

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

DIRECTION NATIONALE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEURS ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

A N N E E : 1 9 9 0

THESE N° ____/

CONTRIBUTION A L'ETUDE ANATOMOCLINIQUE

DES PATHOLOGIES OESOPHAGIENNES

AU

CENTRE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE DE BAMAKO

(A PROPOS DE 612 CAS)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE _____ 1991

DEVANT L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DU MALI

PAR Melle. FATOUMATA DIAROUKOU TOURE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

JURY : PRESIDENT : PROFESSEUR SINE B A Y O
MEMBRES : PROFESSEUR SAMBOU S O U M A R E
DOCTEUR MOUSSA M A I G A
DIRECTEUR DE THESE : DOCTEUR HAMAR ALASSANE T R A O R E

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1990-1991

LISTE DES PROFESSEURS :

Professeur Issa TRAORE	Directeur Général
Professeur Boubacar S. CISSE	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Professeur Bakary M. CISSE	Secrétaire Général

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R. de Chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho.Traumat.Sécourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumat
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Madame SY Aida SOW	Gynéco-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Docteur Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini Ag. MOHAMED	C.R.L.
Docteur Mme DIANE F.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Docteur Sidy Yaya TOURE	Anesthésie-Réanimation
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Ortho-Traumatologie
Docteur A.K. TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Path.
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéhia Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Chef D.E.R. Sciences Fond.

3. DOCTEURS 3è. CYCLE

Professeur Moussa ARAMA	Chimie Organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Mamadou KONE	Physiologie
Professeur Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Professeur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Professeur Mamadou CISSE	Biologie

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D.E.R. Médecine
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médecine Interne
Docteur Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar A. TOURE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Harouna KEITA	Matières Médicales
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D.E.R. Sciences Pharm.

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (Chefd D.E.R.)
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de Conf. Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
Docteur Bocar G. TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Docteur Mme CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo DIARRA	Zotanique
Professeur Bousa DIARRA	Bactériologie
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Professeur Messaoud LAHBIB	Biologie
Professeur Bakary I. SACKO	Biochimie
Professeur Yoro DIAKITE	Maths
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Docteur Aliou KEITA	Galénique
Docteur Boubacar KANTE	Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mme. Sira DEMBELE	Maths
Mr. Modibo DIARRA	Nutrition
Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène Analytique

ASSISTANTS

Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur Drissa DIALLO	Matière Médicale
Docteur Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie
Docteur Saharé FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoit KOUMARE	Chimie Analytique

C. E. S.

Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Georges YAYA (Centrafrique)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Amadou DIALLO (Sénégal)	Ophtalmologie
Docteur Askia MOHAMED (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur N'DJIKAM Jonas (Cameroun)	Ophtalmologie
Docteur DEZOUNBE Djoro (Tchad)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A. maiga	Santé Publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie Générale
Docteur Mohamed TRAORE	Chirurgie Générale
Docteur Mohamed Ag BENDECH	Santé Publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur E. A. YAPO	Biochimie
Professeur Boubacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur I. FOURASTE	Pharmacie Chimique
Professeur Léopold TCHAKPE	Galénique

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H. G. T.
Docteur Tahirou BA	H. G. T.
Docteur Amadou MARIKO	H. G. T.
Docteur Badi KEITA	H. P. G.
Docteur Antoine Niantao	H. G. T.
Docteur Kassim SANOGO	H. G. T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I. N. R. S. P.
Docteur Chompéré KONE	I. N. R. S. P.
Docteur Adama SANOGO	I. N. R. S. P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I. N. R. S. P.
Docteur Almahdy DICKO	P. M. I. SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	K A T I
Docteur Arkia DIALLO	P. M. I. CENTRALE
Docteur REZNIKOFF	I. O. T. A.
Docteur TRAORE J. THOMAS	I. O. T. A.
Docteur P. BOBIN	I. MARCHOUX
Docteur A. DELAYE	H. P. G.

D E D I C A C E S

E T

R E M E R C I E M E N T S

D E D I C A C E S :

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A MON PERE :

Qui a tout mis en oeuvre pour ma réussite.
Que ton âme repose en paix.

A MA MERE :

Adorable naman.
Que ton âme repose en paix.

A SIDI MAHAMANE TOURE :

Mon frère dont le soutien ne m'a jamais manqué. Puisse cette thèse être la récompense de ton aide fraternelle.

- AUX FAMILLE OULD IBRAHIM KHALIL HADARA ET TOURE :

Qu'elles trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

- A TOUS MES AMIS (ES) :

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

Veuillez tous trouver à travers ce travail le renouvellement de mon attachement et de ma reconnaissance.

- A CHEICK HAMALLA HADARA :

Qu'il trouve ici l'expression de toute mon affection.

- A ABDRAHAMANE TOURE :

Trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance.

R E M E R C I E M E N T S :

- A MES MAITRES DE MEDECINE INTERNE :

Professeur Eric PICHARD, Professeur Aly
Nouhoum DIALLO, Docteur Mamadou DEMBELE,
Docteur Hamar Alassane TRAORE.

Votre enseignement m'a été d'une utilité
inestimable.

Je suis fière de compter parmi vos
élèves.

Veuillez acceptez l'expression de mes
profonds gratitude et respect.

AU Professeur ALY GUINDO ;

AU Professeur ISSA TRAORE ;

AU Docteur OGOBARA DOUMBO ;

AU Docteur SIDI MOHAMED SALL ;

Merci de l'aide appréciable que vous
m'avez apportée pour la réussite de ce
travail.

- A TOUT LE PERSONNEL :

Du Service d'Anatomie Pathologie de
l'Institut National de Recherche en Santé
Publique.

- AU PERSONNEL :

Du Laboratoire du Point "G".

- A TOUS LES MALADES :

Qui ont fait l'objet de ce travail.

- AU PERSONNEL :

De la Médecine A, B, C, D.

- AU PERSONNEL :

De la Bibliothèque de la Faculté de
Médecine de Bamako.

- A TOUS CEUX :

Qui m'ont enseigné depuis l'Ecole
Primaire jusqu'à ce jour.

- A TOUS LES ETUDIANTS (ES) :

De l'Ecole Nationale de Médecine et de
Pharmacie.

- A MADAME TRAORE HAWA :

Que je remercie pour sa gentillesse et
sa sympathie.

- A CHEICK TIDIANI SYLLA :

Qui a accepté de frapper cette thèse
malgré ses multiples préoccupations.

Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde gratitude.

- A NOUHOUM CAMARA dit NOE ;

- A MAMADOU SAMAKE dit MEDOU ;

- A KASSOUM TAPO ;

- A BOCAR TAPO dit VIEUX-NI.

Pour toute l'amitié qu'ils ont toujours
manifesté à ma personne.

- ET A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDE A DIVERS TITRES

AUX MEMBRES DU JURY :

- A MON MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

LE PROFESSEUR SINE BAYO :

Agrégé en anatomie pathologie et d'histologie-Embriologie. Chef de service du Laboratoire d'histopathologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique. Professeur à l'Ecole de Médecine.

Je vous remercie pour toute l'aide que vous m'avez apportée et l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

- A MON MAITRE ET JUGE :

LE PROFESSEUR SAMBOU SOUMARE :

Agrégé de chirurgie générale. Chef de Service de Chirurgie "A", à l'Hopital du Point "G". Professeur à l'Ecole de Médecine.

Qu'il soit remercié d'avoir accepté de faire partie de mon Jury.

AU DOCTEUR MOUSSA MAIGA :

Assistant Chef de Clinique au service de Gastro Entérologie.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en siégeant à mon Jury de Thèse.

- A MON MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

LE DOCTEUR HAMAR ALASSANE TRAORE :

Assistant Chef de Clinique en Médecine Interne. Spécialiste d'Endoscopie Digestive et d'Echographie à l'Hopital du Point "G".

Je vous suis reconnaissante pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée et sans laquelle ce travail ne serait fini.

LISTE DES ABREVIATIONS :

V.O.	=	Varices Oesophagiennes ;
H.H.	=	Hernie Hiatale ;
R.G.O.	=	Reflux Gastro-Oesophagien ;
S.I.O	=	Sphincter Inférieur de l'Oesophage ;
V.I.H.	=	Virus de l'Immuno déficience acquise ;
O.R.L.	=	Oto Rhino Laryngologie ;
H.T.P.	=	Hypertension Portale ;
E.B.O.	=	EndoBrachyOesophage ;
T.O.G.D.	=	Transit Oeso Gastro Duodéal ;
A.S.P.	=	Abdomen Sans Préparation ;
ANTI H2	=	Antagoniste de recepteur H2 de l'histamine ;
S.R.G.O.	=	Syndrome de Reflux Gastro Oesophagien ;
I.G.O.	=	Invagination Gastro Oesophagien ;
E.L.I.S.A.	=	Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
N.F.S.	=	Numération Formule Sanguine ;
V.S.	=	Vitesse de Sédimentation ;
H.G.T.	=	Hopital Gabriel TOURE ;
B.M.R.	=	Biopsie de la Muqueuse Rectale ;
C.M.V.	=	Cytomegalo Virus ;
A.E.G.	=	Alteration de l'Etat Général ;
O.M.I.	=	Oedème des Membres Inférieurs ;
C.P.F.	=	Cancer Primitif du Foie ;
B.I.C.A.P.	=	Sonde d'Electrocoagulation Bipolaire.

S O M M A I R E

	PAGES
<u>CHAPITRE 1</u> : INTRODUCTION	1
<u>CHAPITRE 2</u> : RAPPEL SUR LES METHODES D'EXPLORATION DE L'OESOPHAGE ET LES PRINCIPALES ANOMALIES DE L'OESOPHAGE ..	4
Les méthodes d'exploration de l'oesophage	5
Les principales anomalies de l'oesophage	8
<u>CHAPITRE 3</u> : ETUDE PERSONNELLE	21
Malades et Méthode d'Etude	22
Résultats	25
Les observations	50
<u>CHAPITRE 4</u> : DISCUSSION	64
Critique de notre méthode de travail	65
Comparaison de nos données à celles de la littérature	68
<u>CHAPITRE 5</u> : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	86
BIBLIOGRAPHIES	90
A N N E X E	109
R E S U M E	117

C H A P I T R E 1

INTRODUCTION.

La pathologie digestive haute tient une grande place dans les occupations journalières du medecin traitant, celle de l'oesophage en constitue un élément non négligeable (52,79).

La dysphagie est l'un des symptômes les plus fréquents de la pathologie oesophagienne (12). La régurgitation, le pyrosis sont aussi des symptômes d'orientation.

Le diagnostic étiologique de ces symptômes ne peut être établi que par l'exploration du tractus oesophagien. Celle-ci se fait à l'aide de l'endoscopie digestive haute, de la radiologie et recemment de la manometrie ou de la PH metrie.

L'interprétation des images vues par l'endoscopiste est subjective. En cas d'inflammation non spécifique des biopsies bien dirigées permettent un diagnostic de certitude.

La revue de la litterature sur les anomalies de l'oesophage révèle un regain de connaissance sur la fréquence de cette affection dans tous les continents.

Par exemple en Afrique plus précisément au Gabon, Klotz et Coll. rapportent 325 cas soit 24,73 % de pathologies oesophagiennes sur 1 314 oesogastroduodenoscopies (79) ; à Dakar, Derrien J.P. et Coll. ont enregistré 127 cas soit 10,50 % des anomalies oesophagiennes et du cardia sur 1 200 endoscopies (43).

De nombreux travaux sur la pathologie digestive haute ont été effectués au Mali depuis l'avènement de la fibroscopie en Mars 1976. Aucun de ces travaux n'a été consacré de manière spécifique à la pathologie oesophagienne. Ils ont permis incidemment de reveler quelques cas de cette pathologie. C'est ainsi que Coulibaly B., signale sur 1 503 fibroscopies, 126 cas de hernies hiatales (8,38 %), 119 cas de varices oesophagiennes (7,9 %), 110 cas d'oesophagite (7,31 %), 92 cas de cancer oesogastroduodenal dont 2 cas d'adenocarcinome de l'oesophage. Ces malades ont été recrutés sur une période de 17 mois (34).

Compte tenu de ces résultats il nous a paru intéressant d'étudier les anomalies de l'oesophage tout en visant les objectifs suivants :

- évaluer l'importance de la pathologie oesophagienne dans le Centre d'endoscopie digestive de l'Hopital du Point "G" ;
- déterminer les principales étiologies ;
- proposer un suivi thérapeutique.

Au cours de ce travail, après avoir exposé l'introduction, nous faisons un rappel sur les méthodes d'exploration de l'oesophage et les principales anomalies de l'oesophage. Nous examinons ensuite les méthodes de travail ayant permis de recueillir nos données et les résultats de notre étude. Nous envisageons la discussion dans laquelle nous comparons nos données à celles de la littérature. Enfin, nous proposons une conclusion.

C H A P I T R E 2

RAPPEL SUR LES METHODES D'EXPLORATION DE L'OESOPHAGE
ET LES PRINCIPALES ANOMALIES OESOPHAGIENNES

2.1. - LES METHODES D'EXPLORATION DE L'OESOPHAGE

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour l'exploration fonctionnelle et organique de l'oesophage. Les méthodes connues jusqu'ici sont essentiellement l'endoscopie, la radiologie, la PHmetrie, la manometrie et la scintigraphie. Nous les examinons une à une.

2.1.1. - L'ENDOSCOPIE.

L'endoscopie est connue en médecine pour la première fois en 1932 par le gastroscope semi rigide. Avec cet appareil, l'oesophagoscopie était dangereuse et difficile à supporter par le malade.

Le progrès technologique par l'apparition de fibroscopes en fibres de verre plus souples en 1958, a facilité l'exploration et l'étude des anomalies oesogastroduodénales. Ainsi la technique s'est rapidement répandue en Afrique et plus particulièrement au Mali à partir de l'année 1976.

La fibroscopie est devenue l'examen indispensable en gastroenterologie. En effet, grâce à son maniement facile, la fibroscopie permet une exploration complète et un diagnostic rapide et précis.

Selon Moullinier, elle sert en même temps de moyen de diagnostic, de thérapie et de surveillance (7).

Par rapport à l'oesophagoscopie, la fibroscopie est sans danger pour le patient et se pratique à tout âge.

D'autres moyens d'exploration endoscopiques tels que la vidéo endoscopie et l'écho endoscopie améliorent les performances à la fibroscopie.

L'endoscopie haute se réalise chez le malade à jeûn et prémédiqué. Le patient se place en décubitus latéral gauche, les membres inférieurs fêchis et la tête en légère flexion antérieure. Le patient avale le tube qui est progressé lentement par l'endoscopiste sous contrôle visuel, en même temps l'infirmier assistant aide la progression du tube et contrôle la bague protégeant le fibroscope des morsures. Une fois le duodénum

atteint le tube est retiré progressivement tout en examinant le duodenum, l'estomac et l'oesophage.

2.1.2. - RADIOLOGIE.

L'endoscopie est peu contributive dans le diagnostic de certaines anomalies de l'oesophage (hernie hiatale par roulement, brachyoesophage, diverticule de l'oesophage). La radiologie reste l'examen de choix dans ces anomalies. Elle utilise le cliché sans préparation et le transit oesophagien suivi sous scolie dans la plupart des cas. Les techniques radiologiques sont nombreuses.

La tomодensitometrie est une méthode radiologique plus efficace dans l'étude du cancer de l'oesophage (88).

2.1.3. - MANOMETRIE.

La manometrie consiste à mesurer la pression de l'oesophage à différents niveaux et d'étudier son péristaltisme. La manometrie utilise des cathéters. Cet examen est couramment utilisé dans les investigations des anomalies motrices de l'oesophage et dans le diagnostic du reflux gastro oesophagien. Il permet d'étudier les effets pharmacologiques modifiant la motricité oesophagienne.

La manometrie a un intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique (116).

La technique consiste à introduire une sonde par voie nasale ou buccale chez un patient en décubitus dorsal. La sonde déglutie, le malade respire normalement et exécute des mouvements de déglutition surtout sèche à la demande. L'extrémité distale de la sonde doit progresser jusqu'à l'estomac dont la pression nulle servira de référence. La sonde reliée à un dispositif de perfusion et d'enregistrement transmet successivement les modifications de pression au cours de son retrait (116).

2.1.4. - LA PHMETRIE.

A l'aide d'une électrode de verre, la PHmetrie consiste à mesurer le PH endoluminal de l'oesophage. La PH metrie permet une étude précise du RGO. Elle sert en même temps de moyen de

surveillance thérapeutique. La PH metrie utilise plusieurs techniques. Des enregistrements peuvent se faire sur une période courte ou prolongée. L'examen se réalise en période post prandiale. L'électrode est introduite par voie nasale et fixée à 5 cm au dessus du cardia. La variation brutale de PH lors du retrait progressif de l'électrode permet de repérer le cardia. Le malade respecte des périodes en position allongée, assise et en station debout avec marche selon les protocoles. L'enregistrement du PH oesophagien se fait à l'aide d'un microcapteur relié à un enregistreur (11).

2.1.5. - LA SCINTIGRAPHIE.

La scintigraphie est une méthode qui consiste à ingérer une certaine quantité de sulfocolloïde en fonction des indications. L'examen est réalisé chez le sujet à jeûn depuis 3 heures. Le patient est placé en decubitus dorsal. On lui fait ingérer de sulfocolloïde. Un cliché est effectué toutes les 4 secondes. Un dispositif d'imagerie séquentielle rapide permet de visualiser le passage de l'embolo radioactif. L'enregistrement de la radioactivité oesophagienne et gastrique se poursuit (86).

La scintigraphie peut être utilisée comme les méthodes précédentes pour diagnostiquer certaines anomalies de l'oesophage (troubles moteurs). Elle sert de moyen de surveillance thérapeutique. Elle est plus sensible que la manometrie pour diagnostiquer les troubles moteurs de l'oesophage. Sa sensibilité est analogue à celle de la PHmetrie (86).

2.2. - LES PRINCIPALES ANOMALIES OESOPHAGIENNES.

Les anomalies oesophagiennes sont nombreuses tout comme les méthodes d'exploration de l'oesophage. Nous les classons en anomalies inflammatoires, acquises et /ou congénitales, tumorales.

2.2.1. - LES ANOMALIES INFLAMMATOIRES.

2.2.1.1. - LES OESOPHAGITES.

Les causes des oesophagites sont multiples. Les oesophagites sont le plus souvent secondaires et peuvent être aiguës, latentes ou chroniques.

Les oesophagites les plus courantes sont celles entraînées par le reflux gastro-oesophagien dans lequel il faut inclure les anomalies de la région oesocardiotuberositaire.

Une ingestion caustique accidentelle ou dans un but suicidaire est générateur d'une oesophagite. Il en est de même de certains gestes thérapeutiques parmi lesquels nous citerons une endoscopie, une intubation, une radiothérapie. Une chimiothérapie, une antibiothérapie aux β lactamines et aux cyclines à large spectre entraînent une oesophagite de type mycosique.

Le blocage d'un corps étranger dans l'oesophage peut à la longue entraîner une oesophagite (30). La possibilité d'oesophagite allergique par piqûre de guêpe ou par vapeurs irritantes est controversée (17).

Les oesophagites s'intègrent également dans les maladies générales. Nous citerons entre autres les endocrinopathies, les maladies infectieuses, les maladies systémiques (sclérodermie), neurologiques (sclérose en plaque), cutané - muqueuses (pemphigus) (30).

Parmi les oesophagites infectieuses les formes mycosiques, herpétiques et ^{cell} dues au CMV sont devenues les plus fréquentes depuis l'apparition de l'infection par le virus VIH.

Les oesophagites mycosiques, dues habituellement aux levures du genre candida albicans sont retrouvées chez les sujets immuno déprimés porteurs d'une infection chronique ou d'un cancer. Les oesophagites mycosiques peuvent également survenir sur des lésions préexistantes de l'oesophage.

Les autres formes infectieuses telles que l'oesophagite tuberculeuse et syphilitique sont exceptionnelles et ne sont en fait jamais isolées (17).

Ailleurs, l'oesophagite peut se rencontrer au cours d'une infection ORL et respiratoire.

Les manifestations cliniques sont polymorphes. Les oesophagites se manifestent par des signes d'obstruction difficilement discernables par rapport à ceux du cancer de l'oesophage. Ces signes associent une dysphagie, un hoquet, une hypersialorrhée et une régurgitation.

La dysphagie est le signe commun aux oesophagites. Son caractère est variable en fonction du type d'oesophagite. Elle s'accompagne généralement d'un amaigrissement, d'une douleur retrosternale ascendante et positionnelle, des vomissements sanglants et d'une odynophagie.

Des affections ORL et stomatologiques peuvent simuler une oesophagite dans ses manifestations atypiques.

L'endoscopie haute avec biopsies est l'examen le plus précieux pour le diagnostic des oesophagites.

Le transit oesophagien permet de déceler une éventuelle stenose.

Dans les oesophagites infectieuses l'endoscopie est complétée par des examens biologiques spécifiques.

La PHmetrie est utile dans le bilan des cas rebelles au traitement médical et dans les formes à symptômes atypiques.

La manometrie peut quelques fois révéler une étiologie.

Le traitement est fonction du type d'oesophagite. Le traitement médical préconisé en cas d'oesophagite par reflux repose sur le régime hygienodietétique, les antiacides, les

agents protecteurs et les antiseptoires (76). Les antiseptoires les plus efficaces sont les antagonistes de récepteur H2 de l'histamine (anti H2). Les médicaments prokinétiques sont également utilisés.

Le geste chirurgical à visée anti reflux est recommandé dans les cas rebelles au traitement médical bien conduit sur une période suffisamment longue.

2.2.1.2. - ULCERE DE L'OESOPHAGE.

L'ulcère de l'oesophage a un mécanisme controversé. L'ulcère siège rarement sur un oesophage sain. Il est favorisé par l'endobrachy-oesophage, par une anomalie de la jonction oesogastrique (brachyoesophage, hernie hiatale, modification chirurgicale du cardia). Il peut également être consécutive à une oesophagite peptique. Cette hypothèse est émise à cause de l'association habituelle de l'ulcère et de l'oesophagite peptique (10).

Le siège de l'ulcère au niveau de la muqueuse glandulaire en cas d'endobrachyoesophage lui attribue le nom d'ulcère de Barrett. Cette hypothèse est émise par Bouvry M. cité par Godeau P. (63).

La dysphagie est le symptôme révélateur. Les hémorragies sont exceptionnelles.

Le diagnostic est fondé sur l'endoscopie avec biopsies et la radiologie.

Le traitement médical prévient le reflux et utilise des antiseptoires. En cas d'échec le traitement chirurgical devient inévitable.

2.2.2. - LES ANOMALIES ACQUISES ET/OU CONGENITALES

2.2.2.1. - HERNIE HIATALE.

Le hernie hiatale est une affection acquise ou congénitale. Elle est acquise et rencontrée chez l'adulte après la quarantaine dans la majorité des cas, chez le nourrisson, elle est plutôt congénitale. Sa fréquence varie avec l'âge, "le sexe féminin semble un peu plus touché" (87).

La hernie hiatale se traduit par un passage permanent ou intermittent d'une portion plus ou moins importante de l'estomac à travers l'hiatus oesophagien du diaphragme.

Il existe trois types de hernie hiatale qui sont (91) :

- la hernie hiatale par glissement ou cardio oesophagienne : elle représente 90 % des HH et constitue le facteur favorisant le reflux ;
- la hernie hiatale par roulement ou para oesophagienne ;
- la HH mixte, elle associe les deux premiers types.

De causes univoques et rarement évidentes, il semble que trois notions doivent être retenues parmi les hypothèses émises. Il s'agit de :

- 1°) - l'élargissement et la béance de l'hiatus oesophagien ;
- 2°) - la modification de la région oesocardiotuberositaire ;
- 3°) - la faiblesse tissulaire favorisée par la vieillesse, l'hyperpression abdominale et certains troubles hormonaux et neurovégétatifs (87).

Les symptômes cliniques sont polymorphes. Les formes atypiques peuvent se rencontrer (109). Cependant les douleurs épigastriques liées au RGO représentent le maître symptôme. Les troubles digestifs tels que les éructations, le hoquet, la dysphagie peuvent être observés. Les troubles cardio respiratoires associant une palpitation, une douleur pseudo angineuse, une gêne respiratoire, une tachycardie, une extrasystole sont les manifestations atypiques de la HH.

