

Endoscopie digestive haute en milieu rural africain au Togo

Djibril MA¹, M'Ba KB², Kaaga YL², Bagny A², Edou KA², Redah D², Agbetra A¹

1. Service de Médecine Interne. 2. Service d'Hépatogastro-Entérologie, Centre Hospitalier et Universitaire, Lomé, Togo.

Med Trop 2009 ; 69 : 48-50

RÉSUMÉ • Objectifs : déterminer le profil des pathologies œsogastroduodénales diagnostiquées par endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) en milieu rural au Togo. Méthode : Il s'agit d'une étude prospective regroupant deux campagnes d'EOGD de deux semaines chacune. Les malades informés de la présence de l'équipe par radio rurale ont été recrutés dans la population générale de la région de la Kara. Tous les patients des deux sexes âgés de 15 ans au moins chez lesquels une EOGD a été réalisée ont été inclus. Résultats : Deux cent vingt (220) comptes rendus d'EOGD ont été enregistrés et retenus dont 107 hommes et 113 femmes. Leur âge moyen est 37,7 ans (extrêmes : 15-84 ans). Soixante douze EOGD se sont révélées pathologiques plus fréquemment dans la tranche d'âge de 21 à 40 ans (47,2%) ainsi que chez les hommes (38%) contre 27% chez les femmes. L'épigastrie (47,7%) représente l'indication la plus fréquente d'EOGD dont 39% sont pathologiques, suivies des douleurs abdominales diffuses (21,8%). Dans 19,1% cas, il s'agit d'un contrôle. Les lésions les plus retrouvées sont l'ulcère gastroduodénal (34,2%) suivi respectivement des pathologies inflammatoires (œsophagite, gastrite, bulboduodénite) avec 32,4%, des reflux biliaires duodéno-gastriques (9,3%), des sténoses pylorobulbaires (5,5%), de la pathologie tumorale (3,7%) et des varices œsophagiennes (3,7%). Conclusion : Ce travail nous a permis grâce à l'EOGD de dégager le panorama de la pathologie œsogastroduodénale en milieu rural africain. Ces campagnes ont nécessité une organisation originale qui repose sur un équipement et un personnel adéquat.

MOTS-CLÉS • Endoscopie digestive. Epidémiologie. Milieu rural africain. Organisation.

UPPER DIGESTIVE TRACT ENDOSCOPY IN RURAL AFRICA: TOGO

ABSTRACT • The purpose of this report was to describe the profile of esogastroduodenal disease diagnosed by upper digestive tract endoscopy (UDTE) in a rural area of Togo. This prospective study combines data collected during two two-week screening campaigns carried out in the Kara region. Patients were informed of the presence of the endoscopy team by means of a bulletin on a rural radio station. All male and female patients 15 years or older were included. A total of 220 UDTE procedure reports were recorded and analyzed including 107 men and 113 women with a mean age of 37.7 years (range: 15-84 years). Disease was detected in 72 procedures mainly in the 21 to 41 year age group (47.2%) with a higher proportion of men than women: 38% versus 27% respectively. The most frequent indications for UDTE were epigastralgia (47.7%) including 39% of procedures leading to the discovery of disease and diffuse abdominal pain (21.8%). The procedure was carried out for follow-up purposes in 19.1% of cases. The most common lesions were peptic ulcer (34.2%), inflammatory disease including esophagitis, gastritis, and bulboduodenitis (32.4%), gastroduodenal bile reflux (9.3%), pylorobulbar stenosis (5.5%), tumoral disease (3.7%), and esophageal varicosities (3.7%). This study based on UDTE diagnostic procedures provided insight into the profile of esogastroduodenal disease in rural Africa. These screening campaigns required special organization using appropriate equipment and personnel.

KEY WORDS • Digestive tract endoscope. Epidemiology. Rural area of Africa. Organization.

L'endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) est une exploration capitale en matière de diagnostic des affections digestives hautes.

Cette exploration pose un problème dans nos milieux ruraux par défaut d'équipement et de personnel qualifié. Cette carence du plateau technique contraste avec les besoins des patients chez lesquels l'EOGD est utile pour rechercher une étiologie. Le but de ce travail est de rapporter les résultats d'une campagne d'endoscopie digestive haute en milieu rural africain à l'hôpital Tomdè de Kara au Togo.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective au cours de deux campagnes d'EOGD de deux semaines chacune (14 jours dans le mois d'août en 2005 et 2006). Au cours des deux campagnes une équipe composée de deux professeurs titulaires (un hépatogastro-entérologue et un radiologue), et d'une infirmière endoscopiste, s'est

déplacée profitant des vacances académiques et sur sollicitation du Directeur du CHR de Tomdè à Kara pour des campagnes d'EOGD et d'échographie abdominale dans un but humanitaire.

