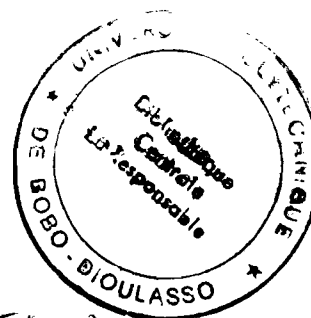


BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences
F.S.S
de la Santé



SECTION MEDECINE

Année Universitaire 1997 – 1998

Thèse N° 38

**COLOSCOPIE ET DIAGNOSTIC DES
AFFECTIONS RECTO-COLIQUES EN MILIEU
HOSPITALIER A OUAGADOUGOU : BILAN DE 1221
COLOSCOPIES REALISEES DE 1994 A 1997**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1998
Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Par

STEVE LEONCE ZOUNGRANA

Né le 25 Octobre 1970 à Ouagadougou (Burkina Faso)

DIRECTEUR DE THESE

Pr. Ag. Joseph Y. DRABO

JURY

Président : Pr. Ag. Jean KABORE

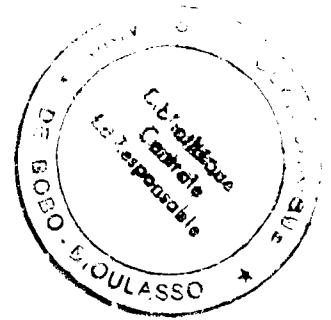
CO-DIRECTEUR

Dr. Alain BOUGOUMA

Membres : Dr. Bobliwendé SAKANDE

Dr. Claudine LOUGUE

Dr. Alain BOUGOUMA



**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET
DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DES
SCIENCES DE LA SANTE**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr Gérard ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr Mohamed Ousmane ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme KABRE Hakiéta
Secrétaire du VDR	Mme BONKIAN Edwige
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	Mr Philippe BOUDA
Service Courrier	Mr Ousmane SAWADOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie

Professeurs associés

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Assistants associés

Caroline BRIQUET	Chimie -Analytique, Pharmacologie et Toxicologie
Valérie MURAILLE	Galénique et Chimie-Analytique

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Omar TRAORE N°1	Chirurgie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Générale
Daman SANO	Chirurgie Générale
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Théophile TAPSOBA	Biophysique

Assistants Chefs de cliniques

Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HIEN	Chirurgie - Urologie

Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Rabiou CISSE	Radiologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
DAO / Maïmouna OUATTARA	ORL
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie ZABRE	Maladies Infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

Assistants

Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique

Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophthalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophthalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
TRAORE / BELEM Antoinette	Pédiatrie
DA S. Christophe	Chirurgie
KARFO Kapouné	Psychiatrie
NIANKARA Ali	Cardiologie
OUEDRAOGO Nazinigouba	Réanimation
SANON Aurélien Jean	Chirurgie
SORGHO / LOUGUE Claudine	Radiologie
YE / OUATTARA Diarra	Pédiatrie
ZANGO Bernabé	Chirurgie

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memorian)	Chimie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique

Patoin Albert	OUEDRAOGO	Zoologie
Adama	SABA	Chimie Organique
Philippe	SANKARA	Cryptogamie

Maîtres-Assistants

W. GUENDA		Zoologie
Léonide TRAORE		Biologie Cellulaire
Marcel BONKIAN		Mathématiques et Statistiques
Longin SOME		Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU		Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO		Génétique
Jean	KOULIDIATY	Physique

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)		Physiologie
Jeanne MILLOGO		T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTUGOURI		T.P. Biologie Cellulaire
Gustave KABRE		Biologie
Drissa SANOU		Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO		Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO		Biochimie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE		Economie-Gestion
-------------------	--	------------------

Assistants

Mamadou BOLY

Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA

Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY

Psychologie

Boukari Joseph OUANDAOGO

Cardiologie

Aimé OUEDRAOGO

Ophtalmologie

R. Joseph KABORE

Gynécologie-Obstétrique

Saïdou Bernard OUEDRAOGO

Radiologie

Dr Bruno ELOLA

Anesthésie-Réanimation

Dr Michel SOMBIE

Planification

Dr Nicole PARQUET

Dermatologie

M. GUILLRET

Hydrologie

M. DAHOU (in mémoriam)

Hydrologie

Dr Bréhima DIAWARA

Bromatologie

Dr Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

Dr Adama THIOMBIANO

Législation Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE

Galénique

Mr Mamadou DIALLO

Anglais

Mr KPODA

Anglais

Dr Badioré OUATTARA

Galénique

Dr Tométo KALOULE

Médecine du Travail

Dr Alassane SICKO

Anatomie

Dr Aline TIENDREBEOGO

Chimie Analytique et contrôle médic.

Dr Séni KOUANDA

Santé Publique

Dr Noël ZAGRE

Nutrition

Dr TRAORE / COULIBALY Maminata Biochimie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K .A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr. M. BOIRON	Physiologie

**Mission de l'Université Libre de Bruxelles
(ULB)**

Pr. Marc VAN DAMME

Chimie Analytique-Biophysique

Pr. Viviane MOES

Galénique

DEDICACES

DEDICACES

A mon père :

Les sacrifices et les privations que tu as consenti pour que je sois aujourd'hui médecin sont à leurs termes. Aussi, c'est avec une joie immense que je partage avec toi le fruit de ce travail qui est le tien. Trouve en ce travail mon immense et profonde reconnaissance.

" Ton fils"

A ma mère :

Ces études n'auraient pas abouti sans tes conseils et ton soutien. Tu as toujours été très attentive et soucieuse de l'avenir de tes enfants. Je n'aurais jamais assez de mots pour te signifier ma reconnaissance et mon profond et mon profond respect. Puisse le tout-puissant raffermir d'avantage ta foi et te garder encore longtemps auprès de tes enfants.

"Très affectueusement"

A mes frères et soeurs :

Trouvez en ce travail qui est aussi le vôtre l'aboutissement d'un long et pénible chemin. Restons toujours unis.

"Amour fraternel"

A mon oncle Zoungrana Mamadou (in memoriam) :

La mort ne t'a pas permis de vivre ces moments en ma compagnie. En ce jour qui marque un tournant important dans ma vie, toute ma pensée est tournée vers toi.

"Affectueuses pensées"

A mes oncles et tantes :

Mon devenir a toujours fait partie de vos préoccupations les plus importantes. Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude pour toutes vos prières à mon intention.

"Amour filial"

A mon cousin Zoungrana Joseph (in memoriam) :

La mort ta brutalement et cruellement arraché à notre affection. Où que tu sois saches qu'en ce jour mémorable, toute ma pensée est tournée vers toi.

"Affectueuses pensées"

A mes cousins et cousines :

Vous m'avez toujours considéré comme un frère. Veuillez trouver en ce travail l'expression de mon profond attachement.

"Amour fraternel"

A mes neveux et nièces :

Afin que vous sachiez que la vie est persévérance et lutte.

"Très affectueusement"

A mes promotionnaires de faculté :

Ce travail est aussi le vôtre. Ces longues et pénibles années, passées ensemble doivent nous rappeler que l'amitié est sacrée.

"Très amicalement"

A ZANRE Lissané :

Tu as toujours été à mes côtés aux moments les plus durs de ma vie, me signifiant ce qu'est l'amitié sincère.

Ce travail est le fruit de l'expérience acquise ensemble.

"Très amicalement"

A mon beau-frère TRAORE Omar :

Pour tes encouragements et ton soutien, je te remercie.

"Sincères remerciements"

Aux ménages Cyprien OUEDRAOGO et Dieudonné BAKO :

Ce travail est aussi le vôtre car vous avez apporté votre pierre à sa construction.

"Sincères remerciements"

A mes amis (es) et aux familles GARE, KABORE, ZANRE et COULIBALI :

En témoignage de mon amitié pour vous et de votre soutien, le travail vous est dédié.

"Très amicalement"

A tous ceux qui souffrent moralement ou physiquement :

Mes pensées sont tournées vers eux. Je leur souhaite un prompt rétablissement.

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOS MAÎTRES ET JUGES

A notre Maître et Président de jury :

Monsieur le Professeur Agrégé Jean KABORE, Maître de conférence agrégé de Neurologie. Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, pour nous guider.

Nous avons apprécié la rigueur avec laquelle vous nous avez transmis vos connaissances tout au long de notre formation.

"Recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance"

A notre Maître et Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Agrégé Joseph Y. DRABO, Maître de conférence agrégé de médecine Interne / Endocrinologie, responsable des stages de la section médecine.

Cher Maître, malgré vos multiples occupations vous avez accepté de diriger ce travail. Votre rigueur dans le travail, votre dévouement aux malades, votre simplicité nous ont toujours marqué et valent le respect de tous.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos compétences pédagogiques et de votre encadrement durant le stage hospitalier. Nous vous exprimons en toute sincérité notre profonde gratitude.

"Sincères remerciements"

A notre Maître et co-directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Alain BOUGOUMA assistant Chef de clinique de Gastro-Enterologie.

Cher Maître plus qu'un maître, vous avez été un frère aîné pour nous.

En tant que maître vous nous avez appris la rigueur dans la prise en charge thérapeutique de nos patients. Vous nous avez également appris la rigueur dans notre rédaction et notre expression médicale. Ainsi, vous avez su faire naître en nous le goût de toujours bien faire.

En tant que frère aîné vous nous avez appris à tirer des leçons des faits. Vous avez toujours prêté une oreille attentive à nos soucis même en dehors de ce cadre académique et vous nous avez très conseillé dans une ambiance de fraternité.

On a jamais assez dit de son maître, mais qu'il nous soit permis de vous exprimer humblement et en toute sincérité notre profonde gratitude.

"Sincères remerciements"

A notre Maître et juge :

Monsieur le Docteur Bobliwendé SAKANDE Assistant d'Anatomie Pathologique.

Cher maître, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse. Nous avons eu la chance de bénéficier de vos

explications et de votre soutien tout au long de ce travail. Nous vous prions, cher maître de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

"Sincères remerciements"

A notre Maître et juge :

Madame le Docteur Claudine LOUGUE Assistante de radiologie.

Chère maître, malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour nous guider à parfaire ce travail. Votre disponibilité et votre simplicité font de vous un maître respecté par tous.

"Sincères remerciements"

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

- **A monsieur le Docteur Alain BOUGOUMA**
Ce travail est le vôtre. Votre contribution a sa réalisation est inestimable.
"Sincères remerciements"
- **A Monsieur le Professeur Agrégé Joseph Y. DRABO**
Vous avez ménagé aucun effort pour diriger ce travail
"Sincères remerciements"
- **A Monsieur le Docteur Pascal BONKOUNGOU**
- **A Monsieur le Docteur P. Daniel ILBOUDO**
Pour votre franche collaboration tout au long de notre séjour dans votre service.
"Soyez en remerciés"
- **Au Docteur Bobliwendé SAKANDE**
Pour votre franche collaboration tout au long de ce travail.
"Sincères remerciements"
- **Aux Docteurs : Roger SOMBIE, Fla KOUETA, Ali SIE, Interne Ali OUEDRAOGO**
Vous n'avez ménagé aucun effort pour la saisie et l'analyse de ce travail.
"Soyez en remerciés"
- **A mes amis et collègues :**
Docteur Macaire OUEDRAOGO, stagiaires internes : Robert KARGOUGOU, Nadine W. BELEM, Lassané ZANRE, Achille Max KABORE, Philippe TRAORE, Cyprien ZARE, Yacouba NOMBRE, Prosper B. DOLI, Hugues SANOU, Francine OUEDRAOGO, Aimé OUEDRAOGO, Issouf KONATE.
- **Au Laboratoire BEAUFOUR**
Qui m'a soutenu sur le plan matériel
"Sincères remerciements"
- **A mes amis et collègues de licence de sociologie**
Pour votre soutien constant
"Sincères remerciements"
- **A tous les pratiquants et enseignants du C.U.T.O. (Club Universitaire de Taekwondo)**
Pour l'esprit de fraternité qui a toujours prédominé entre nous et pour votre soutien constant.
"Soyez-en remerciés"

- **A Monsieur André SOUBEIGA Maître assistant de sociologie de la Santé à l'Université de Ouagadougou**

Pour votre compréhension et votre soutien

“Soyez-en remerciés”

- **A Simone GARE, Daniel ILBOUDO et Ahmed COULIBALI**

Pour le fastidieux et délicat travail de mise en forme et de tirage.

“Sincères remerciements”

- **A tous mes amis (es)**

- **Au personnel du service de Gastro-entérologique (Médecine B) du C.H.N.Y.O.**

- **Au personnel de la C.N.D.P.**

- **A Monsieur le Docteur Jean-Baptiste OUEDAOGO, Directeur de la C.N.D.P.**

- **A mes enseignants du primaire et du secondaire**

“Ce travail est le vôtre”

- **A tous les malades : “Prompt rétablissement”.**

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

1. A.C.E. : Antigène Carcino-Embryonnaire
2. A.D.N. : Acide Désoxyribonucléique
3. A.E.G. : Altération de l'Etat Général
4. A.P.U.D. : Amin Precursor Uptake Decarboxylation
5. A.S.P. : Abdomen Sans Préparation
6. cm : Centimètre
7. C.H.N.Y.O. : Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO
8. C.N.D.P. : Clinique Notre Dame de la Paix
9. C.T.D. : Cancer du Tube Digestif
10. D.H.E. : Discordance Histo-Endoscopique
11. F.N. : Faux Négatif
12. g : Gramme
13. h : Heure
14. H.L.A. : Human Leucocyt Antigen
15. I.V.D. : Intraveineuse Directe
16. L.B. : Lavement Baryté
17. L.B.D.C. : Lavement Baryté en Double Contraste
18. L.B.S.C. : Lavement Baryté en simple Contraste
19. M.A.L.T. : Mucosae Associated Lymphoïd Tissue
20. μm : Micromètre
21. mg/kg : Milligramme par kilogramme
22. mm : Millimètre
23. mM : Millimole
24. N.F.S. : Numération Formule Sanguine
25. O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
26. P.E.G. : Poly-éthylène Glycol
27. % : Pour Cent

- 28.R.C.H. : Recto-Colite-Hémorragique
- 29.T.F.I. : Troubles Fonctionnels Intestinaux
- 30.U.S.A. : United States Of America
- 31.V.I.H. : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- 32.V.I.P. : Vaso active Intestinal Polypeptid
- 33.V.P. : Vrai Positif

SOMMAIRE

	PAGES
I. INTRODUCTION	1
II. GENERALITES	2
1. ANATOMIE DU COLON [56,87]	2
1.1. <u>DISPOSITION GENERALE ET CONFIGURATION EXTERIEURE</u>	2
1.2. <u>ANATOMIE ENDOSCOPIQUE OU CONFIGURATION INTERIEURE</u>	3
1.3. <u>MOYENS DE FIXATION</u>	3
1.4. <u>VAISSEAUX ET NERFS</u>	4
1.4.1 Les artères	4
1.4.2 Les veines	4
1.4.3 Les lymphatiques	4
1.4.4 Les nerfs	4
2. HISTOLOGIE DU COLON	5
2.1. <u>LA MUQUEUSE</u>	5
2.1.1. L'épithélium	5
2.1.2. Le chorion	6
2.2. <u>LA SOUS MUQUEUSE</u>	6
2.3. <u>LA MUSCULEUSE</u>	6
2.4. <u>LA SEREUSE</u>	6
3. LA COLOSCOPIE	6
3.1. <u>DEFINITION-HISTORIQUE</u> [14,31]	6
3.2. <u>EQUIPEMENT</u>	7
3.3. <u>INDICATIONS- CONTRE- INDICATIONS- COMPLICATIONS</u>	10
3.3.1 Les indications	10
3.3.2 Les contre-indications	10
3.3.3 Les complications de la coloscopie	10
3.4. <u>PREPARATION COLIQUE ET PREMEDICATION</u>	11
3.4.1 Préparation colique	11
3.4.2 Prémédication	11
3.5. <u>TECHNIQUE DE LA COLOSCOPIE</u>	11
3.6. <u>INTERET DE LA COLOSCOPIE</u>	12
4. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES COLIQUES	12
4.1. <u>LES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX (T.F.I) [43]</u>	12
4.1.1 Définition - Généralités	12
4.1.2. Signes cliniques	13
4.1.3. Examens paracliniques	13
4.1.4. Traitement	14
4.2. <u>LES COLOPATHIES ORGANIQUES</u>	14
4.2.1 Classification	14
4.2.2. Les colites parasitaires [86]	17
4.2.2.1. L'amibiase colique	17
a) Epidémiologie	17
b) Symptomatologie clinique	18
c) Examens paracliniques	18
d) Traitement	19
4.2.2.2. La bilharziose colique	20
a) Epidémiologie	20
b) Clinique	21
c) Paraclinique	22
d) Traitement	22
4.2.3 Les maladies inflammatoires cryptogénétiques	22
4.2.3.1. La maladie de CROHN [18,32]	22
a) Epidémiologie	22
b) Etiopathogénie	23
c) anatomie pathologique de la colite granulomateuse	23
d) Diagnostic	24

e) traitement.....	27
4.2.3.2. LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE (RCH) [16,68].....	27
a) Epidémiologie.....	27
b) Etiopathogénie.....	28
c) Anatomie pathologique.....	28
d) Diagnostic.....	29
e) Traitement.....	31
4.2.4 Les tumeurs recto-coliques.....	32
4.2.4.1. Les polypes recto-coliques [4,44].....	32
a) Définition.....	32
b) Les aspects épidémiologiques des polypes.....	32
c) Aspects anatomo-pathologiques.....	33
d) Les aspects cliniques des polypes.....	35
e) Aspects paracliniques.....	35
f.) Les aspects thérapeutiques des polypes.....	36
4.2.4.2. LES CANCERS RECTO - COLIQUES [98].....	37
a) Epidémiologie.....	37
b) Etude clinique.....	39
d) Traitement.....	41
I. ENONCE DU PROBLEME.....	43
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	44
II.1. <u>OBJECTIF GENERAL</u>	44
II.2. <u>OBJECTIFS SPECIFIQUES</u>	44
III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	45
1. <u>CADRE DE L'ETUDE</u>	45
2. <u>PATIENTS ET METHODES</u>	45
2.1. Patients.....	45
2.2. Méthodes.....	45
2.2.1. La coloscopie.....	46
2.2.1.1. Préparation à la coloscopie.....	46
a) Information des patients.....	46
b) Le régime sans résidu.....	46
c) La purge.....	46
2.2.1.2. Examen de coloscopie.....	46
a) Appareil: le coloscope.....	46
b) Conditions de l'examen.....	47
c) L'examen proprement dit.....	47
d) Désinfection du coloscope.....	47
2.2.2. Examen Anatomopathologique.....	48
3. ANALYSE DES DONNEES.....	48
IV. RESULTATS.....	49
1. <u>RESULTATS GLOBAUX</u>	49
1.1. <u>ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES</u>	49
1.1.1. Répartition des coloscopies selon les années.....	49
1.1.2. L'âge.....	49
1.1.3. Le sexe.....	50
1.1.4. L'âge et le sexe.....	50
1.1.5 La profession.....	51
1.2. <u>LES PARAMETRES TECHNIQUES</u>	52
1.2.1. La qualité de la préparation.....	52
1.2.2. Le niveau de réalisation de la coloscopie.....	53
1.2.3. Motifs de l'interruption de l'examen.....	53
1.3. <u>INCIDENT/ ACCIDENT</u>	54
1.4. <u>ASPECTS CLINIQUES</u>	54
1.5. Personnes sollicitant l'examen.....	55
1.6. <u>DIAGNOSTICS ENDOSCOPIQUES</u>	56
1.7. <u>DIAGNOSTICS HISTOLOGIQUES</u>	57
1.8. <u>Concordance histo-endoscopique</u>	58
2. <u>ETUDE ANALYTIQUE</u>	58
2.1: <u>LES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX</u>	58

2.1.1: LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.	59
b) le sexe	59
c) L'âge et le sexe	59
d) La profession	60
2.1.2: Les aspects cliniques.	61
2.2: LES RECTO-COLITES PARASITAIRES.	61
2.2.1: Les aspects épidémiologiques	61
a) Fréquence	61
b) Répartition selon l'année.	61
c) L'âge	62
d) Le sexe	62
e) L'âge et le sexe.	62
f) La profession.	63
2.2.2. Les aspects cliniques.	64
2.2.3 : Les aspects endoscopiques	64
a) aspects macroscopiques.	64
b) le siège.	64
2.2.4. Les aspects histologiques.	65
2.2.5 La sensibilité de la coloscopie dans les colites parasitaires	65
2.3. LES POLYPES RECTOCOLIQUES	66
a) fréquence.	66
b) Répartition selon l'année.	66
c) L'âge.	66
d) Le sexe.	67
e) L'âge et le sexe.	67
f) La profession.	67
2.3.2. Les aspects cliniques.	68
2.3.3: Les aspects endoscopiques.	69
a) Topographie.	69
b) Type de polypes.	70
c) Nombre de polypes par patient.	70
d) Autres aspects endoscopiques associés aux polypes.	70
2.3.4: Les aspects histologiques.	71
2.3.5 La sensibilité de la coloscopie dans le diagnostic de polypes	71
2.4. LES CANCERS RECTO-COLIQUES.	72
2.4.1. Les aspects épidémiologiques	72
a) Fréquence.	72
b) répartition selon l'année.	72
c) L'âge.	72
d) Le sexe.	73
e) L'âge et le sexe.	73
f) La profession.	74
2.4.2. Les aspects cliniques.	74
2.4.3 : Les aspects endoscopiques	75
a) Les aspects macroscopiques.	75
b) le siège.	76
2.4.4. Les aspects histologiques.	76
2.4.5 Sensibilité de la coloscopie dans les cancers recto-coliques	77
2.5. LES DIVERTICULES DU COLON.	78
2.5.1. Les aspects épidémiologiques	78
a) Fréquence.	78
b) Répartition selon l'année.	78
c) L'âge.	78
d) Le sexe.	78
e) La profession.	79
2.5.2. Les aspects cliniques.	79
2.5.3. LES ASPECTS ENDOSCOPIQUES.	79
2.6. LA MALADIE DE CROHN.	79
2.6.1. Les aspects épidémiologiques.	79
2.6.2. Les aspects cliniques.	79

2.6.3. Les aspects endoscopiques.....	80
2.6.4. Les aspects histologiques.....	80
2.7. <u>LA RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE (R.C.H)</u>	80
2.7.1. Les aspects épidémiologiques.....	80
2.7.2. Les aspects cliniques.....	80
2.7.3. Les aspects endoscopiques.....	80
2.7.4. Les aspects histologiques.....	80
V. DISCUSSION	81
1. <u>Limites et contraintes</u>	81
2. <u>Les aspects épidémiologiques</u>	81
2.1 <u>Répartition des coloscopies selon les années</u>	81
2.2 <u>Le sexe</u>	81
2.3 <u>L'âge et le sexe</u>	82
2.4 <u>La profession</u>	82
3. <u>Les paramètres techniques</u>	82
3.1 <u>La préparation</u>	82
3.2 <u>Le niveau de réalisation de la coloscopie</u>	83
4. <u>Accident - Incident</u>	83
5. <u>Les indications de l'examen</u>	84
5.1 <u>Les douleurs abdominales</u>	84
5.2 <u>La constipation chronique</u>	84
5.3 <u>Les dyspepsies</u>	84
5.4 <u>Le syndrome dysentérique</u>	84
5.5 <u>Les rectorragies</u>	85
5.6 <u>La diarrhée chronique</u>	85
5.7 <u>Alternance Diarrhée - Constipation</u>	85
5.8 <u>Masse abdominale</u>	86
5.9 <u>Troubles fonctionnels intestinaux (T.F.I *)</u>	86
5.10. <u>Autres indications</u>	86
6. <u>Les Pathologies diagnostiquées</u>	86
6.1 <u>Les troubles fonctionnels intestinaux</u>	86
6.2 <u>Les hémorroïdes</u>	87
6.3 <u>Les recto-colites parasitaires</u>	88
6.4 <u>Les recto-colites non spécifiques</u>	89
6.5 <u>Les polypes et polyposes recto-coliques</u>	89
6.6 <u>Les cancers colorectaux</u>	91
6.7 <u>Les diverticules du côlon</u>	91
6.8 <u>La recto-colite hémorragique (R.C.H.)</u>	91
6.9 <u>La maladie de Crohn</u>	91
6.10 <u>Ectasies vasculaires</u>	91
6.11 <u>Recto-colites iatrogènes</u>	91
6.12 <u>Endométriose rectale</u>	91
6.13 <u>Le rétrécissement rectal</u>	91
6.14 <u>Varices coliques</u>	91
7. <u>De la sensibilité de la Coloscopie</u>	91
7.1 <u>Pathologie tumorale</u>	91
7.2 <u>Pathologies non tumorales</u>	91
VI. CONCLUSION	91
VII. SUGGESTIONS	91
VIII. BIBLIOGRAPHIE	91

PAR DELIBERATIONS LA FACULTE DES SCIENCES
DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES
DANS LES DISSERTATIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS
ET QU'ELLE N'ENTEND PAS LEUR DONNER
AUCUNE APPROBATION OU IMPROBATION.

PREMIERE PARTIE

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les affections digestives sont très fréquentes en Afrique avec une forte prédominance de la pathologie colique. Siège traditionnel de nombreuses agressions, le côlon est souvent accusé d'être à la base de nombreux problèmes digestifs.

En effet, cette pathologie représente 40% des consultations externes de médecine générale, 73% des consultations de gastro-entérologie, et environ 36% des malades hospitalisés dans certains pays [6,64].

Si dans les pays industrialisés, on note une forte incidence des maladies inflammatoires intestinales, diverticules, polypes et cancers recto - coliques [7, 25, 51, 94] ; en Afrique Noire par contre, ces affections sont dites classiquement rares, alors que les agressions bactériennes et parasitaires de l'intestin apparaissent nombreuses [22] et les troubles fonctionnels intestinaux prédominants[6,22,64].

De nos jours cependant , cette pathologie s'est considérablement modifiée, probablement en raison de l'occidentalisation du mode de vie et des habitudes alimentaires , mais aussi de l'apport de méthodes diagnostiques plus performantes dont la coloscopie.

L'endoscopie a en effet révolutionné le diagnostic en gastro-entérologie, comblant ainsi les défaillances faisant suite aux multiples demandes de Lavement Baryté (LB) d'efficacité diagnostique souvent discutée [33,64]. Avec cette technique, on a noté l'émergence d'affections jusque là considérées comme absentes ou d'une grande rareté chez le Noir Africain.

En Afrique et particulièrement au Burkina Faso peu d'études ont concerné la pathologie rectocolique. A travers, cette étude qui porte sur 1221 patients ayant bénéficié de coloscopie, nous nous proposons d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et histologiques de la pathologie colique au Burkina Faso.

II. GENERALITES

II. GENERALITES

1. ANATOMIE DU COLON [56,87]

1.1. DISPOSITION GENERALE ET CONFIGURATION EXTERIEURE

Le côlon est situé dans l'abdomen à l'étage sous-mésocolique dont il contribue à fixer la limite supérieure par l'intermédiaire de son mésocôlon transverse. Compris entre le caecum et le canal anal, le côlon est un tube plus large que l'intestin grêle auquel il fait suite à la valvule iléo-caecale ou valvule de Bauhin, et s'achève à la jonction sigmoïdo-rectale. Il mesure environ 150 cm et décrit un trajet sinueux. Il est constitué :

• **De plusieurs segments de la droite vers la gauche :**

- le caecum, mobile dans la cavité abdominale est un segment en cul-de-sac de 6 cm de long et 7 cm de diamètre environ, normalement situé dans la fosse iliaque droite. Il présente :

- * l'abouchement de l'iléon à la limite supérieure de la face interne ,
- * l'abouchement de l'appendice vermiculaire sur la face interne, 2 cm au dessous de l'orifice iléal.

- le côlon ascendant, vertical jusqu'à l'angle colique droit mesure 8 à 15 cm de long ; son diamètre décroît de bas en haut (7 cm à son pôle inférieur et 5 cm à son pôle supérieur).

- le côlon transverse ; anse à concavité supérieure et postérieure, s'étend de l'angle hépatique à l'angle splénique. Il mesure en moyenne 50 cm de long avec des extrêmes allant de 40 à 70 cm, et un diamètre de 5 cm.

- le côlon descendant, compris entre l'angle splénique et la crête iliaque, il est rétro-péritonéal. Il mesure en moyenne 12 cm de long et 3 à 5 cm de diamètre.

- le côlon iléo-pelvien, comprend deux parties :

* le côlon iliaque mesurant 6 à 15 cm de long et 3 à 5 cm de diamètre accolé et rétro-péritonéal ,

* le côlon pelvien ou anse sigmoïde dont la longueur très variable permet de déterminer trois variétés :

- le côlon pelvien normal (ou moyen) en forme de sigma inversé dans le pelvis. Il mesure 40 cm de long et 3 à 6 cm de diamètre ;
- le côlon pelvien court presque rectiligne dans le pelvis, mesurant 15 à 30 cm de long et 3 à 6 cm de diamètre ;
- le côlon pelvien long ou abdomino-pelvien formant une ou plusieurs boucles. Il mesure 60 à 80 cm de long et 3 à 6 cm de diamètre.

Cette variété est très fréquente dans les populations d'Afrique Noire.

Il expose au volvulus du sigmoïde du fait de sa grande mobilité ; d'autre part le côlon pelvien long rend difficile la coloscopie en raison de nombreuses boucles sigmoïdiennes.

- **De deux angles :**

- *l'angle colique droit ou hépatique*, en général plus ouvert que l'angle gauche est situé à la face inférieure du foie ;

- *l'angle colique gauche ou splénique* est fixé comme l'angle droit

Le côlon est parcouru sur toute sa longueur par des bandelettes musculaires longitudinales appelées taenia-coli dont l'activité contractile est responsable de son aspect sacculaire ; ces bandelettes partent du point d'implantation de l'appendice et sont au nombre de trois sur le caecum, les côlons ascendant, transverse et descendant.

Au niveau du côlon iléo-pelvien, les deux bandelettes postérieures s'unissent en une seule.

1.2. ANATOMIE ENDOSCOPIQUE OU CONFIGURATION INTERIEURE

L'examen endoscopique montre essentiellement la muqueuse colique depuis la charnière rectosigmoïdienne jusqu'au bas fond caecal.

Le côlon est un tube élastique dont la lumière peut prendre diverses formes selon le segment colique.

Au niveau du rectum, il y a les valvules de Houston qui peuvent parfois gêner l'examen complet de la muqueuse en cas de forte contraction musculaire. Dans le sigmoïde et le côlon descendant, la lumière colique et les haustrations sont généralement circulaires.

L'angle gauche se caractérise par l'association d'un angle aigu avec des haustrations serrées et une plage de coloration bleutée à l'accolement de l'angle contre la rate.

La lumière colique devient triangulaire au niveau du transverse ; cela est dû à la couche musculaire longitudinale fusionnée en trois bandelettes coliques. Au niveau de l'angle colique droit étroitement adhérent, on note un aspect bleuté dû à son accolement contre le foie.

Enfin dans le bas fond caecal, après avoir parcouru le côlon ascendant, les bandelettes coliques convergent vers l'orifice appendiculaire ; entre ces bandelettes et les haustrations caecales qui sont très marquées, le côlon peut prendre un aspect polycirculaire.

L'orifice appendiculaire se présente généralement comme un diverticule isolé du caecum et cela se voit quand l'appendice est opéré, sauf quand le moignon est enfoui. La valvule iléo-caecale se situe au niveau de la partie médiane du pli prédominant du caecum.

1.3. MOYENS DE FIXATION

- Ils ont une importance particulière en coloscopie car leur variation peut influencer la technique endoscopique. Le côlon est normalement fixé au plan postérieur en plusieurs points :
- le rectum est fixé dans la gouttière sacrée par le péritoine ;
- le côlon descendant est normalement fixé par les accolements péritonéaux au niveau de la paroi postérieure ;
- l'angle gauche partiellement fixé par un repli péritonéal (le ligament phrénocolique) ;

- l'angle droit et le côlon ascendant sont fixés à la paroi postérieure.

Les deux parties mobiles du côlon sont :

- le côlon sigmoïde qui est rattaché à la paroi par le mésosigmoïde de longueur variable et qui a une base très étroite en forme de « V » inversé au niveau du détroit supérieur ;
- le côlon transverse qui est rattaché au péritoine pariétal postérieur au niveau de la face antérieure du pancréas par le mésocôlon transverse.

Il faut cependant noter que parfois il peut y avoir des absences d'accolement et une longueur variable du mésocôlon descendant ou ascendant pouvant demeurer libre.

Quelquefois, le caecum ne migre pas dans la fosse iliaque et reste fixé dans l'hypochondre droit ; on peut aussi avoir le mésocôlon libre et le caecum complètement mobile.

1.4. VAISSEAUX ET NERFS

1.4.1 Les artères

Elles naissent des mésentériques supérieure et inférieure : la première irrigue la partie proximale du côlon jusqu'à l'angle colique gauche ; la seconde, la partie distale du côlon et le rectum. La limite de leurs territoires respectifs, à l'union du 1/3 gauche et des 2/3 droit du côlon transverse, fixe l'étendue des segments qu'il est convenu d'appeler « côlon droit » et « côlon gauche ».

Le rectum est irrigué par les artères hémorroïdales supérieure et inférieure.

1.4.2 Les veines

Elles sont satellites des artères et sont drainées par les veines petite et grande mésentérique. Les veines du rectum suivent également le même trajet que les artères.

1.4.3 Les lymphatiques

Ils vont aux ganglions épicoliques, paracoliques et enfin aux groupes intermédiaires et principaux, voisins des artères coliques.

Les lymphatiques du rectum sont drainés par les ganglions hypogastriques et de l'artère mésentérique.

1.4.4 Les nerfs

Ils viennent des plexus qui accompagnent les artères.

2. HISTOLOGIE DU COLON

Elle est plus simple que celle des segments sus-jacents du tube digestif (estomac et intestin grêle). On distingue 4 tuniques concentriquement disposées de la lumière vers la périphérie : la muqueuse, la sous muqueuse, la musculieuse et la séreuse.

