- = glaucome ;
- = adenome de la prostate ;
- = stenose pyloro-duodénale ;
- = reflux gastro-oesophagien.

Ces médicaments sont plus particulièrement indiqués en théorie du moins, dans l'ulcère bulbaire où il existe statistiquement une hyperchlorhydrie.

Actuellement on préfère la pirenzépine (GASTROZEPINE^(R)) aux anticholinergiques anciens (Atropine, Diphémanil- méthylsulfate ou PRANTAL^(R)) du fait de sa haute spécificité pour les récepteurs muscariniques de l'estomac.

Ils sont encore utilisés du fait de leur faible prix.

1.2.2. Les Antagonistes des récepteurs H2 à l'Histamine : A l'heure actuelle, ces médicaments sont les plus utilisés dans le traitement de l'ulcère duodéal. Ils agissent par antagonisme compétitif et sélectif des sites récepteurs H2 qui ne peuvent plus être stimulés par l'histamine.

La puissance de leur action antisécrétoire a remis en lumière le rôle fondamental joué par l'histamine dans l'activation de la cellule acido-sécrétante.

a. La Cimetidine (TAGAMET^(R), EDALENE^(R)).

Ce produit, premier inhibiteur des sites récepteurs H2 à l'Histamine à avoir été disponible est un traitement efficace de l'ulcère duodéal en poussée.

Une dose de 100mg par heure provoque une inhibition de 90% de la sécrétion acide stimulée par la pentagastrine (60) ;

- Elle n'influence pas le vidange gastrique ;
- elle n'a pas d'action sur le sphincter inférieur de l'oesophage ;
- elle a peu d'effets secondaires (bourdonnement d'oreilles, diarrhée, rash cutané), on peut également citer des cas de gynécomastie de confusion mentale (chez les sujets âgés ou atteints d'insuffisance rénale sévère), de granulopénie, de bradycardie avec parfois dissociation Auriculo-ventriculaire, de cas d'hépatite, de néphrite et de pancréatite.

Ces effets surviennent surtout pendant les traitements à pleine dose de poussées évolutives et sont réversibles à l'arrêt du traitement (12 ; 41).

Au plan biologique, la Cimetidine peut donner une élévation modérée de la créatinémie et rarement une élévation des transaminases sériques, réversibles à l'arrêt du traitement.

Ce médicament doit donc être prescrit avec prudence chez les cardiaques, les insuffisants renaux (400mg par 24 heures en deux prises espacées de 12 heures) et chez les insuffisants hépatiques.

La dose :

- Le traitement d'attaque : La dose quotidienne est de 1 000mg (1g) administrée en quatre prises (200mg à la fin de chacun des trois repas et 400mg le soir au coucher) pendant 4 à 6 semaines. Cette durée peut s'étendre à 8-16 semaines pour les ulcères duodénaux à potentiel de cicatrisation médiocre.

Des études récentes ont montré que la dose de 800mg par jour suffit pour obtenir une cicatrisation dans plus de la moitié des cas au bout de 4 semaines (10 ; 12).

Cette dose peut être donnée soit en deux prises de 400mg matin et soir, soit en une seule prise de 800mg le soir au coucher. A cette dose le taux de cicatrisation est d'environ 75% après quatre semaines de traitement et de 90% après huit semaines (11).

- Le traitement d'entretien : Il est sujet à discussion. **FRITZ** (10) souligne que : "quelque soit la durée du traitement, il est bien montré que l'effet préventif n'est réel que pendant la période de traitement, une rechute étant fréquente dans les semaines, voir les mois qui suivent son arrêt." Quoiqu'il en soit, en traitement préventif la Cimétidine est prescrite à la dose de 400mg par jour le soir au coucher, pendant 6 à 12 mois.

Théoriquement ce traitement doit être prolongé sur plusieurs années, voire indéfini, ce qui n'est pas raisonnable pour l'ensemble des malades. On peut donc adopter l'attitude pragmatique suivante :

= traiter systématiquement les malades ayant un haut risque chirurgical en cas de complication de la maladie ulcéreuse ;

= traiter les ulcéreux duodénaux ayant des récurrences multiples nécessitant des endoscopies répétées et des traitements à pleine dose.

b. La Ranitidine : Second antihistaminique non encore commercialisé au Mali, mais qui serait 4 à 5 fois plus active que la Cimétidine, à la dose de 300mg pendant 4 semaines (Soit en 2 prises après les repas du midi et du soir, soit en dose unique le soir au coucher) (28).

Sa tolérance est également excellente. Cependant **GIOVANNINI** et **Coll.** (39) nous rapportent des cas de manifestations neuropsychiatriques (syndrome confusionnel, délire onirique, hallucinations, agitation et désorientation temporo-spatiale qui ont rapidement régressé à l'arrêt du traitement.

1.3. Sucralfate (ULCAR^(R)) : Il représente un progrès considérable dans le traitement de la maladie ulcéreuse duodénale. Quatre points font son intérêt :

- inhibe l'activité peptique : son efficacité est identique à celle des anti H2, tant dans le traitement d'attaque avec des taux de cicatrisation à 6 semaines de 69% à 92% pour l'ulcère duodénal, que dans le traitement d'entretien, avec un taux de récurrence à 6 mois de 8 à 31% dans l'ulcère duodénal ;

- mécanisme d'action physiologique, associant d'une part son effet protecteur mécanique par formation d'une pâte visqueuse adhérente au site ulcéreux et d'autre part une stimulation de la cytoprotection locale par accroissement de la synthèse de prostaglandines, de la production de mucus et de bicarbonates, sans altération de la fonction sécrétoire acide ;

- absorbe les sels biliaires en cas de reflux ;

- présente une innocuité parfaite expliquée par son effet uniquement local, sans action systémique, autorisant des traitements prolongés.

Dose

Traitement d'attaque : 4g/jour pendant 4-6 semaines. (1 comprimé une demi-heure avant chacun des 3 principaux repas, 1 comprimé le soir au coucher).

D'entretien : 2g/j pendant plusieurs mois.

Effets secondaires :

- troubles digestifs mineurs (constipation, nausée, vomissement
- sécheresse de la bouche ;
- rash cutanée ;
- vertige.

Précaution d'emploi en cas d'Encephalopathie et d'insuffisance chronique, d'hyperparathyroïdie primitive).

2. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Les traitements chirurgicaux de l'ulcère duodénal visent parfois la guérison d'une poussée dont le traitement médical est un échec, et toujours la prévention des récurrences.

- à court terme, ils visent à obtenir la cicatrisation d'un ulcère duodénal compliqué ou résistant à un traitement médical long et trop coûteux ;

- à long terme, ils visent à assurer la prévention des récurrences en réduisant de façon stable et définitive la sécrétion acide basale nocturne et stimulée.

Ce but est obtenu en supprimant l'une des deux commandes (vagale ou gastrinique antrale) de la sécrétion acido-peptique, ou les deux.

2.1. Les Interventions proposées : (Fig. 3)

2.1.1. La vagotomie supra-selective (VSS) (ou vagotomie proximale, ou hyperselective, ou acido-fundique) : c'est l'intervention de choix, non mutilante.

- son principe est de diminuer le débit de la sécrétion chlorhydro-peptique de l'estomac, en sectionnant exclusivement les rameaux du vague qui innervent le fundus (Fig.III). Respectant l'innervation de l'antrum et du pyllore, elle préserve au mieux la motricité antro-pylorique et l'évacuation gastrique.

Cette opération, considérée comme entraînant très peu de séquelles et bien tolérée, doit être capable de guérir l'ulcère duodénal.

La mortalité opératoire est quasi nulle : 0,26% selon **BADER** (8) ; nulle dans la série de **HAUTEFEUILLE** et Coll. (40). Les suites opératoires sont simples : **TRAORE** (68) note seulement 5% de cas de Visick II dans sa série, et **SID AHMED** (59) : 3,13% de Visick IV et 6,25% de Visick III).

Sa durée d'hospitalisation est en général très brève allant de 8 à 10 jours selon certains auteurs.

Aucune prescription diététique n'est nécessaire à la sortie.

Les séquelles digestives sont exceptionnelles (Dumping Syndrome dans 1 à 2% des cas), la récurrence ulcéreuse étant de l'ordre de 4% à 5 ans.

2.1.2. La vagotomie antrectomie : Elle réduit la sécrétion acide aussi complètement en période post-prandiale qu'en période nocturne. Son efficacité dans la prévention des rechutes est de 99% (récurrences à 1%) mais au prix d'une mortalité un peu plus élevée (1 à 2%) et de séquelles non négligeables (20% dont 8% de cas sévères et durables).

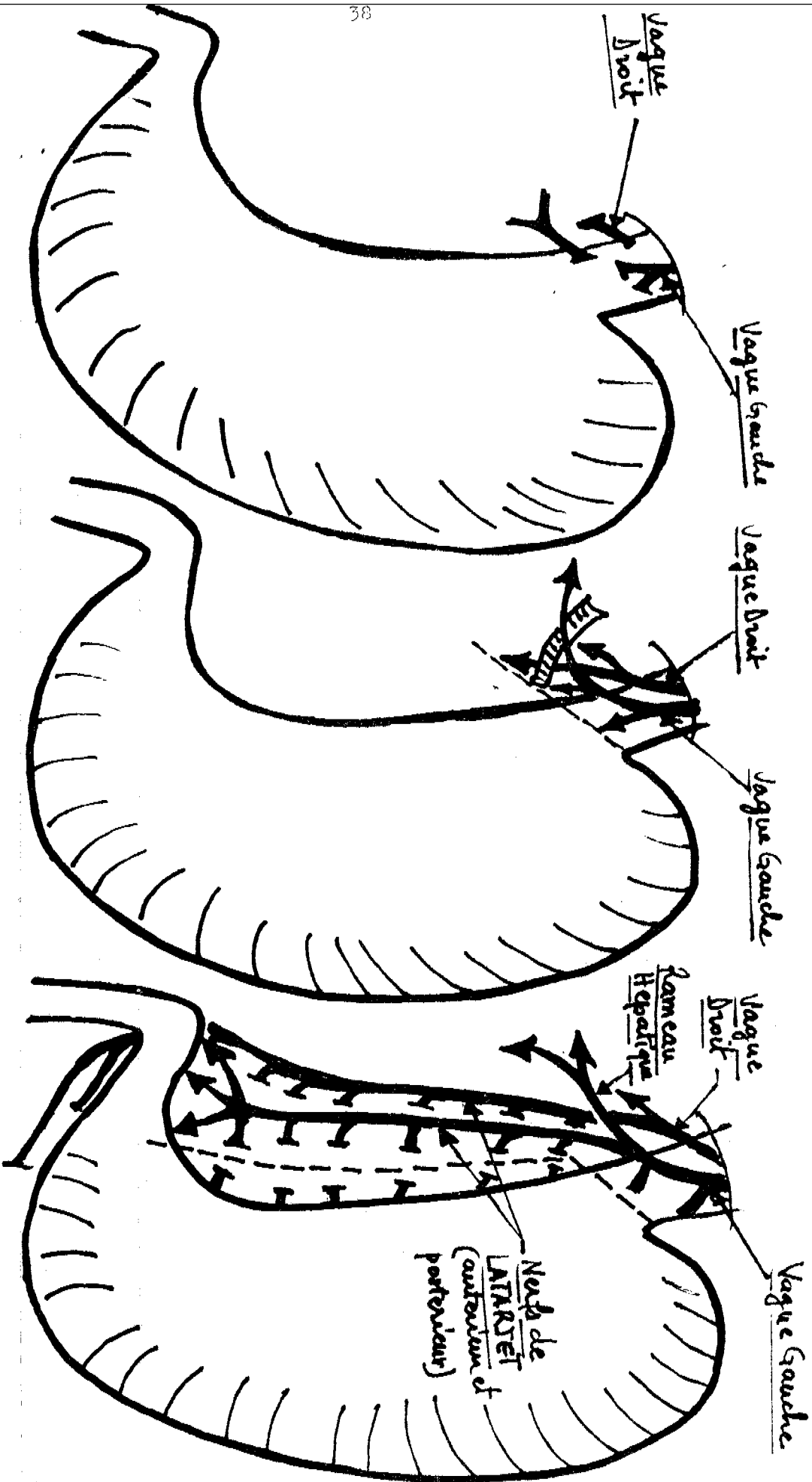
Les données sécrétoires ne permettant pas de prédire un risque de rechute plus élevé chez les hypersecréteurs, la vagotomie-antrectomie doit être réservée aux ulcères compliqués.

2.1.3. La gastrectomie des 2/3 et la vagotomie tronculaire (ou sélective) : sont peu pratiquées actuellement dans le traitement des ulcères duodénaux, car elles comportent pratiquement beaucoup de risques immédiats et un plus grand pourcentage de récurrences.

En conclusion : La vagotomie supra-sélective est donc le traitement de fond de la maladie ulcéreuse duodénale non compliquée "c'est le traitement médical de l'ulcère effectué par un chirurgien".

Tout chirurgien travaillant sous les tropiques doit savoir actuellement la pratiquer. Le contrôle des tests sécrétoires avant et après VSS, permet de s'assurer qu'elle a été efficace et permet aussi au chirurgien de vérifier au début de son expérience qu'il a bien en main la technique opératoire.

Fig III
Les différences après un aneurysme
(les différents niveaux de section des vagues)



TRONCULAIRE

SÉLECTIVE

ULTRA-SÉLECTIVE
(HYPER-SÉLECTIVE
SUPRA-SÉLECTIVE
FUNDIQUE)

CHAPITRE III. : ETUDE PERSONNELLE

A. PATIENTS ETUDIÉS

Notre étude a porté sur 55 ulcères duodénaux dépistés par le Service d'Endoscopie de l'Hôpital du Point "G" (Bamako) en 12 mois (Octobre 1987 à Septembre 1988). Mentionnons qu'au cours de cette période nous avons dépisté 60 ulcères duodénaux contre 50 ulcères gastriques. Sur un total de 886 fibroscopies effectuées.

1. Provenance des Patients :

La majorité des patients de notre série, au nombre de 46 (83,64%) sont des malades ambulatoires vus en consultation externe. Ils nous ont été adressés pour la plupart, par des Médecins hospitaliers. D'autres viennent des formations sanitaires de Bamako (Cabinet Médical, Centre Médico-Scolaire, Centres de PMI), ou de l'intérieur du Mali (Centres de Santé Régionaux) qui demandent de plus en plus souvent une fibroscopie devenue un examen de pratique courante.

Seulement 9 patients (16,36%) ont été hospitalisés à l'Hôpital du Point "G" dont :

- 6 dans les Services de Chirurgie "A" et "B" ;
- 3 dans les Services de Médecine Interne

Ce taux faible de malades hospitalisés s'explique par le fait que seuls les patients présentant des complications (hémorragies digestives, sténose pyloro-duodénale, perforation), ou d'autres pathologies associées sont maintenus à l'Hôpital.

2. Sélection des malades :

Les 55 patients de cette étude nous ont été adressés en raison de leur tableau clinique orientant vers la sphère digestive haute et/ou présentant des antécédants familiaux et personnels d'ulcère gastro-duodéal.

3. Critères d'inclusions :

Ont été inclus dans ce travail :

- les patients ayant un ulcère duodéal confirmé à l'endoscopie. Cet ulcère peut être isolé, ou associé à d'autres lésions oesogastro-duodénales ;
- les patients qui ont une fiche d'enquête complète même s'ils ont échappé au contrôle endoscopique après traitement médical et/ou chirurgical, pour les raisons suivantes :

= côté désagréable de l'examen et parfois même peur chez certains patients ;

= amélioration clinique du syndrome ulcéreux après quelques jours, voire quelques semaines de traitement ;

= coût assez élevé de l'examen endoscopique (6 000FCFA).