L'association des symptômes thoraciques et digestifs d'allure posturale doit toujours évoquer une HH.

L'anémie hypochrome, les hémorragies digestives extériorisées, les phlébites signalent une complication et sont révélatrices dans de rares cas.

Le diagnostic repose sur la radiologie, l'endoscopie. La PH metrie et la manometrie permettent de révéler respectivement un éventuel RGO et un dysfonctionnement du SIO.

Le traitement médical, généralement symptomatique est réservé aux formes avec manifestations cliniques. La chirurgie n'est indiquée qu'en cas de complications rebelles ou de volumineuse hernie avec une importante gêne fonctionnelle.

2.2.2.2. - L'ENDOBRACHY-OESOPHAGE.

L'endobrachy-oesophage ou oesophage de Barrett est une anomalie acquise et correspond à un remplacement de l'épithélium de revêtement malpighien par un épithélium glandulaire cylindrique au dessus de la jonction oesogastrique. C'est une lésion précancéreuse qui nécessite une surveillance endoscopique. L'E B O est consécutive soit à un RGO agressif et prolongé, soit à une réépithélialisation d'érosion superficielle de l'oesophage par une muqueuse glandulaire histologiquement proche de la muqueuse gastrique (63).

Cette affection est peu symptomatique, toute fois un syndrome de RGO, une dysphagie ou des hémorragies occultes peuvent s'observer.

Le diagnostic endoscopique est confirmé par l'histologie. La PHmetrie authentifie le RGO. Le T O G D et la manometrie sont peu contributifs mais ils peuvent déceler une éventuelle complication. La place de la scintigraphie au technicum et la mesure de différence de potentiel à la surface de l'oesophage (DDT) restent à préciser.

Le traitement non spécifique est provisoire et analogue à celui du RGO.

2.2.2.3. - LE DIVERTICULE DE L'OESOPHAGE.

C'est une anomalie dont l'origine n'est pas établie. Toutefois, certains auteurs lui attribuent un mécanisme analogue à celui des H.H.. Beaucoup d'autres considèrent qu'ils sont congénitaux ou secondaires à un trouble de la motricité oesophagienne (10).

Il existe 2 types de diverticules selon leur siège (107) :

- diverticule au niveau de la jonction du pharynx et de l'oesophage appelé diverticule pharyngo-oesophagien ou de Zenker ;

- le diverticule au niveau de l'oesophage thoracique qui peut être situé soit sur sa portion moyenne. (diverticule mediothoracique) soit sur le segment susjacent au hiatus oesophagien (diverticule épiphrénique).

De découverte fortuite le plus souvent les diverticules peuvent se manifester par une dysphagie, des douleurs ou brûlures oesophagiennes et des régurgitations. Exceptionnellement, ils peuvent être découverts au cours des complications pulmonaires à type d'infection, de fistule et de cancérisation.

Le transit oesophagien qui précède la fibroscopie est l'examen essentiel pour le diagnostic.

De pronostic bénin, le diverticule de l'oesophage ne nécessite aucun traitement. Le traitement chirurgical est préconisé en cas d'exceptionnelle fistulisation (107).

2.2.2.4. - L'ANNEAU DE SACHTZKI.

C'est un repli muqueux oesogastrique associé fréquemment à une H.H. par glissement. Sa cause fait l'objet d'une controverse. Une origine congénitale et inflammatoire lui ont été attribuée. Il peut également être à l'origine d'une plicature muco-muqueuse consécutive au glissement de hernie. De nombreux arguments restent en faveur du caractère acquis (73).

La dysphagie, symptôme révélateur est fonction du calibre de l'anneau.

Les anneaux larges sans traduction clinique sont de découverte fortuite.

Le diagnostic est fondé sur le transit oesophagien, la fibroscopie.

Le traitement est lié à la présence de dysphagie. Lorsqu'il existe une dysphagie sans reflux, des manoeuvres endoscopiques (dilatation) sont utiles et consécutives à un reflux. Dans ce cas, le traitement chirurgical exceptionnel est nécessaire. Il fait appel à une dilatation ou une section perendoscopique au bistouri ou aux ciseaux.

2.2.2.5. - TRAUMATISMES DE L'OESOPHAGE.

Les traumatismes de l'oesophage sont des lésions acquises. Leur diagnostic est tardif ou souvent méconnu. Ils sont rares, de pronostic sombre et nécessitent une urgence chirurgicale.

Les causes sont multiples. Il peut s'agir d'une plaie, d'une contusion, d'une perforation ou fissuration spontanée de l'oesophage (110).

Les manifestations cliniques sont variables. Elles sont fonction de la cause. Cependant, certains signes comme la dysphagie, la douleur, l'infection, l'état de choc, les complications pleuro-pulmonaires sont constamment observés.

Le diagnostic repose surtout sur la clinique et la radiologie.

Le traitement basé d'abord sur la réanimation est fonction de l'étiologie du traumatisme.

La rupture de l'oesophage peut également s'observer sur un oesophage sain. Elle survient habituellement au cours d'une hyperpression endo oesophagienne, des vomissements importants ou incoercibles. La rupture spontanée est appelée syndrome de Boerhaave (55).

L'examen clinique est marqué par des douleurs intenses basithoraciques ou retrosternales à irradiations diffuses. Ces douleurs sont précédées de plusieurs efforts de vomissements. Des signes thoraco-abdominaux doivent être recherchés.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'ASP, la tomodynamométrie. Un transit oesophagien peut être pratiqué avec du lipiodol pour préciser le siège et l'importance de la rupture.

Le traitement est similaire aux principes de traitement des traumatismes oesophagiens.

Il existe un syndrome post émetique appelé syndrome de Mallory Weiss. Il peut être secondaire à une prise de médicaments gastro-toxiques. Ce syndrome survient plus fréquemment chez les femmes enceintes, chez les éthyliques dans 60 à 80 % des cas et chez les sujets dont la muqueuse oesophagienne est fragile (55).

Les vomissements suivis d'hématémèse constituent les signes évocateurs.

La fibroscopie réalisée en urgence est l'examen idéal pour le diagnostic.

Le traitement médical est basé sur l'état de choc et sur la surveillance hémodynamique, une hémostase par le ballonnet ou par le laser ou par une suture est préconisée dans certains cas graves. Les anti sécrétoires sont également utilisés.

Les anomalies congénitales de l'oesophage sont rares et de découverte précoce. Nous citerons parmi ces anomalies l'atresie de l'oesophage, la fistule oesobronchique, le brachy-oesophage et les anomalies entraînant une compression extrinsèque de l'oesophage (Ateria Lusoria) (73).

La compression extrinsèque et le brachyoesophage peuvent être également acquis.

Le tableau clinique est polymorphe et fonction du type d'anomalie.

La radiologie est l'examen précieux du diagnostic. L'endoscopie haute est contributive dans certains cas.

2.2.2.6. - TROUBLES MOTEURS DE L'OESOPHAGE.

Les troubles moteurs se caractérisent par une perturbation de la motricité et du tonus de l'oesophage (36). Ces troubles peuvent être primitifs ou secondaires à une lésion de l'oesophage ou à une maladie générale. L'origine des formes primitives est méconnue. Cependant certains auteurs trouvent que ces troubles moteurs sont dus à une atteinte du système d'innervation de l'oesophage (système nerveux intrinsèque et extrinsèque).

Les formes primitives regroupent le syndrome de contractions douloureuses de l'oesophage, la maladie des spasmes diffus et l'achalasia ou méga-oesophage.

Les troubles secondaires s'intègrent dans le cadre d'une maladie systémique (sclérodermie), neuromusculaire (sclérose latérale amyotrophique, dermatomyosite), métabolique (diabète) et d'une sténose de l'oesophage quelle qu'en soit la cause.

Les douleurs thoraciques simulant une crise d'angine de poitrine peuvent être révélatrices dans la moitié des cas (36). Ces douleurs sont éventuellement associées à une dysphagie.

Les régurgitations alimentaires posturales et l'amaigrissement sont parfois des circonstances de découverte.

La manometrie reste l'examen fiable pour établir un diagnostic précoce et spécifique.

L'endoscopie est utilisée pour éliminer la présence d'un obstacle au stade précoce et pratiquer des biopsies. Elle pose le diagnostic à un stade avancé de l'achalasie. Le transit oesophagien apporte aussi des preuves diagnostiques. Il existe un autre moyen de diagnostic qui utilise les cholinergiques et la gastrine (36).

Dans les formes primitives, le traitement est médical et palliatif. Il fait appel aux anticholinergiques, aux inhibiteurs calciques et aux dérivés nitrés. Le seul traitement efficace est la chirurgie qui pratique une myotomie extra muqueuse de Heller ou une dilatation.

Le traitement des formes secondaires est fonction de l'affection causale.

2.2.2.7. - LE SYNDROME DE PLUMMER VINSON OU DE KELLY PATERSON.

Le syndrome de Plummer Vinson est une affection qui associe une dysphagie sideropenique, des lésions cutanéomuqueuses et du repli membraneux du haut oesophage. Ce syndrome touche la femme plus que l'homme, il est observé chez la femme dans 90 % des cas (73).

Les symptômes évocateurs sont la dysphagie, la carence martiale associée ou non à une anemie, les troubles fonctionnels de la carence martiale.

Le diagnostic repose sur la radiologie, la fibroscopie oesophagienne et la biologie.

La dégénérescence cancéreuse de cette affection est fréquente (73).

Le traitement symptomatique utilise l'apport martial. La dilatation de la muqueuse et la chirurgie exceptionnelle sont quelques fois pratiquées.

2.2.3. - LES ANOMALIES TUMORALES.

2.2.3.1. - LES TUMEURS DE L'OESOPHAGE.

Les tumeurs de l'oesophage sont ~~benignes~~ ou malignes

Les tumeurs malignes sont plus nombreuses que les tumeurs bénignes qui sont de plusieurs variétés.

Les tumeurs bénignes se développent ~~sur~~ la muqueuse ou dans la muqueuse oesophagienne. Elles sont appelées respectivement tumeurs endoluminales ou intra murales.

De découverte fortuite à l'endoscopie ou à l'autopsie, la plupart des cas de tumeur bénigne sont totalement asymptomatiques et se manifestent par des signes respiratoires et digestifs.

Les polypes fibreux occupent la deuxième place après les léiomyomes qui représentent 70 à 80 % des tumeurs bénignes (113).

La transformation maligne de ces tumeurs bénignes est extrêmement rare. Cependant les leiomyomes se transforment en leiomyosarcomes qui sont d'emblée malignes, les papillomes sont le siège de processus d'hyperkeratose qui fait le lit de la malignité (113).

L'endoscopie avec biopsie constitue l'examen clé pour le diagnostic et elle permet en même temps le traitement qui est fonction de l'insertion et du volume de la tumeur. Ce traitement fait appel à une exérèse à l'anse diathermique.

La radiologie est d'interprétation difficile et nécessite de nombreux clichés.

Le traitement d'une tumeur d'allure bénigne est discutable (65). La chirurgie est réservée aux volumineuses tumeurs intra murales. Quant au traitement par le laser, il reste peu précis.

La classification histologique des tumeurs malignes distingue (2) :

- les carcinomes épidermoïdes ;
- les adénocarcinomes ou épithélioma cylindrique glandulaire ;
- les carcinomes mixtes.

Les carcinomes épidermoïdes ou épithélioma malpighien spino cellulaire représentent plus de 90 % des tumeurs malignes (2). Les adénocarcinomes qui sont rares sont en majorité des tumeurs étendues du cardia sur le tiers inférieur de l'oesophage (2).

Le cancer de l'oesophage semble être consécutif à la conjonction de nombreux facteurs. Cependant, il est impossible de préciser une étiologie de ce cancer car les études épidémiologiques consacrées aux facteurs étiologiques sont variables selon les pays (56).

Toutefois, ces facteurs sont les carcinogènes et les co-carcinogènes représentés par les tanins et les nitrosamines présents dans l'alimentation.

L'intoxication alcoolo-tabagique, les radiations ionisantes, l'opium et ses dérivés, les traumatismes physiques tels que les particules de silice et l'asbestoses ont été incriminées comme facteurs favorisant de pollution du cancer (56).

En plus de ces facteurs il faut ajouter les aliments chauds, une alimentation pauvre en protéines animales, en vitamines A et C, en fer, en riboflavine, en zinc. (56,24).

D'autres lésions oesophagiennes déjà citées ont été également mises en causes comme lésions pré-cancéreuses.

La découverte clinique du cancer de l'oesophage se fait tardivement par la dysphagie. Cette dysphagie, rencontrée dans 85 % des cas de cancer constitue le signe fondamental d'où la nécessité de pratiquer une endoscopie chez tout patient présentant une dysphagie même récente (56).

Au stade évolué, peuvent s'ajouter à la dysphagie des régurgitations sanglantes, des hoquets, des éructations, une haleine fétide et/ou hypersialorrhée à jeûn.

Ailleurs les douleurs thoraciques retrosternales, épigastriques ou postérieures constituent également des signes révélateurs.

L'alteration de l'état général est habituelle. Les métastases ganglionnaires et les manifestations respiratoires sont rares et exceptionnellement révélatrices.

La découverte peut être fortuite au cours d'un bilan de cancer ORL ou broncho pulmonaire.

La fibroscopie oesophagienne avec biopsies reste l'examen indispensable. Elle permet un diagnostic précoce par la réalisation des biopsies systématiques devant toutes les anomalies de la muqueuse oesophagienne. La fibroscopie est en règle complétée par un bilan d'extension. La radiologie est contributive en cas de thérapie chirurgicale.

Le traitement est essentiellement chirurgical et/ou radiothérapeutique. Dans certains cas il fait appel au laser.

2.2.3.2. - VARICES OESOPHAGIENNES (V.O.).

Elles se traduisent par une dilatation permanente des veines de la sous muqueuse de l'oesophage et de la grosse tubérosité. Selon leur calibre, il existe 4 grades de V.O. (grades I, II, III, IV) (83). Les V.O. les plus fréquemment rencontrées sont celles du tiers inférieur au dépens de l'HTP. Les V.O. du tiers supérieur s'observent au cours des compressions caves supérieures.

Les V.O. représentent une cause fréquente d'hémorragie digestive. Elles sont toujours liées à l'HTP et ne présentent aucune manifestation clinique en elles mêmes.

Le diagnostic des V.O. repose sur l'endoscopie haute, particulièrement au cours d'une hémorragie digestive et sur la splénoportographie.

Le transit oesophagien, peu utilisé est réservé en cas de rares échecs de l'endoscopie.

Le traitement des V.O. est difficile étant donné qu'il est étiologique. Le traitement prophylactique doit être précocement institué pour empêcher la rupture des V.O. Cette prophylaxie fait appel à trois méthodes qui sont (20) :

- la sclerotherapie endoscopique très répandue et utilisée en prophylaxie secondaire et même primaire ;
- les β bloquants employés en prophylaxie primaire en tenant compte des contre indications. La mauvaise observance constitue un des handicaps de ce traitement ;
- la méthode chirurgicale est utilisée en prophylaxie secondaire. La mortalité représente 10 % et le risque d'encéphalopathie 30 %.

C H A P I T R E 3

ETUDE PERSONNELLE

3.1. - MALADES ET METHODE D'ETUDE.

3.1.1. - MALADES :

Cette étude porte sur 612 anomalies oesophagiennes recrutées au cours de 3 019 fibroscopies. L'âge de nos patients se situe entre 13 et 80 ans avec une fréquence élevée dans la tranche 30 - 49 ans.

3.1.2. - METHODE D'ETUDE :

Notre travail est une étude retrospective et prospective s'étendant respectivement sur 3 mois et 10 mois. Sur 612 anomalies 169 cas ont été colligés au cours de l'étude retrospective (27,6 %) et 443 cas au cours de l'étude prospective (72,3 %). Le recrutement a intéressé les malades hospitalisés en externes tous venant en endoscopie digestive haute à l'Hôpital National du Point G de Bamako. Ils ont fait l'objet de notre étude ; les malades présentant une anomalie de l'oesophage à l'endoscopie.

Nous avons utilisé un fibroscope de marque "olympus GIF xq 10" multidirectionnel, à vision axiale et à lumière froide.

Des fiches d'enquête ont été établies pour servir de recueil de données pour chaque malade (voir annexe).

Les malades se présentent le matin à jeun depuis la nuit précédente. L'aide infirmier explique aux malades le déroulement de l'examen ce qui permet une préparation psychologique. Les malades n'ont pas reçu de prémédication systématique par qu'elle n'est pas indispensable. Nous avons effectué la prémédication à la xylocaïne gel ou spray ou au diazepam et sulfate d'atropine dans de rares cas chez les sujets pusillanimes.

Des biopsies perendoscopiques sont pratiquées sauf contre indication (V.O., risque d'hémorragie) dans toutes les anomalies oesophagiennes. Elles ont été réalisées à l'aide d'une pince à biopsie. Les fragments biopsiés fixés dans du formol à 10 % sont adressés aux Laboratoires d'Anatomie Pathologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique de Bamako (I.N.R.S.P.) ou de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées à Marseille.

En cas de suspicion de mycose oesophagienne, en plus des biopsies, un raclage du muguet oesophagien est pratiqué avec la même pince à biopsie pour examen direct et culture sur gelose de Sabouraud avec gentamicine. Ce prélèvement dilué dans 0,5 ml de liquide physiologique est adressé au Laboratoire de l'Hôpital du Point "G".

Les colorations vitales telles que le lugol et le bleu de toluidine n'ont pas été utilisées pour guider les biopsies. Ces colorations sont indisponibles dans notre service.

Nous avons conseillé le régime hygienodiététique dans les cas de maladies nécessitant ce régime. Ces mesures hygiéno-diététiques sont basées sur la suppression des facteurs augmentant la pression abdominale, l'interdiction de la consommation d'anti inflammatoire, de café, d'épice, d'alcool et de certains médicaments entraînant un trouble de la motricité oesophagienne, un régime hypocalorique chez les sujets obèses et les attitudes permettant d'éviter le reflux nocturne.

Le traitement anti H2 a été proposé dans les cas d'ulcère de l'oesophage et d'oesophagite.

Pour le suivi des malades il a été recommandé un contrôle par quinzaine durant un mois, excepté les porteurs de V.O.

Nous n'avons pas mené un interrogatoire minutieux sur le régime alimentaire. La plupart des maliens ont un même régime alimentaire (riz, millet).

Les gestes thérapeutiques perendoscopiques n'ont pas été pratiqués par faute d'instrument.

Nous n'avons pas adopté la classification de Savary (76) dans les oesophagites parce que les endoscopistes se contentent le plus souvent à déterminer le type d'oesophagite et non le stade.

Nous avons classés les V.O. en trois grades.

Dans les anomalies de l'oesophage, nous avons considéré les béances cardiales parce qu'elles compliquent une oesophagite.

Nous avons intégré comme signes de reflux même les vomissements qui sont secondaires à un effort.

La sérologie VIH a été entreprise systématiquement chez des sujets présentant un aspect d'oesophagite mycosique.

L'échographie a été sollicitée dans le bilan d'une H.T.P. et dans les cas de tumeur de l'oesophage d'aspect malin pour rechercher des métastases.

Le contrôle fibroscopique a été envisagé dans les cas de lésions inflammatoires et précancéreuses.

3.2. - RESULTATS :

3 019 fibroscopies ont été réalisées en 13 mois dans le centre d'endoscopie digestive de l'Hôpital du Point "G". Sur l'ensemble de ces fibroscopies 612 anomalies oesophagiennes ont été diagnostiquées soit 20,2 % des fibroscopies réalisées.

Sur 612 anomalies le contrôle fibroscopique a été effectué chez 13 malades (2,1 %).

Sur 3 019 endoscopies hautes 35 échecs ont été enregistrés. Ces échecs sont dus à l'inconfort des malades à l'examen (malade agité ou non à jeûn).

3.2.1. - DONNEES GENERALES DE NOS MALADES. :

- TABLEAU I :

Répartition de nos 612 anomalies oesophagiennes ou malades par tranche d'âge.

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
< 30	115	18,7
30 - 49	310	50,6
50 et plus	167	27,2
âge non déterminé	20	3,2
Total	612	100

L'âge de nos patients s'étend de 13 à 80 ans avec un âge moyen de 42 ans. La tranche d'âge 30 - 49 est la plus représentée. L'âge médian est de 38,7 ans.

- TABLEAU II :

Répartition de nos malades en fonction du sexe.

S E X E	EFFECTIF	POURCENTAGE
M a s c u l i n	385	62,9
F é m i n i n	227	37
Total	612	100

Le sexe ratio est de 1,5.

- TABLEAU III :

Répartition des patients en fonction de leur profession.

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Ménagère	158	25,8
Salariés	134	21,8
Ouvriers	101	16,5
Paysan	85	13,8
Commerçant	54	8,8
Sans profession	40	6,5
Autres *	27	4,4
Non déterminée	13	2,1
Total	612	100

* Marabout, tâcherons.

- TABLEAU IV :

Répartition des malades en fonction de leur ethnie.

E T H N I E	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bambara	131	21,4
Malinké	90	14,7
Peulh	84	13,7
Soninké	80	13
Sonrhaï	86	14
Dogon	21	3,4
Sénoufo	17	2,7
Maure	11	1,7
Etranger *	5	-
Autres **	59	9,6
Non déterminée	28	4,5
Total	612	100

* 2 Sénégalais, 1 Centrafricain, 1 Burkinabés, 1 Français.
L'ethnie n'est pas connue chez 28 malades ;

** Kakolo, Mossi, Kassonké, Bobo, Bozo, Dafing.

Les ethnies dominantes sont les bambara, les malinkés, les peulhs et les soninkés.

- TABLEAU V :

Répartition des malades en fonction de leur recrutement.

RECRUTEMENT DES MALADES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Malades non hospitalisés .	306	50
Malades hospitalisés	163	26,6
Inconnu	143	23,3
Total	612	100

La moitié des malades ne sont pas hospitalisés.

- TABLEAU VI :

Répartition des patients en fonction des indications fibroscopiques.

INDICATIONS FIBROSCOPIQUES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Epigastralgie	257	41,9
Signes de reflux gastro oesophagien *	69	11,2
Dysphagie	24	3,9
Cachexie	13	2,1
Ingestion caustique	3	-
Dyspepsie	6	-
Hématémèse	35	5,7
Hepatomegalie	29	4,7
Splenomegalie	5	-
Hepato splenomegalie	5	-
Syndrome oedemato-ascitique	14	2,2
Anémie	3	-
Autres **	118	19,2
Contrôle fibroscopique	15	2,1
Non déterminées	18	2,9
Total	612	100

* regurgitation, pyrosis, éructation, vomissements, hoquets isolés ou associés.

** indications ci-dessus associées ou toutes autres indications ne figurant pas sur le tableau.

Les épigastralgies sont les principales plaintes de nos malades. Les principaux symptômes qui pourraient traduire une anomalie de l'oesophage sont par ordre de fréquence décroissante: les signes de reflux gastro oesophagien, les hématemèses et la dysphagie.

- LES ANTECEDENTS :

Sur 612 malades, les antécédents ont été recherchés chez 244. Ils ont été difficiles à préciser. En fait, nous avons retrouvé chez 3 patients une même anomalie évolutive.

Il s'agit d'oesophagite dans 2 cas et de mega oesophage dans 1 cas. Ces données ont été vérifiées par des résultats fibroscopiques des patients. Sur 244 patients 143 (50,4 %) ont signalé une consommation épisodique d'anti inflammatoires non stéroïdiens. L'anti inflammatoire le plus couramment utilisé est l'acide acetyl salycilique. Chez 5 patients nous avons retrouvé une notion de prise d'antibiotique. 5 malades font usage d'anti inflammatoire associé aux antibiotiques (cycline, antifongique).

Un sujet s'est accoutumé à l'amphétamine. Un patient a signalé dans ses antécédents une ingestion caustique.

Quatre patients ont subi une intervention chirurgicale pour stenose du pylore. Dans 2 cas il s'agit d'une oesophagite. Dans les 2 autres cas il s'agit respectivement de V.O. et de béance cardiaque.

Trois patients nous ont signalé un cancer digestif chez des parents ascendants ou collatéraux. Dans ces cas, il s'agit de trois malades présentant respectivement une H.H., un syndrome de Mallory WEISS et une oesophagite mycosique.

- MODE DE VIE :

Nous avons eu des informations sur le mode de vie de 244 sujets soit 39,8 % des patients.