2.1. LA MUQUEUSE

Elle recouvre la surface interne du côlon. Moins épaisse que dans l'intestin grêle, la muqueuse ne possède ni villosités, ni valvules conniventes ; la surface interne du côlon est donc plus régulière. Cette muqueuse est composée de deux parties :

2.1.1. L'épithélium

Sa structure cytologique est plus simple que celle observée dans l'intestin grêle. Cet épithélium unistratifié tant en surface qu'au niveau des glandes est essentiellement constitué de deux types cellulaires :

- les entérocytes coliques encore appelées cellules colonaires ou cellules absorbantes : elles ont une structure et une fonction similaire à celle de l'intestin grêle. Il faut cependant noter que la bordure en brosse est moins bien développée à ce niveau, les micro-villosités étant moins longues et moins nombreuses, du fait du rôle peu important du côlon dans la digestion et l'absorption des aliments.
- les cellules muqueuses caliciformes : plus nombreuses que dans l'intestin grêle sécrètent en abondance des mucopolysaccharides acides et sulfates. Ce mucus a pour rôle de protéger la muqueuse colique et de faciliter la progression du contenu intra-luminal.

D'autres types cellulaires peuvent également se rencontrer :

- les cellules endocrines sont rares au niveau du côlon et du rectum et les cellules de PANETH observées au niveau des glandes de Lieberkühn de l'intestin grêle sont normalement absentes dans le côlon. Ces cellules endocrines sont composées de :
 - cellules argentaffines, qui sont les plus nombreuses,
 - cellules L à entéroglucagon,
 - cellules F à polypeptide pancréatique (PP),
 - cellules H dont la signification sécrétoire reste inconnue,
 - cellules D à somatostatine,
 - cellules N à neurotensine,
 - et de cellules qui sécrèteraient une substance apparentée au polypeptide intestinal vaso-actif (VIP).

Ces cellules appartiennent au système endocrine diffus ou système APUD (Amin Precursor Uptake Decarboxylation)

Les cellules G à gastrine, S à sécrétine et I à pancréozymine-cholécystokinine sont absentes dans le côlon.

2.1.2. Le chorion

Tissu conjonctif de la muqueuse qui contient les glandes de Lieberkühn, il est caractérisé par sa richesse en éléments lymphoïdes avec de gros follicules lymphoïdes.

A l'examen histologique, ces glandes réalisent en coupe transversale l'aspect classique de « champ de marguerite ».

2.2. LA SOUS MUQUEUSE

C'est un tissu conjonctif situé entre la musculature et la muqueuse : la sous muqueuse contient des éléments vasculo-nerveux, quelques îlots lymphoïdes, et occasionnellement des îlots adipeux. Elle est séparée de la muqueuse par la musculature muqueuse ou muscularis mucosae. Il existe dans la sous-muqueuse les plexus sous-muqueux de MEISSNER, au contact de la musculature.

2.3. LA MUSCULEUSE

Elle est divisée en deux couches :

- la couche musculaire longitudinale externe discontinue contrairement à l'intestin grêle est disposée en trois bandes longitudinales, les taenia coli : au niveau du côlon iléo-pelvien et plus particulièrement au niveau du sigmoïde, ces bandelettes s'élargissent et fusionnent entre elles pour former une gaine musculaire continue.

- la couche musculaire circulaire interne est la plus développée et partout continue.

2.4. LA SÉREUSE

Elle limite la surface externe du côlon. Elle correspond au feuillet viscéral du péritoine et est constituée de cellules mésothéliales reposant sur un tissu conjonctivo-vasculaire lâche, plaquée contre la musculature.

Sur la zone opposée à l'implantation des mésos, la séreuse émet des expansions plus ou moins pédiculées, contenant du tissu adipeux : les franges épiploïques qui constituent une particularité propre au côlon.

3 . LA COLOSCOPIE

3.1. DEFINITION-HISTORIQUE [14,31]

La coloscopie est un examen endoscopique pratiqué à l'aide d'un coloscope souple à fibres de verre qui, introduit par l'anus, permet d'explorer la lumière colique de la charnière rectosigmoïdienne jusqu'au caecum. Elle permet

de pratiquer des biopsies superficielles et même l'exérèse à l'anse diathermique de certaines tumeurs.

La technique de la coloscopie a été mise au point au Japon dans les années 1960 mais à l'origine, le coloscope à fibres de verre était un produit américain. Cette technique va s'étendre dans le monde et les premiers coloscopes vont apparaître en France en 1971. C'est seulement depuis 1974-1975, que la coloscopie est devenue un examen relativement simple, depuis que les appareils sont devenus plus perfectionnés, moins fragiles et plus performants, épousant les méandres coliques.

La coloscopie qui auparavant était préconisée en deuxième intention après un examen radiologique, est actuellement devenue la méthode initiale d'exploration morphologique du côlon.

L'avènement du coloscope à fibres de verre est récent et remplace le rectosigmoïdoscope à tube rigide peu rentable, l'examen se limitant au rectosigmoïde.

3.2. EQUIPEMENT

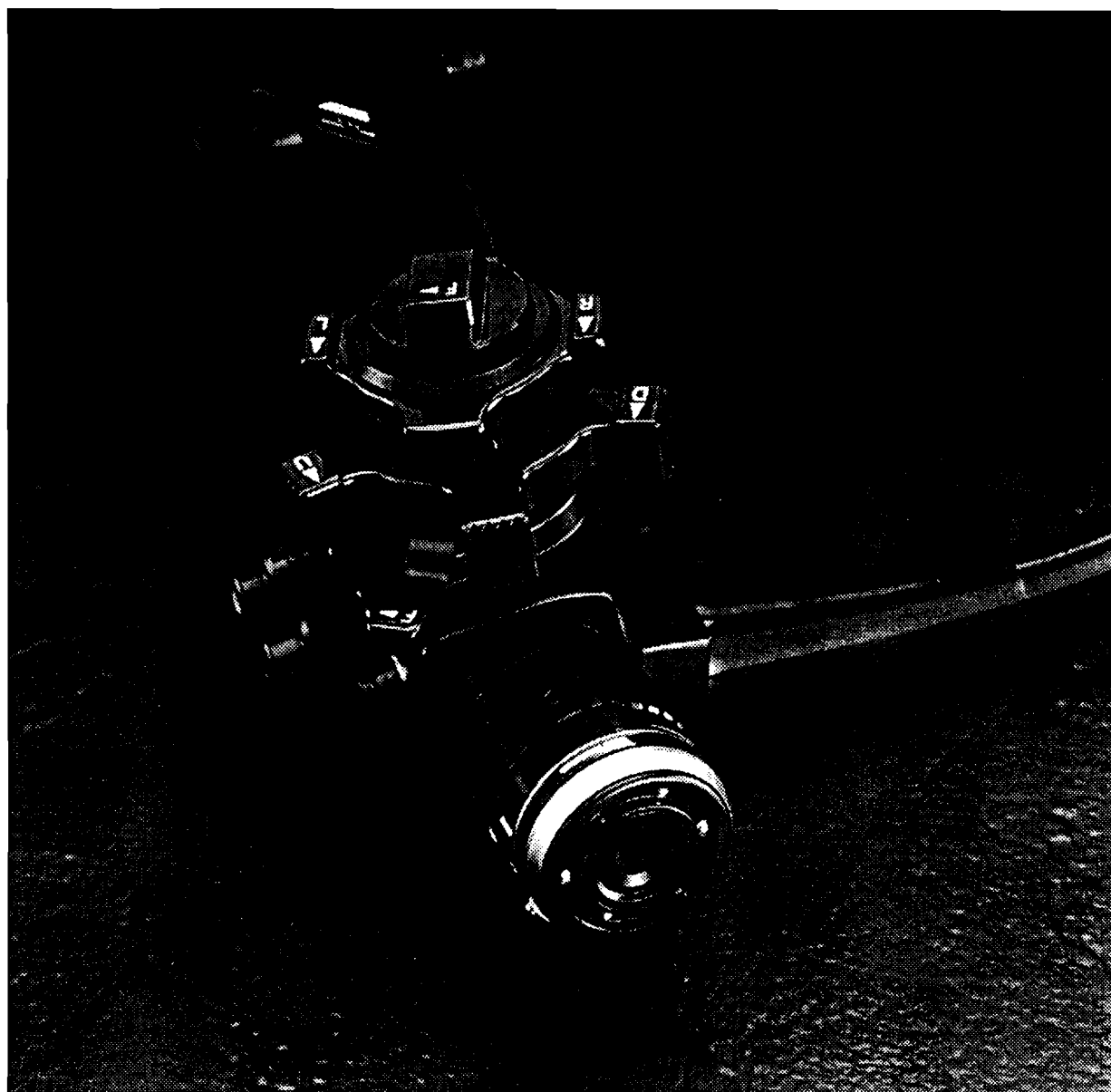
Appareil : Tous les coloscopes commercialisés sont bâtis sur le même modèle, comprenant un objectif flexible dans toutes les directions, un oculaire et une poignée de commande ; chaque coloscope contenant approximativement 200 à 250.000 fibres optiques de verre; chacune ayant 15 μm de diamètre. Le coloscope comporte aussi deux canaux indispensables à l'insufflation d'air, le lavage de l'objectif, l'aspiration, aux biopsies et à la polypectomie.

La lumière froide est transmise d'une source externe à l'objectif par l'intermédiaire d'un autre faisceau de fibres optiques. Le diamètre des coloscopes varie de 12 à 20 mm.

Les coloscopes «longs» de 180 cm de longueur permettent d'aller jusqu'au bas-fond caecal et de franchir la valvule de Bauhin pour examiner la dernière anse iléale.

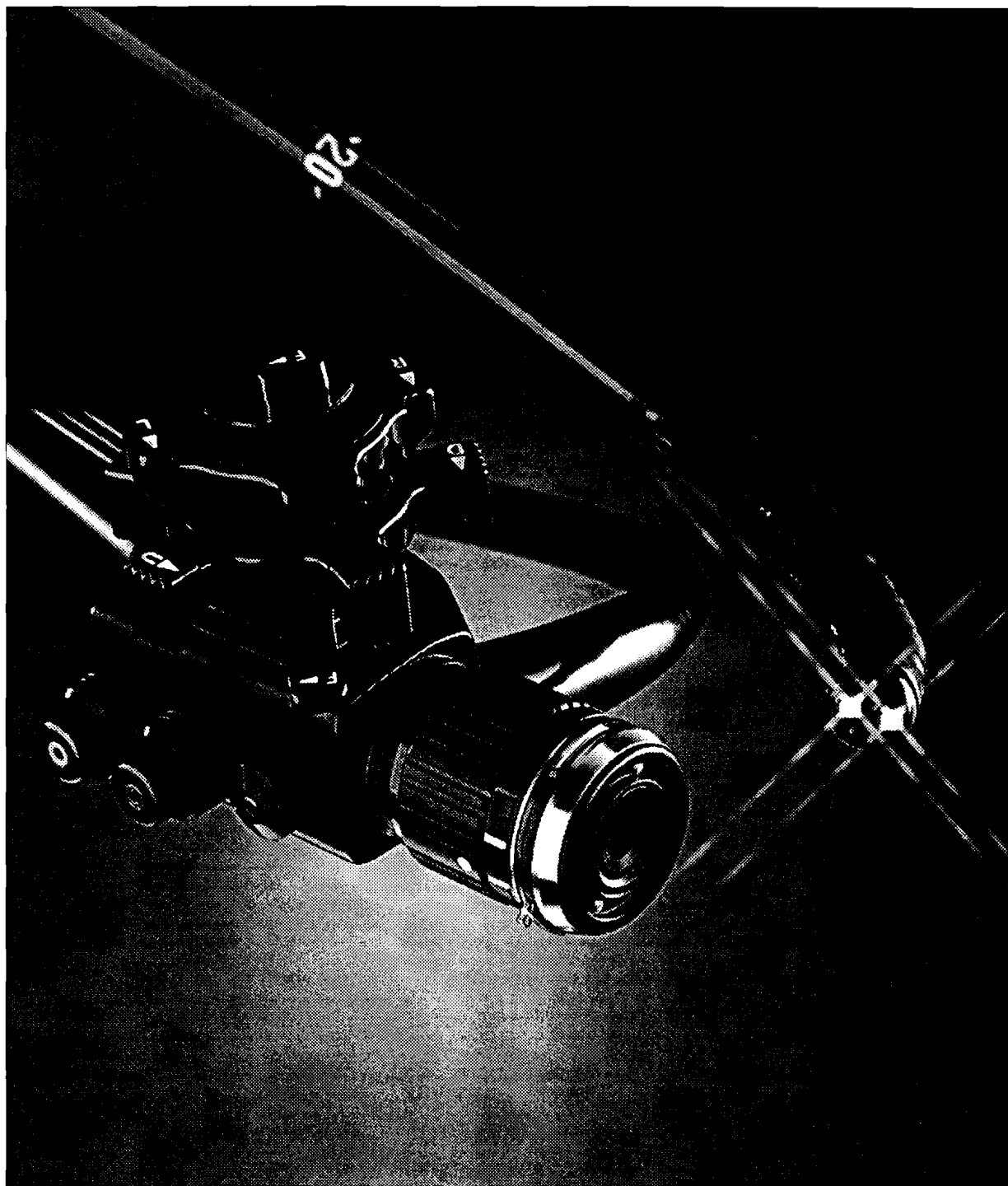
Un appareil intermédiaire fabriqué par Olympus de 140 cm de longueur permet d'atteindre aussi rapidement le bas-fond caecal.

Accessoires : L'appareil a des accessoires indispensables à l'endoscopie. Ce sont : pinces à biopsies, cathéter de polyéthylène, anses à polypectomie, appareil photographique.



Coloscope Olympus CF 20 type E

Objectif et manette de commande



Coloscope Olympus CF 20 type E
Manette de commande-oculaire-Objectif béquillable
(extrémité distale)

3.3. INDICATIONS- CONTRE- INDICATIONS- COMPLICATIONS

3.3.1 Les indications

Elles sont nombreuses en pratique courante. C'est ainsi qu'on peut avoir :

- bilan d'hémorragie digestive basse ;
- dépistage des polypes du rectum et du côlon et leur résection endoscopique
- contrôle d'images radiologiques anormales ;
- surveillance colique post-opératoire d'une anastomose ;
- diagnostic d'une diarrhée aiguë et surtout chronique ;
- recherche de métastases intestinales ou du foyer primitif d'un cancer métastasé ;
- élimination d'une lésion organique chez les malades présentant un tableau clinique de côlon irritable.

3.3.2 . Les contre-indications

Elles sont peu nombreuses :

Formelles :

- suspicion de péritonite ou de perforation intestinale ;
- insuffisance cardio-circulatoire grave ;
- infarctus récent ;
- grossesse au dernier trimestre ;
- intervention récente sur le petit bassin.

Relatives :

- colite ulcéreuse fulminante ;
- colite aiguë granulomateuse ;
- sigmoïdite diverticulaire aiguë.

3.3.3. Les complications de la coloscopie

Elles sont rares, on distingue cependant :

Les incidents :

Ils sont inhérents à la technique même de la coloscopie :

- malaise vagal provoqué par une insufflation trop importante d'air,
- douleur vive provoquée par la traction du mésosigmoïde par le coloscope,
- fièvre par bactériémie après coloscopie avec ou sans polypectomie,
- surdosage de drogues utilisées pour la prémédication.

Les accidents :

Les deux complications majeures de la coloscopie sont :

- l'hémorragie : elle est généralement secondaire à la polypectomie ; elle peut cependant se voir après biopsie ;
- la perforation : elle se voit aussi bien après coloscopie diagnostique qu'après polypectomie.

3.4. PREPARATION COLIQUE ET PREMEDICATION

3.4.1. Préparation colique

Le but à atteindre est d'obtenir un côlon entièrement débarrassé de matières fécales depuis le caecum jusqu'au rectum. Des préparations nombreuses et variées sont proposées, centrées toutes sur un régime sans résidus, des laxatifs et des lavements.

De nos jours, la préparation qui donne satisfaction car n'entraînant pas de troubles hydro-électrolytiques et sans contre-indication en dehors des sténoses digestives, est celle qui utilise le FORTRANS* (P.E.G 4000).

Le malade doit boire 3 à 4 h avant l'examen, un minimum de 3 litres de mélange d'eau et de sels et de polyéthylène - glycol (P.E.G 4000) comportant par litre :

- chlorure de sodium 25 mM soit 1,46 g,
- chlorure de potassium 10 mM soit 0,75 g,
- bicarbonate de sodium 20 mM soit 1,68 g,
- sulfate de sodium (10 H₂O) 40 mM soit 12,9 g,
- P.E.G 4000 : 64 g

3.4.2. Prémédication

Elle consiste en l'administration de drogues par voie parentérale avant l'examen. Elle n'est pas obligatoire car des coloscopies peuvent se dérouler sans encombres, sans aucune prémédication. Cependant, la majorité des endoscopistes préfèrent induire une anesthésie ou une analgésie qui rendent la coloscopie très tolérable au malade et à l'endoscopiste. Les médicaments injectés sont des sédatifs ou des anxiolytiques associés à un vagolytique, quelquefois à un antihistaminique.

Quelle que soit la prémédication utilisée; il faut que le patient soit capable de ressentir une douleur qui doit être un signal d'alarme pour l'endoscopiste. Pour cette raison, l'anesthésie générale n'est pas conseillée, sauf dans certains cas particuliers.

3.5. TECHNIQUE DE LA COLOSCOPIE

Après lubrification du canal anal par du gel de Xylocaïne, le coloscope est introduit sur un malade en décubitus latéral gauche

La progression se fait ensuite sous contrôle de la vue

Les principales difficultés de la coloscopie sont :

- le franchissement de l'angle sigmoïdocolique ;
- de l'angle gauche ;
- de l'angle droit ;
- de la valvule de Bauhin ;

Quelques principes sont essentiels pour abolir ces difficultés:

1. Insuffler le moins possible d'air dans le rectum et le sigmoïde, jusqu'au passage de l'angle sigmoïdo-colique.
2. Ne jamais pousser le coloscope lorsque l'objectif n'avance plus dans la lumière colique ou lorsque le patient se plaint de vives douleurs.

3. Utiliser différentes manoeuvres pour redresser les boucles sigmoïdiennes et pour effacer l'angle sigmoïdo-colique.

4. Savoir que retirer le coloscope en lui faisant faire une rotation axiale plus ou moins importante permet de progresser de plusieurs centimètres dans le côlon. C'est la manoeuvre de Tajima ou manoeuvre alpha.

D'autres manoeuvres sont utilisées par les endoscopistes pour vaincre les difficultés qui se présentent. Le seul vrai repérage au cours de la coloscopie est d'atteindre le caecum et de voir la valvule iléo-caecale. En ce moment, la coloscopie est totale. Le caecum est visualisé dans plus de 95 pour 100 des cas. Avec l'expérience, le temps moyen d'une coloscopie totale est de 5 à 10 minutes pour atteindre le caecum. L'examen attentif de la muqueuse colique lors du retrait de l'appareil peut demander le double, ce qui nécessite donc 15 à 20 minutes pour une coloscopie sur côlon normal.

3.6. INTERET DE LA COLOSCOPIE

Elle permet d'explorer la cavité colique depuis l'anus jusqu'au bas-fond caecal. La coloscopie reste un examen fiable dans les mains entraînées même si quelques fois l'on note des désagréments au cours de l'exploration ou une endoscopie incomplète faute d'atteindre le caecum.

En effet, une étude prospective réalisée récemment dans des conditions rigoureuses, a confirmé que les résultats obtenus en ce qui concerne les lésions muqueuses, étaient pour la coloscopie supérieurs à ceux de la radiologie.

En tenant compte de la sensibilité, de la spécificité et de la précision diagnostique, on note respectivement pour la radiographie (lavement baryté en double contraste) 56% ; 78% ; 64% ; alors que la coloscopie donne 91% ; 91% ; 91% [33].

En outre, la coloscopie permet la biopsie d'une lésion suspecte, indispensable à la certitude diagnostique et à la conduite de son traitement.

Actuellement, la coloscopie est au premier plan dans le dépistage et le traitement des polypes coliques. Ainsi, elle devient l'examen clef pour une véritable prévention du cancer colique. Elle permet également de faire le diagnostic et le bilan des affections inflammatoires spécifiques (recto-colite hémorragique et maladie de Crohn), ainsi que la plupart des affections coliques courantes non tumorales, non inflammatoires.

4. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES COLIQUES

4.1. LES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX (T.F.I) [43]

4.1.1 Définition - Généralités

Sous le terme de troubles fonctionnels intestinaux, on désigne une série de troubles se manifestant cliniquement par trois symptômes majeurs : douleur, constipation ou diarrhée.

Plusieurs dizaines d'appellations ont été proposées parmi lesquelles celles de colopathie fonctionnelle, de côlon hyper-réactionnel, de côlon irritable, de colopathie hyperspasmodique ou encore de névrose colique. En fait, il paraît plus logique de parler tout simplement de troubles fonctionnels intestinaux, étant

donné la diversité des symptômes et la possibilité d'inter-relation avec d'autres organes en particulier l'intestin grêle.

La fréquence de cette affection est considérable. Elle représente en effet 60% des consultants de gastro-entérologie.

4.1.2. Signes cliniques

La prédominance de l'affection chez la femme (2 femmes pour 1 homme) est notée par la plupart des auteurs, le début réel des signes cliniques pouvant survenir à n'importe quel âge, fréquemment avant 30 ans.

Douleurs, constipation et diarrhée sont les trois signes cliniques essentiels et peuvent selon leur association ou leur absence déterminer sept formes cliniques schématiques : douleur isolée, douleur et diarrhée, douleur et constipation, diarrhée isolée, constipation isolée, alternance de diarrhée et de constipation, douleur et alternance de diarrhée et de constipation. L'éventualité d'une hypersécrétion de mucus peut se rencontrer dans certaines formes anciennes « entéro-colites mucomembraneuses » !

Les caractères de la douleur sont extrêmement variables tant par le siège tantôt localisé à une fosse iliaque ou à un hypochondre, tantôt diffus, atteignant la totalité du cadre colique, que par l'intensité (allant de la simple tension douloureuse ou ballonnement à l'abdomen aigu pseudo-chirurgical) ; et l'évolution capricieuse, par crises récidivantes tous les jours, tous les mois ou apparaissant seulement une à deux fois par an.

A cette symptomatologie, peuvent s'ajouter : météorisme, borborygmes, nausées éructation, mauvaise haleine, flatulence, palpitations, proctalgies, insomnies, migraines, etc.

Une telle diversité dans les signes associés s'explique par le caractère psycho-fonctionnel de ces troubles qui peuvent s'accompagner de traits compulsifs ou obsessionnels, phobiques, anxieux ou dépressifs. Cependant, il faut noter qu'aucun des signes cliniques sus-énumérés ne peut être considéré comme spécifique.

L'examen clinique est le plus souvent pauvre, la palpation de l'abdomen pouvant déclencher une douleur à un niveau quelconque du cadre colique, retrouver un caecum gargouillant et sensible ou une corde sigmoïdienne douloureuse.

Le diagnostic ne peut être évoqué que sur un faisceau d'arguments au premier rang desquels figure la chronicité des troubles évoluant au minimum depuis plus de six mois et l'absence évidente d'altération de l'état général, en particulier de tout amaigrissement.

4.1.3. Examens paracliniques

En pratique, le recours aux examens complémentaires est très souvent nécessaire pour éliminer toute organicité au niveau du cadre colique.

la coloscopie est la méthode la plus sûre pour dépister une lésion organique. Elle devrait être envisagée chez tous les patients adultes de plus de 40 ans et pratiquée sous couvert d'une analgésie convenable. Lorsqu'elle n'est pas réalisable ou acceptée, elle peut être remplacée par :

- un lavement baryté en double contraste et ;
- une fibroscopie rectosigmoïdienne.

4.1.4. Traitement.

Plusieurs centaines de médicaments ont été proposées dans le traitement du colon irritable. Il existe un contraste frappant entre leur nombre et leur efficacité, d'où la nécessité de rappeler qu'il s'agit ici d'une maladie fonctionnelle pour laquelle un placebo s'avère efficace dans au moins 40% des cas. Le problème thérapeutique ne peut en fait être résolu d'une façon globale, et bien souvent il s'agit de traiter le symptôme à défaut de pouvoir supprimer la cause. Encore ne faut-il pas la pérenniser.

● Règles hygiéno-diététiques

Il n'y a pas de véritable régime restrictif à prescrire dans une colopathie fonctionnelle. Cependant nous proposons un régime minimal (cf. annexe II). L'abus de certains stimulants de la motricité colique (café, alcool, tabac) doit être déconseillé formellement. Une hygiène alimentaire simple, repas pris dans le calme, aliments consommés en quantité modérée, et mastiqués lentement, est la règle de base.

Très implicitement liée au problème diététique se trouve la discussion portant sur l'indication des cures thermales. Si, chez certains malades elles s'avèrent efficaces, encore faut-il discuter le mécanisme exact de leur action. s'agit-il d'un effet «vacance », d'un effet placebo ou d'un effet thérapeutique?

● Le traitement médical

Le traitement habituel doit être instauré en fonction du symptôme prédominant : douleur, diarrhée ou constipation.

La fréquence habituelle de la symptomatologie fonctionnelle douloureuse explique l'intérêt majeur de l'utilisation des antispasmodiques musculotropes qui permettent de réduire les troubles de la motricité. Il comprend :

- Le traitement de la diarrhée motrice : qui fait appel aux antiseptiques intestinaux habituels, aux ralentisseurs du transit ou dans des cas particuliers à la cholestyramine.
- Le traitement de la constipation doit éviter l'utilisation systématique des laxatifs stimulants et recourir à l'utilisation des fibres alimentaires ou des mucilages associés ou non à des laxatifs huileux.

4.2. LES COLOPATHIES ORGANIQUES

4.2.1 Classification

Les colopathies organiques comprennent les colites et les tumeurs coliques (cf. tableau I et II).

Tableau I : Classement des colites selon l'étiologie

Cause connue
<p>1) Colites infectieuses : Bactériennes Virales Parasitaires Mycosiques</p> <p>2) Colites iatrogènes : Radiques Antimitotiques G.V.H. Antibiotiques Neuroleptiques Maladies des laxatifs</p> <p>3) Colites ischémiques : Aiguës Chroniques</p>
Cause inconnue
<p>4) Maladies inflammatoires intestinales cryptogénétiques : R.C.H. Crohn Behçet Cas frontières (colites indéterminées)</p> <p>5) Divers : Colites collagènes, colites microscopiques, colites des vascularites...</p> <p>6) Colites non classées.</p>

Tableau II : Classification générale de la pathologie tumorale recto-colique [43]

TUMEURS BENIGNES DU COLON ET DU RECTUM	
NEOPLASMES VRAIS	LESIONS NON NEOPLASIQUES
<ul style="list-style-type: none"> • Tumeurs épithéliales : adénomes +++ <ul style="list-style-type: none"> - tubuleux - vilieux - tubulo-vilieux • Tumeurs conjonctives <ul style="list-style-type: none"> - lipomes - léiomyomes - hémangiomes - lymphangiomes - schwannomes - neurofibromes 	<ul style="list-style-type: none"> • Polypes hyperplasiques • Hamartomes <ul style="list-style-type: none"> - polype juvénile - hamartome polypoïde inversé (ulcère solitaire du rectum) • Lésions inflammatoires <ul style="list-style-type: none"> - pseudopolypes inflammatoires (crohn, RCH, bilharziose)
POLYPOSES DIGESTIVES	
POLYPOSE CLASSIQUE	SYNDROME CLINICO – RADIOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Adénomatose rectocolique familiale (syndrome de Gardner) • Syndrome de Peutz-Jeghers (hamartome) • Polypose juvénile (syndrome de Cronkhite-Canada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Polypose inflammatoire • Polypose lymphoïde • Pneumatose kystique
TUMEURS MALIGNES	
TUMEURS PRIMITIVES	TUMEURS SECONDAIRES
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinomes • Carcinoïdes • Lymphomes malins non Hodgkiniens • Sarcomes 	
ENDOMETRIOSE	

4.2.2. Les colites parasitaires [86]

4.2.2.1. L'amibiase colique

a) Epidémiologie

L'amibiase est une protozoose due à une amibe : *Entamoeba histolytica*. Cette espèce est spécifiquement humaine.

• Morphologie du parasite

C'est un protozoaire rhizopode, c'est-à-dire un parasite unicellulaire se déplaçant grâce à des pseudopodes. On distingue trois aspects morphologiques:

- La forme végétative *histolytica* ou *Entamoeba histolytica histolytica* ou le trophozoïte est la forme pathogène qu'on retrouve dans les selles dysentériques, au niveau des abcès de la paroi colique et des métastases viscérales. Elle mesure de 30 à 40 µm. C'est la forme hématophage, très mobile dans toutes les directions dans la lumière colique et elle peut être retrouvée dans les selles non dysentériques.

- Les kystes d'*Entamoeba histolytica* représentent la forme de résistance et de dissémination de l'amibe. Ils mesurent de 10 à 20 µm et ne sont pas hématophages. Cette forme est immobile arrondie. Son diamètre varie de 10 à 20 µm. Elle contient 4 noyaux dans les formes matures, 1 à 2 noyaux dans les formes jeunes.

• Transmission

Elle est essentiellement digestive, à partir de porteurs de kystes, soit directement par les mains sales d'un porteur (ce qui explique les possibilités d'auto-infestation, de contagion familiale), soit indirectement en ingérant des aliments ou des fruits souillés par des déjections humaines ou manipulées préalablement par des porteurs de kystes. Les mouches et les cafards pourraient assurer une dissémination à distance. C'est une maladie fécale par excellence. Une autre voie de transmission a pris ces dernières années une grande importance dans les pays d'Europe, USA et Japon : la voie sexuelle par contact oro-fécal pratiquée par la population homosexuelle masculine [2,21].

• Cycle

Le cycle évolutif d'*Entamoeba histolytica* est double :

- cycle non pathogène au cours duquel les kystes infestants ingérés résistent à l'acide chlorhydrique de l'estomac, s'ouvrent dès leur arrivée dans la première portion de l'intestin à contenu alcalin, et se logent dans les cryptes de la muqueuse du caecum où ils se développent et se multiplient par division pour donner la forme *minuta* à 4 noyaux.

Celle-ci de temps en temps s'enkyste. Les kystes ainsi obtenus sont éliminés avec les selles sans aucun trouble.

- cycle pathogène au cours duquel favorisée par l'affaiblissement de l'état général et bien d'autres facteurs, la forme *minuta* grossit, agresse la muqueuse intestinale et devient la forme *histolytica*

b) Symptomatologie clinique

Polymorphe, elle est subordonnée à des facteurs liés au parasite et à l'hôte.

Les formes asymptomatiques sont surtout le fait des lésions caecales d'où peuvent migrer des amibes, allant se localiser secondairement dans d'autres viscères.

Les formes symptomatiques se traduisent habituellement par de la diarrhée ou de la dysenterie ou des rectorragies. La diarrhée est d'importance moyenne (une dizaine de selles par jour).

La dysenterie est typiquement afécale ; faite de glaire mucopurulente, striée de sang. Le syndrome dysentérique est caractérisé par des douleurs abdominales modérées (à type de douleur sourde, de pesanteur) ou violentes, décrivant le cadre colique, à renforcement paroxystique réalisant des épreintes se terminant par un besoin impérieux d'aller à la selle et d'un ténésme (tension douloureuse du sphincter anal) s'accompagnant d'envies d'aller à la selle.

Parfois, les selles peuvent être franchement sanglantes et réaliser des rectorragies.

Classiquement, il n'y a pas de signes systémiques associés, contrairement aux dysentéries bacillaires, sauf dans les formes amoébo-bacillaires et dans les localisations extra-intestinales.

Les formes compliquées sont : les localisations extra-intestinales, les formes chroniques sténosantes, les formes pseudo-tumorales ou amoébomes et les formes suraiguës réalisant les tableaux d'amibiase maligne.

c) Examens paracliniques

Il s'agit des examens suivants : parasitologie des selles, lavement baryté (LB), immunologie amibienne, endoscopie du côlon et histologie.

• Parasitologie des selles

Sa technique doit être irréprochable. L'examen direct immédiat d'un fragment de selles ou de crachat dysentérique émis juste avant l'examen, permet d'observer au mieux les formes végétatives encore vivantes et mobiles et d'en préciser les caractères.

Les parasites peuvent également être mis en évidence sur des prélèvements coliques obtenus par brosse ou biopsie.

· Immunologie

L'immunofluorescence indirecte et les tests de précipitation ont peu d'intérêt dans l'amibiase intestinale ; ils sont faiblement positifs ou négatifs même dans les dysenteries aiguës. Cependant ils ont un intérêt dans les formes chroniques et les formes extraintestinales

· Lavement baryté (LB)

Il a peu d'intérêt et ne montre que des anomalies non spécifiques : déformation des plis et ulcérations pariétales en cas d'amibiase aiguë, alternance de zones spasmées en pile d'assiettes et de zones atones ; tubulées dans l'amibiase chronique.

· Endoscopie

Initialement limitée à la pratique d'ano-rectoscopie, l'endoscopie de l'amibiase intestinale s'est étendue à la rectosigmoïdoscopie, puis à l'ensemble du côlon.

L'endoscopie a plusieurs intérêts. Elle permet la visualisation de l'extension des lésions sur le côlon, des prélèvements de mucus et de pus pour analyse parasitologique et bactériologique, des biopsies coliques pour étude histologique. La muqueuse est par endroits recouverte d'enduits glaireux, hémorragiques, purulents. Les lésions observées sont diverses.

Dans les stades précoces de l'amibiase intestinale aiguë, la muqueuse surtout rectale, est hyperplasique, oedématisée, congestive, rougeâtre, parfois purpurique. Ces lésions correspondraient à des lésions pré-ulcéreuses. Secondairement, apparaissent des ulcérations multiples, de taille et de profondeur variables, de formes diverses (arrondies ou en coups d'ongle). La muqueuse entre les ulcérations est rarement normale, souvent congestive, saignant au contact appuyé du coloscope. A un stade tardif peuvent se développer des pseudopolypes sessiles séparés par une muqueuse abrasée.

