

APPORT DE L'ENDOSCOPIE AU DIAGNOSTIC

DES AFFECTIONS OESO-GASTRO-DUODENALES EN MILIEU TROPICAL

EXPERIENCE BENINOISE A PROPOS DE 930 EXAMENS

KODJOH N.*, HOUNTONDI A.*, ADDRA B.*

RESUME

Les auteurs analysent les résultats des examens fibroscopiques oeso-gastro-duodénaux réalisés chez 930 patients symptomatiques. 91 % de ceux-ci étaient porteurs de lésions. La pathologie inflammatoire était prédominante : oesophagites, gastrites et duodénites étaient observées respectivement chez 21,5 %, 47 % et 29,08 % des patients explorés. La gastrite accompagnait 75,13 % des oesophagites et 76,4 % des duodénites, et était associée à la mise en évidence de *Campylobacter pylori* dans les biopsies gastrites chez 56,41 % des patients présentant cette lésion. La fréquence relativement élevée du cancer de l'oesophage (2,7 %) est une particularité de cette étude. L'ulcère duodénal était mis en évidence chez 18 % des patients contre 5,16 % pour l'ulcère gastrique. Sur le plan physiopathologique, sont évoqués les rôles de l'alimentation traditionnelle (chaude, très épicée), de l'auto-médication et des parasitoses intestinales dans le déterminisme des lésions inflammatoires. Enfin, l'accent est mis sur le rôle de l'infection à *Campylobacter pylori* dans le développement des gastrites chroniques. Le taux élevé de l'infection à ce germe, et l'implication de ce dernier dans les mécanismes de l'ulcérogénèse duodénale, expliquerait la fréquence élevée des ulcères duodénaux dans notre série et dans les travaux provenant des pays en voie de développement.

Mots-clés : Fibroscopie haute - Maladies oeso-gastro-duodénales - Physiopathologie - Bénin (Afrique)

L'avènement de l'endoscopie haute a révolutionné le diagnostic des affections oeso-gastro-duodénales. Cette technique, largement répandue en Europe mais peu implantée en Afrique Noire, était introduite au Bénin en Juillet 1989, date à laquelle l'Unité d'Endoscopie Digestive (U.E.D.) commençait ses activités.

Ce travail fait le bilan des examens pratiqués dans cette

* Unité d'Endoscopie Digestive, Centre National et Universitaire, B.P. 386, Cotonou (République du Bénin)

Unité du 03 Août 1989 au 31 Janvier 1991 sur une période de 18 mois, les objectifs recherchés étant les suivants : recenser les affections oeso-gastro-duodénales découvertes chez les patients explorés, décrire les particularités de ces affections par rapport à ce qui est noté ailleurs et enfin, identifier les mécanismes physiopathologiques à l'origine des pathologies observées.

1. - PATIENTS ET METHODES

Ce travail était réalisé dans l'U.E.D. implantée au sein du Centre National Hospitalier et Universitaire (C.N.H.U.) de Cotonou. La description de cette Unité, ainsi que de son fonctionnement, a fait l'objet d'une communication antérieure (13).

1.1. Patients

En 18 mois, du 03 Août 1989 au 31 Janvier 1991, 969 explorations fibroscopiques étaient pratiquées, parmi lesquelles 39 étaient éliminées parce qu'il s'agissait, soit d'examen incomplets (21 cas), soit d'examen de contrôle (18 cas). L'étude statistique portait de ce fait sur 930 patients.

Il s'agissait de malades adressés pour fibroscopie digestive haute :

- âgés de 9 à 90 ans avec un maximum de fréquence dans la tranche d'âge de 21 à 50 ans (71,29 % de l'échantillon) ;
- appartenant aux 2 sexes avec une légère prédominance masculine (53,01 % des cas), le sex-ratio étant de 1,13 ;
- issus de toutes les couches socio-professionnelles, les salariés toutes catégories des secteurs public et privé et les membres des professions libérales étant majoritaires (56,88 %) ;
- provenant surtout de Cotonou (72,37 % des cas) et des 2 grandes villes avoisinantes (Porto-Novo et Ouidah).

La grande majorité des patients (71,83 %) étaient des consultants externes adressés par les praticiens de ville. Les autres étaient des hospitalisés qui provenaient surtout du

Service de Médecine qui fournissait environ le quart de l'effectif total.

Les motifs de l'exploration endoscopique sont rapportés sur le tableau n° I.

