

## Apport de la coloscopie dans le diagnostic des rectorragies à Dakar (Sénégal)

Mbengue M<sup>1</sup>, Dia D<sup>1</sup>, Diouf ML<sup>1</sup>, Bassène ML<sup>1</sup>, Fall S<sup>2</sup>, Diallo S<sup>2</sup>, Ndongo S<sup>2</sup>, Pouye A<sup>2</sup>

1. Service d'hépatogastroentérologie, 2 service de médecine interne, CHU Aristide Le Dantec Dakar (Sénégal).

*Med Trop* 2009 ; **69** : 286-288

**RÉSUMÉ** • *Introduction.* Les rectorragies sont un motif fréquent de consultation et peuvent révéler des pathologies graves. Notre but était de rapporter les lésions trouvées à la coloscopie chez des patients explorés pour rectorragies à Dakar (Sénégal). *Patients et méthode.* Il s'agissait d'une étude rétrospective de janvier 2006 à décembre 2008 au CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Les comptes-rendus de coloscopie des patients ayant des rectorragies ont été recueillis et leur âge, la qualité de la préparation, l'utilisation ou non d'une sédation et les lésions trouvées ont été analysés. *Résultats.* 143 patients ont bénéficié d'une coloscopie pour des rectorragies. Leur âge moyen était de 51,3 ans (extrêmes 2 et 85 ans) et le sex-ratio de 1,7 (90 hommes). La préparation était bonne dans 55,5 % des cas. Une sédation a été faite dans 57 % des cas. La coloscopie était normale dans 9,8 % des cas. Les lésions trouvées étaient dominées par les hémorroïdes (53,14 %), les rectocolites (17,5 %), les cancers (11,9 %), les polypes (11,2 %) et la diverticulose (11,2 %). Les lésions étaient multiples chez 20 patients (14 %). *Conclusion.* La coloscopie dans l'exploration des rectorragies à Dakar a mis en évidence des lésions diverses dominées par les hémorroïdes et les rectocolites.

**MOTS-CLÉS** • Rectorragie. Coloscopie. Rectocolite. Cancer colorectal. Afrique. Sénégal.

### CONTRIBUTION OF COLOSCOPY TO DIAGNOSIS OF RECTAL BLEEDING IN DAKAR (SENEGAL)

**ABSTRACT** • *Introduction.* Rectal bleeding is a common reason for seeking medical attention and can lead to diagnosis of serious disease. The purpose of this report is to describe lesions discovered by coloscopy in patients assessed for rectal bleeding in Dakar, Senegal. *Patients and methods.* This retrospective study was carried out from January 2006 to December 2008 at the Aristide Le Dantec University Medical Center in Dakar. Coloscopy reports involving patients presenting with rectal bleeding were compiled. Age, quality of preparation, use of sedation, and lesions observed were analyzed. *Results.* A total of 143 patients underwent coloscopy for rectal bleeding. Mean patient age was 51.3 years (range, 2 to 85 years) and the sex ratio was 1.7 (90 men). Preparation was considered as good in 55.5% of cases. Sedatives were used in 57% of cases. Coloscopy findings were normal in 9.8% of cases. The most common lesions were hemorrhoids (53.14%), rectocolitis (17.5%), cancer (11.9%), polyps (11.2%), and diverticulosis (11.2%). Multiple lesions were found in 20 patients (14%). *Conclusion.* Coloscopy for assessment of rectal bleeding in Dakar revealed a range of lesions with hemorrhoids and rectocolitis accounting for most.

**KEY WORDS** • Rectal bleeding. Coloscopy. Rectocolitis. Colorectal cancer. Africa. Senegal.

Les rectorragies constituent un motif fréquent de consultation (1). Elles sont souvent l'expression de pathologies ano-rectocoliques bénignes mais elles peuvent aussi révéler des pathologies graves néoplasiques, inflammatoires ou infectieuses justifiant un diagnostic étiologique précis (2). Dans la démarche diagnostique et thérapeutique, la coloscopie précédée d'un examen proctologique est d'un apport capital. Les étiologies varient considérablement selon la zone géographique et l'âge des patients (3). Notre objectif était de déterminer les lésions ano-recto-coliques trouvées chez les patients bénéficiant d'une coloscopie pour l'exploration de rectorragies dans un centre d'endoscopie digestive à Dakar (Sénégal).

### Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant la période de janvier 2006 à décembre 2008, menée dans le centre d'endoscopie

digestive du Centre Hospitalo Universitaire (CHU) Aristide Le Dantec de Dakar. Tous les patients ayant bénéficié d'une coloscopie pour l'exploration de rectorragies ont été inclus. La préparation à la coloscopie a été basée sur l'association d'un régime sans résidus les 7 jours précédents (en dehors des cas urgents) et d'une prise de 4 litres de polyéthylène glycol (Fortrans®) *per os* la veille de l'examen (2 litres entre 18 et 19 heures puis 2 litres entre 21 et 22 heures). Une sédation par benzodiazépine (5 à 15 mg) et trimébutine (5 à 10 ml) en intra veineuse a été réalisée en fonction de la tolérance de l'examen jugée par l'endoscopiste. La coloscopie a été précédée d'un examen proctologique avec un anoscope stérilisable, ou à défaut par une rétrovision endoscopique réalisée à la fin de la coloscopie. La désinfection des endoscopes a été manuelle (rinçage dans une solution de Bodedex® avec brossage des canaux de l'endoscope, rinçage à l'eau, immersion dans une solution de Korsolex® pendant 20 minutes, rinçage à l'eau puis séchage). Les examens chez les patients mal préparés ont été reprogrammés. Les données recueillies et analysées ont été l'âge, le sexe, la qualité de la préparation intestinale, l'utilisation d'une sédation ou non, les lésions trouvées ont été caractérisées macroscopiquement, histologiquement et parasitologiquement.

• Correspondance : daoudadia17@yahoo.fr

• Article reçu le 16/02/2009, définitivement accepté le 20/04/2009

## Apport de la coloscopie dans le diagnostic des rectorragies à Dakar (Sénégal)

### Résultats

Cent quarante trois patients ont bénéficié d'une coloscopie pour des rectorragies, ce qui représente 38 % des examens coloscopiques réalisés dans notre établissement. Les médecins prescripteurs étaient de diverses spécialités avec une prédominance des gastroentérologues, des internistes et des chirurgiens viscéralistes. La population concernée était composée de 90 hommes et de 53 femmes (sex-ratio de 1,7). Les patients étaient hospitalisés (27 % des cas) ou ambulatoires (73 % des cas). Leur âge moyen était de 51,3 ans (extrêmes à 2 et 85 ans). Les rectorragies étaient associées à une diarrhée dans 10 cas, une constipation dans 8 cas et des douleurs abdominales dans 7 cas. La préparation intestinale était bonne chez 55,5 % des patients et moyenne chez 44,5 % des patients (elle a été reprise chez 12 patients). La sédation a été faite chez 57 % des patients. Dans 7 cas, la présence d'une sténose tumorale infranchissable a empêché la visualisation totale du colon. L'examen a été interrompu dans le colon ascendant chez 5 patients du fait de la survenue de douleurs intolérables malgré la sédation. La coloscopie a été totale dans tous les autres cas et s'est accompagnée d'une iléoscopie de la dernière anse dans 21 % des cas. L'examen a été normal chez 14 patients (9,8 %). Les anomalies notées chez 90,2 % des patients sont rapportées sur le tableau I. Plusieurs lésions potentiellement causales sont associées chez 20 patients (14 %).

L'âge moyen des patients ayant un cancer colorectal était de 52,5 ans (extrêmes à 30 et 74 ans) ; ces cancers étaient à localisation rectale (58,8 %), sigmoïdienne (29,5 %) et colique droite (11,7 %). Les rectocolites étaient la rectocolite hémorragique dans 8 cas, amibiennes dans 6 cas, bilharziennes dans 2 cas et non spécifiques dans 9 cas.