· Histologie

Elle objective les lésions suivantes : destruction de l'épithélium, abcès des cryptes, ulcération de la muqueuse, granulome inflammatoire non spécifique de la *lamina propria* et surtout des trophozoïtes à l'intérieur des exsudats ou en bordure des ulcérations, voire quelques rares fois à l'intérieur des vaisseaux.

d) Traitement

Il repose essentiellement sur l'utilisation d'amoebicides. On distingue les amoebicides de contact, les amoebicides tissulaires et les médicaments adjuvants.

· Amoebicides de contact

Ils sont actifs sur les formes *minuta* dans la lumière colique et sont efficaces sur l'éradication des kystes chez les patients asymptomatiques. Ce sont les oxyquinoléines iodées (DIREXIODE*, ENTERO-VIOFORME*), les oxyquinoléines non iodées (INTETRIX*) et la paromomycine qui est active contre les trophozoïtes [67]. La paromomycine constituerait une alternative thérapeutique dans l'amibiase de la femme enceinte où le métronidazole induirait des risques de malformations au premier trimestre de la grossesse et d'avortements [49]. Cette assertion tend à être dépassée de nos jours.

• *Amoebicides tissulaires*

Ils sont actifs sur les formes *histolytica* et agissent par voie sanguine dans la profondeur des tissus. Ce sont :

- les dérivés imidazolés : métronidazole (FLAGYL*), secnidazole (FLAGENTYL*), tinidazole (FASIGYNE*), ornidazole (TIBERAL*). Le plus utilisé est le métronidazole.

- la dehydroémétine : de tolérance médiocre et d'emploi exceptionnel, elle est réservée à des abcès amibiens du foie qui ne répondent pas au métronidazole.

• *Médicaments adjuvants*

Ils permettent de lutter contre les surinfections bactériennes. Ce sont les cyclines et les antibiotiques actifs sur les germes isolés par coproculture.

4.2.2.2. La bilharziose colique

Nous allons nous intéresser à la bilharziose à *Schistosoma mansoni*. Elle est la plus fréquente dans nos régions et les localisations intestinales sont plus importantes qu'avec *Schistosoma japonicum* et *intercalatum*.

a) Epidémiologie

● Le parasite et son cycle

- Les vers

Les vers adultes sont situés dans les vaisseaux du système porte. Le ver mâle mesure 6 à 20 mm. La femelle mesure 20 mm de long et a un diamètre de l'ordre de 0,5 mm. Elle est contenue dans le canal gynécophore formé par le mâle (10x1mm) qui est enroulé longitudinalement autour d'elle.

- Les oeufs

Les oeufs, ovalaires, mesurent en moyenne 140 sur 60 μ . Ils possèdent un éperon latéral. Lorsqu'ils sont vivants, la structure du miracidium qu'ils contiennent et notamment ses cils mobiles sont visibles. Les oeufs morts perdent toute leur structure, deviennent opaques et, dans les tissus, sont susceptibles de se calcifier.

- Le cycle évolutif

Le cycle est analogue pour les différents schistosomes. Il comporte nécessairement une maturation chez un hôte intermédiaire qui est un mollusque d'eau douce.

Les oeufs quittent l'organisme parasité avec les selles. Ils libèrent rapidement dans l'eau le miracidium qu'ils contiennent. Le cycle ne peut se poursuivre que s'il rencontre le mollusque hôte intermédiaire, type Planorbe, spécifique de l'espèce parasitaire.

Le parasite réalise chez cet hôte une évolution et une multiplication. Elles aboutissent en 1 mois à la formation de furcocercaires, qui libérés dans l'eau, pénètrent dans l'organisme par voie trans-cutanée. Par les veines ou les lymphatiques, les parasites atteignent le coeur puis les poumons où ils se trouvent du 2^e au 8^e jour en moyenne après l'infestation. Ils gagnent à nouveau le coeur, les veines splanchniques, la veine porte et enfin ses branches

terminales intra-hépatiques. Ils s'y accouplent au terme de leur maturation qui s'est poursuivie tout au long de la migration.

Les schistosomes gagnent ensuite à contre-courant les veinules d'origine du système porte et les femelles déposent leurs oeufs dans les parois coliques et rectosigmoïdiennes (surtout sigmoïdienne pour *Schistosoma mansoni*).

● Répartition géographique

La bilharziose à *Schistosoma mansoni* touche environ 60 millions d'individus et sévit dans l'ensemble de l'Afrique Noire à l'exception de certains pays du Sud de l'Afrique (partie Ouest). En Afrique de l'Ouest, la limite de la zone d'endémie remonte moins haut que pour *Schistosoma haematobium* ;

- sur la côte Est de Madagascar ;
- en Egypte ;
- les Antilles sont intéressées et notamment la Guadeloupe et la Martinique.

Dans ces zones où elle atteint des millions de personnes, cette parasitose est d'autant plus fréquente que les mollusques hôtes intermédiaires sont plus nombreux. Ils vivent dans les eaux calmes (marigots, lacs, etc.) et, pour certaines espèces, dans les eaux où le courant est faible (berges des cours d'eau).

b) Clinique

- la pénétration des cercaires peut provoquer un prurit et un érythème local transitoire,
- la migration du parasite peut s'accompagner d'une fièvre, d'un prurit, d'une éruption urticarienne, voire de céphalées, d'arthralgies, d'un syndrome de Loeffler. L'hyper-éosinophilie est constante et élevée.

Ces manifestations cliniques sont absentes ou peu intenses.

- A la phase d'état apparaissent les manifestations focales.

Les manifestations intestinales sont les premières en date. Leur intensité est très variable. Inconstantes, elles se limitent souvent à une diarrhée faite de selles pâteuses, parfois striées de sang et à quelques douleurs abdominales. L'atteinte intestinale ne constitue pas le problème majeur : ses manifestations s'amendent spontanément et ses complications (occlusions, hémorragies) sont rares.

C'est l'atteinte hépatique qui fait toute la sévérité de la maladie. Cliniquement, on note une hépatomégalie globale, très ferme associée à une splénomégalie souvent importante. Le foie devient secondairement atrophique tandis que se développe une hypertension portale dont témoignent circulation collatérale et varices oesophagiennes. La splénomégalie s'accroît autant par l'hypertension que par l'atteinte parasitaire de l'organe.

c) Paraclinique

• Diagnostic parasitologique direct

Les oeufs de *Schistosoma mansoni* se reconnaissent à leur grand éperon latéral ; il importe d'apprécier leur vitalité en distinguant les oeufs qui contiennent un miracidium vivant mobile et ceux qui sont morts ou calcifiés.

- on recherche les oeufs dans les selles par l'examen direct d'un fragment de matières ou de mucosités, prélevé à la surface d'une selle dure, par les techniques de concentration ou par la technique de Kato (permettant la numération des oeufs) ;

- la biopsie rectale haute ou sigmoïdienne portera de préférence sur une zone suspecte ; s'il existe un polype, il est prélevé puis examiné par les techniques histologiques habituelles ;

- la ponction biopsie hépatique met assez souvent en évidence des oeufs acido-alcool-résistants, sur les colorations de Ziehl.

• Diagnostic indirect

- l'éosinophilie sanguine est souvent plus élevée que dans la bilharziose urinaire, mais ses variations sont identiques ;

- les tests immunologiques sont les mêmes que dans la bilharziose urogénitale avec des taux souvent plus élevés ; la présence de l'arc 8 en immunoélectrophorèse est spécifique de la bilharziose à *Schistosoma mansoni*.

d) Traitement

Le niridazole (AMBILHAR*) est maintenant remplacé par des produits plus efficaces comme :

- l'oxamniquine (VANSIL*, MANSIL*) : actif uniquement sur *Schistosoma mansoni* à la dose unique de 15-20 mg/kg de préférence au cours des repas ;

- l'oltipaz (35972 R.P) : actif à la dose unique de 15 mg/kg sur *Schistosoma mansoni*.

- le praziquantel (BILTRICIDE*) : actif à la dose de 40 mg/kg en 1 ou 2 prises, un seul jour.

4.2.3 Les maladies inflammatoires cryptogénétiques

4.2.3.1. La maladie de CROHN [18,32]

a) Epidémiologie

● Répartition géographique

La fréquence de la maladie de Crohn a augmenté pendant les années 1960 avec un plateau de 1970 à 1980.

La maladie de Crohn est très fréquente en Amérique du Nord, et en Europe du Nord, atteignant 54 à 75/100.000. Elle est plus rare en Nouvelle Zélande et en Afrique qu'en Europe et très rare en Inde et au Chili.

La maladie se rencontre plus dans la race blanche que dans les races noire ou jaune.

Elle est 5 à 6 fois plus fréquente chez les sujets de tradition juive aux USA, que les non juifs.

En Angleterre, les populations d'origine Indo-asiatique sont moins touchées que les autres groupes, suggérant le rôle de l'origine raciale.

Les facteurs socio-économiques, culturels, psychologiques ne semblent pas jouer un rôle particulier [15,88,91]

● Age sex-ratio

L'affection peut se révéler à tout âge, les courbes d'incidence objectivement une prédominance entre 15 et 40 ans [15,48,91]

Le sex-ratio est voisin de 1.

b) Etiopathogénie

L'étiologie de la maladie de Crohn n'est pas connue, mais de nombreuses constatations indiquent l'intervention de facteurs génétiques [52] et de facteurs environnementaux [66].

Les données épidémiologiques actuelles sont suffisamment précises pour affirmer l'intervention de facteurs génétiques dans la genèse de la maladie de CROHN. L'observation récente d'une fréquence élevée de HLA B12 et à un moindre degré de EW5 et DR7 dans la maladie de CROHN ,pourrait apporter une preuve à cette hypothèse [15]. Il existe également une liaison avec l'antigène HLA B 27 dans les formes compliquées de spondylarthrite ankylosante. Plusieurs observations de la maladie de CROHN chez des jumeaux homozygotes ont été rapportées. Les facteurs liés à l'environnement sont principalement représentés par les agents infectieux, le régime alimentaire, le tabac, les contraceptifs oraux.

c) anatomie pathologique de la colite granulomateuse

La colite granulomateuse peut être pure ou associée à l'iléite. La forme colique isolée représente environ 1/3 des observations.

Dans une étude multicentrique portant sur 190 observations [79]

- l'hémicôlon droit est atteint dans 25% des cas,
- l'hémicôlon gauche dans 14% des cas,
- la maladie est diffuse dans 50% des cas,
- Elle est plurisegmentaire dans 11% des cas,
- le rectum n'est touché que dans les formes coliques gauches.

Macroscopie [79]

La maladie de Crohn associe à des degrés divers trois types de lésions : les ulcérations, l'épaississement pariétal, l'aspect en pavés de la muqueuse.

- Les ulcérations de la muqueuse :

La muqueuse est sillonnée par des ulcérations longitudinales, de plusieurs centimètres de longueur, 2 à 4 millimètres de largeur, à fond brunâtre recouvert d'un enduit purulent rarement hémorragique.

Quand le rectum est atteint, il montre des ulcérations isolées dans une muqueuse oedématisée. Dans 1/3 des cas environ, on peut observer des ulcérations de petite taille, aphtoïdes ou à contours polycycliques, irréguliers en carte de géographie.

- L'épaississement pariétal est constant, mais les sténoses y sont rares. Il peut intéresser toute une anse, réalisant un intestin en « tuyau d'arrosage ».
- L'aspect en « pavés » de la muqueuse est de loin le signe le plus caractéristique et pratiquement constant au niveau du côlon. Des crevasses transversales relient en barreau d'échelle des ulcérations longitudinales en formant un pavage irrégulier en fil de galets ou en épis de maïs.

A côté de ces lésions macroscopiques essentielles, une sclérolipomatose des mésos peut s'observer, mais moins importante que dans l'atteinte iléale.

Microscopie

Les critères microscopiques de la maladie de Crohn comportent trois signes majeurs :

- Les granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sont les plus représentatifs (50 à 70% des cas) et varient d'un individu à l'autre. Ils sont faits de cellules histiocytaires vaguement épithélioïdes, quelques lymphocytes et inconstamment des cellules géantes. Ils atteignent surtout la sous muqueuse et la séreuse, très exceptionnellement la muqueuse, les ganglions dans 25% des cas, où ils existent dans la paroi.
- Les fissures représentent le signe à la fois le plus fréquent et le plus caractéristique. C'est une fente ou craquelure, qui part de la muqueuse, souvent d'un cul-de-sac glandulaire ; bordée d'un tissu nécrotique et granulomateux, elle s'arrête le plus souvent dans la sous-muqueuse, plus rarement dans la musculuse. Elle peut être le point de départ d'une fistule, se terminer dans un abcès mural ou se bifurquer.
- Les nodules lymphoïdes : constants dans la maladie, ils forment des raptus lymphocytaires autour des lymphatiques et parfois des nodules à centre clair dans la sous muqueuse et la séreuse. On peut y trouver aussi quelques plasmocytes et des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles.

d) Diagnostic

● **Diagnostic positif**

Forme type : La forme iléo-caecale de l'adulte

• ***Circonstances de découverte***

Les formes du grêle d'évolution insidieuse peuvent être opposées aux formes coliques étendues, dont la symptomatologie est parfois très bruyante. Les symptômes révélateurs sont variés :

Manifestations intestinales

- la diarrhée : signe révélateur fréquent, présent 9 fois sur 10 , à un moment quelconque de l'évolution
- les douleurs abdominales : elles peuvent être :
 - .atypiques : simple inconfort,
 - .trompeuses : pseudoulcéreuses,
 - .aiguës : pseudo - appendiculaires

- les nausées et vomissements : peuvent parfois résumer la symptomatologie clinique.
- les hémorragies intestinales : rares. Rencontrées surtout dans les formes coliques.
- l'altération de l'état général : asthénie, amaigrissement, fièvre.

Les complications

Ce sont surtout les manifestations anopérinéales, dont la fréquence (23 à 36%) justifie qu'elles figurent même parmi les signes cardinaux de la maladie. Elles précèdent les autres symptômes de 1 à 5 ans dans 37% des cas. Trois complications s'observent fréquemment :

- les fistules,
- les abcès qui précèdent ou accompagnent les fistules,
- les occlusions ou les états sub-occlusifs.

• **Examen clinique**

Apprécie l'atteinte de l'état général, un certain degré d'anémie. Il est possible de palper une masse abdominale d'observer une pâleur, un hippocratisme digital.

• **Examens complémentaires**

- La radiologie

Les examens radiologiques sont à éviter pendant les poussées graves.

- . le transit du grêle
- . le lavement baryté, surtout en double contraste
- L'endoscopie

Les examens endoscopiques aident au diagnostic (en dehors des poussées graves) et à la surveillance des patients.

. la rectoscopie : montre une muqueuse rectale macroscopiquement indemne dans 80% des cas. Les biopsies sont systématiques.

. la coloscopie : les aspects endoscopiques correspondent étroitement aux lésions décrites lors de l'étude anatomopathologique. Ils sont cependant liés à l'évolution particulière de la maladie, faite de poussées, de rémissions complètes ou le plus souvent partielles.

Trois stades sont décrits, de gravité différente mais qui le plus souvent coexistent chez un même malade : classification de KERSCHEN WELL [31]

.Premier stade : les lésions élémentaires

Elles sont connues depuis longtemps des anatomopathologistes qui les décrivent sous le nom de maladie de Crohn au début (Early Crohn's disease). Elles sont restées longtemps ignorées car elles ne sont pas décelées la plupart du temps par l'examen radiologique.

Deux types de lésions sont décrits :

- ulcère aphtoïde et
- ulcère superficiel.

Aux deux précédentes lésions s'ajouteront les érythèmes localisés ponctiformes ou non, classiques, « taches rubis » de la maladie de Crohn.

Deuxième stade : les complexes ulcéro-nodulaires

Les ulcérations constituent la lésion anatomique principale de l'affection.

Troisième stade : la colite segmentaire

Ce stade est caractérisé par la confluence, l'association des complexes ulcéro-nodulaires.

L'intérêt de la coloscopie par rapport aux explorations précédentes, radiologiques notamment, est de mettre en évidence les formes jeunes élémentaires de la maladie de Crohn.

. une fibroscopie oesogastro-duodénale systématique cherchera une localisation haute associée :

. Les examens biologiques

Ils s'orientent vers la recherche des stigmates et l'appréciation du degré de l'inflammation : on retrouve le plus souvent à la NFS une hyperleucocytose avec un syndrome inflammatoire (augmentation de la vitesse de sédimentation, élévation des gamma globulines) et une anémie ferriprive.

Les formes cliniques

- Les formes topographiques

. la localisation colique : peut être pure ou associée à la localisation iléale.
 . la localisation ano-périnéale : elle est fréquente à type de fissures, fistules, ulcérations. La localisation anale exclusive ne concerne que 3% des cas
 . autres localisations : elles sont rares. Tout le tube digestif peut être le siège de lésions crohniennes : la bouche, l'oesophage, l'estomac, le jéjunum, l'appendice.

- Les formes selon le terrain

. chez l'enfant et l'adolescent, elle occasionne un retard staturo-pondéral et un retard pubertaire à l'adolescence dans 30-40% des cas ;
 . chez la femme en période d'activité génitale, une fertilité moindre est habituellement constatée ;
 . chez le sujet âgé, la maladie peut s'associer à une diverticulose sigmoïdienne.

- Les formes symptomatiques

Les manifestations extra - digestives fréquentes concernent un malade sur quatre souvent associées entre elles.

il s'agit de spondylarthrite ankylosante, de polyarthrite ,d'inflammation oculaire, d'iridocyclite, de manifestations hépatiques (steatose granulomateuse).

● Diagnostic différentiel

Cliniquement, radiologiquement ou endoscopiquement, certaines affections relevant de thérapeutiques spécifiques peuvent prêter à confusion :

- diverticulite,
- appendicite,
- colite ischémique ou radique,
- rectite radique ou vénérienne,
- colite infectieuse ou parasitaire,
 - . yersiniose, salmonellose,
 - . shigellose, chlamydie,
 - . infection à cytomégalovirus, amibiase,
 - . tuberculose surtout (+++)
- la rectocolite hémorragique, qui peut en tout point être confondue avec la maladie de Crohn., de localisation exclusivement basse. Même les prélèvements biopsiques peuvent prêter à confusion.

e) traitement

● Le traitement médical

Il comprend deux volets : symptomatique d'une part, à visée pathogénique d'autre part

- **Le traitement symptomatique :**

de la diarrhée : diététique, ralentisseurs du transit (DIARSED*, IMODIUM*), QUESTRAN* (qui chélate les sels biliaires mal réabsorbés), cyclines (en cas de pullulation microbienne en amont d'une sténose du grêle).

des douleurs : antispasmodiques et antalgiques

des désordres nutritionnels : diététique (hypercalorique et hyperprotidique), apport vitaminique, alimentation entérale par pompe, perfusion de sang et d'albumine, alimentation parentérale (notamment dans les cas graves et/ou en pré-opératoire)

-anti-infectieux : salazopyrine, métronidazole actif sur les anaérobies ; voire antibiothérapie à large spectre.

-traitement à visée pathogénique : corticoïdes (1mg/kg/j) en une seule prise le matin pendant plusieurs semaines puis de façon dégressive la posologie sera réduite ; immunosuppresseurs (AZATHIOPRINE* OU IMUREL*), voire au contraire immunostimulants (BCG*, SOLASKIL*)

● Le traitement chirurgical

Le dogme de l'économie domine toujours les indications chirurgicales de la maladie de CROHN étant donné le danger de récurrences successives que ferait courir une chirurgie trop précoce. Classiquement il s'agit d'une chirurgie d'exérèse limitée au segment atteint, pratiquée si possible à froid devant des sténoses irréductibles, des abcès ou des fistules résistant au traitement médical. La résection doit passer à distance des lésions et le bilan des lésions est un temps fondamental. La tendance actuelle est d'être conservateur le plus possible et de proposer la dilatation per-opératoire ou per-endoscopique des sténoses plutôt que leur résection.

4.2.3.2. LA RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE (RCH) [16,68]

a) Epidémiologie

● Répartition géographique

La recto-colite hémorragique est relativement fréquente dans les pays anglo-saxons et scandinaves. On relève en effet, une incidence de 6 à 7 pour 100.000 habitants et une prévalence variant entre 45 et 80 pour 100.000 habitants.

En France, la maladie est nettement plus rare ; 2,4 pour 100.000 habitants. En Afrique Noire, la maladie est rare (fréquence très faible). Il est bien possible que

dans ce dernier continent, nombreux soient les cas de RCH méconnus et / ou non rapportés.

● Age - Sex-ratio

Une incidence bimodale en fonction de l'âge d'apparition de la maladie a été signalée. Il existerait en effet un pic maximal aux alentours de la trentaine et un deuxième pic situé après 50 ans.

● Facteurs ethniques et socio-économiques.

Dans les statistiques Nord-Américaines et Européennes, il existe une forte proportion de RCH dans la population d'origine juive. Cependant, en Israël, la fréquence de RCH est plus faible que dans les pays anglo-saxons. Il est habituel de signaler la rareté de l'affection chez les noirs africains ou américains. Plusieurs statistiques ont mis en évidence le niveau éducatif et culturel élevé et la prédominance citadine des malades atteints de RCH par rapport à la population générale. Ces faits ne sont pas retrouvés dans toutes les séries.

b) Etiopathogénie

Plusieurs hypothèses ont été avancées : infectieuses, allergique, immunologique, psychique, neuromusculaire. On peut retenir essentiellement l'existence de lésions ischémiques secondaires à des troubles neuro-musculaires sur lesquels se grefferaient des facteurs infectieux entraînant l'apparition d'anticorps dirigés contre les antigènes bactériens, mais aussi contre la muqueuse colique.

c) Anatomie pathologique

La localisation des lésions est la suivante :

- . le rectum est atteint dans 9% des cas,
- . le recto-sigmoïde dans 23% des cas,
- . le rectum et le côlon gauche dans 24% des cas,
- . le rectum, le côlon gauche et le transverse dans 14% des cas,
- . tout le côlon dans 30% des cas

Macroscopie

Extérieurement on note un raccourcissement global du côlon et la diminution du calibre du rectum . A l'ouverture du côlon les lésions sont caractéristiques en raison de:

leur topographie: les lésions intéressent la muqueuse colique sans intervalle de muqueuse saine.

leur morphologie: la muqueuse est atteinte de façon plus ou moins importante, de coloration rouge vineux, d'aspect granuleux.

On note des ulcérations qui sont ,soit arrondies ,soit en carte de géographie et recouvertes d'un enduit blanchâtre. Certaines sont superficielles, d'autres profondes réalisant un aspect en « terre labourée ». Dans les formes évoluées il

existe un aspect de pseudopolypes tapissant la muqueuse colique, posant un problème de diagnostic différentiel avec la polypose familiale.

Microscopie:

Au début la seule lésion visible est un décollement de l'épithélium.

A la phase d'état:

. *au niveau des glandes*: elles sont toujours atteintes et présentent des aspects cryptiques qui peuvent se rompre. Il existe une dédifférenciation cellulaire qui se traduit par une diminution des cellules mucosécrétantes qui sont remplacées par des cellules basophiles.

. *au niveau du chorion*: il est toujours altéré de façon majeure avec des troubles vasculaires constants à type de congestion et d'œdème, d'un infiltrat inflammatoire dense fait de lymphocytes, de plasmocytes et surtout de polynucléaires éosinophiles.

. *la sous-muqueuse* peut-être normale mais parfois elle peut constituer le fond des ulcérations. Elle apparaît alors congestive, inflammatoire avec présence de micro-abcès.

. *la musculuse*: elle est longtemps respectée, mais peut contenir des infiltrats inflammatoires.

d) Diagnostic

● **Diagnostic positif**

Type de description : la RCH de l'adulte jeune

*** Signes fonctionnels**

Le signe clinique essentiel de la RCH est l'apparition plus ou moins brutale d'émissions rectales hémorragiques ou muco-hémorragiques en nombre variable (5 à 10 par jour en moyenne). Ces émissions surviennent parfois après une circonstance révélée par l'interrogatoire : choc affectif, atteinte infectieuse, virale ou administration d'antibiotiques.

Elles ne s'accompagnent généralement pas de douleurs abdominales ni de signes rectaux associés.

Les troubles du transit intestinal ne sont pas obligatoires, mais il est possible de constater soit des selles diarrhéiques et hémorragiques, soit un état de constipation chronique.

*** Examen physique**

Il est pauvre et on note seulement un abdomen légèrement météorisé.

*** Examens paracliniques**

Les examens radiologiques

..L'ASP : elle est normale dans les formes simples. Dans les formes compliquées, elle montre une dilatation aiguë du côlon ou mégacôlon toxique.

..Le lavement baryté : il apporte des précisions sur l'étendue et la morphologie de l'atteinte. On doit savoir cependant que ses résultats sous-estiment l'extension des lésions.

L'endoscopie

- *La rectosigmoidoscopie* est l'examen capital. Elle permet de constater une atteinte diffuse de la muqueuse rectale qui apparaît hémorragique ou congestive, saignant alors au contact. Cette atteinte remonte plus ou moins haut vers le côlon et présente la particularité d'être homogène, c'est-à-dire aucune zone saine. De petites ulcérations sont parfois visibles ; certaines étant recouvertes d'un enduit diphtéroïde. Les biopsies permettent de constater la présence de lésions de recto-colite oedémateuse et hémorragique prédominant au niveau de la muqueuse, associées parfois à des infiltrats lymphoplasmocytaires ou à des abcès cryptiques (présence de leucocytes au fond des cryptes glandulaires). Aucune lésion histologique ne peut être considérée comme spécifique, ; mais leur confrontation aux données endoscopiques et radiologiques permet le plus souvent de porter un diagnostic de certitude.

- *La coloscopie* : elle permet le plus souvent au décours de la poussée aiguë, de faire le bilan des lésions et de pratiquer des biopsies étagées à la recherche d'une éventuelle malignité. Classiquement, contre-indiquée dans les poussées sévères, après avoir éliminé la suspicion de perforation, elle peut être pratiquée avec prudence car elle donne des renseignements indispensables en objectivant des signes d'extrême gravité : ulcérations profondes et longitudinales, confluentes, labourant la muqueuse ou décollements muqueux.

Les examens parasitologiques des selles et coprocultures

Ils sont systématiques, de même que les hémocultures en cas de fièvre.

***Evolution**

Il y a 3 modalités évolutives :

- Evolution par poussées successives avec 2 ou 3 poussées par an, et en dehors des poussées le malade a une vie normale. La poussée peut être déclenchée par un choc émotionnel, un écart alimentaire ou une infection.

- Evolution continue ou subintrante qui dure plus de 6 mois. Ces formes sont heureusement rares.

- Evolution fulminante grave également rare avec un début brutal avec diarrhée cholériforme et un tableau de toxi-infection.

Cliniquement l'abdomen est ballonné uniformément douloureux et la radiographie de l'A.S.P visualise un mégacôlon toxique. Cette forme peut être déclenchée par un lavement baryté ou une coloscopie.

Sur le plan biologique, on note une hypoprotidémie avec hypokaliémie, hypoalbuminémie et hyperleucocytose.

Elle répond très mal au traitement médical et on est souvent obligé de proposer une colectomie totale.

Les formes cliniques

***Les formes topographiques**

- *les formes basses* : qui intéressent le rectum et se manifestent par une diarrhée modérée sans altération de l'état général.

- *Les pancolites* : qui se voient d'emblée ou au décours d'une diarrhée.

*** Les formes selon le terrain**

- la forme de l'enfant qui se voit dans 1 à 10% des cas,

- la forme du nourrisson qui est exceptionnelle,

- la forme de la femme enceinte : il semble que l'effet de la grossesse soit bénéfique sur la RCH ; par contre dans le post-partum, on peut noter une recrudescence des signes.

* **Les formes compliquées**

- Les complications locales

- . les ulcérations ano-rectales
- . les abcès et fissures anales
- . les hémorragies coliques massives
- . les perforations coliques

- La cancérisation

Elle doit être la hantise après une longue évolution. Ce risque serait multiplié par 23 après 10 à 12 ans, multiplié par 32 après 20 ans. Ceci justifie la surveillance histo-endoscopique annuelle, même en phase de quiescence.

- Les complications extra-coliques

Elles sont :

- . articulaires : polyarthrite périphérique, spondylarthrite ankylosante, sacro-ileites isolées ;
- . dermatologiques : pyoderma, aphtose, érythème noueux ;
- . oculaires : conjonctivites, iritis ;
- . hépatiques : à type de stéatose, d'amylose, de cholangite sclérosante.

● **Diagnostic différentiel**

Il se pose avec :

- la maladie de Crohn qui peut en tout point être confondue avec la RCH. Mais l'aspect histologique n'est pas spécifique dans la RCH et sa localisation est exclusivement basse ;
- la polypose recto-colique familiale. Le diagnostic différentiel est difficile et il faut se référer aux antécédents du malade, à l'âge du malade (RCH touche l'adulte jeune) ;
- les polypes ischémiques . Ils peuvent simuler une RCH lorsqu'ils s'accompagnent de diarrhée et d'hémorragie digestive basse ;
- les colites amibiennes. L'examen parasitologique des selles fait la différence
- Les rectites et les rectocolites radiques: le diagnostic repose sur les antécédents et la biopsie ;
- la tuberculose colique dans sa forme dysentérique. Elle est rare.

e) **Traitement**

• **Les buts du traitement :**

- atténuer et traiter la diarrhée,
- lutter contre l'inflammation.

• **Les moyens**

* **Médicaux**

- les mesures hygiéno-diététiques : reposent dans les formes graves sur le régime d'épargne colique et la mise au repos du côlon en cas de poussée. En dehors des poussées, l'alimentation doit être équilibrée ;

- les médicaments symptomatiques : ralentisseurs du transit comme le DIARSED*, l'IMODIUM*. Le traitement martial en cas d'anémie (fer et acide folique) ;

- les mesures à visée pathogénique : lutte contre la maladie.

On retrouve la Salazopyrine qui a une action antiseptique, anti-inflammatoire.

En cas d'allergie on peut donner du Métronidazole. On a aussi la corticothérapie : Prednisone à raison de 20 à 60 mg par voie générale ou en traitement local par le BETNESOL*.

Il y a aussi les immunosuppresseurs comme l'imurel* à raison de 2 à 5 mg/kg/J.

On peut faire une association IMUREL* + Prednisone.

* **Chirurgicaux**

Il y a 2 méthodes :

- la coloprotectomie : qui enlève tout le segment colique malade ainsi que le rectum,

- la colectomie totale avec anastomose iléo-rectale.

• **Les indications du traitement**

- les formes bénignes ou moyennes avec atteinte distale sans retentissement sur l'état général, relèvent du traitement médical ;

- dans les formes fulminantes, il faut faire une réanimation pré-opératoire et réaliser une colectomie totale.

Les perforations et cancérisations relèvent de la chirurgie.

4.2.4 Les tumeurs recto-coliques

4.2.4.1. Les polypes recto-coliques [4,44]

a) Définition

Le terme de Polype désigne une entité purement macroscopique ; il définit toute tumeur ou formation circonscrite bénigne, sessile ou pédiculée, saillant dans la lumière digestive.

b) Les aspects épidémiologiques des polypes

● Répartition géographique

De grandes variations de fréquence sont observées selon les populations et les régions géographiques.

Dans l'ensemble, la fréquence des polypes en particulier comme celle des cancers colo-rectaux, est faible en Afrique, au Japon, en Amérique Latine et est élevée en Europe, en Amérique du Nord et en Australie [34,74]

Ces variations de fréquence semblent correspondre à des facteurs raciaux et surtout d'environnement, en particulier des facteurs alimentaires qui

sont les mieux connus : les régimes alimentaires occidentaux sont riches en graisses animales et pauvres en fibres alimentaires. Contrairement, à la plupart des régimes alimentaires des zones de basse fréquence de polypes colo-rectaux qui sont pauvres en graisses animales et riches en fibres alimentaires.

Ces constatations sont illustrées par certaines études faites aux Etats-Unis dans les populations blanche et noire d'une part et chez les émigrés japonais d'Hawaii d'autre part [38] : chez les Noirs Américains et chez les émigrés japonais, on observait une fréquence élevée de polypes adénomateux comparable à celle de la population blanche.

● Age et sexe

La fréquence des polypes varie avec l'âge, le sexe et le type histologique du polype.

La fréquence globale des polypes augmente avec l'âge comme le montre la plupart des études [45,69]

Il existe en général une prédominance masculine.

c) Aspects anatomo-pathologiques

- Macroscopie

* *Aspects des Polypes*

Le polype est constitué de deux parties :

- le polype proprement dit,
- sa zone d'insertion qui peut être :
 - . courte et large, réalisant un polype sessile,
 - . étroite et longue réalisant un polype pédicule.

Sa taille est très variable, d'un millimètre à plusieurs centimètres ; quand il est très volumineux, le polype peut réaliser une véritable nappe tumorale sessile. Sa surface est généralement lisse ; parfois on peut avoir des polypes d'aspect grumeleux, d'aspect chevelu ou d'aspect polylobé.

Sa couleur est le plus souvent rouge, tranchant avec l'aspect rose normal de la muqueuse colo-rectale. Le polype peut également avoir un aspect translucide.

* *Répartition topographique des polypes*

En règle générale, ils prédominent sur le côlon gauche et le rectum, en particulier au niveau du recto-sigmoïde [65,76,80]

* *Nombre des polypes*

Il est très variable, de un à plusieurs centaines. Ils peuvent être si nombreux qu'ils réalisent un véritable « tapis de laine ».

La distinction entre polypes et polypose constitue parfois une difficulté : combien de polypes font une polypose ?

Potet [82] définit une polypose comme « une collection de plus de cinq polypes qui ont tendance à se reproduire et à augmenter en nombre entre deux examens successifs » alors que Bousson exige la présence de plus de cent polypes pour poser le diagnostic de polypose [99]

En fait, plus que les données numériques, ce sont les données cliniques et génétiques qui permettent de définir une polypose digestive.