Tableau n° I : Motifs de l'exploration endoscopique

Indications de l'Endoscopie	Malades	
	Nb	%
Epigastralgies	295	
Syndromes ulcéreux typiques	110	43,55
Hémorragies digestives (hématurie et/ou melaena)	105	11,29
Autres douleurs abdominales	100	10,75
Syndromes oesophagiens (dysphagie, pyrosis, régurgitation)	84	9,03
Dyspepsie	81	8,71
Vomissements	51	5,48
Contrôle endoscopique d'une lésion suspectée au T.O.G.D.	33	3,55
Pathologie de l'estomac opéré	16	1,72
Ingestion de caustiques	4	0,43
Recherche de varices oesophagiennes	2	0,22
Autres (précordiales atypiques, tumeurs abdominales, amaigrissement, dysneurotonie)	49	5,27
Total	930	100

1.2. Méthodes

Une étude rétrospective a analysé les compte-rendus des fibroscopies et exploité les résultats des examens anatomo-pathologiques éventuels. La technique d'exploration était classique (17). L'appareil utilisé était un fibroscope multidirectionnel à vision axiale de marque MACHIDA, type FGI SD-50. La préparation psychologique du patient était suivie habituellement d'une prémédication à base de diazépam et de métoclopramide. Les explorations étaient pratiquées par 3 Médecins gastro-entérologues ayant reçu une formation complémentaire de perfectionnement en endoscopie digestive.

Les lésions étaient visualisées par 2 d'entre eux au moins, qui, après discussion, retenaient le diagnostic définitif.

Les produits des biopsies pratiquées en cours d'examen étaient conservés dans du formol à 10 %. L'examen anatomo-

pathologique des prélèvements était réalisé à l'Université Catholique de Louvain en Belgique (Service du Professeur HAOT) après coloration des lames à l'hématéine-éosine pour l'examen de routine, et au violet de crésyl pour la recherche de *Campylobacter pylori*, notamment dans les cas de gastrite.

Enfin, l'examen des dossiers médicaux des malades hospitalisés renseignait sur les résultats des examens parasitologiques des selles.

2. - RESULTATS

2.1. Pathologie oesophagienne

2.1.1. Les oesophagites

Elles dominaient la pathologie oesophagienne avec 200 cas (21,5 % des patients). Elles se répartissaient en :

- *Oesophagites non spécifiques* : 189 cas

Elles s'observaient avec le maximum de fréquence dans la tranche d'âge de 21 à 40 ans (57,7 %), l'âge moyen étant de 35 ans. La femme était la plus touchée (57,7 % des cas), le sex-ratio étant de 0,73.

La distribution en fonction des aspects endoscopiques était la suivante :

- . erythème diffus ou en bande ou en traînées....150 cas
- . lésions erythémateuses ulcérées
avec fausses membranes26 cas
- . caractère circulaire des lésions qui
touchaient tout le bas oesophage.....12 cas
- . ulcère.....1 cas

L'association à une hernie hiatale ou à un reflux gastro-oesophagien s'observait respectivement dans 41 et 10 cas. Une gastrite et/ou une duodénite accompagnait ces oesophagites 142 fois, soit 75,13 % des cas.

Du fait de l'association à une lésion gastrique ou duodénale trois fois sur quatre, les motifs de l'exploration étaient variés, les principaux étant les douleurs épigastriques : 79 cas (41,7 %) suivies de loin par les syndromes oesophagiens (pyrosis, régurgitations, dysphagie) : 32 cas (12,7 %) ; le syndrome ulcéreux : 21 cas (11,11 %) et les syndromes dyspeptiques : 21 cas (11,11 %).

- *oesophagites spécifiques* : 11 cas

Elles étaient représentées par :

- . les oesophagites mycosiques : 7 cas
- . les oesophagites caustiques : 4 cas dont 2 à l'eau de Javel et à l'acide sulfurique, et 2 autres à des produits indéterminés.

2.1.2. La hernie hiatale non compliquée

36 patients (19 hommes et 17 femmes), soit 3,87 % de l'échantillon, présentaient une hernie hiatale sans œsophagite. Il s'agissait le plus souvent de petites hernies par glissement. Le maximum de fréquence se situait dans la tranche d'âge de 31 à 60 ans (75 % des cas), l'âge moyen étant de 45 ans.

2.1.3. Les tumeurs oesophagiennes

- *Les tumeurs malignes* représentaient 25 cas (2,7 % des patients). Elles étaient l'apanage de l'homme (21 cas), avec un sex-ratio de 6,25. Elles s'observaient chez l'adulte entre 27 et 89 ans, avec un maximum de fréquence entre 51 et 70 ans (18 cas). Le motif de l'exploration était toujours la dysphagie. Il s'agissait toujours de formes évoluées, ulcéro-bourgeonnantes et sténosantes. Le type histologique constamment décrit était le carcinome épidermoïde.

- *Les tumeurs bénignes* étaient rares : 1 cas de polype chez un homme de 41 ans.

2.1.4. *Les autres lésions oesophagiennes* se répartissaient comme suit :

- Varices oesophagiennes.....13 cas
- Fistules oeso trachéales compliquant
 les cancers de l'œsophage.....3 cas
- Syndromes de Mallory-Weiss.....2 cas
- Diverticule oesophagien.....1 cas
- Anneau de Schatzki.....1 cas

2.2. - Pathologie gastrique

2.2.1. Les Gastrites

Elles dominaient la pathologie gastrique avec 438 cas (47 % des patients). Il s'agissait de malades chez qui la gastrite était isolée ou prédominante (cancéreux, ulcéreux gastriques et duodénaux exclus).