### Discussion

Les rectorragies représentent l'un des plus grands motifs de recours à la coloscopie. Elles constituent 38 % des indications de la coloscopie dans notre centre ce qui est supérieur à ce qui est constaté au Maroc (22,4 %) (4), au Kenya (19,8 %) (5) et en France (19,2 %) (6). La coloscopie est l'examen idéal pour l'exploration d'une rectorragie (7) cependant, la décision de la faire ou de réaliser une rectosigmoïdoscopie n'est pas encore consensuelle (8) et dépend en majeure partie du contexte clinique, de l'âge du patient, de la région d'exercice (la rectosigmoïdoscopie étant privilégiée

Tableau I. Lésions retrouvées chez les patients présentant des rectorragies.

Lésions	Nombre de patients	Pourcentage
Hémorroïdes	76	53,1
Rectocolites	25	17,5
Non spécifiques	9	6,3
Rectocolite hémorragique	8	5,6
Amibiennes	6	4,2
Bilharziennes	2	1,4
Cancers	17	11,9
Polypes	16	11,2
Diverticules	16	11,2
Ulcère solitaire du rectum	4	2,8
Fissure anale	1	0,7

dans les pays anglo-saxons), de l'expérience du médecin, de la disponibilité du plateau technique et de ressources humaines qualifiées. Du fait du déficit de médecins spécialistes dans notre pays, nous avons satisfait toutes les demandes de coloscopie chez les patients qui nous ont été adressés sans préjuger de la spécialité du médecin prescripteur. L'âge moyen de nos patients se rapproche de celui de 50,9 ans rapporté au Ghana chez des patients ayant des rectorragies (1) mais est nettement plus élevé que celui de 44,5 ans trouvé en Côte d'Ivoire (3). Les patients explorés pour rectorragies en Afrique ont en général un âge moyen plus jeune que ceux trouvés en Occident où la moyenne d'âge se situe autour de 59 ans (8). Le sex-ratio dans notre série comme dans celles retrouvées dans la littérature est à forte prédominance masculine sans qu'aucune explication ne puisse être donnée (3, 8). La fréquence des coloscopies normales chez nos patients (9,8 %) est similaire à celles des auteurs africains (3) et occidentaux (9).

Les lésions trouvées (Tableau I) sont dominées par les hémorroïdes et les rectocolites. Les hémorroïdes constituent la première cause de rectorragies chez les patients bénéficiant d'une endoscopie digestive basse (1). Les autres lésions responsables de rectorragies sont dominées en Afrique par les rectocolites (3). La forte prévalence de ces dernières s'explique par les causes infectieuses et parasitaires mais aussi par l'émergence des maladies inflammatoires cryptogénétiques intestinales du fait probablement des modifications des habitudes alimentaires (10, 11). Nous trouvons 8 cas de rectocolites d'origine parasitaire (6 amibiennes et 2 bilharziennes) ; d'autres causes infectieuses (bactériennes et virales) auraient probablement une place dans nos 9 cas de rectocolites non spécifiques si notre étude comportait des prélèvements à visée bactériologique et/ou virologique. Les cancers, les polypes et la diverticulose occupent une place de plus en plus importante dans la pathologie recto colique africaine et leur fréquence croissante peut être expliquée en partie par l'occidentalisation du mode de vie et par l'augmentation de l'espérance de vie (1, 10). La diverticulose, les polypes et les anomalies vasculaires représentent les premières causes de rectorragies en Occident (6, 9) alors qu'ils sont secondaires chez nos patients comme dans les autres séries africaines.

### Conclusion

La coloscopie constitue l'exploration idéale à réaliser en cas de rectorragies. Elle a permis de mettre en évidence dans notre centre d'endoscopie digestive à Dakar une diversité de lésions colorectales sources de rectorragies. Après les hémorroïdes, ces lésions sont dominées par les rectocolites et les cancers.