Cette région, d'une superficie de 9 000 km² environ avec une population d'environ 600 000 habitants dont environ 110 000 pour la ville de Kara, est située à environ 410 kilomètres au Nord de Lomé (capitale du Togo). La ville de Kara en est le chef lieu. Le CHR de Tomdè a une capacité d'accueil de 200 lits avec des services de médecine, de chirurgie générale, de pédiatrie, de maternité, de laboratoire d'analyse médicale et le service de radiologie qui ne fait que des radiographies standards. Ce CHR dispose d'un échographe sans échographiste, et d'un fibroscope optique de type GIFXQ10 marque OLYMPUS sans endoscopiste. Ces campagnes de type humanitaire ont été financées par le CHR de Tomdè (matériel consommable des examens, carburant pour le déplacement des professeurs).

Les malades informés de la présence de l'équipe par radio rurale étaient recrutés parmi la population générale de la région de la Kara.

La désinfection du matériel après utilisation était réalisée selon le protocole de désinfection manuelle préconisé par la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) en plaçant l'endoscope et ses accessoires dans une solution d'Hexanios® avec brossage des accessoires et la stérilisation était réalisée dans une solution de

• Correspondance : m_djibril2000@yahoo.fr

• Article reçu le 12/07/2008, définitivement accepté le 11/02/2009.

Tableau I. Répartition des patients selon les tranches d'âge et selon le sexe

Tranches d'âge	Hommes	Femmes	Total (%)
15 - 20	6	7	13 (6)
21 - 40	55	76	131 (59,5)
41 - 60	42	23	65 (29,5)
> 60	4	7	11 (5)
Total	107	113	220 (100)

Steranos® 2% (glutaraldéhyde). L'étude a ensuite consisté en l'analyse des comptes rendus des EOGD. Ces comptes rendus ont été faits sous forme de fiche d'enquête comportant les données épidémiologiques, l'indication de l'endoscopie et les données de l'examen endoscopique. Tous les patients des deux sexes âgés au moins de 15 ans chez lesquels une endoscopie digestive haute (EDH) a été pratiquée ont été inclus.

Résultats

Aspect épidémiologique

Deux cent vingt (220) comptes rendus d'EDH ont été enregistrés et concernent 107 hommes et 113 femmes. Soixante douze EDH sur les 220 étaient pathologiques. Les 72 EDH pathologiques étaient retrouvées chez 41 hommes (âge moyen 38,6 ans; extrêmes 15 à 80 ans); 31 femmes (âge moyen 36,6 ans; extrêmes 16 à 84 ans).

Le tableau I montre la répartition des patients selon la tranche d'âge et selon le sexe.

Les indications

Le tableau II rapporte la répartition des types de lésion selon les indications.

Les lésions retrouvées

• Lésions oesophagiennes (Tableau III)

Elles représentent 18,3% (n=20) des lésions retrouvées. Cinq cas d'oesophagites sont mycosiques, 2 cas peptiques. Le type d'oesophagite n'a pas été précisé dans 2 cas.

Les varices oesophagiennes sont présentes dans 4 cas.

Les tumeurs oesophagiennes d'aspect bourgeonnant et obstructif sont présentes dans 2 cas (deux femmes de 70 et 84 ans). Un corps étranger est retrouvé 1 fois (noix de cola chez un enfant de 15 ans) de même qu'une ulcération et une sténose oesophagiennes.

Tableau II. Répartition des types de lésion selon les indications.

Motif d'indication EOGD	Normaux	Pathologiques	Total (%)
Épigastrie	65	40	105 (47,7)
Douleur abdominale diffuse	35	13	48 (21,8)
Pyrosis	11	3	14 (6,4)
Douleur Hypochondre gauche	0	2	2 (0,9)
Dysphagie	1	1	2 (0,9)
Ingestion corps étranger	1	1	2 (0,9)
Hémorragie digestive haute	3	2	5 (2,3)
Contrôle (uniquement 2006)	32	10	42 (19)
Total	148	72	220 (100)

Tableau III. Répartition des lésions oesophagiennes retrouvées.

Lésions oesophagiennes	Nombres de cas	%
Oesophagites	9	45
Varices oesophagiennes	4	20
Tumeurs	2	10
Hernie hiatale	1	5
Syndrome de Mallory Weiss	1	5
Corps étranger	1	5
Ulcération	1	5
Sténose oesophagienne	1	5
Total	20	100

• Les lésions gastriques (Tableau IV)

Elles représentent 44% (n = 48) des lésions.