Les principaux motifs de l'exploration étaient représentés par les épigastralgies (37,7 %) suivies de loin par les douleurs abdominales mal définies (14,4 %), le syndrome ulcéreux typique (10,9 %), le syndrome dyspeptique (10,9 %) et les hémorragies digestives (8,4 %).

L'homme était aussi souvent touché que la femme, le sex-ratio étant de 1,03. Le maximum de fréquence se situant entre 21 et 50 ans.

Les aspects endoscopiques réalisaient 370 fois une gastrite congestive, 52 fois une gastrite érosive, 4 fois une gastrite hémorragique, 9 fois une gastrite atrophique et 3 fois une gastrite varioliforme.

Les gastrites congestives ou érythémateuses ou purpuriques ou érythémato-pultacées venaient donc en tête avec 84,47 % des cas. Nous rentrons dans ce cadre les formes pseudo-hypertrophiques lorsque l'oedème prédominait. Ces lésions étaient de siège antro-fundique 157 fois (42,43 % des cas), antral 103 fois (27,84 % des cas), fundique 60 fois (16,22 % des cas) et non précisé dans 50 cas (13,51 %).

Un reflux duodéno-gastrique associé à la gastrite était objectivé par l'aspect bilieux du lac muqueux chez 88 patients.

Les biopsies n'étaient pas systématiques dans les lésions de gastrite dans nos conditions de travail. Pratiquées 80 fois (78 cas de gastrite congestive et 2 cas de gastrite érosive, elles mettaient en évidence les aspects histologiques suivants :

- gastrite superficielle.....19 cas
- gastrite chronique atrophique légère.....17 cas
- gastrite chronique atrophique modérée.....23 cas
- gastrite chronique atrophique sévère.....16 cas
- gastrite chronique érosive peut-être ischémique.....1 cas
- gastrite lymphocytaire.....2 cas
- muqueuse gastrique normale.....2 cas

Des signes de gastrite chimique (hyperplaxie fovéolaire associée à un oedème et une congestion du chorion au sein duquel l'infiltration inflammatoire est rare) étaient décrits dans un cas de gastrite chronique modérée et dans un cas de gastrite superficielle. Des érosions étaient relevées dans un cas de gastrite chronique atrophique sévère.

La corrélation histo-endoscopique s'établissait comme suit : 2 cas de gastrite érosive confirmée par histologie, et 78 cas de gastrite congestive correspondant à une muqueuse pathologique 76 fois et à une muqueuse normale à l'histologie 2 fois.

Campylobacter pylori était mis en évidence en muqueuse antrale 27 fois sur 49 (56,86 % des cas), en muqueuse fundique 10 fois sur 18 (55,55 %), en muqueuse antro-fundique 5 fois sur 11 (45,45 %) et en muqueuse cardiale 2 fois sur 2 (100 %). Il était absent dans les 2 cas de muqueuse normale, et constamment retrouvé dans les 2 cas de gastrite à lymphocytes. Au total, sur les 78 cas de muqueuse anormale, *Campylobacter pylori* était associé à la gastrite 44 fois (56,41 %).

Enfin, il a été relevé 10 cas de métaplasie intestinale sur les 78 biopsies pathologiques (12,82 %).

2.2.2. Les Ulcères

Les ulcères chroniques étaient rencontrés chez 48 patients (5,16 %). Le sex-ratio, était de 2 en faveur des hommes. Le maximum de fréquence s'observait entre 41 et 50 ans dans les 2 sexes.

Les principaux motifs d'exploration étaient représentés par le syndrome ulcéreux clinique (28,9 %), suivi des hémorragies digestives (16,7 %), des douleurs abdominales mal définies (14,6 %) et du syndrome dyspeptique (10 %).

L'ulcère siégeait plus souvent dans la région antropylorique (35 cas) que sur l'angulus (8 cas), plus rarement sur le fundus (4 cas) et exceptionnellement sur le cardia (1 cas). Les biopsies pratiquées concluaient à la bénignité des lésions dans tous les cas.

Les ulcérations aiguës réalisaient des lésions multiples souvent étendues au duodénum. Nous en avons décrit 5 cas à l'occasion d'hémorragies digestives déclenchées par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

2.2.3. Le cancer de l'estomac

9 tumeurs malignes ont été reconnues chez 8 hommes et une femme. Tous les patients étaient âgés de 55 à 69 ans sauf un qui avait 40 ans. Sur le plan histologique, il s'agissait 8 fois d'adénocarcinome et une fois de carcinome épidermoïde du cardia. Dans tous les cas, les lésions étaient vues à un stade avancé réalisant des aspects ulcéro-bourgeonnants.