Notons cependant que sauf en cas d'oubli, indépendant de notre volonté, nous avons accordé un contrôle endoscopique gratuit à tous nos patients.

Les autres critères (signes cliniques évoquant un ulcère gastro-duodéal, antécédant d'ulcère gastro-duodéal, complications) ne sont que secondaires et ont été associés obligatoirement, dans ce travail, à la présence d'un ulcère duodéal vu en fibroscopie oesogastroduodénale.

4. Critères d'exclusion :

L'un ou l'autre des critères suivants excluait les sujets, à priori :

- l'absence d'ulcère duodéal à l'endoscopie digestive haute ;
- l'existence à l'examen de lésions oesogastro-duodénales, seules, sans ulcères duodéal vrai ;
- les fiches d'enquête incomplètes chez les sujets porteurs d'un ulcère duodéal confirmé à l'endoscopie. Au total 5 sujets répondant à ce critère ont échappé à notre protocole.

B. METHODES D'ETUDES :

1. Fiche d'enquête : (Voir annexe)

Pour ce qui concerne le signe fonctionnel principal que constitue la douleur, nous avons considéré comme une douleur typique d'ulcère duodéal celle répondant aux critères suivants :

- Son siège : épigastre ou Hypochondre Droit.
- Son type : brûlure, torsion, ou faim douloureuse.
- Son rythme : rythmée par les repas, calmée par l'ingestion de nourriture, réveillée par la faim (3-4 heures après les repas).

Rythme à 3 temps : Repas - Confort - douleur.

- Sa périodicité : double périodicité (évolution pendant plusieurs jours de la crise, plusieurs fois par an).

2. La fibroscopie oesogastro-duodénale :

2.1. Appareil :

Le service d'endoscopie de l'Hôpital du Point "G" dispose de 2 fibroscopes de type OLYMPUS GIFXQ10.

Il s'agit d'un appareil souple, à fibres de verres, multidirectionnel, permettant une complète exploration de la région gastro-duodénale.

Les fibroscopies de tous les patients ont été effectuées par les Médecins endoscopistes du Service de Médecine Interne de l'Hôpital du Point "G".

2.2. Technique :

Les patients se présentent le matin strictement à jeun, sans fumer, depuis la nuit précédente. Nous insistons sur leur préparation psychologique en leur expliquant le but et la technique de l'examen.

Aucune prémédication (valium-atropine), ni anesthésie locale (Xylocaïne gel ou Spray) n'a été systématiquement pratiqués, sauf chez quelques rares patients.

Le patient placé en décubitus latéral gauche, les membres inférieurs fléchis et la tête en légère flexion antérieure, avale l'appareil que l'on fait progresser lentement sous contrôle visuelle. Une fois le Duodenum atteint, nous nous retirons tout en examinant très soigneusement et successivement le duodenum, l'estomac et l'oesophage.

Des biopsies de la muqueuse duodénale et gastrique ont été faites chez tous les patients présentant un ulcère duodénal pour :

- rechercher des oeufs de schistosomes ;
- un examen anapathologique, s'il existe des ulcérations gastriques associés, des polypes ou d'autres lésions suspectes.

3. Examen parastologique de la muqueuse gastro-duodénale :

Cet examen systématiquement pratiqué chez tous les ulcères duodénaux, a consisté en une biopsie à la pince de la muqueuse gastrique et duodénale, au cours de l'endoscopie, pour rechercher des oeufs de Schistosomes.

3.1. Le matériel :

- une pince à biopsie souple, adaptable à nos fibroscopes ;
- 4 lames ;
- un microscope optique.

3.2. La technique :

Elle consiste à un prélèvement de deux pièces de muqueuse (une gastrique et une duodénale), écrasées entre 2 lames et observées directement au microscope pour rechercher des oeufs de Schistosomes dont on note la vitalité (oeufs clairs : oeufs vivants ; oeufs noirs : oeufs morts).

4. Examens biologiques :

Nous avons demandé chez tous les patients les examens biologiques suivants :

- une Numération formule sanguine comportant : le nombre de Globules Rouges (GR), le taux d'hémoglobine (Hb), l'hématocrite (Ht), le VGM, la CCHM, le TCMH ;
- le Fer Sérique et la Siderophilinémie ;
- la calcémie ;
- le Groupe Sanguin et le Rhesus ;
- l'Electrophorèse de l'Hémoglobine.

5. L'examen parasitologique des selles (Selles POK) :

Cet examen nous a permis de rechercher des Lamblias , des ankylostomes, des ascaris (parasites et oeufs) et des oeufs de Schistosomes chez tous les patients.

6. L'examen parasitologique des urines :

Pour rechercher uniquement des oeufs de Schistosomes.

7. La biospsie de la muqueuse rectale (BMR)

Elle a été pratiquée chez tous les patients à la recherche d'oeufs de Schistosomes et effectuée sous contrôle anuscopique. La pièce biopsique prélevée au niveau de la muqueuse rectale est écrasée entre 2 lames et observée directement au microscope optique.

8. Traitements médicaux et chirurgicaux :

8.1. Traitement médical :

Il a été proposé à tous nos patients sauf ceux qui nous ont été adressés :

- pour un ulcère évoluant depuis plusieurs années et résistant aux médicaments anti-ulcéreux ;
- pour une complication (hémorragie digestive, sténose pylorique, perforation) ;
- par les chirurgiens eux-mêmes pour confirmer un diagnostic endoscopique de l'ulcère duodénal.

8.1.1. Médicaments anti-ulcéreux :

Nous avons utilisé une série de médicaments anti-ulcéreux resumés dans le tableau I. Nous avons également tenu compte du niveau socio-économique de nos patients pour ce qui est du choix de leur prescription et de la disponibilité des pharmacies de l'Hôpital ou de la ville de Bamako.

| Medicaments Anti-Ulcéreux | Dénomination commerciale Internationale (DCI) | Non de Spécialité | Fosologie /24 heures | Durée du traitement | |
|---|---|---|---|---|----------|
| Inhibiteurs de la Sécrétion acide gastrique | Cimétidine | Tagamet (R) Edalène (R) | 1 000 à 1 200mg/24h (3 X 400mg/jour) | 30 jours | |
| | Diphemanil methyl sulfate | Prantal (R) | 400mg/24h (4 X 100mg/jour) | 30 jours | |
| | Ranitidine | Raniplex (R) Azantac (R) | 300mg/24h (2 X 150mg/jour) | 30 jours | |
| | Sulfate d'Atropine | Atropine | 2 ampoules en s/c/24h (1/4mg X 2/jour) | 30 jours | |
| | Diphemanil methyl | Prantal (R) | 200mg/jour (2 X 100mg/24h) | 30 jours | |
| | Anti-acides (Pansements Gastriques) | Phosphate d'Aluminium | Phosphalugel (R) | 4 sachets/jour (1 sachet X 4/jour) | 30 jours |
| | | Gel d'Aluminium à 15% de Al ₂ O ₃ | Rocgel (R) | 4 sachets par 24h (1 sachet X 4/jour) | 30 jours |
| | | Gel d'Hydroxyde d'Aluminium et de Magnesium | Maalox (R) | 4 cuillérées soupe/jour (1 cuillérée à soupe X 4/jour) | 30 jours |
| | | | | | |

Tableau I : Médicaments anti-ulcéreux utilisés chez nos ulcéreux duodonaux, posologie et durée du traitement.

8.1.2. Les mesures hygiéno-diététiques :

Un arrêt de consommation d'un facteur de risque alimentaires (interdiction des épices, du piment, de thé, d'alcool, de café, de banane plantain ou de manioc), iatrogène (Aspirine surtout, anti-inflammatoires, Indometacine...), de prise de tabac, a été proposé chez tous les patients utilisant un de ces aliments retrouvé au cours de leur interrogatoire.

8.1.3. Traitement médical antiparasitaire :

Il a été fait à tous les patients présentant en plus de l'ulcère duodénal une parasitose intestinale confirmée par les examens de selles POK, d'urine et la BMR. En fin de traitement, nous avons fait un contrôle endoscopique d'une part et de l'examen ayant mis en évidence les parasites, afin de juger de l'efficacité de ce traitement.

8.2. Le traitement chirurgical par Vagotomie :

8.2.1. Critères d'inclusion :

- ulcère duodénal diagnostiqué à la fibroscopie, résistant au traitement médical ;
- ulcère duodénal compliqué :
 - = sténose au début ;
 - = hématomèse de petite abondance ;
 - = perforation vue tôt sur un malade en bon état général.

8.2.2. Critères d'exclusion :

- ulcère duodénal compliqué :
 - = sténose évoluée ;
 - = hématomèse de grande abondance ;
 - = perforation sur un malade en mauvais état général.

8.2.3. Interventions chirurgicales utilisées :

Suivant les chirurgiens, les types d'interventions suivantes ont été pratiqués

- des Vagotomies Supra-Sélectives ou Vagotomie proximale ou acido-fundique ;
- une Vagotomie Supra-Sélective avec digitoclasie ;
- une Vagotomie Tronculaire avec pyloroplastie en Y.V. ;
- une Vagotomie Tronculaire avec gastro-entéroanastomose transmesocolique.

9. Evaluation des coûts médicaux et chirurgicaux :

Sans tenir compte du coût des différents examens effectués chez nos malades au cours de cette étude, nous avons évalué :

- le coût du traitement médical (moderne ou traditionnel) et/ou chirurgical de l'ulcère duodénal ou de ces signes avant l'endoscopie digestive haute ;

- le coût de l'endoscopie digestive haute chez les patients externes, celui des malades hospitalisés étant inclus dans les frais d'hospitalisation ;

- le coût du traitement médical moderne après endoscopie ;

- le coût de l'hospitalisation médicale et/ou chirurgicale ;

- le coût des médicaments fournis par le malade en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale.

CHAPITRE IV : RESULTATS

Sur un total de 60 ulcères duodénaux dépistés en 12 mois par le Service d'endoscopie de l'Hôpital du Point "G", seulement 55 ont répondu à nos critères d'inclusion.

A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Fréquence des ulcères duodénaux en fonction du sexe : (Tableau II)

L'étude de la fréquence des ulcères duodénaux selon le sexe nous a montré une nette prédominance masculine. En effet sur nos 55 patients, 51 soit 92,73% des cas sont du sexe masculin contre 4 femmes (7,27%) ce qui donne un sex-ratio de 51/4 en faveur des hommes.

En comparaison sur les 100 dernières fibroscopies digestives hautes effectuées chez des patients qui nous ont été adressés par une symptomatologie douloureuse épigastrique, nous avons noté 54% d'hommes contre 46% de femme.

| Sexe | Nombre | Pourcentage |
|-------|--------|-------------|
| Homme | 51 | 92,73% |
| Femme | 4 | 7,27% |
| Total | 55 | 100% |

Tableau II: Répartition des ulcères duodénaux en fonction du sexe

2. Fréquence des ulcères duodénaux en fonction de l'âge : (tableau)

La répartition de l'âge de nos patients est assez variable, allant de 16 ans (âge minimum) à 74 ans (âge maximum). Nous avons retrouvé une plus grande fréquence des ulcères duodénaux parmi les sujets d'âge compris entre 30 et 39 ans (20 cas soit 36,36% des sujets de notre série dont 18 hommes et 2 femmes). Chez les hommes nous avons compté 16 patients âgés de 20 à 29 ans (31,18%), et 7 âgés de 40 à 49 ans (13,73%). L'âge moyen des hommes se situant à 36 ans. Chez les femmes par contre la moyenne d'âge a été de 47 ans et dans notre série nous avons compté le maximum de cas d'ulcère duodéal chez celles âgées de 30 à 39 ans (au nombre de 2 sur un total de 4 femmes soit 50% des cas).

| Tranche d'âge (année) | Sexe masculin | | Sexe féminin | | Total | |
|--------------------------|---------------|-------|--------------|------|--------|-------|
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| 0 à 5 ans | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| 10 à 19 ans | 2 | 3,92 | 0 | - | 2 | 3,64 |
| 20 à 29 ans | 16 | 31,38 | 0 | - | 16 | 29,09 |
| 30 à 39 ans | 18 | 35,29 | 2 | 50 | 20 | 36,36 |
| 40 à 49 ans | 7 | 13,73 | 0 | - | 7 | 12,73 |
| 50 à 59 ans | 5 | 9,80 | 1 | 25 | 6 | 10,91 |
| 60 à 69 ans | 2 | 3,92 | 1 | 25 | 3 | 5,45 |
| 70 à 79 ans | 1 | 1,96 | 0 | - | 1 | 1,82 |
| Total | 51 | 92,73 | 4 | 7,27 | 55 | 100 |

Tableau III : Repartition des ulcères duodénaux en fonction de l'âge et du sexe.

3. Repartition des ulcères duodénaux en fonction du lieu d'origine (Région de naissance suivant le sexe).

Sur nos 55 ulcéreux duodénaux, nous avons rencontré seulement 15 patients (soit 27,27% des cas) originaires de Bamako (dont 14 hommes et une femme), les autres provenant des différentes régions du pays. (Tableau IV). Nous pouvons à titre d'exemple comparer cette repartition avec celle des malades "tout venant" hospitalisés dans le même service de Médecine Interne. Ainsi BAGAYOKO D. (9), en 1983, à partir de 890 dossiers avait retrouvé la repartition suivante :

- 156 sur 404 hommes et 111 sur 288 femmes, originaires de Bamako soit un pourcentage respectif de 38,6 et 38,5% des cas. Ce qui est nettement supérieur à nos chiffres ;

- 83 sur 404 hommes et 50 sur 111 femmes, originaires de la Région de Koulikoro soit respectivement 20,5% et 17,4% des cas, pourcentage en dessous de notre série (23,64% des cas) ;

- 62 hommes et 46 femmes sont eux originaires de la Région de Kayes, chiffres qui sont nettement au dessus des cas de notre série.

Comme nous BAGAYOKO D. a remarqué un faible taux de malades originaires des autres Régions du Mali, notamment de Sikasso, Mopti, Tombouctou et Gao. Ceci peut s'expliquer par l'éloignement de ces Régions de Bamako.

| Région d'origine | Sexe masculin | Sexe féminin | Total Patients (2 sexes confondus) | Pourcentage (2 sexes confondus) |
|------------------|---------------|--------------|---|---------------------------------------|
| Bamako District | 14 | 1 | 15 | 27,27 |
| Kayes | 8 | 1 | 9 | 16,36 |
| Koulikoro | 12 | 1 | 13 | 23,64 |
| Sikasso | 9 | 0 | 9 | 16,36 |
| Ségou | 3 | 0 | 3 | 5,45 |
| Mopti | 2 | 0 | 2 | 3,64 |
| Tombouctou | 2 | 0 | 2 | 3,64 |
| Gao | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres pays | 1 | 1 | 2 | 3,64 |
| Total | 51 | 4 | | 100 |

Tableau IV : Repartition des ulcères duodénaux en fonction du lieu d'origine et du sexe.

4. Repartition des ulcères duodénaux en fonction du lieu de résidence
(tableau V)

72,73% de nos patients (40 cas sur 55 ulcères duodénaux) résident à Bamako.