On peut parler de polypose lorsque le premier examen découvre plus de cinq à huit polypes et qu'à des examens successifs, on constate l'apparition de

nouveaux polypes, signant le caractère polypogène de la muqueuse recto-colique.

L'existence d'antécédents familiaux de polypes ou polyposes lors de l'enquête familiale atteste du caractère génétique de la polypose. Néanmoins, ce deuxième argument n'est pas absolu car il existe des polyposes non familiales comme la polypose inflammatoire dans le cadre d'une amibiase recto-colique.

** Les différents types de polypes*

La classification internationale actuelle de l'OMS des polypes

C'est une classification anatomo-pathologique décrite par MORSON et collaborateurs en 1976 [69]

. Cette classification a le mérite de distinguer les polypes néoplasiques parmi lesquels figurent les adénomes (lésions précancéreuses) des polypes non néoplasiques. Les polypes néoplasiques ont un caractère prolifératif à la différence des polypes non néoplasiques.

Parmi les polypes néoplasiques, certains ont un potentiel malin, c'est-à-dire qu'ils sont susceptibles de se transformer en cancer : c'est le cas des adénomes (néoplasmes bénins à potentiel malin).

+ *Les polypes néoplasiques*

• Les adénomes

La classification de l'OMS subdivise les adénomes en trois types :

- l'adénome tubulaire ou tubuleux,
- l'adénome vilieux,
- l'adénome tubulo-vilieux.

• les carcinoïdes

• les polypes conjonctifs

+ *Les polypes non néoplasiques*

.- Les hamartomes ou dysembryoplasies :

- . le polype juvénile
- . le polype de Peutz-Jeghers

- Les polypes métaplasiques

- . les endométrïomes
- . le polype hyperplasique ou « polype métaplasique » de MORSON

- Les polypes ou pseudo- polypes inflammatoires

- Les polypes inflammatoires ou pseudopolypes inflammatoires de la recto-colite hémorragique et de la maladie de Crohn.

. Les granulomes inflammatoires infectieux spécifiques : bilharziose, amoebome, tuberculome, granulome syphilitique.

. Les granulomes réactionnels : oléome, parafinomes, pneumatose kystique.

. L'hyperplasie lymphoïde focale

Microscopie

⇒ En matière d'adénome, on distingue :

• Les polypes bénins:

* Adénomes différenciés ou très légèrement dédifférenciés

(dysplasie légère) : strictement bénins

* Adénomes dédifférenciés en partie (dysplasie modérée) ;

*Adénomes différenciés en totalité, avec parfois quelques anomalies cytologiques (dysplasie sévère):malignité potentielle.

⇒ En ce qui concerne les *tumeurs villeuses* et les formes mixtes *adéno-villeuses*. Il faut savoir qu'elles sont toujours plus ou moins différenciées, et souvent aux limites de la cancérisation. Cependant, leur volume, leur largeur d'implantation, leur tendance à la récurrence ne sont pas particulièrement péjoratives.

On distingue:

- Les tumeurs villeuses strictement bénignes;
- Les tumeurs villeuses dysplasiques;
- Les tumeurs villeuses malignes, pour lesquelles la dégénérescence peut

être:

**Non invasive:*

.Localisée à l'épithélium basal intact : c'est « l'épithélioma in situ » ou stade 0

.Basale franchie mais musculaire muqueuse intacte : c'est le cancer stade 1

**Invasive :*

.Atteinte du chorion ou stade II

.Atteinte de la musculature ou stade III.

d) Les aspects cliniques des polypes

· Les signes fonctionnels

La plupart des polypes sont asymptomatiques ; même les polypes de grande taille n'entraînent pas de douleur, de phénomènes obstructifs au niveau du côlon et du rectum ni de troubles de la défécation lorsqu'ils sont situés sur les segments distaux.

La seule traduction clinique propre aux polypes est le saignement. Il représente le symptôme prédominant dans 60% des cas

Les rectorragies peuvent être la traduction d'une pathologie associée, en particulier hémorroïdaire.

Ces hémorragies sont le plus souvent minimales, répétées ou occultes se traduisant par une anémie hypochrome microcytaire hyposidérémique. Leur recherche systématique est la base théorique de certains tests de sélection tel que l'hémocult.

· Le toucher rectal

Il peut méconnaître les polypes inaccessibles au doigt d'une part, quand ceux-ci sont de petite taille d'autre part, en raison de leur mollesse, notamment dans les adénomes villeux.

Quand le polype est perçu au toucher rectal, il se présente comme une masse plus ou moins arrondie, ferme mais non dure, plus ou moins régulière. L'adénome villeux peut apparaître comme une nappe tumorale souple, molle, difficile à percevoir au doigt, s'écrasant sous le doigt ou fuyante.

e) Aspects paracliniques

- Symptomatologie radiologique

* Au L.B.S.C., le polype réalise une image lacunaire arrondie ou ovalaire bien limitée sessile ou pédiculée (les petites lésions ne sont pas objectivées le plus souvent).

* *Au L.B.D.C.*, les polypes sessiles réalisent de face une image cerclée dense ; de profil une image de tonalité hémisphérique avec superposition dense en croissant pariétal, de trois quarts une image de grande valeur diagnostique. Les polypes pédiculés représentent l'aspect plus habituel d'une image ronde avec son pédicule enrobé d'un film baryté, mais le pédicule peut être superposé, réalisant une « image en cible », ou estompée et étroite. Il faut alors rechercher sa base d'implantation.

- Endoscopie

Les aspects endoscopiques réalisés sont ceux décrits au chapitre d'anatomie pathologique (aspects macroscopiques des polypes).

L'inventaire coloscopique des polypes dans les grandes séries confirme la prédominance des polypes uniques, de petites tailles et la localisation élective dans le côlon gauche. .

La coloscopie d'optique grossissante

La méconnaissance des mini-lésions, et notamment les micro-adénomes au cours des coloscopies peut être minimisée grâce à l'utilisation d'endoscopes à optique grossissante associée à des colorations de la muqueuse (colorations vitales).

f.) Les aspects thérapeutiques des polypes

La nécessité d'enlever tout polype colique diagnostiqué est admise par tout le monde. L'exérèse d'un polype colique ne pouvait être, il y a quelques années que chirurgicale. Elle est essentiellement maintenant endoscopique.

Après résection endoscopique, l'examen anatomo-pathologique dicte la conduite à tenir ultérieure :

- . Si le polype est bénin, le malade est guéri. Une surveillance endoscopique annuelle est cependant indispensable.

- . Si le polype est dégénéré :

- une dégénérescence en surface avec pédicule libre de toute invasion carcinomateuse conduit à la même attitude que précédemment ; mais avec une surveillance endoscopique impérative et renouvelée dans les mois suivants.

- une dégénérescence atteignant le pédicule doit faire considérer et traiter le malade comme un porteur d'un cancer colique avec les incidences chirurgicales classiques.

Finalement sont confiés au chirurgien, les gros polypes pédiculés et surtout sessiles. Deviendrait également chirurgical, le malade chez qui la polypectomie endoscopique se compliquerait d'hémorragies non contrôlables ou de perforation. C'est la raison pour laquelle un bilan pré-endoscopique et une information du malade sont indispensables.

4.2.4.2. LES CANCERS RECTO - COLIQUES [98]

Le cancer colo-rectal dont le taux d'incidence varie d'une région du monde à une autre, a un pronostic sombre qui peut être amélioré par les nouvelles techniques de dépistage et thérapeutiques.

a) Epidémiologie

● Fréquence globale

Il existe une grande disparité d'incidence du cancer colo-rectal. Sa fréquence globale est élevée dans les pays d'Europe occidentale, d'Amérique du Nord et d'Océanie où on dénombre environ 500.000 nouveaux cas par an pour l'ensemble de ces régions avec un risque voisin de 5% dans la population générale.

Il représente en France 15% des cancers et 25% des cancers digestifs, touchant un français sur 25 soit environ plus de 26.000 nouveaux cas par an, exposant 19.000.000 de personnes au cancer colo-rectal et causant 15.000 décès annuels [9,90]

Sa fréquence est faible en Europe de l'Est et du Nord. Elle est rare en Asie et en Amérique du Sud.

En Afrique, la région sub-saharienne constitue une zone où on retrouve les taux les plus faibles au monde : au Sénégal le taux d'incidence est de 0,65% à Dakar ; 1,2% en Afrique du Sud ; 1,4% à Lagos au Nigeria ; 1,04% à Accra au Ghana.[20,56,76]

En Côte d'Ivoire, sa fréquence est d'environ 1,5% soit 1,59% de l'ensemble des cancers et 2,13% des cancers digestifs [7].

● Age et sexe

Le cancer colo-rectal est rare avant 40 ans et son incidence augmente de façon significative entre 40 et 45 ans, et continue de croître en doublant à chaque décennie successive. Le risque est multiplié par 15 entre 40 et 70 ans et atteint son maximum à 75 ans [35,64]

On ne note pas une grande différence dans la répartition par sexe ; mais le sex-ratio varie selon que nous nous trouvons en zone de haut risque ou de faible risque [42,76,97].

Cependant, la prédominance masculine est plus marquée partout dans le monde pour le cancer du rectum. Le sex-ratio se situe entre 1,6 et 1,5 ; tandis que le sex-ratio du cancer colique se situe entre 0,8 et 1,4 [42,97].

● Les états pré - cancéreux

Leur étude approfondie permet de déterminer une population à risque chez laquelle un traitement précoce et efficace améliore le pronostic [10,35,39]. Ils sont représentés par les tumeurs bénignes et les colites ulcéreuses.

- *Les tumeurs bénignes*

L'adénome colique est une tumeur épithéliale bénigne du côlon et sa filiation avec le cancer colo-rectal est universellement admise [10,36,37,98].

Le risque de transformation maligne est lié :

* *à la taille de l'adénome:*

- * à la nature histologique
- *au degré de dysplasie

Les colites « cryptogénétiques »

Ce sont essentiellement la recto-colite hémorragique et la maladie de Crohn.

S'il est connu de tous les auteurs que le risque cancérigène est élevé dans la rectocolite hémorragique, la découverte du rôle cancérigène de la maladie de Crohn est plus récente et demeure moindre [9,35,41].

● **Les facteurs héréditaires**

Leur rôle est prouvé dans l'apparition des tumeurs malignes recto - colique dont ils seraient à l'origine dans 15 % des cas [9,59,60,95]. L'étude de ces facteurs permet l'identification d'une population cible dans laquelle une stratégie de dépistage peut contribuer à en diminuer la fréquence ou la gravité.

. **Les facteurs génétiques**

Il s'agit essentiellement de la polypose rectocolique familiale dont la transmission se fait selon un mode autosomique dominant. Son incidence en Occident est de 1/10.000 naissances et est à l'origine de 1% des cancers colo-rectaux [9,93].

• **Les antécédents familiaux de cancer digestif**

L'analyse de l'arbre généalogique, basée sur l'histoire familiale de cancer colo-rectal a montré le risque significativement augmenté pour le parent du 1er degré de développer soit un cancer colo-rectal, soit un adénome. Cette observation suggère l'existence d'un gène de susceptibilité qui ségrège dans ces familles et qui prédispose à ces tumeurs [59,92].

La transmission se ferait sur un mode autosomique dominant à pénétrance incomplète et la cancérisation serait le résultat d'une interaction gène-environnement.

● **Les facteurs environnementaux**

**Les facteurs diététiques*

Plusieurs enquêtes épidémiologiques et études de cas témoins ont mis en évidence le rôle favorisant des graisses, des protéines animales et de l'alcool sur la carcinogénèse recto-colique, tandis que l'apport de fibres, de légumes frais et des vitamines et oligo-éléments jouerait un rôle protecteur [35,38,53].

La différence la plus marquée entre les régimes alimentaires des pays occidentaux et des pays africains concerne la richesse en fibres de ces derniers qui aurait un rôle protecteur. Les fibres modifient l'écologie bactérienne colique réduisant les transformations chimiques qui induisent la formation de produits carcinogènes ; elles instaurent également un pH acide qui inhibe l'agression et la prolifération de la muqueuse colique provoquée par les acides biliaires [3].

Le calcium (1,5 à 2 g par 24 heures) aurait également un rôle protecteur de la muqueuse en diminuant la synthèse de l'ADN des cellules coliques.

Les régimes riches en graisse animale augmentent la concentration colique en stéroïdes biliaires neutres et acides dont la dégradation par la flore colique aboutit à la formation d'agents potentiellement carcinogènes.

b) Etude clinique

Type de description :

● Circonstances de découverte

* *Stade de latence*

Certains cancers, asymptomatiques sont diagnostiqués fortuitement. On peut, à ce stade, appliquer un traitement curatif avec les meilleures chances de succès.

* *Le stade symptomatique*

C'est le cas le plus fréquent. Le diagnostic des cancers du côlon est généralement fait de signes d'appel :

SIGNES D'APPEL

- les troubles du transit

Il s'agit classiquement :

- + d'une constipation récente ou aggravant une constipation ancienne,
- + d'une diarrhée chronique rebelle au traitement symptomatique,
- + d'une alternance de diarrhée et de constipation.

- les douleurs abdominales

Elles existent dans 75% des cas

+ en cas de localisation colique ; il s'agit d'une douleur parfois banale, vague, localisée à un segment du cadre colique ; mais plus évocatrices sont les crises coliques s'accompagnent souvent d'un météorisme qui cède au bout de quelques heures par une débâcle diarrhéique [42,62].

+ en cas de localisation rectale, il réalise le typique syndrome rectal fait de ténésmes d'épreintes et de faux - besoins évoquant un cancer évolué [41].

- les hémorragies intestinales

Elles se traduisent suivant la localisation par des rectorragies ou des meloena. Elles sont parfois d'une telle discrétion qu'elles ne peuvent être diagnostiquées que devant une anémie hypochrome microcytaire sidéropénique inexpliquée [59,63].

● L'EXAMEN DU MALADE

- *les signes généraux*

Il peut s'agir de :

- + un amaigrissement avec une asthénie et une anorexie,
- + une fièvre en cas de surinfection de la tumeur,
- + une anémie microcytaire sidéropénique.

- *l'examen physique*

Souvent négatif, il va consister à :

+ la palpation de l'abdomen, à la recherche d'une tumeur sous forme de masse abdominale dure, mal limitée, irrégulière, plus ou moins fixée, d'un gros foie métastatique, d'une ascite et d'un ganglion de Troisier [39,42];

+ le toucher rectal : il est fondamental et permet en cas d'atteinte rectale ; d'apprécier les différents caractères de la tumeur et d'évaluer avec une fiabilité de 68 à 83% l'extension pariétale [58,62].

Les formes cliniques

- *les formes compliquées*

Elles sont de découverte généralement tardives. Il s'agit :

+ *d'une occlusion* retrouvée dans 10% des cas. Dans ¾ des cas, il s'agit d'un cancer du côlon gauche [41,62].

+ *l'abcès périnéoplasique* : lié à l'infection tumorale et péri-tumorale. Il se rencontre essentiellement dans les cancers du côlon droit en particulier du caecum [41,62]

+ *la perforation* : retrouvée dans 2% des cas de cancer ; il s'agit dans $\frac{3}{4}$ des cas d'une perforation d'amont habituellement caecale provoquant une péritonite avec un pronostic sombre [42].

- les formes topographiques

+ *le cancer du caecum* : il est très longtemps latent, car retentit tardivement sur le transit. Il réalise souvent un tableau anémique et surinfecté avec masse au niveau de la fosse iliaque droite ;

+ *le cancer du côlon ascendant* : il s'accompagne volontiers de diarrhée et peut se compliquer d'un abcès périnéoplasique ;

+ *le cancer du côlon transverse* : fréquemment révélé par une occlusion, le diagnostic est souvent tardif car donnant parfois des signes d'emprunt gastrique en cas d'envahissement de l'antra ;

+ *le cancer du côlon gauche et du sigmoïde* : il réalise un tableau d'occlusion avec des rectorragies responsables de perforation diastiques d'amont ;

+ *le cancer du rectum*, se révèle soit par des rectorragies, soit par un syndrome rectal invalidant des névralgies intolérables. La fistule rectovaginale et rectovésicale est fréquente [41].

·c) Examens paracliniques

Les examens complémentaires couramment demandés sont : l'hémocult II, l'endoscopie, le lavement baryté et l'histologie.

. L'hémocult II

Test de dépistage et de sélection, la recherche de saignement occulte dans les selles ou Hémocult II a montré son efficacité pour le dépistage des polypes et des cancers dans plusieurs études, confirmée par la campagne de dépistage en Europe. Sa sensibilité est de 70 p. cent pour le cancer colo-rectal et 50 p. cent pour les polypes

. Le lavement baryté

Il est demandé lorsque la coloscopie n'est pas possible, et/ou les lésions sont infranchissables. Trois aspects classiques sont retrouvés :

- + une image de rétrécissement,
- + une image d'arrêt, dit en « Pincés de homard »,
- + une lacune.

Ces images sont fixes et constantes sur les différents clichés [39,62].

. L'endoscopie

Sa fiabilité est pratiquement de 100%, sa sensibilité de 0,9 et sa spécificité de 0,99.

Trois types de lésions sont fréquemment observées :

- les formes végétantes : observées dans 35% des cas ;
- les formes ulcéro-infiltrantes : on les retrouve dans 35% des cas
- les formes ulcéro-végétantes : elles représentent 30% des cas.

. L'antigène carcino-embryonnaire (ACE)

L'augmentation de son taux sérique est aspécifique et en dehors du cancer du côlon peut se rencontrer dans d'autres affections et même chez le sujet sain

. L'histologie

Elle visualise les lésions suivantes :

**le carcinome*

Il représente à lui seul près de 97% des cancers colo-rectaux. On distingue plusieurs types histologiques : adénocarcinome bien, moyennement ou peu différencié. Dans leurs formes typiques, ils sont appelés adénocarcinomes lieberkühniens du fait de leur ressemblance avec les glandes de Lieberkühn de la muqueuse colique normale.

Ils se présentent sous la forme ulcéro-infiltrante dans la plupart des cas.

+ *adénocarcinome colloïde muqueux,*

+ *adénocarcinome mucipare à cellulès isolées en bague à chaton,*

+ *carcinome indifférencié.*

** les autres formes malignes*

Elles sont rares et représentent moins de 3% des cas ; ce sont :

- les tumeurs carcinoïdes

Elles sont faites d'éléments cubiques agencés en travées et en amas répartis dans un stroma vasculaire. Lors de leur découverte, 75% des cas sont déjà étendus aux ganglions et au foie, ce qui explique leur pronostic relativement défavorable.

- les lymphomes malins

Ce sont souvent les lymphomes à grandes cellules de phénotype B.

- les sarcomes

Il s'agit le plus souvent de léiomyosarcomes se développant à partir des cellules musculaires lisses.

- les tumeurs secondaires

Il s'agit d'un envahissement par un cancer des organes de voisinage.

d) Traitement

Le but du traitement est l'extirpation de tout le tissu cancéreux tout en minimisant la morbidité et la mortalité en rapport avec le traitement. Il est chirurgical. Cependant, certaines drogues sont utilisées comme traitement adjuvant

- Le traitement médical[

*** La chimiothérapie**

Elle n'a pas encore fait la preuve de son efficacité ; cependant elle a pu être utilisée en association avec les autres thérapies où elle a permis d'augmenter la survie des stades C de plus 30% en post-opératoire [85].

*** La radiothérapie**

Elle est beaucoup plus intéressante pour le cancer du rectum où elle est utilisée en pré, per et postopératoire [85].

- Le traitement chirurgical

C'est le traitement de choix du cancer colo-rectal et comporte plusieurs volets fonction du stade évolutif.

** Le traitement préventif*

C'est l'exérèse préconisée de tous les états précancéreux :

- . polypectomie endoscopique,
- . colectomie totale en cas de polypose diffuse ou de pancolite.

** Le traitement curatif*

.Plus que l'âge réel, il faut apprécier l'âge physiologique du malade notamment par la recherche de tares cardio-respiratoires associées et évaluer son état nutritionnel. Un bilan pré-opératoire doit être effectué dans ce but. Les techniques chirurgicales utilisées sont :

- . les méthodes radicales :

Le seul traitement radical du cancer colique est la colectomie segmentaire. Le type de colectomie est fonction de la localisation de la tumeur.

- . les méthodes palliatives

Les interventions palliatives comportent des exérèses de propreté et des dérivations.

DEUXIEME PARTIE

I. ENONCE DU PROBLEME

I. ENONCE DU PROBLEME

En milieu tropical , la place prépondérante de la pathologie colique n'est plus à démontrer. Cette pathologie représente plus du tiers des consultations externes de médecine générale et plus de la moitié des consultations de gastro-entérologie [56,64].

Si dans les pays industrialisés l'incidence de la pathologie colique organique est élevée , en Afrique c'est plutôt la pathologie fonctionnelle qui prédomine.

Pour KLOTZ [55], la colopathie spasmodique est banale chez l'africain, favorisée par la fréquence du dolichocôlon, l'alimentation riche en féculents et les multiples parasitoses intestinales.

Une étude menée en Côte d'Ivoire par ATTIA.Y et coll [6] portant sur une population d'hospitalisés et de consultants, a montré la prédominance des troubles fonctionnels intestinaux : en effet sur 690 dossiers tirés au sort parmi 1.000 de consultation de médecine générale pour adulte, l'incidence du côlon irritable est de 40%; 4 consultants sur 10 en médecine interne viennent pour des troubles fonctionnels coliques. En gastro-entérologie, cette incidence passe à 73%. Ces résultats ont également été rapportés par d'autres auteurs [24,25,55].

Récemment, CAMARA et coll [22] au cours d'une étude prospective réalisée en milieu hospitalier en Côte d'Ivoire, ont souligné une modification de cette pathologie avec émergence d'une pathologie organique plus ou moins cosmopolite et intéressante par son actualité et les discussions étiopathogéniques qu'elle soulève. Certes, ces affections sont loin d'atteindre la même fréquence que dans les pays industrialisés, mais elles sont de plus en plus fréquentes et on ne peut plus parler de très grande rareté encore moins d'absence. Au cours de cette étude, les auteurs n'ont retrouvé que 17,20% de colopathies fonctionnelles dans leur série endoscopique.

Fort de ce constat, il serait opportun de penser à la pathologie colique organique devant tout symptôme même banal comme la douleur abdominale, surtout lorsqu'elle est associée à la rectorragie, et entreprendre les explorations nécessaires. En la matière, la coloscopie est reconnue ces dernières années comme étant la méthode d'investigation la plus efficace. Cependant, l'endoscopie qui est un examen de routine en pathologie digestive dans les pays développés est peu pratiquée chez nous, faute de personnel qualifié, de matériel en nombre suffisant et de coût acceptable.

Au Burkina Faso, après 4 années de pratique de la coloscopie, il nous a paru utile de mener ce travail afin de situer la place réelle de la pathologie colique et noter l'intérêt diagnostique de cet examen dans un service de médecine.

11. OBJECTIFS

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

II.1. OBJECTIF GENERAL

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et histologiques des principales affections coliques observées au cours de la coloscopie.

II.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Recenser les affections rencontrées au cours de la coloscopie.
2. Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et histologiques de ces pathologies coliques.
3. Evaluer les concordances entre les données endoscopiques et histologiques
4. Evaluer la sensibilité de la coloscopie dans le diagnostic des affections coliques.

III. METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. CADRE DE L'ETUDE

- Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé, situé en plein coeur de l'Afrique occidentale.

La population est estimée à 10.316.600 habitants en 1997, et Ouagadougou en compte 948.638.

Le taux de croissance globale est de 2,67%, et cette population est essentiellement jeune (moins de 15 ans: 49% en 1993)

L'espérance de vie à la naissance en 1991 était de 52,2 ans.

Pays en voie de développement, le salaire interprofessionnel garanti mensuel (S.M.I.G) était de 24.918 FCFA en 1994.

- Notre étude s'est déroulée dans le service d'hépto-gastro-entérologie du CHNYO et à la clinique « Notre Dame de la Paix » (CNDP). Ces deux (2) hôpitaux possèdent chacun une salle d'endoscopie digestive. Les examens de coloscopies ont débuté en janvier 1994 au CHNYO et en janvier 1995 à la CNDP.

Les prélèvements pathologiques de nos malades ont été examinés dans le service d'anatomie-pathologique du CHNYO.

2. PATIENTS ET METHODES

2.1. Patients

Les patients sont recrutés à partir des registres de coloscopie des salles d'endoscopie du service d'hépto-gastro-entérologie (C.H.N.Y.O) et de la clinique « Notre Dame de la Paix », mais également des registres du service d'anatomie pathologique.

Sont inclus dans l'étude tous les patients ayant bénéficié d'une coloscopie sans critère d'exclusion. Aussi, tous les résultats de biopsies où l'examen anatomopathologique a retenu une pathologie organique sont pris en compte.

Une fiche de recueil de données est établie à cet effet (cf. annexe I): on y a relevé des renseignements sur l'état civil, les signes cliniques motivant la coloscopie, les résultats de l'examen endoscopique.

2.2. Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective.

La partie rétrospective a concerné la période du 1er janvier 1994 au 31 juillet 1996, et la prospective, la période du 1er août 1996 au 31 novembre 1997. L'enquête s'est donc étalée sur une période de 47 mois.

Les examens réalisés sont les suivants :

- une coloscopie

- un examen anatomopathologique des biopsies colorectales en cas de lésion.

2.2.1. La coloscopie

Elle est réalisée chez tous les patients de l'étude. Elle comporte deux étapes:

- la préparation à la coloscopie
- l'examen endoscopique proprement dit.

2.2.1.1. Préparation à la coloscopie

a) Information des patients.

L'information sur l'examen est apportée aux malades lors de la prise du rendez-vous pour ceux reçus à titre externe, et au lit du malade lorsque l'examen de coloscopie est décidé. Elle consiste à lui expliquer ce qui sera fait en le rassurant au mieux, le but de l'examen et enfin la préparation dont la qualité conditionne sa réussite.

A l'issue de ces informations une ordonnance lui est remise (cf. annexe III).

b) Le régime sans résidu

Il se fait 3 jours avant l'examen, pour éviter des dépôts fibreux sur la paroi de l'intestin. Le respect de ce régime est fondamental pour la réussite de l'exploration. Un exemplaire de fiche de régime sans résidu est remis au patient (cf. annexe IV). Pour ceux qui ne peuvent pas l'appliquer, il est conseillé de prendre uniquement de la bouillie.

c) La purge

Elle permet d'évacuer les matières fécales et se fait avec une solution laxative:

- la veille de l'examen , le patient doit boire deux (2) litres de solution de FORTTRANS* (P.E.G.4000) en deux (2) heures (à partir de 19 heures).
- Ensuite 1 litre d'eau plate de 21h à 3h. Le repas du soir sera adapté au régime sans résidu; devra être très léger et être pris dans l'après-midi.
- le jour de l'examen, à 3h, il doit prendre deux (2) autres litres de solution de FORTTRANS* en deux (2) heures.

2.2.1.2. Examen de coloscopie

a) Appareil: le coloscope

Destiné à l'endoscopie digestive basse, il comprend un objectif flexible multidirectionnel à vision axiale, un oculaire et une poignée de commande. Il comporte aussi deux (2) canaux: un pour l'insufflation de l'air et le lavage de l'objectif, l'autre pour l'aspiration, les biopsies et l'endoscopie thérapeutique. La lumière froide est transmise d'une source externe à l'objectif par l'intermédiaire d'un faisceau de fibres optiques. Le diamètre des coloscopes varie de 12 mm à

20 mm. Les longueurs varient de 105 cm (pour les coloscopes « moyens ») à 180 cm (pour les coloscopes « longs »). Il existe un coloscope intermédiaire de 140 cm.

Quatre appareils sont utilisés pour notre étude:

- deux (2) de marque FUJINON COL-MP2 alimentés par deux sources lumineuses FUJINON PS2-HP et FIL. EEH au C.H.N.Y.O.
- deux (2) de marque OLYMPUS CF 20 I et CF 10 I alimentés par deux sources lumineuses OLYMPUS CLK-3E et CLK-4 à la clinique « Notre Dame de la Paix ».

b) Conditions de l'examen

Il est réalisé sur un patient:

- Strictement à jeun,
- La vessie vide.

c) L'examen proprement dit

- Il commence par une injection intraveineuse directe (I.V.D) de 5 mg de diazepam et 50 mg de pethidine (DOLOSAL*)

- suivie d'un toucher rectal, préalable à la coloscopie, qui permet d'explorer le canal anal et le rectum dont il s'assurera de la vacuité,

- Le patient est ensuite placé en position de décubitus latéral gauche.

Après lubrification de l'extrémité de l'appareil par du gel de lidocaïne ou de K-Y*, il est introduit dans l'anus; la progression se faisant sous contrôle de la vue jusqu'au caecum, une infirmière le poussant ou le tenant en regardant en même temps que l'endoscopiste dans le faisceau accessoire (« teaching »).

En cas de spasme colique important gênant la progression de l'appareil, une injection IVD de trimébutine est faite avant la poursuite de l'examen. une compression manuelle de l'abdomen est réalisée chaque fois qu'est constatée une boucle.

Trois (3) à dix (10) biopsies sont effectuées à chaque fois que des lésions sont observées. Les fragments biopsiques sont placés dans du liquide de Bouin ou du formol à 10% et acheminés au laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques.

Les examens sont réalisés par deux médecins spécialistes (hépato-gastro-entérologues) aidés de deux infirmières.

d) Désinfection du coloscope

Entre deux patients le coloscope et la pince à biopsie sont désinfectés par immersion dans un premier bac contenant une solution antiseptique(CYTEAL* ou CETAVLON*), suivi d'un rinçage dans un deuxième bac. Ensuite immersion à nouveau dans un troisième bac contenant une solution nettoyante-décontaminante, pendant 10 mn au moins s'il s'agit du glutaraldéhyde 2% (ENDOSPORINE*)ou 15mn au moins s'il s'agit de l'AMPHOLYSINE*. Enfin rinçage dans un quatrième bac et séchage à l'aide de compresses stériles avant réutilisation.

2.2.2. Examen Anatomopathologique

Les biopsies effectuées lors de la coloscopie et placées dans du liquide de conservation sont examinées dans le service d'anatomie pathologique du C.H.N.Y.O.

L'examen des pièces comprend plusieurs étapes (cf. annexe V)

La lecture est effectuée au microscope optique par deux cytopathologistes.

3. ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies sont saisies et analysées sur un micro ordinateur à l'aide du logiciel Epi-info version 5.01 b. La sensibilité et la spécificité des différents tests sont calculées.

IV. RESULTATS

IV. RESULTATS

1. RESULTATS GLOBAUX

1.1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1.1.1. Répartition des coloscopies selon les années.

Le tableau I donne la répartition des coloscopies selon les années.

Tableau I : Répartition selon les années...

Années	Nombre de coloscopies	Pourcentage
1994	124	10,2%
1995	169	13,8%
1996	449	36,7%
1997	479	39,3%
Total	1221	100%

On notait une augmentation du nombre de coloscopies avec le temps : 124 (10,2 %) en 1994 et 479 (39,3%) en 1997

1.1.2. L'âge

L'âge moyen est de 38,5 ans avec des extrêmes de 7 et 85 ans. 57 % des patients ont un âge compris entre 20 et 39 ans.

La figure 1 illustre la répartition des patients selon l'âge.

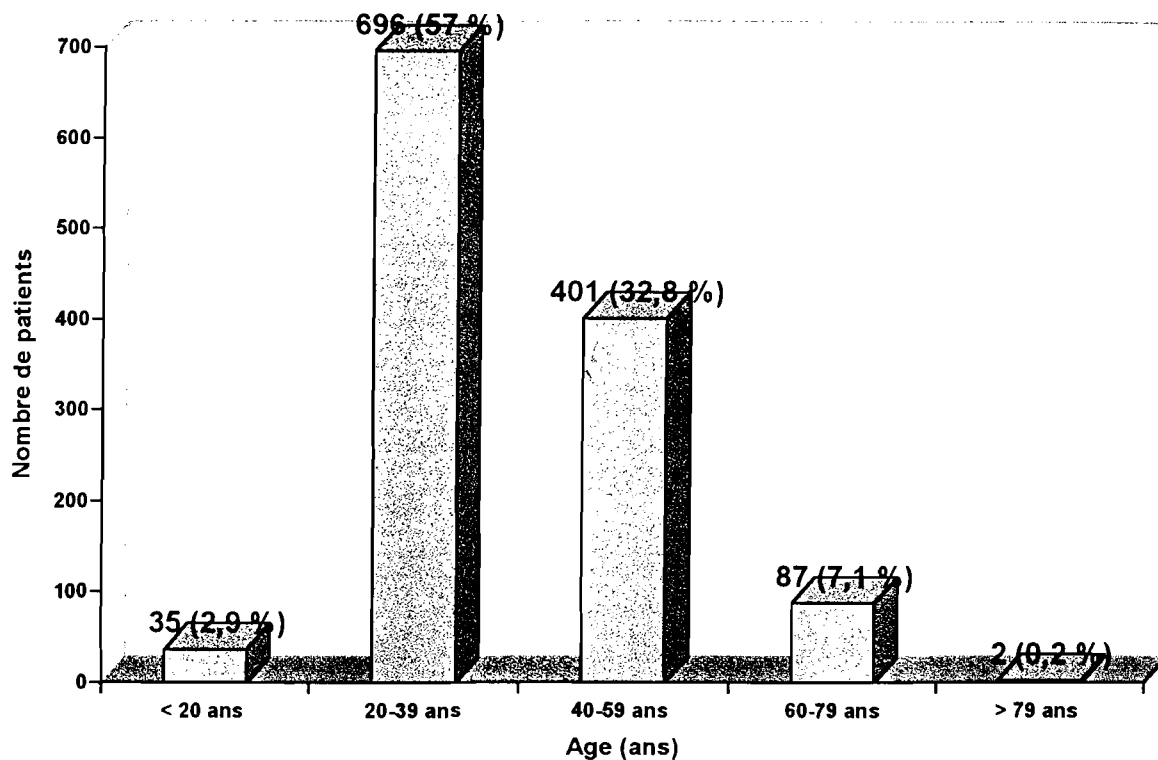


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge (n = 1221)

1.1.3. Le sexe

La population étudiée était composée de 707 hommes (57,9 %) et 514 femmes (42,1 %) soit un sex-ratio de 1,38.