2.2.4. Les autres affections gastriques

Parmi les tumeurs bénignes, ont été identifiés 2 cas de polypes gastriques, 1 cas de léiomyome bénin et un cas de pseudo-polype inflammatoire de l'antrum. Les autres affec-

tions comprenaient un cas de pancréas aberrant et un cas de stenose caustique.

2.3. - Pathologie duodénale

2.3.1. Les duodénites

Elles représentaient 276 cas (29,68 %). Elles étaient plus fréquentes chez l'homme (160 cas) que chez la femme (116 cas), le sex-ratio étant de 1,4. La tranche d'âge la plus touchée était de 31 à 50 ans (57,2 % des cas).

Les épigastralgies venaient en tête des principaux motifs de l'exploration endoscopique (47,56 %) suivies de loin par les douleurs abdominales mal définies (15,11 %), le syndrome ulcéreux (11,28 %), le syndrome dyspeptique (10 %) et les hémorragies digestives (9,7 %). Il n'y avait aucun signe de malabsorption, en particulier pas de diarrhée. Une gastrite était associée à la duodénite 211 fois (76,4 %).

Les aspects endoscopiques réalisaient 224 fois une duodénite congestive, 30 fois une duodénite érosive, 3 fois une duodénite hémorragique et 19 fois une duodénite atrophique. Celle-ci était toujours de siège bulbaire et était définie par l'aspect pâle, blanc-grisâtre de la muqueuse avec une visibilité anormale des vaisseaux.

Les duodénites congestives représentaient ainsi 81,2 % de cette pathologie. Elles étaient caractérisées par une hyperhémie de la muqueuse, localisée ou diffuse, accompagnée parfois d'une hypertrophie du plissement muqueux.

Les biopsies étaient exceptionnelles dans ces lésions de duodénite. Pratiquées 13 fois, elles mettaient en évidence les aspects histologiques suivants :

- . duodénite chronique atrophique légère.....5 cas
- . duodénite chronique atrophique modérée.....3 cas
- . duodénite superficielle.....1 cas
- . duodénite érosive.....2 cas
- . duodénite focale et hémorragique.....1 cas
- . muqueuse duodénale d'aspect normal.....1 cas

Il s'agissait dans tous les cas de lésions aspécifiques. Une métaplasie était associée dans 2 cas.

Il existait une concordance histo-endoscopique dans les 2 cas de duodénite érosive, dans la duodénite hémorragique et dans un cas de duodénite atrophique biopsée. Les 9 cas restants concernaient des duodénites congestives à l'endoscopie parmi lesquelles l'histologie concluait une seule fois à une muqueuse normale.

Enfin, la recherche de parasites dans les selles de

72 patients hospitalisés était négative 57 fois et positive 15 fois, montrant des kystes d'Entamoeba histolytica, d'Entamoeba Coli, de Giardia intestinale et des oeufs d'ascaris, de trichomonas et de trichocéphale.

2.3.2. Les Ulcères

Ils étaient décrits chez 168 patients (18 % de l'échantillon). Ils s'observaient à tous les âges, surtout entre 21 et 40 ans (54,2 % des cas). Ils prédominaient chez l'homme (54,2 %), le sex-ratio étant de 1,2.

Les épigastralgies venaient en tête des motifs de l'exploration (59,4 % des cas), suivies des hémorragies digestives (20,40 % des cas) et du syndrome ulcéreux (18,40 % des cas).

Les ulcères étaient de siège bulbaire dans 165 cas. Habituellement uniques (148 cas), ils étaient rarement doubles (15 cas) et exceptionnellement triples (4 cas). Il s'agissait 61 fois d'ulcères ronds, 23 fois d'ulcères linéaires, 15 fois d'ulcères irréguliers. Enfin, la forme des ulcères n'était pas précisée dans 69 cas.

2.3.3. Les autres affections duodénales

Elles étaient représentées par les sténoses pylobulaires (7 cas), les polypes (3 cas), les diverticules (2 cas). Enfin, un ascaris avait été visualisé dans la lumière duodénale chez un malade.

2.4. - Pathologie de l'estomac opéré

Les types d'intervention étaient : gastro-entérostomie : 6 cas ; vagotomie avec gastro-entérostomie : 4 cas ; vagotomie avec polyoplastie : 3 cas ; vagotomie seule : 1 cas ; suture d'ulcère : 1 cas ; opérations de Heller : 1 cas.

2.5. - Hémorragies digestives

105 malades ont présenté une hémorragie digestive à type d'hématémèse (39 cas), de melaena (37 cas) ou d'hématémèse associée au melaena (37 cas). Dans la quasi-totalité des cas, l'accident survenait chez les patients âgés de 21 à 60 ans (94 cas) avec une nette prédominance masculine (64,8 %), le sex-ratio étant de 1,8.

Un facteur déclenchant était retrouvé 25 fois : anti-inflammatoires non stéroïdiens : 16 cas ; médicaments traditionnels : 3 cas ; alcool : 3 cas ; épices : 1 cas ; médicaments

non précisés : 2 cas.

Les principales causes du saignement sont reportées sur le tableau n° II.