La consommation de thé et/ou café et du poisson fumé n'est pas négligeable dans notre série. Sur 244 cas elle représente respectivement 161 cas soit 65,9 % et 211 cas soit (86,4 %).

En ce qui concerne l'alcool, il est peu consommé selon notre enquête. Sur 244 patients la consommation est retrouvée chez 10. 50,8 % de nos patients interrogés sont tabagiques soit 124 sur 244.

La somme de ces effectifs est supérieure au total (244) à cause de la consommation d'un ou de plusieurs de ces facteurs de risque chez un même patient.

- TABLEAU VII :

Répartition des aspects endoscopiques en fonction du nombre de facteurs de risque.

NOMBRE DE F.R.	ASPECTS ENDOSCO	OESOPHA-GITE	H.H.	V.O.	TUMEUR	AUTRES*	TOTAL	POURCENTAGE
0		10	5	11	4	4	34	13
1		38	21	14	2	15	90	34,4
2		41	19	21	2	11	94	36
3		13	8	14	0	6	41	15,7
4		1	0	0	0	1	2	0,7
T o t a l . . .		103	53	60	8	37	261**	100

- 0 = absence de facteur de risque ;
1 = présence d'un facteur de risque ;
2 = présence de 2 facteurs de risque ;
3 = présence de 3 facteurs de risque ;
4 = présence de 4 facteurs de risque.

Ces facteurs de risque sont le thé et/ou café, le poisson fumé, le tabac, l'alcool.

Nous n'avons pas signalé l'opium dans ce tableau parce qu'il a été retrouvé chez 1 patient.

* mégaoesophage, brachy-oesophage, syndrome de Mallory Weiss, ulcère et IGO.

** cet effectif s'explique par la présence de plusieurs facteurs de risque chez un même patient.

ddl = 16 chi 2 = 26,46 .P = 0,15.

Il n'ya pas de différence statistiquement significative quant à la répartition des aspects endoscopiques en fonction du nombre de facteur de risque. Nous constatons que la plupart des malades dont le facteur de risque a été déterminé ont au moins un ou deux facteurs de risque.

- ETUDE CLINIQUE.

- SIGNES FONCTIONNELS :

Parmi les 612 malades, 70 soit 11,4 % des patients sont dysphagiques à l'interrogatoire. Sur 70 patients dysphagiques 46 (65,7 %) ont une dysphagie intermittente ou permanente aux aliments solides.

L'épigastralgie a été retrouvée chez 133 patients sur 244 malades soit 54,5 %. L'hématémèse a été notée chez 23 sujets sur 244 malades soit 9,4 %.

Les signes de reflux tels que les éructations, le pyrosis, le hoquet, les vomissements ont été signalés respectivement chez 25,1 % ; 22,2 % ; 15,3 % et 10,7 % des patients. Ces symptômes regroupés sont retrouvés chez 112 patients soit 18,3 % de nos malades. L'association des épigastralgies au syndrome de R.G.O. a été retrouvée chez 13,2 % des malades. Elle est la plus représentée des signes associés.

- TABLEAU VIII :

Répartition des aspects endoscopiques en fonction des symptômes évocateurs d'une anomalie de l'oesophage.

SYMPT. EVOCAT.	ASPECTS ENDOSCO	OESOPHA-GITE	H.H.	V.O.	TUMEUR	IGO	AU-TRES*	TOTAL	POUR-CENTA
Dysphagie		38	13	6	4	21	22	104	8,5
Epigastralgie		59	40	15	4	23	20	161	13,2
Hématémèse ...		10	4	17	1	0	5	37	3
S R G O		46	28	23	3	13	19	132	10,8
Regurgitation		51	32	24	3	15	21	146	12
Eructation ...		70	39	30	4	15	25	183	15
Vomissements		32	11	11	3	3	16	76	6,2
Pyrosis		59	37	29	2	16	23	166	13,6
Hoquet		46	19	23	3	7	16	114	9,3
SRGO + Epigas-talgie		31	27	9	2	13	14	96	7,9
T o t a l ...		442	250	187	29	126	181	1215"	100

* ulcère, mega-oesophage, brachy-oesophage, syndrome de Mallory WEISS ;

** cet effectif s'explique par la présence de plusieurs signes chez un même malade.

Les signes recherchés à l'interrogatoire tels que les signes de RGO, qu'ils soient isolés ou groupés sont fréquents dans les cas d'oesophagite et de H.H. Les épigastralgies sont aussi fréquentes dans ces deux anomalies.

- TABLEAU IX :

Répartition des résultats de l'examen physique.

EXAMEN PHYSIQUE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Normal	101	16,5
Altération de l'état général	31	5
Obésité	15	2,4
Syndrome d'HTP	12	1,9
Hepatomegalie	23	3,7
Splénomégalie et A.E.G. .	4	-
Hepato-splénomégalie	4	-
O M I ou ascite	5	-
Pâleur conjonctives/A.E.G.	7	1,1
Adénopathie	3	-
Autres *	39	6,3
Non effectué	368	60,1
Total	612	100

* signes ci-dessus associés ou tout autre signe pouvant s'intégrer dans le cadre d'une maladie générale.

3.2.2. - LES ASPECTS ENDOSCOPIQUES OBSERVES.

- TABLEAU X :

Répartition des aspects endoscopiques observés.

ASPECTS ENDOSCOPIQUES	EFFECTIF	POURCENTAGE
oesophagite	228	37,2
Varices oesophagiennes	139	22,7
Hernie hiatale	130	21,2
I G O	44	7,1
Syndrome de Mallory WEISS	14	2,2
Béance cardiale	13	2,1
Sténose	13	2,1
Brachy-oesophage	13	2,1
Polype	6	-
Mégaoesophage	4	-
Tumeur suspecte	4	-
Ulcère	4	-
Total	612	100

Les aspects endoscopiques dominants par ordre de fréquence décroissante sont les oesophagites, les V.O. et les H.H. Le RGO a été mis en évidence chez 16 patients au cours de l'endoscopie.

Nous avons noté 2 cas de V.O. associés à une oesophagite par reflux et 1 cas à une mycose oesophagienne.

2 cas de H.H. sont associés à une béance cardiale et 1 cas à une IGO.

La stenose de l'oesophage est associée à une mycose oesophagienne dans 2 cas.

Dans 1 cas le syndrome de Mallory WEISS est associé à une IGO.

4 cas d'oesophagite sont associés à une béance cardiale, 1 cas d'oesophagite est caustique. 3 cas de tumeur sont stenosants.

En considérant la topographie des lésions, nous observons les localisations suivantes :

LESIONS \ LOCALI- SATIONS	1/3 SUP.	1/3 MOY.	1/3 INF.	2/3 INF.	TCUT L'OESO- PHAGE	TOTAL
Oesophagite	2	1	40	15	28	86
V. O.			21	17	6	44
Polype			3			3
Stenose		2	11			13
Tumeur		1	3			4
Total	2	4	78	32	34	150

Le tiers inférieur de l'oesophage est la région la plus touchée.

3.2.2.2. - REPARTITION DES ASPECTS ENDOSCOPIQUES EN FONCTION DU GROUPE ETIOLOGIQUE.

3.2.2.2.1. - REPARTITION DES OESOPHAGITES.

- TABLEAU XI :

Répartition des oesophagites en fonction du type d'oesophagite.

TYPE D'ŒSOPHAGITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oesophagite par reflux : Erythémateuse	115	50, 4
Hémorragique	16	7, 01
Pseudo membraneuse	12	5, 2
Ulcerée	5	2, 1
Erosive	2	-
Autres *	8	3, 5
Oesophagite mycosique	70	30, 7
Total	228	100

* oesophagite d'aspect nodulaire ou en bande.

L'oesophagite érythémateuse représente la moitié des oesophagites.

Dans toutes les anomalies les antécédents et mode de vie ont été difficiles à préciser. 37,7 % des sujets affectés d'oesophagite font usage épisodique d'anti-inflammatoire soit 59 sur 143 consommateurs d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

5 patients ont signalé une prise d'antibiotique associé à l'anti-inflammatoire non stéroïdien. L'antibiotique utilisé est à base de cycline et d'antifongique.

La consommation de thé et/ou café, du poisson fumé et du tabac n'est pas négligeable chez les sujets affectés d'oesophagite. Elle est retrouvée respectivement chez 31,4 % soit 161 consommateurs de thé et/ou café, chez 35 % soit 74 sur 211 patients consommant le poisson fumé. Le tabagisme est présent chez 45,9 % soit sur 124 tabagiques. Un seul patient présentant une oesophagite fait usage d'alcool.

- TABLEAU XII :

Répartition des oesophagites en fonction du sexe.

TYPE D'OESOPHAGITE \ SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL	POURCEN
Oesophagite par reflux	99	59	158	69,29
Oesophagite mycosique	46	24	70	30,70
Total ...	146	83	228	100

ddl = 1 ; chi 2 avec correction de Yates = 8,59 P = 0,76.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative quant à la répartition des oesophagites en fonction du sexe néanmoins nous constatons que le sexe masculin est le plus touché par cette affection.

- TABLEAU XIII :

Répartition des oesophagites en fonction de la tranche d'âge.

TYPE D'OESO- \ TRANCHE PHAGITE \ D'AGE	< 30	30-40	50 et +	TOTAL	POURCEN TAGE
Oesophagite par reflux	36	80	37	153	68,91
Oesophagite mycosique	21	30	18	69	31,08
Total	57	110	55	222 *	100

* l'âge n'est pas connu chez 6 patients.

L'âge des patients atteint d'oesophagite se situe entre 13 et 80 ans avec un âge moyen de 40 ans.

ddl = 2 chi 2 : 1,59 P = 0,45.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative quant à la répartition des oesophagites en fonction de la tranche d'âge.

Nous constatons une fréquence élevée dans la tranche 30 - 40 ans.

- TABLEAU XIV :

Répartition des oesophagites en fonction des indications de l'examen fibroscopique.

INDICATIONS DE L'EXAMEN \ TYPE FIBROSCOPIQUE \ OESOPHA	OESOPHA /REFLUX	OESOPHA MYCOSIQ	TOTAL	POURCENT
Syndrome oedemato ascitique	0	1	1	0,4
Hépatomégalie	3	1	4	1,8
Hématémèse	9	1	10	4,5
Cachexie	1	9	10	4,5
Dysphagie	5	5	10	4,5
Épigastralgie	74	21	95	43,5
Signes de R G O	27	10	37	16,9
Autres *	30	21	51	23,3
Total	149	69	218 **	100

* symptômes ou signes ci-dessus associés ou toutes autres indication de l'examen fibroscopique ne figurant pas sur ce tableau.

** les indications de l'examen fibroscopique ne sont pas connues chez 10 malades.

Les épigastralgies constituent l'indication dominante de l'examen fibroscopique chez les sujets atteints d'oesophagite.

Sur 95 patients 41 ont un examen physique normal soit 49,5 %.

3.2.2.2.2. - HERNIE HIATALE.

- TABLEAU XV :

Répartition des cas de hernies hiatales.

HERNIE HIATALE	EFFECTIF	POURCENTAGE
H. H. non compliquée	95	73,1
H. H. compliquée	35	26,9
Total	130	100

26,9 % de nos patients atteints de H. H. présentent une H.H. compliquée d'oesophagite, de polype ou d'ulcère du collet.

Sur 143 patients 29 soit 20,2 % ont signalé l'usage plus ou moins régulier d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Le thé et/ou café, le poisson fumé, le tabac sont consommés respectivement chez 22,9 % (37 sur 161) ; 18,9 % (40 sur 211) ; 11,2 % (14 sur 124) des malades.

La consommation d'alcool est notée chez 2 patients.

- TABLEAU XVI :

Répartition des H. H. en fonction du sexe.

HERNIES HIATALES \ SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL	POURCENTAGE
H. H. non compliquée	41	54	95	73
H. H. compliquée	14	21	35	26,9
Total ...	55	75	130	100

ddl = 1 ; chi 2 avec correction de Yates = 0,15 P = 0,90.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative quant à la répartition des H.H. en fonction du sexe mais nous constatons que les femmes sont plus touchées que les hommes.

- TABLEAU XVII :

Répartition des H. H. en fonction de la tranche d'âge.

HERNIE HIA- \ TRANCHE TALE \ D'AGE	< 30	30-49	50 et +	TOTAL	POUR- CENTAGE
H. H. non compliquée	10	49	34	93	73,2
H. H. compliquée ...	4	15	14	33	26,7
Total	14	64	48	126 *	100

* l'âge n'est pas connu chez 4 patients.

L'âge des malades se situe entre 18 - 80 ans.

L'âge moyen est de 46 ans.

ddl = 2 ; chi 2 = ,31 P = 0,85.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative quant à la répartition des H.H. en fonction de la tranche d'âge mais nous constatons que la tranche 30 - 49 ans est plus atteinte que les autres tranches.

- TABLEAU XVIII :

Répartition des Hernies hiatales en fonction des indications de l'examen fibroscopique.

INDICATIONS DE L'EXAMEN FIBROSCOPIQUE \ H.H.	H.H. NON COMPLIQ	H. H. COMPLIQ	TOTAL	POURCENTAGE
Syndrome oedemato ascitique	1	0	1	0,8
Hépatomégalie	0	0	0	0
Hematemèse	3	0	3	2,4
Cachexie	0	0	0	0
Dysphagie	0	1	1	0,8
Epigastralgie	54	22	76	61,7
Signes de R G O	18	6	24	19,5
Autres **	15	3	18	14,6
Total	91	32	123 *	100

* Les indications de l'examen fibroscopique ne sont pas connues chez 7 patients.

** Symptômes ou signes ci-dessus associés ou toutes autres indications de l'examen fibroscopique ne figurant pas sur ce tableau.

L'épigastralgie et les signes de RGO présentent les indications dominantes de l'examen fibroscopique chez les sujets atteints de H. H.

Sur 47 malades examinés 30 soit 67,3 % ont un examen physique normal. 15 patients sur 52 soit 28,8 % sont obèses.

3.2.2.2.3. - LES VARICES OESOPHAGIENNES.

- TABLEAU XIX :

Répartition des V.O. en fonction du grade.

GRADE DE V.O.	EFFECTIF	POURCENTAGE
V. O. Grade I	46	33
V. O. -"- II	36	25,8
V. O. -"- III	25	19,7
V. O. Hemorragique	10	7,1
Association des Grades de V. O. ...	5	3,5
Autres *	17	12,2
Total	139	100

* V. O. dont le grade n'est pas déterminé ou présence de cordon variqueux.

Les V.O. grade II sont le type dominant. Le saignement des V.O. est observé chez 10 patients au cours de l'endoscopie.

33 patients sur 143 soit 23 % ont signalé une consommation périodique d'anti-inflammatoire non stéroïdien. Le thé et/ou café, le poisson fumé et le tabac sont consommés respectivement chez 18,6 % (30 sur 161) ; 17 % (36 sur 211) ; 21,7 % (27 sur 124) des malades. L'alcool est consommé par 5 patients.

- TABLEAU XX :

Répartition des V.O. en fonction du sexe.

V. O. \ SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL	POURCENTAGE
Absence de V. O.	270	202	473	77,2
Présence de V. O.	114	25	139	22,7
Total ...	385	227	612	100

ddl = 1 ; chi 2 avec correction de Yates = 27,25 P = 0,00.

La probabilité d'indépendance des V.O. en fonction du sexe est statistiquement significative, néanmoins nous constatons que les V.O. sont plus fréquentes chez les hommes.

- TABLEAU XXI :

Répartition des V.O. en fonction de la tranche d'âge.

V. O. \ TRANCHE D'AGE	< 30	30-49	50 et +	TOTAL	POUR-CENTAGE
Absence de V. O. ...	99	254	120	473	78
Présence de V. O. ...	18	66	49	133	41,7
Total	117	320	169	606	100

* L'âge n'est pas connu chez 6 malades.

L'âge des patients varie entre 18 - 80 ans. L'âge moyen est de 44 ans.

ddl = 2 ; chi 2 = 7,84 P = 0,019.

Il existe une différence statistiquement significative quant à la répartition des V.O. en fonction de la tranche d'âge. Nous constatons que les V.O. sont plus fréquentes entre 30 - 49 ans.

- TABLEAU XXII :

Répartition des V.O. en fonction des indications de l'examen fibroscopique.

INDICATIONS DE L'EXAMEN FIBROSCOPIQUE \ V.O.	ABSENCE DE V.O.	PRESENCE V.O.	TOTAL	POURCENTAGE
Syndrome oedemato ascitique	3	11	14	2,3
Hépatomégalie	6	23	29	4,8
Hématémèse	20	15	35	5,9
Cachexie	11	2	13	2,1
Dysphagie	24	0	24	4
Epigastralgie	244	13	257	43,7
Signes de R G O	67	2	69	11,6
Autres **	78	40	120	19,9
Total	474	138	612	100

* l'indication fibroscopique n'est pas connu chez 1 malade.

** symptômes ou signes ci-dessus associés ou toutes autres indications de l'examen fibroscopique.

ddl = 8 ; chi 2 = 204,8 P = 0,00.

Il existe une différence statistiquement significative quant à la répartition des V.O. et des indications de l'examen fibroscopique.

Nous constatons que l'hépatomégalie est l'indication dominante de l'examen fibroscopique ensuite viennent les hématemèses, les épigastalgies et le syndrome oedémateux ascitique.

55 patients des sujets affectés de V.O. ont fait l'objet d'un examen physique. Sur 55 malades, 22 soit 66,6 % ont plusieurs signes à l'examen. 10 malades présentent un syndrome d'HTP.

3.2.2.2.4. - LES AUTRES ASPECTS ENDOSCOPIQUES.

27 malades présentant ces aspects endoscopiques font usage épisodique d'anti-inflammatoires non stéroïdien sur 143 soit 18,8 %.

La consommation de thé et/ou café, du poisson fumé et du tabac a été retrouvée respectivement chez 29 soit 18 % ; 49 soit 23,2 % ; 26 soit 20,9 % des malades.

4 patients consomment l'alcool.

- TABLEAU XXIII :

Répartition des autres aspects endoscopiques en fonction du sexe.

ASPECT ENDOSCOPIQUE \ SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL	POURCENT
Sténose	9	4	13	11,3
Béance cardiale	5	8	13	11,3
I G O	32	12	44	38,2
Tumeur **	4	6	10	8,6
Autres *	23	12	35	30,4
Total ...	73	42	115	100

* méga-oesophage, ulcère brachy-oesophage, syndrome de Mallory Weiss ;

** tumeur d'aspect bénin et malin.

ddl = 4 ; chi 2 = 7,77 P = 0,10.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative quant à la répartition de ces aspects endoscopiques en fonction du sexe.

Nous constatons une prédominance masculine.

- TABLEAU XXIV :

Répartition des autres aspects endoscopiques en fonction de la tranche d'âge.

ASPECT ENDOS- COPIQUE \ TRANCHE D'AGE	< 30	30-49	50 et +	TOTAL	POUR- CENTAGE
Sténose	0	9	4	13	11,7
Béance cardiale ...	1	8	4	13	11,7
I G O	10	27	6	43	38,7
Tumeur	2	5	2	9	8,1
Autres *	10	14	9	33	26,7
Total	23	63	25	111	100

* méga-oesophage, ulcère, brachy-oesophage, syndrome de Mallory WEISS.

ddl = 8 chi 2 = 9,90 P = 0,27.

L'âge n'est pas connu chez 4 malades.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative mais nous constatons que ces aspects endoscopiques sont rencontrés à tout âge avec une fréquence élevée dans la tranche 30 - 49 ans.

- TABLEAU XXV :

Répartition des autres aspects endoscopiques en fonction des indications de l'examen fibroscopique.

INDICATION \ ASPECTS EXAM. FIBROS. \ ENDOSCO	STE- NOSE	BEANCE CARDIA	IGO	TUMEUR	AU- TRES*	TOTAL	POUR- CENTA
Syndrome oedemato- ascitique	0	0	1	0	0	1	0,8
Hepatomégalie	0	0	1	0	1	2	1,7
Hématémèse	0	0	2	0	6	8	6,9
Cachexie	0	0	0	0	3	3	2,6
Dysphagie	8	0	4	2	2	16	13,9
Épigastralgie	1	11	22	2	14	50	43,4
Signes de RGO	2	2	6	2	4	16	13,9
Autres **	1	0	6	3	6	16	13,9
T o t a l	12	13	42	9	36	115	100

* méga-oesophage, ulcère, brachy-oesophage, syndrome de Mallory WEISS ;

** symptômes ou signes ci-dessus associés ou toutes autres indications de l'examen fibroscopique.

Les indications fréquentes de l'examen fibroscopique sont les épigastralgies, les signes de RGO et la dysphagie qui sont prédictifs d'une anomalie oesophagienne. Ces indications représentent respectivement 40,3 % ; 15,8 % ; 11,9 %.

10 patients sur 47 ont un examen physique normal soit 36,5%.

- TABLEAU XXVI :

Répartition des lésions gastroduodénales associées à des anomalies de l'oesophage.

LESIONS GASTRODUODENALES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Gastrite	142	23,2
Gastro duodénite	43	7
Ulcère bulbaire	41	6,6
Duodénite	31	5
Polype	10	1,6
Ulcère gastrique	9	1,4
Sténose pylorique	9	1,4
Cancer gastrique	8	1,3
Autres *	16	2,6
Non déterminées	129	21
Normal	174	28
Total	612	100

* association possible des anomalies déjà citées.

L'association des anomalies oesophagiennes aux lésions gastroduodénales n'est pas négligeable dans notre série.

3.2.3. - EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

3.2.3.1. - EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE :

- TABLEAU XXVII :

Répartition des résultats anatomopathologiques.

RESULTAT ANATOMOPATHOLOGIQUE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Fragments insuffisants	33	39,7
Oesophagite	24	29,2
Lésions précancéreuses *	9	10,7
Acanthose	3	3,6
Carcinome	3	3,6
Biopsies non suspectes de malignité	3	3,6
Biopsies suspectes de malignité ...	2	2,4
Filaments mycéliens	1	1,2
Condylome	1	1,2
Hypertrophie	1	1,2
Hyperplasie	4	4,7
Total	84	100

* endo-brachy-oesophage (6 cas), dysplasie (3 cas).

Nous avons pratiqué des biopsies perendoscopiques chez 105 patients soit 17,1 % des malades. Parmi ces biopsies nous ne disposons pas de résultat chez 21 malades.

Des biopsies n'ont pas été pratiquées chez certains malades pour des raisons de pratique et de contre indications à la biopsie (présence de V.O. ou risque d'hémorragie).

Les oesophagites constituent la lésion histologique dominante de nos résultats obtenus.

Des biopsies per-opératoires ont été pratiquées chez deux sujets présentant un méga-oesophage.

Dans un cas l'histologie a mis en évidence la présence de quelques filets nerveux sans cellules ganglionnaires et une hypertrophie de la musculuse, dans l'autre cas, la présence des faisceaux de fibres musculaires lisses sans aucun intérêt histologique.

- TABLEAU XXVIII :

Répartition des résultats anatomopathologique en fonction des aspects endoscopiques.

ASPECTS\ASPECTS ANAPATH\ENDOSCO	OESOPHA- GITE	H.H.	H.H. OESO	STENO SE	TUM EUR	AU- TRES*	TOTAL	POUR- CENT.
Biopsie non suspecte de malignité ...	1	0	0	0	1	1	3	3,5
Fragments in- suffisants ..	17	6	1	2	5	2	33	39,2
Carcinome ...	0	0	0	2	1	0	3	3,5
Oesophagite .	17	1	5	0	0	1	24	28,5
Lésions sus- pects de ma- lignité	0	0	0	1	1	0	2	2,3
Lésions pré- cancereuse ..	2	2	2	1	1	1	9	10,7
Acanthose ...	1	1	1	0	0	0	3	3,5
Hyperplasie .	2	1	1	0	0	0	4	4,7
Autres ** ...	2	0	0	0	0	1	3	3,5
T o t a l ...	42	11	10	6	9	6	84	100

* IGO, méga-oesophage, ulcère, brachy-oesophage, syndrome de Mallory WEISS ;

** Filament mycelien, condylome, hypertrophie.

24 cas d'oesophagite ont été diagnostiqués à l'histologie parmi lesquels nous notons 22 cas confirmés à l'histologie soit 50 % des oesophagites microscopiques.

3.2.3.2. - EXAMENS BIOLOGIQUES.