1.1.4. L'âge et le sexe

La répartition des patients selon l'âge et le sexe est représentée par la figure 2. On notait une prédominance masculine nette entre 20 et 59 ans.

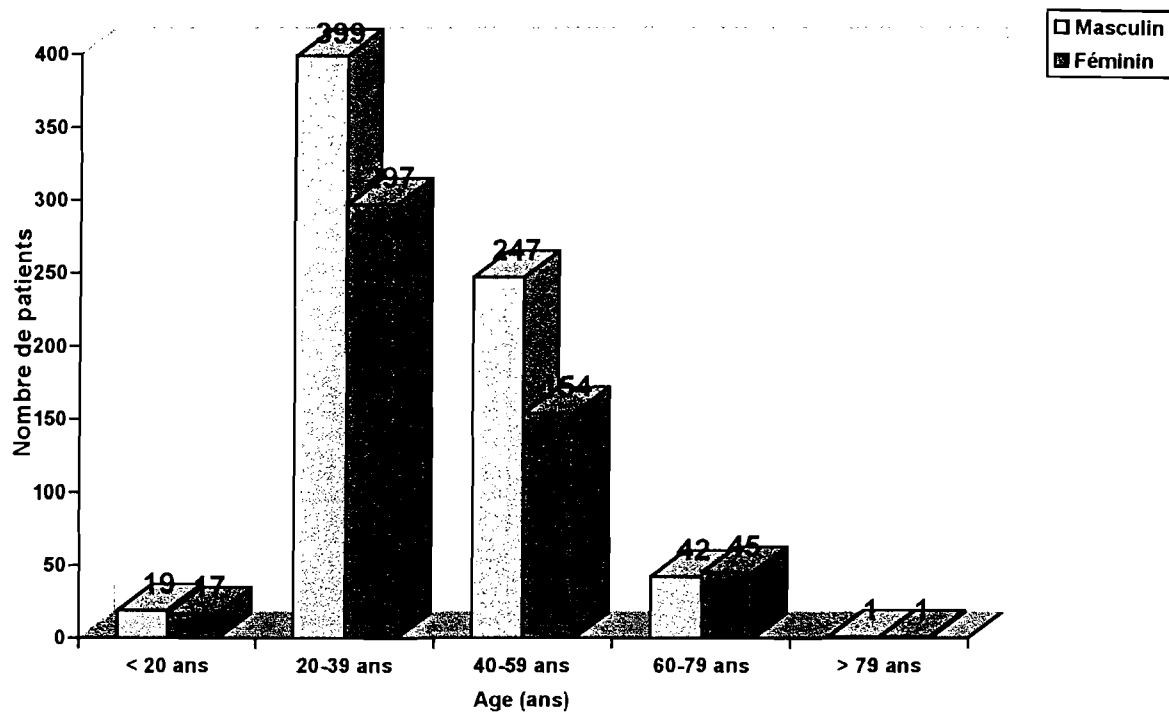


Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe (n = 1221)

1.1.5 La profession

La figure 3 illustre les différentes professions rencontrées au niveau de nos patients.

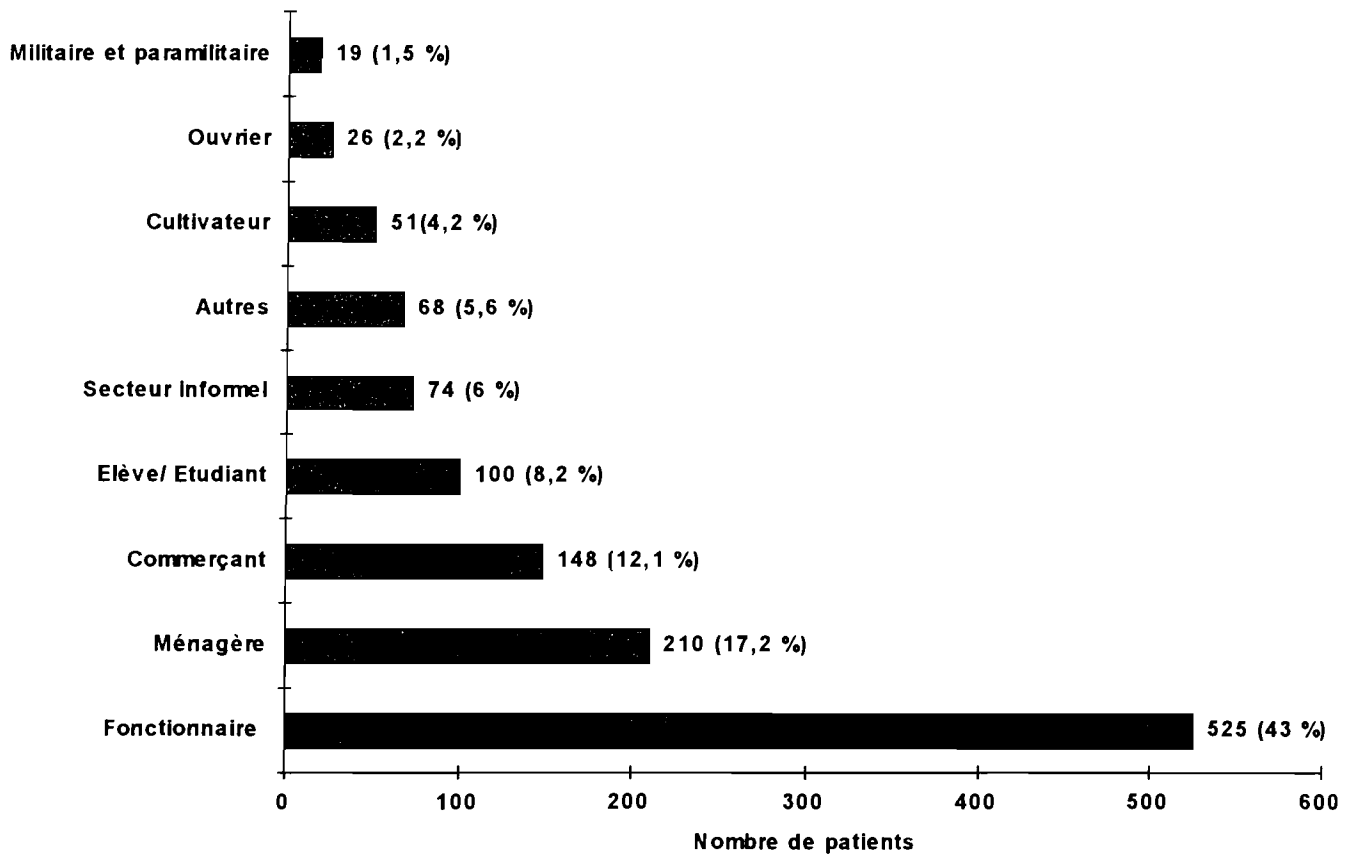


Figure 3 : Répartition des patients selon la profession

Les fonctionnaires constituaient le groupe professionnel le plus important avec 525 patients soit 43 % suivi des ménagères, commerçants, élèves / étudiants avec respectivement 17,2 %, 12,1 % et 8,2 %.

Dans la profession « autres » on retrouvait essentiellement des religieux, des retraités.

1.2. LES PARAMETRES TECHNIQUES.

1.2.1. La qualité de la préparation

Le tableau II donne la répartition des préparations coliques en fonction de la qualité.

Tableau II : Répartition des 1221 préparations coliques en fonction de la qualité.

Qualité de la préparation Pourcentage	Nombre de patients	
- Bonne	1156	94,6%
- Moyenne	42	3,5%
- Mauvaise	23	1,9%
TOTAL	1221	100%

On notait une bonne préparation dans la presque totalité des cas soit 94,6 %.

1.2.2. Le niveau de réalisation de la coloscopie

La coloscopie était complète chez 1180 patients, soit 96,7% de l'effectif. on notait seulement 3,3% (41 patients) de coloscopies incomplètes.

Le tableau III donne la répartition des coloscopies incomplètes en fonction des segments explorés.

Tableau III : Répartition des coloscopies incomplètes en fonction des segments coliques explorés (n = 41)

Niveau de l'arrêt	Nombre de patients	Pourcentage
- Sigmoide	5	12,2 %
- Angle colique gauche	12	29,3%
- Colon transverse	8	19,5%
- Angle colique droit	16	39%
TOTAL	41	100 %

Le tableau III montre une prédominance des arrêts à l'angle colique droit (39 %) . Le sigmoïde n'a pas été dépassé dans 12,2 % des cas de coloscopies incomplètes.

1.2.3. Motifs de l'interruption de l'examen

Le tableau IV donne la répartition des motifs de coloscopie incomplète en fonction du segment colique.

Tableau IV : Répartition des motifs de coloscopie incomplète en fonction du segment colique (n = 41).

MOTIFS

	Mauvaise Préparation	Mauvaise tolérance	Obstacle anatomique	Spasme	TOTAL
- Sigmoide	4	0	1	0	5
- Angle					
Colique gauche	6	2	3	1	12
- Transverse	5	2	0	2	9
- Angle					
Colique droit	8	2	3	2	15
TOTAL	23	6	7	5	41

La mauvaise préparation constituait le motif le plus important des examens incomplets avec 23 cas soit 56,1 % des cas.

1.3. INCIDENT/ ACCIDENT.

Nous n'avons déploré aucun incident ni accident au cours de notre étude.

1.4. ASPECTS CLINIQUES.

Le tableau V donne la répartition des principales indications de la coloscopie. Un patient pouvait avoir plusieurs indications.

Tableau V : Répartition des différentes indications de la coloscopie

Indications	Nombre de cas	Pourcentage
- Douleurs abdominales	820	39,5%
- Constipation chronique	519	25 %
- Dyspepsies	344	16,5%
- Syndrome dysentérique	117	5,6%
- Rectorragies	89	4,3%
- Diarrhée chronique	58	2,8%
- Alt. – Dia. / const*	56	2,7%
- Masse abdominale	16	0,7%
- T.F.I. *	13	0,6%
- Proctalgies	10	0,5%
- Diarrhée aiguë	9	0,4%
- Contrôle endoscopique	7	0,3%
- Contrôle radiologique	6	0,3%
- Anémie	6	0,3%
- Contrôle postopératoire	4	0,2%
- AEG	4	0,2%
- Recherche foyer tumoral primitif	2	0,1%
TOTAL	2080	100

*T.F.I : Troubles fonctionnels intestinaux

* Alt. Dia / Const. : Alternance Diarrhée / Constipation

* AEG : altération de l'état général

C'est la douleur abdominale qui constituait le motif d'examen le plus important avec 820 cas soit 39,5 %. Suivi de la constipation chronique avec 519 cas soit 25 % et des dyspepsies 344 cas soit 16,5 %.

Pour les T.F.I, il s'agissait de patients colopathes connus mais chez qui l'examen était demandé pour dépister une éventuelle association d'une pathologie organique.

1.5. Personnes sollicitant l'examen.

La répartition des différents demandeurs de coloscopie selon leur qualification est donnée par le tableau VI.

Tableau VI : Répartition des demandeurs de coloscopie selon leur qualification.

Demandeurs	Nombre de patients	Pourcentage
- Gastro-entérologues	1.153	94,4 %
- Chirurgiens	45	3,7 %
- Généralistes	19	1,6 %
- Etudiants	3	0,2 %
- Infirmiers	1	0,1 %
TOTAL	1.221	100 %

La presque totalité des coloscopies était demandée par les gastro-entérologues avec 1.153 cas soit 94,4 % suivi des chirurgiens avec 45 cas soit 3,7 %.

1.6. DIAGNOSTICS ENDOSCOPIQUES

1221 patients ont bénéficié de l'examen endoscopique durant la période de notre étude. Plusieurs diagnostics endoscopiques pouvaient être posés chez le même patient. 55 examens n'ont révélé aucune pathologie.

Le tableau VII montre la répartition des principales pathologies retrouvées.

Tableau VII : Répartition des différentes pathologies chez les 1221 patients.

Diagnostic	Nombre de diagnostics	Pourcentage
- T.F.I	1035	80,5%
- Hémorroïdes	78	6 %
- Recto-colites parasitaires	65	5,3%
- Recto-colites non spécifiques	46	3,6%
- Polypes	21	1,6%
- Cancers recto-coliques	19	1,5%
- diverticuloses	8	0,7%
- RCH	3	0,3%
- Crohn	2	0,2%
- Ectasies vasculaires	2	0,2%
- Recto colites iatrogènes	2	0,2%
- Endométriose rectale	1	0,07%
- Rétrécissement rectal	1	0,07%
- Polypose recto-colique	1	0,07%
- Varices coliques	1	0,07%
TOTAL	1285	100 %

Les TFI prédominaient avec 1035 cas soit 80,5 % contre 250 cas de colopathies organiques (19,5 %).

1.7. DIAGNOSTICS HISTOLOGIQUES.

121 patients ont bénéficié de biopsies. Les biopsies étaient effectuées chaque fois qu'une lésion suspecte était découverte à la coloscopie. 88 diagnostics histologiques ont été posés chez 87 malades et 33 biopsies n'ont pas donné de résultats histologiques pour des raisons diverses :

- Pour cause financière le plus souvent,
- Problèmes techniques en anatomie pathologique (absence de microtome, de réactifs, lames détruites).

Chez un patient nous avons noté l'association d'une colite amibiennne et à cryptosporidie. Le tableau VIII donne la répartition des différents aspects histologiques notés.

Tableau VIII : Récapitulatif des différents diagnostics histologiques .

Diagnostic	Nombre de diagnostics	Pourcentage
- Adénocarcinomes lieberkhüniens	6	6,6 %
- Adénocarcinome indifférencié	1	1,1%
- Carcinome in situ	1	1,1%
- Carcinome colloïde muqueux	1	1,1%
- Lymphome type MALT*	1	1,1%
- Polypes juvéniles	4	4,4%
- Polypes hyperplasiques	8	8,8%
- Polypes adénomateux	2	2,2%
- Recto-colites amibiennes	39	43,3%
- Rectite bilharzienne	1	1,1%
- Cryptosporidiose	1	1,1%
- RCH	2	2,2%
- Maladies de Crohn	2	2,2%
- Recto-colites non spécifiques	20	22,2%
- Condylome	1	1,1%
TOTAL	88	100 %

M.A.L.T* : Mucosae Associated Lymphoid Tissue

Les colites amibiennes prédominaient avec 39 cas soit 43,3% suivies des colites non spécifiques avec 20 cas soit 22,2%.

1.8. Concordance histo-endoscopique

Le tableau IX donne la concordance entre l'endoscopie et l'histologie.

Tableau IX : Concordance histo-endoscopique.

ENDOSCOPIE	HISTOLOGIE			
	Effectif	Confirmation	DHE*	Non réalisée
- Tumeurs Recto-coliques	19	9	4	6
- Polypes recto-coliques	21	13	2	6
- Polypose	1	1	0	0
- Recto-colites parasitaires	65	39	10	16
- RCH	3	2	0	1
- Crohn	2	2	0	0
- Recto-colites non spécifiques	46	5	3	38
- Endométriose	1	0	1	0
TOTAL	158	71	20	67

* DHE : discordance histo-endoscopique

- Les diagnostics de maladie de Crohn, de RCH et de polyposes ont été confirmés à l'histologie.

- Le diagnostic d'endométriose n'a pas été confirmé.

- Sur les 13 tumeurs recto-coliques qui ont bénéficié d'un résultat histologique, 9 cas ont été confirmés (69,3 %) contre 4 cas de discordance histo-endoscopique (30,7 %).

- Sur les 15 polypes qui ont bénéficié d'un examen histologique 13 ont été confirmés (86,6 %) contre 2 cas de discordance histo-endoscopique (13,4 %).

- Sur 8 recto-colites non spécifiques examinées à l'histologie 5 ont été confirmés (62,5 %) contre 3 cas de discordance histo-endoscopique (37,5 %).

- Sur 49 recto-colites parasitaires examinés à l'histologie 39 ont été confirmés (79,6 %) contre 10 cas de discordance histo-endoscopique (20,4 %)

Au total sur 91 lésions examinées, 71 ont été confirmées (78 %) contre 20 cas de discordance histo-endoscopique (22 %).

2. ETUDE ANALYTIQUE.

2.1: LES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX.

2.1.1: LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.

a) l'âge

La figure 4 donne la répartition des patients selon l'âge.

L'âge moyen était de 38,57 ans avec des extrêmes de 7 et de 85 ans. 57,6% de nos patients avaient un âge compris entre 20 et 40 ans.

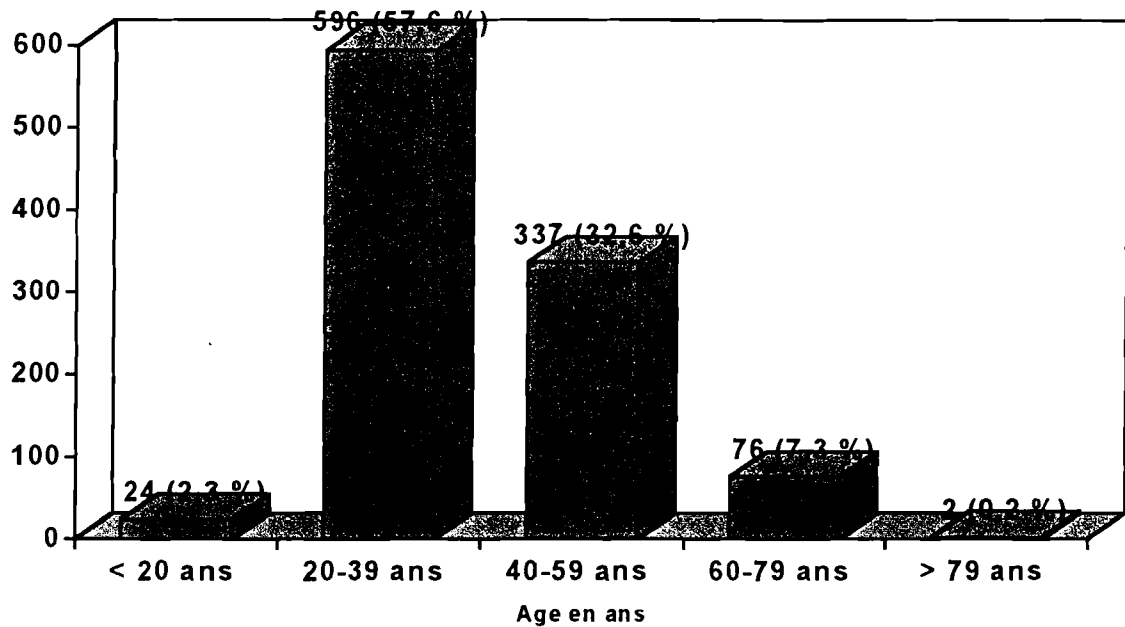


Figure 4 : Répartition des patients en fonction de l'âge .

b) le sexe

on notait une prédominance masculine avec 592 hommes soit 57,2% de l'effectif contre 443 femmes soit 42,8%. Le sex-ratio était de 1,33

c) L'âge et le sexe

La figure 5 donne la répartition des patients selon l'âge et le sexe. On notait une prédominance masculine nette entre 20 et 59 ans.

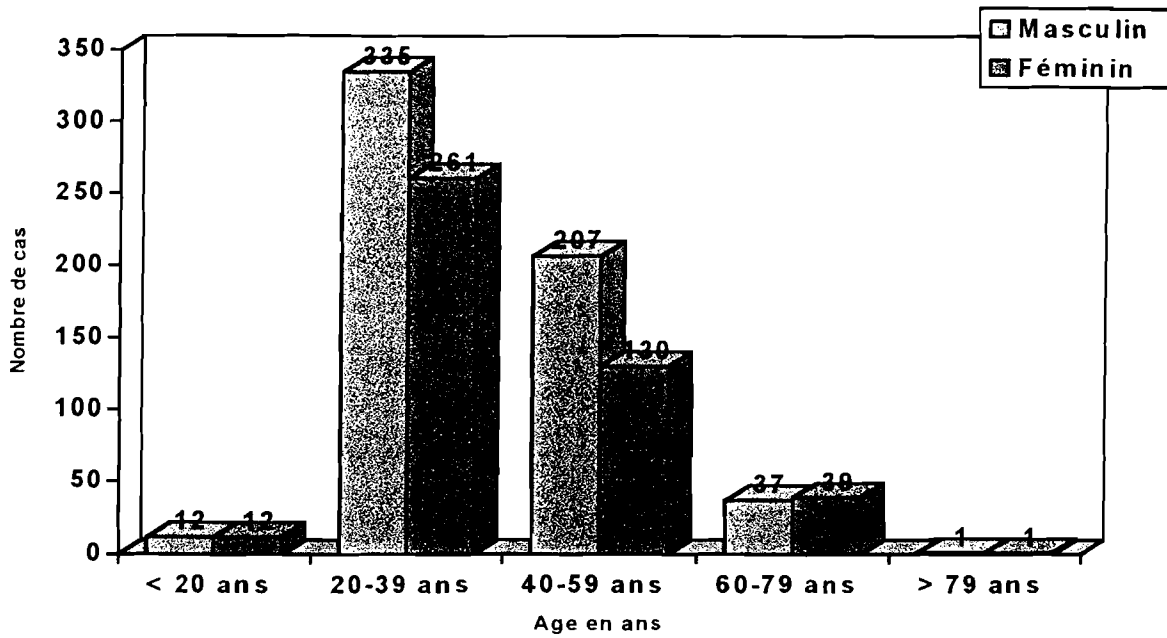


Figure 5 : Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe.

d) La profession

Le tableau XI représente la répartition des patients selon la profession

Tableau XI : Répartition des patients selon la profession

Profession	Nombre de patients	Pourcentage
Fonctionnaires	452	43,7%
Ménagères	173	16,7%
Commerçants	132	12,8%
Elèves/ étudiants	79	7,6%
Secteur informel	62	6,0%
Cultivateurs	46	4,4%
Autres	54	5,2%
Ouvriers	22	2,1%
Militaires/paramilitaires	15	1,4%
Total	1035	100%

les fonctionnaires constituaient le groupe le plus important avec 452 patients soit 43,7% de l'effectif

Ils étaient suivis des ménagères, commerçants, élèves/étudiants avec respectivement 16,7%-12,8%-7,6%.

Dans la profession « autres » on retrouvait essentiellement des religieux

et des retraités

2.1.2: Les aspects cliniques.

Le tableau XII donne la répartition des indications de la coloscopie chez ces patients. Un patient pouvait présenter plusieurs indications.

Tableau XII : Répartition des différentes indications de la coloscopie.

Indications	Nombre d'indications	pourcentage
Douleurs abdominales	746	41,2%
Constipation chronique	502	27,7%
Dyspepsies	334	18,4%
Alt. Dia. / const	53	2,9%
Rectorragies	45	2,5%
Syndrome rectal	39	2,1%
Diarrhée chronique	36	1,9%
Syndrome dysentérique	24	1,3%
T.F.I*	13	0,7%
Tumeurs abdominales	10	0,5%
Diarrhée aigue	7	0,3%
Prurit anal	5	0,3%
Total	1814	100%

Les douleurs abdominales constituaient la plus importante indication avec 746 cas soit 41,2% de l'effectif, suivies de la constipation chronique avec 502 cas soit 27,7% et des dyspepsies avec 334 cas soit 18,4%.

2.2: LES RECTO-COLITES PARASITAIRES.

2.2.1: Les aspects épidémiologiques

a) Fréquence

Dans notre série endoscopique le diagnostic de recto-colite parasitaire a été posé chez 65 patients, soit une fréquence hospitalière de 5,3%.

b) Répartition selon l'année.

La répartition selon l'année est donnée par le tableau XIII.

Tableau XIII: Fréquence par année.

Années	Nombre de patients	nombre de coloscopies	Fréquence (%)
1994	3	124	4,6
1995	4	169	6,2
1996	30	449	46,2
1997	28	479	43
Total	65	1221	100

On notait une augmentation du nombre de coloscopies pour cette pathologie avec le temps : de 3 en 1994 à 28 en 1997.

c) L'âge

L'âge moyen était de 37,52 ans avec des extrêmes de 10 et 65 ans. 64,6 % des patients avaient entre 20 et 39 ans.

La figure 6 donne la répartition des patients selon l'âge.

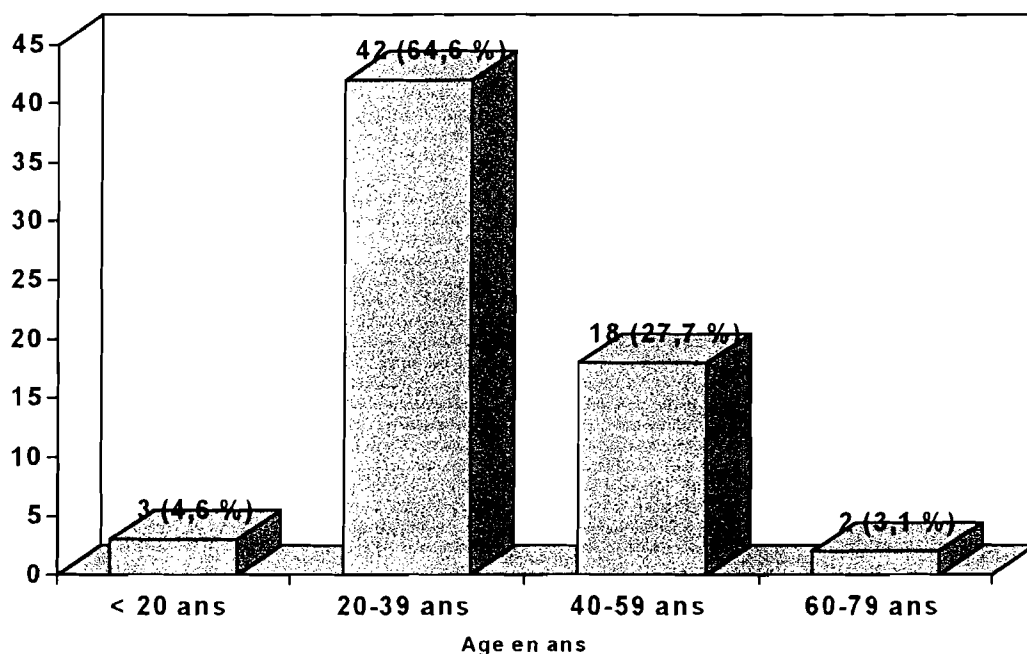


Figure 6 : Répartition des patients selon l'âge

d) Le sexe

Ces patients étaient composés de 46 hommes soit 70,8% de l'effectif, et de 19 femmes soit 29,2%.

e) L'âge et le sexe.

La figure 8 donne la répartition des patients selon l'âge et le sexe. On notait une prédominance masculine dans toutes les tranches d'âge sauf pour la tranche d'âge de 60 à 79 ans.

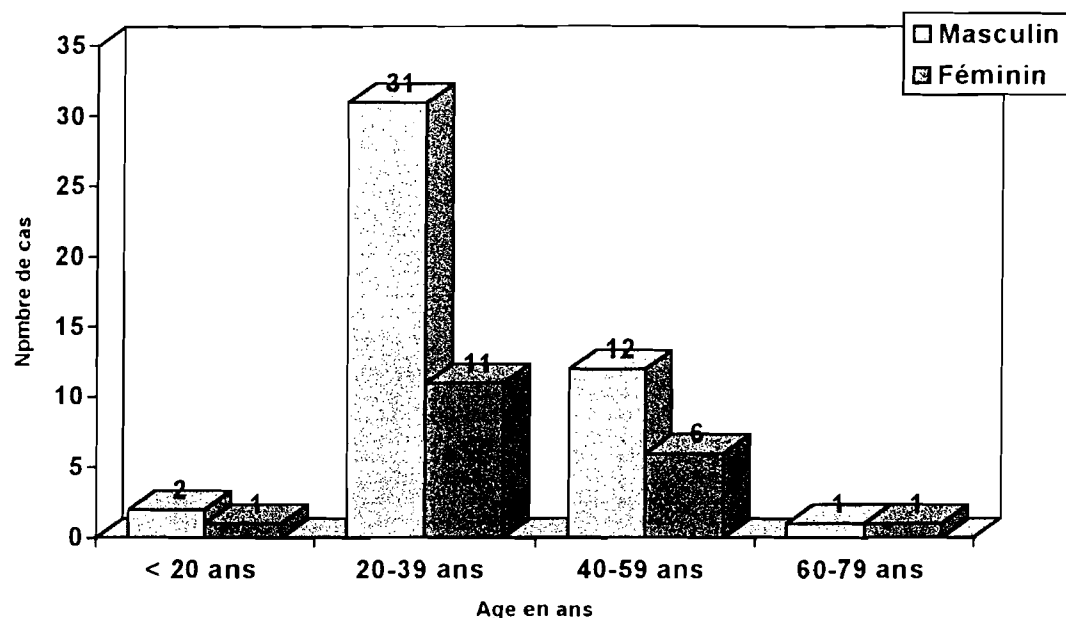


Figure 7 : Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe.

f) La profession.

Le tableau XIV donne la répartition des patients selon la profession.

Tableau XIV : répartition des patients selon la profession.

Profession	Nombre de patients	Pourcentage
- Fonctionnaires	23	35,4%
- Ménagères	11	16,9%
- Commerçants	11	16,9%
- Secteur informel	7	10,8%
- Elèves / étudiants	6	9,2%
- Militaires/paramilitaires	2	3,1%
- Ouvriers	2	3,1%
- Autres	2	3,1%
- Cultivateurs	1	1,5%
Total	65	100%

Les fonctionnaires étaient les plus représentés avec 23 patients soit 35,4% de l'effectif. Ils étaient suivis des ménagères et commerçants avec 11 patients dans chaque profession soit 16,9%. Les autres professions étaient moins représentées

2.2.2. Les aspects cliniques

Le tableau XV donne la répartition des indications de la coloscopie chez ces patients. Un patient pouvait en présenter plusieurs.

Tableau XV : Répartition des indications de la coloscopie.

Indications	Nombre d'indications	Pourcentage
- Syndrome dysentérique	33	31,1%
- Douleurs abdominales	29	27,4%
- Dyspepsies	10	9,4%
- Diarrhée chronique	10	9,4%
- Constipation chronique	9	8,5%
- Alt dia / const*	6	5,6%
- Rectorragies	6	5,6%
- T.F.I*	2	2 %
- Diarrhée aiguë	1	1 %
Total	106	100%

Alt dia / const = alternance diarrhée - constipation.

Le syndrome dysentérique prédominait avec 33 cas soit 31,1% suivi des douleurs abdominales avec 29 cas soit 27,4% de l'effectif.

2.2.3 : Les aspects endoscopiques

a) aspects macroscopiques.

A l'endoscopie on retrouvait 62 recto-colites suspectées amibiennes (95,4%), et 3 recto-colites suspectées bilharziennes (4,6%) chez nos 65 patients.

b) le siège.

Le tableau XVI donne la répartition topographique des recto-colites amibiennes sur le cadre colique. Il est à noter que la topographie des lésions n'a pu être précisée dans 10 cas.

Tableau XVI : Répartition topographique des lésions de recto-colites suspectées amibiennes.

Topographie	Nombre de patients	Pourcentage
- Rectum	8	15%
-Rectum-sigmoïde	9	17%
-Rectum-colon descendant	17	32%
-Colon descendant	3	5,6%
-Rectum-colons ascendant et descendant	2	3,7%
-Colon ascendant	1	2%
-Colite bipolaire	6	11,4%
-Pancolite	7	13,3%
Total	53	100%

On notait une prédominance des lésions allant du rectum et atteignant tout le côlon descendant avec 17 cas soit 32% de l'effectif.

Les recto-colites suspectées bilharziennes(3 patients) étaient toutes localisées au niveau du rectum

2.2.4. Les aspects histologiques.

Le diagnostic histologique de colite parasitaire a été posé chez 41 patients ; chez 1 patient les diagnostics de colite amibienne et de colite à cryptosporidies ont été posés en même temps.

Le tableau XVII donne la répartition des colites parasitaires selon l'étiologie

Tableau XVII : Répartition selon l'étiologie.

Etiologies	Nombre de diagnostics	Pourcentage
Colites amibiennes	40	95,4%
Colite bilharzienne	1	2,3%
Colite à cryptosporidies	1	2,3%
Total	42	100%

les colites amibiennes représentaient la presque totalité des cas avec 39 cas soit 95,2%.

2.2.5 La sensibilité de la coloscopie dans les colites parasitaires

Tableau XVIII donne la sensibilité de la coloscopie dans les colites parasitaires

Tableau XVIII : Sensibilité de la coloscopie

	Histologie + (%)	Histologie - (%)	Total (%)
Coloscopie +	39 (76)	12 (24)	51 (100)
Coloscopie -	2 (100)	0 (0)	2 (100)
TOTAL	41 (77.3)	12(22,7)	53 (100)

N. B. : L'histologie est le test de référence

Sensibilité de l'endoscopie : $VP / VP + FN \times 100 = 39/41 = 95 \%$

VP = Vrai positif

FN = Faux négatif

2.3. LES POLYPES RECTOCOLIQUES

2.3.1. Les aspects épidémiologiques.

a) fréquence.

Dans notre série endoscopique 29 polypes ont été diagnostiqués chez 21 patients et une polypose chez 1 patient soit une fréquence hospitalière pour les polypes de 1,7%.

b) Répartition selon l'année.

Le tableau XIX donne la fréquence annuelle des polypes.

Tableau XIX : Fréquence par année.

Années	Nombre de patients	Nombre de coloscopies	Fréquence
-1994	0	124	0%
-1995	1	169	4,8%
-1996	6	449	28,6%
-1997	14	479	66,6%
Total	21	1221	100

Le diagnostic endoscopique de polypose a été posé en 1997 et concernait 1 patient. C'est donc au cours de l'année 1997 que le maximum (66%) de polypes était retrouvé.

c) L'âge.

L'âge moyen était de 35,38 ans avec des extrêmes de 7 et 55 ans

Le tableau XX donne la répartition des patients selon l'âge.

Tableau XX : Répartition des patients selon l'âge.