Les ulcères gastriques représentent 25% (n = 12) des lésions gastriques. Six de ces ulcères sont situés sur la petite courbure, 4 dans l'antre et 2 dans la région antropylorique.

Les gastrites représentent 11 cas soit 22,9% des lésions gastriques.

Ces gastrites sont associées dans 3 cas à une bulbo duodénite, dans 3 autres cas à un ulcère duodénal et dans 1 cas à un ulcère de l'antre.

Deux tumeurs gastriques sont diagnostiquées chez des femmes de 47 et 80 ans.

• Les lésions duodénales

Elles sont présentes dans 37,6% (n = 41) des cas : 26 ulcères bulbares et 15 bulboduodénites.

Discussion

Organisation

La réalisation de ces examens étant gratuite et les malades se plaignant de symptômes parfois depuis des années, le recrutement a été facile. Les difficultés rencontrées étaient surtout dues à l'insuffisance du plateau technique notamment l'absence de laboratoire d'anatomie pathologique sur place. Les malades étaient incapables de remplir les formalités pour l'envoi à Lomé des biopsies réalisées. Les produits de désinfection et de stérilisation étaient commandés par l'hôpital de Tomdè à la centrale d'achat des médicaments génériques à Lomé. Cet approvisionnement pouvait au besoin se faire en 24 heures.

Tableau IV. Les lésions gastriques retrouvées.

Lésions gastriques	Nombres de cas	%
Ulcère	12	25
Gastrites	11	22,9
Reflux biliaire duodeno gastrique	10	20,8
Sténose pyloro bulbaire	6	12,5
Tumeur	2	4,2
Polype	2	4,2
Gastropathie hypertensive	2	4,2
Anastomose gastro duodénale	1	2,1
Diverticule du pylore	1	2,1
Sténose du cardia	1	2,1
Total	48	100

Epidémiologie

Dans notre série les endoscopies normales ont représenté 67,3%. Nos résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans d'autres séries africaines (1-4) et asiatiques (5, 6). Dans cette région de forte endémie parasitaire, les parasitoses digestives responsables de douleurs abdominales, premier motif de recours à l'endoscopie, pourraient expliquer le nombre élevé d'endoscopies normales.

Dans notre série une prédominance féminine a été retrouvée contrairement aux autres séries africaines (1-4, 7) qui ont noté plutôt une prédominance masculine. Une prédominance féminine (sex-ratio M/F = 0,8) a été retrouvée chez les patients avec une EDH normale alors qu'une prédominance masculine (sex-ratio M/F = 1,32) a été notée chez les patients avec une EDH pathologique. Cette prédominance féminine en cas de EDH normale a été observée dans certaines séries africaines (2, 4) et asiatique (6). Les sujets jeunes (âge moyen = 37,7 ans) sont les plus représentés dans les deux sexes tout comme dans plusieurs séries africaines (2-4) et asiatique (6). Ceci pourrait s'expliquer par la structure de la population des pays en développement avec un fort pourcentage des sujets jeunes dans la population. De plus, les sujets jeunes consulteraient beaucoup plus que les sujets âgés qui sont plus orientés vers la médecine traditionnelle.

Les indications

Dans notre étude les douleurs épigastriques (47,7%) représentaient la première cause d'indication d'EDH. Certains auteurs africains retrouvent des chiffres comparables (2-4). Pour d'autres auteurs (5, 6, 8, 9) c'est le syndrome dyspeptique qui a été la première indication de l'EDH. L'endoscopie est pathologique dans 40 cas (38%).

Les types de lésions rencontrées

Les lésions gastriques (44%) sont les plus rencontrées suivies des lésions duodénales (37,6%) puis œsophagiennes (18,3%).

La même constatation a été faite par Ndjiloyap et al. (2) au Cameroun, mais Muhammad et al. au Pakistan (6) ont trouvé une prédominance des lésions œsophagiennes. Dans notre série comme dans d'autres séries africaines (1, 8, 10) les œsophagites ont dominé les lésions œsophagiennes (45%). Par contre, au Pakistan (6), les œsophagites viennent en deuxième position après les varices œsophagiennes.

Cette prédominance des œsophagites dans notre série surtout d'origine fungique pourrait s'expliquer par l'immunodépression due au VIH/SIDA. Les tumeurs œsophagiennes venant en troisième position n'ont pas bénéficié d'examen histologique pour des raisons techniques et économiques, mais leur aspect bourgeonnant et sténosant était très évocateur de malignité. Ces deux tumeurs ont été retrouvées chez deux femmes de 70 et 84 ans alors que Peghini et al. à Madagascar (4) et Ibara et al. au Congo (3) ont retrouvé une prédominance masculine.