- SEROLOGIE V.I.H. :

Nous avons obtenu le résultat de la sérologie virale de type V.I.H. chez 34 patients soit 5,6 % des malades présentant une anomalie de l'oesophage.

16 soit 2,6 % sur 34 patients sont séro-positifs à l'E.L.I.S.A. et/ou au Western BLOT parmi lesquels nous avons une confirmation chez 9 patients.

- TABLEAU XXIX :

Répartition des cas d'oesophagite mycosique en fonction de la sérologie V.I.H.

OESOPHAGITE \ SEROLOGIE MYCOSIQUE \ V.I.H.	NEGA- TIVE	POSI- TIVE	TOTAL	POUR- CENTAGE
Absence d'oesophagite mycosique	11	4	15	44
Présence d'oesophagite mycosique	7	12	19	55,8
Total	18	16	34	100

ddl = 1 chi 2 avec correction de Yates = 3,13 P = 0,07.

19 patients sur 70 affectés d'oesophagite mycosique ont effectué une sérologie V.I.H.

12 patients sur 19 soit 63,1 % ont une sérologie V.I.H. positif à l'ELISA et/ou au Western BLOT.

- EXAMEN MYCOLOGIQUE :

L'examen mycologique pratiqué chez 22 malades est positif chez 90 % des malades à l'examen direct et/ou à la culture.

3.2.3.3 - AUTRES EXAMENS PARACLINIQUES.

Le TOGD pratiqué chez 18 malades soit 2,9 % des malades a décelé 5 cas de retrecissement de l'oesophage, 4 cas de mégaoesophage et 1 cas de diverticule de l'oesophage non visualisé à l'endoscopie.

L'alpha foeto protéine effectué chez 20 malades est positif chez 2 patients.

L'endoscopie trachéobronchique et l'examen oto rhinolaryngologique n'ont pas été réalisés chez nos malades affectés de tumeurs suspecte de malignité de l'oesophage.

37 patients soit 6 % ont bénéficié de l'échographie hépatique. 22 de ces patients présentent tous des V.O. parmi lesquels 12 patients ont un aspect de cirrhose ou dégénérée, 8 patients ont un aspect de C.P.F. ou sur cirrhose dégénérée.

3.2.4. - TRAITEMENT ET EVOLUTION.

Nous n'avons pas adopté un traitement standardisé en raison de la diversité des anomalies. Une dizaine de malades affectés de candidoses oesophagiennes ont été traités par Amphotericine. Nous avons constaté une regression des signes fonctionnels sous traitement et une reprise à l'arrêt du traitement. Nous avons pu suivre l'évolution chez 60 patients soit 9,8 % des malades parmi lesquels 13 sujets ont subi un contrôle fibroscopique, 19 sont décédés. Les autres ont fait l'objet d'un interrogatoire. Les causes de décès sont diverses. Dans 9 cas le malade est affecté d'une insuffisance hépato cellulaire probable. Dans 9 autres cas il s'agit d'une mycose oesophagienne chez des immunodéprimés dont 5 patients sont séropositifs à l'E.L.I.S.A. et/ou au Blot.

3.3. - LES OBSERVATIONS :

Nous rapportons quelques observations sur les aspects endoscopiques observés au cours de notre enquête.

3.3.1. - MEGAOESOPHAGE.

Dans notre série le méga oesophage a été découvert chez 4 patients de sexe masculin présentant les symptômes fonctionnels évocateurs.

Dans un seul cas l'histologie a mis en évidence quelques filets nerveux sans cellules ganglionnaires. Parmi les 4 cas nous disposons 3 observations dont les circonstances de découverte sont les suivantes :

OBSERVATION N° 1 :

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, bambara, cultivateur hospitalisé dans le service de Chirurgie Viscérale pour dysphagie évoluant depuis 1986. A cette occasion une fibroscopie réalisée a révélé un méga-oesophage. Le patient refuse toute intervention chirurgicale proposée. Il est consommateur de thé, du tabac et du poisson fumé.

Outre la dysphagie basse totale, permanente et quelques fois paradoxale, l'interrogatoire permit de noter des regurgitations, des vomissements post prandiaux et précoces par intermittence, des éructations, des épigastralgies à type de brûlure et un pyrosis à prédominance nocturne.

L'examen clinique est normal en dehors d'un amaigrissement.

Devant la persistance de la dysphagie, une deuxième fibroscopie pratiquée le 27 Juin 1990 a montré une augmentation du diamètre de la lumière oesophagienne à 30 cm des arcades dentaires avec un important liquide de stase sans aucune autre anomalie de la muqueuse oesophagienne.

Des biopsies n'ont pas été réalisées à cause de l'absence de pince.

Le transit oesophagien a mis en évidence un oesophage dilaté depuis la bouche de Killian jusqu'à sa jonction gastrique, une

stase alimentaire et un arrêt du produit au niveau d'une sténose courte et régulière avec un passage laborieux du produit contraste au niveau du cardia. Une fausse route est notée lors de la déglutition. Cet aspect est évocateur d'un megaesophage idiopathique.

La radiographie du thorax vue de face montre une image de broncho-ectasie avec une absence de poche à air au gastrique.

Le reste du bilan effectué (ELISA, N.F.S. + V.S.) est sans anomalie. Par contre l'examen parasitologique des selles montre la présence des oeufs d'ankylostome.

Une cardiomyotomie associée à un dispositif anti-reflux a été pratiquée chez ce patient.

Des biopsies per opératoires portées sur la musculature de l'oesophage montre une musculature hypertrophiée dans laquelle il n'existe que quelques filets nerveux mais sans cellules ganglionnaires.

Un régime semi liquide a été préconisé à la période post opératoire. La suite opératoire a été marquée par une disparition des signes fonctionnels précédents en dehors de l'éruclation et des brûlures épigastriques.

Le malade n'est plus revu après l'hospitalisation.

OBSERVATION N°2 :

Monsieur C. B. âgé de 40 ans, bambara, comptable sans antécédent particulier nous a été envoyé le 7 Juin 1990 pour pyrosis dans un contexte d'amaigrissement.

Cet homme, gros fumeur, amateur de thé et du poisson fumé a maigri de 3 kg en 5 mois.

La dysphagie haute aux aliments solides et permanente évoluant depuis 3 ans incite le patient à faire des manoeuvres au cours de la déglutition.

Trois mois après sont survenus des regurgitations alimentaires surtout nocturnes, des eructations, du pyrosis, une anorexie et des vomissements post prandiaux intermittents déclenchés après plusieurs gorgées d'eau.

L'examen clinique note un amaigrissement.

La fibroscopie oesogastroduodenale montre une importante stase liquidienne et alimentaire et une dilatation de la lumière oesophagienne avec une muqueuse lisse sans anomalies. Par contre, il existe un passage laborieux au niveau du cardia spasme.

L'histologie élimine une lésion de dégénérescence néoplasique et a mis en évidence une acanthose de l'épithélium de revêtement malpighien.

Le transit oesophagien évoque à priori un mégaoesophage idiopathique.

Le malade refusant toute intervention chirurgicale, une tentative de traitement symptomatique a été instituée sans aucun résultat.

Le malade est opéré en Décembre 1990.

Une cardiomyotomie de Heller associée à un montage anti reflux lui ont été pratiqués par voie abdominale. L'opération s'est terminée par une cholecystectomie pour lithiase vésiculaire découverte à l'intervention.

L'examen histologique des biopsies per opératoires de la musculature oesophagienne a mis en évidence des faisceaux de fibres musculaires lisses.

Le patient soumis au régime semi liquide et aux mesures hygiéno alimentaires a présenté des vomissements une fois à la suite opératoire.

Ce Monsieur a été revu quelques temps après l'intervention. Il ne présente aucun symptôme.

OBSERVATION N°3 :

Monsieur S. S., âgé de 46 ans, cultivateur, malinké est admis dans le service de chirurgie viscérale pour des vomissements.

Ce patient sans antécédent, chique le tabac et consomme occasionnellement le thé et le poisson fumé. Il consomme de l'acide acétyl salicylique à rythme irrégulier.

L'interrogatoire a révélé une dysphagie basse aux aliments solides par intermittence.

Cette dysphagie évoluant depuis une année fait recourir à plusieurs gorgées d'eau au cours des repas. Elle est associée à des regurgitations, de brûlure retrosternale, de hoquet, de pyrosis, de fausses routes et de toux au cours du décubitus avec expectoration salivaire.

L'examen physique est marqué par un amaigrissement et un pli de déshydratation.

L'endoscopie haute montre une stenose serrée, centrée, régulière, infranchissable par le fibroscope à 40 cm des arcades dentaires. Cette stenose est surmontée d'une dilatation régulière de la lumière oesophagienne avec une importante stase.

Les biopsies per-endoscopiques n'ont intéressé que l'épithélium de revêtement qui est histologiquement normal.

Le TOGD visualise une stenose serrée, incomplète du cardia à bord net, court évocatrice d'achalasie.

La N.F.S. et V.S. sont sans aucune particularité. Une cardiomyotomie associée à un dispositif anti-reflux a été réalisée.

Faute de l'application des mesures hygiéno-alimentaires, des vomissements post prandiaux précoces sont survenus à la période post opératoire. Ces vomissements se sont amendés par la suite.

3.3.2. - LES TUMEURS.

4 cas de tumeur d'aspect malin ont été diagnostiqués à l'endoscopie, parmi lesquels 2 cas de carcinome épidermoïde ont été confirmés à l'histologie et un cas d'adénocarcinome. Les observations suivantes nous ont permis de découvrir les circonstances de survenue.

OBSERVATION N° 4 :

Monsieur K. M., âgé de 43 ans, soninké, commerçant est admis dans le service de chirurgie viscérale le 1er. Juin 1990 pour le bilan étiologique d'une dysphagie.

Ce patient s'est accoutumé à l'acide acétyl salicylique, codéine, caféine (sédaspir et dolviran) depuis 8 ans et consomme du tabac et du poisson fumé.

Son alimentation est à base de riz et de millet. Dans ses antécédents on note une hématemèse de grande abondance.

La dysphagie retrosternale évoluant depuis 1988 était intermittente au début pour devenir totale et permanente à partir du mois d'Avril 1990.

Ensuite sont associés à la dysphagie des douleurs thoraciques à type de pésanteur diffuses, des regurgitations, des éructations, un pyrosis, une aphagie, une hémotémèse matinale et des épigastralgies ascendantes à type de brûlure.

L'examen clinique est normal en dehors d'une perte pondérale de 17 kg.

L'endoscopie haute note une sténose infranchissable à 30 cm des arcades dentaires avec un bourgeonnement de la face antérieure de l'oesophage dont la muqueuse est entièrement tapissée de sang rouge et de caillots. La fibroscopie évoque un aspect de néoplasie maligne du tiers moyen de l'oesophage. L'histologie confirme le cancer de l'oesophage dont l'aspect est celui d'un carcinome épidermoïde spinocellulaire.

Le transit oesophagien montre une amputation brutale du tiers moyen de l'oesophage avec des contours peu réguliers laissant un défilé qui permet le passage du produit de contraste. Cet aspect est évocateur d'une tumeur d'allure néoplasique du tiers moyen de l'oesophage. L'estomac n'a pas été visualisé.

Le bilan d'extension entrepris (radiographie du thorax, échographie hépatique) ne décèle aucune métastase. La N.F.S. + V.S. sont sans particularité.

Une gastrostomie a été pratiquée chez ce patient.

Au cours de l'évolution le patient signale une persistance des signes fonctionnels précédents et une perte pondérale de 5 kg. A cette occasion la radiographie du thorax vue de face a montré une image de bronchite.

OBSERVATION N° 5 :

Madame K. C., ménagère, âgée de 59 ans, bambara, nous a été envoyée de l'Hopital Gabriel TOURE pour tumeur épigastrique associée à des vomissements.

La patiente ne présente aucun antécédent.

Elle chique le tabac et consomme le poisson fumé.

L'interrogatoire a révélé une dysphagie basse aux aliments solides et permanente évoluant depuis 5 mois et s'accompagnant de brûlure retrosternale, de hoquet, de regurgitation, d'éructation, d'une anorexie et des vomissements post prandiaux tardifs à rythme intermittent.

A l'examen clinique nous avons noté une altération de l'état général, une légère pâleur conjonctivale, une hépatomégalie aux dépens du lobe gauche qui est dure, à surface lisse, à bord moux ne soufflant pas et mesurant 10 cm.

La fibroscopie oesogastroduodenale met en évidence une tumeur bourgeonnante du tiers inférieur de l'oesophage évoquant une mitose. L'endoscopie est normale au niveau de l'estomac. Les biopsies perendoscopiques montrent une lésion histologique de carcinome épidermoïde de l'oesophage. Cette patiente n'est plus revue.

Quant aux tumeurs d'aspect benin nous avons retrouvé des cas de polype dans notre série.

Nous avons diagnostiqué 6 cas de polype chez 4 femmes contre 2 hommes et de répartition égale selon les tranches d'âge.

Nous rapportons 3 observations parmi lesquelles les symptômes fonctionnels sont similaires dans 2 cas.

OBSERVATION N° 6 :

Madame C. F., âgée de 65 ans, ménagère, malinké a été vue en endoscopie pour épigastralgie. Cette patiente ne présente aucun antécédent. Elle consomme de l'acide acétyl salicylique à rythme irrégulier.

Les plaintes fonctionnelles sont marquées par une dysphagie basse aux aliments solides, intermittente et de durée non précisée, une brûlure retrosternale ascendante, des regurgitations, des éructations et des vomissements.

L'examen clinique est normal.

L'endoscopie haute montre un gros polype de 2 cm de diamètre à surface lisse et normale au niveau du tiers inférieur de l'oesophage.

Il existe une autre formation polypoïde d'environ 0,5 cm de diamètre au niveau de l'estomac.

L'examen histologique des biopsies perendoscopique montre un épithélium de revêtement malpighien normal.

Le transit oesophagien, la N.F.S. + V.S. et la recherche de l'Alpha foeto protéine sont sans aucune particularité.

Un traitement par l'alginat de sodium et par le domperidone a été institué en raison des symptômes de reflux.

L'évolution a été marquée par la persistance des signes fonctionnels précédents en dehors des vomissements

OBSERVATION N° 7 :

Mademoiselle K. B., âgée de 21 ans sans profession, malinké, nous est envoyée pour épigastralgie.

Elle est sans antécédent particulier et consomme occasionnellement du thé et du poisson fumé.

Cette patiente se plaint de dysphagie retrosternale et intermittente aux aliments solides depuis 3 mois.

A cette dysphagie sont associés des brûlures retrosternales, une dyspnée, un hoquet et des épigastralgies à type de brûlure à irradiation postérieure.

L'examen physique est normal.

La fibroscopie oesogastroduodénale montre un polype lisse à base d'implantation large du tiers inférieur de l'oesophage.

L'examen des biopsies montre un épithélium de revêtement malpighien qui présente peu de modifications histologiques. La patiente n'est pas revue après l'endoscopie.

OBSERVATION N° 8 :

Monsieur G. B., âgé de 42 ans, industriel, de nationalité française, nous est envoyé pour douleur abdominale.

Il ne présente aucun antécédent. Il est consommateur de tisane chaude de papaine, de café, de poisson fumé et d'acide acétyl salicylique à rythme irrégulier.

Les signes fonctionnels sont dominés par un hoquet persistant depuis deux jours, des regurgitations, des éructations, du pyrosis et des épigastralgies post prandiales.

L'examen clinique est normal.

La fibroscopie oesogastroduodénale met en évidence un petit polype pédiculé du tiers inférieur de l'oesophage et une érosion du fundus.

Les fragments biopsiés montrent un épithélium malpighien épaisse ne présentant pas de caractère suspect de malignité.

Le patient a été mis sous cimétidine en raison de ses lésions gastriques.

Une fibroscopie de contrôle effectuée au bout de deux mois de traitement montre une disparition du polype en faveur de sa nature inflammatoire.

3.3.3. - LES STENOSES DE L'OESOPHAGE.

13 cas de sténoses oesophagiennes ont été diagnostiqués. Il s'agit de toutes sténoses confondues.

Nous relatons 2 observations.

OBSERVATION N° 9 :

Madame T. T., âgée de 35 ans, ménagère, bambara est hospitalisée dans le service de Médecine pour le bilan étiologique d'une dysphagie.

Cette patiente sans antécédent particulier, consomme le poisson fumé.

L'interrogatoire a révélé une dysphagie aux aliments solides, permanente évoluant depuis 2 ans, une douleur basithoracique gauche, une brûlure retro sternale, un syndrome de reflux gastro oesophagien, une toux et une anorexie.

A l'examen clinique on note une importante alteration de l'état général et des râles crépitants à la base pulmonaire gauche.

L'endoscopie haute montre une sténose du tiers inférieur de l'oesophage associée à une mycose oesophagienne.

Le TOGD montre un retrecissement cylindrique régulier de l'oesophage inférieur évoquant un aspect de processus inflammatoire, infectieux ou tumoral. L'estomac est dilaté et présente de débris alimentaires et de liquide de stase. Les passages du produit de contraste sont normaux. A priori, il s'agit d'une sténose du tiers inférieur de l'oesophage et d'une gastrite.

La N.F.S. et la V.S. sont normales.

La radiographie du thorax vue de face montre une image de pneumopathie gauche sans métastase.

L'échographie hépatique est normale.

L'histologie met en évidence un carcinome malpighien peu mature de l'oesophage.

Une gastrostomie a été pratiquée chez cette patiente. Elle est sortie de l'hôpital à la demande de ses parents.

OBSERVATION N°10 :

B. D., âgée de 45 ans, sexe féminin, ménagère, malinké, nous est envoyée par le service de Gastro enterologie de l'Hopital Gabriel TOURE pour dysphagie totale. Elle ne présente aucun antécédent. Elle consomme du poisson fumé.

Cette dysphagie permanente évoluant depuis 2 ans est accompagnée d'une anorexie.

L'examen clinique est normal en dehors d'une légère alteration de l'état général.

La fibroscopie oesogastroduodénale révèle une stenose serrée de siège non précisé de l'oesophage difficilement cathétérisée par l'endoscope.

La sténose est associée à une oesophagite peptique.

Le transit oesophagien met en évidence un retrecissement de l'oesophage thoracique en regard de D5, avec un remplissage normal de l'estomac.

Les fragments biopsiés montrent une lésion de dysplasie moyenne de l'oesophage. La patiente n'est pas revue après une dilatation perendoscopique.

3.3.4. - LES HERNIES HIATALES.

Les circonstances de découverte des H.H. sont polymorphes. En raison du résultat histologique nous rapportons 2 observations.

OBSERVATION N°11 :

Madame N. M., âgée de 37 ans, secrétaire, Ouolof, sans antécédent particulier, nous est envoyée par le service de l'Hopital Gabriel TOURE pour épigastralgies. Elle consomme du thé, du poisson fumé et de la cola.

Les symptômes cliniques sont des épigastralgies à type d'oppression irradiant au sein gauche, sans facteur déclenchant, associées à des éructations.

L'examen clinique est normal.

L'endoscopie haute montre une H.H. de 3 cm de hauteur non compliquée. L'examen des biopsies systématiques montre une lésion histologique d'oesophagite. Cette patiente n'est plus revue après l'endoscopie.

OBSERVATION N°12 :

T. M., âgée de 65 ans, sexe féminin, bambara, sans profession, nous est adressée pour des douleurs abdominales. Elle est hypertendue connue et atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde

traitée simultanément par la chloroquine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens depuis 15 ans.

L'intérogatoire a révélé un pyrosis et des nausées.

L'examen clinique est normal en dehors de la déformation des doigts et de l'obésité.

La fibroscopie montre une H.H. de 2,5 cm de taille associée à une oesophagite peptique du tiers inférieur de l'oesophage, un ulcère du bulbe et une antrite congestive. L'examen anatomopathologique confirme l'oesophagite. Cette patiente n'est pas revue après l'endoscopie.

3.3.5. - ULCERE DE L'OESOPHAGE.

34 cas d'ulcère de l'oesophage ont été diagnostiqués au cours de l'étude retrospective. L'étude prospective a dépisté 5 cas d'ulcère de l'oesophage associé à une oesophagite. De symptômes fonctionnels polymorphes, nous rapportons 2 cas d'ulcère de l'oesophage associés à une oesophagite.

OBSERVATION N°13 :

Monsieur B. A., âgé de 36 ans, enseignant, peulh, sans antécédent particulier, nous est adressé pour hoquet persistant. Ce jeune homme est consommateur de thé et du poisson fumé. Il fait usage de l'acide acétyl salicylique à rythme irrégulier et à dose inconnue.

Devant cet hoquet persistant apparu depuis 10 jours, associé à des sensations de brûlure retrosternale, des éructations et du pyrosis, le patient entreprend un traitement traditionnel à base de pigeon et de plusieurs gorgées d'eau, ensuite un traitement moderne utilisant le domperidone. Ces traitements sans résultat l'ont incité à effectuer une fibroscopie à la demande de son médecin traitant.

L'examen clinique est normal.

L'endoscopie haute révèle une oesophagite peptique ulcérée du bas oesophage.

Les biopsies perendoscopiques mettent en évidence une lésion histologique d'oesophagite.

La N.F.S. + V.S. est sans aucune particularité.

Le malade est mis sous régime hygiéno-alimentaire et ranitidine 300 mg à raison de 1 comprimé le soir. Au bout de 20 jours de traitement le patient nous signale une disparition des signes fonctionnels précédents. Ce patient refuse tout contrôle fibroscopique.

OBSERVATION N°14 :

Monsieur D. K., âgé de 52 ans, menuisier, kassonké, sans antécédent, nous est envoyé pour épigastralgies. Le patient est consommateur de thé, de poisson fumé et d'acide acétyl salicylique.

Les plaintes fonctionnelles sont marquées par des éructations, une anorexie et des épigastralgies post prandiales. Ces épigastralgies sont calmées par les vomissements.

L'examen clinique est normal.

L'endoscopie haute montre une oesophagite ulcéreuse et pseudomembraneuse.

Le résultat des biopsies perendoscopiques n'est pas parvenu
Le patient n'est plus revu.

3.3.6. - ENDOBRACHYOESOPHAGE.

OBSERVATION N°15 :

Nous rapportons cette observation à cause de la circonstance de découverte.

Monsieur M. S., âgé de 19 ans, élève, bambara, est envoyé pour des douleurs épigastriques.

Il est tabagique et consomme de l'acide acétyl salicylique à un rythme irrégulier, du thé et du poisson fumé.

La symptomatologie fonctionnelle est marquée par des épigastralgies à type de brûlure ascendante.

Ces épigastralgies sont associées à des regurgitations, des éructations et du pyrosis. Tous ceux-ci évoluent depuis 3 ans.

De nombreux pansements gastriques sans résultat ont été utilisés.

L'examen physique est normal.

L'endoscopie haute met en évidence une oesophagite érythémateuse des deux tiers inférieurs de l'oesophage et une gastrite pétéchiale.

L'histologie révèle une lésion d'endobrachyoesophage. Le patient n'est pas revu après la prescription d'un anti sécrétoire (ranitidine 150 mg) et du régime hygiéno-diététique.

3.3.7. - BEANCE CARDIALE.

Nous avons diagnostiqué 13. Les circonstances de découverte étant stéréotypées nous relatons une observation en raison de la complication engendrée par la béance cardiale.

OBSERVATION N°16 :

Monsieur M. H., 49 ans, gardien d'école, sonrhaï, nous est adressé par le service de l'Hopital Gabriel TOURE pour des épigastralgies et des vomissements. Cet homme est tabagique et amateur de thé et du poisson fumé. Il consomme de l'acide acétyl salicylique. Ce patient est hypertendu connu depuis 2 ans.

L'interrogatoire a révélé un syndrome de R.G.O. de prédominance nocturne évoluant depuis 2 ans, des vomissements incoercibles apparus il y a 15 jours, une anorexie, une hémossalémèse.

L'examen physique est normal.

L'endoscopie met en évidence une béance cardiale associée à une oesophagite ulcérée hémorragique du tiers inférieur de l'oesophage et une bulbite érythémateuse.

L'histologie confirme la lésion d'oesophagite.

Un traitement à base d'antisécrétoire et de régime hygiéno alimentaire lui a été recommandé. Ce patient n'est pas revu après l'endoscopie.

3.3.8. - SYNDROME DE MALLORY WEISS.

De circonstances de découverte stéréotypées, le syndrome de Mallory WEISS a été diagnostiqué chez 14 patients. Nous relatons une observation.

