

APPORT DE L'ENDOSCOPIE DANS LA PATHOLOGIE DIGESTIVE BASSE EN MILIEU CAMEROUNAIS

ETUDE ANALYTIQUE DE 720 EXAMENS.

NDJITOYAP NDAM E.C*, NJOYA O.*, MBALLA E.*, NSANGOU M.F.*,
NJAPOM C.*, MOUKOURI NYOLO E.*, TAGNI SARTRE M.***, TZEUTON C.**.

RESUME

Le but de ce travail a été à partir de 720 patients explorés par endoscopie basse, de décrire les affections ano-rectocoliques observées au CAMEROUN.

Il s'agit de 452 hommes et 268 femmes d'un âge moyen de 38 ans (extrêmes 7 et 72 ans).

Les indications de l'examen ont été rectorragies dans 38,84 %, douleurs abdominales 33,06 %, constipation et diarrhée respectivement dans 6,42 et 4,50 %. Les autres indications sont moins fréquentes et dans 97 cas, l'indication de l'examen n'est pas précisée.

L'examen est strictement normal chez 164 patients, alors que 557 patients ont présenté 576 lésions dont la répartition était : pathologie ano-rectale (hémorroïdes, fissures et fistules, anorectites, ulcérations rectales) 62,66 %, pathologie colique non tumorale (colite spécifique et non spécifique, diverticulose, angiodysplasie) 16,16 %.

MOTS-CLES : Endoscopie basse, lésion, étiologie, Afrique Centrale

SUMMARY

The purpose of this study was to describe anorectal and colonic lesions in CAMEROON in a series of 720 patients explored by colonoscopy.

There were 452 males and 268 females which an average age of 38 years (range from 7 to 72 years).

For rectal bleeding the request was made in 38,84 %, abdominal pains in 33,06 %, constipation in 6,42 %, diarrhoea in 4,5 %. The others indications were less frequent and in 97 cases the indication of the procedure was not specified.

The examination was normal in 164 patients while 576 lesions were found in 556 patients with the following distribution : ano-rectal pathology (haemorrhoids,

fissures and fistules, anorectitis, rectal ulceration) accounting for 62,66 %, colonic tumoral pathology (polype and cancer) for 21,18 %, non tumoral colonic pathology (specific and non specific colitis, diverticulosis, angiodysplasia) was responsible for 16,16 % of the cases.

KEY WORDS : Colonoscopy, lesions, aetiology, Central Africa

INTRODUCTION

La pathologie digestive basse est riche et variée si l'on s'en tient à sa fréquence dans les motifs de consultation (3).

En Afrique, l'avènement de l'endoscopie digestive basse offre un moyen performant permettant un diagnostic précis des lésions digestives avec en particulier, la possibilité de biopsies ou de résections thérapeutiques (4, 5). Peu d'études ont été effectuées sur la pathologie digestive basse en milieu tropical (3, 12, 15), et aucune dans notre pays.

Depuis quelques années, les examens endoscopiques sont réalisés dans quelques centres spécialisés de notre pays. Le but de ce travail est de rapporter les résultats préliminaires des examens effectués chez des patients camerounais.

II. PATIENTS ET METHODES

1) PATIENTS ET CADRE DE L'ETUDE

Il s'agit de patients hospitalisés ou de consultants externes explorés par endoscopie basse dans trois importants centres d'endoscopie digestive du pays de DOUALA et YAOUNDE).

Ont été inclus, tous les patients explorés de Juin 1986 à Mars 1990 et dont l'on disposait des informations précises sur l'examen.

* SERVICE DE GASTROENTEROLOGIE (PR NDJITOYAP NDAM)
HOPITAL CENTRAL, CUSS, UNIVERSITE DE YAOUNDE, BP 7132

SOCIETE CAMEROUNAISE DE GASTROENTEROLOGIE,
ENSEIGNANTS ASSOCIES DE GASTROENTEROLOGIE.