Tranches d'âge(ans)	Nombre de patients	Pourcentage
0-19	4	19%
20-39	8	38,1%
40-59	9	42,9%
Total	21	100%

Les polypes étaient plus rencontrés entre 20 et 60 ans. Le patient porteur de polypose avait 53 ans.

d) Le sexe.

Les patients étaient composés de 16 hommes soit 76,2% et de 5 femmes soit 28,8%, avec un sex-ratio de 3,2. La prédominance masculine était nette. Le sujet porteur de polypose était de sexe masculin.

e) L'âge et le sexe.

On notait une prédominance masculine entre 20 et 59 ans, et une égalité avant 20 ans. La figure 9 donne la répartition des patients selon l'âge et le sexe.

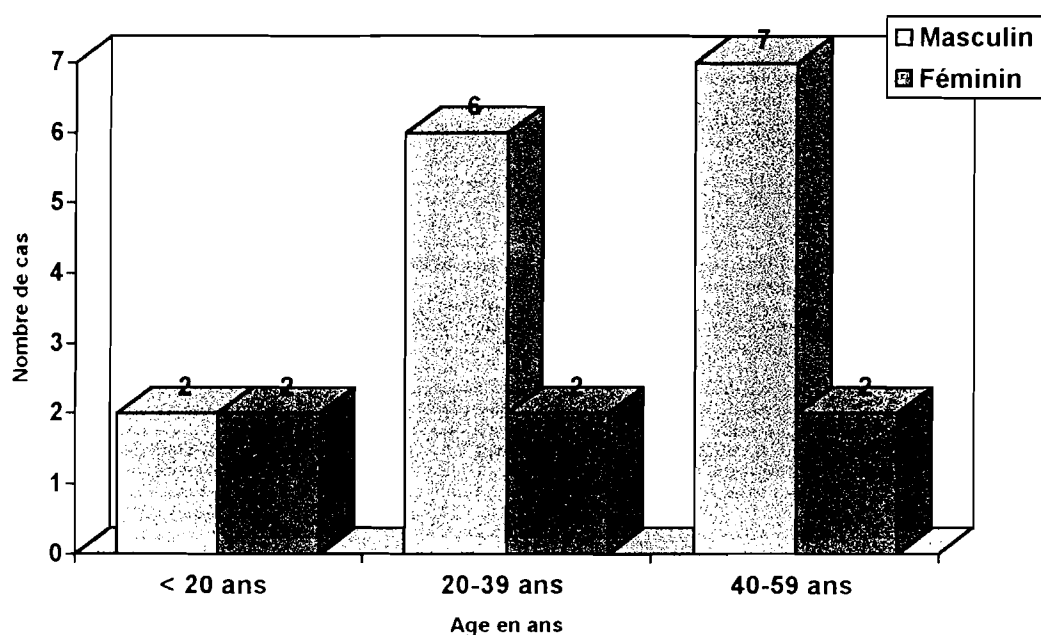


Figure 8 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

f) La profession.

Le tableau XXI donne la répartition des patients selon la profession.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Nombre de patients	Pourcentage
- Fonctionnaires	10	47,6%
- Elèves/ étudiants	4	19%
- Autres	3	14,3%
- Commerçants	2	9,5%
- Ménagères	1	4,8%
- Secteur informel	1	4,8%
Total	21	100%

Les fonctionnaires constituaient le groupe le plus représenté avec 10 patients soit 47,6% de l'effectif.

2.3.2. Les aspects cliniques.

Le tableau XXII donne la répartition des indications de la coloscopie chez ces patients. Un patient pouvait avoir plusieurs indications.

Tableau XXII : Répartition des différentes indications.

Indications	nombre d'indications	Pourcentage
- Douleurs abdominales	15	45,5%
- Rectorragies	6	18,2%
- Dyspepsies	3	9,1%
- Syndrome rectal	3	9,1%
- Constipation chronique	3	9,1%
Contrôle endoscopique	2	6,0%
A.E.G*	1	3,0%
Total	33	100%

A.E.G : Altération de l'Etat Général

Les douleurs abdominales prédominaient chez ces patients avec 15 cas soit 45,5% de l'effectif, suivies des rectorragies avec 6 patients soit 18,2%.

Les autres indications étaient en proportions plus faibles.

Le syndrome dysentérique a été l'indication de l'examen endoscopique chez le patient porteur de polypose.

2.3.3: Les aspects endoscopiques.

29 polypes et 1 polypose ont été diagnostiqués durant la période de notre étude.

a) Topographie.

le tableau XXIII donne la répartition topographique des polypes.

Tableau XXIII : Répartition topographique des polypes.

Siège	Nombre de polypes	Pourcentage
- Rectum	14	48,3%
- Rectosigmoïde	1	3,4%
- Sigmoïde	3	10,3%
- Côlon descendant	1	3,4%
- Côlon transverse	5	17,3%
- Angle colique droit	1	3,5%
- Côlon ascendant	1	3,5%
- Caecum	3	10,3%
Total	29	100%

Les polypes rectaux étaient les plus rencontrés avec 14 cas soit 48,3% de l'effectif, suivis des polypes du transverse(5 cas soit 17,3%) puis ceux du caecum et du sigmoïde (3 cas chacun soit 10,3%).

Dans le cas de la polypose, les polypes(une dizaine) se situaient sur le rectum et sur tout le segment gauche.

b) Type de polypes.

Le tableau XXIV donne la répartition des polypes selon le type

Tableau XXIV: Répartition des polypes selon le type

Type des polypes	Nombre de polype	Pourcentage
- Polypes sessiles	17	58,6%
- Polypes pédiculés	9	31%
- Polypes semi-pédiculés	3	10,4%
Total	29	100%

Les polypes sessiles étaient les plus retrouvés avec 17 cas soit 58,6% contre 9 cas pour les polypes pédiculés soit 31%.

le patient porteur de polypose présentait à la fois des polypes sessiles et des polypes semi-pédiculés.

c) Nombre de polypes par patient.

Parmi les 21 patients 13 étaient porteurs d'un (1) seul polype soit 61,9% de l'effectif contre 8 patients porteurs de deux (2) polypes soit 38,1%.

Le nombre exact de polypes n'était pas précisé chez le patient porteur de polypose (une dizaine).

d) Autres aspects endoscopiques associés aux polypes.

Chez 11 patients on retrouvait d'autres aspects endoscopiques associés aux polypes. Le tableau XXV présente les différents aspects endoscopiques

Un patient pouvait avoir plusieurs lésions associées.

Tableau XXV : Répartition des autres aspects endoscopiques associés aux polypes.

Autres aspects	Nombre de cas	pourcentage
- T.F.I*	8	61,5%
- Hémorroïdes	2	15,3%
- Recto-colites non spécifiques	2	15,3%
- Diverticule	1	7,7%
Total	13	100%

Les troubles fonctionnels intestinaux (T.F.I) représentaient l'aspect endoscopique le plus souvent associé aux polypes et retrouvés chez 8 patients soit 61,5% de l'effectif. Cependant les colites non spécifiques et les hémorroïdes

sont les lésions organiques associées les plus fréquentes (15,3% chacune).
Les troubles fonctionnels intestinaux étaient associées à la polypose.

2.3.4: Les aspects histologiques.

Des polypectomies endoscopiques ont été réalisées chez 15 patients et chez celui porteur de polypose à qui une colectomie partielle était proposée par la suite.

Chez 13 patients (86,6%) la nature histologique des polypes a été confirmée et précisée. Deux cas de polypes suspectés à l'endoscopie se sont révélés être une recto-colite non spécifique et un condylome à l'histologie.

Sur les 21 patients 6 n'ont pu bénéficier d'un examen histologique.

Le patient porteur de polypose a eu un examen histologique.

Le tableau XXVI donne les différents types histologiques chez ces patients.

Tableau XXVI: répartition des types histologiques chez les 13 patients.

Histologie	Nombre de patients	Pourcentage
- Polypes hyperplasiques	8	61,5%
- Polypes junéniles	4	30,8%
- Polype adénomateux	1	7,7%
Total	13	100%

Les polypes hyperplasiques étaient retrouvés chez 8 patients soit 61,5%. Ils étaient suivis des polypes juvéniles chez 4 patients (30,8%) et 1 cas de polype adénomateux (adénome tubuleux en dysplasie légère);

Les autres types histologiques ne se rencontraient pas dans cette série.

Chez le patient porteur de polypose le diagnostic histologique était celui d'un adénome vilieux.

2.3.5 La sensibilité de la coloscopie dans le diagnostic de polypes

Le tableau XXVII donne la sensibilité de l'examen endoscopique

Tableau XXVII : Sensibilité de la coloscopie

	Histologie + (%)	Histologie - (%)	Total (%)
Coloscopie +	13 (87)	2 (13)	15 (100)
Coloscopie -	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	13 (86.6)	2 (22.4)	15 (100)

N. B. : L'histologie est la méthode diagnostique de référence.

Sensibilité de l'endoscopie : $VP / VP + FN \times 100 = 13/13 \times 100 = 100 \%$

VP = Vrai positif
 FN = Faux négatif

2.4. LES CANCERS RECTO-COLIQUES.

2.4.1. Les aspects épidémiologiques

a) Fréquence.

Durant la période de notre étude 19 tumeurs malignes du côlon ont été diagnostiquées à l'endoscopie, soit une fréquence hospitalière de 1,55.

b) répartition selon l'année.

La répartition des cas de cancer recto-colique selon l'année est donnée par le tableau XXVIII.

Tableau XXVII : Fréquence par année.

Année	Nombre de cancer	nombre de coloscopies	Fréquence
-1994	3	124	15,8%
-1995	4	169	21%
-1996	3	449	15,8%
-1997	9	479	47,4%
Total	19	1221	100%

De 3 coloscopies réalisées en 1994 pour cette pathologie, nous sommes passés à 9 en 1997.

c) L'âge.

La figure 10 donne la répartition des patients selon l'âge. La tranche d'âge de 40 à 59 ans prédominait avec 10 patients soit 52,6%. les autres tranches d'âge étaient moins représentées.

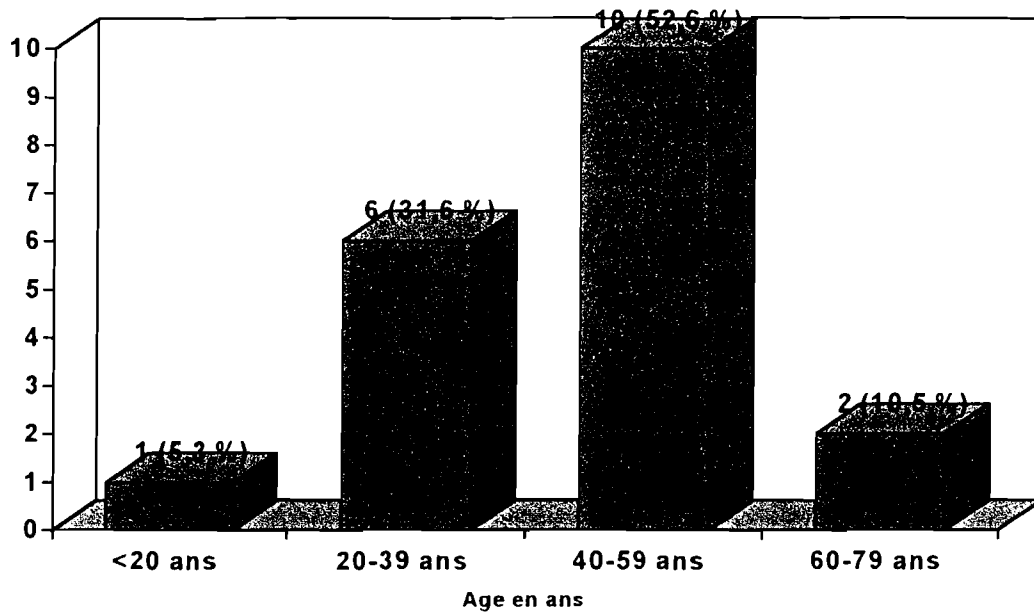


Figure 9 : Répartition des patients selon l'âge

d) Le sexe.

On recensait 12 hommes(63,2%) pour 7 femmes (36,8%) avec un sex-ratio de 1,85.

e) L'âge et le sexe.

La figure 11 donne la répartition des patients selon l'âge et le sexe. On remarquait une prédominance masculine dans toutes les tranches d'âge sauf celle de 60 à 79 ans où on notait une égalité.

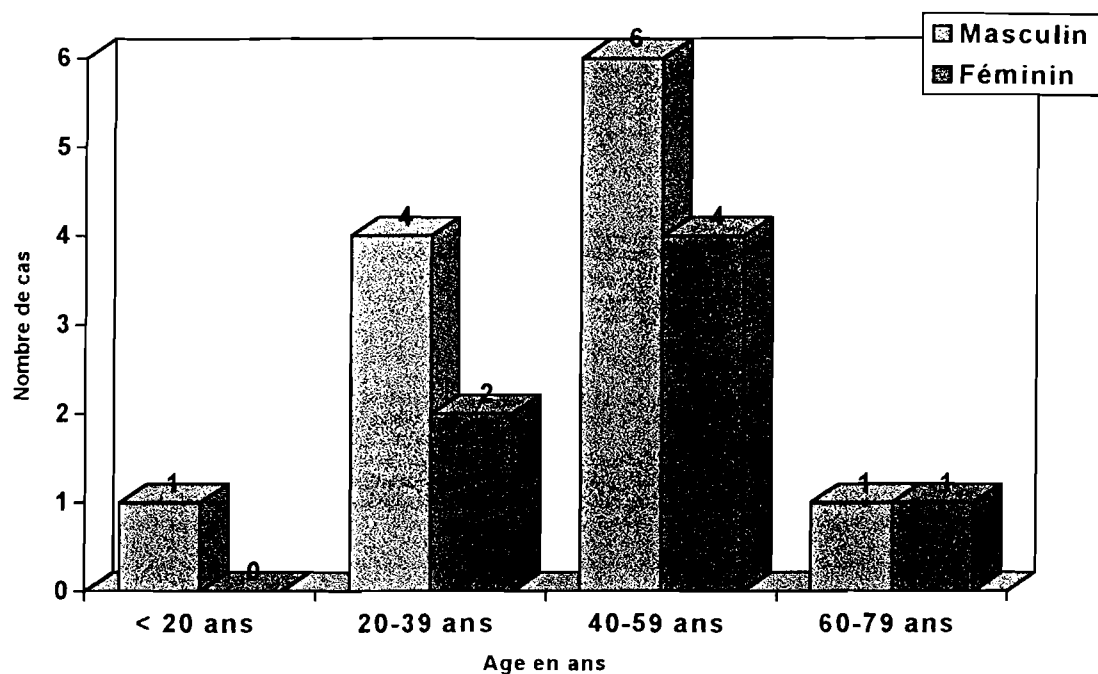


Figure 10 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

f) La profession.

Le tableau XXIX donne la répartition des patients selon la profession.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Nombre de patients	Pourcentage
- Ménagères	6	31,6%
- Fonctionnaires	4	21,1%
- Autres	4	21,1%
- Cultivateur	2	10,5%
- Elèves/étudiants	1	5,3%
- Commerçant	1	5,3%
- Secteur informel	1	5,3%
Total	19	100%

Les ménagères étaient les plus représentées avec 6 cas soit 31,6%.

2.4.2. Les aspects cliniques.

Le Tableau XXX donne la répartition des indications chez ces patients. Il faut préciser qu'un malade pouvait avoir plusieurs indications.

Tableau XXX : Répartition des différentes indications

Indications	Nombre d'indications	Pourcentage
- Rectorragies	11	35,5%
- Douleurs abdominales	8	25,8%
- Syndrome rectal	4	12,9%
- Masse abdominale	3	9,7%
- Constipation chronique	2	6,5%
- Diarrhée aiguë	2	6,5%
- Alt dia-const	1	3,2%
Total	31	100%

Les rectorragies étaient l'indication prédominante chez ces patients avec 35,5%(11 patients) de l'effectif suivies des douleurs abdominales avec 25,8% de l'effectif(8 patients).

2.4.3 : Les aspects endoscopiques

Ils se présentent comme suit:

a) Les aspects macroscopiques.

Le tableau XXXI donne la répartition des lésions macroscopiques observées

Tableau XXXI : Répartition des différentes lésions macroscopiques observées.

Lésions	Nombre de patients	pourcentage
- Bourgeonnantes	3	16%
- Ulcéro-bourgeonnantes	8	42%
- Ulcéro- infiltrantes	8	42%
Total	19	100%

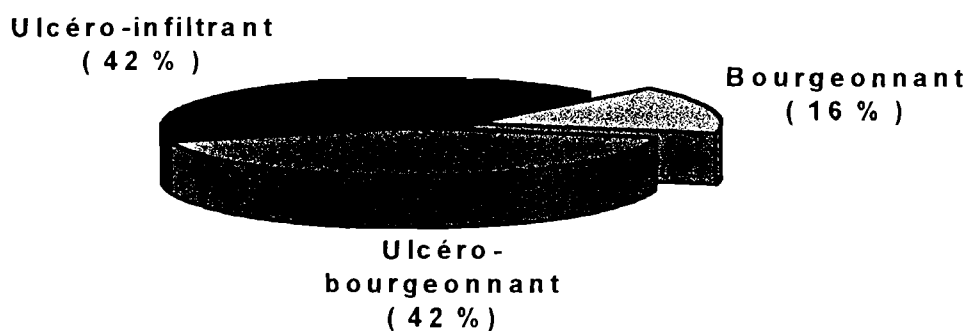


Figure 11 : Répartition des patients selon l'aspect macroscopique des lésions

b) le siège.

Le tableau XXXII donne la répartition des cancers selon le siège sur le cadre colique.

Tableau XXXII: Répartition segmentaire des cancers.

Siège	Nombre de patients	Pourcentage
- Rectum	11	57,8%
- Sigmoïde	1	5,3%
- Rectosigmoïde	1	5,3%
- Côlon descendant	2	10,4%
- Angle colique droit	1	5,3%
- Côlon ascendant	1	5,3%
- Caecum	1	5,3%
- Multiple	1	5,3%
Total	19	100%

La localisation rectale était la plus fréquente avec 11 cas soit 57,8% de l'effectif.

2.4.4. Les aspects histologiques.

Chez 10 patients le diagnostic de cancer a été confirmé à l'histologie. Le tableau XXXIII donne les différents types histologiques chez ces patients. Neuf (9) n'ont pas bénéficié de l'histologie pour cause financière le plus souvent.

Tableau XXXIII : Répartition selon les types histologiques.

Type histologique	Nombre de patients	Pourcentage
- Adénocarcinome Lieberkhunien	6	60%
- Adénocarcinome indifférencié	1	10%
- Carcinome in situ	1	10%
- Carcinome colloïde muqueux	1	10%
- Lymphome (M.A.L.T*)	1	10%
Total	10	100%

On notait une prédominance des adénocarcinomes lieberkhuniens avec 6 cas.

2.4.5 Sensibilité de la coloscopie dans les cancers recto-coliques

Tableau XXXIV donne la sensibilité de l'examen endoscopique

Tableau XXXIV : Sensibilité de la coloscopie

	Histologie + (%)	Histologie - (%)	Total (%)
Coloscopie +9 (70)	4 (30)		13 (100)
Coloscopie 1(100)		0 (0)	1 (100)
TOTAL	10 (71)	4 (29)	14 (100)

N.B. : L'histologie a été la méthode diagnostique de référence.
 Sensibilité de la coloscopie : $VP / VP + FN \times 100 = 9/10 = 90 \%$
 VP = Vrai positif
 FN = Faux négatif

2.5. LES DIVERTICULES DU COLON.

2.5.1. Les aspects épidémiologiques

a) Fréquence.

Au cours de notre étude , les diverticules coliques ont été retrouvés chez 8 patients soit une fréquence de 0,65%.

b) Répartition selon l'année.

Le tableau XXXV donne la fréquence annuelle de cette pathologie.

Tableau XXXV : Fréquence annuelle des diverticules du colon.

Année	Nombre de patients	Nombre de coloscopies	Fréquence
-1994	1	124	12,5%
-1995	1	169	12,5%
-1996	3	449	37,5%
-1997	3	479	37,5%
Total	8	1221	100%

On notait une augmentation de la fréquence de cette affection en rapport avec une augmentation du nombre des coloscopies.

c) L'âge

Le tableau XXXVI donne la répartition des patients selon l'âge.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon l'âge.

Tranches d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
20-39	1	12,5%
40-59	5	62,5%
60-79	2	25%
Total	8	100%

L'âge moyen était de 50,8 ans avec des extrêmes de 35 et 71 ans

On notait une prédominance des diverticules entre 40 et 59 ans avec 5 patients soit 62,5%

d) Le sexe.

Dans cette série on trouvait 3 femmes (37,5%) et 5 hommes (62,5%).

e) La profession.

Les fonctionnaires étaient les plus nombreux avec 6 patients suivis des ménagères et de la profession « autres » avec 1 patient pour chaque profession.

2.5.2. Les aspects cliniques.

Les douleurs abdominales constituaient la principale indication avec 6 cas (66,6%). Elles étaient suivies de la rectorragie retrouvée chez 2 patients (22,2%) et de la constipation chronique chez 1 patient (11,2%). Un de nos patients présentait 2 indications de la coloscopie.

2.5.3. LES ASPECTS ENDOSCOPIQUES.

Le tableau XXXVII donne la répartition segmentaire des diverticules chez ces patients.

Tableau XXXVII : Répartition des diverticules sur les segments coliques.

Segments coliques	Nombre de patients	Pourcentage
- Sigmoide	1	12,5%
- Angle colique gauche	1	12,5%
- Côlon ascendant	2	25%
- Caecum	1	12,5%
- Tout le côlon	1	12,5%
- Siège multiple	2	25%
Total	8	100%

2.6. LA MALADIE DE CROHN.

2.6.1. Les aspects épidémiologiques.

Nous avons observé durant la période de notre étude 2 cas de maladie de Crohn à la coloscopie soit une fréquence hospitalière de 0,16%. L'affection a été observée chez 1 homme et 1 femme de 18 et 60 ans soit un âge moyen de 39 ans. Il s'agissait d'un élève et d'une ménagère.

2.6.2. Les aspects cliniques.

Un(1) de nos patient a consulté pour une entérite chronique évoluant depuis 3 ans associée à une altération de l'état général. L'autre a consulté pour un syndrome rectal récidivant évoluant depuis 27 ans.

2.6.3. Les aspects endoscopiques.

Les lésions siégeaient sur le rectum et sur le côlon descendant. La muqueuse inflammatoire présentait des ulcérations larges avec des érythèmes, des pétéchies et des intervalles de muqueuse saine. Il n'y avait pas de pseudopolypes.

2.6.4. Les aspects histologiques

Les 2 cas que nous avons retrouvés à l'endoscopie ont tous été confirmés à l'histologie avec des aspects typiques de maladie de Crohn.

2.7. LA RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE (R.C.H).

2.7.1. Les aspects épidémiologiques

Le diagnostic endoscopique de R.C.H a été posé chez 3 malades soit une fréquence hospitalière de 0,24%. La maladie a été observée chez 3 hommes.

Les patients étaient âgés respectivement de 26 ans, 34ans, 48 ans. L'âge moyen était de 36 ans.

Il s'agissait de 2 fonctionnaires et 1 du secteur informel.

2.7.2. Les aspects cliniques.

Deux (2) patients ont consulté pour rectorragie et 1 autre pour syndrome dysentérique.

2.7.3. Les aspects endoscopiques.

On notait une atteinte de la muqueuse, de coloration rouge «pleurant du sang» d'aspect granuleux sans intervalle de muqueuse saine. On notait à certains endroits des ulcérations en carte de géographie.

2.7.4. Les aspects histologiques.

Chez 2 patients le diagnostic endoscopique de R.C.H a été confirmé à l'histologie. Le troisième patient a été perdu de vue.

Les aspects histologiques retrouvés étaient typiques de la R.C.H.

V. DISCUSSION

V. DISCUSSION

1. Limites et contraintes

Notre étude a concerné des patients symptomatiques provenant pour la plupart de la zone urbaine. Il s'agit d'une étude hospitalière et nos résultats ne peuvent refléter la situation d'ensemble de la population nationale.

Les fréquences rapportées chez nous sont probablement sous-estimées comme dans la plupart des études africaines. Cette sous estimation épidémiologique relève surtout de la faible diffusion des moyens de dépistage, de la sous médicalisation en général.

Un autre facteur limitant est le coût de cet examen qui est de 35.000 F CFA en privé et 33.000 F CFA en public, le plaçant hors de portée du citoyen moyen. De nombreux patients n'ont pas bénéficié d'un examen histologique des biopsies faute de moyens pour payer les frais y afférents.

2. Les aspects épidémiologiques

2.1 Répartition des coloscopies selon les années

De 124 coloscopies en 1994 (10,2 %) nous sommes passés à 479 en 1997 (39,3 %). Ceci est dû d'une part au démarrage des activités endoscopiques dans la structure privée en novembre 1995 et d'autre part à la défaillance du service de radiologie, qui a obligé les gastro-entérologues à élargir les indications de l'examen.

2.2 Le sexe

Notre étude a concerné 57,9 % d'hommes et 42,1 % de femmes soit un sex-ratio de 1,38. Cette prédominance masculine se retrouve ailleurs :

- A Dakar avec PEGHINI [76] sur 1500 coloscopies : 57 % d'hommes et 43 % de femmes.
- Au CHU de Libreville avec KLOTZ [55] : 53 % d'hommes et 47 % de femmes ;
- En Côte d'Ivoire avec CAMARA [22] : 73,12 % d'hommes et 26,88 de femmes, également avec KOFFI [56] : 67,5 % d'hommes et 32,5 % de femmes ; tout comme avec BEDA [12] qui relève un sex-ratio de 1,60.

Cette prédominance masculine peut s'expliquer par le fait que l'homme possède la plupart du temps le pouvoir économique qui lui permet d'accéder aux examens spécialisés coûteux.

2.3 L'âge et le sexe

L'âge moyen de nos patients est de 38,5 ans démontrant la jeunesse de ceux-ci, en pleine période d'activité soumis à divers agressions physiques et psychiques, en rapport avec la jeunesse de notre population.

Ce résultat est proche de ceux trouvés par MANLAN [64], KOFFI [56], CAMARA [22] (tous en Côte d'Ivoire) et NDJITTOYAP NDAM au Cameroun [71] avec respectivement 37,5 ans, 37,5 ans, 39 ans et 38 ans. Il est par contre inférieur à celui de PEGHINI à Dakar (42 ans), BEDA à Abidjan (42,43 ans), TRAORE à Bamako (43 ans).

On note chez nous une prédominance masculine surtout entre 20 et 59 ans.

2.4 La profession

Toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées dans notre étude avec une nette prédominance des fonctionnaires représentés par 525 patients soit 43 %. Ceci s'explique d'une part parce que cette étude est réalisée dans la capitale où travaillent beaucoup de fonctionnaires, d'autre part parce que ces derniers sont à même de comprendre et de souhaiter des examens spécialisés, d'autant qu'ils ont quelques revenus à même de leur permettre de bénéficier de ces explorations.

3. Les paramètres techniques

3.1 La préparation

Nous avons une bonne préparation chez 1.156 patients soit 94,6 % de l'effectif. On note seulement 5,3 % (65 cas) de préparations moyennes et mauvaises.

Nos résultats sont proches de ceux de RAYMOND [83] en France qui n'a eu que 28 préparations mauvaises (4,72 %) au cours de 593 coloscopies.

Ils diffèrent cependant de ceux d'autres auteurs :

- TRAORE à Bamako trouve 24 préparations mauvaises (30 %) sur 80 coloscopies en une année ;
- KOFFI à Abidjan signale 42 % de préparations insuffisantes et mauvaises ;
- MANLAN [64] retrouve 14 préparations insuffisantes (11,2 %) sur 125 rectosigmoïdoscopies en Côte d'Ivoire en 30 mois.

La mauvaise préparation est retrouvée par la plupart des auteurs même si les taux sont variables selon certaines conditions. En milieu tropical, cette situation peut s'expliquer par la fréquence élevée des dolichocôlons, mégacôlons et côlons spasmodiques, ne permettant pas une préparation facile. Ces types de côlons nécessitent une préparation plus longue que les côlons normaux.

Chez nous, l'information poussée des patients sur la technique de préparation peut expliquer le taux élevé (94,7 %) de bonnes préparations que nous avons obtenu, de même que le procédé employé. En effet il se révèle que la prise de FORTRANS* en deux temps donne des résultats meilleurs à la prise unique [82]

3.2 Le niveau de réalisation de la coloscopie

L'examen est complet chez 1.180 patients soit 96,7 % et incomplet seulement chez 41 soit 3,3 % des cas.

Ces résultats sont proches de ceux de CRESPON [29] ABRAHAMS [1], CRESPI [28] avec des taux de coloscopie totale respectives de 89 %, 90% et 95 %.

Ils sont par contre largement supérieurs à ceux d'autres auteurs, KOFFI, BEDA et LINDSAY [61] avec des taux de coloscopies totales respectives de 63 %, 70 % et 75 %.

Les 41 examens incomplets que nous avons noté sont dus dans 24 cas à un obstacle anatomique, la grande spasmodicité du côlon et une mauvaise tolérance de l'examen par le patient.

Ces difficultés de franchissement du côlon sont plus accentuées au niveau de certains segments dont l'angle gauche (12 cas) et l'angle droit (16 cas). Ces difficultés localisées se voient dans la littérature : ainsi KOFFI retrouve 20 arrêts à l'angle gauche et 33 arrêts à l'angle droit en raison de la très grande fréquence des dolichocôlons avec de nombreuses boucles.

Pour OVERHOLT [75], les principales difficultés sont représentées par le franchissement de l'angle sigmoïdo-colique, de l'angle gauche, de l'angle droit et de la valvule de Bauhin. Cependant, elles peuvent être franchies par des manoeuvres spéciales de l'endoscopiste.

Nous n'avons pas observé d'échec complet dans notre série, c'est-à-dire de cas où le recto-sigmoïde n'est pas franchi. Pourtant ils s'observent dans la littérature : 13 % d'échecs chez KOFFI dont 5 % sont dus à un obstacle recto-sigmoïdien ; 25 % chez LINDSAY, 11 % chez CRESPON. Ces échecs diminuent de plus en plus avec le perfectionnement du matériel.

4. Accident - Incident

L'absence d'accident au cours de nos examens ne doit pas faire oublier que la coloscopie peut se compliquer de perforations et d'hémorragies graves.

Un résultat identique au nôtre se retrouve chez FOURNIER [40] qui n'a déploré aucun accident à l'issue de 4.000 coloscopies ambulatoires. Une enquête de CHABANON [26] portant sur 11.288 examens a noté 27 accidents (soit 2,3 %) ; 10 décès (0,9 %), 23 perforations et pour 740 polypectomies, 20 hémorragies et 5 perforations.

Les complications se voient le plus souvent au cours de la polypectomie. Ainsi la technique de l'endoscopie, quoique fiable et sûre, n'est pas sans danger ; aussi elle doit être maniée par des mains entraînées.

5. Les indications de l'examen

5.1 Les douleurs abdominales

Elles sont retrouvées dans 820 cas soit 39,5 %. Ce sont des douleurs à type de colique, de pesanteur de gêne, de brûlure ou de picotements diffus ou localisés à l'un des flancs ou fosses iliaques. Nos résultats sont identiques à ceux de BEDA : (40,27%), supérieurs à ceux de TRAORE : (21,25 %).

Même si elles traduisent souvent des troubles fonctionnels intestinaux, elles peuvent être dues à une lésion organique du côlon voire une pathologie maligne, ce qui conduit à rechercher une étiologie précise à même de rassurer le médecin et le malade. L'exploration pour cette indication nous a permis de découvrir 29 cas de rectocolites parasitaires, 15 cas de polypes, 8 cas de cancers, 6 cas de diverticules.

5.2 La constipation chronique

Elle est retrouvée chez 519 patients soit 25 % des cas. C'est un symptôme fréquent rencontré dans 99 % des troubles fonctionnels intestinaux selon ATTIA [7]. Cependant, elle ne doit pas faire oublier la possibilité de lésions organiques. L'exploration pour cette indication a révélé 9 cas de rectocolites parasitaires, 3 cas de polypes, 2 cas de cancers, 1 cas de diverticule.

Ce chiffre de 25 % est supérieur à ceux de BEDA (14,66 %), CAMARA (16,57 %), TRAORE (3,75 %) et KLOTZ (4 %)

Ceci peut s'expliquer par le fait que la grande majorité de ces études sont menées dans des pays côtiers où il y a beaucoup de feuilles en toutes saisons pour l'alimentation, mais aussi par le fait que dans ces pays, la constipation peut relever plus souvent du lavement baryté (LB).

5.3 Les dyspepsies

Elles sont notées dans 344 cas soit 16,57 % de l'effectif.

Les dyspepsies sont fréquemment associées aux troubles fonctionnels intestinaux.

Leur banalité au début les font négliger par les patients, mais leur persistance et la gêne qu'elles induisent finissent par les inquiéter et leur faire solliciter une exploration.

L'examen pour cette indication a révélé 10 cas de rectocolites parasitaires, 3 cas de polypes.

5.4 Le syndrome dysentérique

Il est retrouvé dans 5,7 % des cas.

Notre taux est inférieur à ceux de TRAORE, MANLAN qui trouvent respectivement 6,25 % et 10 %, mais supérieur à celui de KOFFI (2 %).

Le syndrome dysentérique relève généralement ici de la consultation de médecine générale et est très souvent rapporté à l'amibiase intestinale. C'est sa persistance qui finit par conduire le patient chez le spécialiste. Chez la personne âgée, la coloscopie doit systématiquement être envisagée en raison des

étiologies rencontrées. L'exploration pour ce syndrome nous a permis de découvrir 1 cas de RCH, 33 cas de rectocolites parasitaires, 3 cas de polypes, 4 cas de cancers et 1 cas de maladie de Crohn.

5.5 Les rectorragies

Elles sont rencontrées dans 4,3 % des cas.