OBSERVATION N°17 :

Il s'agit d'un sujet âgé de 31 ans, de sexe masculin, bambara, informaticien. Il a été admis dans le service de Médecine interne pour hématemèse et méloena.

Ce jeune homme est tabagique et consomme du café et de l'acide acétyl salicylique.

L'interrogatoire a révélé une hématemèse d'environ 1 l par jour et un méloena installés depuis 3 à 4 jours, une douleur de l'hypochondre droit à type de compression sans facteur déclenchant, des éructations fétides et une dyspnée. Cependant le patient n'a pas signalé d'épigastralgies.

L'examen physique est normal en dehors d'une pâleur conjonctivale.

L'endoscopie haute pratiquée au troisième jour de son hospitalisation met en évidence une fissuration œsophagienne ou syndrome de Mallory WEISS pouvant expliquer l'hématemèse et le méloena. L'estomac est sans aucune particularité.

Le patient a reçu un traitement à l'antisécrétoire (cimetidine) et au phosphate d'aluminium. Au bout de 15 jours du traitement il signale une disparition des signes fonctionnels précédents. Le contrôle fibroscopique ne montre aucune anomalie.

C H A P I T R E 4

D I S C U S S I O N

4.1. - CRITIQUE DE NOTRE METHODE DE TRAVAIL.

Malgré le coût élevé de la fibroscopie (6 000 F. CFA) elle a été pratiquée chez 3 019 patients. Ce qui témoigne que l'endoscopie haute est un examen de premier recours pour nombre de Médecin et pour le malade, elle est moins chère que le transit oesophagien (8 500 F.CFA) qui est aussi une méthode d'exploration de l'oesophage.

A la même période de notre étude 241 TOGD ont été entrepris dont 18 ont révélé une anomalie de l'oesophage.

L'endoscopie haute étant actuellement un examen sans danger, au cours de notre étude nous n'avons observé qu'un seul incident bénin. Il s'agit d'une luxation de la mâchoire qui a été réduite aussitôt.

Nous avons constaté un manque d'information au cours de l'étude retrospective et même prospective sur quelques dossiers à cause de la mauvaise tenue des registres et des conditions de travail dans la salle d'endoscopie.

Des biopsies et des prélèvements de muguet oesophagien n'ont pas été réalisés comme il l'auraient dus être systématiquement.

Ceci s'explique pour des raisons pratiques suivantes :

- absence de pince à biopsie en une période de l'enquête ;
- précipitation de l'endoscopiste en raison du nombre élevé de patients car au Mali nous ne disposons que d'un seul fibroscope :
- inconfort du malade à l'examen ;
- difficulté de prélever le muguet oesophagien ou faute de milieu de culture au Laboratoire.

Sur 84 résultats de biopsies 33 soit 39,2 % sont ininterprétables en raison de leur exiguité ou de la mauvaise fixation. Cela s'explique aussi par les difficultés de biopsier l'oesophage et la qualité de notre pince car nous avons utilisé une pince pédiatrique pour la deuxième partie de l'étude.

Sur 105 cas de biopsies 21 sont égarés sur la destination de Marseille.

Les résultats des examens mycologiques sont positifs sauf dans 2 cas où notre prélèvement a succédé un traitement anti mycosique dans un cas et dans l'autre le prélèvement, par erreur a été dilué dans du formol.

Nous avons pu suivre l'évolution chez 60 malades sur 612 soit 9,8 %. Ce faible pourcentage s'explique par le fait que les malades ne disposent pas de dossier au Centre d'Endoscopie et qu'ils émanent de plusieurs services. L'absentéisme des malades au contrôle pour des raisons diverses (amélioration de leur état, manque de moyen financier, désagrement de l'examen) pourrait aussi expliquer ce faible pourcentage des malades suivis.

Nous constatons un faible taux de mortalité non lié à l'endoscopie soit 3,1 % des malades.

Dans la majorité des cas la durée du traitement n'a pas été respectée pour des raisons financières.

Pour ces raisons diverses ci-dessus nous ne pouvons pas tirer une conclusion formelle pour ce qui est du suivi des malades et de l'existence de corrélation entre l'histologie et l'endoscopie.

APPORTS DES AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

Le T O G D n'a pas été pratiqué systématiquement à cause de la fiabilité de l'endoscopie et de son coût faible par rapport au TOGD. Dans 5 cas il a été entrepris pour compléter l'endoscopie et dans 7 cas pour le bilan pré-opératoire.

L'endoscopie trachéo bronchique et l'examen O.R.L. n'ont pas été réalisés chez nos patients atteints de tumeurs d'aspect malin en raison de l'image radiologique normale des poumons et de l'éloignement du service d'O.R.L.

La majorité de la sérologie V.I.H. a été réalisée chez les malades hospitalisés. Sur 34 résultats de sérologies parvenus, 28 appartiennent aux malades hospitalisés.

Nous notons certains examens qui se sont révélés insignifiants dans notre étude. Il s'agit de la N.F.S. et V.S.,

de la B.M.R., du dosage de l'alpha foeto protéine, de l'examen parasitologique des selles.

4.2. - COMPARAISON DE NOS DONNEES A CELLES DE LA LITTERATURE.

4.2.1. - DONNEES GENERALES DE NOS MALADES.

Dans les précédents travaux effectués, aucune étude exhaustive n'a porté essentiellement sur l'ensemble des anomalies oesophagiennes en Afrique.

L'étude des pathologies oesophagiennes a été faite incidemment au cours de celle des pathologies digestives hautes (79, 92, 52, 43, 124, 21) ou sur une anomalie précise de l'oesophage (1, 33, 61) ou au cours d'autres travaux endoscopiques (47, 43). Ces travaux n'ont pas étudié l'ensemble des anomalies de l'oesophage en fonction du profil socio démographique. Il est donc impossible de comparer nos données socio-démographiques de l'ensemble des anomalies à celles de la littérature.

Une étude comparative des pathologies digestives hautes entre les Centres d'Endoscopie a révélé que les anomalies oesophagiennes sont plus fréquentes au Gabon (24,73 %) qu'à Dakar (15,23 %), Abidjan (14 %) et Tananarive (9 %). Cette fréquence relative au Gabon est comparable à celle de Lille où les anomalies oesophagiennes représentent 22 % (79). Notre étude révèle une fréquence de 20,2 % qui se rapproche de ces pourcentages.

Dans notre série les anomalies oesophagiennes sont fréquentes dans toutes les tranches d'âge mais la moitié des patients ont un âge compris entre 30 et 49 ans (Tableau I). Le sexe ratio est de 1,6 %.

Ces fréquences pourraient s'expliquer par la prépondérance de la pratique fibroscopique à cet âge et chez le sexe masculin ou par la fréquence de la pathologie digestive haute chez l'homme comme dans beaucoup de série d'étude (124, 92, 79).

Il n'y a aucune différence statistiquement significative quant à la répartition des anomalies de l'oesophage en fonction de l'âge et du sexe excepté les V.O.

En considérant l'ensemble des anomalies nous notons une fréquence chez l'homme et dans la tranche 30 - 49 ans.

L'étude du profil socio-professionnel révèle une prédominance des ménagères, des fonctionnaires (Tableau III). Nous pourrions expliquer cette prédominance des ménagères par le revenu de leur époux leur permettant d'accéder à cet examen.

La fréquence élevée des fonctionnaires s'expliquerait par leur attachement à la médecine conventionnelle et leur revenu.

Le coût financier de l'examen pourrait expliquer le faible pourcentage des autres catégories professionnelles qui préfèrent se contenter souvent d'un traitement symptomatique traditionnel ou de la médecine moderne.

Nous ne pouvons pas tirer une conclusion formelle quant à l'existence de corrélation entre la profession et les anomalies oesophagiennes.

Dans notre série nous constatons une nette prédominance des bambaras, des malinkés, des peulhs et des soninkés (Tableau IV). Cette prédominance paraît superposable à la répartition des ethnies dans la ville de Bamako.

Les indications de l'examen fibroscopique sont larges.

Le motif de consultation en endoscopie est dominé dans notre étude par des épigastralgies, des signes de R.G.O., des hématomèses (Tableau VI). Nous retrouvons cette prédominance des épigastralgies, des signes de R.G.O., et de dysphagie à l'interrogatoire mené chez nos patients.

La fréquence élevée des épigastralgies comme dans beaucoup de série d'étude (43, 78, 34) peut s'expliquer par le fait qu'elles constituent le motif habituel de consultation et par la difficulté qu'ont les médecins traitants d'interroger les malades.

Dans les années précédentes (1984, 1985, 1986) 1 000 endoscopies hautes ont été réalisées à Bamako pour épigastralgies (78). Coulibaly B. a observé aussi sur 3 190 fibroscopies, 1 808 fibroscopies réalisées pour épigastralgies soit 56,6 % (34).

Au Sénégal les épigastralgies ont motivé 61 % des endoscopies à l'hôpital principal (43).

Les signes de R.G.O. sont banaux pour le malade quand ils sont intermittents. Ils motivent une consultation quand ils deviennent permanents (Observation n° 13). Dans notre enquête la fréquence élevée des signes de R.G.O. s'expliquerait par le caractère physiologique de certains d'entre eux.

La prédominance de la dysphagie s'explique par sa fréquence dans les anomalies de l'oesophage et par sa présence chez les névropathes.

Les symptômes d'appel d'une atteinte oesophagienne ne sont pas spécifiques dans notre série. Ils sont rencontrés à une fréquence à peu près comparable dans toutes les anomalies rencontrées (Tableau VIII) donc ils ne pourront nullement orienter un diagnostic d'une anomalie précise de l'oesophage. Par exemple : les V.O. ne pourront en aucun cas expliquer les épigastralgies de nos malades à moins qu'il ait une lésion gastrique associée.

Pour ce qui est des antécédents et ^{de} mode de vie, ils ont été difficiles à préciser chez la plupart des malades.

Sur 612 malades, 244 ont été interrogés. Certains malades ont eu des difficultés à préciser leurs antécédents et mode de vie. Toutefois nous constatons une consommation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens le plus souvent l'acide acétyl salicylique prise pour diverses raisons.

La consommation de thé et/ou café et du poisson fumé de façon plus ou moins régulière est répandue à Bamako. L'importance de la consommation du tabac vient après celle du thé et/ou café et du poisson. La consommation du thé et/ou café, du poisson fumé et du tabac est plus fréquente que celle de l'alcool. Nous expliquons cette différence par le fait que les patients cachent leur consommation d'alcool pour des raisons socio-religieuses.

Nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative quant à la répartition des anomalies de l'oesophage en fonction du mode de vie et des antécédents.

Cependant il est à suggérer le rôle des excitants (alcool et tabac) et de la malnutrition dans l'évolution chronique des

lésions. De même que celui des anti inflammatoires non stéroïdiens qui peuvent également précipiter les lésions selon un mode aigu ou sub-aigu chez certains patients (31).

4.2.2. - LES ASPECTS ENDOSCOPIQUES OBSERVES.

4.2.2.1. - LES OESOPHAGITES.

Les oesophagites occupent le premier rang de toutes les anomalies oesophagiennes observées dans notre étude. Nous avons recensé 228 cas d'oesophagite soit 37,2 % des anomalies de l'oesophage.

70 cas soit 30,7 % des oesophagites sont mycosiques et 69,2% sont par reflux. Nous discuterons séparément les 2 types.

4.2.2.1.1. - LES OESOPHAGITES PAR REFLUX.

Elles représentent 69,2 % des oesophagites soit 158 oesophagites sur 228. La fréquence des oesophagites a été déjà signalée au Mali par Coulibaly B. (34) qui a rapporté 110 cas sur 357 anomalies de l'oesophage soit 30,8 % et par Konta qui a observé 89 cas sur 439 anomalies oesocardiotuberositaires soit 20,2 % (81). Comme dans notre étude, à Dakar, Derrien J.P. et Coll. révèlent que l'oesophagite est la lésion dominante dans leur série. Ils ont observé 45 cas d'oesophagite localisés surtout dans la région du cardia sur 127 anomalies du cardia et de l'oesophage soit 35,4 % avec un reflux dans 10 cas (43). Paouzi a observé 54 oesophagites sur 475 anomalies de l'oesophage soit 11,3 % lors des 3 000 fibroscopies (52).

En Côte d'Ivoire, Niamkey et Coll. ont rapporté aussi cette prédominance des oesophagites (27 cas sur 74 anomalies de l'oesophage soit 36,4 % au cours de 710 fibroscopies digestives hautes (92)).

A Libreville (79), les oesophagites dominent la pathologie de l'oesophage. Elles représentent 12,33 % des anomalies digestives hautes et 49,6 % des anomalies de l'oesophage soit 162 oesophagites sur 325 anomalies de l'oesophage (79). Tout comme dans notre étude les auteurs ont trouvé une prédominance de l'oesophagite congestive. Ils ont attribué la fréquence des

oesophagites à la consommation d'alcool plus importante dans ce pays qu'en Côte d'Ivoire, qu'au Sénégal et qu'à Tananarive. Comparativement à notre étude où les oesophagites sont fréquentes, l'alcool est peu consommé selon notre enquête.

Par contre à Tananarive, la fréquence des oesophagites est faible : 8 cas d'oesophagite tout stade confondu sur 20 anomalies de l'oesophage lors de 244 fibroscopies (21).

Dans notre étude les oesophagites sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme : le sexe ratio est de 1,6 inférieur à celui de Konta qui est de 0,94 % (81) cette prédominance masculine a été observée par Micaleff et Coll (90) qui ont trouvé une oesophagite chez 59 % d'homme contre 41 % de femme dans 586 cas d'oesophagite tout stade confondu.

Zeitoun a révélé 1 661 oesophagites survenues pour 70 % chez l'homme (132).

La fréquence élevée des oesophagites s'observe dans la troisième et quatrième décade dans notre série contrairement à celle de Patin et Coll. rapporté par Chevreil B. où la moitié des sujets atteints d'oesophagite a plus de 70 ans. Ces auteurs ont pratiqué 4 000 fibroscopies sur lesquelles 20 % des examens ont révélés une oesophagite (30).

De même Savary signale que l'oesophagite s'aggrave en fonction de l'âge. Ce qui tend à prouver qu'il s'agit bien d'une anomalie évolutive (30). A l'inverse, l'étude de Dedieu et Coll. comme notre étude montre qu'il n'y a aucune différence significative d'âge entre les différents stades d'oesophagite (30).

Micaleff et Coll., ont révélés que dans 60 % des cas d'oesophagite, l'âge dépasse la cinquantaine (90). Zeitoun observe que les 1 661 oesophagites sont réparties de façon à peu près équivalente avant 50 ans et après 50 ans (132).

Les oesophagites peuvent être responsables des hémorragies. Dans notre série nous n'avons noté aucun cas. Boles J.M. et Coll J.R. ont observé 21 cas d'oesophagite dans 34 cas d'hémorragies digestives parmi lesquels l'oesophagite était seule responsable de l'hémorragie chez 8 patients et chez 11 autres patients, elle participait au saignement (14).

L'examen histologique a révélé une lésion d'oesophagite dans 24 cas soit 28,5 % des résultats histologiques. L'oesophagite a été confirmée dans 22 cas. Dans les autres cas nous constatons une absence de corrélation entre l'endoscopie et l'histologie car l'aspect histologique de l'oesophagite a été observé dans 1 cas pour une H.H. non compliquée et dans un cas pour une I.G.O.

Selon Zeitoun (132), il paraît inutile de recourir à l'histologie pour définir ou diagnostiquer l'oesophagite érosive lorsqu'il existe des lésions endoscopiques. En revanche, les biopsies sont indispensables si la lésion endoscopique laisse le moindre doute quant à sa nature bénigne.

De même le prélèvement biopsique est indispensable lors d'oesophagite caustique compliquée de stenose où la survenue de cancer après 10 à 15 ans d'évolution paraît 1 000 fois plus élevée que sur un oesophage sain (59).

Les auteurs incriminent la fréquence élevée des oesophagites à l'importance de la consommation d'alcool (30, 79, 92). Cette consommation d'alcool étant peu fréquente selon notre enquête, nous pourrions expliquer la prépondérance des oesophagites par l'utilisation d'autres toxiques (tabac, anti-inflammatoire), par l'existence d'anomalies de la jonction oesogastrique engendrant le reflux ou par les troubles moteurs de l'oesophage. Ces anomalies peuvent être méconnues par faute de moyen d'exploration dans notre étude (manométrie, PHmétrie).

4.2.2.1.2. - LES OESOPHAGITES MYCOSIQUES.

Nous avons observé 70 cas d'oesophagite mycosique.

Au Mali les études antérieures sur l'endoscopie haute n'ont pas signalé des cas d'oesophagite mycosique (34, 47, 81). Faouzi a observé 24 mycoses oesophagiennes dont 6 cas confirmés par l'histologie sur 475 anomalies de l'oesophage soit 50,5 % (52).

L'avènement de la pandémie du S.I.D.A. a permis une extension de cette affection. Notre étude a révélé 70 oesophagites mycosiques.

L'oesophagite mycosique est plus fréquente chez l'homme que chez la femme dans notre étude : le sexe ratio est de 1,9. Comme dans notre série, l'étude de Baruth rapportée par Aubry et Coll a révélé une prédominance masculine (14 hommes contre 9 femmes) (6).

La fréquence des oesophagites mycosiques est à peu près comparable dans toutes les tranches d'âge.

Il n'est pas aisé de mettre en évidence la présence de filament mycelien par l'histologie. Dans notre série l'histologie a été formelle dans un seul cas et dans 6 cas elle a mis en évidence la présence d'oesophagite sans éléments mycéliens.

Baruth cité par Aubry et Coll. a révélé des lésions inflammatoires dans 23 cas de mycose oesophagienne et des levures dans 8 cas chez 23 patients (6).

Sur 24 mycoses oesophagiennes Faouzi a trouvé une confirmation par l'examen histologique dans 6 cas (52).

Les mycoses peuvent également se localiser dans la région gastroduodénale. Baruth a observé 3 localisations gastriques (6) tandis que dans notre enquête il a été révélé une seule localisation duodénale confirmée par l'histologie.

Comme toutes les infections opportunistes les mycoses oesophagiennes sont fréquemment rencontrées chez les sujets immunodéprimés. Dans notre étude les résultats de sérologie V.I.H. sont parvenus chez 19 patients affectés d'oesophagite mycosique parmi lesquels 12 sont séro-positifs à l'E.L.I.S.A. et/ou au Blot. Sur 16 séro-positifs 12 patients présentent une oesophagite mycosique. (Tableau XXIX). L'étude de Niamkey et Coll a montré la coexistence de ces deux affections. Ces auteurs ont observé chez 64 patients seropositifs, 12 lésions d'allure mycosique. Niamkey et Coll. en considérant le stade du S.I.D.A. ont rencontré les mycoses oesophagiennes chez 29 % des Sidéens et chez 7 % des séro-positifs. Akon, pendant la même période que Niamkey et dans une même unité ne retrouve aucune mycose de l'oesophage chez les séro-négatifs. Les oesophagites mycosiques viennent après les diarrhées parmi les manifestations digestives au cours du S.I.D.A. et elles doivent évoquer un S.I.D.A. dans les cas typiques (93).

Nous n'avons pas trouvé une différence statistiquement significative quant à la survenue de mycose oesophagienne et de la sérologie V.I.H. Nous constatons que plus de la moitié des séro positifs dans notre série présente une mycose oesophagienne (Tableau XXIX).

4.2.2.2. - LES HERNIES HIATALES (H.H.).

Nous avons observé 130 cas de H.H. soit 21,2 % des anomalies de l'oesophage. 26,9 % de H.H. compliquées. A Bamako la fréquence élevée a été déjà signalée au cours de quelques travaux. Duflo Moreau et Coll. révèlent 37 cas de H.H. sur 82 anomalies de l'oesophage lors des 240 fibroscopies réalisées pour hémorragie digestive soit 45,1 % et 22 H.H. sur 100 fibroscopies pratiquées pour hématemèses récentes soit 22 % (47). Coulibaly B. observe 126 H.H. sur 357 anomalies de l'oesophage chez 1 500 patients soit 35,2 % (34).

Quant à Konta, il observe 127 H.H. sur 439 anomalies oesocardiotuberositaires soit 28,9 % (81).

A Dakar, Derrien J. P. et Coll ont rapporté 40 cas de H.H. et d'incontinence du cardia sur 127 pathologies oesophagiennes et du cardia soit 31,4 % (43). Facouzi, dans sa thèse a signalé 255 cas de H.H. ou malposition cardiotuberositaire soit 53,6 % des anomalies de l'oesophage au cours de 3 000 endoscopies (52).

Au Gabon, plus précisément à Libreville Klotz et Coll ont observé 104 cas de H.H. soit 32 % des anomalies oesophagiennes (79).

La fréquence de la H.H. est faible dans deux pays d'Afrique. En Côte d'Ivoire, Niamkey et Coll. observent 1 cas soit 1,35 % des anomalies de l'oesophage lors des 710 endoscopies hautes (92). A Tananarive Capdevielle rapporte 20 % de H.H. au cours de 244 fibroscopies soit 4 H.H. sur 20 anomalies de l'oesophage (21).

La prédominance de la H.H. est féminine dans notre série 57,6 % des femmes : le sexe ratio est de 0,73 égale à celui de Klotz et Coll à Libreville (79).

La prédominance féminine dans notre étude est analogue à celle de Hilleman rapporté par Levrat M. et Coll. (87). Selon cet auteur la H.H. est présente par exemple chez 5 femmes contre 3 hommes. Il a aussi noté l'existence de la H.H. chez 128 femmes contre 11 hommes. Par contre Abarchi trouve une fréquence masculine élevée (1). Quant à Farparen V., Albot et Poilleux cités par Levrat (87), considèrent que la H.H. prédomine plutôt chez l'homme comme dans l'étude d'Abarchi. Farparen V. a observé 61,8 % de H.H. chez l'homme, Albot et Poilleux ont observés 53 % (87).

Certains auteurs trouvent que "la H.H. paraît au total assez également répartie dans les 2 sexes" et qu'il y a une prédominance féminine modérée (87). Cette prédominance s'explique par une hyperlaxité du tissu conjonctif à la suite des grossesses.

La H.H. s'observe à tous les âges dans notre série mais elle présente une importante fréquence dans la tranche 30 - 49 ans alors qu'Abarchi trouve une fréquence dominante entre 20 et 30 ans (1).

Dans notre étude nous constatons une diminution de la fréquence de la H.H. avec l'âge contrairement à la notion classique qui considère que la fréquence d'apparition de la H.H. augmente avec l'âge (109).

Albot et Poilleux (87) ont trouvés 7 cas de H.H. sur 300 malades entre 20 - 30 ans comme ailleurs dans l'étude d'Abarchi (1). Ils n'ont trouvé aucun cas avant 20 ans et 21 ans. Ils ont observé près de 7 % entre 30 et 40 ans, les 2/3 des H.H. après 50 ans avec un maximum de fréquence à la sixième décade alors que la fréquence élevée se situe entre 30 - 49 ans dans notre étude. Pour Hilleman ce maximum se situerait à 52 ans (87).

Dans notre étude les H.H. par glissement sont les plus fréquentes comme dans la littérature où elles représentent 90 %. Le diagnostic endoscopique des H.H. par roulement n'étant pas aisé les endoscopistes ont mis en évidence un seul cas.

Les H.H. ont entraîné peu de complication dans notre série. 26,90 % de H.H. sont compliquées d'oesophagite, de ^{pseudo} polype,

d'œsophage du collet. Ce qui est à peu près comparable à l'étude de Bochus qui rapporte 25 % des cas de hernies compliquées (87).

Nous constatons une discordance entre l'endoscopie et l'histologie à la suite des biopsies systématiques réalisées dans les H.H. (Observation n° 11). L'œsophagite associée dans 5 cas à une H.H. a été confirmée par l'histologie.

Il n'y a aucune différence statistiquement significative pour ce qui est de la répartition des H.H. en fonction de l'âge et du sexe. Nous constatons une légère prédominance des H.H. chez la femme (57,6 % de femme contre 42,3 % d'homme).

4.2.2.3. - LES VARICES OESOPHAGIENNES (V.O.).

Nous avons recensé 139 cas soit 22,7 % de la pathologie œsophagienne alors que Konta (81) et Coulibaly B. (34) ont observé respectivement 49 cas soit 11,1 % et 119 soit 33,3 % des pathologies de l'œsophage. Quant à Duflo Moreau E. et Coll. ils ont dépisté 25 cas de V.O. sur 82 anomalies de l'œsophage soit 30,4 % au cours de 240 fibroscopies réalisées pour hémorragies digestives (47). Diallo a signalé 6 cas de V.O. sur 385 endoscopies (45).