2. METHODE

a) Recueil des données

Les données épidémiologiques et cliniques, l'indication de l'examen et les lésions observées ont été recueillies à partir du dossier de chaque patient inclus selon un protocole préétabli.

b) Exploration endoscopique

Chaque patient a subi une exploration de tout ou partie de son colon. La première étape consistait toujours en un examen anoscopique. La distinction entre coloscopie basse et haute étant faite selon les segments à explorer et nécessitant une préparation différente :

- La coloscopie basse ou sigmoïdoscopie explore en moyenne un segment rectocolique de 60 cm correspondant grossièrement au recto-sigmoïde. La préparation à cet examen est simple et consiste en un lavement évacuateur type Normacol. Elle est de courte durée et de bonne tolérance.
- La coloscopie haute ou complète explore la muqueuse colique jusqu'au caecum. Elle nécessite : une préparation intestinale avec régime sans résidus trois jours avant l'examen, puis une purgation et/ou un lavement évacuateur avec du polyéthylène glycol.

Sa durée prolongée fait prévoir systématiquement des antispasmodiques et/ou des sédatifs. Nous n'avons pas eu à recourir à une anesthésie générale.

III . RESULTATS

1. POPULATION ETUDIEE

720 patients ont été inclus. Il s'agit de 452 hommes et 268 femmes, d'un âge moyen de 38 ans (extrêmes 7-72 ans).

2. INDICATIONS DE L'EXAMEN ET REPARTITION DES EXAMENS EN NORMAUX ET ANORMAUX

Comme il apparaît sur le tableau I, les examens sont demandés dans 38,84 % pour des rectorragies, 33,06 % pour des douleurs abdominales, les troubles du transit représentent un peu plus de 10 % des indications : constipation 6,42 % et diarrhée 4,5 %. Les douleurs anales sont retrouvées dans 5,30 % des cas. Les autres indications sont

globalement moins fréquentes et dans 97 cas, l'indication de l'examen n'est pas précisée. Concernant la répartition des examens en normaux et anormaux, 164 patients ont présenté un examen strictement normal sur le plan endoscopique soit 22,78 %, alors que 556 ont présenté des anomalies.

Quant aux segments explorés, jusqu'au transverse 171 fois, jusqu'à l'angle gauche chez 155 patients et limitée au recto-sigmoïde chez 226 patients.

3. LESIONS OBSERVEES

576 anomalies ont été retrouvées chez 556 patients dont certains ayant des lésions associées. Toutes ces lésions ont été rassemblées sur le tableau II. Nous les avons regroupées en pathologie anorectale, pathologie colique tumorale, pathologie colique non tumorale.

a) Pathologie ano-rectale

Elle représente globalement 62,66 % des lésions :

- les hémorroïdes sont les plus fréquentes et ont été retrouvées 227 fois soit 39,41 % des lésions
- les fissures et fistules anales ont été retrouvées respectivement 49 fois et 18 fois
- rectites et anorectites non spécifiques ont été retrouvées 51 fois
- des ulcérations rectales ont été retrouvées 16 fois soit 2,77 % des lésions.

b) Pathologie colique tumorale

Elle représente globalement 21,18 % des lésions :

- les polypes ont été retrouvés 90 fois soit, 15,63 % des lésions. Ils siègent 71 fois dans le rectosigmoïde et 19 fois au-delà. Un aspect de polypose a été observé chez deux patients âgés de 8 et 13 ans.

L'analyse histologique des polypes a été effectuée dans 47 cas avec la répartition suivante : polype hyperplasiques 20 cas, polypes adénomateux 11 cas, polypes juvéniles 9 cas, polypes adénomatueux 3 cas, polypes inflammatoire 2 cas, polypes type PEUTZ-Jeghen 2 cas.

- Le cancer colique a été retrouvé chez 32 patients (10 cas

du rectum et 22 cas au-delà) soit 5,55 % des lésions. Sur le plan histologique, il s'agissait dans 20 cas d'un adénocarcinome lieberkuhnien, dans 8 cas d'un colloïde muqueux, dans 3 cas d'un lymphosarcome et dans un cas d'un carcinome épidermoïde.

c) Pathologie colique non tumorale

Elle représente globalement 16,16 % des lésions.

- Les colites organiques ont été retrouvées 47 fois. Leur répartition étiologique sur des arguments endoscopiques et bactériologiques a été de : colite parasitaire ou bactérienne 35 cas (27 cas d'amibiase colique, 7 cas de bilharziose, 1 cas de salmonellose), 7 cas évocateur de rectocolite ulcéro-hémorragique, 4 cas de colite des laxatifs et 1 cas de maladie de Crohn.
- Les colites non spécifiques ont été retrouvées 29 fois soit 5,03 % des cas, alors que les diverticules ont été retrouvées 15 fois et enfin un cas d'angiodyplasie.

d) Incidents

Nous n'avons déploré aucun accident. Cependant, dans 2 cas sont survenus une hémorragie abondante après polypectomie ayant nécessité une coagulation à l'anse chez l'un des patients. Cinq patients ont présenté de violentes douleurs abdominales rapidement résolutives.

