

LA PATHOLOGIE DIGESTIVE HAUTE AU CONGO A PROPOS DE 2393 ENDOSCOPIES REALISEES AU C.H.U. DE BRAZZAVILLE

J.R. IBARA, B. MOUKASSA, A. ITOUA-NGAPORO

RESUME

La pathologie digestive haute au Congo est présentée à partir de 2393 endoscopies réalisées en 24 mois au C.H.U. de Brazzaville.

Les lésions ont été observées à l'étage œsophagien dans 23,46 % à l'étage gastrique dans 25,33 % et à l'étage duodénal dans 27,62 % de l'ensemble des examens réalisés. Elles sont de même nature qu'ailleurs en Afrique avec cependant quelques spécificités selon les régions. Les ulcères duodénaux représentent la première lésion notée mais le regroupement lésionnel fait apparaître que les lésions inflammatoires dominent la pathologie digestive haute. La pathologie tumorale reste faible même si avec l'avènement de l'endoscopie le nombre de cas est en progression.

Mots-clés : Endoscopie haute, lésion œsogastro-duodénale, Congo, Afrique.

SUMMARY

Our 24 months study reports 2393 cases of upper digestive pathology endoscopically proved in Brazzaville University Hospital Center.

Lesions observed are as follows : esophageal tract (23,46 %), gastric tract (25,33 %), duodenal tract (27,62 %). The same lesions have been described in other african countries in spite of regional specificities. Duodenal ulcer represents the most prevalent abnormality, but inflammatory lesions are top-ranked among upper digestive pathology with regard to all the types of lesion. Tumors number remains low even though the use of endoscopy makes it higher each year.

Key-words : Upper endoscopy, esogastroduodenal lesion, Congo, Africa.

INTRODUCTION

L'introduction de l'endoscopie utilisant des appareils à fibres de verre est récente au CONGO.

A l'image de nombreuses publications africaines parues sur l'apport de cette méthode dans le diagnostic des lésions digestives hautes, nous nous proposons, dans ce travail, à partir d'une série de 2393 endoscopies hautes chez des Congolais, de rapporter le panorama de la pathologie digestive observée en 2 ans au C.H.U. de Brazzaville.

PATIENTS ET METHODES

Patients

De novembre 1988 à octobre 1990 soit 24 mois, 2649 fibroscopies œsogastro-duodénales ont été réalisées dans notre unité d'endoscopie digestive.

Les patients ayant eu des endoscopies de contrôle (226) n'ont été comptés qu'une fois ; ceux ayant eu des examens incomplets (10 cas) ou des renseignements insuffisants (20 cas) ont été éliminés. Ce qui porte le nombre de cas retenus pour l'étude à 2393.

On compte 1214 hommes (50,73 %) et 1179 femmes (49,26 %). L'âge des patients va de 13 ans à 82 ans. Plus de la moitié des patients se recrutent entre 20 et 40 ans. L'âge moyen est de 34 ans dans les deux sexes, 32 ans chez les hommes et 40 ans chez les femmes.

Méthodes

L'étude a été rétrospective se basant sur les comptes rendus des fibroscopies et dans quelques cas sur les résultats des examens anatomopathologiques.

Toutes les endoscopies ont été réalisées avec un endoscope multidirectionnel à vision axiale olympus GIF Q 10, alimenté en lumière froide par un générateur olympus CLE 10.

La technique d'examen a été classique jusqu'au moins la deuxième portion duodénale. Tous les patients avaient reçu de la xylocaïne visqueuse en anesthésie oropharyngée de contact sauf en urgence où l'examen a été pratiqué sans anesthésie locale et sans sédation médicamenteuse.

Les patients ont été vus en urgence 276 fois (11,54 %), 35 fois pour ingestion de caustique et 241 pour hémorragie digestive. Les autres ont été vus lors des séances programmées : 2117 cas soit 88,46 %.

Dans le cas des hémorragies digestives, l'endoscopie a été réalisée autant que possible dans les 24 à 48 heures suivant l'hémorragie. L'étiologie retenue a été une lésion qui saignait au cours de l'examen, une lésion avec caillot frais. La recherche d'éléments prédictifs du risque de récurrence précoce a été systématique.

Pour ce qui est des ingestions de caustiques l'examen a été pratiqué avant la 48ème heure pour affirmer la réalité de l'ingestion et faire le bilan des lésions digestives. Ces lésions ont été classées en stade I (érythème, pétéchies), stade II (ulcérations peu nombreuses non confluentes, nécrose focale limitée à une partie de l'œsophage ou de l'estomac, hémorragie minime), stade III (ulcérations multiples confluentes, nécrose extensive, hémorragie abondante), stade IV (destruction pariétale).