A Dakar, Derrien J.P. et Coll. rapportent 19 cas de V.O. sur 127 cas de pathologies œsophagiennes et du cardia soit 14,9 %. Ces mêmes auteurs ont observé en urgence 9 cas de V.O. sur 55 endoscopies soit 16,3 % (43).

Faouzi signale 40 cas de V.O. sur 289 examens pratiqués en urgence soit 13,8 % et 21 cas de V.O. de découverte systématique sur 2 711 œsogastroduodénoscopies soit 0,7 % (52).

A Abidjan, les auteurs révèlent la fréquence élevée des V.O. parmi les anomalies œsophagiennes rencontrées. Cette fréquence représente 50 % des anomalies de l'œsophage (92).

A Libreville Klotz et Coll. observent 40 cas de V.O. dépistés au cours d'une hématemèse ou du bilan d'une hépatomégalie soit 12,3 % des anomalies de l'œsophage (79).

Le faible prédominance des V.O. a été constatée à Tananarive (2 cas soit 0,9 % des causes d'hémorragie digestives lors de 224 fibroscopies (21).

Le sexe masculin est le plus touché dans notre série (82 % des V.O. sont rencontrés chez l'homme) : le sexe ratio 4,65 est supérieur à celui de Klotz et Coll. (79).

La prédominance masculine des V.O. a été déjà observée par Konta (81). Il a trouvé un sexe ratio de 3,1 qui se rapproche du nôtre. La fréquence élevée des V.O. dans notre série est superposable à celle des cirrhoses et cancers du foie au Mali chez le sexe masculin. La fréquence élevée du C.P.F. a été rapportée par Timbo, qui a observé 216 cas (126).

De même Touré fait ressortir la fréquence du cancer du foie qui représente 23,1 % des cancers au Mali (127). Quant à Duflo Moreau et Coll. ils ont mis l'accent sur la fréquence du cancer du foie chez l'homme (48).

Les V.O. se rencontrent à tout âge dans notre étude mais nous notons une fréquence élevée entre 30 - 49 ans. Contrairement à notre étude Konta a trouvé une fréquence à peu près comparable à tout âge (81).

Les V.O. sont responsables des hémorragies digestives. Dans notre enquête l'endoscopie a été motivée dans 15 cas pour hématemèse (Tableau VII) chez des sujets présentant des V.O. Le saignement a été mis en évidence dans 10 cas au cours de l'endoscopie.

Derrida S. et Coll. ont observés aussi des V.O. chez 23 malades dans une série de 34 hémorragies digestives consécutives. Dans cette série 67,6 % des hémorragies digestives consécutives sont à l'origine des V.O. (42). A Dakar Derrien J.P. rapportent sur 19 cas de V.O., 12 cas responsables de l'hémorragie justifiant l'endoscopie (43).

Les V.O. étant liées à l'H.T.P. dans la plupart des cas, au cours de notre étude nous avons noté ce syndrome chez 10 patients soit 16,6 % des sujets présentant des V.O. Cette association a été observée par Duflo Moreau B. et Coll. Ils ont trouvé une H.T.P. chez 8 patients sur 10 présentant des V.O. (47).

Considérées comme conséquences des hépatopathies chroniques (cirrhose, hépatocarcinome), les V.O. sont dépistées chez 23 patients présentant une hépatomégalie dans notre étude. Aubry et Coll. ont révélé 20 cas de V.O. confirmées chez 26 malades atteints d'hépatopathies chroniques (7). De même Desmouat H. et Coll ont observé l'apparition des V.O. de grosses tailles dans 1/3 des cas en moins de 2 ans chez des cirrhotiques sans passé hémorragique (44).

Il y a une différence statistiquement significative quant à la répartition des V.O. en fonction de l'âge et du sexe.

4.2.2.4. - LES TUMEURS DE L'OESOPHAGE.

4.2.2.4.1. - LES TUMEURS MALIGNES OU CANCER DE L'OESOPHAGE.

Nous avons observé 4 cas de tumeur d'aspect malin dont 3 confirmations à l'histologie. Le cancer de l'oesophage est rare au Mali ceci a été déjà signalé par Konta qui a dépisté 10 cas sur 1 174 fibroscopies (81).

En 1985, Touré rapporte 18 cas de cancer de l'oesophage dont 10 sont confirmés à l'histologie. Dans son étude le cancer de l'oesophage représente 1,3 % de l'ensemble des tumeurs malignes recensées (127). Cette faible fréquence est observée dans les autres pays de l'Afrique de l'Ouest.

Ainsi à Dakar, Faouzi observe 12 cas de cancer de l'oesophage dont 10 confirmations lors des 3 000 endoscopies hautes réalisées en 2 ans à l'Hôpital Principal de Dakar (52). Au Sénégal, Chabale signale 3 cas de cancer de l'oesophage en 5 ans (89). En 1971 Quenum Camam et Baylet ont fait état de 2 cas sur 458 cancers observés pendant une période de 3 ans au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Dakar alors qu'Aubry dépiste 8 cancers épidermoïdes pour 30 adénocarcinomes gastriques sur 3 126 examens endoscopiques pratiqués (61). Au Congo Raymondon cité par M'Bakop et Coll. rapporte 4 cas sur une période de 12 ans (89).

Au Burkina Faso, 2 cas de cancers oesophagiens ont été trouvés en 24 mois (61).

A Libreville Klotz et Coll. trouvent 6 cas de carcinomes épidermoïdes sur 10 tumeurs de l'oesophage (79).

Au Cameroun M'Bakop observe 9 cancers de l'oesophage dans les trois principaux Laboratoires d'Anatomie Pathologie du Cameroun pendant une période de 5 ans puis 4 cas en une année à partir d'une étude prospective menée dans les services de gastro-entérologie de la ville de Yaoundé (89).

En Côte d'Ivoire, Besuscino observe 6 cancers de l'oesophage sur 788 tumeurs malignes au Laboratoire d'Anatomie Pathologique du CHU d'Abidjan (61). Plus tard une autre étude faite par Cornet et Coll. a dépisté 48 cas de cancer de l'oesophage en 13 mois, soit environ 5 cas par années. Ces auteurs ont mis l'accent sur la progression du cancer de l'oesophage en Côte d'Ivoire (33). Contrairement aux pays africains déjà cités le cancer de l'oesophage présente actuellement une augmentation sensible de sa fréquence en Côte d'Ivoire (33).

Le cancer de l'oesophage est fréquent en Afrique Orientale où les fréquences les plus élevées se trouvent au Kénya à l'hôpital de Kisumu. Dans ce pays le cancer de l'oesophage représente 70 % de toutes les tumeurs malignes (61).

Les fréquences les plus élevées du cancer de l'oesophage en dehors de l'Afrique s'observent en Iran, en Chine du Nord, en Républiques Soviétiques Musulmanes où "les taux de morbidité sont de 250/100 000 et de 100/100 000 (Iran)" (61). En France la fréquence du cancer de l'oesophage croit de 1,5 % par an et augmente de 50 % en 20 ans. Sa fréquence est de 13 % des cancers digestifs de l'homme (56).

L'âge moyen de nos patients est de 46 ans. L'âge de survenue du cancer est précoce en Afrique où il est observé le plus fréquemment chez des sujets jeunes mais cet âge est avancé chez les femmes (61). Cette réalité est retrouvée dans notre étude où une femme est âgée de 69 ans et un homme de 42 ans.

Par contre en France, le cancer de l'oesophage se rencontre généralement au cours de la 5e. et 6e. décennie (61).

Dans l'étude de Konta (81), l'âge moyen qui est de 52,7 est supérieur à celui de notre étude. Ce dernier a trouvé une prédominance masculine. Dans notre étude le cancer de l'oesophage est présent chez 3 femmes contre 1 homme.

Dans nos observations nous avons retrouvé les signes habituels du cancer de l'oesophage. Il s'agit de la dysphagie et de l'amaigrissement.

La consommation d'alcool étant faible dans notre étude nous incriminons, le tabac, les facteurs alimentaires et la chronicité de certaines lésions oesophagiennes comme prédispositifs au cancer de l'oesophage.

4.2.2.4.2. - LES TUMEURS BENIGNES.

Nous avons dépisté 6 cas de polype rencontrés à tout âge. Les polypes sont observés chez 4 femmes contre 2 hommes. Même si ces tumeurs sont rares et de nature variée notre fréquence est supérieure à celle de Libreville où Klotz et Coll. ont observé 6 cas de polype sur 10 tumeurs de l'oesophage (79). A Dakar, Faouzi a trouvé une autre variété de tumeurs bénignes (7 cas de papillome) (52). Klotz et Coll. ont trouvé une prédominance masculine pour l'ensemble des tumeurs de l'oesophage (79). L'effectif faible des tumeurs dans notre étude ne nous permet pas de tirer une conclusion pour ce qui est de la répartition des tumeurs en fonction de l'âge et du sexe.

4.2.2.5. - LES INVAGINATIONS GASTRO OESOPHAGIENNES (IGO) SYNDROME DE MALLORY WEISS.

Les I.G.O. et le syndrome de Mallory WEISS représentent respectivement 7,1 % et 2,2 %. Leur fréquence a été signalée dans quelques séries d'étude effectuées au Mali. Konta fait état de 111 cas d'I.G.O. et 13 cas de syndrome de Mallory WEISS sur 430 anomalies de l'oesophage et du cardia soit respectivement 25,2 % et 2,9% (81). L'étude de Konta a révélé plus d'I.G.O. que notre étude. Duflo Moreau B. et Coll. ont aussi observé 37 cas "d'invagination gastro-oesophagien ou syndrome de Mallory WEISS" sur 82 anomalies de l'oesophage soit 45,1 % au cours de 240 fibroscopies pratiquées pour hémorragies digestives (47).

Les autres séries d'étude dont nous disposons n'ont pas signalé des cas d'I.G.O. (79, 43, 52).

Nous attribuons la fréquence des I.G.O. dans notre étude à l'absence de prémédication de nos malades et au fait que l'endoscopie en elle même peut entraîner un effort de vomissement d'où l'invagination de la muqueuse gastrique.

Quant au syndrome de Mallory WEISS il n'est pas fréquent par rapport aux autres anomalies précédentes dans notre enquête. Il est aussi une des causes fréquentes d'hémorragie. Le syndrome de Mallory WEISS est responsable d'hémorragie digestive dans 2 cas au cours de notre étude tandis que dans la thèse de Faouzi 14 cas sont responsables d'hémorragie sur 289 endoscopies hautes pratiquées en urgence soit 4,8 % (52).

4.2.2.6. - LES AUTRES ANOMALIES DE L'OESOPHAGE :

4.2.2.6.1. - STENOSE DE L'OESOPHAGE.

Nous avons observé 13 cas soit 2,1 % des anomalies oesophagiennes tandis que Faouzi a rapporté 4 cas de sténose dont 2 cas sont secondaires à une oesophagite peptique. Dans notre série il s'agit de sténose infranchissable localisée au tiers inférieur de l'oesophage dans 11 cas et au tiers moyen dans 2 cas. Dans ces deux localisations l'histologie a mis en évidence un carcinome épidermoïde dans un cas (Observation n° 4) et dans l'autre cas une oesophagite probablement peptique avec un aspect de dysplasie (Observation n° 10).

Ooghe et Coll. ont observé aussi 7 cas de sténose oesophagienne sur 21 sténoses digestives hautes chez 357 patients âgés de plus de 80 ans (96).

Nous avons observé une fréquence élevée des sténoses chez l'homme et dans la tranche 30 - 49 ans.

4.2.2.6.2. - MEGAOESOPHAGE.

Nous avons dépisté 4 cas. Cette affection d'étiologie inconnue est très peu fréquente en Afrique. Au Mali, la série de Konta (81), de Coulibaly B. (34) et de Duflo Moreau (47) ne

comporte pas de mégaoesophage. Derrien J.P. a révélé 1 cas de mégaoesophage (43). Aubry et Coll. ont rapporté 2 cas de mégaoesophage lors des 3 000 fibroscopies réalisées chez des adultes en zone tropicale (7).

Au CHU de Treichville, Niamkey et Coll. ont retrouvé 3 cas sur 74 anomalies de l'oesophage au cours de 710 fibroscopies (92). Klotz et Coll. ont décelé 2 cas sur 1 314 oesogastroduodénoscopies (79).

Tous nos patients sont de sexe masculin. L'âge moyen est de 39. Ce qui se rapproche à l'âge de découverte du mégaoesophage idiopathique qui se situe à partir de 40 ans (70). Cette donnée est retrouvée chez trois de nos patients qui sont âgés respectivement de 41, 42, 46 ans.

Dans tous les 4 cas il s'agit de mégaoesophage idiopathique.

Les manifestations cliniques habituelles telles que la dysphagie capricieuse d'évolution longue, le syndrome de R.G.O. postural ont été rencontrées chez nos patients (Observations n° 1, 2, 3).

L'histologie n'a pas montré de lésions précancéreuses chez nos malades. Nous rappelons que les sujets présentant un mégaoesophage doivent faire l'objet d'une surveillance endoscopique avec biopsies. Selon les statistiques le cancer de l'oesophage se voit dans 3 à 8 % des cas de mégaoesophage (59). Dans notre enquête nous déplorons l'absentéisme des malades au contrôle.

En général, le cancer apparaît après plusieurs années d'évolution dans les cas de mégaoesophage où le traitement initial a été inefficace ou tardif (59).

4.2.2.6.3. - ENDOBRACHYOESOPHAGE OU OESOPHAGE DE BARRET : (E.B.O.)

Nous observons 6 cas d'E.B.O. découverts de façon fortuite à l'histologie. Nous ne retenons pas avec certitude le diagnostic d'E.B.O. car des biopsies étagées ne sont pas pratiquées comme il l'aurait dû être. Dans notre étude l'E.B.O. a été découvert au cours des biopsies systématiques pratiquées dans les H.H. (4 cas) et dans les oesophagites (2 cas).

Nos circonstances de découverte sont analogues en partie à celles de Conio M. et Coll. (82). Ces auteurs, ont pratiqué des biopsies étagées. Ils ont découvert 12 cas d'E.B.O. chez 102 patients présentant un des diagnostics endoscopiques suivants :
- oesophagite sévère (4 cas), stenose peptique (3 cas), H.H. associée à une oesophagite (4 cas) et enfin absence de lésions (1 cas).

Dans leur série, ils ont constaté que l'E.B.O. est associé le plus fréquemment à une oesophagite alors que dans notre étude il est associé 4 fois à une H.H. et 2 fois à une oesophagite.

L'histologie a montré une métaplasie de type fundique dans notre étude. Considéré comme une affection métaplasique, l'E.B.O. doit nécessiter une surveillance endoscopique avec biopsies car la fréquence du cancer associé à l'E.B.O. est en effet très élevée de l'ordre de 10 à 15 % (60). Dans notre étude les malades ne sont pas revus après l'endoscopie.

4.2.2.6.4. - BÉANCE CARDIALE.

L'endoscopie étant peu fiable au diagnostic de béance cardiale, nous en avons recensé 13 cas. Au Mali, Konta observe 48 cas de béance cardiale sur 439 anomalies oesocardiotositatives (10,9 %) (81). Les auteurs des séries d'étude dont nous disposons n'ont pas signalé des cas de béance cardiale.

Nous avons noté la présence de béance cardiale chez 10 femmes contre 7 hommes. La tranche 30 - 49 ans est la plus touchée dans notre étude alors que Ooghe P. et Coll. ont trouvé la béance cardiale chez des sujets âgés de plus de 80 ans (96).

La plupart de nos cas de béance cardiale sont découverts de façon fortuite. 2 cas seulement sont symptomatiques.

L'observation n° 16 correspond à une oesophagite compliquant la béance cardiale.

L'endoscopie étant peu fiable au diagnostic de béance cardiale, la manométrie et la PHmetrie y seront beaucoup plus sensibles surtout pour diagnostiquer le reflux (84, 116).

4.2.2.6.5. - ULCERE DE L'OESOPHAGE.

Nous avons colligé 4 cas au cours de l'étude retrospective dont l'association à une oesophagite est méconnue. Cependant, l'étude prospective révèle 5 cas d'oesophagite ulcérée. L'ulcère de l'oesophage est toujours associée à une oesophagite à tel point que certains le considèrent comme une complication de l'oesophagite peptique (10). En fait, il est considéré aussi comme une complication de l'E.B.O.. Dans ce cas, si l'ulcère siège au milieu de la muqueuse glandulaire, il est appelé ulcère de Barret (63). L'ulcère de l'oesophage peut survenir aussi après un tubage gastrique.

Faouzi a observé 2 cas d'ulcère sur 475 anomalies de l'oesophage (52).

4.2.2.6.6. - BRACHYOESOPHAGE.

Nous avons recueilli 13 cas au cours de l'étude retrospective. Kartheuser A. et Coll. (77) ont observé 44 cas de brachyoesophage. Le T.O.G.D. est un examen plus fiable pour le diagnostic du brachyoesophage que l'endoscopie. Le T.O.G.D. met en évidence le raccourcissement de l'oesophage et une image aérique intrathoracique correspondant à l'estomac (10) alors que l'endoscopiste se contente de l'ascension du cardia ou de mesurer la longueur de l'oesophage.

C H A P I T R E 5

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Notre étude a porté sur 612 anomalies de l'oesophage dont 169 cas dépistés au cours de l'étude retrospective et 443 lors de l'étude prospective en une période de 13 mois au Centre d'Endoscopie Digestive de l'Hopital du Point "G". Sur l'ensemble des anomalies oesophagiennes il existe une prédominance masculine, 62,9 % des anomalies de l'oesophage sont observés chez les hommes.

Les anomalies sont rencontrées dans toutes les tranches d'âge avec une fréquence élevée entre 30 - 49 ans.

L'âge de nos patients s'étend de 13 à 80 ans avec un âge moyen de 42 ans.

Quant aux antécédents et mode de vie, ils ont été difficiles à préciser. Cependant, nous notons une consommation importante du thé et/ou café (65,9 %), du poisson fumé (86,4 %) et de l'acide acétyl salicylique (50,4 %) chez nos patients. 50,8 % de nos patients sont tabagiques. L'alcool est peu consommé au Mali selon notre enquête. Ces renseignements ont été notés chez 244 patients sur 612.

Les symptômes ou les signes les plus fréquents ayant motivé l'endoscopie dans notre étude sont les épigastralgies (41,9 %), les signes de R.G.O. isolés ou associés (11,2 %), les hématemèses (5,7 %), les hépatomégalies (4,7 %) et la dysphagie (3,9 %).

Les symptômes fonctionnels retrouvés à l'interrogatoire ne sont pas spécifiques des anomalies de l'oesophage.

Le nombre élevé de fibroscopies pratiquées (3 019) pourraient expliquer l'acceptabilité de cet examen par les malades alors même qu'ils ne sont pas prémédiqués. Cet effectif peut s'expliquer aussi, par le fait que l'endoscopie est l'examen de premier recours des médecins car l'endoscopie permet un diagnostic rapide et précis. La radiologie conventionnelle qui est un moyen d'exploration de l'oesophage est onéreuse et souvent techniquement incomplète dans notre milieu.

Au cours de notre enquête, nous n'avons rencontré aucun accident lié à l'endoscopie ; en dehors d'une luxation de la mâchoire réduite aussitôt.

- 21.- CAPDEVIELLE P..
Vingt mois d'endoscopie digestive à Tananarive.
Med. Trop. ; 1979 ; 39 ; 643 - 649.
- 22.- CARTERET E. ; PASQUAL J.C. ; RENARD P. ; ZEITOUN P..
Fréquence et facteurs pronostiques de
l'oesophagite érosive par reflux.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A44.
- 23.- CARTERET E. ; RENARD P. ; ZEITOUN P..
Epidémiologie hospitalière de l'oesophagite
érosive établie à partir d'une série continue
de 20 598 patients.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A69.
- 24.- CAZAGOU.
Facteurs prédisposant au cancer et états
précancéreux de l'oesophage.
Med. Chir. Dig. ; 1982 ; 11 ; 405 - 408.
- 25.- CHAPUIS Y. ; RICHARDSON A. ; MOBENGO P. ; BONNICHON PH. ;
GAUDRIC M..
Traitement chirurgical des hernies hiatales et du
reflux gastro oesophagien. Expérience personnelle.
Ann.Gastro entérol. Hepatol. ; 1988 ; 24 ; 129-131.
- 26.- CHARNEAU J. ; D'AUBIGNY N. ; PERSON B. ; CEREZ H. ; BOYER
J..
Histochimie des mucines dans l'endobrachyoesophage
: étude prospective de 40 cas.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A46.
- 27.- CHAUSSADE S. ; KAHAU A. ; TIENNE J. ; GAUDRIC M. ; AMOR B.
- MENKES C.J. ; GUERRE J. ; COUTURIER D..
Effets du cisapride sur la pression du sphincter
inférieur et la motricité oesophagienne chez des
patients ayant une sclérodermie systémique.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A10.

- 28.- **CHERIE CHALLINE L. ; POTTIER D. ; GIGNOUX M..**
 Epidémiologie descriptive du cancer de l'oesophage
 dans le département du calvados : 520 cas (1978 -
 1982).
 Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; 126-132.
- 29.- **CHEVREL B..**
 Cancer de l'oesophage.
 Med. Chir. Dig. ; 1988 ; 17 ; 9 - 20.
- 30.- **CHEVREL B..**
 Eléments d'épidémiologie des maladies digestives.
 Les oesophagites.
 Med. Chir. Dig. ; 1988 ; 17 ; 2 - 8.
- 31.- **COLIN R..**
 Histoire naturelle des oesophagites peptiques
 graves.
 Traitement des oesophagites graves.
 Léopolis ; 14, 15 Juin 1988 ; 1080 - 1082.
- 32.- **CONIO M. ; BONELLI ; MUNIZZI F. ; CARBONE A. ; VOLPER R. ;
 ASTE H..**
 Prévalence de l'endobrachyoesophage chez les
 patients avec R.G.O.
 Acta Endoscopica ; 1988 ; 18 ; 339 - 342.
- 33.- **CORNET L. ; N'GUESSAN H.A. ; MOBIOT L.M. ; RICHARD KADIO M.
 ; DOUANE G.P. ; DICK R. et YAKPA E..**
 Cancer de l'oesophage : Etude de 48 cas au CHU de
 Treichville (Abidjan).
 Med. d'Afr. Noire ; 1983 ; 30 ; 161 - 167.
- 34.- **COULIBALY B..**
 Les cancers gastriques au MALI :
 Apport de la fibroscopie (à propos de 55 cas).
 Thèse Med. Bamako ; 1985 ; 42.
- 35.- **COUMARAS D. ; ZERBE S. ; MONSCH J.M..**
 Le traitement palliatif des cancers cardio-
 oesophagiens par laser Nd Yag. A propos de 30
 patients traités de Juillet 1984 à Janvier 1987.
 Gastro-entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A91.