En comparaison avec les résultats de BAGAYOKO D. (9) on note que :

- 498 malades sur 890 résident à Bamako (soit 63% des cas de leur série) ;
- 102 à Koulikoro (12,9% des cas) ;
- 65 à Kayes (8,2% des cas) ;
- 16, 5, 4 sur 890 résident respectivement à Mopti, Tombouctou et Gao, ces chiffres étant de 2, 2, 0 pour ces mêmes villes dans notre série.

| Lieu de résidence | Nombre de malades | Pourcentage |
|-------------------|-------------------|-------------|
| Bamako (District) | 40 | 72,73 |
| Kayes | 3 | 5,45 |
| Koulikoro | 6 | 10,91 |
| Sikasso | 3 | 5,45 |
| Ségou | 0 | 0 |
| Mopti | 1 | 1,82 |
| Tombouctou | 1 | 1,82 |
| Gao | 0 | 0 |
| Autres pays | 1 | 1,82 |
| Total | 55 | 100 |

Tableau V : Repartition des ulcères duodénaux en fonction du lieu de résidence

5. Repartition des ulcères duodénaux en fonction de l'état marital :

Nous avons dénombré sur nos 55 ulcères duodénaux :

- 30 mariés soit 54,55% des cas ;
- 24 célibataires (43,64%) ;
- un divorcé (1,81%) ;

- 30 patients ont des enfants contre 25 sans enfants. Les problèmes familiaux, multiples et complexes joueraient-ils un rôle dans la genèse des ulcères duodénaux ? Nous nous posons cette question devant la fréquence élevée de cette maladie chez les patients mariés de notre série, qui eux seuls représentent 54,55% des cas.

6. Repartition des ulcères duodénaux en fonction de la Profession (tableau V)

Dans notre étude, il ressort que l'ulcère duodéal est beaucoup plus souvent observé chez les citadins (au nombre de 44 soit 80% des cas) que chez les ruraux (11 cas sur 55 soit 20%).

Les fonctionnaires représentent la majorité dominante (13 cas soit 23,64%). Ensuite suivent les paysans (20% des cas), les élèves et étudiants (18,18% des cas) ainsi que les ouvriers (18,18%).

| Professions | Nombre de malades | Pourcentage |
|---------------------|-------------------|-------------|
| Fonctionnaires | 13 | 23,64 |
| Paysans | 11 | 20 |
| Elèves et Etudiants | 10 | 18,18 |
| Ouvriers | 10 | 18,18 |
| Militaires | 4 | 7,27 |
| Commerçants | 4 | 7,27 |
| Ménagères | 3 | 5,46 |
| Total | 55 | 100 |

Tableau VI: Repartition des ulcères duodénaux en fonction de la profession.

B. ANTECEDENTS D'ULCERES DUODENaux :

1. Antécédents familiaux d'ulcère :

Parmi nos 55 ulcéreux duodénaux, 20 nous ont déclaré avoir des parents, ascendants ou collatéraux, atteints également d'une maladie ulcéreuse. Il ne nous a malheureusement pas été possible de vérifier ces données purement anamnestiques.

2. Antécédents personnels d'ulcère :

51 patients de notre série (soit 92,73%) ont, au cours de l'interrogatoire, affirmé avoir un antécédent personnel de signes très évocateurs d'ulcère duodéal, ou prouvé par l'endoscopie, évoluant depuis plus d'un an. Seulement 7,27% des cas se plaignent d'un syndrome douloureux datant de quelques mois. Dans l'ensemble, l'évolution de la maladie ulcéreuse est très longue, allant de 3 mois à 19 ans.

Parmi les 55 patients, 37 ont déjà été traités médicalement (traitement moderne ou traditionnel).

Un malade par contre a été traité chirurgicalement par VSS + pyloro-plastie suite à une perforation d'ulcère duodéal.

Les 14 autres patients restant n'ont reçu aucun traitement (médical et/ou chirurgical).

Chez tous les patients qui ont déjà été traités, nous avons noté un échec thérapeutique confirmé par la récurrence de l'ulcère ou de ses signes après quelques mois ou quelques années d'évolution. Notons que cet échec s'expliquerait sans doute par un traitement mal conduit ou devenant trop onéreux, entraînant son arrêt brutal.

Des complications après traitement médical, retrouvées à la l'anamnèse, ont été retrouvées chez 7 patients avant l'endoscopie dont :

- 5 cas d'hématémèses (unique ou à répétition) soit 18,92% ;
- un cas de maelena ;
- un cas de perforation d'ulcère duodéal.

Ces complications sont à prendre avec des réserves car il s'agit là des notions retrouvées à l'interrogatoire des patients qui, parfois, a été très difficile.

Dans 81,03% des cas de notre série (30 patients) nous n'avons retrouvé aucune notion de complications.

C. PRINCIPAUX SIGNES CLINIQUES : (Tableaux VII et VIII)

1. Les épigastralgies dominent la symptomatologie des ulcères duodénaux. Elles représentent chez 53 de nos patients (96,36%) la manifestation clinique la plus fréquemment rencontrée, ayant motivé la consultation.

Sur l'ensemble de ces 53 malades, nous avons noté des douleurs épigastriques typiques dans 66,04% des cas (35 patients dont 34 hommes et une femme), et atypiques dans 33,96% des cas (18 patients dont 15 hommes et 3 femmes).

Ce caractère atypique peut s'expliquer par les difficultés rencontrées au cours de l'interrogatoire. En réalité il n'existe pas une opposition franche entre ces deux types de syndrômes l'un ou l'autre pouvant se modifier ou s'associer au cours des années chez un même malade.

Pour ce qui est de l'âge, il ressort de notre étude que la symptomatologie douloureuse épigastrique est beaucoup plus fréquente chez les sujets âgés de 30 à 39 ans (19 cas pour les 2 sexes regroupés soit 35,85% des cas) et de 20 à 29 ans (16 cas soit 30,19%).

2 patients (3,64% des cas) n'ayant aucune symptomatologie douloureuse épigastrique, nous ont été adressés pour :

- une hématemèse de moyenne abondance ;
- une notion de précordialgie et d'amaigrissement progressif chez un sujet présentant déjà un antécédent d'ulcère mixte (duodéal et gastrique) endoscopiquement confirmé en 1984.

2. Nous avons rencontré dans notre série 4 cas d'hémorragies digestives (7,27%). Il s'agissait de deux patients ayant présenté à la fois une hématemèse et un maelena et deux autres présentant une notion d'hématemèse survenue 24 heures avant l'examen endoscopique. Soulignons qu'à l'endoscopie aucun ulcère saignant n'a été constaté chez ces deux derniers patients.

Une perforation d'ulcère duodéal probablement bouché a été évoquée à l'endoscopie chez un seul patient.

Par contre, aucun cas de sténose n'a été retrouvé au cours de notre travail.

3. D'autres signes, associés à la symptomatologie douloureuse épigastrique, sont rencontrés dans environ 2/3 des cas de notre série. Il faut cependant noter le caractère subjectif de ces signes d'accompagnement comme l'amaigrissement (76,36% des cas), le météorisme (45,45% des cas), la constipation (45,45% des cas), le pyrosis (67,27% des cas). (Tableau IX).

Ces signes n'ont pu être chiffrés dans les antécédents et peuvent être associés chez un même malade.

| Symptomatologie douloureuse épigastrique | Sexe masculin | Sexe féminin | Total | Pourcentage (2 sexes confondus) |
|--|---------------|--------------|-------|---------------------------------|
| Douleur typique | 34 | 1 | 35 | 66,04 |
| Douleur atypique | 15 | 3 | 18 | 33,96 |
| Total | 49 | 4 | 53 | 100 |

Tableau VII : Repartition de la symptomatologie douloureuse épigastrique en fonction du sexe dans les ulcères duodénaux.

| Épigastralgie tranche d'âge (an) | Douleur | | Total | Pourcentage |
|-------------------------------------|---------|----------|-------|-------------|
| | Typique | Atypique | | |
| 0 - 9 ans | - | - | - | - |
| 10 - 19 ans | - | 2 | 2 | 3,77 |
| 20 - 29 ans | 12 | 4 | 16 | 30,19 |
| 30 - 39 ans | 12 | 7 | 19 | 35,85 |
| 40 - 49 ans | 5 | 1 | 6 | 11,32 |
| 50 - 59 ans | 4 | 2 | 6 | 11,32 |
| 60 - 69 ans | 1 | 2 | 3 | 5,66 |
| 70 - 79 ans | 1 | - | 1 | 1,89 |
| Total | 35 | 18 | 53 | 100 |

Tableau VIII : Fréquence de la symptomatologie douloureuse épigastrique dans les ulcères duodénaux en fonction de l'âge.

| Signes Cliniques | Nombre de malades | Fréquence |
|-------------------------|-------------------|-----------|
| Douleur épigastrique | 53 | 96,36% |
| Pyrosis | 37 | 67,27% |
| Amalgrissement | 42 | 76,36% |
| Météorisme | 25 | 45,45% |
| Constipation | 25 | 45,45% |
| Vomissement | 17 | 30,90% |
| Eructation | 9 | 16,36% |
| Signe du Lacet | 2 | 3,64% |
| Diarrhée | 2 | 3,64% |
| Signe clinique d'anémie | 1 | 1,81% |
| Hématémèse | 4 | 7,27% |
| Maelena | 2 | 3,64% |
| Précordialgie | 1 | 1,81% |

Tableau IX : Fréquence des signes cliniques et des complications rencontrés avant l'endoscopie digestive haute dans les ulcères duodénaux.

D. FACTEURS DE RISQUE (Tableau X)

1. Facteurs alimentaires :

Au cours de notre enquête nutritionnelle qui s'est bornée à l'interrogatoire des ulcéreux duodénaux juste après leur dépistage endoscopique, nous avons noté que tous les patients prenaient les mêmes repas à base de riz, de mil, de sauces (pâte d'arachide) le plus souvent riche en épices et en piments, qui sont là des éléments fondamentaux de l'alimentation malienne. Il ressort de ces données que l'apport glucidique est nettement prédominant par rapport aux apports lipidiques et protéiques dans l'alimentation de nos patients. Notons également que la consommation de sucre raffiné n'est pas négligeable dans notre série.

En ce qui concerne la consommation des excitants, elle est peu importante (32,75% des ulcéreux duodénaux prennent régulièrement du café, 16,36% du thé et seulement 5,45% de l'alcool).

Pour ce qui est du tabac, nous avons observé que 34,55% de nos patients sont des fumeurs.

2. Facteurs médicamenteux :

16 consommateurs épisodiques d'Aspirine ont été retrouvés dans notre série soit 29,09% des cas.

Chez 2 patients par contre nous avons retrouvé une notion de prise d'alpha-méthyl-dopa (Aldomet^(R)) et de propanolol (1 cas). Nous gardons là des réserves car le rôle ulcérigène de l'Aldomet n'est rapporté dans aucune étude.

3. Stress :

Ce facteur est retrouvé chez presque tous les patients, mais n'oublions pas de noter son caractère subjectif. En effet tous les malades interrogés ont signalé au moins une raison familiale, personnelle ou professionnelle d'inquiétude sérieuse.

| Facteurs de risque | Nombre de malades | Pourcentage |
|--|-------------------|-------------|
| Stress | 55 | 100 |
| Tabac | 19 | 34,55 |
| Café | 18 | 32,73 |
| Aspirine | 16 | 29,09 |
| Thé | 9 | 16,38 |
| Alcool | 3 | 5,45 |
| Autres Médicaments | 2 | 3,63 |
| Corticoïdes et Anti-inflammatoires non stéroïdiens | 0 | 0 |

Tableau X : Association facteurs de risque et ulcères duodénaux

E. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1. Examens Biologiques :

Un seul patient de notre série, a présenté une anémie normochrome normocytaire ferriprive avec un taux de Fer Sérique bas ($8,6\mu\text{mol/l}$; Taux normal : $10,7$ à $28,6\mu\text{mol/l}$) et une siderophilinémie élevée ($76,4\mu\text{mol/l}$; taux normal = $44,8$ à $73,4\mu\text{mol/l}$).

Dans le reste des cas, les examens biologiques demandés sont revenus normaux. Nous n'avons également retrouvé aucune dyscalcémie.

Cependant sur les 55 malades étudiés, 26 ont le groupe O (24 O positif et 2 O négatif) soit 47,28% des cas, 15 le groupe B (14 B positif et 1 B négatif) soit 27,64% des cas, 13 le groupe A (Tous de Rhesus positif) et un seul le groupe AB positif. (Tableau XI)

Un taux faible de patients présentant une hémoglobinopathie de type A/S a été noté dans 5,45% des cas. Aucun cas de S/S n'a été retrouvé.

| Groupe Sanguin | | Nombre de patients (2 sex. Conf.) | Total et Pourcentage | |
|----------------|----------------|--------------------------------------|----------------------|-------------|
| | | | Nombre | Pourcentage |
| O | Rhesus positif | 24 | 26 | 47,28 |
| | Rhesus négatif | 2 | | |
| A | Rhesus positif | 13 | 13 | 23,64 |
| | Rhesus négatif | 0 | | |
| B | Rhesus positif | 14 | 15 | 27,64 |
| | Rhesus négatif | 1 | | |
| AB | Rhesus positif | 1 | 1 | 1,81 |
| | Rhesus négatif | 0 | | |
| TOTAL | | | 55 | 100 |

Tableau XI : Fréquence des ulcères duodénaux en fonction du groupe sanguin.

2. Examen parasitologique des selles (Selles POK) :

Nous avons retrouvé des oeufs d'ankylostomes dans les selles d'un seul patient sur nos 55 ulcéreux duodénaux. Par contre dans aucun cas les autres parasites recherchés (voir fiche d'enquête) n'ont été retrouvés.

3. Examen parasitologique des urines :

Les examens d'urine effectués chez nos 55 patients, à la recherche d'oeufs de schistosomes, sont revenus normaux.

Soulignons qu'au cours de l'anamnèse, une notion d'hématurie terminale n'a été retrouvé chez aucun patient.

4. La B.M.R. (Biopsie de la muqueuse rectale)

Dans notre série, 4 patients ont présenté une association bilharzienne intestinale (à *Schistosoma mansoni* confirmé à la BMR) et ulcère duodéal. Ce diagnostic a été posé sur la base de la présence d'oeufs clairs de schistosomes retrouvés à l'examen microscopique des pièces biopsiques prélevées au niveau de la muqueuse rectale.

Toutes ces biopsies effectuées au niveau des muqueuses gastro-duodénales sont par contre revenues négatives.

F. ASPECTS ENDOSCOPIQUES OBSERVES :

1. Ulcères duodénaux proprement dits : (Tableau XII)

Sur 55 patients dépistés présentant des ulcères duodénaux, nous avons observé :

- 46 ulcères siégeant au bulbe, soit 80,70% des cas ;
- 7 ulcères de D1 représentant 12,29% des cas ;
- 3 associations d'ulcères multiples du bulbe et de D1 ;
- 1 ulcère duodéal non classé, soit 1,75% des cas.

Nous constatons par là que le siège de prédilection des ulcères duodénaux est le bulbe notamment la face antérieure de ce site (20 ulcères soit 35,09% des cas).

Le nombre d'ulcères rencontrés au niveau de D1 reste faible (7 cas sur un total de 8 ulcères vus à ce niveau soit 12,29%) et nul au niveau de D2.

Sur nos 55 ulcères duodénaux, 37,27% (au nombre de 48) ne sont pas compliqués contre 7 cas seulement (12,73%) de complications vus à l'endoscopie dont :

- 5 ulcères duodénaux hémorragiques (12,7% des cas) ;
- 1 ulcère duodéal sténosant (1,8% des cas) ;
- 1 ulcère probablement perforé bouché (1,8% des cas).

| Siège | Topographie | Nombre d'ulcères | Pourcentage % | Total (en fonction du siège). |
|--|--|------------------|---------------|-------------------------------|
| <u>Bulbe duodénal</u> | Face antérieure | 20 | 35,09 | 46 (80,70%) |
| | Face postérieure | 11 | 19,30 | |
| | Pointe | 4 | 7,01 | |
| | non classés | 11 | 19,30 | |
| <u>Duodenum (D1 et D2)</u> | D1 | 7 | 12,29 | |
| | D2 | 0 | 0 | |
| | non classés | 1 | 1,75 | |
| Autres Localisations (localisation mixte bulbe-D1) | Jonction Bulbe - D1 | 2 | 3,51 | 3 (5,26%) |
| | Suspicion de syndrome de Zollinger Ellison (Multiples ulcères superficiels du bulbe et de D1 associés à une duodénite intense) | 1 | 1,75 | |

Tableau XII : Siège des ulcères duodénaux et leur fréquence.