Les autres indications sont les épigastralgies dans 1051 cas (type ulcéreux 277 cas et atypiques 774 cas), les vomissements 98 cas, dysphagie 45 cas, syndrome de reflux gastro-œsophagien 481 cas, recherche de varices œsophagiennes 167 cas, signes généraux (amaigrissement, anémie, diarrhée chronique) 128 cas, tumeur abdominale 41 cas, examen systématique 27 cas, diverses indications moins fréquentes 79 cas (troubles dyspeptiques, constipation, douleurs abdominales diffuses, sclérodermie, maladie de BEHCET, adénopathie sus claviculaire, antécédent d'ulcère au TOGD).

RESULTATS

1. Endoscopie normale

Aucune anomalie évolutive de surface ni de coloration de la muqueuse digestive haute n'a été notée dans 559 cas (dont 21 cas pour les hémorragies digestives) soit 23,35 % des 2393 œso-gastroduodénoscopies réalisées.

2. Pathologies observées en dehors de l'urgence

Elles sont présentées dans l'ordre anatomique de l'œsophage au duodénum.

2.1 Pathologie œsophagienne

Elle représente 23,48 % (562 cas) des fibroscopies pathologiques.

- . Hernies hiatales et malpositions cardiotubérositaires 235 cas (41,81 %) des lésions œsophagiennes. Nous avons noté fréquemment une protrusion intermittente de la muqueuse gastrique dans l'œsophage (signe de racheting).
- . Varices œsophagiennes 153 cas soit 27,24 %, il s'agit de varices non hémorragiques, signe d'une hypertension portale.
- . Oesophagites peptiques 126 cas soit 22,41 %.
- . Candidoses œsophagiennes 25 cas soit 4,44 %.
- . Cancer de l'œsophage 7 cas soit 1,24 %. Tous, des cancers épidermoïdes observés chez 4 femmes et 3 hommes ; âge moyen 53,5 ans.
- . Syndrome de Mallory Weiss 7 cas soit 1,24 %.
- . Sténose peptique 2 cas,
- . Mégaoesophage 2 cas,
- . Ulcère isolé de la paroi œsophagienne 1 cas,
- . Aspect endoscopique d'endobrachyœsophage 2 cas,
- . Diverticule œsophagien 1 cas.

2.2 Pathologie gastrique

Elle représente globalement 25,53 % (611 cas) des anomalies observées.

- . Gastrites 379 cas soit 62,02 %. Il ne s'agit ici que de l'aspect endoscopique. La corrélation histologie/ endoscopie n'a pas toujours été recherchée. Ces gastrites ont été classées : gastrites catarrhales ou érythémateuses 163 cas (le plus souvent liées au reflux biliaire duodéno-gastrique reconnu par la présence d'un lac muqueux jaunâtre dans l'estomac) ; Gastrites en mosaïque 87 cas (aspect pavimenteux de la muqueuse témoignant d'une hypertension portale) ; Gastrites érosives 80 cas ; Gastrites varioliformes 20 cas (les lésions constituées de boursouffures ombiliquées avec une petite ulcération au sommet : elles ont été de localisation antrale dans 12 cas accompagnant un ulcère duodénal et dans 8 cas ont intéressé l'ensemble de la cavité gastrique) ; gastrites à gros plis ; Gastrites pétéchiales 12 cas.
- . Reflux bilieux duodéno-gastrique sans retentissement muqueux évident : 124 cas.
- . Ulcères gastriques : 69 cas soit 11,29 % ; Ces ulcères bénins à l'histologie ont été notés chez l'homme 52 cas et chez la femme 17 cas (sex-ratio 3,05) avec une fréquence maximale entre 30 et 59 ans, la moyenne d'âge

de survenue se situe à 41,33 ans ; 36 cas ont été notés sur la petite courbure, 27 cas sur la région antropylorique et 6 cas sur le moignon de gastrectomie.

- . Cancers gastriques : 22 cas soit 3,60 % ; 3 cas ont été notés sur la petite courbure, 3 cas région sous cardiale, 1 cas sur le moignon de gastrectomie, 15 cas dans la région antropylorique ; il s'agit dans tous les cas d'adénocarcinome intéressant 14 hommes et 8 femmes (sex-ratio 1,7) pour un âge moyen de survenue de 51,1 ans (53,7 ans chez la femme et 48,6 ans chez l'homme). L'aspect est surtout ulcérovégétant 11 cas ;
- . Polypes gastriques : 12 cas soit 1,96 % : hyperplasique 7 cas et polyadénomateux 5 cas.
- . Sténose pylorique non cancéreuse : 5 cas.

2.3 Pathologie duodénale

Elle représente 27,62 % (661 cas) des lésions observées.