- 36.- COUTURIER D. et GRANDJOUAN S..
 Maladies de la motricité oesophagienne
 (cardiospasme, maladie des spasmes diffus).
 Encycl. Med. Chir., (Paris), Estomac - Intestion,
 9201 ; A10 ; 11-1983.
- 37.- DAOU Fousseyni.
 Cancer de l'estomac.
 Thèse Med. Bamako ; 1977 ; 99.
- 38.- DAVID Merran.
 Candidoses muqueuses.
 Impact. Internat ; 1986 ; 34 ; 79-84.
- 39.- DEFLANDRE J. ; LONGREE L. ; WANH H. ; DENOEL A. ; MICHEL P.
 ; BONIVER J..
 Adénocarcinome de la jonction oesogastrique dans
 le décours d'injections sclérosantes pour varices
 oesophagiennes.
 Acta Endos. ; 1987 ; 18 ; 387-389.
- 40.- DELMOTTE J.S. ; ALBEROLA B. ; PIERO H..
 Etude de l'efficacité de la ranitidine dans le
 traitement des oesophagites par R.G.O.
 Med. Chir. Dig. ; 1988 ; 17 ; 563-565.
- 41.- DENIS PH..
 Troubles moteurs oesophagiens.
 Med. Chir. Dig. ; 1988 ; 17 ; 77 - 79.
- 42.- DERRIDA S. ; SICOT C..
 Les hémorragies digestives de stress.
 Le concours Med. 1987 ; 109 ; 2546-2551.
- 43.- DERRIEN J.P. ; GAULTIER Y. ; MONNIER A. et THOMAS Y..
 Bilan de deux années d'endoscopie oesogastroduo-
 denale à l'Hopital Principal de Dakar.
 Bull. Soc. Med. Afr. Noire Langue Française. ;
 1978 ; 23 ; 453-463

- 44.- DESMOVAT H. ; CALES P. ; RAVAUD A. ; MARCO J.P. ; GERIN P. ; VINEL J.P. ; CANCANAS J.P. ; PASCAL J.P..
Fréquence et rythme d'apparition des varices oesophagiennes de grosse taille chez le cirrhotique. Applications au dépistage pour la prophylaxie primaire.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A7.
- 45.- DIALLO B..
Ulcères gastroduodénaux à Bamako : aspects séméiologiques, endoscopiques et évolutifs (à propos de 385 cas).
Thèse Med. Bamako ; 1978 ; 145.
- 46.- DOLLET J.M. ; CHAMPIGNEULLE B. ; ROBERT PH. ; BIGARD M.A. ; GAUCHER P..
Résultats à 4 ans d'une étude randomisée comparant sclérothérapie et propranolol après rupture de varices oesophagiennes.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A11.
- 47.- DUFLO Moreau B. ; AG RHALY A; et DUGLO B..
Apport de la fibroscopie oesogastroduodénale dans les hémorragies digestives à propos de 240 hémorragies explorées à Bamako.
Dakar Med. ; 1979 ; 24 ; 311 - 315.
- 48.- DUFLO Moreau B. ; MAGASSA N. ; DIALLO A.N. ; DEMBELE E..
Le cancer primitif du foie au Mali, à propos de 116 cas examinés à l'Hopital du Point "G" (Bamako).
Mali Med. ; 1982 ; 5 ; 26 - 28.
- 49.- DUPUY J.F. ; SAUTEREAU D. ; CESSOT F. ; DESVALOIS B. ; PILLEGAND B. ; CLAUDE R. ; DUPUY J.P..
La dilatation des sténoses de l'oesophage par catheter à ballonnet. Résultats préliminaires.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A92.

50.- EESCOURROU M. ; DELVAUX L. ; BUSCAIL J. ; FREXINOS ; RIBES
A..

Traitement endoscopique palliatif du cancer de
l'oesophage : Laser et endoprothese sont-ils
concurrents ou complémentaires ?

Gastro entérol. Clin. et Biol. ; 1989 ; 13 ; A14.

51.- ETIENNE M. ; BRASSINE A. ; BORLON A. ; LENNES G..

La PH metrie oesophagienne aux différents stades
de l'oesophagite peptique.

Gastro entérol. Clin. et Biol. ; 1989 ; 13 ; A71.

52.- FAOUZI J..

Les aspects endoscopiques en pathologie
oesogastroduodénale en milieu Sénégalais (à
propos de 3 000 examens réalisés en 2 ans à
l'Hopital de Dakar.

Thèse Med. Dakar 1984 ; 81.

53.- FAULQUES B. ; GRIMAUD J.. ; MONGES B. ; PEYROT J. ;
RICHIERI J.P. ; SALDUCCI J..

Traitement de l'achalasia par dilatation
pneumatique.

Presse Med. ; 1989 ; 18 ; 468 - 488.

54.- FAVRE O. ; FONQUE P. ; VALETTE P.Y. ; SOUQUET J.C..

Staging pré-opératoire des cancers épidermoïdes de
l'oesophage par échocendoscopie.

Med. Chir. Dig. ; 1989 ; 18 ; 143 - 148.

55.- FEKETE F. et BREIL PH..

Rupture dite spontanée de l'oesophage (syndrome
de Boerhaave).

Encycl. Med. Chir., (Paris), estomac-intestin, 9203
B10 ; 4 - 1980.

56.- FEKETE F. et COLL..

Cancer de l'oesophage.

Encycl. Med. Chir., (Paris-France), estomac -
intestin, 9205 B20 - 6 - 1985, 18 p.

- 57.- FEKETE F. ; MOSNIER H. ; SOGNI P. ; BELGHITE Y. et MOLAS G..
Cancer épidermoïde de l'oesophage thoracique après irradiation médiastinale.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1986 ; 10 ; 220-223.
- 58.- FLEIJOIR B. ; DOUBLET ; MATAYER Y. ; HEMEL Y. ; POTET F..
Analyse par cytométrie en flux (C.M.F.) des cancers sur oesophage de Barrett.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A11.
- 59.- FREXISNOS J. ; ESCOURROU J. ; LAZORTES F..
Le megaesophage.
Le cancer de l'oesophage.
S.I.M.E.P. 3e. édition Paris ; 1983 ; 468 p.
- 60.- GALMICHE J.P..
Endobrachyoesophage : la regression est-elle possible ?
La surveillance est-elle justifiée ?
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; 705-708.
- 61.- GENDRON Y. ; COURBIL L.J. , AUBRY P..
Le cancer de l'oesophage en milieu tropical.
Med. Trop. ; 1983 ; 3 ; 253-262.
- 62.- GNABA Ségui.
Contribution à l'étude comparative radiologique et endoscopique des affections oesogastroduodénales : à propos de 495 observations colligées au CHU de Treichville.
Thèse Med. Côte d'Ivoire ; 1984 ; 596.
- 63.- GODEAU P. ; BOUVRY M. ; GUILLEVIN L..
Reflux Gastro oesophagien.
2eme. édition Flammarion ; Tome 1 ; 1784 p.
- 64.- GOSSELIN A. ; THEVERRET P. ; GOSSELIN M. ; BRETAGNE F. ; GASTARD J. ; LE BARS R..
Fréquence des déglutitions et oesophagite peptique (O.P.).
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A70.

- 65.- GOSSOT D. ; SARFATI E. ; CELERIER M..
Faut-il opérer les tumeurs bénignes de l'oesophage
Med. Chir. Dig. ; 1987 ; 16 ; 483-484.
- 66.- GOUEROU M. ; ROBASZKIEWICZ ; CAUVVIN I.M. ; NOUSBAUM J.B. ;
CALAMENT G. ; GEIER B. ; LEROUX G..
Traitement palliatif des cancers de l'oesophage
inopérables par électrocoagulation monopolaire à
la boule à propos de 155 cas.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1989; 13; A13.
- 67.- GRADOS I. et HAOT J..
Classification anatomopathologique des cancers de
l'oesophage.
Acta gastro entérologica Belgica ; 1984 ;
XLVII, 150 - 162.
- 68.- GUILLEMOT F. ; BONNIERE P. ; BRETAGNE I.F. ; ANCELIN J.P. ;
RAOUL J.L. ; PLANE C. ; CORTOT A. ; PARIS J.C..
Cancer oesophagien et sclérose endoscopique des
V.O. : une association fortuite ?
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988; 12; 858 - 861.
- 69.- GUTKNECHT J. ; OTTIGNON G. ; MAUTION G. ; DESCHAMP J.P. ;
KHOURY E.L.S. ; CARBILLET J. ; CARAIVON P..
Bullose oesophagienne avec oesophagite dissecante
superficielle révélée par une anémie ferriprive.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988; 12; A95.
- 70.- HAKAMI F. ; HANNOUN L. ; QUILICHINI M.A. ; MARTINO G.M. ;
PARC R..
L'achalasia vigoureuse. Un trouble moteur
particulier de l'oesophage ?
Med. Chir. Dig. ; 1986 ; 3 ; 175 - 177.
- 71.- HANS U. SONS ; M.D. ; PH. D.
Etiologie and épidémiologie factors of carcinom
of the oesophagus.
Collective Review ; 1987 ; 165 ; 183-190.

- 72.- HARTMANN P. ; BLECH M.F..
Le risque infectieux en endoscopie. Le point de vue de l'hygieniste.
Acta Endoscopica ; 1989 ; 19 ; 167-170.
- 73.- HAY I.M. ; FEKETE F. ; LORTAT-JACOB J.L..
Les maladies rares de l'oesophage.
Revue Prat. ; 1974 ; 24 ; 2527-2543.
- 74.- HELLER S.R. ; FELLOROS W. ; OGILVIE A.C..
Non stéroïdal anti inflammatory drugs and benign oesophageal stricture.
Bristih Med. Journal ; 1982 ; 285 ; 167-168.
- 75.- HOLLENDER L.F. ; MEYER CHR. ; CALDEROLI H..
Les hernies hiatales de l'adulte.
Med. Int. ; 1977 ; 12 ; 79-94.
- 76.- HOSTEIN ; RIARD PH..
Le traitement médical actuel de l'oesophagite peptique : De nouveaux acquis thérapeutiques.
Rev. Prat. ; 1990 ; 112 ; 97-101.
- 77.- KARTHEUSER A. ; TESTART I. ; DENIS PH..
Résultat du traitement du brachyoesophage par oesophagoplastie de collis.
Gastro Entérol. Clin. Biol. : 1988 ; 12 ; A58.
- 78.- KEBA B.H..
Etude comparée de la fréquence de la responsabilité des parasitoses intestinales et des lésions oesogastroduodenales dans le déterminisme des épigastralgies.
Thèse Med. Bamako ; 1988 ; 20.
- 79.- KLOTZ F. ; KONTELE F. ; L'HER P. ; N'GUEMBY - M'BINA C..
La pathologie digestive haute au Gabon.
Etude analytique et comparative à propos de 1 314 oesogastroduodenoscopies à Libreville.
Med. Afr. Noire ; 1987 ; 34 ; 917-926.

- 80.- KLOTZ F. M'BOUSSON M.; BOGUIKOUA J.B.; N'GUEMBY-M'BINA C..
 Epigastralgie et fibroscopie oesogastroduodénale normale au Gabon.
 Med. Chir. Dig. ; 1988 ; 17 ; 489-491.
- 81.- KONTA D..
 Valeur sémiologique des épigastralgies à Bamako (enquête informatique à propos de 1174 fibroscopies).
 Thèse Med. Bamako ; 1979 ; 19.
- 82.- LAMOULIATTE H. ; LATRY PH. ; QUINTON A..
 Etude par PHmetrie des 24 heures de l'efficacité de l'alginate de sodium dans le traitement du reflux gastro-oesophagien.
 Gastro Entérol. Clin. Biol. , 1988 ; 12 ; A58.
- 83.- LAMOULIATTE H. et QUINTON A..
 Les varices oesophagiennes.
 Encycl. Med. Chir., (Paris-France), Estomac-Intestin ; 9205 A10 ; 12-1985 ; 6 p.
- 84.- LAMOULIATTE H. ; VATRY PH. ; IMBERT PH..
 PHmetrie oesophagienne : intérêt du calcul des scores de reflux gastro oesophagien.
 Gastro Entérol. Clin. Biol ; 1989 ; 13 ; A72.
- 85.- LE BORGNE I. ; HELBOURY Z. ; DAVID A. ; LENNE Y. ; BABUT I.M..
 Léiomyomatose oesophagienne diffuse familiale (4 cas).
 Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A61.
- 86.- LECCIA F. et DUCASSOU D..
 Apport des examens radio-isotopiques à l'étude de l'oesophage.
 Encycl. Med. Chir., (Paris-France), Estomac - Intestin ; 9014 C30 ; 2-1988 ; 4 p.

- 99.- PALAZZO L. ; GAYET B. ; MENU Y. ; MOLAS G. ; PONSOT P. ;
OLLIER P. ; LORPHELIN J.M. ; BELGHITI I. FEKETE F. ;
PAOLAGGI J.A..
Echocendoscopie (E.E.) et Tomodensitometrie
(T.D.M.) dans les cancers de l'oesophage (Co) et
du cardia (C.C.).
Etude prospective de 29 malades opérés.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 12 ; A32.
- 100.- PASCAL I.P. ; VINEL I.P. ; CALES P..
L'hémorragie digestive d'origine haute.
Concours Med. : 1988 ; 110 ; 1411-1420.
- 101.- PEGHINI M. ; BARABE P.G. ; JEAN P. ; GRIFFET P. ; EYNARD
I.P. ; M'BAYE P.S. ; WADE B. ; HOUENASSI M..
Diaphragme muqueux de l'oesophage cervical. A
propos de 38 cas découverts au cours d'endoscopies
hautes à l'Hopital Principal de Dakar.
Med. Trop. ; 1989 ; 49 ; 343-347.
- 102.- PERNICENI T. ; LEYMARIOS I. ; MOLAS G. ; FEKETE F..
L'endobrachyoesophage regresse - t - il apres
diversion duodénale totale ?
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; 709-712
- 103.- PERNICENI TH. ; MOSNIER H. ; GAYET B. ; FEKETE F..
Traitement des oesophagites peptiques compliquées:
Place de la diversion duodénale totale.
Press. Med. ; 1989 ; 18 ; 819-822.
- 104.- PIERSON H. ; PREISS M.A. ; JEANDEL C. ; PENIN F. ; CUNY G..
Oesophagite du sujet âgé. Etude prospective dans
un service de Médecine Interne Gériatrique.
Ann. Gastro Entérol. Hepatol. ; 1988 ; 24 ; 97-101.
- 105.- PUJOL P. ; GALMICHE I.P. ; POYNARD T. ; BARRE P..
Age et reflux gastro oesophagien : analyse uni et
multifonctionnelle des données cliniques,
endoscopiques et PH metriques chez 274 patients.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A71.

- 94.- OARDA M. ; MORITERDE O. ; EURIN D. ; SUAND E. ; LE DOSSEUR P. MALLET E..
 Apport de l'échographie de l'oesophage chez l'enfant pour le diagnostic de reflux gastrooesophagien et d'oesophagite.
 Gastro Entérol. Clin. Biol. : 1988 ; 12 ; A66.
- 95.- OLLVO J.B. ; BIRCHLER R. ; SAVARY M..
 Les ulcères sur hernie hiatale : prévalence, données cliniques, endoscopiques, thérapeutiques et évolutives. A propos de 26 observations.
 Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; Aq97.
- 96.- OOGHE P. ; PETRE J.J. ; PAULET PH..
 L'oesogastroduodénoscopie chez les patients âgés de plus de 80 ans. Expérience clinique de 357 observations.
 Med. Chir. Dig. ; 1989 ; 18 ; 1-4.
- 97.- OTTIGNON Y. ; MANTION G. ; PELISSIER E. ; BIRGEN C. ; CLEMENT C. ; SAVA P. ; GILLET M. ; DESCHAMPS I.P. ; FLAUSSE F. ; CARAYON P..
 Chirurgie anti reflux et motricité oesophagienne. Nissen ou toupet ?
 Etude prospective à court terme et à distance chez 71 malades.
 Gastro Entérol. Clin. Biol ; 1989 ; 13 ; A10.
- 98.- PALAZZO L. ; AMOUYAL B. ; GAYET G. ; ROSEAU, PONSOT P. ; FEKETE F. ; PAOLAGGIY A..
 Etude prospective sur l'apport de l'échoendoscopie au staging pré - opératoire des formes endoscopiquement superficielles du cancer de l'oesophage.
 Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A13.

- 106.- PULJOL B. ; LAMBERT R. ; SOUQUET I.C. ; SABBEN G. ;
MOULINIER B. ; DESCOS P..
Formes superficielles du cancer de l'oesophage à
l'endoscopie : pronostic à 2 ans.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A86.
- 107.- REBOUD E. ; FUNENTES P. et GIUDICELLI R..
Les diverticules de l'oesophage.
Encycl. Med. Chir., (Paris), Estomac - Intestin.
9203 H10 (10 - 1978).
- 108.- REY I.F. ; DELMOTTEY S. ; LAURENT I. ; LAPUELLE I.C. ; BEER
- GABEL M. ; CASTRO R. ; ALBEROLA B..
Apport de l'analyse automatique de l'image
numérisée dans le traitement des oesophagites
peptiques par la ranitidine.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A3.
- 109.- RIARD PH. ; FOURNET I..
La hernie hiatale est rarement à l'origine des
symptômes qu'on lui attribue.
Rev. Prat. Med. Générale ; 1989 ; 79 ; 57-62.
- 110.- RIBET M..
Traumatismes de l'oesophage.
Encycl. Med. Chir., (Paris), Estomac - Intestin,
9203 A10 ; 3 - 1968.
- 111.- RIGAUD D. ; TROUILLET I.L. ; CHASTRE I. ; JULIARD I.M. ;
VALLOT T. ; GILBERT C. ; MIGON M..
L'endoscopie oesogastroduodénale est-elle sans
risque chez les malades de réanimation ?
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A97.
- 112.- ROBASKIEWICZ M. ; HARDY E. ; CAUVVIN I.M. ; NONSBAUM I.B. ;
ROBERT F.X. ; SALEUN I.P. ; GOUEROU H..
Application de la mesure du contenu cellulaire en
adénocarcinomes (A.D.N.) par cytométrie en flux
à l'étude des endobrachyoesophages. Résultats
préliminaires.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A11.

- 113.- ROMANET PH.; FAIVRE J. ET COSMIDIS A...
Les tumeurs bénignes de l'oesophage.
Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Estomac-
Intestin, 9205, 12 - 1985, 6 p.
- 114.- ROSSI V. ; MONTAUDIE P. ; VALENTIN S. ; D'AUBIGNY N. ;
PERSON B. ; LAFARGUE I.P.; MARTIN A.; JONBAUD F.; BOYER J..
Résultats d'une étude prospective randomisée
comparative dans la prévention des hémorragies
digestives par rupture de varices oesophagiennes
chez le cirrhotique éthylique : Sclérothérapie
endoscopique (S.E.). Versus propranolol versus
témoin.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A10.
- 115.- RUTGEERST P. ; SPENGER D. ; VANTRAPPEN G..
Cancer oesophagien et rectal : Indications du
traitement endoscopique palliatif.
Acta Endoscopica ; 1988 ; 18 ; 151 - 154.
- 116.- SALDUCCI I. ; GRIMAUD I.C. ; BREMONDY A. et THERVET L..
Explorations fonctionnelles dans le reflux gastro
oesophagien.
Editions Techniques - Encycl. Med. Chir., (Paris-
France), Estomac - Intestin ; 9202 D ; 10, 5 -
1990, 5 p.
- 117.- SCOTT B.B. ; JENKIN D..
Gastro oesophageal candidiasis.
Gut ; 1982 ; 23 ; 137 - 139.
- 118.- SEITZ I.F. ; GIOVANNINI G. ; HOUVENAELGEL, DELPERO J.R. ;
VIALLAT J.R. ; BLACHE J.L. ; GUIRINEL G..
Une fistule oesopleurale particulière.
Ann. Gastro Entérol. Hépatol.;1988; 24 ; 209-210.
- 119.- SEITZ I.F ; GRIMAUD I.CH. ; GIOVANNINI M. ; MAILLOT A. ;
DELPERO J.R. ; FERRERO A ; EZRATY A. ; MONGES G. ;
SALDUCCI I..
Adénocarcinome de l'oesophage cervical :
relations avec les hétérotopies gastriques ; place
du traitement par laser. A propos de 2 cas.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A98.

- 120.- SEITZ I.F. ; PADANT - CESANA I. ; FUENTE P. ; GUIDICELLI R. ; GIOVANNINI M. ; GAUTHIER A. ; REBOUD E..
Cancers non opérables de l'oesophage : résultats préliminaires d'une chimiothérapie (5 - fluoro uracile - cisplatinum) avec radiothérapie concomitante.
Gastro Entérol. Clin. Biol.; 1988 ; 12; 736-742.
- 121.- SIXIEME JOURNEES D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE BREST OCTOBRE 1987 (2e. PARTIE).
Cancer de l'oesophage.
Actualités Dig. ; 1985 ; 5 ; 197 - 228
- 122.- SOUQUET, VALETTE P.I. ; GUITTON P. ; BURTIN P.; LAMBERT R..
Metastase gastrique des cancers épidermoïdes de l'oesophage. Apport de l'échoendoscopie.
Gastrol. Entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A12.
- 123.- SOUQUET I.C. ; VALETTE P.I. ; BERGER F. ; DESCOS F. ; LAMBERT R..
Endosonographie et staging tumoral des cancers épidermoïdes de l'oesophage.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A2.
- 124.- SOW A.M. ; AGBETRA M. ; COLY D. ; TOURE Y.T. ; SANKALE M..
La fibroscopie oesogastroduodénale dans un service de Médecine Interne à Dakar (premiers résultats, à propos de 183 examens).
Bull. Soc. Med. Afr. Noire ; Langue Française ; 1977 ; 22 ; 110 - 120.
- 125.- STANESCU L. ; SOULE I.C. ; DELCHIER I.C. ; PERROT S..
Période optimale d'intérêt pour la PH metrie oesophagienne. Conséquence pratique.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A73.
- 126.- TIMBO S.K..
Nouvelle contribution à l'étude du cancer primitif du foie à Bamako.
Thèse Med. Bamako ; 1982 ; M. ; 9.

- 127.- TOURE A..
Contribution à l'étude des cancers au Mali (à propos d'une étude statistique de 1 378 cas.
Thèse Med. Bamako : 1985 ; 6.
- 128.- VALETTE P.J. ; SOUQUET J.C. ; BERGER F. ; DESCOS F..
Diagnostic échoendoscopique des tumeurs sous muqueuses de l'oesophage ou de l'estomac.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A131.
- 129.- VANTRAPPEN G. ; HELLEMANS I..
Traitement of achalasia and related motor disorders.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1980 ; 79 ; 141 - 154.
- 130.- VEYRAC M. ; FAUROUX P. ; GRANEL D. ; COLLET H. ; MICHEL H..
Reflux gastro oesophagien : intérêt de la scintigraphie oesophagienne post prandiale.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A76.
- 131.- ZEITOUN P..
Omeprazole versus Ranitidine dans le traitement des oesophagites érosives par reflux.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A16.
- 132.- ZEITOUN P..
Place de l'endoscopie dans le diagnostic et la surveillance de l'oesophagite
Med. et Chir. Dig. ; 5 Octobre 1985 ; 4 - 7.

- 87.- LEVRAT M. et TRUCHOT R..
Hernie hiatale de l'adulte. Etiologie générale.
Rev. Prat. ; 1978 ; 23 ; 1321-1326.
- 88.- LOZAC'H P. ; SENECAIL B. ; MORIN J.F..
Intérêt de la tomодensitometrie dans le bilan pré-
opératoire d'un cancer de l'oesophage. Résultats
d'une étude prospective.
Gastro Entérol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A156.
- 89.- M'BAKOP A. ; N'DJOTOYAP N'DAM E.C. ; M'BIWOLE ; TAGNY
SARTRE M. ; TCHOUANHOU I. ; MICHEL G. ABONDO A..
Cancers de l'oesophage en milieu Camerounais.
Aspects anatomopathologiques et cliniques.
Publ. Med. Afr. ; 1990 ; 103 ; 17-22.
- 90.- MICALEFF A. ; RICHARD - BERTHE C. ; HUYGHE J.L..
Oesophagite de reflux.
Résultats d'une enquête épidémiologique et
endoscopique chez 679 patients, réalisée par 146
gastro entérologues de ville.
Med. Chir. Dig. ; 5 Octobre 1985 ; 8-14.
- 91.- MICHEL STEINBERG.
R.G.O. et hernie hiatale.
Impact Internat. ; 1986 ; 36 ; 19-25.
- 92.- NIAMKEY K.E. ; DIALLO A.D. ; TICOLAT R. ; TOUTOU T. ;
SOUBEYRAND Y. ; BEDA B.Y..
Apports diagnostiques de la fibroscopie digestive
haute dans un service de Médecine Interne (à
propos de 710 cas).
Inter-Fac. Afr. ; 1989 ; 8 ; 22-27.
- 93.- NIAMKEY E. ; OUATTARA D. ; KADJO K. ; YOBOUET L. ; ADOM
A.H. ; YANGNI - ANGATE Y. ; DAGO A. ; HERVIN P. ; KONDA SEH A.
BEDA B.Y..
Endoscopie digestive haute et S.I.D.A.
Publ. Med. Afr. ; 1989 ; 100 ; 104-108.