2. Autres lésions endoscopiques associées aux ulcères duodénaux :
(Tableau XIII)

Dans notre série, les associations pathologiques oesogastro-duodénales ne sont pas négligeables. En effet 37 patients sur 55 ulcères duodénaux (67,27%) ont présenté des lésions oesogastro-duodénales soit isolées, soit associées chez le même malade. Il s'agit :

- dans 32,73% des cas de lésions duodénales non ulcéreuses comme des bulbites (10 cas), des duodénites (plus précisément à D1 : 3 cas), des exulcerations bulbaires (8 cas) et de D1 (2 cas).

- dans 29,73% des cas de lésions gastriques dont : 5 ulcères gastriques, 9 gastrites, 1 polype ombiliqué (pancréas aberrant ?) et une exulceration gastrique ;

- dans 21,62% des cas, de lésions oesophagiennes à savoir : 2 varices oesophagiennes, 2 hernies hiatales, 2 oesophagites peptiques et 2 invagination gastro-oesophagiennes.

| Siège | Lesions associées | Nombre de lésions | Nombre de malades | Pourcentage % |
|-----------|---------------------------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| OESOPHAGE | Varices oesophagiennes | 2 | 8 | 21,62 |
| | Hernies hiatale | 2 | | |
| | Invagination gastro-oesophagienne | 2 | | |
| | Oesophagite peptique | 2 | | |
| ESTOMAC | Gastrite | 9 | 11 | 29,73 |
| | Ulcère | 5 | | |
| | Exulcération | 1 | | |
| | Polype ombiliqué (pancréas aberrant?) | 1 | | |
| DUODENUM | Bulbite | 10 | 18 | 48,65 |
| | Exulcération bulbaires | 8 | | |
| | Duodénite (D1) | 3 | | |
| | Exulcération duodénales | 2 | | |
| Total | | | 37 | 100 |

Tableau XIII : Lésions associées aux ulcères duodénaux et leur fréquence.

G. TRAITEMENTS ET EVOLUTIONS DES ULCERES DUODENaux

1. Traitement médical des ulcères duodénaux et leur évolution :

1.1. Traitement médical anti-ulcéreux : (Tableau XIV)

Sur 55 patients inclus dans notre travail, 47 (85,45%) ont été traités par des médicaments anti-ulcéreux après endoscopie digestive haute. Ce traitement a comporté cinq protocoles thérapeutiques :

1.1.1. Protocole 1 : Association Cimetidine + pansement gastrique :

23 patients (soit 48,94% des cas) ont été initialement traités par la Cimetidine + un pansement gastrique, pendant 30 jours, aux doses suivantes :

- Cimetidine : 1 000 à 1 200mg par jour, répartie comme suit : 200mg matin, 200mg midi, 200mg soir et 400 ou 800mg le soir au coucher. Soulignons que dans ce protocole thérapeutique nous n'avons pas tenu compte d'une dose fixe de Cimetidine comme l'ont fait plusieurs auteurs.

- Pansement gastrique : 3 prises quotidiennes de préférence une heure après les trois repas; une prise supplémentaire a été conseillée chez certains patients le soir au coucher.

Au bout de ce traitement (1ère cure), seulement 4 patients ont été revus au contrôle endoscopique (soit 17,35% des cas). Nous avons noté une cicatrisation de l'ulcère duodénal avec toutefois :

- l'existence d'une discrète duodénite chez 2 patients ;
- la présence d'une antrite congestive (1 cas) ;
- la présence d'une antrite érythémateuse associée à des exulceration (1 cas).

Nous n'avons ni une aggration, ni un ulcère persistant après ce traitement chez ces patients.

19 patients (82,61%) sur cette série de 23 ulcéreux duodénaux traités n'ont pu être revus au bout de ces 30 jours.

Au delà de ce délais de traitement (environ 45 jours et même 60 jours après) 10 patients, sur les 19 ulcères duodénaux restants, ont été vus pour un contrôle endoscopique. Nous avons noté chez tous une cicatrisation complète des ulcères duodénaux.

Malheureusement les 9 autres patients restants ont échappés à notre surveillance endoscopique (soit 39,13% des cas).

Signalons que 2 patients, ayant initialement un traitement médical associant du Sucralfate à un pansement gastrique, ont été secondairement traités par la Cimetidine seule à la dose unique de 400mg le soir au coucher pendant 30 jours. L'endoscopie de contrôle effectuée chez ces 2 patients au bout de cette période a révélé la cicatrisation des ulcères.

Au total sur 25 ulcères duodénaux traités par Cimetidine (soit en association avec un pansement gastrique, soit seul) 16 cas de cicatrisations d'ulcères ont été obtenus au bout de 30 jours de traitement, soit 64% de succès.

Aucun cas d'échec thérapeutique, de complication ou d'effets secondaires liés à ce produit, n'a été signalé par les patients.

1.1.2. Protocole 2 : Association Diphemanilmethyl sulfate + Pansement gastrique :

Ce protocole a intéressé 15 patients de notre série, soit 31,19% des cas, et a duré pendant 30 jours. La dose de Diphemanilmethyl Sulfate prescrite a été de 400mg par jour (100mg matin, midi et soir et 100mg le soir au coucher) et celle du pansement gastrique, de 3 ou 4 sachets par jour, à prendre de préférence une heure après les repas.

Seulement 5 patients de cette série ont été revus à l'examen endoscopique de contrôle au bout des 30 jours. Parmi eux :

- 3 cas de cicatrisations d'ulcère ont été retrouvées avec cependant l'existence d'une bulbite congestive (chez 2 patients), la présence d'une formation polypoïde de D1 associée à un aspect petechial de la muqueuse bulbaire (1 cas).

Chez les 2 autres patients nous avons noté des ulcères duodénaux persistants, malgré un traitement médical bien suivi (selon les malades). Fort heureusement ces 2 malades n'ont présenté aucune complication.

Après les 30 jours de traitement et plus exactement au bout du 40^e jour, 5 patients, sur les 10 malades restants, ont été vus au contrôle endoscopique. 4 d'entre eux ont présenté une nette cicatrisation de leur ulcère duodéal avec absence de lésions associées et chez le 5^e par contre nous avons retrouvé à l'examen une cicatrisation incomplète de l'ulcère duodéal.

5 patients sur 15 ulcères duodénaux inclus dans ce protocole ont également échappé à notre surveillance.

En conclusion, nous pouvons constater que sur 15 patients traités par Diphemanilmethyl Sulfate + Pansement gastrique pendant 30 jours il y a eu :

- 8 cas de cicatrisation d'ulcères duodénaux, soit 53,34% de succès
- 2 cas d'échec thérapeutique, soit 13,33% ;
- 5 patients perdus de vue, soit 33,33% des cas.

Nous n'avons constaté dans cette série aucun cas d'aggravation ou d'effets secondaires liés au traitement médical.

1.1.3. Protocole 3 : Traitement associant Sucralfate + Pansement gastrique :

Ce protocole a concerné 6 malades de la série des patients traités médicalement dont :

- 5 malades traités initialement par du Sucralfate à la dose quotidienne de 4g (1 comprimé de 1g en 4 prises par jour) pendant 30 jours, associé à un pansement gastrique pris 3 ou 4 fois par jour, une heure après les repas.

- 1 patient traité au sucralfate seul à la dose de 4 000mg par jour, pendant 30 jours.

Parmi les patients traités par le Sucralfate associé au pansement gastrique, seulement 2 ont été revus au contrôle endoscopique au bout de 30 jours, ayant noté une persistance des ulcères duodénaux, soit 40% d'échec thérapeutique. Une seconde cure médicale par la Cimetidine seule à la dose unique de 800mg par jour (prise le soir au coucher) a été entreprise chez ces patients pendant 30 jours.

Le contrôle endoscopique effectué au bout de ce second traitement a révélé la cicatrisation des ulcères duodénaux.

Par contre les 3 malades restants n'ont plus été revus.

L'endoscopie de contrôle du patient traité au Sucralfate seul a montré une nette cicatrisation de l'ulcère bulbaire au bout de 30 jours, avec toutefois l'existence d'une érosion superficielle de la face postérieure de ce site au sein d'une bulbite congestive. Un second contrôle endoscopique faite au bout de 15 jours chez ce patient nous a montré une disparition de toutes ces lésions.

En conclusion, sur 6 patients traités au Sucralfate (soit seul, soit en association à un pansement gastrique) nous avons observé :

- un seul cas de cicatrisation au bout de 30 jours (16,67%) ;
- 2 cas d'échec (33,33%) ;
- 50% de patients perdus de vue (3 malades sur 6).

Nous n'avons rencontré aucune complication ou effets secondaires liés à ce traitement.

1.1.4. Protocole 4 : Association Ranitidine + Pansement gastrique :

Seulement 2 patients ont été inclus dans ce protocole. La Ranitidine a été administrée à la dose de 300mg par jour (150mg en 2 prises), associée à un pansement gastrique (4 prises par jour) pendant 30 jours.

Ces 2 malades ont été tous revus au contrôle endoscopique à la fin de ce traitement et l'examen a confirmé la cicatrisation des ulcères duodénaux. Ce médicament a été très bien toléré par nos patients.

1.1.5. Protocole 5 : Association comportant : Sulfate d'Atropine + Diphemanilmethyl Sulfate + Pansement gastrique :

Un seul patient a été soumis à ce traitement aux doses suivantes :

- Atropine : 1/4mg en sous cutanée, deux fois par jour pendant 15 jours.
- Diphemanilmethyl Sulfate : 200mg par jour (1 comprimé de 100mg 2 fois par jour) pendant 15 jours.
- Pansement gastrique : 4 prises quotidiennes

Malheureusement ce patient nous a échappé.

Nous rapportons dans le tableau XIV l'ensemble des médicaments utilisés au cours de nos différents protocoles, thérapeutiques et le nombre de malades traités pour chaque série.

| MEDICAMENTS UTILISES (D.C.I.) | Traitement médical initial (1ère Cure) | Nombre de Malades Traités Traitement médical secondaire (2ème cure) (après 1er contrôle endoscopique) | Total | Pourcentage % | |
|----------------------------------|--|---|-------|------------------|-------|
| ANTI-SECRETORIRES | Cimetidine | 2 | 25 | 53,19 | |
| | Diphenamylmethyl Sulfate | 15 | 15 | 31,91 | |
| | Sucralfate | 6 | 6 | 12,76 | |
| | Ranitidine | 2 | 2 | 4,26 | |
| | Atropine +Diphenamyl methyl Sulfate | 1 | 1 | 2,13 | |
| | Phosphate d'Aluminium | 36 | 0 | 36 | 76,60 |
| | Gel d'Aluminium à 15% de Al ₂ O ₃ | 9 | 0 | 9 | 19,15 |
| PANSEMENTS GASTRIQUES | Gel d'hydroxyde d'Aluminium et de Magnesium | 4 | 4 | 8,51 | |

Tableau XIV : Médicaments utilisés pour le traitement médical dans les ulcères duodénaux.

1.2. Mesures hygiéno-diététiques :

Pendant toute la période du traitement médical anti-ulcéreux, nous avons interdit aux malades présentant un facteur de risque connu, la consommation d'excitants, d'Aspirine et autres médicaments agressifs à la muqueuse gastro-duodénale.

1.3. Evolution sous traitement médical (Tableau XV) :

Pour ce qui était de la surveillance des patients traités médicalement, nous avons procédé :

- à une première surveillance clinique au bout de 15 jours de traitement médical pour noter l'évolution clinique de la symptomatologie douloureuse épigastrique et des signes associés ;

- à une seconde surveillance clinique et surtout endoscopique au bout de 30 jours, afin non seulement d'apprécier l'évolution clinique mais surtout endoscopique de l'ulcère duodénal (cicatrisation, persistance et/ou aggravation de la lésion).

Dans l'ensemble nous avons noté, pour ce qui est de l'évolution clinique de la douleur ulcéreuse :

- une accalmie chez 27 patients au bout de 15 jours de traitement médical (57,48%) ;

- une persistance chez 4 patients après 30 jours (8,51%).

Chez les 16 patients perdus de vue (sur les 47 malades traités médicalement) l'évolution de la maladie ulcéreuse n'a pu être appréciée (dans 34,04% des cas). On peut supposer chez ces patients une nette amélioration clinique, ceci pouvant expliquer une perte de vue, et les considérer comme des malades guéris. Mais d'autres raisons peuvent intervenir notamment la peur de l'endoscopie ou l'absence de traitement devant le coût assez élevé des médicaments anti-ulcéreux. Dans tous les cas, une éducation des malades ulcéreux gastro-duodénaux doit être envisagée par tout Médecin, afin de mieux suivre son patient et de tenir une conduite thérapeutique adéquate (médicale ou chirurgicale) dans le but de l'épargner des complications graves de cette maladie.

Pour ce qui est de l'évolution endoscopique des ulcères duodénaux de notre série son traitement médical, nous avons noté :

- 16 cas de cicatrisation complète au bout de 30 jours, soit 55,32% de succès thérapeutiques ;

- 3 cas de cicatrisation d'ulcère au delà des 30 jours plus précisément après une seconde cure thérapeutique après 30 jours, soit 4,26%. Ces échecs sont probablement dus à un traitement mal conduit.

L'évolution endoscopique des ulcères duodénaux perdus de vue (au nombre de 16) reste également non connue. Ces ulcères ont-ils cicatrisés ou non ? Nous l'ignorons.

Au total, il ressort de notre étude que 29 patients sur 47 ulcères duodénaux traités médicalement ont présenté une guérison (tout de même pendant notre période d'étude) de la maladie ulcéreuse soit 61,70% de succès thérapeutiques contre 2 cas d'échec (4,26% des cas).

REMARQUE : Nous gardons des réserves pour ce qui est de l'appréciation réelle de l'efficacité ou de l'inefficacité des médicaments utilisés au cours de notre travail. En effet notre échantillonnage très faible (étude prospective portant sur 55 ulcères duodénaux vus en 12 mois) ne nous permet pas de juger du pouvoir pharmacologique réel de chacun de ces médicaments. En comparaison, DIALLO B.A (30) dans sa thèse portant sur 385 ulcères gastro-duodénaux, estime à 65,4% les cas de guérisons obtenus par un traitement médical limité à des mesures diététiques et à la prescription de sulfate d'Atropine (Anticholinergique) et de pansement, pendant 30 jours.

| EVOLUTION TRAITEMENT MEDICAL | Evolution Clinique | | | | | | Evolution endoscopique | | | | | |
|--|--------------------|-------|-------------|------|-------------|-------|------------------------|-------|-------------|------|-------------|-------|
| | Améliora- | | Persis- | | non vus | | Cicatrisa | | échec | | non vus | |
| | Nbre Pat. | % | Nbre cas | % | Nbre cas | % | Nbre cas | % | Nbre cas | % | Nbre cas | % |
| Initial pendant 30 jours (1ère cure) | 27 | 57,45 | 4 | 8,51 | 16 | 34,04 | 26 | 55,40 | 2 | 4,26 | 16 | 34,04 |
| Secondaires pendant 30 jours (2ème cure) | | | | | | | 3 | 6,38 | | | | |

Tableau XV : Evolution clinique et endoscopique des ulcères duodénaux après traitement médical.