Ce résultat diffère de ceux d'autres auteurs :

- KLOTZ : 33,5 %
- KOFFI : 23,25 %
- TRAORE : 18,75 %
- BERNARD [13] : 17,64 %

La rectorragie, est souvent associée à la pathologie organique. C'est un signe qui doit alerter le clinicien, lequel doit l'adresser au spécialiste pour une exploration, et ne pas se satisfaire de l'hypothèse trop facile d'hémorroïdes.

L'exploration pour cette indication nous a permis de découvrir 6 cas de rectocolites parasitaires, 6 cas de polypes, 11 cas de cancers, 2 cas de diverticules, 1 cas de RCH, 2 cas de colites iatrogènes.

5.6 La diarrhée chronique

Elle est retrouvée chez 2,8 % de l'effectif.

Ce taux est nettement inférieur à ceux de :

- KLOTZ : 9 %
- KOFFI : 11 %
- CAMARA [22] : 13,90 %
- MANLAN : 14 %
- TRAORE : 15 %

Il s'explique par le dénuement matériel qui nous oblige à réduire les indications des explorations pour diarrhée chronique, notamment chez les malades chez qui l'infection par le VIH est suspectée. D'autre part, la phobie du diagnostic de l'immunodépression éloigne souvent ces patients des structures hospitalières. Ils préfèrent s'adresser aux tradipraticiens avant de se résoudre à s'y rendre en désespoir de cause. Pour cette indication, nous avons trouvé 10 cas de rectocolites parasitaires et 1 cas de maladie de Crohn.

5.7 Alternance Diarrhée - Constipation

Elle est rencontrée dans 2,7 % des cas.

Ce taux est voisin de celui de KLOTZ : 2 %

Même si elle répond souvent au diagnostic de TFI, elle peut être la traduction d'une lésion organique et pour cela elle doit être explorée sérieusement.

Nous avons découvert pour ce symptôme 6 cas de rectocolites parasitaires, 1 cas de cancer.

5.8 Masse abdominale

Nous avons retrouvé 16 cas soit 0,77 %. Il s'agit le plus souvent d'une masse palpable à l'un des cadrans de l'abdomen faisant suspecter une relation avec le côlon. Notre taux est proche de celui retrouvé par CAMARA : 0,53 %.

Il est cependant inférieur à ceux de BEDA et TRAORE avec respectivement 3,70 % et 3,75 %.

Elle relève d'abord de l'échographie, qui peut par la suite recommander une coloscopie lorsque l'hypothèse d'une atteinte colique est émise.

Les explorations pour cette indication nous ont permis de découvrir 3 cas de cancers rectocoliques

5.9 Troubles fonctionnels intestinaux (T.F.I *)

Il s'agit de patients colopathes connus chez qui l'examen est demandé pour dépister une éventuelle association d'une pathologie organique.

Notre taux (0,62 %) est inférieur à ceux de :

- TRAORE : 2,5 %
- KOFFI : 9 %

Le danger chez les colopathes connus est pour le médecin de s'en tenir à ce diagnostic pendant de nombreuses années sans être vigilant à une éventuelle modification de symptômes. Les explorations pour cette indication nous ont permis de découvrir 2 cas de rectocolites parasitaires.

5.10. Autres indications

Dans ce chapitre sont regroupées les indications les moins fréquentes de la coloscopies dans notre série. Ce sont :

- Les proctalgies : 10 cas soit 0,5 %
- La diarrhée aiguë : 9 cas soit 0,4 %
- Les contrôles endoscopiques : 7 cas soit 0,3 %
- Les contrôles radiologiques : 6 cas soit 0,3 %
- L'anémie : 6 cas soit 0,3 %
- Les contrôles postopératoires : 4 cas soit 0,2 %
- L'altération de l'état général : 4 cas soit 0,2 %
- Recherche du foyer primitif de tumeur : 2 cas soit 0,1 %

6. Les Pathologies diagnostiquées

6.1 Les troubles fonctionnels intestinaux

Ils sont observés chez 1.035 patients, soit chez 84,76 % d'entre eux.

Les premières études ivoiriennes, en particulier celle d'ATTIA Y [6], ont montré la prédominance de la pathologie fonctionnelle.

En effet son incidence est de 73 % en consultation de gastro-entérologie et 40 % en médecine interne. Ce constat est également fait par d'autres auteurs : CAMARA [25] et KLOTZ en particulier.

- L'âge moyen de nos patients est de 38,57 ans avec une prédominance masculine (57,2 %).

Pour ATTIA Y il est de 37,5 ans proche du nôtre, mais avec plutôt une prédominance féminine indiscutable (65 %).

- Les manifestations cliniques sont dominées par les douleurs abdominales (41 %), suivies des troubles du transit avec la constipation (27,7 %).

Ces mêmes indications sont retrouvées par ATTIA Y mais avec une prédominance des troubles du transit avec la constipation quasi-constante (99 %), suivies des douleurs abdominales (79 % des cas).

Comme nous le constatons, la part de la pathologie fonctionnelle dans le groupe des affections coliques est très grande, en concordance avec les études réalisées en Afrique. Cette constatation ne doit pas cependant nous amener à tirer hâtivement la conclusion, que tout patient qui se plaint du ventre souffre certainement de T.F.I dont la bénignité est certaine. Trois points méritent d'être soulignés :

- le danger d'un diagnostic porté trop facilement sans avoir pris le soin d'éliminer une affection organique.

- la chronicité souvent désespérante des troubles et l'état de tension anxieuse, parfois de cancérophobie, qu'elle provoque ou qu'elle entretient.

- les répercussions médico-économiques majeures qui en découlent : consommation élevée d'actes médicaux, arrêts de travail fréquents, risque de chirurgie intempestive.

Cependant des études plus récentes ont montré une modification de cette pathologie au profit de la pathologie organique. En effet, CAMARA [22] ne trouve que 17,20% et TRAORE 3,75 % de T.F.I.

Cette émergence de pathologies « nouvelles » organiques se voit principalement dans les grandes villes africaines où l'alimentation a tendance à « s'occidentaliser ».

6.2 Les hémorroïdes

Il peut paraître étonnant de trouver des hémorroïdes dans une série coloscopique. En fait, elles sont systématiquement recherchées en fin d'examen, lorsqu'au retrait du tube, on fait une rétrovision à 15 cm de la marge anale.

Elles sont retrouvées dans 6 % des cas. KOFFI trouve 10 %, KLOTZ 18,75 %, CAMARA [22] 11,84 %. Notre taux relativement bas peut être lié à notre série plus importante, mais aussi au fait que les études ci-dessus citées sont faites dans des pays côtiers où les populations ont des habitudes alimentaires et des pratiques (comme les lavements au piment qui favorisent les poussées hémorroïdaires) différentes des nôtres.

Si l'apparition des hémorroïdes est facilitée par les troubles du transit, les perturbations microbiennes ou cliniques (laxatifs, suppositoires) on peut accuser d'autres facteurs comme l'hérédité, le mode de vie, la sédentarité, l'alimentation et les facteurs hormonaux.

Si elles sont le plus souvent la cause des rectorragies, il faut éviter de s'arrêter trop facilement à ce seul diagnostic étiologique, et rechercher d'autres causes pour lesquelles la coloscopie est indiquée.

Nous avons retrouvé 2 cas d'hémorroïdes associés aux polypes colorectaux.

6.3 Les recto-colites parasitaires

Nous avons découvert 65 recto-colites parasitaires soit une fréquence de 5,3 %. Ces parasitoses sont dominées par l'amibiase avec 62 cas (94,4 %) dont 38 sont confirmés à l'histologie ; contre 3 cas de bilharziose (4,6 %) dont 1 cas est confirmé à l'histologie. NIAMKEY [72] trouve 2,3 % pour l'amibiase.

Les fréquences hospitalières sont de 5 % pour l'amibiase et 0,3 % pour la bilharziose selon l'OMS citée par GAUDET [45].

La rareté de la bilharziose recto-colique peut s'expliquer par la situation géographique du Burkina Faso et de Ouagadougou en particulier qui ne possède pas beaucoup de cours d'eau et aussi par le fait que ce diagnostic est souvent fait à la rectoscopie avec biopsie des muqueuses rectales. De plus une authentique bilharziose peut être découverte sur une muqueuse normale à l'issue de biopsies systématiques. KOFFI trouve 2 cas de bilharziose à Abidjan sur 268 coloscopies en 2 ans, et TRAORE, 3 cas à Bamako sur 80 coloscopies en 1 an.

Les taux que nous avons retrouvé sont bien en deçà de l'importance épidémiologique de l'affection. Si nous considérons l'amibiase, l'OMS estime qu'il y a dans le monde probablement 480 millions de cas d'amibiase invasive. L'Afrique est considérée comme une région de haute endémicité.

- La fréquence hospitalière d'amibiase recto-colique symptomatique rapportée par GAUDET [45] est de 0,88 %. Notre fréquence plus élevée s'explique par le fait que la coloscopie s'est faite chez des malades présentant des symptômes assez orientés (douleurs abdominales, troubles du transit), mais peut être aussi par une hygiène de vie plus déficiente, précisément en raison du manque d'eau, situation inhérente à notre situation géographique et à notre dénuement financier.
- L'âge moyen de nos patients est de 37,52 ans avec une prédominance masculine (70,5 %). Des résultats presque identiques sont retrouvés par NIAMKEY. Les fonctionnaires prédominent dans sa série avec 36,4 %. Cette prédominance se retrouve d'ailleurs dans notre étude (35,4 %), tout comme dans celle de BEDA qui trouve 52 % de sujets « aisés ». Il ne s'agit donc pas de sujets exerçant des professions exposées à la terre, source importante de contamination, mais plutôt de personnes dont les revenus relativement élevés leur permettent, en plus des repas principaux, la consommation de crudités insuffisamment décontaminés. Cela fait-il mentir l'adage selon lequel l'amibiase est exclusivement la maladie des pauvres et des mains sales ? Nous n'irons pas jusque là, parce que d'une part cette étude se déroule dans la capitale où exercent un grand nombre de fonctionnaires, d'autre part parce que ce sont ces derniers qui peuvent s'offrir des coloscopies à l'issue des consultations spécialisées qu'ils recherchent au moindre symptôme qui perdure ou qui les inquiète.
- Les indications sont dominées par le syndrome rectal dans 31,1% des cas suivi des douleurs abdominales avec 27,4% et les autres troubles du transit (24,5%).

Il y a par contre une prédominance des douleurs abdominales (80 %) chez NIAMKEY.

- On note une prédominance des lésions dans le segment gauche et le rectum (32 % de l'effectif).

Pour NIAMKEY le côlon ascendant est le plus lésé (25 %) alors que nous ne trouvons que 2 % des lésions à ce niveau.

L'histologie nous a permis de découvrir une recto-colite à cryptosporidie associée à une recto-colite amibienne.

6.4 Les recto-colites non spécifiques

Cette terminologie de « non spécifique » est la preuve par quatre de notre ignorance actuelle concernant les affections responsables de ces aspects endoscopiques et histologiques. En fait, elles demeurent non spécifiques le temps qu'on leur trouve une étiologie.

Cette pathologie est retrouvée chez 46 patients (3,7 %).

Nos résultats sont identiques à ceux rapportés par KOFFI (3,75 % des cas), mais largement inférieurs à ceux d'autres auteurs en l'occurrence CAMARA et TRAORE avec des fréquences respectives de 18,81 % et 25 %.

Les recto-colites non spécifiques posent, nous le répétons des problèmes nosologiques. Selon AUBRY [8], elles évolueraient vers une maladie de CROHN ou une recto-colite ulcéreuse. Il est possible que certaines soient d'origine parasitaire, bactérienne ou virale. C'est pourquoi, elles sont appelées recto-colites idiopathiques [8] ou recto-colite ulcéreuses d'origine indéterminée que rapporte ATTIA Y. [5].

6.5 Les polypes et polyposes recto-coliques

Dans notre étude, 21 patients sont porteurs d'un ou plusieurs polypes à l'endoscopie, soit une fréquence globale de 1,7 %.

Cette fréquence confirme les données de la littérature selon lesquelles les polypes tout comme les cancers colorectaux constituent des affections rares dans les pays du tiers monde et particulièrement en Afrique Noire, alors qu'ils sont fréquents dans les pays occidentaux d'Europe et d'Amérique du Nord.

Notre taux de polype se rapproche effectivement de ceux trouvés par la plupart des auteurs en Afrique.

PEGHINI au Sénégal trouve sur 1.500 coloscopies 57 polypes colorectaux soit une fréquence de 3,8 %.

KLOTZ au Gabon rapporte une fréquence de 2,2 %.

Quant à ATTIA K [4], il trouve sur 1.591 coloscopies 42 patients porteurs d'un ou de plusieurs polypes soit une fréquence de 2,63 %. Cette fréquence est supérieure à celle des travaux antérieurs effectués en Côte d'Ivoire [6,23,64,65] montrant bien une augmentation de la fréquence des polypes diagnostiqués en endoscopie en rapport avec une vulgarisation de cette méthode, et une modification des habitudes alimentaires.

Notre taux de 1,7 % est largement inférieur à ceux trouvés en Europe, notamment par FOURNIER [40] : 35,4 %, CRESPON [29] : 19,2 %

Selon une étude multicentrique prospective menée en France par le GREPHITE [44], la prévalence des polypes est de 9,7 % chez l'adulte de 45 à 70 ans, mais elle atteindrait 17 % en cas de rectorragies.

D'une manière générale, il existe une prédominance masculine dans notre série. Elle est retrouvée en France par le GREPHITE avec un sex-ratio de 2 et par ATTIA K. en Côte d'Ivoire [4] : 2,5.

Les polypes se rencontrent entre 20 et 60 ans. POTET [81] souligne que leur fréquence est croissante de 20 à 69 ans pour atteindre au delà, une fréquence stable de 20 % avec un maximum chez l'homme dès 60 ans.

- Les fonctionnaires avec 47,6 % des cas, suivis des élèves et étudiants avec 19 % constituent les catégories socioprofessionnelles les plus touchées. Nous pouvons arbitrairement concéder aux fonctionnaires un niveau de vie relativement élevé. Même si cette élévation en modifiant les habitudes alimentaires des patients (par l'adoption d'un régime alimentaire de type occidental riche en graisses et pauvre en fibres) peut favoriser l'apparition des polypes, nos résultats et notre échantillonnage ne nous permettent pas de conclure. Ce constat a été également fait par ATTIA K.
- La douleur abdominale (45 %) suivie de la rectorragie avec 18,2 % sont les symptômes les plus rencontrés dans notre série.

Nos résultats, même s'ils ne s'accordent pas totalement avec les données de la littérature où la rectorragie représente le principal motif de l'examen, ils ne les contredisent pas pour autant. D'ailleurs ATTIA K suggère que les douleurs abdominales et les troubles du transit au même titre que les rectorragies doivent être le prétexte pour l'exploration morphologique du côlon et du rectum, même si les motifs de l'examen endoscopique ne sont pas nécessairement la traduction symptomatique des polypes.

- La localisation des polypes dans le segment rectosigmoïdien prédomine chez nos patients : 17 polypes sur 29 soit 58,6 %.

D'une manière générale les polypes recto-coliques droits sont moins nombreux que les gauches : 19 polypes (65,4 %) sur le côlon gauche contre 5 (17,3%) sur le côlon droit ; 5 (17,3 %) siègent sur le transverse.

Nos résultats sont conformes aux données de la littérature : MANLAN et CAMARA [12, 6] trouvent 8 polypes sur 10 sur le rectosigmoïde (80 %).

PEGHINI et POTET [80] en trouvent respectivement 97,73 % et 58 % sur le rectosigmoïde.

Aussi, pour MANLAN [65] la rectosigmoïdoscopie souple doit être demandée en 1ère intention complétée par une coloscopie totale en cas de détection de polypes dans le cadre d'un bilan des lésions.

- Nos polypes sont sessiles (58,6 %) et pédiculés (31 %). Ces chiffres sont proches de ceux d'ATTIA K (61,7 % de polypes sessiles contre 38,3 % de polypes pédiculés).

Ils diffèrent cependant de ceux de POTET [81] qui trouve 60 % de polypes pédiculés.

Dans notre série, les polypes solitaires sont les plus retrouvés : 61,9 % des cas. Pour KOFFI K ils sont vus dans 80,95 % des cas.

- Sur le plan histologique les polypes hyperplasiques sont les plus nombreux chez nous (61,5% des cas). Ils sont suivis des polypes juvéniles (30,8 %). Il n'y a qu'un seul cas de polype adénomateux.

Ces résultats diffèrent de ceux rapportés dans la littérature africaine. KOFFI trouve une prédominance des polypes adénomateux (41,67 % des patients) suivis des polypes juvéniles (33,33 %) et des pseudopolypes inflammatoires (16,66 %).

PEGHINI note une prédominance des adénomes (42,11 %) suivi des polypes hyperplasiques (33,33 %), juvéniles (22,81 %) et un pseudo polype inflammatoire.

En raison de l'absence de potentiel malin des polypes hyperplasiques et juvéniles qui prédominent dans notre série, malgré la taille de notre échantillon, nous pouvons en déduire que très peu de cancers coliques seront issus de nos polypes.

- Nous avons trouvé un cas de polypose soit une fréquence de 0,08 %.

Il s'agit d'un patient de 53 ans, expert financier qui a consulté pour un syndrome dysentérique.

Les polypes (une dizaine) se situent sur le rectum et sur tout le segment gauche. Les polypes sont à la fois sessiles et pédiculés. Ils sont associés à des troubles fonctionnels intestinaux. L'histologie a permis de découvrir des adénomes villosités.

ATTIA K et CAMARA trouvent des fréquences respectives de 4,76 % (2 cas) et 6,45% (12 cas) supérieures au nôtre.

6.6 Les cancers colorectaux

Le diagnostic endoscopique de cancer est posé chez 19 patients, ce qui donne une fréquence de 1,55 %.

Durant la période de notre étude, la fréquence annuelle des cancers a augmenté avec le nombre de coloscopies.

Notre taux de 1,55 % montre la rareté du cancer colique en Afrique Noire confirmée par la littérature. OUEDRAOGO [74] a trouvé une incidence annuelle de 2,7 % au CHNYO. Quant à MOYENGA [70], il rapporte au CHNYO 40 cancers coliques en 6 ans et demi représentant 28,16 % des cancers du tube digestif (CTD) et 3,74 % de l'ensemble des cancers et une incidence moyenne de 6 cas par an. L'auteur relève 12 cas de cancers du rectum représentant 1,12 % de tumeurs malignes et 8,45 % des CTD avec une incidence moyenne de 2 cas par an.

En Côte d'Ivoire ATTIA Y. [7] MANLAN et KOFFI K ont trouvé des fréquences respectives de 1,5 %, 2,3 % et 1 % tandis que dans une étude plus récente, CAMARA et BEDA rapportent respectivement 11 cas en 1 an (5,91 %) et 17 cas (7,87 %). TRAORE à Bamako trouve une fréquence de 3,75 %.

Les fréquences hospitalières relevées au Nigeria, en Afrique du Sud et au Ghana sont respectivement de 1,4 %, 1,2 % et 1,04 % [20,56,76].

Ces différents taux sont largement inférieurs à ceux trouvés en Europe : en Ecosse, au Canada et en Allemagne avec des fréquences respectives de 15,3%, 14,4 % et 9,2 %. CRESPON en France trouve 8 %.

Cette rareté du cancer recto-colique en Afrique d'une manière générale peut reposer sur des facteurs alimentaires à savoir la consommation de viandes peu grasses et de fibres alimentaires.

Il faut également signaler l'absence ou la rareté des pathologies précancéreuses comme l'attestent la plupart des auteurs [6,24,56,76].

- Parmi nos patients on a 12 hommes (63,2 %) et 7 femmes (36,8 %), soit un sex-ratio de 1,85. L'âge moyen est de 45, 47 ans avec des extrêmes de 14 et 72 ans.

Ces résultats sont conformes à certaines données de la littérature : ATTIA [7] rapporte un sex-ratio de 3/1, REDAH [83] au Togo : 2 hommes pour 1 femme et MOYENGA 3 hommes pour 1 femme pour le cancer du côlon et 1,4 hommes pour 1 femme pour le cancer du rectum.

La prédominance masculine n'est pas retrouvée dans toutes les séries africaines. KLOTZ note un sex-ratio de 2 hommes pour 3 femmes au Gabon. Cela suggère que le cancer colo-rectal n'est pas l'apanage d'un sexe particulier.

- L'âge moyen que nous avons retrouvé (45, 47 ans) est superposable aux résultats d'autres études africaines : ATTIA Y relève 46 ans, BEDA 48,06 ans et MOYENGA 48 ans pour le cancer du côlon et 40 ans pour le cancer du rectum. Le cancer colo-rectal est rare avant 40 ans et son incidence augmente de façon significative entre 40 et 45 ans, et continue de croître en doublant à chaque décennie successive. Le risque est multiplié par 15 entre 40 et 70 ans et atteint son maximum à 75 ans [42,43,63].

En Europe, l'âge moyen rapporté est supérieur à 60 ans : 68,5 ans, pour LOMBARD - PLATET [62] avec une prédominance de la tranche d'âge de 60 à 80 ans.

Ces observations suggèrent que le cancer survient chez des individus relativement jeunes en Afrique en rapport certainement avec l'espérance de vie.

- Les ménagères sont les plus retrouvées dans cette série avec 31,6 % de l'effectif. Nos résultats reflètent le niveau socio-économique assez modeste des patients, retrouvé par ATTIA Y : 58,3 %.
- La rectorragie est le symptôme prédominant chez nos patients : 35,5 % des cas. Elle est souvent associée aux troubles du transit dans les tumeurs rectales et à une masse abdominale, douloureuse dans les localisations coliques.

Ces résultats sont conformes aux données de la littérature : KOFFI trouve ce symptôme dans 23,25 des cas comme première cause de consultation, REDAH dans 85 % des cas également, KLOTZ à Libreville : 33,5 % et MOYENGA 50 % dans les cancers du rectum.

La rectorragie est parfois discrète, d'où la nécessité d'une exploration colo-rectale complète, même en présence d'hémorroïdes, au moindre saignement.

- Sur le plan histologique les formes ulcéro-bourgeonnantes et ulcéro-infiltrantes prédominent avec 8 cas chacune (42,1 %). Des résultats similaires sont rapportés par OUEDRAOGO avec 37 % pour les formes ulcéro-bourgeonnantes et 26 % pour les formes ulcéro-infiltrantes. Quant à MOYENGA il trouve une prédominance des formes bourgeonnantes (32,5 %) et ulcéro-bourgeonnantes (27,5 %) pour les cancers du côlon. Pour les cancers du rectum, l'auteur note une prédominance des formes infiltrantes (7 cas) et les formes bourgeonnantes et ulcéro-bourgeonnantes (5 cas).

Ces tumeurs siègent préférentiellement au rectum : 57,9 %. Cette prédominance est retrouvée dans d'autres études africaines.

ATTIA Y, KLOTZ et REDAH trouvent pour cette localisation des fréquences respectives de 43,13 % ; 90 % et 40 %.

C'est presque sans surprise que nous avons découvert une fréquence élevée d'adénocarcinomes (70 %).

En effet ATTIA Y rapporte 83,81 % d'adénocarcinomes, REDAH 80 % et MOYENGA 92,5 % dans les localisations coliques, 75 % dans les localisations rectales.

LOMBARD-PLATET [62] signale plus de 97 % d'adénocarcinomes en Europe.

Nos résultats sont donc proches des données de la littérature.

Nous avons recensé un cas de lymphome de type MALT* qui est un lymphome de la muqueuse soit 10 % des cas. MOYENGA a également retrouvé 1 cas de lymphome de type MALT.

BEDA a rapporté 3 cas qui ont représenté 18,75 %. La fréquence élevée des lymphomes recto-coliques constatées dans nos régions est probablement liée à la fréquence du lymphome de BURKITT sous les tropiques.

6.7 Les diverticules du côlon

Au cours de notre étude, les diverticules du côlon sont retrouvés chez 8 patients soit une fréquence globale de 0,65 %.

Ce chiffre témoigne de la rareté de la diverticulose recto-colique confirmée par la littérature.

TRAORE à Bamako trouve une fréquence de 1,25 %, tandis que CAMARA [25] sur 1.890 lavements Barytés standards retrouve 1,1 % de diverticules malgré la grande fréquence des colopathies dites fonctionnelles. Le même auteur trouve dans une étude postérieure : 8,60 % de diverticules coliques.

- L'âge moyen de nos patients est de 53 ans avec des extrêmes de 35 et 71 ans, superposables aux données de la littérature notamment ceux de CAMARA [22] 54 ans avec des extrêmes de 25 et 76 ans. C'est classiquement une affection du sujet âgé et la faible fréquence de cette pathologie chez nous peut s'expliquer par la courte espérance de vie qui ne permet pas d'atteindre l'âge de la diverticulose.

En Europe la prévalence des diverticules du côlon est importante à partir de 60 ans (on les appelle les rides du côlon). On estime qu'il existe en France 2.000.000 à 2.500.000 sujets porteurs de diverticules le pourcentage variant énormément avec l'âge : moins de 10 % avant 40 ans, plus de 25 % après 60 ans, plus de 40 % après 80 ans.

- Le sexe masculin est dominant dans notre série (62,5 %) contre 37,5 % pour le sexe féminin.

Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature africaine avec CAMARA [22] (81,25 % d'hommes pour 18,75 % de femmes) et KOFFI.

- Sur le plan clinique, les douleurs abdominales prédominent dans 66,6 % des cas, suivies de la rectorragie (22,2 % des cas) puis de la constipation chronique (11,2% des cas).

Pour CAMARA [25] les douleurs abdominales sont surtout localisées à la fosse iliaque gauche. La constipation opiniâtre et la diarrhée sont également retrouvées.

- On retrouve 2 diverticules au niveau du côlon ascendant (25 %) et 2 cas de siège bipolaire (25 %). On relève une diverticulose diffuse (12,5 %) de localisation pancolique. On note un cas pour le sigmoïde, l'angle recto-colique gauche et le caecum (12,5 % pour chaque siège). Des résultats presque identiques sont retrouvés par d'autres auteurs [25].

6.8 La recto-colite hémorragique (R.C.H.)

Le diagnostic endoscopique de RCH est posé chez 3 malades soit une fréquence de 0,24 %, représentant à notre connaissance les premiers cas burkinabé, tous confirmés histologiquement.

Notre taux est semblable à ceux d'autres auteurs africains : KOFFI un cas soit 0,005 %, CAMARA [22] 3 cas soit 1,61 %.

TRAORE repertorie 5 cas soit 7,93 % mais dans une série moins grande.

En effet, la RCH est réputée exceptionnelle au sud du Sahara, elle est rapportée chez le noir africain en Afrique du Sud : 18 cas avant 1975 et 48 cas depuis cette date jusqu'en 1981 [8].

AUBRY a rapporté 14 cas observés en 3 ans chez le sénégalais de race noire.

- Dans notre étude, la maladie est observée chez 3 hommes, âgés respectivement de 26, 34 et 48 ans soit un âge moyen de 36 ans en conformité avec les données actuelles de la littérature africaine : 37,66 ans pour CAMARA [22], 30 ans pour AUBRY et 29 ans pour KOFFI. La RCH touche donc l'africain jeune confirmant ainsi la notion classique d'un pic vers la trentaine. Cependant un autre pic moins important est noté vers la cinquantaine. AUBRY trouve 8 hommes et 6 femmes, CAMARA [22] 2 hommes et 1 femme.

Avant les travaux d'AUBRY la prédominance féminine est retrouvée dans les publications africaines comme décrite en Europe. Sur les 46 observations recensées, 38 sont complètes et permettent une étude du sex-ratio qui est de 1,7 (24 femmes, 14 hommes).

A Alger, cette prédominance féminine est encore plus marquée : 2,3 pour 1 [17].

- Nos patients sont composés de 2 fonctionnaires et 1 du secteur informel, en conformité avec les données de la littérature selon lesquelles l'instruction scolaire et le niveau social des malades, sont en général plus élevés que la moyenne [8].
- Deux patients ont consulté pour rectorragie et un pour syndrome dysentérique. Ces aspects cliniques sont classiques.

6.9 La maladie de Crohn

Elle est retrouvée chez 2 patients soit une fréquence de 0,16 % représentant à notre connaissance les 1^{er} cas burkinabé.

Cela confirme la rareté de cette affection en Afrique Noire.

La première évocation de l'affection chez le noir Africain est faite par KYBIA [57] qui rapporte en 1946 un cas probable chez un natif du Rwanda. C'est en 1969 que GIRAUD [47] rapporte 4 cas chez des Bantous du Transvaal en Afrique du Sud. DAVIS [30] publie 3 autres observations au BARAGWANATH Hospital toujours en Afrique du Sud, hôpital qui ne recevait que des patients non blancs. C'est en 1979 que sont reconnus 2 cas de localisation iléo-coliques par SEGAL [89]. PILLAY [77](1981) retrouve 2 retrécissements du côlon imputables à la maladie de Crohn sur 2.500 lavements barytés.

C'est en 1982 que paraît la première publication au sud du Sahara, Afrique du Sud excepté, par KHWAJA [54] qui rapporte 1 cas au Nigéria.

En 1992 BOUGOUMA [18] rapporte un cas chez une ivoirienne.

En ce qui concerne les séries endoscopiques, CAMARA retrouve 2 cas soit 1,07 % à Abidjan, TRAORE également 2 cas soit 2,50 % à Bamako.

L'absence d'étiologie, critère essentiel au diagnostic, les difficultés d'explorations et de suivi des patients peuvent expliquer la rareté apparente de l'affection chez le noir Africain.

Même si l'on note une certaine émergence chez les noirs de Johannesburg par exemple, les différents auteurs émettent l'hypothèse que dans les pays en voie de développement il est difficile d'identifier et diagnostiquer avec précision la maladie, compte tenu de sa nature indolente, le chevauchement des infestations chroniques de l'intestin, les conditions inadéquates des soins et services hospitaliers.

- Nos patients sont composés d'un (1) homme et d'une (1) femme également retrouvés par CAMARA [22]. Si on se rapporte à tous les cas publiés en Afrique Noire, le sex-ratio est de 2,8 hommes pour 1 femme.

Chez les sujets noirs Américains, on trouve 69 % de femmes pour 31 % d'hommes selon GOLDMAN [48]

- En Afrique Noire la maladie est découverte tardivement (dans 85 % des cas après 25 ans). Nos patients sont âgés de 18 et 60 ans soit un âge moyen de 39 ans. L'âge le plus souvent retrouvé dans la littérature se situe entre 15 et 40 ans.
- Un de nos patients est élève et l'autre ménagère. Les facteurs socio-économiques, culturels ne semblent pas jouer un rôle particulier [15,48,88,91]

6.10 Ectasies vasculaires

Nous avons trouvé à l'endoscopie cet aspect chez 2 patients soit une fréquence de 0,16 %. Il s'agit d'une femme de 38 ans fonctionnaire qui a présenté un syndrome rectal récidivant durant 5 mois, et d'un homme de 49 ans également fonctionnaire présentant des douleurs abdominales et une constipation, chronique.

Chez un patient (38 ans) les lésions s'étendent du sigmoïde à l'angle droit tandis que chez le second (49 ans) elles sont recto-sigmoïdiennes. Elle constitue un des nouveaux signes endoscopiques de la cirrhose.

6.11 Recto-colites iatrogènes

Elles ont retrouvées chez 2 patients soit une fréquence de 0,16%.

Il s'agit d'un de 31 ans, comptable et d'un autre de 29 ans commerçant, qui ont pratiqué des lavements avec des produits traditionnels de nature non précisée. Nos 2 patients ont tous présenté des rectorragies.

Pour le premier, l'étendue et la profondeur des lésions ne sont pas précisées ; pour le second il s'agit d'une recto-colite caustique stade I s'étendant du rectum à tout le côlon gauche. Cette affection est peu rencontrée dans la littérature africaine même si la pratique des lavements traditionnels est répandue.

ILBOUDO à Ouagadougou [50] trouve 9 cas en 2 ans. Il s'est agi de 5 hommes et 4 femmes avec une moyenne d'âge de 39 ans (extrêmes de 19 à 62 ans). Ces patients ont tous bénéficié d'une anorectoscopie pour rectorragie.

L'auteur note comme complications immédiates 1 cas de rectorragie abondante avec choc hypovolémique et 1 cas de néphrite toxique. Il ne retrouve pas de complication tardive, mais 1 cas de sténose recotsigmoïdienne après lavement est rapporté dans la littérature [84]. Quant à la nature des produits en cause, elle est précisée chez 3 patients qui ont utilisé un filtrat d'écorces et de racines de *Nauclea Latifolia*, une plante médicinale très répandue en Afrique Occidentale et très prescrite par les tradipraticiens pour de nombreuses indications. Une action cardiotoxique de cette plante est rapportée par LOMPO [63].

6.12 Endométriose rectale

Nous avons trouvé un cas à l'endoscopie soit une fréquence de 0,08 %.

Il s'agit d'une patiente âgée de 18 ans et qui a présenté des douleurs abdominales.

Ce diagnostic n'est pas confirmé à l'histologie qui a retenu une rectite chronique non spécifique.

L'endométriose est considérée dans la littérature comme une tumeur bénigne parce que de structure normale mais de localisation anormale.

6.13 Le rétrécissement rectal

Nous avons relevé un cas soit 0,08 %. Il s'agit de rétrécissement très serré du rectum chez une femme de 48 ans fonctionnaire ayant consultée pour difficultés à l'exonération avec un bon état général. KOFFI retrouve 4 cas soit 1,5%.

Si ailleurs ces anomalies rectales peuvent être mises sur le compte du cancer, ici elles peuvent être d'origine cicatricielle (rectites guéries).

6.14 Varices coliques

Nous n'avons repertorié qu'un (1) cas soit 0,08 %. KOFFI a trouvé 2 cas soit 0,75 %. Il s'agit d'un patient de 23 ans, étudiant qui a consulté pour une constipation chronique. Ces varices ont été mis sur le compte d'une hypertension portale et constituent effectivement un des nouveaux signes endoscopiques de la cirrhose.

7. De la sensibilité de la Coloscopie

7.1 Pathologie tumorale

Sur 13 tumeurs coliques ayant bénéficié d'un examen histologique, 9 cas sont confirmés (69,3 %) contre 4 cas de discordance histo-endoscopique (30,7%).