A N N E X E

Médicaments traditionnels
 - Autres médicaments (préciser)
 Non stéroïdiens
 Stéroïdiens (heure)
 Anti inflammatoires
 Opium et dérivés
 . Poissons fumés (nombre par semaine)
 - Habitudes alimentaires
 Tabac (nombre de cigarettes par jour)
 Alcool (gramme par jour)
 Thé (nombre de petits verres par jour)

- MODE DE VIE :

- FAMILIAUX (cancers digestifs surtout)

- CHIRURGICAUX

- autres maladies de l'oesophage
 Brachyoesophage
 Mycose de l'oesophage
 Diverticule
 Radiothérapie
 Sténose peptique
 Megaeoesophage

- PERSONNEL

II - ANTECEDENTS

III - CLINIQUE

I - SIGNES FONCTIONNELS :

- Dysphagie
- Aux Aliments solides
- Aux Aliments liquides
- Totale
- Intermittente
- Permanente
- Paradoxe
- Douleur thoracique :
 - Type
 - Siège
 - Irradiation
 - Signes d'accompagnement
 - Facteur de déclenchement
- Sensation de brûlure retrosternale
- Hoquet
- Eructation
- Pyrosis
- Toux
- Anorexie
- Hemoptysie
- Fausses routes
- Dysphonie
- Dyspnée
- Hématèse
- Autres signes

2) - EXAMEN PHYSIQUE

a) - Etat général poids taille température

- Amaigrissement
- Pâleur

b) - Coeur

c) - Poumon

d) - Abdomen : - foie : - taille
- consistance
- surface
- autres

e) - Adenopathie

- region cervicale
- ganglion de Troisier
- autres ganglions

f) - Autres signes

IV - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

FIBROSCOPIE :

date

n°

1°) - TUMEUR SUSPECTE

- Ulcéreuse
- Ulcéro bourgeonnante
- Végétante
- Infiltrante
- Siège : Tiers supérieur
- Tiers moyen
- Tiers inférieur
- Totalité

2°) - POLYPE

- Pediculé
- Sésile
- Aspect de la surface
- Siège

3°) - KYSTE

- Siège
- Aspect de la surface

4°) - PAPILLOME

- Siège
- Aspect

5°) - GRANULOME

- Siège
- Aspect

6°) - ADENOME

- Siège
- Aspect

7°) - HEMANGIOME

- Siège
- Aspect de la surface

8°) - LYMPHANGIOME

- Siège
- Aspect

- 9°) - ULCERE DE L'OESOPHAGE
 - Siège
- 10°) - OESOPHAGITE PAR REFLUX
 Erythémateuse
 Ulcérée
 Erosive
 Pseudomembraneuse
 Hemorragique
 - Siège
- 11°) - OESOPHAGITE MYCOSIQUE
 - Siège
- 12°) - VARICES OESOPHAGIENNES
 Grade I
 Grade II
 Grade III
 Aspect : Ulcéré
 Telangiéctasiante
 Hemorragique
 - Siège
- 13°) - HERNIE HIATALE
 - Siège
 - Taille (cm)
- 14°) - STENOSE
 - Siège
 - Aspect
- 15°) - BEANCE DU CARDIA
- 16°) - AUTRES ANOMALIES DE L'OESOPHAGE
 - Siège
- 17°) - ANOMALIES GASTRODUODENALES

T O G D

date

EXAMENS BIOLOGIQUES

- N F S + V S

- Fer sérique
- Sidéro philine
- Alpha foeto protéine
- Serologie HIV
- Examen mycologique

BILAN D'EXTENSION

- Adenopathie
 - Siège
- Radiographie du thorax

- Echographie du foie

- Endoscopie trachéobronchique

- Examen otorhinolaryngologique

AUTRES EXAMENS

HISTOLOGIE

- date du prélèvement
 - numéro du prélèvement
 - biopsie de :
 - siège
 - résultat anatomopathologique
- nombre :

V - TRAITEMENT

- Médical

- Chirurgical

VI - CONTROLE ENDOSCOPIQUE

VII - EVOLUTION

VIII - CONCLUSION

RESUME.

Notre étude a porté sur 67 anomalies oesophagiennes. Ille dégage de façon prospective et retrospective la fréquence des anomalies de l'oesophage à Bamako : 20,2 % des endoscopies réalisées.

Les symptômes ne sont pas spécifiques des anomalies de l'oesophage car les épigastriques et les signes de reflux sont rencontrés à des fréquences à peu près comparables dans toutes les anomalies oesophagiennes.

Les oesophagites toutes formes confondues occupent le premier rang (37,2 %) ; ensuite viennent les varices oesophagiennes (22,7 %). Les hernies hiatales (21,2 %) sont observées, tout comme d'autres anomalies de l'oesophage, notamment le syndrome de Mallory Weiss (14 cas), les sténoses de l'oesophage (13 cas), les béances cardiales (13 cas), les polypes de l'oesophage (6 cas), le mégaoesophage (4 cas).

Le cancer de l'oesophage est rare au Mali comme dans beaucoup de pays d'Afrique. 4 cas ont été dépistés au cours de notre enquête.

Nous constatons que la candidose oesophagienne est présente chez plus de la moitié des séropositifs à l'E.T.I.S.A. et/ou au Biot.

Nous n'avons pas pu établir une relation entre l'endoscopie et l'histologie.

S U M M A R Y

We studied 612 cases of esophageal abnormalities.

It shows in a prospective and retrospective way the frequency of oesphagus abnormalities in Bamako : 20,2 % of endoscopies.

The symptoms are not specific to esophagus abnormalities because the gastric pain and the signs of the ebb are found at frequencies which are slightly comparable in all cases of esophagus abnormalities.

The esophagitis in all their forms rank first (37,2 %), then esophagus varicose (22,7 %) follow. hiatal hernia (21,2 %) are noticed as well as other esophagus abnormalities among others Mallory Weiss syndrome (14 case), esphagus stenosis (13 cases), openeses of the cardia (13 cases, esophagus polypus (6 cases), esophagus mega (4 cases).

Esophagus cancer is rare in Mali as in many african countries. 4 cases were detected during our survey.

We can remark that esophagus candidiasis is found with more than half of the seropositive on the test of E.L.I.S.A. and/or Blot.

We could not establish a relation between endocopy and histology.

S U M M A R Y

We studied 612 cases of esophageal abnormalities.

It shows in a prospective and retrospective way the frequency of oesphagus abnormalities in Bamako : 20,2 % of endoscopies.

The symptoms are not specific to esophagus abnormalities because the gastric pain and the signs of the ebb are found at frequencies which are slightly comparable in all cases of esophagus abnormalities.

The esophagitis in all their forms rank first (37,2 %), then esophagus varicose (22,7 %) follow. hiatal hernia (21,2 %) are noticed as well as other esophagus abnormalities among others Mallory Weiss syndrome (14 case), esphagus stenosis (13 cases), openeses of the cardia (13 cases, esophagus polypus (6 cases), esophagus mega (4 cases).

Esophagus cancer is rare in Mali as in many african countries. 4 cases were detected during our survey.

We can remark that esophagus candidiasis is found with more than half of the seropositive on the test of E.L.I.S.A. and/or Blot.

We could not establish a relation between endocopy and histology.

Dans l'étude de Konta (81), l'âge moyen qui est de 52,7 est supérieur à celui de notre étude. Ce dernier a trouvé une prédominance masculine. Dans notre étude le cancer de l'oesophage est présent chez 3 femmes contre 1 homme.

Dans nos observations nous avons retrouvé les signes habituels du cancer de l'oesophage. Il s'agit de la dysphagie et de l'amaigrissement.

La consommation d'alcool étant faible dans notre étude nous incriminons, le tabac, les facteurs alimentaires et la chronicité de certaines lésions oesophagiennes comme prédispositifs au cancer de l'oesophage.

4.2.2.4.2. - LES TUMEURS BENIGNES.

Nous avons dépisté 6 cas de polype rencontrés à tout âge. Les polypes sont observés chez 4 femmes contre 2 hommes. Même si ces tumeurs sont rares et de nature variée notre fréquence est supérieure à celle de Libreville où Klotz et Coll. ont observé 4 cas de polype sur 10 tumeurs de l'oesophage (79). A Dakar, Faouzi a trouvé une autre variété de tumeurs bénignes (7 cas de papillome) (52). Klotz et Coll. ont trouvé une prédominance masculine pour l'ensemble des tumeurs de l'oesophage (79). L'effectif faible des tumeurs dans notre étude ne nous permet pas de tirer une conclusion pour ce qui est de la répartition des tumeurs en fonction de l'âge et du sexe.

4.2.2.5. - LES INVAGINATIONS GASTRO OESOPHAGIENNES (IGO) SYNDROME DE MALLORY WEISS.

Les I.G.O. et le syndrome de Mallory WEISS représentent respectivement 7,1 % et 2,2 %. Leur fréquence a été signalée dans quelques séries d'étude effectuées au Mali. Konta fait état de 111 cas d'I.G.O. et 13 cas de syndrome de Mallory WEISS sur 439 anomalies de l'oesophage et du cardia soit respectivement 25,2 % et 2,9% (81). L'étude de Konta a révélé plus d'I.G.O. que notre étude. Duflo Moreau B. et Coll. ont aussi observé 37 cas "d'invagination gastro-oesophagien ou syndrome de Mallory WEISS" sur 82 anomalies de l'oesophage soit 45,1 % au cours de 240 fibroscopies pratiquées pour hémorragies digestives (47).

Les autres séries d'étude dont nous disposons n'ont pas signalé des cas d'I.G.O. (79, 43, 52).

Nous attribuons la fréquence des I.G.O. dans notre étude à l'absence de prémedication de nos malades et au fait que l'endoscopie en elle même peut entraîner un effort de vomissement d'où l'invagination de la muqueuse gastrique.

Quant au syndrome de Mallory WEISS il n'est pas fréquent par rapport aux autres anomalies précédentes dans notre enquête. Il est aussi une des causes fréquentes d'hémorragie. Le syndrome de Mallory WEISS est responsable d'hémorragie digestive dans 2 cas au cours de notre étude tandis que dans la thèse de Faouzi 14 cas sont responsables d'hémorragie sur 289 endoscopies hautes pratiquées en urgence soit 4,8 % (52).

4.2.2.6. - LES AUTRES ANOMALIES DE L'OESOPHAGE :

4.2.2.6.1. - STENOSE DE L'OESOPHAGE.

Nous avons observé 13 cas soit 2,1 % des anomalies oesophagiennes tandis que Faouzi a rapporté 4 cas de sténose dont 2 cas sont secondaires à une oesophagite peptique. Dans notre série il s'agit de sténose infranchissable localisée au tiers inférieur de l'oesophage dans 11 cas et au tiers moyen dans 2 cas. Dans ces deux localisations l'histologie a mis en évidence un carcinome épidermoïde dans un cas (Observation n° 4) et dans l'autre cas une oesophagite probablement peptique avec un aspect de dysplasie (Observation n° 10).

Ooghe et Coll. ont observé aussi 7 cas de sténose oesophagienne sur 21 sténoses digestives hautes chez 357 patients âgés de plus de 80 ans (96).

Nous avons observé une fréquence élevée des sténoses chez l'homme et dans la tranche 30 - 49 ans.

4.2.2.6.2. - MEGAOESOPHAGE.

Nous avons dépisté 4 cas. Cette affection d'étiologie inconnue est très peu fréquente en Afrique. Au Mali, la série de Konta (81), de Coulibaly B. (34) et de Duflo Moreau (47) ne

comporte pas de mégaoesophage. Derrien J.P. a révélé 1 cas de mégaoesophage (43). Aubry et Coll. ont rapporté 2 cas de mégaoesophage lors des 3 000 fibroscopies réalisées chez des adultes en zone tropicale (7).

Au CHU de Treichville, Niamkey et Coll. ont retrouvé 3 cas sur 74 anomalies de l'oesophage au cours de 710 fibroscopies (92). Klotz et Coll. ont décelé 2 cas sur 1 314 oesogastroduodénoscopies (79).

Tous nos patients sont de sexe masculin. L'âge moyen est de 39. Ce qui se rapproche à l'âge de découverte du mégaoesophage idiopathique qui se situe à partir de 40 ans (70). Cette donnée est retrouvée chez trois de nos patients qui sont âgés respectivement de 41, 42, 46 ans.

Dans tous les 4 cas il s'agit de mégaoesophage idiopathique.

Les manifestations cliniques habituelles telles que la dysphagie capricieuse d'évolution longue, le syndrome de R.G.O. postural ont été rencontrées chez nos patients (Observations n° 1, 2, 3).

L'histologie n'a pas montré de lésions précancéreuses chez nos malades. Nous rappelons que les sujets présentant un méga oesophage doivent faire l'objet d'une surveillance endoscopique avec biopsies. Selon les statistiques le cancer de l'oesophage se voit dans 3 à 8 % des cas de mégaoesophage (59). Dans notre enquête nous déplorons l'absentéisme des malades au contrôle.

En général, le cancer apparait après plusieurs années d'évolution dans les cas de mégaoesophage où le traitement initiale a été inefficace ou tardif (59).

4.2.2.6.3. - ENDOBRACHY OESOPHAGE OU OESOPHAGE DE BARRET : (E.B.O.)

Nous observons 6 cas d'E.B.O. découverts de façon fortuite à l'histologie. Nous ne retenons pas avec certitude le diagnostic d'E.B.O. car des biopsies étagées ne sont pas pratiquées comme il l'aurait dues être. Dans notre étude l'E.B.O. a été découvert au cours des biopsies systématiques pratiquées dans les H.H. (4 cas) et dans les oesophagites (2 cas).

Nos circonstances de découverte sont analogues en partie à celles de Conio M. et Coll. (32). Ces auteurs, ont pratiqué des biopsies étagées. Ils ont découvert 12 cas d'E.B.O. chez 102 patients présentant un des diagnostics endoscopiques suivants :
- oesophagite sévère (4 cas), stenose peptique (3 cas), H.H. associée à une oesophagite (4 cas) et enfin absence de lésions (1 cas).

Dans leur série, ils ont constaté que l'E.B.O. est associé le plus fréquemment à une oesophagite alors que dans notre étude il est associé 4 fois à une H.H. et 2 fois à une oesophagite.

L'histologie a montré une métaplasie de type fundique dans notre étude. Considéré comme une affection métaplasique, l'E.B.O. doit nécessiter une surveillance endoscopique avec biopsies car la fréquence du cancer associé à l'E.B.O. est en effet très élevée de l'ordre de 10 à 15 % (60). Dans notre étude les malades ne sont pas revus après l'endoscopie.

4.2.2.6.4. - BEANCE CARDIALE.

L'endoscopie étant peu fiable au diagnostic de béance cardiale, nous en avons recensé 13 cas. Au Mali, Konta observe 48 cas de béance cardiale sur 439 anomalies oesocardiotositatives (10,9 %) (81). Les auteurs des séries d'étude dont nous disposons n'ont pas signalé des cas de béance cardiale.

Nous avons noté la présence de béance cardiale chez 10 femmes contre 7 hommes. La tranche 30 - 49 ans est la plus touchée dans notre étude alors que Ooghe P. et Coll. ont trouvé la béance cardiale chez des sujets âgés de plus de 80 ans (96).

La plupart de nos cas de béance cardiale sont découverts de façon fortuite. 2 cas seulement sont symptomatiques.

L'observation n° 16 correspond à une oesophagite compliquant la béance cardiale.

L'endoscopie étant peu fiable au diagnostic de béance cardiale, la manométrie et la PHmétrie y seront beaucoup plus sensible surtout pour diagnostiquer le reflux (84, 116).

4.2.2.6.5. - ULCERE DE L'OESOPHAGE.

Nous avons colligé 4 cas au cours de l'étude retrospective dont l'association à une oesophagite est méconnue. Cependant, l'étude prospective révèle 5 cas d'oesophagite ulcérée. L'ulcère de l'oesophage est toujours associée à une oesophagite à tel point que certains le considèrent comme une complication de l'oesophagite peptique (10). En fait, il est considéré aussi comme une complication de l'E.B.O.. Dans ce cas, si l'ulcère siège au milieu de la muqueuse glandulaire, il est appelé ulcère de Barret (63). L'ulcère de l'oesophage peut survenir aussi après un tubage gastrique.

Faouzi a observé 2 cas d'ulcère sur 475 anomalies de l'oesophage (52).

4.2.2.6.6. - BRACHYOESOPHAGE.

Nous avons recueilli 13 cas au cours de l'étude retrospective. Kartheuser A. et Coll. (77) ont observé 44 cas de brachyoesophage. Le T.O.G.D. est un examen plus fiable pour le diagnostic du brachyoesophage que l'endoscopie. Le T.O.G.D. met en évidence le raccourcissement de l'oesophage et une image aérique intrathoracique correspondant à l'estomac (10) alors que l'endoscopiste se contente de l'ascension du cardia ou de mesurer la longueur de l'oesophage.

Notre étude a porté sur 612 anomalies de l'oesophage dont 169 cas dépistés au cours de l'étude retrospective et 443 lors de l'étude prospective en une période de 13 mois au Centre d'Endoscopie Digestive de l'Hopital du Point "G". Sur l'ensemble des anomalies oesophagiennes il existe une prédominance masculine, 62,9 % des anomalies de l'oesophage sont observés chez les hommes.

Les anomalies sont rencontrées dans toutes les tranches d'âge avec une fréquence élevée entre 30 - 49 ans.

L'âge de nos patients s'étend de 13 à 80 ans avec un âge moyen de 42 ans.

Quant aux antécédents et mode de vie, ils ont été difficiles à préciser. Cependant, nous notons une consommation importante du thé et/ou café (65,9 %), du poisson fumé (86,4 %) et de l'acide acétyl salicylique (50,4 %) chez nos patients. 50,8 % de nos patients sont tabagiques. L'alcool est peu consommé au Mali selon notre enquête. Ces renseignements ont été notés chez 244 patients sur 612.

Les symptômes ou les signes les plus fréquents ayant motivé l'endoscopie dans notre étude sont les épigastralgies (41,9 %), les signes de R.G.O. isolés ou associés (11,2 %), les hématemèses (5,7 %), les hépatomégalies (4,7 %) et la dysphagie (3,9 %).

Les symptômes fonctionnels retrouvés à l'interrogatoire ne sont pas spécifiques des anomalies de l'oesophage.

Le nombre élevé de fibroscopies pratiquées (3 019) pourraient expliquer l'acceptabilité de cet examen par les malades alors même qu'ils ne sont pas prémédiqués. Cet effectif peut s'expliquer aussi, par le fait que l'endoscopie est l'examen de premier recours des médecins car l'endoscopie permet un diagnostic rapide et précis. La radiologie conventionnelle qui est un moyen d'exploration de l'oesophage est onéreuse et souvent techniquement incomplète dans notre milieu.

Au cours de notre enquête, nous n'avons rencontré aucun accident lié à l'endoscopie ; en dehors d'une luxation de la mâchoire réduite aussitôt.

Dans notre étude les oesophagites toutes formes confondues dominant la pathologie oesophagienne 228 cas sur 612 anomalies de l'oesophagie (37,2 %) ensuite viennent les V.O. (22,7 %), les H.H. (21,2 %) et les autres anomalies qui existent en faible pourcentage (sténose, syndrome de Mallory WEISS, mégaoesophage, brachyoesophage, béance cardiaque, tumeur de l'oesophage, ulcère de l'oesophage).

Les oesophagites dominant les anomalies histologiques 24 cas sur 84 résultats de biopsies soit 28,5 %.

Nous constatons une association non négligeable des anomalies oesophagiennes à celles de la région gastroduodenale.

L'oesophagite mycosique est présente chez plus de la moitié des seropositifs à l'E.L.I.S.A. et/ou au Blot (sur 16 seropositifs 12 présentent une oesophagite mycosique).

La candidose oesophagienne a été confirmée dans 90 % à l'examen biologique. Par contre l'histologie a mis en évidence des filaments mycéliens dans un seul cas et une oesophagite dans 6 cas.

En raison de la diversité des anomalies nous n'avons pas adopté un même schéma thérapeutique chez les malades. Cependant un traitement à base d'anti secrettoire a été institué dans de rares cas d'oesophagite. Le traitement n'est pas atteint jusqu'au bout pour des raisons financières. Chez les patients affectés d'oesophagite mycosique, nous constatons un amenuisement des signes fonctionnels sous traitement et une reprise de ces signes à l'arrêt du traitement. L'évolution est connue chez 60 patients soit 98% des malades.

19 cas de décès ont été enregistrés.

13 patients ont subi un contrôle fibroscopique.

Les autres ont fait l'objet d'un interrogatoire.

Au terme de cette étude nous recommandons :

- une aseptie rigoureuse qui pourrait pallier la contamination per-endoscopique par le virus V.I.H. ;

- une surveillance des lésions précancéreuses de l'oesophage ;
- une multiplication du centre d'endoscopie digestive et des techniques d'exploration de l'oesophage par l'installation de la vidéo-endoscopie, l'écho-endoscopie, la manometrie et la PHmetrie ;
- une instauration de la prophylaxie de la rupture des varices oesophagiennes par le traitement médical, chirurgical ou instrumental (sclérothérapie per-endoscopique, sonde de Black MORE).

BIBLIOGRAPHIES :

- 1.- ABARCHY H..
Contribution à l'étude de la hernie hiatale.
Inter. Fac. Afr. ; 1989 ; 8 ; 47.
- 2.- ABBATUCCI J.S. ; ROUSSEL A. ; MANDARD A.M. ;
Le cancer de l'oesophage.
Journées, Radiol. Electrol. ; 16,17,18 Nov.1976 ; 1-19.
- 3.- ATIENZA P. ; ETIENNE J.D. ; GAUDRIC M. ; COUTURIER D. ;
GEURRE J..
Conséquences de l'éradication par sclérose
endoscopique des varices sur la motricité
oesophagienne.
Gastro entérol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A20.
- 4.- ATTIA J.R. ; CAMARA B.M. ; MALAN K.L. ; LOHOUES M.J.A. ;
KOUAKOU M.M..
SIDA et appareil digestif : étude clinique et
histologique à propos de 14 cas.
Publ. Med. Afr. ; 1989 ; 100 ; 119-121.
- 5.- AUBERT A. ; BLOCH F. ; BECHAR A. ; COHEN B. ; OULAKIA F. ;
FIESSINGER J.N. ; VAYSSAIRAT M. ; PETITEL J.P..
Etude manometrique et scintigraphique de la
motricité oesophagienne au cours de la
sclérodermie systémique et du syndrome de Raynaud
pré-sclérodermique.
Gastro enterol. Clin. Biol. ; 1988 ; 12 ; A137.
- 6.- AUBRY P. ; KLOTZ F. ; DANO F. ; BRUNETTI G. ; RENAMBOT J. ;
DEME I..
Mycoses oesophagiennes à propos de 2^e
localisations oesophagiennes et de 3 localisations
gastriques.
Dakar Med. ; 1983 ; 28 ; 363 - 376.

- 7.- AUBRY P. ; ODDES B..
Apport de l'endoscopie oesgastroduodenale au diagnostic en zone tropicale à propos de 3 000 examens réalisés chez les adultes.
Med. Trop. ; 1984 ; 44 ; 231 - 239.
- 8.- BEDENNEL L..
Traitement des cancers digestifs : 7 protocoles proposés par la fondation française de cancerologie digestive.
Med. Chir. Dig. ; 1990 ; 19 ; 15 - 16.
- 9.- BELLANGER J..
Endoscopie digestive et H.I.V : Comment pallier les risques de transmissions de H.I.V. et surtout d'infections opportunistes à partir du matériel d'endoscopie digestive.
Concours Med. ; 1990 ; 112 ; 695 - 696.
- 10.- BERNAILLE C. et REYSSEGUIER J.C..
Sémiologie radiologique de l'oesophage.
Feuillets d'électro radiologie. Fer.;1971;61;27-48.
- 11.- BICLET PH..
Intérêt de l'enregistrement prolongé du PH oesophagien.
Encycl. Med. Chir., (Paris), Foie - Pancréas - Estomac - Intestin ; 3 - 1987 ; 9 - 10.
- 12.- BION E. ; DANQUECHIN ; DORVAL E..
Une dysphagie : orientation diagnostique et conduite à tenir.
Rev. Prat. ; 1990 ; 40 ; 1433 - 1436.
- 13.- BOGOMOLETZ W.V. ; FEYDY P. ; GEBOES K. ; NASCA S. ; ECTORS N. ; RIGAND C..
L'histochimie des mucines permet-elle d'envisager une pathogenie inflammatoire de l'heterotopie muqueuse gastrique de l'oesophage cervical chez l'adulte.
Gastro enterol. Clin. Biol. ; 1989 ; 13 ; A69.