Améliora- = amélioration

Persis. = persistance

Pat. = patients

Nbre = Nombre

Cicatrisa. = Cicatrisation

% = Pourcentage

2. Traitement médical anti-parasitaire :

Dans notre série, 4 patients (7,27% des cas) ont présenté une bilharziose intestinale à *Schistosoma mansoni*, confirmé à la BMR et ont été traités au Praziquantel (Biltricide) à la dose de 40mg par kg de poids en une seule prise. Un seul patient parmi ceux-ci, a accepté un second examen (contrôle BMR) et on a noté chez lui une guérison de la maladie.

Un autre patient de sexe masculin chez lequel l'examen parasitologique des selles avait montré des oeufs d'ankylostomes, a été lui traité au tiabendazole (dose : 3g par jour en une prise). L'examen de contrôle de selles de ce malade n'a pu être effectué en fin de traitement.

3. Traitement chirurgical des ulcères duodénaux et son évolution :

Il a été pratiqué chez 6 patients de notre série soit 10,90% des cas. 3 autres patients inclus dans notre protocole l'ont par contre refusé pour des raisons qui leur sont propres :

- peur de la chirurgie ;
- préférence d'un traitement médical traditionnel.

Parmi les malades traités chirurgicalement nous avons noté :

- un malade initialement hospitalisé en Médecine Interne pour ulcère du bulbe duodéal prouvé à l'endoscopie, et qui a été traité médicalement par une association anticholinergique + pansement pendant 30 jours sans succès (absence de cicatrisation confirmée à l'endoscopie au cours du traitement).

- 5 patients hospitalisés d'emblée en Chirurgie A et B soit pour des complications (1 cas d'ulcère perforé probablement bouché, et 1 cas de syndrome présténosant), soit par ce que l'ulcère duodéal évoluait depuis plusieurs années avec des épisodes de rechute multiples et très rapprochés (inférieures à un mois). Aucun de ces patients n'a reçu un traitement médical anti-ulcéreux au cours de la période pré-opératoire.

Les interventions chirurgicales suivantes ont été pratiquées :

- Vagotomie Supra Selective chez 3 patients ;
- Vagotomie Supra-Selective associée à une digitoclasie chez un patient ;
- Vagotomie Tronculaire associée à une pyloroplastie en Y.V. chez un patient;
- Vagotomie Tronculaire associée à une gastro-anastomose transmesocolique chez un patient.

Compte tenu du nombre limité des malades traités chirurgicalement, nous proposons de les rapporter brièvement avant de les commenter.

3.1. Observations :

Observation n°1 :

- D..., M..., 20 ans, homme, célibataire, Electricien
- Debut clinique : 1985 (1ère poussée ulcéreuse)
- type anatomique (Fibroskopie O.G.D. n°28688 du 22.7.87) : ulcère de la face antérieure du bulbe probablement perforé, bouché par un caillot de sang.
- Traitement médical avant endoscopie (non inclu dans le protocole) : Cimetidine, 3 comprimés par jour pendant 4 semaines ; Pansement (Rocgel^(R)), 1 sachet 3 fois par jour pendant 4 semaines.
- Evolution sous traitement médical : pas d'amélioration clinique de la douleur ulcéreuse.
- Evolution endoscopique : non faite (Proposition directe pour une intervention chirurgicale).
- Compte rendu opératoire :
 - Diagnostic per-opératoire : ulcère duodénal résistant au traitement médical.
 - Traitement chirurgical : Vagotomie Supra Selective (3-7-87)
 - Evolution immédiate après chirurgie :
 - accès palustre (6.1.1.87)
 - Vomissement alimentaire (20.11.87)
 - disparution de la douleur.
- Durée de la surveillance : 21 jours. pas de recidive clinique.
- Complications tardives:
 - Diarrhée au 4è mois (21.4.88)
 - brûlures épigastriques irradiant vers l'Hypochondre Droit survenant la nuit, non rythmées par les repas, accompagnées de nausées et de vomissements, survenues au 11è mois après l'intervention.
 - Endoscopie de contrôle (Fibroskopie n°37160 du 24.9.88) faite 11è mois après la Vagotomie Supra Selective : pas d'ulcère duodénal.

Observation n°2 :

- C..., K..., 36 ans, homme, marié, cultivateur.
- Debut clinique : 1986 (1ère poussée ulcéreuse)
- Type anatomique (Fibroskopie n°29557 du 4.01.88) : ulcère duodénal sténosant, associé à un vaste ulcère creusant prépylorique entouré d'une zone hémorragique très inflammatoire.

- Traitement médical avant chirurgie : Panuement (Pectigo^(R)), 3 sachets par jour, métopimazine (Vogalène^(H)) 5, 2 ampoules par jour en IM pendant 5 jours.
- Evolution après traitement médical :
 - = amélioration clinique de la douleur ;
 - = arrêt des vomissements.
- Compte rendu opératoire :
 - = Diagnostic per-opératoire : ulcère duodéal associé à un ulcère pylorique avec gros estomac dilaté.
 - = traitement chirurgical : Vagotomie Supra-Sélective + Digitoclasie (11.1.88)
- Aucune complication post opératoire immédiate.
- Durée surveillance : 35 jours. Suites, évolution immédiate simples.
- Contrôle endoscopique (Fibroscopie n°29679 du 3.2.88) faite 24 jours après l'intervention chirurgicale : guérison de l'ulcère.

Observation n°3 :

- K..., S..., 37 ans, homme, marié, cultivateur.
- Debut clinique : 1974
- Type anatomique (Fibroscopie n°30303 du 6.5.88) : multiples ulcérations superficielles du bulbe et du 1er duodenum (suspicion de Zollinger-Ellisson).
- Compte rendu opératoire :
 - = Diagnostic per opératoire : double ulcère bulbaire (face antérieure et face postérieure);
 - = traitement chirurgical : Vagotomie Tronculaire associée à une pyloroplastie en Y.V. et réparation de l'angle de His (31.5.88)
- Complications post opératoires immédiates : néants
- Durée de la surveillance : 4 mois
 - = disparition de la douleur
 - = Aucune complication
- Pas de contrôle endoscopique.

Observation n°4

- C..., I..., 24 ans, homme, Célibataire, Commerçant.
- Debut clinique : 1985
- Type anatomique : (fibroscopie n°37029 du 3.9.88) : vaste ulcère hémorragique et sténosant de la face postérieure du bulbe.
- compte rendu opératoire
 - = Diagnostic per opératoire : ulcère pyloro-duodéal en poussée avec aspect oedémateux au pied du pédicule.

= traitement chirurgical : Vagotomie Tronculaire associé à une gastro-entero-anastomose transmesocolique (13.9.88).

- Complications post opératoires immédiates : néant
- Evolution après traitement chirurgical : suites simples.
- Pas de contrôle endoscopique (malade perdu de vue).

Observation n°5 :

- D..., G..., 52 ans, homme, marié, Infirmier.
- Debut clinique : 1967
- Type anatomique (fibroscopie n°30518 du 10.6.88) : vaste ulcère creusant de la pointe du bulbe.
- Compte rendu opératoire :
 - = Diagnostic per opératoire : ulcère bulbaire resistant au traitement médical et saignant.
 - = traitement chirurgical : Vagotomie Supra Selective (11.7.88)
- Complications post opératoires immédiate : néants
- Evolution après traitement chirurgical : après 1 mois :
 - = Hypersalivation
 - = Diarrhée
 - = Hoquet
- Durée surveillance : 3 mois : nette amélioration clinique.
- Endoscopie de contrôle (Fibroscopie n°37232 du 7.10.88) : faite 3 mois après l'intervention chirurgicale : guérison de l'ulcère.

Observation n°6 :

- T..., T..., 31ans, homme, célibataire, militaire.
- Debut clinique : 1983 (1ère poussée).
- Type anatomique : (Fibroscopie n°29612 du 11.1. 88) : ulcère creusant de la face antérieure du bulbe ne saignant pas.
- traitement médical : Diphemanil methyl Sulfate, 3 comprimés par jour associé à un pansement (Phosphalugel^(R)), 3 sachets par jour, pendant 1 mois.
- Evolution après traitement médical : persistance de la douleur épigastrique et des vomissements.,
- Endoscopie digestive haute de contrôle (Fiboscopie n°29793 du 13.2.88) : persistance d'un vaste ulcère de la face postérieure de la jonction bulbe. 1er duodénum, ne saignan pas. Proposition d'un traitement chirurgical.
- Compte rendu opératoire :
 - = Diagnostic per opératoire : ulcère bulbaire
 - = Traitement : Vagotomie Supra Selective (7.3.88)

- Suites opératoires immédiates simples ;
- Durée de la surveillance : 30 jours - néant ;
- Complications tardives (3 mois après VSS) : dysphagie ayant nécessité une hospitalisation chirurgicale pendant 15 jours. Traitement anti-spasmodique. Nette amélioration clinique.
- Pas de contrôle endoscopique.

3.2. Commentaires :

3.1.1. : Evolution clinique après traitement chirurgical :

Une disparition de la symptomatologie douloureuse épigastrique a été notée chez les 6 patients, au bout de 7 jours après Vagotomie.

Cependant quelques signes mineurs comme une diarrhée, une hypersalivation, et une notion de hoquet évoluant depuis plus de 20 jours, ont été observés chez un seul patient après Vagotomie Supra Selective. Ces signes ont rapidement cédé après un traitement médical.

30 jours après une VSS, un autre patient a présenté une dysphagie qui a également regressé suite à un traitement anti-spasmodique.

Dans l'ensemble les suites opératoires à 3 mois d'évolution ont été simples. Aucun cas de Dumping syndrome ou de complications post opératoires n'a été observé dans notre série, après les différents Vagotomie.

3.1.2. Evolution endoscopique des ulcères duodénaux après Vagotomie

Sur nos 6 patients traités chirurgicalement, seulement 3 ont été revus pour un contrôle endoscopique dont :

- un malade, 24 jours après Vagotomie Supra Selective + digitoclasie ;
- un autre , 11 mois après VSS (suite à une symptomatologie douloureuse épigastrique ayant fait évoquer l'hypothèse d'une récurrence ulcéreuse).

Chez tous, nous avons noté une cicatrisation totale de l'ulcère duodéal.

Les autres patients restants ont malheureusement échappés à notre contrôle.

En conclusion, nous pouvons noter que sur 6 patients traités chirurgicalement 3 seulement ont présenté de bons résultats endoscopiques après VSS.

En revanche chez tous, nous avons noté une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse épigastrique dans les jours qui ont suivis l'intervention chirurgicale.

Aucun cas de récurrence ou de mortalité n'a été observé chez les malades revus.

H. COUT MEDICAUX ET CHIRURGICAUX DES ULCERES DUODENEAUX

1. Coûts médicaux :

1.1. Chez les malades ambulatoires :

1.1.1. Coût moyen du traitement médical avant endoscopie

Face aux différentes difficultés de l'endoscopie rencontrées chez nos patients (oubli, perte des anciennes ordonnances), nous avons essayé d'évaluer approximativement les dépenses effectuées par le malade dans la maladie ulcéreuse duodénale avant l'endoscopie, tout en tenant compte de la durée d'évolution de la maladie ou de ses signes. Ainsi nous avons retrouvé que :

- chez les patients souffrant depuis plus de 10 ans, ce coût a été évalué à environ 75 000FCFA ;

- chez les sujets dont la durée d'évolution de la maladie ulcéreuse s'étend entre 10 et 5 ans, ce coût a été porté à 50 000FCFA ;

- Enfin, chez ceux souffrant entre 5 ans et 1 an, le coût moyen a été estimé à 32 500FCFA.

1.1.2. Coût moyen du traitement médical après endoscopie :

Le coût de l'endoscopie digestive haute a été pris en compte chez les malades ambulatoires. Il est de 6 000FCFA par examen.

Ainsi le coût moyen du traitement de l'ulcère duodéal après endoscopie a regroupé d'une part les frais de fibroscopie et ceux des médicaments anti-ulcéreux prescrits. En tenant compte de nos différents protocoles thérapeutiques nous avons rapporté que dans :

a. Le protocole 1 = Cimetidine + Pansement :

Le coût moyen pendant 30 jours a été de 29 920FCFA chez les 23 patients initialement traités. Associé aux frais de fibroscopie, il revient à 31 920FCFA, pour une seule cure.

Dans cette série, 4 cas de succès ont été enregistrés (17,39%) au bout de 30 jours de traitement et au delà 52,63% de guérison.

Le coût moyen du traitement médical sous Cimetidine seul, pendant 30 jours (cure secondaire) a été par contre de 21 690FCFA chez 2 patients. Plus les frais d'endoscopie, il est porté à 26 650FCFA. Chez eux une guérison de l'ulcère a été confirmée à l'endoscopie de contrôle.

Il est important de rappeler qu'en un mois de recul, nous avons obtenu sur 25 patients traités par la Cimetidine, 16 cas de guérison soit 64% de succès.

b. Le protocole 2 : Diphemanil methyl Sulfate + Pansement gastrique :

Son coût moyen a été de 7 730FCFA. Si nous y associons les frais de fibroscopie, ce coût se porte à 13 370FCFA.

Sur 15 patients composant cette série, 9 cas de cicatrisation d'ulcère duodénal ont été enregistrés au bout de 30 jours de ce traitement (soit 60% de succès) contre 1 cas de simple amélioration et un cas d'échec.

c. Le protocole 3 : Sucralfate + Pansement gastrique :

Le coût moyen rapporté dans cette série a été de 21 735FCFA, la dépense totale revenant à 27 735FCFA (médicament + fibroscopie).

Chez un patient traité au Sucralfate seul, ce coût a été de 14 010FCFA, et associé aux frais d'endoscopie il revient à 20 010FCFA.

Un seul cas de succès thérapeutique a été enregistré dans cette série (plus précisément chez le patient traité au Sucralfate seul) contre 2 cas d'échec et 3 malades perdus de vue.

d. Le protocole 4 : Ramitidine + Pansement gastrique :

Nous avons noté dans cette série une cicatrisation de l'ulcère duodénal au bout de 30 jours de traitement, mais l'évaluation du coût de ce protocole n'a pu être faite, car la Ramitidine n'est pas encore commercialisée au Mali.

1.2. Chez les malades hospitalisés en Médecine Interne :

Il s'agit là en réalité d'un seul malade hospitalisé en Médecine C pendant 8 jours pour ulcère duodénal prouvé endoscopiquement. Le coût de son hospitalisation a été de 8 800FCFA (coût englobant les frais de fibroscopie). Par contre le coût des médicaments anti-ulcéreux qui lui ont été prescrits s'est élevée à 8 220FCFA pour une cure de 30 jours. Le coût total dépensé par ce patient a donc été de 17 020FCFA. Le contrôle endoscopique effectué chez ce patient au bout de 30 jours, a montré un ulcère bulbaire persistant, ce qui nous a conduit à le confier aux chirurgiens.

Les 2 autres malades hospitalisés en Médecine Interne, l'ont été pour des pathologies non ulcéreuses (un cas de pneumopathie basale gauche et un cas de diabète). Leur ulcère duodénal a été découvert de façon fortuite devant des notions de dyspeptie et de douleurs épigastriques ayant nécessité une fibroscopie digestive haute. Nous avons entrepris chez eux un traitement médical de la pathologie non ulcéreuse (motif réel de leur hospitalisation) et de l'ulcère duodénal.

En conclusion, il ressort de cette étude que l'ulcère duodénal présente un aspect économique important en zone tropicale, nécessitant de ce fait une évaluation de coût réel de cette maladie.

Au bout de 30 jours de prise en charge thérapeutique, nous pouvons constater que le coût du traitement médical de l'ulcère n'est guère négligeable (Tableau XV), car il s'agit pour la plupart de patients à niveau de vie moyen, voir bas.

Nous devons remarquer aussi que même si ce traitement assurait la guérison au bout de 30 jours, il existe des rechutes nécessitant une reprise du traitement médical ou la mise en route d'un traitement d'entretien permanent, mais aussi, d'autres facteurs tels sa chronicité rebelle ou la sévérité de ses complications qui viennent encore alourdir le bilan.