Tableau n° II : Lésions responsables du saignement

Siège	Lésions	Diagnostic certain	Diagnostic probable
Oesophage	Oesophagites	1	8
	Varices oesophagiennes	2	2
	Carcinome épidermoïde	1	
	Mallory-Weiss	1	
Estomac	Ulcères	2	7
	Ulcérations aiguës	5	
	Gastrites érosives		6
	Gastrites hémorragiques	4	
Duodénum	Ulcères	2	20
	Duodénites érosives		4
	Duodénites hémorragiques	3	
	Total	21	47

Le diagnostic était dit certain lorsque la lésion saignait au moment de l'examen, ou était le siège d'un caillot adhérent ; le diagnostic était dit probable lorsqu'une seule lésion, potentiellement hémorragique, était mise en évidence mais ne présentait aucun signe de saignement.

Ainsi, dans les hémorragies digestives hautes, la fibroscopie a pu déterminer le diagnostic lésionnel dans 64,46 % des cas dont 20 % de diagnostics certains et 44,76 % de diagnostics probables.

Il y avait 14 cas de diagnostic indéterminé (présence de plusieurs lésions potentiellement hémorragiques, mais sans signe de saignement) ; les associations notées étaient :

- Mallory-Weiss + gastroduodénite érosive :1 cas
- Hernie hiatale + ulcère duodéal :2 cas
- Hernie hiatale + ulcère gastrique :1 cas
- Hernie hiatale + léiomyome gastrique :1 cas
- Ulcère gastrique + duodénite érosive :1 cas
- Ulcère gastrique + ulcère duodéal :2 cas
- Ulcère bulbaire + adénocarcinome gastrique :1 cas
- Varices oesophagiennes + gastrite érosive :1 cas
- Varices oesophagiennes + oesophagite :2 cas
- Ulcère bulbaire + gastrite érosive :2 cas

Enfin, la fibroscopie avait mis en évidence des lésions non responsables du saignement dans 14 cas, et en révélait aucune anomalie dans les 9 cas restants.

2.6. - Fibroscopie normale

L'endoscopie était normale (aucune lésion n'était trouvée) chez 84 malades (9 % de la série). Il s'agissait surtout de femmes (60,70 % des cas), le plus souvent âgées de 21 à 50 ans (79,8 % des cas).

Aucun incident n'a été déploré lors des examens tout au long de la période d'étude.

3. - DISCUSSION

3.1. - Résultats globaux de l'exploration endoscopique

La fréquence des examens normaux dans notre travail (9 %) est proche de celle de la série lilloise : 10 % (7), mais assez éloignée des taux rapportés ailleurs en Afrique, à Madagascar et au Moyen-Orient : 15,6 à 41,6 % (1, 3, 4, 6, 12, 15, 16, 18). Les discordances peuvent être dues :

- au recours à l'automédication par les populations, pratique très répandue au Bénin et qui retarde l'exploration endoscopique, les lésions étant examinées après une période d'évolution plus ou moins longue ;
- à la grande fréquence de la pathologie inflammatoire œso-gastro-duodénale qui représente plus de 50 % des lésions dans la quasi-totalité des séries africaines et dont les causes peuvent varier d'un pays à l'autre, en fonction des habitudes alimentaires, du mode de vie et de l'hygiène. De plus, en l'absence de confirmation histologique, le caractère subjectif de l'interprétation de ces lésions comporte des risques d'erreurs qui sont amoindris dans notre travail par la visualisation des anomalies par 2 observateurs au moins.

3.2. - Pathologie oesophagienne

Par rapport aux données de la littérature, la pathologie oesophagienne du Béninois présente deux particularités : une fréquence élevée des oesophagites et une fréquence accrue des cancers de l'oesophage.

La prévalence des oesophagites est de 20,32 % dans notre étude, taux de loin supérieur à ceux notés à Abidjan : 1,3 % (3), Tananarive : 3,6 % (6), Dakar : 2,97 % (4), Libreville : 12,33 % (15), Cameroun : 13,85 % (18). En dehors du re-

flux gastro-œsophagien, l'association à une gastrite et/ou une duodénite suppose que des mécanismes communs pourraient être à l'origine de ces lésions :

- Facteurs alimentaires : ingestion d'aliments trop chauds (21), abus d'épices, représentées essentiellement par le piment.
- Reflux gastro-œsophagiens noté chez 10 patients (5,3 %).
- L'auto-médication à base de substances souvent amères ou acidulées et très irritantes au goût utilisant les alcools forts comme conservateur.
- Consommation excessive d'alcool, fléau dont on connaît l'étendue au sein de la population béninoise d'après les travaux de ASSOGBA (2). Or, on sait que l'alcoolisme chronique est à l'origine d'oesophagites chroniques par reflux œsophagien probablement dû à l'action hypotonisante de l'alcool sur le sphincter œsophagien inférieur et la diminution du péristaltisme œsophagien perturbant le mécanisme de "lavage" de l'estomac.