Sur 15 polypes 13 sont confirmés (86,6 %) contre seulement 2 cas de discordance histo-endoscopique (13,4 %). Le cas de polypose a été confirmé à l'histologie.

Cela confirme la place primordiale de la coloscopie dans la détection des pathologies tumorales surtout polypoïdes [4,56]. L'histologie permet de préciser la nature de la lésion et d'apprécier son extension en profondeur et son degré d'évolution [27].

Dans le dépistage et le diagnostic des lésions tumorales, la coloscopie permet de faire des prélèvements biopsiques dont l'examen anatomopathologique donne le diagnostic définitif.

Tous les patients n'ont pas bénéficié de l'examen histologique de leurs prélèvements pour le plus souvent des raisons financières.

7.2 Pathologies non tumorales

Tous les cas de RCH (3 cas) et de maladie de Crohn (2 cas) diagnostiqués à l'endoscopie sont confirmés à l'histologie. Sur 49 recto-colites parasitaires examinées, 39 sont confirmées (79,6 %). Parmi celles-ci, 2 recto-colites bilharziennes ne le sont pas. De même, des recto-colites amibiennes sont endoscopiquement étiquetées non spécifiques.

Dans un cas, des aspects de recto-colites non spécifiques retrouvés à l'endoscopie sont en définitive ceux de R.C.H.

Au vu de ces résultats l'histologie paraît un élément indissociable de l'endoscopie.

Si cette dernière donne le diagnostic macroscopique, c'est l'histologie qui confirme le diagnostic définitif par la précision du diagnostic microscopique.

Dans notre étude sur 91 lésions examinées à l'histologie, 71 sont confirmées (78 %) contre 21 cas de discordance histo-endoscopique (22 %). Ce résultat atteste de la fiabilité de la coloscopie dans le dépistage des lésions recto-coliques.

VI. CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Ce modeste travail nous a permis de montrer que les affections recto-coliques les plus variées peuvent se voir en milieu tropical. Il nous a également permis de confirmer que la coloscopie est un examen fiable. Elle répond à nos besoins, malheureusement nous ne disposons pas de grandes unités d'endoscopie et de personnel qualifié en nombre suffisant.

Ces explorations nous ont permis de poser des diagnostics à l'examen endoscopique et ceux-ci sont la plupart du temps confirmés à l'histologie.

La plupart des résultats que nous avons obtenus sont comparables à ceux retrouvés ailleurs.

Même si les troubles fonctionnels intestinaux prédominent dans notre étude, la pathologie recto-colique organique y occupe une place non négligeable. En effet, l'incidence des polypes, cancers, recto-colites parasitaires s'élève en rapport avec une plus grande pratique de la coloscopie, tandis que les maladies inflammatoires intestinales (RCH et maladie de Crohn) font leur apparition. La modernisation, l'élévation du niveau de vie et surtout l'occidentalisation des habitudes alimentaires peut expliquer cet état de fait.

La pathologie recto-colique organique touche chez nous une population d'adultes jeunes, tranche la plus active de la société. Elle s'exprime par un polymorphisme clinique pouvant aller de signes banaux aux rectorragies et douleurs abdominales chroniques. Ainsi nous ne devons pas banaliser les signes abdominaux que l'on attribue trop facilement aux troubles fonctionnels intestinaux, mais entreprendre plutôt des investigations en vue du dépistage des affections en cause.

Ce dépistage sera d'autant plus aisé que la majorité des lésions recto-coliques retrouvées se situe sur le segment gauche, plus accessible à la coloscopie et surtout à la rectosigmoïdoscopie plus facile de réalisation.

L'endoscopie est actuellement l'un des moyens les plus fiables pour assurer le diagnostic des affections recto-coliques.

VII. SUGGESTIONS

VII. SUGGESTIONS

• Aux Autorités

- ⇒ Accroître les unités d'endoscopie et former des spécialistes en plus grand nombre pour un dépistage précoce des affections organiques ;
- ⇒ Assurer un bon équipement des unités d'endoscopie avec des appareils performants et former des techniciens de maintenance pour leur entretien ;
- ⇒ Poursuivre la politique de promotion des aliments locaux par la diffusion à plus grande échelle des techniques de conservation ;
- ⇒ Dispenser une éducation sanitaire sur l'hygiène des mains, la décontamination des crudités à la population ;
- ⇒ Dispenser une éducation nutritionnelle aux populations, visant à pérenniser nos habitudes alimentaires par la consommation d'aliments riches en fibres et en vitamines et pauvres en graisses.

• Au Corps médical

- ⇒ Etendre les indications de la coloscopie aux troubles fonctionnels intestinaux, ce qui permettra ainsi de démasquer les tableaux atypiques de lésions organiques chez les sujets adultes, et de faire le diagnostic précoce des lésions tumorales ; lorsque le patient peut honorer les frais y afférents.
- ⇒ Demander la coloscopie totale ou la rectosigmoïdoscopie en 1ère intention devant des signes d'appel importants comme la rectorragie ou le syndrome rectal persistants ou mieux confier les patients aux spécialistes.
- ⇒ Demander un examen endoscopique chez les enfants lorsqu'ils présentent des indications ;

• Au Corps Enseignant

- ⇒ Initier des études plus approfondies et étendues aux autres formations sanitaires, sur les principales pathologies coliques rencontrées au Burkina Faso.
- ⇒ Initier des études multidisciplinaires portant sur les habitudes alimentaires des groupes sociaux du Burkina Faso et leurs éventuelles relations avec les pathologies recto-coliques rencontrées.

• A nos Patients

- ⇒ Consulter précocement au moindre symptôme digestif évocateur (douleur abdominale, rectorragie, diarrhée) ;
- ⇒ Pratiquer une bonne hygiène alimentaire et lutter contre le péril fécal ;
- ⇒ Abandonner certaines pratiques socio-culturelles comme les lavements traditionnels qui peuvent irriter le côlon mais aussi entraîner des dystrophies acquises (dolichocôlon, mégacôlon).

VIII. BIBLIOGRAPHIE

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. **ABRAMS JS** . A second look of colonoscopy: indications, failures and costs. Arch. Surg. 1982 ; 117: 913-7.
2. **ALLASSON JE, MINDEL A, SARGEAUNT PG, WILLIAMS P**. *Entamoeba histolytica* as a commensal intestinal parasite in homosexual men. Engl. J. Med, 1986 (315): 353-356
3. **ANDERSON -HASSAN H , ASTIER- DUMAS M**. Habitudes alimentaires et cancers colorectaux. Méd. et nutr, 1991 ; 27 (5): 300-304.
4. **ATTIA K** .Les polypes colorectaux, aspects endoscopiques et histologiques à propos de 42 cas colligés au C.H.U de Cocody et de Yopougon .Thèse Méd. Abidjan, 1992 : 170p.
5. **ATTIA Y, BOUVRY M, PENE P**. Les colites graves en milieu hospitalier à Abidjan. Rev. Méd. CI, 1971 ; 20 : 3-12.
6. **ATTIA Y, SOUBEYRAND J, BEDA Y et al**. Place de la pathologie colique en milieu Africain. Méd. Afr. Noire, 1981 ;28 :349-351.
7. **ATTIA Y, SOUBEYRAND J, GAUDET D et al**. Les cancers coliques en Côte d'Ivoire:étude clinique et épidémiologique. Méd. Afr. Noire, 1981 ; 28 : 353-358.
8. **AUBRY P, KLOTZ F, ODDER B, SEURAT PL**. La rectocolite hémorragique ou colite ulcéreuse chez le Sénégalais de race Noire (à propos de 14 cas). Méd. Trop., 1984 ;44 : 269-278.
9. **AUDIGIER J.C** .Populations à risque de cancer colorectal.Acta Endoscopica, 1992 ; 21 (1): 101-102.
10. **BADENNE L**. Populations et sujets à risque de cancer col-rectal. Pathol.Biol, 1991 ; 39 (9): 902-903.
11. **BARGE J , MARTIN E, ZEITOUN P, POTET F**. Histopathologie du tube digestif. Paris 1974 :eds. Masson & Cie ; 307 p
12. **BEDA CHM**. Reflexions à propos de 550 examens endoscopiques du côlon.Thèse Med. Abidjan, 1992, 160 p
13. **BERNARD D, MORGAN S, TASSE D**. Bilan de 1000 coloscopies.Union Méd. Canada. 1986 ; 115: 370-374.
14. **BERNIER JJ**. La coloscopie. Gastro-Entérologie, Paris : 1987.(2): 850-853

- 15. BERNIER JJ.** La maladie de CROHN. Gastro- Entérologie, Paris : 1987 (2): 975- 1020.
- 16. BERNIER JJ.** Rectocolite hémorragique. Gastro-Entérologie Paris : 1987 May ; 2: 975-1020.
- 17. BOUCEKKINE T, KHEDIS A, ZIARI A, ASSELAH F, ASSELAH H, ILLOUL G.** Aspects anatomo-cliniques de la colite ulcéreuse à Alger: expérience d'un service universitaire de gastro-entérologie entre 1963 et 1980. Ann. Gastro-Entérol. Hépatol .1982 ; 18 (5): 351-359.
- 18. BOUGOUMA A.** La maladie de CROHN chez le noir africain: à propos du premier cas ivoirien et revue de la littérature. C.E.S. Hépatogastro-Entérol, Abidjan, Dec.90.
- 19. BOUZAHER H.** Rectocolite ulcéro hémorragique: revue de littérature à propos de 2 cas. C.E.S. Mal. App Digestif, Abidjan 86. N°34.
- 20 20 BREMMER CG, LAUREN V, KERMAN A.** Polyps and carcinoma of the large bowel in South African Bantu. Cancer, 1970 ; 26: 991-999.
- 21 BURNHAM WR, REEVER S, FINCH RG.** *Entamoeba histolytica* infection in male homosexuals. Gut, 1980 ; 21: 1097-1099.
- 22 CAMARA BM, N'DRI N, LOMBARDO A, DIALLO MA, MANLAN KL, ATTIA YR.** Eléments d'épidémiologie de la pathologie colique du Noir Africain en milieu hospitalier en Côte d'Ivoire. Méd. Chir. Dig, 1991 ;. 20 : 449-452.
- 23 CAMARA BM, CONDAT JM, DIALLO AD, SOUBEYRAND J, BEDA BY, RAIN D.** Colites ulcéreuses amibiennes : à propos de 7 cas en deux ans . Rev. Méd. Côte d'Ivoire, 1981 ;15 : 30-36.
- 24 CAMARA BM, MANLAN KL, ATTIA YR.** Aspects épidémiologiques des cancers du côlon chez le Noir Africain en Côte d'Ivoire. Afr. Méd. Santé, 1986 ; 7 :10-13.
- 25 CAMARA BM, MANLAN KL, N'DRI N, et al.** De la rareté de la maladie diverticulaire en milieu Africain en Côte d'Ivoire. A propos de 8 observations et de l'analyse de 1890 résultats de lavement baryté au C.H.U de Cocody. Ann. Univ. Nation. C.I. Série B (Médecine),1985 ; 19 : 179-192.
- 26 CHABANON R.** Les accidents de la coloscopie et de la polypectomie endoscopique. Ann. de Gastro- Entéro-Hépatol. 1977 ; 13 (1):65-73.
- 27 CRESPI M, CASALE V, GRASSI A et al.** Results of screening of colorectal cancer. Endoscopy, 1981 ; 13: 203-206.

- 28 CRESPI M.** Place de la coloscopie dans la détection de la pathologie colique. Ann. Gastro-Hépatol. 1983 ; 23 (2): 91-94.
- 29 CRESPON B, HOUSET P, MENDEZ J, BERMAN H.** Bilan de 1000 coloscopies. Arch. Fr. Mal. App. Dig, 1975 ; 64: 298-308.
- 30 DAVIS R, SCHAMAN A, COSMAN B.** Crohn's disease in Transvaal blacks. A report of three cases with a review . S. Afr. Med. J, 1974; 48(14): 580-6.
- 31 DELMOTTE JS, DESURMONT Ph, HOUCKE Ph.** La maladie de CROHN. Apport de la coloscopie dans le diagnostic et le traitement des affections coliques. Ed. Lab. Beaufour ; 1985: 21-8.
- 32 DESCOS L, ANDRE C, BRET P, LESBROS F, VIGNAL J.** La maladie de CROHN. Encycl. Méd. Chir, Paris 1983, Est. Int, 9057, G10, 6 :p
- 33 DURBEY P, WESTON PMI, WILLIAMS NS.** Colonoscopy or barium enema as initial investigation of colonic disease. Lancet N° 17, 1987: 549- 551.
- 34 FAIVRE J et al.** Prévention des cancers colo-rectaux et polypectomie Gastroentérol. Clin. Biol ; 1982 (6): 156-158.
- 35 FAIVRE J, GROSBOT O, CHATRENET PH.** Epidémiologie du cancer colo-rectal. Acta Endoscopica, 1992 ; 22 (1): 75-80.
- 36 FAIVRE J, PILLON D, MICHELS C.** Epidémiologie et prévention du cancer colo-rectal. Ann. Gastro-Enterol-Hépatol, 1992 ; 28 (4): 199-204.
- 37 FAIVRE J.** Adénome- cancer rectocolique, pour mieux comprendre la filiation. Le concours méd. ; 1991: 1359-1361.
- 38 FAIVRE J.** Alimentation et cancer colo-rectal. Rev. prat., 1993 ; 43(2):156-9.
- 39 FAIVRE J.** Cancer du côlon: épidémiologie, anatomie- pathologique, diagnostic, évolution, traitement et prévention. Rev. Prat., 1994 ; 44 (4): 533-537.
- 40 FOURNIER N.** Une expérience de la coloscopie totale au premier symptôme: résultats de 4000 coloscopies ambulatoires. Concours Méd. 3-12-1988-110-41:3807-3809.
- 41 FRANCOIS Y, VIGNAL J, GERARD P.** Cancer du rectum: étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution et pronostic, principes du traitement chirurgical. Rev. Prat., 1991 ; 41 (13): 1227-1232.
- 42 FRANCOIS Y, VIGNAL J.** Cancer du côlon, diagnostic, évolution et pronostic, principes du traitement chirurgical. Rev. Prat., 1994 ; 41 (13): 1221-1225.

- 43 FREXINOS J, ESCOURROU J, LAZORTES F et al.** Hépto-gastro-entérologie, Paris 1988 :SIMEP 3è éd ,454p.
- 44 G.R.E.P.I.T.H.E.** Etude multicentrique prospective sur la détection des polypes et des cancers recto-coliques dans une population d'hospitalisés et de consultants. Gastroenterol. Clin. Biol. 1981 (5): 58-66.
- 45 GAUDET D, MANLAN K L, CAMARA BM, N'DRI N, KOUAKOU N, MOTTE M, ATTIA Y.** Amibiase colique : aspects médicaux. Méd. Afr. Noire, 1981;28 : 371-374.
- 46 GAUDRIC M.** Cancer du côlon. Gazette Méd, 1992 ; 99 (1): 23-27.
- 47 GIRAUD RMA, LUKE J, SCHMAMAN A.** Crohn's disease in Transvaal Bantu. S. Afr. Med. J, 1969 ; 43 (21): 610-3.
- 48 GOLDMAN CD, KODNER IJ, FRY RD, Mc DERMOTT RP.** Clinical and operative experience with non caucasian patients with Crohn's disease. Dis. Colon Rectum, 1986 May ; 29 (5): 317-21.
- 49 GREENBERG F.** Possible metronidazole teratogenicity and clefting. Am. J.G. Ent, 1985 ; 22: 825p.
- 50 ILBOUDO D, TRAORE SS, BOUGOUMA A, TRAORE W.** Les rectites caustiques après lavement: une cause africaine de rectorragies. Méd. Trop, 1996 ; 56 (2): 204-205.
- 51 INTERNATIONAL MEETING ON INFLAMMATORY BOWEL DISEASES** (Athènes, Grèce :19-23 avril 1989). Données épidémiologiques concernant les maladies inflammatoires intestinales (I.B D). Méd. Chir. Dig, 1989 ; 18 : 231-234.
- 52 JEWELL DP, LOWES JR.** Etiologie et pathogénie de la colite ulcéreuse et de la maladie de CROHN. Triangle- Gastro Enterol, 1989 ; 29 (2) : 15-8.
- 53 JOYEUX H, GOUTTEBEL M C, MATIAS J.** Nutrition et cancers: fibres et cancers du sein et du côlon. Gazette Méd., Tome 101 ;12: 21-25.
- 54 KHWAJA MS, THAKUR P S, LAWRIE J H.** Crohn's disease in a Nigerian. Arch. Surg, 1982 Jul ; 117 (7): 957-9.
- 55 KLOTZ F, MOUSSAVOU JB, WALTER P,NGUEMBY MBINA C.** La pathologie rectosigmoïdienne en Afrique équatoriale (Approche du département d'endoscopie digestive du C.H.U de Libreville-Gabon). Méd. Chir. Dig, 1988 ; 17 : 277- 279.
- 56 KOFFI K.** Bilan des coloscopies effectuées dans le service de gastro-entérologie du C.H.U de Cocody de 1988 à 1989. A propos de 268 cas colligés en unité d'endoscopie. Thèse Méd. Abidjan, 1991 ; 89p.

- 57 KYBIA AK.** Possible case of Crohn's disease in a Ruanda native. *E. Afr. Med. J* , 1946 ; 23: 317-20.
- 58 LASSER Ph, ELIAS D.** Cancer du rectum. *Encycl. Med. Chir, Gastro-Entérol*, Paris, 9-084-A-10, 1994 ; 1-16.
- 59 LAURENT P, PUI G.** La génétique du cancer. *Bull. cancer*, 1994 ; 81(1) : 66-69.
- 60 LAURENT P, PUIG P , OLSCHMANG S.** Dépistage du cancer colique: le rôle de la génétique. *Gastro-Entérol Clin. Biol*, 1993 ; 17 (10): 707-709.
- 61 LINDSAY DC, FREEMAN JG, COBDEN I, RECORD CD.** Should colonoscopy be the first investigation for colonic disease. *British Med. J*, 1988 ; 296.: 167-169.
- 62 LOMBARD-PLATET R, BARTH X.** Cancer du côlon. *Encycl. Med. Chir. Est. Int.*, 1993 ; 9-050 A-10 , 1-11.
- 63 LOMPO M, BASSENE E, FAYE B, SOME N.** Action de différents extraits de racines de *Nauclea Latifolea* sur le coeur isolé de grenouille. *Med._Pharm. Afr.* 1991 ; 5: 27-31.
- 64 MANLAN K, CARSUZAA M, GAUDET D et al.** La fibroscopie courte : résultats de 125 examens. *Rev. Méd. Côte d'Ivoire*, 1982 ; 60 : 5-9.
- 65 MANLAN K, GAUDET D, CARSUZAA M et al.** Détection des polypes et des cancers rectocoliques dans une population d'hospitalisés et de consultants au C.H.U de Cocody. *Rev. Méd. Côte d'Ivoire*, 1983 ; 61 : 14 -18.
- 66 MAYBERRY JF, RHODES J.** Epidemiological aspect of Crohn's disease: a review of the litterature. *Gut*, 1984 ; 25: 886-9.
- 67 Mc AULEY JB, JURANEK DD.** Luminal agents in the treatment of amebiasis. *Clin. Infect Dis*, 1992 ; 14: 1161- 1162.
- 68 MIGNON M, GISLON J, DRAMART JM, BONFILS S.** Recto-colite hémorragique. *Encycl. Méd. Chir, Paris* 1981, *Est. Int*, 9059 A10, 12 p
- 69 MORSON BC, DAWSON IMP.** Benign epithelial tumors and polyps. In: MORSON BC , DAWSON S, eds *Gastro-intestinal Pathology*. Blackwell Scientific Publications, Oxford ; 1989 (3): 563- 593.
- 70 MOYENGA IY.** Contribution à l'étude des cancers du tube digestif au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques . « A propos de 142 cas colligés de janvier 1990 à juin 1996 ». Thèse Méd Ouagadougou, 1997: 125p.

- 71 NDJITTOYAP NDAM EC, NJOYA O, MBALLA E et al.** Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu camerounais ; étude analytique de 720 examens. *Méd. Afr. Noire*, 1991 ; 38 (12) : 835- 841.
- 72 NIAMKEY E A.** Apport de la colonoscopie dans le diagnostic de l'amibiase colique. Thèse méd. Abidjan 1995, 78p.
- 73 NORMAN R et al.** Colo-rectal polyps in an australian population. A histological and immuno- histochemical study. *J. Pathol*, 1990 ; 160: 41-50.
- 74 OUEDRAOGO TD.** Contribution à l'étude du cancer du côlon au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo (CHN-YO) : à propos de 27 cas. Thèse Méd. Ouagadougou, 1995 ; 11: 72p.
- 75 OVERHOLT BF.** Colonoscopy. A review. *Gastro-enterol.* 1975 ; 68: 1308-1320.
- 76 PEGHINI M, BARABE P, SEURAT P et al.** Les polypes recto-coliques au Sénégal : résultats de 1500 endoscopies basses effectuées à l'hôpital principal de Dakar. *Méd. Trop*, 1987 ; 47 : 361-364.
- 77 PILLAY SP, MOSHAL MG, SPITAEELS JM et al.** Etiology of colonic structures in south african blacks and indian patients. *Dis. Colon. Rectum*, 1981 ; 24 (2) : 107-13.
- 78 POIRIER J et al.** Histologie du côlon et du rectum, in : POIRIER J. Histologie humaine Fascicule 4, 3e éd. Edition Maloine.
- 79 POTET F, BARGE J, FLEJOU JF, ZEITOUN P.** La colite granulomateuse. *Histopathologie du tube digestif*, Paris 1987 : 2è éd Masson : 174-7.
- 80 POTET F et al.** Etude de 356 cas de polypes du côlon découverts au cours de 2067 nécropsies systématiques. *Arch. Fr. Mal. App. Dig*, 1975 ; 64: 201-208
- 81 POTET F.** Pathologie précancéreuse du côlon. *Acta endoscopica*, 1980 ; 10: 123-133.
- 82 RAYMOND JM, TISSOT B, DARTIGUES JF et al.** Qualité des coloscopies réalisées en pratique courante dans la région Aquitaine. *Gastroenterol. Clin. Biol*, 1994;18:310-6.
- 83 REDAH D, N'DAKENA K, NAPO GK et al.** Aspects épidémiologiques et cliniques des cancers colo-rectaux au C.H.U de LOME. A propos de 20 cas. *Méd. Chir. Dig*, 1992 ;21 :457-458.
- 84 RIBAUT L, CARLIP P, GABET J et al.** Sténose rectosigmoïdienne étendue après lavement caustique: à propos d'un cas chez une africaine. *J. Chir*, 1988 ; 125: 650-653.

- 85 ROUGIER PH, ESCHWEGE F.** Progrès en chimiothérapie et radiothérapie dans les cancers colo-rectaux. *Pathol. Biol*, 1991 ; 39 (9): 908-909.
- 86 ROUSSET JJ, LAROUZE B.** Parasitoses du tube digestif. *Encycl. Méd. Chir Paris, Est. Int*, 9062 A30, 4-4-11.
- 87 ROUVIERE et al.** Anatomie du côlon et du rectum. In : ROUVIERE, eds. *Anatomie humaine Descriptive et topographique. Tome 2.* Masson et Cie Editeurs.
- 88 SAMUELS AD, WEESE JL, BERMAN PM, KIRSNER JB.** An epidemiologic and demographic study of inflammatory bowel disease in black patients . *Am. J. Dig. Dis*, 1974 ; 19 (2): 156-60.
- 89 SEGAL I.** Intestinal tuberculosis, Crohn's disease and ulcerative colitis in an urban black population. *S. Afr. Med. J* , 1984 ; 65 (2): 37- 44.
- 90 SENESSE P, FAIVRE J.** Le dépistage du cancer colorectal dans les groupes à risque élevé. *J. Méd. de Lyon*, 1994 ; 1492: 47-49.
- 91 SIMSEK H, SCHUMAN B M.** Inflammatory bowel disease in 64 black patients: analysis of course, complications and surgery. *J. Clin. Gastroenterol*, 1989 ;11(3):294-8.
- 92 SOBOL H, DESSEIGNE F, FRAPPAZ D, MAGAUD JP.** Génétique et cancer colorectaux. *Rev. Fr. Gasto-entérol*, 1993 ; 27 (284) : 3-9.
- 93 THIERMAN D.** Elements d'épidémiologie des maladies digestives : cancers recto-coliques. *Méd. Chir. Dig*, 1989 ;18 (suppl 5): 5-8.
- 94 THIERMAN D.** Eléments d'épidémiologie des maladies digestives : polypes recto-coliques. *Méd. Chir. Dig*, 1989 ; 18 (suppl 5) :8-14.
- 95 THOMAS G.** Prédilections génétiques au cancer. *Ann. Gastro. Entérol. Hépatol*, 1993 ; 29 (3): 123-124.
- 96 TRAORE HA, DOUMBO O, MAIGA M et al.** Contribution endoscopique à l'étude de la pathologie recto-colique en milieu tropical: à propos de 80 colonoscopies réalisées à l'hôpital national du point « G » de Bamako. *Santé*, 1992 ; 2 (3): 171-175.
- 97 VERMEULEN B, MEYER P, AMBROSETTE P, ROHNER A.** Les polypes adénomateux. *Medecine et hygiène*, 1991 ; 49: 1858-1865.
- 98 VIGNAL J, FAURE JL.** Le cancer du côlon *Encycl. Méd. Chir, Paris* 1982, Est. Int, 9068 A 10, 12 p
- 99 WEILL- BOUSSON M, DOUVIN D.** Les polyposes recto-coliques. *Anat. Cytol.. Pathol*, 1980 ; 28 (3): 135-147.

IX. ANNEXES

Annexe I

Fiche de recueil des données

(Etude des affections coliques en milieu hospitalier à Ouagadougou)

I. Etat civil

Numéro du dossier :

Date de coloscopie :

Nom :

Prénom :

Age : ans

Sexe : /...../ (M, F)

Profession : Fonctionnaire /...../ Militaire/Paramilitaire /...../ Cultivateur /...../ Ménagère /...../
Commerçant /...../ Secteur informel /...../ Elèves / Etudiants /...../ Cultivateur
/...../ Ouvrier /...../ Autres /...../

Nationalité : Burkinabé /...../ Autres /...../

Personne demandeur : Gastro-Entérologue /...../ Chirurgien /...../ Medecin généraliste /...../
Etudiant /...../ Infirmier (ère) /...../ Non précisée /...../

II. Indications de l'examen : Constipation chronique /...../ Alternance diarrhée-
constipation /...../ Dyspepsie /...../ Diarrhée chronique /...../
Rectorragie /...../ Diarrhée aiguë /...../ Syndrome
dysentérique /...../ Masse abdominale /...../ Douleurs
abdominales /...../ T.F.I. /...../ Autres /...../

III. Résultats endoscopiques

1) Coloscopie normale /...../

2) Dystrophie acquise /...../

* Dolichocôlon

* Mégacôlon

* Méga dolicho côlon

* Diverticulose /...../

Si oui : Siège :

- Rectum /...../

- Sigmoides /...../

- Côlon descendant /...../

- Côlon transverse /...../

- Côlon ascendant /...../

- Caecum /...../

- Autres /...../

3) Colopathie spasmodique /...../

4) Colites /...../

* Aspects étiologiques

- Colites bactériennes /...../ Virales /...../ Mycosiques /...../

- Parasitaires /...../

Si oui : - Amibienne /...../ Bilharzienne /...../

- Autres parasites /...../

- Toxique /...../ - R.C.H. /...../

- Crohn /...../ - Autres colites /...../

* Siège : Rectum /...../ Sigmoidé /...../ Côlon descendant /...../ Côlon

Transverse /...../ Côlon ascendant /...../ Caecum /...../ Autres /...../

5) Polypes /...../

Si oui

- Nombre /...../

- Siège : - Rectum /...../

- Sigmoidé /...../

- Côlon descendant /...../

- Côlon ascendant /...../

- Caecum /...../

- Autres /...../

- Aspect : - Pédiculé /...../

- Sessiles /...../

- Semi-pédiculé /...../

6) Tumeur maligne

1. Aspect

- Bourgeonnant /...../

- Infiltrant /...../

- Ulcéro-bourgeonnant /...../

- Ulcéro-infiltrant /...../

- Autres /...../

2. Siège

- Rectum /...../

- Sigmoidé /...../

- Côlon descendant /...../

- Côlon transverse /...../

- Côlon ascendant /...../

- Caecum /...../

- Autres /...../

7) Autres lésions :

- Hémorroïdes /...../

- Autres aspects endoscopiques

IV. Diagnostic anapath /...../

Si oui : confirme diagnostic endoscopique /...../

Diagnostic Anapath /...../

ANNEXE II

MESURES HYGIENO DIETETIQUES

COLOPATHIE FONCTIONNELLE : COLOPATHE SPASMODIQUES = COLON IRRITABLE = NEVROSE COLIQUE = T.F.I.

1. Réduire la consommation de féculents (ex : riz, attiéké, banane plantain, pain, tô etc...)
2. Manger lentement et mâcher soigneusement les aliments. Boire de l'eau pendant les repas.
3. Boire suffisamment d'eau pendant la journée : au minimum 1,5 litres
4. Augmenter la consommation de crudité (libre alimentations) (ex : concombres, carottes, tomates, salades, courges, courgettes etc...)
5. Préférer les sauces à bases de feuilles (ex : dâ, feuilles de manioc, feuilles de patates etc..) aux sauces grasses (arachides, graines de palme etc...)
6. Prendre un fruit à chacun des 3 principaux repas (ex : papaye, banane, ananas, oranges, pamplemousse, mandarine etc...) Eviter par contre les pommes.
7. Eviter les viandes grasses (porc, petit ruminant, charcuterie...). Préférer surtout les viandes maigres.
8. Prendre un verre d'eau fraîche le matin à jeun. Si vous voulez manger, attendre 1 heure avant de le faire.
9. Procéder à l'éducation de l'anus : le matin au réveil aller au W-C y passer au moins 10 mn au moins, que vous avez des selles ou pas.
10. Faire suffisamment de sport : marche à pied, gymnastique, mouvements abdominaux.
11. Manger de temps en temps un pain de son (voir pâtisserie).
12. Préférer les repas cuits à l'eau aux repas frits (ex : au lieu de frites d'igname par exemple, manger de l'igname cuite à l'eau).
13. Eviter alcool, thé, tabac, café, épices, boissons gazeuses (à moins d'avoir éliminé le gaz qu'elles contiennent avant consommation).
14. Eviter de vous cristalliser sur votre maladie. Dites-vous que vous avez seulement une affection chronique mais qui a l'avantage de ne pas pouvoir vous tuer dans l'avenir, et qu'il faut suivre correctement les conseils et le traitement pour l'oublier pendant des mois. N'est-ce pas déjà avantageux de savoir ce dont on souffre ? La vie est si belle. Mordez-la à pleines dents.

ANNEXE III

ORDONNANCE REMISE AUX PATIENTS AU C.H.N.Y.O

1. FORTRANS* sachets		1 boîte
2. COMPRESSES STERILES 40 x 40		1 paquet
3. SERINGUE STERILE 10 ml		2 unités
4. DEBRIDAT*	injectable	1 boîte
5. GANT STERILES	71/2	2 paires

N. B. : Se munir d'un pagne ou d'une serviette le jour de l'examen.

ORDONNANCE REMISE AUX PATIENTS A LA C.N.D.P.

1) FORTRANS* sachets		1 boîte
2) COMPRESSES STERILES 40 x 40		1 paquet

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des MAITRES de cette ECOLE et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'HONNEUR et de la PROBITE dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAITRES je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».

Steve Léonce ZOUNGRANA : « Coloscopie et diagnostic des affections recto-coliques en milieu hospitalier à Ouagadougou : bilan de 1221 coloscopies réalisées de 1994 à 1997 »

Th. Méd. N° 38 FSS/UO, Ouagadougou, 1998
Adresse : 09 BP 247 Ouagadougou 09 Burkina Faso

RESUME

En milieu tropical, la pathologie colique a longtemps été dominée par la pathologie fonctionnelle. Cependant, ces dernières années on note l'émergence des affections organiques du côlon, probablement du fait de la pratique de l'endoscopie et de l'occidentalisation du régime alimentaire des populations.

Dans le but d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et histologiques des principales affections rencontrées au Burkina Faso, une étude à la fois rétrospective et prospective a été menée du 1^{er} Janvier 1994 au 31 Novembre 1997 soit 47 mois. Au cours de cette étude en milieu hospitalier à Ouagadougou 1221 patients (707 hommes et 514 femmes) ont été examinés.

Cette étude a permis de montrer que :

- L'âge moyen des patients bénéficiant de la coloscopie est de 38,5 ans (extrême de 7 et 85 ans) ; 57% ont un âge compris entre 20 et 39 ans.
- Leur niveau socio-économique est moyen : 43% de fonctionnaires.
- La préparation recto-colique est bonne dans 94,6% des cas et la coloscopie complète dans 96,7% des cas.
- Les principales indications sont les douleurs abdominales (39,5%) ; la constipation chronique (25%), les dyspepsies (16,6%), le syndrome dysentérique (5,7%) et les rectorragies (4,3%).
- Les lésions prédominent à gauche du cadre recto-colique.
- Les gastro-entérologues constituent les principaux demandeurs de l'examen (94,4%) suivis des chirurgiens (3,7%).
- Les principales affections rencontrées sont : les troubles fonctionnels intestinaux (80,5%), les hémorroïdes (6,4%), les recto-colites parasitaires (5,3%), les recto-colites non spécifiques (3,7%), les polypes (1,7%), les cancers (1,5%), les diverticules (0,6%), la RCH (0,24%) et la maladie de Crohn (0,16%).
- 78% des diagnostics endoscopiques sont confirmés à l'histologie. La sensibilité de la coloscopie pour les recto-colites parasitaires, les polypes, les cancers est respectivement de 95%, 100% 90%.

Mots clés : coloscopie, affections recto-coliques, Burkina Faso