2. Coûts chirurgicaux :

Dans les services de chirurgie de l'Hôpital du Point "G" (Bamako), il n'existe pas un coût déterminé des types d'intervention chirurgicale.

Dans ce travail, nous avons fixé le coût chirurgical de l'ulcère duodénal en fonction des catégories de salles d'hospitalisation qui sont au nombre de trois :

- la première catégorie dont les frais d'hospitalisation journalière s'élèvent à 2 500FCFA ;

- la deuxième catégorie = 1 500FCFA par jour ;

- la troisième catégorie = 750FCFA par jour ;

et du coût des médicaments fournis par le patients lui même en période pré, post et post opératoire.

Par contre, le coût moyen du traitement médical dépensé par ces patients (avant leur hospitalisation en chirurgie), a été d'environ 75 000FCFA. Il s'agissait là surtout de malades ayant présentés des poussées ulcéreuses multiples, rebelles aux traitements médicaux (moderne ou traditionnel) et évoluant depuis plus de 10 ans.

Dans notre série, sur 6 patients traités chirurgicalement par Vagotomie :

- 3 ont été hospitalisés en deuxième catégorie, pour une durée moyenne de 30 jours et ont dépensé environ 50 000FCFA (comportant et les frais d'hospitalisation et les frais des médicaments payés par le malade lui-même)

- les 3 autres restant ont tous été hospitalisés en troisième catégorie pour une durée moyenne de 30 jours également et ont dépensé 30 000FCFA (frais de médicaments + frais d'hospitalisation).

Chez tous, nous avons noté une cicatrisation complète des ulcères duodénaux après Vagotomie.

Soulignons que contrairement aux données de certains auteurs, HAUTEFEUILLE (40), JULIEN M. (42) qui estiment à 7-12 jours la durée post opératoire après Vagotomie Supra Selectiva, nous assistons dans notre série à des périodes post-opératoires assez longue : (30 à 60 jours).

Ceci peut expliquer les frais d'hospitalisés assez élevés.

Conclusion :

Au cours des premiers mois de prise en charge des malades présentant un ulcère duodénal, nous constatons que le coût du traitement chirurgical est bien supérieur à celui du traitement médical. Cependant devant la notion de récurrence qui est presque très fréquente dans le cas de l'ulcère duodénal, après arrêt d'un traitement médical ayant entraîné une guérison de l'ulcère au bout de 4 à 6 semaines et nécessitant une reprise du traitement ou la mise d'une thérapeutique d'entretien permanente, le traitement chirurgical par Vagotomie Supra Selective est à priori radical et n'entraîne pas de frais récurrents après l'opération, sauf en cas de récurrence. Or dans ce travail le suivi des malades ne permet pas d'apprécier l'absence de récurrence après chirurgie.

Globalement nous pouvons postuler que la dépense pour la chirurgie est plus importante dans l'immédiat, mais moindre voire nulle à moyen ou long terme.

Le traitement chirurgical paraît donc surtout indiqué chez les malades les plus démunis, dépensant alors moins en hospitalisation (3^e catégorie) et soulagés financièrement à long terme du coût d'un traitement médical de rechute ou d'entretien./.

| TRAITEMENT CHIRURGICAL | TRAITEMENT MEDICAL | | Coût moyen dépensé au bout de 30 jours de traitement (Frais de médica- ments + Frais endoscopie) | Coût moyen dépensé au délai de 30 jours (Frais médicaments + Frais endoscopie) | Nombre de patients traités | Nombre de pourcen- tage de guérison | | Nombre de pourcen- tage d'échec | | Nombre de pour- centage de re- cidives (au délai de 30jrs) | | Nombre de patients perdus de vue et % |
|--|--------------------|---|---|---|-------------------------------|--|---|------------------------------------|---|---|------------------|---|
| | Nombre | % | | | | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | |
| Protocole 1 Cimetidine + Pansement gastrique | 31 920FCFA | - | 25 | - | 16 | 64 | - | - | - | - | 9 | 36 |
| | | | | | | | | | | | | |
| Protocole 2 Diphenzili methyl Sulfate + Pansement gastrique | 15 570FCFA | - | 15 | - | 9 | 60 | 1 | 6,56 | - | - | 5 | 33,33 |
| | | | | | | | | | | | | |
| Protocole 5 Sucralfate + Panse- ment gastri- que | 27 755FCFA | - | 6 | - | 1 | 16,66 | 2 | 33,33 | - | - | 3 | 50 |
| | | | | | | | | | | | | |
| Protocole 5 Sulfate d'Atropine + Diphenzili methyl Sulfate + Pansement gastrique | 17 020 | - | 1 | - | 0 | - | 1 | (100) | - | - | - | - |
| | | | | | | | | | | | | |
| Hospitalisa- tion en 2 ^e catégorie | 50 000FCFA | - | 3 | - | 3 | (100) | - | - | - | - | 3 sur 6 soit 50% | - |
| | | | | | | | | | | | | |
| Hospitalisa- tion en 3 ^e catégorie | 50 000FCFA | - | 3 | - | 3 | (100) | - | - | - | - | - | - |
| | | | | | | | | | | | | |

Tableau XV : Aspects économiques des ulcères duodénaux au bout de 30 jours de traitement.

CHAPITRE V : DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Il demeure intéressant de confronter nos résultats à ceux des travaux déjà effectués sur les ulcères duodénaux au Mali, dans d'autres pays d'Afrique et ailleurs à travers le monde.

A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1. Fréquence des ulcères duodénaux en fonction du sexe :

92,78% de nos patients sont du sexe masculin. Ceci corrobore le fait bien classique que l'ulcère est une maladie de l'homme. le sex ratio est de 51/4 en faveur des hommes. Il est largement au dessus des chiffres de plusieurs auteurs :

- 4/1 en faveur des hommes dans la série de DUFLO-MOREAU et Coll. (31) 1980, Mali ;
- 10/2 en faveur des hommes dans la série de BEZEG et Coll. (15) 1963, Sénégal ;
- 3,35 en faveur des hommes d'après KLOTZ et Coll. (43), 1987, Gabon ;
- 158 hommes pour 29 femmes dans la série de ALANDRY (1), 1988, Madagascar ;
- 351/78 dans la série de FEDAIL et Coll.(35), 1987, Soudan ;
- 9 hommes pour une femme, selon TOVEY (67), 1975.

En Europe, cette prédominance masculine est également notée : CARRERA (17) rapporte 48 hommes contre 12 femmes (soit 80% des cas) dans une série de 60 ulcères duodénaux (1981, France).

2. Fréquence des ulcères duodénaux en fonction de l'âge :

La majorité de nos patients ont moins de 40ans (36,36% des cas). Cette constatation rejoint celle de ANGATE et Coll. (70), DUFLO-MOREAU (31), BEZES (15), FEDAIL (35) et KOLAWOLE (44). Il apparait que l'ulcère est une maladie de l'adulte jeune au Mali comme partout en Afrique.

En Occident par contre, l'âge d'apparition des ulcères duodénaux est nettement plus élevé, la maladie survenant vers 45-50 ans. Notons que la comparaison entre les pays en voie de développement (tropicaux en particuliers) et les pays industrialisés est en fait difficile dans la mesure où l'espérance de vie est totalement différente.

3. Milieux Socio-économique :

80% de nos patients sont des citoyens contre 20% seulement de ruraux.

DUFLO-MOREAU et Coll. (31) rapportent les mêmes constatations dans leur Série. Selon YANGNI-ANGATE (70) l'ulcère duodénal serait plus fréquent chez les travailleurs salariés (38,75% des cas de leur série) que chez les cultivateurs (12,5%).

Inversement, CHABAL et Coll. (23) estiment que 50% des cas de leur série sont des ruraux ou des gens de bas niveaux socio-économiques.

En réalité il est évident que nos statistiques reflètent beaucoup plus la facilité d'accès aux soins médicaux des divers catégories socio-économiques que la prévalence réelle des ulcères duodénaux en leur sein.

B. SIGNES CLINIQUES REVELATEURS :

Nous comparons nos résultats à ceux de YANGNI-ANGATE (70) 1981, Côte d'Ivoire, LOKROU et Coll. (53), 1986, Côte d'Ivoire, ALANDRY (1), 1988, Madagascar et DUFLO-MOREAU (31), 1980, Mali dans le tableau XVI.

| Signes cliniques Revelateurs | YANGNI-ANGATE (1981, Côte d'Ivoire) 303 cas | DUFLO-MOREAU (1980, Mali) 275 cas | LOKROU (1986, Côte d'Ivoire) | Série personnelle (55 cas) |
|------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Douleurs typiques | 72,5% | 75% | 27% | 66,04% |
| Douleurs atypiques | - | - | 38% | 33,96% |
| Hémorragies digestives | 19,14% | 14,5% | 46% | 7,27% |
| Vomissements | - | - | 21% | 30,90% |
| Découverte fortuites | - | - | 4,7% | 1,8% |
| Perforation | 43,75% | 0% | 0,3% | 0% |
| Sténose | 13,2% | 19,8% | 5% | 0% |

Tableau XVI : Fréquences des signes cliniques révélateurs des ulcères duodénaux par rapport à d'autres séries.

En comparant nos résultats à ceux des travaux mentionnés ci-dessus, une remarque s'impose : le faible pourcentage des complications en particulier des hémorragies digestives dans notre série. Ceci s'explique très vraisemblablement par la demande native de la fibroscopie gastro-duodénale devant toute notion d'épigastrie à Bamako. A partir de là, il est possible que la majorité des ulcères duodénaux soient découverts assez précocement et traités, ceci évitant alors toute complication.

C. FACTEURS DE RISQUE ET BILHARZIOSE :

34,55% de nos patients sont des fumeurs, 32,73% prennent régulièrement du café, 29,05% sont consommateurs épisodiques d'Aspirine. Ces résultats sont assez différents de ceux de la série de DUFLO-MOREAU (31) (51% de fumeurs, 65% de prise de Salicylés), mais rejoignent sensiblement les chiffres de LOKROU (53) (39% de tabagisme);

KOLAWOLE (44) (1973, Nigéria), TOVEY (67) 1975 et BROZIN (16) 1977, Afrique du Sud), insistent comme nous sur l'influence des épices, du piment, du sucre raffiné dans la genèse de l'ulcère.

D'autres auteurs attribuent la fréquence des ulcères dans certains pays d'Afrique au manioc (52), aux bananes plantains (26), à l'alcool, à la lourdeur des repas (52 ; 44).

Le facteur stress est mentionné dans la quasi totalité des cas par plusieurs auteurs.

Il serait important de souligner le rôle de l'hypersécrétion acide dans la genèse des ulcères duodénaux, noté par des auteurs en Afrique du Sud (3) et au Sénégal (65).

Soulignons que dans notre série, nous n'avons pratiqué aucune étude de la sécrétion acide gastrique.

20% de nos patients ont un antécédent familial d'ulcère gastro-duodéal et 92,73% un antécédent personnel d'ulcère duodéal ou de ses signes évoluant depuis plus d'un an. Dans la série de CHABAL et coll.(23) nous retrouvons 50% de patients ayant un facteur héréditaire d'ulcère gastro-duodéal. La preuve d'une prédisposition héréditaire de l'ulcère reste cependant à démontrer.

47,28% de nos patients sont du groupe sanguin O, classiquement considéré comme une catégorie de sujets prédisposés aux ulcères duodénaux. Notons que ce groupe est le plus répandu au Mali.

Contrairement à certains auteurs : CAPDEVIELLE (19), WITHAM (69), nous n'avons pas retrouvé de facteurs étiologiques bilharziens dans notre série. En particulier il n'a pas été retrouvés d'oeufs de schistosome à l'examen microscopique des biopsies d'ulcères duodénaux.

D. ASPECTS ENDOSCOPIQUES :

Sur 886 fibroscopies effectuées en 12 mois par notre service d'endoscopie digestive haute, nous avons dépistés 60 ulcères duodénaux contre 40 ulcères gastriques. Le rapport ulcères duodénaux/ulcères gastriques de notre série revenant à 3/2.

Ce faible taux d'ulcères gastriques se retrouve dans la plupart des publications africaines : BEZEFZ (15) 1963, Sénégal rapporte 1 530 ulcères duodénaux/87 ulcères gastriques,

ANGATE (2) 1971, Côte d'Ivoire, 111 ulcères duodénaux/5 ulcères gastriques, ALANDRY (1) 1988, Madagascar, 197 ulcères duodénaux/95 ulcères gastriques et DUFLO-MOREAU (31) 1980 Mali, 275 ulcères duodénaux/109 ulcères gastriques.

Par contre CORACHAN (26) 1976, Tanzanie relève 1 ulcère duodéal sur 6 ulcères gastriques dans sa série et COCKSHOTT (24) 1979, note que l'ulcère gastrique est d'une fois plus fréquent que l'ulcère duodéal autour du lac Kivu, au Rwanda et au Zaïre.

5 cas d'association ulcère duodéal - ulcère gastrique sont retrouvés dans notre série de 55 patients, soit 9,05% des cas.

Les ulcères duodénaux non compliqués représentent 87,27% de notre statistique. Seulement 7 cas de complications sont notés à l'examen endoscopique (12,71% des cas) dont :

- 5 héorragies digestives (9,09% des cas) ;
- 1 sténose pyloro-bulbaire (1,15%) ;
- un ulcère duodéal probablement perforé bouché (1,19%).

En comparaison aux données de la littérature (tableau XVII) trois remarques s'imposent :

- la fréquence assez élevée des ulcères duodénaux non compliqués dans notre série (87,37%) par rapport aux chiffres des auteurs ;

- la très grande fréquence des héorragies digestives dans les séries de LOKROU (53) (89% des cas) et de DERRIEN (29) (26,15%), inversement aux cas de notre étude (9,05%) bien qu'elles demeurent la plus grande complication rencontrée chez nos patients.

- la rareté des cas de sténose et de perforation dans notre série, contrairement aux taux observés par DUFLO-MOREAU et Coll. (31) (18,2% d'ulcères creusant probablement perforés bouchés et 19,3% de sténoses pyloro-duodénales).

Dans notre série un siège bulbaire de l'ulcère duodéal est retrouvé dans 80,70% des cas (46 fois sur 57 ulcérations duodénales vues chez nos 55 patients). Notons ici que des ulcères multiples se voient chez un seul patient.

Ces résultats, bien que corroborant les constatations de plusieurs auteurs sur la prédominance des ulcères duodénaux au niveau du bulbe, diffèrent de ceux de la série de DUFLO-MOREAU (31) : 272 ulcères bulbaires sur 275 ulcères duodénaux soit 98,90% des cas, de CAVE et Coll. (21) 219/230 soit 95,22% des cas, de CAZENAVE (2) 38/39 (97,43% des ulcères duodénaux).

Il est supérieur aux statistiques de KOLAWOLE (44) (65% des ulcères duodénaux) et de SOW et Coll. (64) (66,66% des ulcères duodénaux).

| AUTEURS ULCÈRES DUODÉNAUX | CHABAL (1970) | | ANGATE (1971) | | DERRIEN (1978) | | DUFLO-MOREAU | | LOKROU (1986) | | ALANDRY (1988) | | Série person- nelle 55 U.D. | |
|---------------------------------|---------------|------|---------------|-----|----------------|-------|--------------|------|---------------|-----|----------------|-------|--------------------------------|-------|
| | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % |
| Non compliqués | 119 | 47,6 | 43 | 42 | 144 | 73,85 | 167 | 60,7 | 130 | 48 | 155 | 72,20 | 48 | 87,27 |
| Hémorragies | 5 | 2 | 6 | 5 | 51 | 26,15 | 22 | 8 | 126 | 89 | 36 | 19,22 | 5 | 9,09 |
| Perforation | 40 | 16 | 32 | 27 | - | - | 50 * | 18,2 | 6 | 4 | 1 | 0,54 | 1 | 1,19 |
| Sténose | 82 | 32,8 | 27 | 23 | - | - | 53 | 19,3 | 8 | 5 | 8,02 | - | 1 | 1,19 |
| Fistules Cholédoco- duo. | 4 | 1,6 | 3 | 2,7 | - | - | - | - | 1 | 0,3 | - | - | - | - |
| Total | 31 | 52,4 | 68 | 58 | 51 | 26,15 | 125 | 45 | 141 | 52 | 52 | 27,60 | 7 | 12,73 |

Tableau XVIII : Fréquence des complications ulcéreuses duodénales rencontrées au cours de notre étude par rapport à celles de la littérature.