L'alcoolisme chronique contribue également à augmenter la fréquence du cancer de l'oesophage qui est de 2,7 % dans notre série. Ce taux se rapproche de celui des auteurs français : 3,5 % (7), mais est nettement supérieur à ce qui est relevé ailleurs en Afrique et à Madagascar (3, 6, 15). Dakar, ville à forte dominance musulmane, a une prévalence environ 7 fois moindre qu'au Bénin : 0,4 % (4).

3.3. - Pathologie gastrique

- **Gastrites** : La pathologie gastrique était dominée par les gastrites. La prévalence élevée de cette affection (47 % de l'échantillon) est environ la triple de ce qui est noté ailleurs en Afrique : 15,7 % à Abidjan (3), 15,2 % à Dakar (4), mais est moins éloigné des taux rapportés à Madagascar et en France : 25,34 % à Franceville (12) ; 34,1 % à Libreville (15) et 36,11 % à Lille (7).

on sait que le diagnostic endoscopique positif de gastrite, quel qu'en soit le type, est en général corroboré à 80 % par l'histologie (22). En l'absence d'examen histologique systématique, la visualisation des lésions par 2 observateurs différents augmente le rendement du diagnostic endoscopique. Ainsi, la corrélation histo-endoscopique paraît satisfaisante dans notre travail, puisque les 2 cas de gastrite érosive qui étaient soumis à l'examen histologique étaient confirmés, tandis que dans les gastrites congestives qui représentaient 84,47 % des lésions, la concordance histologique était dans 76 cas sur 78, soit 97,44 %.

La grande fréquence des gastrites dans notre étude pourrait être en rapport avec :

- les habitudes alimentaires et culinaires : absorption répétée d'aliments chauds, abus d'épices et de condiments ;
- l'auto-médication non contrôlée à base de potions et autres produits gastro-toxiques, phénomène répandu au Bénin et ailleurs en Afrique (24) ;
- alcoolisme chronique dont l'ampleur en République du Bénin est bien établi (2) ;
- reflux duodéno-gastrique (22) relevé chez 20 % des malades. Notons la description de signes histologiques de gastrite par reflux biliaire chez 2 patients ;
- la colonisation de la muqueuse gastrique par *Campylobacter pylori* qui est identifié actuellement comme étant la principale cause de gastrite chronique (8). Ce germe est associé à cette lésion 44 fois sur 80 (56,41 %) dans notre étude. D'autres travaux montrent sa grande fréquence en Afrique Noire : 91,3 % dans l'antrum et 80,10 % dans le fundus sur la série des 277 patients rapportée par DIOMANDE et coll (10).

L'appréciation de la fréquence réelle de l'infection nécessite la pratique de 2 à 4 biopsies en des endroits différents en raison du caractère discontinu de la contamination par *Campylobacter pylori* ; par ailleurs, la combinaison de 2 tests diagnostiques améliore la sensibilité. Tout ceci n'a pu être réalisé dans une étude générale comme celle-ci dans nos conditions de travail, et c'est ce qui explique nos résultats.

- Autres affections

Les ulcères gastriques ont été observés chez 5,16 % de nos malades. La prévalence de cette lésion varie selon les séries : de 2,93 % à Dakar (4) ; 3 % en Turquie (23) ; 11,41 % au Cameroun (18) et 11,2 % à Madagascar (1). Ces deux derniers chiffres sont voisins de celui de la série lilloise : 12,93 % (7). Les facteurs pathogéniques sont les mêmes que dans les gastrites ; interviennent en outre le stress et le tabac dont l'usage n'est pas répandu au Bénin. L'importance physiologique des différents facteurs dans le mécanisme de l'ulcéro-genèse est discuté ailleurs (5).

Quant aux cancers gastriques, ils sont rares : 1 %. Leur prévalence est généralement faible en Afrique et à Madagascar : de 0,4 % à Tananarive (6) à 1,43 % à Dakar (4).

Par contre, les séries ivoirienne et turque rapportent les taux respectifs de 4,2 % (3) et 4 % (23) proches de celui de Lille : 4,53 % (7).

3.4. - Pathologie duodénale

3.4.1. Duodénites

Les duodénites occupaient la première place dans la pathologie duodénale (29,7 % des patients). Leur prévalence est très variable dans la littérature : 3,43 % (4), à Dakar (4), 11 % en Turquie (23), 12,96 % au Cameroun (18) et 39,2 % à Abidjan (3). Elle est en général nettement plus élevée dans les séries africaines qu'europpéennes : 2,8 % à Lille (7).

En Afrique tropicale, l'étiologie des duodénites est habituellement rattachée, pour des raisons épidémiologiques, aux parasites intestinaux. Ceux-ci peuvent être visibles en endoscopie comme c'est le cas dans cette étude et ailleurs (1), ou mis en évidence dans les selles (15 fois sur 72 dans cette série).