Les pathologies gastriques (44%) ont été dominées par les ulcères (25% des lésions gastriques) suivies par les gastrites (22,9%) et les reflux biliaires duodéno-gastriques (20,8%). D'autres séries africaines (3,11) et asiatique (5) ont trouvé des taux inférieurs à notre. On note dans notre série comme chez certains auteurs (4, 12)

une prédominance masculine chez les adultes jeunes avec un âge moyen à 39,5 ans. Les gastrites occupant le deuxième rang des lésions gastriques avec 22,9% touchent plus les hommes adultes jeunes avec un âge moyen à 37,4 ans. Les tumeurs gastriques, venant en troisième position des lésions gastriques, sont retrouvées uniquement chez les femmes avec un âge moyen à 63,5 ans contrairement à une série malgache (4) qui a retrouvé une prédominance masculine. Les lésions duodénales sont représentées dans notre série par l'ulcère duodéal (63,4%) et les bulboduodénites (36,6%). L'ulcère duodéal est retrouvé dans 11,8% des endoscopies digestives hautes réalisées, avec une prédominance masculine chez les adultes jeunes d'âge moyen de 34,2 ans, ce qui est comparable aux données de la littérature (6). Quant aux bulboduodénites, elles représentent 6,8% des endoscopies digestives hautes réalisées avec une prédominance masculine. Par contre Muhammad et al. au Pakistan (6) ont retrouvé une prédominance féminine.

Conclusion

Ce travail nous a permis de décrire l'organisation de campagnes d'endoscopie en zone rurale africaine et de dresser un panorama de la pathologie œso-gastro-duodénale en milieu rural africain. L'épigastrie étant le principal symptôme d'appel, les pathologies ulcéreuses et inflammatoires gastroduodénales sont naturellement prépondérantes.

Références

1. Klotz F, Koutele F, L'Her P, Nguemby-Mbina C. La pathologie digestive haute au Gabon. Etude analytique et comparative à propos de 1314 oesogastroduodénoscopies à Libreville. *Med Chir Dig* 1987; 16 : 321-24.
2. Ndjitoyap Ndam EC, Tzeuton C, Mbakop A, Pouepene J, Guemne TA, Njoya O et al. Endoscopie digestive haute au Cameroun. Etude analytique de 4 100 examens. *Med Afr Noire* 1990; 37 : 453-6.
3. Ibara JR, Moukassa B, Itoua-Ngaporo A. La pathologie digestive haute au Congo. A propos de 2393 endoscopies réalisées au CHU de Brazzaville. *Med Afr Noire* 1993; 40 : 97-100.
4. Peghini M, Rajaonarison P, Pécarrère JL, Razafindramboa H, Andriantsoavina H, Rakotomalala M et al. Madagascar : La fibroscopie œso-gastro-duodénale. Analyse descriptive de 12 000 examens et problèmes rencontrés sous les tropiques. *Med Trop* 1996; 56 : 89-94.
5. Shah NH, Khan I, M.S. Shah MS, Hameed K. Dyspepsia in Afghan refugees. Do prompt endoscopy. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 1999; 11 : 51-3.
6. Khurram M, Khaar HT, Hasan Z, Umar M, Javed S, Asghar T et al. A 12 years audit of upper gastrointestinal endoscopic procedure. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003; 13 : 321-4.
7. Aubry P, Oddes B. Apport de l'endoscopie œso-gastro-duodénale au diagnostic en zone tropicale : à propos de 3000 examens réalisés chez des adultes. *Med Trop* 1984; 44 : 231-9.
8. Goumedzoe DK. Les œsophageopathies aux unités d'endoscopie digestive au CHU Tokoin et Campus à propos de 1 505 cas. Thèse de Médecine. Lomé 1997.
9. Logan R, Delaney B. ABC of upper gastrointestinal tract : Implications of dyspepsia for the NHS. *BMJ* 2001; 323 : 675-7.
10. Ayena KD. Les dysphagies œsophagiennes aux CHU Tokoin et Campus de Lomé. Aspects épidémiologique et diagnostique. A propos de 284 cas colligés de janvier 1998 à décembre 2002. Thèse de médecine. Université de Lomé, 2004.
11. Mbengue M., Seck A, Dia. D., Diouf ML. Gastroduodenal peptic ulcer : descriptive study. *Dakar Med* 2003; 48 : 176-80.
12. Khuroo MS, Mahajan R, Zargar SA, Javid G, Munshi S. Prevalence of peptic ulcer in India: an endoscopic and epidemiological study in urban Kashmir. *Gut* 1989; 30 : 930-4.