* = ulcères creusants probablement perforés bouchés.

La face antérieure du bulbe duodénal est le siège de prédilection des ulcères 35,05% des cas de notre série, 49,51% dans la série de AUBRY et Coll. (6) sur 414 ulcères bulbaires, 36,95% des cas sur 46 ulcères bulbaires note ATTIA et Coll. (4), 40,27% des 221 ulcères duodénaux de la série de ALANDRY (1).

E. EXAMENS BIOLOGIQUES ET PARASITOLOGIQUES :

Un seul cas d'anémie est retrouvé dans notre série (1,81%) contrairement aux travaux de LOKROU (53) (9 cas d'anémie sur 271 ulcères gastro-duodénaux soit 3,32%). Ce même auteur rapporte 1,84% d'hémoglobinopathie (dont le type n'a pas été précise) dans sa série contre 5,45% d'hémoglobinopathie A/S retrouvée dans notre enquête.

Dans l'ensemble les anomalies sont rares dans les ulcères duodénaux et nos constatations rejoignent celles de plusieurs auteurs.

Contrairement aux travaux de LOKROU (53) 4 cas de bilharziose intestinale sur 271 ulcères gastro-duodénaux, de ALANDRY (1) (23 parasitoses intestinales sur une série de 282 ulcères gastro-duodénaux) de MECHALI et Coll. (56) (10 à 15% de cas de parasitoses intestinales), et de AUBRY (5) (67 cas de parasitoses intestinales dont 19 ankylostomiasés) nous n'avons constaté dans notre série que 5 cas (9,05%) de parasitoses intestinales dont 4 rectites bilharziennes et une ankylostomiase.

Signalons les parasites intestinaux (notamment les ankylostomes, les anguillules et les ascaris) dépités par l'examen parasitologique des selles, ne sont souvent mis en évidence qu'après plusieurs examens, ou nécessitent parfois l'emploi de technique particulière comme celle du Baerman pour les anguillules. Ainsi, tout le long de notre travail, si l'on retrouvait des parasites intestinaux, on n'affirmait qu'avec prudence leur responsabilité dans les troubles observés, notamment les épigastalgies.

En règle, l'absence d'autres causes retrouvées et surtout la cécation après traitement anti-parasitaire sont nécessaires pour conclure.

F. EVOLUTION :

1. Evolution sous traitement médical :

En Afrique très peu de travaux sont consacrés à l'évolution des ulcères duodénaux après traitement médical.

Dans notre série, sur 29 patients contrôlés endoscopiquement, 26 (55,32%) sont guéris au bout de 30 jours et 3 (6,38%) plus tardivement.

16 cas de guérison sont obtenus après un traitement médical à base de Cimetidine (soit seule, soit associée à un pansement gastrique). A la lumière d'un travail portant sur 11 ulcères duodénaux traités médicalement par ce même produit, pendant 28 jours, ANGATE et Coll. (70), rapportent 2 cas de cicatrisation et un cas de persistance de l'ulcère duodénal.

Par contre, au Mali en 1981, DUFLO-MOREAU et Coll. (31) rapportent 69% de guérisons sur 101 ulcères duodénaux ayant reçus une cure de Cimetidine à la dose de 1g par jour pendant 4 semaines, contre 31% d'échec au bout de cette même période. Chez 18 patients de leur série ayant reçu une deuxième cure de Cimetidine (pendant 4 semaines) ils notent 55% de guérisons (10 patients sur 18) et 65% d'échecs partiels ou totaux (8 cas).

DIALLO BA (30) rapporte sur 65 malades contrôlés endoscopiquement, 60% de guérisons avant 30 jours et 20% au delà, après un traitement médical ayant associé de l'Atropine à un pansement gastrique pendant 30 jours et note 20% d'échecs.

Qu'ils s'agissent des cas de notre série, de ceux d'ANGATE, de DUFLO-MOREAU ou de DIALLO BA, une remarque importante s'impose en ce qui concerne le devenir des patients perdus de vue (au nombre de 16 dans notre série, 41 dans la série de DIALLO BA, 9 dans celle de ANGATE et 57 ulcères duodénaux chez DUFLO-MOREAU) Ces chiffres ne sont pas à considérer comme négligeables devant tous les risques de complications que la maladie duodénale peut engendrer (hémorragie, sténose et perforation) pouvant être fatals.

En effet plusieurs raisons, le plus souvent inhérentes aux patients eux-mêmes peuvent expliquer cette perte de vue. Il est cependant important de signaler d'autre part que cette mauvaise surveillance incombe aux Médecins traitants qui prennent peu de temps pour expliquer aux malades les dangers qu'ils couvrent.

Pour conclure il faut souligner que si le taux de guérison sous traitement médical à 30 jours est bon, en l'absence de traitement d'entretien, il ne préjuge pas de la guérison définitive de la maladie ulcéreuse. De nouvelles poussées sont possibles après cicatrisation et c'est pourquoi le traitement chirurgical radical de l'hypersécrétion acide gastrique semble une meilleure solution à long terme.

2. Evolution sous traitement chirurgical :

Les suites opératoires immédiates, après traitement chirurgical, sont bonnes dans notre série, comme plusieurs auteurs.

2.1. Morbidité : (Effets secondaires)

Nous avons noté exclusivement chez les ulcéreux duodénaux traités par Vagotomie Supra Selective, 33,33% de diarrhée, 16,16% de dysphagie et 16,66% de dyspeptie, ayant soit regressé spontanément, ou suite à un traitement médical de quelques jours. Nos taux restent cependant au dessus de ceux de CABRERA J. (17) : 8,33% de dysphagie et 3,3% de diarrhée ; et de EDELMANN (33) : 1,5% de diarrhée, 2,30% de dysphagie, 10% de stase gastrique. Par contre ils restent au dessus des résultats de MAOUNI (55) : 40% de dysphagie (seul signe très rencontré en post opératoire) ; de HAUTEFEUILLE (40) : 20% de dysphagie sur 75 VSS pour ulcère bulbaire ; de NUSSAUME (57) : 25% de dysphagie.

Les suites opératoires immédiates chez les 3 malades traités par Vagotomie Tronculaires sont bonnes. Aucun cas de diarrhée, de dysphagie n'est noté dans cette série. Contrairement aux données de certains auteurs, aucun incident ou accident post chirurgical n'est rencontré dans notre série.

2.2. Mortalité :

Elle est également nulle dans notre série. Des séries beaucoup plus importantes HAUTEFEUILLE (40) 75 cas, MAOUNI (55) 65 cas ne comportent également aucun mortalité.

2.3. Recidive après traitement chirurgical :

Elle n'est pas observée chez nos 3 malades contrôlés endoscopiquement, du moins durant la période de notre étude. Quelques auteurs rapportent des taux de recidives de 15% sur un recul de 1 à 8 ans (59), 7,7% sur 130 Vagotomies fundiques et 12% sur 75 opérés de plus de 2 ans (33) et 2,6% (40).

remarquons que l'étude de la sécrétion acide gastrique n'a pas été effectuée au cours de notre travail ni avant, ni après traitement chirurgical. Nous gardons donc des reserves quant à l'efficacité réelle du traitement chirurgical (Vagotomie Supra Selective et Vagotomie Tronculaire) et au devenir des ulcéreux traités. Il serait nécessaire d'effectuer une surveillance endoscopique à plus long terme et de contrôler le pH gastrique avant et après Vagotomie sur une plus grande série de patients opérés.

G. COUTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

Dans notre travail on observe que le coût du traitement médical classique par Cimetidine + Pansement est identique au coût de la chirurgie en 2^e catégorie, et ceci pour le premier mois de traitement.

Compte tenu du bon pronostic chirurgical, la Vagotomie est à plus long terme moins coûteuse puisqu'à priori elle évite la reprise d'un traitement médical au cours des rechutes, ou la prescription continue de Cimetidine (qui n'est pas sans inconvénients) pour éviter ces rechutes.

En effet l'attitude actuelle face à la maladie ulcéreuse n'est pas tranchée. La question que l'on peut se poser est la suivante : que peut-on proposer actuellement à un malade guéri d'une poussée d'ulcère duodénal après un traitement d'attaque bien conduit ? L'unanimité n'est pas faite sur la conduite à tenir. BERTRAND et Coll. (14) proposent schématiquement trois types d'attitudes possibles :

- l'abstention thérapeutique ;
- la prescription d'un traitement médical d'entretien ;
- un traitement chirurgical, notamment la Vagotomie.

Bien que de nombreuses inconnues persistent, il est possible de proposer les indications suivantes, sur lesquelles s'accordent la plupart des auteurs (63) :

- En cas de première poussée d'ulcère duodénal : le traitement médical d'entretien ne semble pas nécessaire : ceci aboutirait, en effet au traitement abusif des sujets qui ne récidiveront pas, soit 25% des malades environ.

- En cas de poussées rares et espacées : pas de traitement d'entretien pour les mêmes raisons. On se limitera donc à un traitement d'attaque de chaque poussée.

- En cas de poussées ulcéreuses sévères et rapprochées, il est nécessaire de choisir entre le traitement médical d'entretien (à raison de 400mg de Cimetidine le soir au coucher et le traitement chirurgical par Vagotomie.

Par contre AUBRY et LAMIZANA (5 ; 51) dans une remarquable publication intitulée "Diagnostic et traitement actuels de l'ulcère duodénal non compliqué : Propositions pour une stratégie en zone tropicale" tout en estimant que le schéma thérapeutique de l'ulcère duodénal non compliqué en zone tropicale est simple, proposent les stratégies suivantes :

a. Pour l'ulcère rond de cicatrisation rapide (vu endoscopique)

- Si le malade est vu à la première poussée ulcéreuse : traitement par Cimetidine 800mg pendant six semaines (dose unitaire). En cas d'échec (prouvé endoscopiquement) proposition d'une VSS.

- Si le malade est vu au cours d'une rechute : proposition immédiate d'une VSS.

b. En ce qui concerne l'ulcère irrégulier, salami ou linéaire de cicatrisation lente :

b.1. : Si le malade vu à la première poussée ulcéreuse :

- soit traitement médical par Cimétidine pendant 8 à 12 semaines avec contrôle endoscopique obligatoire. A l'issue, si cicatrisation, pas de traitement d'entretien, et VSS à la première rechute, sinon cicatrisation : VSS.

- Soit VSS d'emblée.

b.2 : Si malade vu au cours d'une rechute :

- VSS.

Dans tous les cas les indications respectives du traitement médical et de la chirurgie sont actuellement difficiles à schématiser. Elles vont dépendre de nombreux facteurs et notamment de l'âge du malade, de sa capacité à suivre un traitement au long cours, des éventuelles contre indications à la chirurgie et surtout de son avis.

Pour revenir à notre travail, nous remarquons qu'une comparaison médicale et chirurgicale en terme de coût ne peut être discutée avec des observations faites dans d'autres pays. Le prix de la journée d'hospitalisation, le taux de remboursement, le prix des médicaments et la part des médicaments gratuits, sont trop disparates d'un pays à l'autre.

Quant aux autres médicaments (Sucralfate, anticholinergiques) nous constatons qu'ils sont moins onéreux que la Cimétidine. Les anticholinergiques classiques (Diphemanil methyl Sulfate et Atropine) méritent d'être encore prescrits pour le traitement d'une poussée d'ulcère duodéal chez les malades les plus démunis, hostiles à une intervention chirurgicale. C'est en ce sens que ces médicaments anciens et bon marché font parti de la liste des médicaments essentiels dans la plupart des pays en voie de développement.

H. CONCLUSION :

En conclusion, le coût des médicaments anti-ulcéreux est beaucoup trop élevé pour que le traitement médical soit proposé avec sécurité à la majorité des patients souffrant d'ulcère duodéal au Mali. Il n'est souvent qu'un "paravent" derrière lequel le praticien se cache en assurant à cours terme une amélioration des symptômes, mais non une guérison de la maladie ulcéreuse duodénale.

Ceci nous permet de conclure à la nécessité de développer une information auprès des Médecins afin de rationaliser le traitement chirurgical des ulcères duodénaux./.-

FACTEURS DE RISQUES

Mode alimentaire :

Sucre raffiné (dose/durée) :

Rapport sucre/protide :

Tabac (nombre de cigarettes/j/durée)

Alcool (g/j/durée) :

Salicylés (doses/durée)

A I N S (doses/durée)

Corticoïdes (doses/durée)

Autres médicaments (doses/durée)

Stress :

Signes de Béri-béri :

ENDOSCOPIE :

Date :

Médecin endoscopiste :

Appareil :

Nombre d'endoscopie : (dates/résultats) :

Sièges d'ulcères duodénaux

Description de l'ulcère :

Hémorragie :

Sténose pylore :

Duodénite :

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Hypersécrétion gastrique :

Oesophage :

Oui Non

Normal

anormal

Estomac :

Normal

anormal

Opéré

Biopsies gastriques /:

Biopsies duodénales :

Nombre :

Nombre :

Résultats :

Résultats :

Oeufu nchtaten

Oeufu nchtaten

Complication après traitement médical de l'ulcère avant endoscopie

Hémorragie

Sténose

Perforation

ATCD de traitement chirurgical

Ulcère : (date/résultat)

Autres (date/résultats)

CLINIQUE

Douleur :

Ballonnement et éructation

Pyrosis et signe du lacet

Anaigrissement

Hématémèse

Melena

Diarrhée

Vomissement

Signes cliniques d'anémie

TRAITEMENTS MEDICAUX :

1. Médicaments antiulcéreux après endoscopie

| Date | Produits | Coût | Durée | Doses | Résultats |
|------|----------|------|-------|-------|-----------|
| | | | | | |

2. Traitements étiologiques (facteurs de risques)

| Etiologie | Date | Produits | Coût | Durée | Dose | |
|-----------|------|----------|------|-------|------|--|
| | | | | | | |

3. Frais d'hospitalisation en Médecine

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Service :

Chirurgien :

Date :

Type d'intervention :

Complications postopératoires immédiates

Coût de l'intervention chirurgicale :

Hospitalisation :

Médicaments fournis par l'hôpital :

Médicaments fournis par le malade :

E V O L U T I O N

Durée de la surveillance

Récidive :

Complications tardives

Médicaments après la sortie et leur coût :

Mortalité :