Indications	INbre de cas	IPourcentage
Rectorragies	242	38,84
Douleurs abdominales	206	33,06
Constipation	40	6,42
Proctalgies	33	5,30
Diarrhée chronique	28	4,50
Surveillance endoscopique	13	2,08
Contrôle d'une image radiologique suspecte	12	1,93
Altération de l'état général	10	1,60
Syndrome dysentérique	19	3,06
Dépistage	6	0,96
Bilan d'une masse abdominale ou d'une maladie générale	4	0,65
Maelena	10	1,60
Non précisé	97	

TABLEAU I : Indication de l'endoscopie digestive basse chez l'ensemble des patients

Types de lésions	Nb de cas	Pourcentage
Hémorroïdes	227	39,41
Anorectite et rectite	51	8,85
Fissure anale	49	8,51
Fistule anale	18	3,12
Ulcération rectale	16	2,77
Polype	90	15,63
Cancer colique	32	5,55
Colite organique	47	8,16
Colite non spécifique	29	5,03
Diverticules	15	2,60
Angiodyplasie	2	0,37
Absence de lésion	164	

TABLEAU II : Répartition globale des lésions chez les patients explorés

IV. DISCUSSION

Ce travail montre que la pathologie digestive basse est dominée au niveau de la région anale par la maladie hémorroïdaire. Quant au colon, les affections inflammatoires et tumorales sont relativement plus fréquentes.

Il s'agit d'une étude rétrospective dans une population essentiellement urbaine. Les résultats ne pourraient être généralisées à l'ensemble de la population camerounaise sans réserves.. Cependant, le caractère cosmopolite des deux métropoles que sont DOUALA et YAOUNDE rend l'échantillon assez représentatif.

Notre population jeune à prédominance masculine présente un examen strictement normal dans près de 23 % de cas. Ceci est proche des 30 % de la série française de CRESPO (5) portant sur 1000 coloscopies.

1. Indications de l'endoscopie

Les rectorragies constituent le plus grand motif de l'exploration endoscopique avec 38,80 %. Ce pourcentage élevé est retrouvé dans la plupart des études (4, 7), et s'explique probablement par son caractère alarmant parmi les différentes manifestations digestives.

L'étiologie de ces rectorragies est dominée par la maladie hémorroïdaire (2). S'agissant de la colopathie fonctionnelle, elle est en seconde place avec 33,06 %. Il s'agit d'une indication fréquente de la plupart de séries endoscopiques (5). Les douleurs sont généralement associées à des troubles de transit à type de diarrhée ou de constipation. Quand on considère les 206 patients venus pour colopathie fonctionnelle l'endoscopie était normale dans près de 80 % des cas, le reste présentant une anomalie. Ceci confirme le fait que la colopathie fonctionnelle ne doit être qu'un diagnostic d'exclusion.

2) Pathologies rencontrées pendant l'examen endoscopique

Globalement, près de 23 % de nos patients ont un examen endoscopique normal. Il est possible qu'un examen histologique systématique associé à des bilans biologiques ait permis de préciser le diagnostic chez certains sujets.

a) Concernant la pathologie anorectale : peu d'études dans la littérature regroupent la pathologie anorectale et colique (2, 11, 12). La forte prédominance de la maladie hémorroïdaire dans notre série est différente de l'étude nigérienne de AMI et Coll (2) où les fissures anales sont les plus fréquentes. Des différences peuvent être dues au mode de recrutement, car il s'agit chez AMI et Coll d'une série chirurgicale.

b) pathologie colique tumorale : l'endoscopie a joué un rôle primordial dans le diagnostic et le traitement des affections coliques tumorales réputées rares en milieu tropical.

La fréquence des polypes dans notre série est plus faible que dans les séries occidentales (1, 7), mais la répartition topographique reste superposable avec une prédominance rectosigmoïdienne.