### Références

- Dakubo JCB, Kumoji R, Naaeder SB, Clegg-Lamprey JN. Endoscopic evaluation of the colorectum in patients presenting with haematochezia at Korle-Bu teaching hospital Accra. *Ghana Med J* 2008 ; 42 : 33-7.
- Heintze C, Matysiak-Klose D, Krohn T, Wolf U, Brand A, Meisner C *et al.* Diagnostic work-up of rectal bleeding in general practice. *Br J Gen Pract* 2005 ; 55 : 14-9.
- Assi C, Lohoues-Kouacou MJ, Toth'o A, Traoré F, Allah-Kouadio E, Camara BM. Quelques aspects épidémiologiques des rectorragies chez l'adulte noir africain. *Med Afr Noire* 2005 ; 53 : 315-9.
- Hassan GM, Kabbaj N, Amrani L, Serraj I, Guedira MM, Nya M *et al.* A maroccan experience with colonoscopy: a review of 1157 cases. *Arab J Gastroenterol* 2008 ; 9 : 82-4.

5. Ogutu EO, Okoth FA, Lule GN. Colonoscopic findings in Kenyan African patients. *East Afr Med J* 1998 ; 75 : 540-3.
6. Canard JM, Debette-Gratien M, Dumas R, Escourrou J, Gay G, Giovannini M *et al.* A prospective national study on colonoscopy and sigmoidoscopy in 2000 in France. *Gastroenterol Clin Biol* 2005 ; 29 : 17-22.
7. Burling D, East JE, Taylor SA. Investigating rectal bleeding. *BMJ* 2007 ; 335 : 1260-2.
8. Nosler M, Schafer ME, Beachy M, Mukherjee S. Colonoscopic findings in outpatients with rectal bleeding. *GI Endosc* 2007 ; 5 : AB262.
9. Metcalf JV, Smith J, Jones R, Record CO. Incidence and causes of rectal bleeding in general practice as detected by colonoscopy. *Br J Gen Pract* 1996 ; 46 : 161-4.
10. Bougouma A, Drabo YJ, Serme AK, Zougrana SL, Sombie AR, Ilboudo PD *et al.* Analyse des résultats de 1221 coloscopies en milieu hospitalier au Burkina Faso, 1994-1997. *Bull Soc Pathol Exot* 2002 ; 95 : 50-2.
11. Kissi HY, Mahassadi AK, Yao-Bathaix MF, Bignoumba R, Attia AK, N'dri-Yoman AT *et al.* La RCH en Côte d'Ivoire : réflexions à propos de quinze cas. *Med Afr Noire* 2005 ; 52 : 489-93.



# médecine *tropicale*

Institut de recherche biomédicale des armées  
 Antenne de Marseille  
 Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées  
 58 boulevard Charles Livon, 13007 Marseille • Tel. : 04 91 15 01 47  
 Fax : 04 91 15 01 29 • Courriel : medtrop@imtssa.fr • medtrop.pao@imtssa.fr  
 Abonnements : 04 91 15 01 23 • Courriel : abonmedtrop@imtssa.fr



## Bulletin d'abonnement

NOM et Prénoms : .....  
 .....  
 Profession : .....  
 (ou désignation de l'Etablissement) .....  
 Adresse : .....  
 (destinataire de la Revue) : .....  
 .....

Date et Signature

Les abonnements débutent à la date de la commande. Ils assurent le service de six numéros annuels.

**Tarif d'abonnement 2009** (Tarif unique pour tous pays, frais de port inclus)

**50 euros**

**Prix d'un numéro**

**10 euros**

### Règlement

- Par chèque bancaire ou postal, à l'ordre de : **Régisseur d'avances et de recettes de l'IMTSSA**, Parc du Pharo, BP 46, 13998 Marseille-Armées, France.
- Par virement à : Domiciliation : **TP MARSEILLE**, n° banque : **10071**, n° guichet : **13000**, n° compte : **00001005337**, RIB **38**