BIBLIOGRAPHIE

1. **ALANDRY G.**
Endoscopie oesogastro-duodénale.
A propos de 943 cas, examens réalisés à l'Hôpital Principal de Tamatave.
Méd. Afr. Noire ; 1988, 35, 115-124
2. **ANGATE Y.**
Aspects chirurgicaux des ulcères gastro-duodénaux en Côte d'Ivoire.
Afr. Méd., 1971, 8, 213-216.
3. **ANGORN I.B. ; MOSHAL M.G. . BAKER L.W.**
Acid Secretion in Zulu and Indian patients with duodenal ulcers.
S. Afr. Med. J. 1976, 50, 143-145
4. **ATTIA Y. ; GAUDET D. ; MANLAN K.**
Bilan de 15 mois d'endoscopie digestive haute au CHU de Cocody.
Rev. Méd. Côte d'Ivoire ; 1981 ; 54 ; 16-22
5. **AUBRY P.**
Diagnostic et traitement actuels de l'ulcère duodénal non compliqué.
Propositions pour une stratégie en zone tropicale.
Méd. Afr. Noire, 1983, 33, 169-175
6. **AUBRY P. ; ODDES B.**
Apport de l'endoscopie oesogastro-duodénale au diagnostic en zone tropicale.
A propos de 3 000 examens réalisés chez les adultes.
Méd. Trop. ; 1984 ; 3 ; 231-239
7. **AUBRY P. ; KLOTZ F.**
Contribution de l'endoscopie au diagnostic évolutif de l'ulcère duodénal.
Dakar Méd., 1982 ; 1 ; 67-71
8. **BADER J.P. ; EDELMANG G. ; JULIEN M. ; HAUTEFEUILLE P. ; BOURY P. ; YANGNI-ANGATE A. ; DUFLO-MOREAU B.**
Traitement actuel de l'ulcère duodénal.
Méd. Afr. Noire, 1981, 28, 639-642
9. **BAGAYOKO D.**
Etude critique de l'activité d'un service de Médecine Interne à Bamako.
Thèse de Médecine ; Bamako ; 1983

10. BERNADES P.
Les Inhibiteurs H2 : l'attitude pratique d'un traitement de 6 semaines tant pour la Cimetidine que pour la Ranitidine s'est peu à peu repandue.
Rev. Prat. ; 1987 ; 4 ; 7-11
11. BERNADES P.
Les ulcères gastro-duodénaux chroniques non compliqués.
Encycl. Méd., Chir., Paris, Estomac, Intestin, 9021B, 6-1983¹⁰
12. BERNADES P.
Stratégie thérapeutique de l'ulcère duodénal
Concours Méd. ; 1988 ; 110-08 ; 577-581
13. BERNADES P. ; HUGUIER M. et HOURUS.
Complications des ulcères gastro-duodénaux.
Encycl. Méd. Chir. Paris, Estomac, Intestin, 9022 A¹⁰, 11-1983
14. BERTRAND H.J. ; TRINCHET J.C. et FERRIER J.P.
Peut-on prévenir les récurrences d'ulcère duodénal par un traitement médical ?
Rev. Prat. ; 1983 ; 33 ; 1 253-1 256.
15. BEZES H. ; RICHIR Cl.
Aspect chirurgical des ulcères gastro-duodénaux chez le noir africain.
Lyon Méd., 1963, 59, 367-381
16. BROZIN I.H. ; PRAJAPAT D.K. ; BLUMSOHM D.
Perforated duodenal ulcer in black patients.
S. Afr. Med. J. 1977, 52, 186-188.
17. CABRERA J.J.J. ; PEZZUTO G.
Résultats cliniques et sécrétoires de la Vagotomie Supra-Sélective :
Etude de 60 cas.
Sém.Hop. ; 1981, 57 ; 1 731-1 735.
18. CAPDEVIELLE P.
Vingt mois d'endoscopie digestive à Tananarive. Aspects et problèmes particuliers sous les tropiques.
Méd. Trop. ; 1979 ; 6 ; 643-649.

19. CAPDEVIELLE P. ; COIGNARD E. ; LEGAL.
Ulcère pré-pylorique et Bilharziose gastrique.
A propos d'un cas observé à Tananarive.
Méd. Trop. ; 1980 ; 40 ; 71-75.
20. CARAYON A. ; FOUCHER G.
A propos de 163 ulcères duodénaux traités chirurgicalement
chez l'Africain.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire langue française ; 1968, 13 ;
217-222;
21. CAVEL ; SANKALE M. ; PINEAU P. ; PERAL J.
Un an de radiologie gastro-duodénale à Dakar.
Méd. Afr. Noire, 1963, 10, 385-386.
22. CAZENAVE M.
A propos de l'ulcère gastro-duodéal au Cameroun.
Rapport de A. Mouchet.
Mém. Acad. Chir. ; 1956, 82, 845-848.
23. CHABAL J. ; IZARN R.
Point de vue actuel à Dakar sur le traitement des ulcères
gastro-duodénaux.
W. Afr. Méd. J., 1970, 19, 30-32
24. COCKCHOFF P. ; MIDDLEMISS H.
Clinical Radiology in the Tropics.
CHURCHILL LIVINGSTONE Ed. ;
EDINBURGH. 1979.
25. COOK G.C.
Tropical gastro-enterology
OXFORD UNIVERSITY PRESS Ed.
OXFORD, 1980.
26. CORACHAN M.
Radiological Studies of the upper digestive tract in
Tanzanians at Mwanza.
Trop. Geogr. Méd., 1976, 28, 16-20
27. CORNET A. ; BRUMPT L. ; RENAULT P.
Gastrite granulomateuse à nodules épithélioïdes. Bilharziose
gastrique chez un noir africain.
Arch. Fran. Mal. App. dig.
1971 ; 60, 225-234

28. CORTOT A. ; HENRY-AMAR M. ; PAPPO M. ; et PARIS J.C.

Efficacité comparée de la Ranitidine (150mgX2) et de la Cimetidine (400mgX2) dans le traitement de l'ulcère duodénal en poussée. Essai thérapeutique contrôlé multicentrique français.

Gastro-enterol Clin. Biol., 1987 ; 11 ; 136-141

29. DERRIEN J.P. ; GAULTIER Y. ; MONNIER A. ; THOMAS J.

Bilan de 2 années d'endoscopie oesogastro-duodénale à l'Hôpital Principal de Dakar.

Bull. Soc., Méd., Afr. Noire, 1978, 25, 453-463

30. DIALLO B.A.

Ulcères gastro-duodénaux à Bamako.

Aspects Séméiologiques, endoscopiques et évolutifs (à propos de 385 cas).

Thèse de Médecine ; Bamako, 1978

31. DUFLO-MOREAU B. ; GUINDO A. ; DIALLO B.A. ; AG RHALY A. ; DUFLO B.

Les ulcères duodénaux à Bamako :

Aspects épidémiologiques, Symptomatologiques et évolutifs.

A propos de 275 cas.

Ann. gastro-enterol. Hepatol ; 1980 ; 16 ; 103-106

32. DUFLO-MOREAU B. ; GUINDO A. ; DUFLO B.

Place de la Cimetidine dans le traitement de l'ulcère duodénal à Bamako (MALI)

Méd. Afr. Noire, 1981, 28, 651-652.

33. EDELMANN G. ; DEMESTIER P. ; MARTIN P.

Traitement actuel de l'ulcère gastro-duodénal.

Chirurgie ; 1981 ; 107 ; 402-406

34. EL MAHDI S.A.

Les Récidives ulcéreuses après Vagotomie Hyper-Sélective.

Thèse de Médecine ; Alger ; 1984.

35. FEDAIL S. ; HOMEIDA H. ; ARABA B.

Upper gastro intestinal fiberoptic endoscopy experience in Sudan.

Analysis of 2 500 endoscopies.

Lancet, 1983, ii, 897-899

36. FOUET P.

Gastro-entérologie, 2^e éd.

MASSON éd. ; Paris ; 1983

37. GASTARD J. ; GOSSELIN M. ; BRETAGNE J.F.
Ulcère gastro-duodénal et psychologie.
Ann. Gastro-enterol Hepatol ; 1986, 22, 131-140
38. GENTILINI M. ; DUFLO B.
Médecine Tropicale
Flammarion éd. ; Paris ; 1982
39. GIOVANNINI M. ; BOURLIERE M. ; LAUGIER R.
Effets neuro-psychiatriques de la Ranitidine.
A propos de deux cas.
Ann. Gastro-enterol. Hepatol ; 1987, 23, 281
40. HAUTEFEUILLE P. ; PIEL-DESRUISSEAU J.L.
Vagotomies fundiques pour ulcères du bulbe.
Résultats opératoires, cliniques lésionnels et sécrétoires.
Chirurgie ; 1978, 104 ; 436-447
41. HUGUIER M. ; BERNADES P.
Traitement médical et chirurgical des maladies digestives.
MASSON éd. ; Paris ; 1982
42. JULIEN M.
La fibroscopie et l'ulcère duodénal.
Méd. Afr. Noire, 1981, 28, 655
43. KLOTZ F. ; KOUTELE F. ; L'HIER P. ; NGUEMBY-M'BINA C.
La pathologie digestive haute au Gabon.
Etude analytique et comparative à propos de 1 314
oesogastro-duodénoscopies à Libreville (Gabon).
Méd. Afr. Noire ; 1987 ; 34 ; 97-105
44. KOLAWOLE T.M. ; SOLANKE T.F.
Duodenal ulcers in Ibadan, Nigerian
Trop. Geogr. Med., 1973, 25, 325-334
45. KONIE S.N.
Intérêt de la Cimétidine dans le traitement des ulcères
gastro-duodénaux à Bamako.
Thèse de Médecine ; Bamako ; 1980
46. KONTA D.
Valeur sémiologique des épigastralgies à Bamako (enquête
informatique à propos de 1 174 fibroscopies).
Thèse de Médecine ; Bamako ; 1979
47. LAMBERT R.
Ulcère duodénal. Aspects récents.
Actualités digestives médico-chirurgicales
MASSON éd. ; Paris ; 1980

48. LAMBERT R. ; PARTENSKY Ch.
 Ulcères gastriques et duodénaux. Mécanismes de l'ulcérogenèse;
 Encycl. Méd. Chir. ; Paris ; Estomac, Intestin ;
 4-1980, 920 A.10
49. LAMBERT R. ; PARTENSKY Ch.
 Ulcère aigu de Stress.
 Encycl., Méd., Chir., Paris, Estomac, 9021 A10
 4-1980
50. LAMBERT R. ; PARTENSKY Ch.
 La Réduction de la Sécrétion acide.
 Encycl. Méd., Chir., Paris, Estomac, Intestin,
 4-1980, 9020 A50
51. LAMIZANA P.
 Reflexion sur le diagnostic et le traitement actuel de l'ulcère duodénal non compliqué :
 Proposition pour une stratégie en Zone Tropicale.
 Thèse Méd. ; Dakar ; 1981
52. LEWIS E.A. ; ADEROJU E.A.
 Factors in the aetiology of chronic duodenal ulcer in Ibadan.
 Trop.Geog.; Med. ; 1978, 30, 69-79
53. LOKROU A.L. ; DEALLO A. ; TOUTOU T. ; DIEKACOU H. ; NIANKEY E. ; SOUBEYRAND J. ; BEDA B.Y.
 La maladie ulcéreuse du Noir Africain en milieu hospitalier.
 A propos de 271 cas observés dans un service de Médecine Interne.
 Méd. Afr. Noire, 1986, 33, 607-616
54. MANSON-BAHR P. ; APTED P.
 Manson's Tropical Diseases, 18è éd.
 Baillière Tindall éd. LONDON, 1982
55. MAOUNI A. ; MECHAT F. ; HAMIANI O.
 La Vagotomie Supra-Sélective dans le traitement de l'ulcère duodénal.
 Résultats préliminaires de 65 observations
 Maroc, Médical ; 1983 ; 5 ; 325-330
56. MECHALI D. ; SAIMOT G. ; M'BAYE I.
 Les Epigastralgies de l'Africain
 Rev. Méd. ; 1983 ; 24 ; 561-563

57. NUSSAUME O. ; TOURE C.T. ; CHERBONNEL G.
Premier bilan de la Vagotomie ultra-Sélective au Sénégal.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire ; 1978 ; 23 ; 156-161
58. PETITE J.P.
Traitement médical des ulcères gastro-duodénaux non compliqués.
Rev. Prat. ; 1974 ; 24 ; 123-126
59. SID AHMED D.M.
La Vagotomie Supra-Sélective dans le traitement des sténoses pyloro-duodénales d'origine ulcéreuse (à propos de 58 cas).
Thèse de Médecine ; Dakar ; 1981
60. SOUQUET J.C. ; LAMBERT R.
Les ulcères gastro-duodénaux chroniques non compliqués. Nouveaux antisécrétoires gastriques.
Paris, EMC, Estomac, Intestin, 1986, 9021 B10
61. SOUQUET J.C. ; LAMBERT R.
Tabac et ulcères duodénaux.
Encycl. Méd. Chir. ; Paris ; Estomac, Intestin, 9021 B¹⁰
62. SOULE J.C.
Les pansements gastriques. Pharmacologie des pansements anti-acides.
Rev. Prat. ; 1977 ; 27 ; 2 724-2 726
63. SOULE J.C. ; DELCHIER J.C. ; MORIN T.
Le traitement d'entretien de la maladie ulcéreuse duodénale par la Cimétidine.
Gastro-enterol, Clin. ; 1980 ; 4 ; 721-726 et 812-822
64. SOW A.M. ; AGBETRAN M. ; COLY D. ; TOURE Y.L. ; SANKALE M.
La fibroscopie oesogastro-duodénale dans un service de Médecine Interne à Dakar.
Premiers résultats, à propos de 183 examens.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire ; Lang. Fran. ; 1977, 22, 110-120
65. THOMAS J. ; MENARD M. ; DERRIENS J.
La sécrétion acide gastrique au cours des gastropathies du Noir Africain.
Méd. Armées ; 1981 ; 9 ; 717-722

66. TOVEY F.I.

The geographical distribution and possible factors in the aetiology of peptic ulcer.

Trop. Doctor ; 1974, 4, 17-21

67. TOVEY F.I. ; TUNSTALL M.

Duodenal ulcer in black populations in Africa South of the Sahara

Gut. 1975, 16, 564-76

68. TRAORE M.

La Vagotomie Supra-Sélective dans le traitement de l'ulcère duodénal (Résultat précoce des 20 premières observations à Bamako, Mali).

Thèse de Médecine ; Bamako ; 1980

69. WITHAM R. ; MOSSER R.S.

An Unusual presentation of Shistosomiasis duodenitis.

Gastro-enterology ; 1979 ; 12 ; 1 316-1 318

70. YANGNI-ANGATE A. ; KHOURY J. ; ENUA MERRIEN Y. ; BAZEZE ; ECHIMANE ;
TURQUIM H. ; KANGA J.M.

L'ulcère gastro-duodénal en Côte d'Ivoire

Etude de 303 cas.

Méd. Afr. Noire ; 1981, 28, 643-650

71. YOUNG Z.M.

Aspect chirurgical des ulcères duodénaux en milieu noir africain à Bamako.

(à propos de 85 cas)

Thèse de Médecine ; Bamako ; 1977

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

"En présence des maitres de cette école, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hyppocrate, 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 Maitres, 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 leurs promesses.

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

FICHE SIGNALITIQUE

- Auteur : Boukassim MAIGA
- Titre : Ulcères duodénaux à Bamako: Aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques, biologiques (à propos de 55 cas)

- Année : 1988

- Ville de soutenance : Bamako

- Lieu de dépôt : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

- Secteurs d'intérêt : Médecine Interne. Gastro-Enterologie.

- Resumé : Etude portant sur 55 cas ulcères duodénaux observés à l'Hôpital du Point "G" de Bamako (MALI) en 1988. La maladie prédomine chez les sujets jeunes de sexe masculin, les ulcères siégeant surtout à la face antérieure du bulbe duodénal. On note comme facteur favorisant au Mali les anti-inflammatoires et les épices.
Le coût du traitement de l'ulcère duodénal par le malade est moins élevé à court terme s'il est traité médicalement, mais plus à long terme. Par contre le traitement chirurgical est plus onereux dans l'immédiat, du fait de l'intervention, mais à long terme il s'agit du traitement le plus économique et le plus efficace.

- Mots clés : Ulcère, Duodénum, Epidémiologie, Fibroscopie, Economie.