PEGHINI et coll au SENEGAL (12) ont observé beaucoup moins de polypes. Toutefois, dans notre série, une analyse histologique n'a été pratiquée que 47 fois et 43 fois le diagnostic de polype n'a été posé que sur l'aspect macroscopique endoscopique. Il est donc possible que chez certains de nos patients il s'agisse plutôt d'un pseudo-polype. Une exérèse endoscopique systématique aurait permis un diagnostic histologique précis et aussi une prévention du cancer recto-colique puisque la séquence polype adénomateux-cancer est actuellement bien établie.

En effet, le cancer colique n'est pas exceptionnel en milieu tropical (1, 3). Sa survenue chez des patients jeunes doit faire rechercher dans notre environnement des facteurs de cancérogénèse locale (11, 15).

c) Pathologie colique non tumorale

Il s'agit d'un groupe de pathologie hétérogène où l'apport de l'endoscopie doit être complété par d'autres examens. Les colites organiques sont pour la plupart parasitaires et dominées par l'amibiase dont les formes malignes et étendues peuvent être mortelles (8, 15). Ces données s'opposent à celles des séries occidentales où les colites organiques sont dominées par la rectocolite hémorragique (6, 14). L'unique cas de maladie de CROHN de notre série rejoint les observations de HUTT et Coll (10) faisant état de leur rareté. Cependant GIRAUD et coll (9) ont recensé en 10 ans 5 cas en Afrique du Sud entre 1958 et 1968.

La diverticulose semble faire son apparition avec l'urbanisation et les modifications des habitudes alimentaires (13).

CONCLUSION

L'endoscopie est d'un grand apport pour la stratégie diagnostique. Son développement en milieu tropical est souhaitable.

BIBLIOGRAPHIE

1 - AJAO O.G.
Differences between surgical colorectal conditions seen in the temperate and tropical conditions. *Dis col. rect.* 1982, 25, 795-797.
2 - ANI A.M.
Anorectal diseases in western Nigerian adults. A field survey. *Dis col. rect.* 1983, 26 381-385.
3 - ATTIA Y., SOUBEYRAND J., BEDA Y., GAUDET D., MANLAN K. et Coll.
Place de la pathologie colique en milieu africain.

Med. Afr. Noire, 1981, 28, 349-351.
4 - BOHLMAN T.W., KATON R.M., LIPSHUTZ G.R.
Fiberoptic pansigmoidoscopy. *Gastroenterology*, 1977, 72, 644-649.
5 - CRESPO B.
Indications et renseignements fournis par la coloscopie. *Gaz. Med. France*, 1973, 80, 6463-6463.
6 - CRESPO B., HOUSSET P., MENDEZ J., BERMAN H., DEBRAYC.
Bilan de 1000 coloscopies
Arch. Fr. Mal. App. Digest. 1975, 64, 299-308.

7 - DIDAY M.

La coloscopie totale, acceptabilité de l'examen chez 244 malades adressés pour une coloscopie totale du 1er semestre 1981.
Journal de Médecine de Lyon, 1982, 63, 71-74.

8 - EYCKMAMS L.

Maladies parasitaires intestinales en milieu urbain tropical
Bull. Soc. Path. Ex. 1983, 76, 263-268.

9 - GIRAUD R.M.A., LUKE I., SCHAMAM A.

Crohn's disease in the transval bantu : a report of 5 cases
S.A.M.J., 1969, 610-613

10 - HUTT M.S.R.

Epidemiology of chronic intestinal disease in middle Africa.
ISR J. Med. Sci., 1979, 4, 314-317.

11 - NOZAIS J.P., DATRY. A., GENTILINI M.

Parasites et cancers : Association fortuite ou non ?

Sem. Hop. Paris, 1984, 60, 2028-2031.

12 - PEGHINI M., BARABE P., SEURAT P., PHILIPPONG et Coll.

Les polypes recto-coliques au Senegal, résultats de 1500 endoscopies basses effectuées à l'hôpital principal de DAKAR

Med. Trop., 1987, 47, 361-364.

13 - SEGAL J., SOLOMON A., HUMT A.

Emergence of diverticular disease in the urban south African black.

Gastroenterology 1977, 72, 215-219.

14 - SEGAL I., TIRY L.O., HAMILTOM D.O., WALKER A.R.P.

The rarity of ulcerative colitis in south african blacks.

Am. J. Gastroenterol., 1981, 74, 332-336.

15 - WALKER A.R.P.

Epidemiology of non infective intestinal disease in various ethnic group in south Africa.

ISR. J. Med. 1979, 4, 309-313.