Une fibroscopie systématique avec biopsie en D2 chez 23 malades asymptomatiques et porteurs de parasites (ankylostomes, anguillules, ascaris, trichocéphales) montre que la présence des parasites entraîne des lésions muqueuses non spécifiques (1) comparables à ceux décrits chez nos patients symptomatiques. Cependant, AUBRY et ODDES (4) rapportent des cas d'atrophie villositaire partielle et subtotale.

Malgré la présence de lésions histologiques, les parasitoses intestinales peuvent être cliniquement latentes (1, 4). La présence d'une gastrite associée chez 76,4 % des patients atteints de duodénite pourrait expliquer les manifestations cliniques et contribuer aussi au développement des lésions duodénales.

3.4.2. Ulcères

La grande fréquence de la maladie ulcéreuse duodénale en Afrique et à Madagascar est une notion classique. La prévalence de 18 % notés dans cette série endoscopique est proche de celles notées à Abidjan : 12 % (3) et à Dakar : 16,6 % (4) et en Arabie Saoudite : 17 % (16). Cette lésion est beaucoup moins fréquente dans la série lilloise : 6,87 % (7).

A côté des facteurs classiques de l'ulcéro-genèse (5), l'hypothèse pathogénique de l'infection à *Campylobacter pylori* est de plus en plus privilégiée (8, 19). Ce germe pathogène, dont la dissémination serait favorisée par les conditions hygiéniques défavorables selon LEE et coll. cités par DELTENRE et coll. (9) est associé à la gastrite dans 56,86 % dans notre

étude. La grande fréquence de *Campylobacter pylori* chez les immigrés (9) et dans les contrées en voie de développement (10) pourrait expliquer la prévalence élevée des ulcères duodénaux dans ces régions.

3.5. - Hémorragies digestives

La rentabilité diagnostique de la fibroscopie dans cette indication (64,7 %) est supérieure à celle de notre travail antérieur (14) et comparable à celle de DUFLO-MOREAU au Mali (11). Elle pourrait être améliorée si l'examen était réalisé précocement (dans les 48 heures succédant à l'accident hémorragique), ce qui n'est pas le cas dans cette étude. Ceci soulève la question du retard à l'hospitalisation et de l'organisation de la fibroscopie d'urgence dans nos conditions de travail.

CONCLUSION

Trois groupes d'affections dominent la pathologie digestive haute décrite dans cette étude : la pathologie inflammatoire, les cancers, les ulcères. La pathologie inflammatoire est la plus fréquente : environ 1 malade sur 2 a une gastrite, 1 sur 3 a une duodénite, et 1 sur 5 a une œsophagite. Sa traduction clinique est essentiellement la douleur épigastrique. Mais, les caractères de cette douleur ne permettent pas de prévoir le type de lésion, ni l'organe atteint. Quant aux autres lésions, la fréquence relativement élevée du cancer de l'œsophage est une originalité de ce travail ; celle des ulcères duodénaux est commune dans les travaux provenant des pays sous-développés. Ces lésions sont généralement vues à un stade avancé, ou à l'occasion de complications (hémorragies).