- . Ulcères duodénaux 527 cas soit 79,72 %. Les hommes sont plus touchés que les femmes (sex-ratio 1,5). Plus de la moitié des cas ont entre 20 et 40 ans avec une moyenne d'âge de 38,30 ans. Les types anatomiques sont dominés par le type rond 251 cas, irrégulier 148 cas, linéaire 72 cas, salami 56 cas. La face antérieure constitue la localisation préférentielle 364 cas. Nous avons noté 35 cas de Kissing "ulcer". Dans les 13 cas la localisation est mixte, gastrique et duodénale.
- . Duodénites 115 cas soit 17,39 %. Il s'agit des cas de duodénite isolée en dehors d'un contexte de lésion ulcérée évolutive. La duodénite érythémateuse avec congestion des plis est la plus fréquente 61 cas. Suivie de la duodénite érosive 39 cas. Dans 15 cas la duodénite est représentée par de gros plis.
- . Sténose ulcéreuse bulbaire 7 cas.
- . Autres anomalies duodénales 11 cas : adénomatoses brunneriennes 6 cas. Diverticule 4 cas accompagnant dans 3 cas des ulcères irréguliers du bulbe. Adénocarcinome liberkhunien de la deuxième portion duodénale 1 cas.
- . Fait insolite, la mise en évidence d'un cas d'ascaris dans la lumière bulbo-duodénale.

Plusieurs types lésionnels ont été retrouvés chez un même patient. Ces associations concernent surtout la gastrite, l'ulcère duodénal, la hernie hiatale.

3. PATHOLOGIES OBSERVEES EN URGENCE

3.1 Ingestion de caustique : 35 cas

Le produit le plus incriminé est l'acide sulfurique : 22 cas.

Les aspects macroscopiques suivants ont été notés :

- . A l'étage œsophagien : Stade I un cas, stade II deux cas, stade III un cas.
- . Au niveau de l'estomac seul : Stade I dix cas, Stade II trois cas.
- . Au niveau de l'œsophage et de l'estomac : Stade I deux cas, stade II sept cas, stade III trois cas, stade IV un cas.
- . Au niveau de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum : stade II deux cas, stade III trois cas.

3.2 Hémorragies digestives : 241 cas

Les étiologies suivantes sont été retrouvées : ulcères duodénaux 119 cas (49,37 %), varices œsophagiennes 61 cas (25,31 %), ulcères gastriques 13 cas (5,39 %), gastrite aiguë hémorragique 11 cas (4,56 %), syndrome de MALLORY WEISS 7 cas, œsophagite ulcérée 5 cas, cancer gastrique 3 cas, ulcère œsophagien 1 cas, examen normal 21 cas.

La rentabilité diagnostique est de 91,29 %.

COMMENTAIRE

La pathologie œsophagienne est dominée par les hernies hiatales ; celles-ci entraînent cependant peu de lésions peptiques en amont ; cette constatation rejoint celle faite par AUBRY à Dakar (3) par contre KLOTZ à Libreville (6) et KODJOH au Bénin (7) notent une fréquence des œsophagites supérieures à celles des hernies hiatales ; la consommation exagérée d'alcool dans ces pays pourrait en être la cause.

Les varices œsophagiennes sont également fréquentes ; elles sont le plus souvent découvertes dans un contexte d'hypertension portale ; la prévalence dans notre étude rejoint celle de ATTIA à Abidjan (2) mais elle est plus élevée qu'à Dakar, Tananarive, Franceville, Libreville et Yaoundé (3, 4, 5, 6, 8). A noter dans notre étude, l'absence de varice gastrique.

La rareté du cancer de l'œsophage est ici notée comme dans d'autres études africaines (1, 4, 6, 8, 9) sauf au Bénin (7) où l'alcoolisme chronique contribuerait également à augmenter la fréquence de ce cancer.

Au regard de la première place hospitalière occupée actuellement par les patients immunodéprimés, la fréquence des candidoses œsophagiennes serait plus élevée. Mais pour des raisons techniques (difficulté de désinfection du seul endoscope du service), l'endoscopie n'a pas été systématiquement réalisée chez ces patients.

La pathologie gastrique est surtout inflammatoire. La fréquence élevée des gastrites pourrait s'expliquer par le reflux bilieux duodéno-gastrique, les lésions d'hypertension portale, l'automédication des produits gastrotoxiques et les habitudes alimentaires. Nous n'avons pas systématiquement cherché la corrélation de ce diagnostic macroscopique avec l'histologie.

Les ulcères gastriques ont été trouvés à une fréquence de 2,8 % de l'ensemble des endoscopies, proche de celle de AUBRY à Dakar et nettement moindre qu'ailleurs en Afrique (1, 7, 8).

Les cancers gastriques sont rares ; leur faible prévalence a été déjà soulignée dans d'autres études africaines (3, 4, 5, 6, 8) sauf en Côte d'Ivoire où un taux de 4,2 % est rapporté (2).