BIBLIOGRAPHIE

1. - ALANDRY G.
Endoscopie oeso-gastro-duodénale. A propos de 943 examens réalisés à l'hôpital de Tananarive. *Med.Afr.Noire*, 1982, 35 : 115-130.
2. - ASSOGBA A.L.
Dépistage précoce de l'alcoolisme en République du Bénin. Thèse Med. Cotonou, 1985, n° 219.
3. - ATTA T., GAUDET D., MANLAN K., CARZOZA A.M.
Bilan de 15 mois d'endoscopie digestive au C.H.U. de Cocody. *Rev.Med.Côte d'Ivoire*, 1981, 54 : 16-22.
4. - AUBRY F., ODDER B.
Apport de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale au diagnostic en zone tropicale. A propos de 3.000 examens réalisés chez les adultes. *Med.Trop*, 1984, 44 : 231-239.
5. - BONFILS S.
Physiopathologie de la maladie ulcéreuse : pour un reclassement des concepts. In : Dive Ch. Progrès en hépato-gastro-entérologie 5. La maladie ulcéreuse. Chapitre 8. Doin Editeurs, (Paris), 1990 : 107-116.
6. - CAPDEVIELLE P.
Vingt mois d'endoscopie digestive à Tananarive. Aspects et problèmes particuliers sous les tropiques. *Med.Trop*, 1979, 39 : 643-649.
7. - CAPRON J.P., DUPAS J.C., PAUWELS B., DESCOMBES P., LORRIAUX A.
L'apport de l'endoscopie au diagnostic des affections oeso-gastro-duodénales. A propos de 1.500 examens. *Lille Med.*, 1973, 18 : 1202-1206.
8. - DEBONGNIE J.C., DELMEE M., MAINGUET P.
Campylobacter pylori et maladies gastro-duodénales. I Aspects bactériologiques et cliniques. In : Dive Ch. Progrès en hépato-gastro-entérologie 5. La maladie ulcéreuse. Chapitre 4. Doin Editeurs, (Paris), 1990 : 59-68.
9. - DELTENRE M., NYST J.F., JONAS C., GLUPCYNKI Y., DEPREGZ C., BURETTE A.
Données cliniques, endoscopiques et histologiques chez 1.100 patients dont 574 colonisés par *Campylobacter pylori*. *Gastroenterol Clin Biol*, 1989, 13 : 89B-95B.
10. - DIOMANDE M.I., FLEJOU J.F., DAGO-AKRIBI A., NIAMKEY E., OUATTARA D., KADJO K., BEAUMEL A., GBE K., BEDA Y.
Gastrite chronique et infection à *Helicobacter pylori* en Côte d'Ivoire : étude d'une série de 277 patients symptomatiques. *Gastroentérol Clin Biol*, 1991, 15, (2 bis) : A120.
11. - DUFLO-MOREAU B., GUINAUD A., RHALY A., DUFLO B.
Apport de la fibroscopie oeso-gastro-duodénale dans les hémorragies digestives. A propos de 240 Hémorragies explorées à Bamako. *Dakar Med*, 1979, 24 : 311-315.
12. - FLOCARD F., TIBERMONT G., KLOTZ F., LASSALLE Y., AZOUAKI F., FROST E., FISCHER P.
L'endoscopie digestive haute au Gabon. Apport d'une expérience de 2 ans. *Med.Trop*, 1987, 47 : 355-359.
13. - HOUNTONDI A., ADDRA B., KODJOH N., NIAMKEY E., BEDA Y.B.
La pratique endoscopique haute au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Notes préliminaires. Communication à la Société Médicale du Bénin, 26^e séance, 21 Mars 1990.
14. - BOUNTONDI A., BEDA B.Y., NIAMKEY E., GAVOEDO A.S., KODJOH N., ADDRA B.
Contribution à l'étude des hémorragies digestives hautes dans une Unité d'Endoscopie Digestive. A propos de 691 cas. Actes de la 14^e Conférence biennale de l'Association Scientifique ouest-africaine. Cotonou, 11-15 Septembre 1989. Editions Meps, Cotonou.
15. - KLOTZ F., KOUTELE F., L'HER P., NGUEMBY-MBINA G.
La pathologie digestive haute au Gabon. Etude analytique et comparative à propos de 1.314 oeso-gastro-duodénoscopies à Libreville. *Med Chir Dig*, 1987, 16 : 321-324.
16. - LAAJAM M.A., AL-MOFLEH I.A., AL-FALEH I.Z., AL-ASKA A.K., JESSEN K., HUSSAIN L., AL-RASHED R.S.
Upper gastrointestinal endoscopy in Saudi Arabia : Analysis of 6.386 procedures. *Q.J.Med*, 1988, 66, (249) : 21-25.
17. - MOULINIER B., BRUHIÈRE J., GRENIER-BOLEY P.
La fibroscopie œsophago-gastroscopie. *Cahiers Médicaux Lyonnais*, 1971, 47 : 1947.
18. - NDJITOYAP NDAM E.C., TZEUTON C., MBAKOP A., POUPEPENE J., GUEMNE T.A., NJOYA O., TAGNI SARTRE M., NGU L.J.
Endoscopie digestive haute au Cameroun. *Med Afr Noire*, 1990, 37 : 453-456.
19. - O'MORAIN C., GRIMALDI C.H.
Campylobacter pylori et maladies gastro-duodénales. II. Aspects épidémiologiques et cliniques. In : Dive Ch. Progrès en hépato-gastro-entérologie 5. La maladie ulcéreuse. Doin Editeurs, (Paris), 1990 : 69-80.
20. - POTET F., BARGE J., MARTIN E., ZEITOUN P.
Gastrites. In : Histopathologie du tube digestif. Editions Masson (Paris), 1974 : 34-42.
21. - POTET F., BARGE J., MARTIN E., ZEITOUN P.
Oesophagites. In : Histopathologie du tube digestif. Editions Masson, (Paris), 1974 : 4-11.
22. - RIBET A., BOMMELAER G.
Gastrites chroniques. In : Bernier J.J. Gastroentérologie. Editions Flammarion, Paris, 1984 : 328-342.
23. - SIMSEK H., TELATAR H., KARACADAG S., KAYHAN B., BATMAN FIGEN
Upper gastrointestinal endoscopy in Turkey : a review of 5.000 cases. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1988, 34, (1) : 68-69.
24. - THOMAS J., MOREIRA C., MENARD M., KLOTZ F., GAULTIER Y.
Enquête sur les gastropathies des Africains de race noire à Dakar (Sénégal). *Med Trop*, 1982, 42 (1) : 9-18.
25. - VINCETELLI J.M., DELMONT J., NGUEMBY-MBINA C.
Place de la pathologie digestive pendant une année dans un service de Médecine générale et tropicale. *Med Afr Noire*, 1979, 26, (5) : 381-384.