A l'étage duodénal, l'ulcère constitue l'essentiel des anomalies. Cette fréquence élevée des ulcères duodénaux se rapproche de celle trouvée dans les villes Ouest Africaines (2, 3, 7, 9) ; elles est par contre largement supérieure à celle trouvée en Afrique Centrale (5, 6, 8). La maladie ulcéreuse duodénale au Congo touche l'homme jeune entre 20 et 40 ans et a des caractéristiques endoscopiques qui rejoignent celles décrites dans la littérature.

Lorsqu'on rassemble les anomalies selon le type pathologique, il apparaît que la pathologie inflammatoire occupe la première place suivie de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale. La pathologie tumorale digestive haute reste faible.

En urgence, la rentabilité diagnostique dans la recherche de la cause d'hémorragie et dans la précision de topographie des lésions caustiques est bonne. Parmi les lésions hémorragiques, les ulcères duodénaux sont fréquents suivis des

varices œsophagiennes. Les gastrites hémorragiques ne constituent pas la principale cause d'hémorragie digestive comme au Gabon (6). Notre attention a été aussi retenue par le développement des ingestions de substances caustiques dans un but suicidaire entraînant de graves lésions digestives. Les pouvoirs publics doivent être interpellés sur la facilité avec laquelle l'acide sulfurique (produit le plus utilisé) est obtenu.

La place prise par les examens normaux est aussi élevée qu'ailleurs en Afrique (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9). Ceci tient au fait que les indications sont très larges et comme partout en Afrique, le mode d'expression des symptômes est surtout digestif ; le rôle probable des parasitoses, les habitudes alimentaires et les manifestations douloureuses des colons irritables doivent être également évoqués.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il apparaît que les affections que nous avons observées sont de même nature que dans les autres pays ; seule la variabilité géographique de la fréquence est importante. Ce qui laisse penser que les facteurs environnants et l'alimentation joueraient un rôle fondamental dans la pathologie des affections digestives hautes.

Si notre souci dans ces premières années de pratique endoscopique au Congo a été l'amélioration du diagnostic, il convient de s'orienter aussi vers l'endoscopie thérapeutique compte tenu de la fréquence des hémorragies par ulcère et par rupture de varices œsophagiennes, de développer l'endoscopie de surveillance qui est pratiquement absente à l'exception des contrôles après traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALANDRY G.
Endoscopie œsogastroduodénale. A propos de 943 cas. Examens réalisés à l'hôpital principal de Tamatave (République démocratique Malgache). Méd. Afr. Noire, 1988, 35, 115-130.
- 2 - ATTIA Y., GAUDET D., MALAN K., CARZOZA A.M.
Bilan de 15 mois d'endoscopie digestive haute au CHU de Cocody. Rev. Med. de Côte d'Ivoire, 1981, 54, 16-22.
- 3 - AUBRY P., ODDÉ B.
Apport de l'endoscopie œsogastroduodénale au diagnostic en zone tropicale. A propos de 3000 examens réalisés chez des adultes. Méd. Trop., 1984, 44, 231-239.
- 4 - CAPDEVIELLE P.
Vingt mois d'endoscopie digestive à Tananarive. Aspects et problèmes particuliers sous les tropiques. Méd. Trop., 1979, 39, 643-649.
- 5 - FLOCARD F., TIBERMONT G., KLOTZ F., LASSALLE Y., OZOUAKI F., FROST E., FISCHER P.
L'endoscopie digestive haute au Gabon. Apport d'une expérience de deux ans. Méd. Trop., 1987, 47, 355-359.
- 6 - KLOTZ F., KOUTELE F., L'HER P., NGUEMBY-MBINA C.
La pathologie digestive haute au Gabon. Etude analytique et comparative à propos de 1314 œsogastroduodénoscopies à Libreville. Méd. Chir. Dig., 1987, 16, 321-324.
- 7 - KODJOH N., HOUNTONDI A., ADDRA B.
Apport de l'endoscopie au diagnostic des affections œsogastroduodénales en milieu tropical. Expérience Béninoise à propos de 930 examens. Ann. Gastroentérol. Hépatol. 1991, 27, 261-267.
- 8 - NDJITOYAP NDAM E.C., TZEUTON C., MBAKOP A., POUPEPENE J., GUÉMNE T.A., NJOYA O., TAGNI SARTRE M., NGU L.J.
Endoscopie digestive haute au Cameroun. Méd. Afr. Noire, 1990, 37, 453-456.
- 9 - NIAMKEY K.E., BIALLO A.D., TICOLAT R., TOUTOU T., SOUBEYRAND J., BEDA B.Y.
Apports diagnostiques de la fibroscopie digestive haute dans un Service de Médecine Interne (à propos de 710 cas). Inter. Fac Afrique, 1989, 8, 22-27.