

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - un but - une foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

née 1980

N° 18

Contribution à l'Etude des Maladies de l'appareil digestif au Mali

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Janvier 1981
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par : *Boubacar TRAORE*
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Examineurs :

Président	Professeur	Boyan CHRISTOFOROV
Membres	Docteur	Brigitte DUFLO-MOREAU
	Docteur	Hubert BALIQUE
	Docteur	Sanoussi KONATE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE : 1979 - 1980

Directeur Général	:	Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint	:	Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général	:	Monsieur Godofroy COULIBALY
Econome	:	Monsieur Dionkounda SISSOKO
Conseiller Technique	:	Professeur Agr. Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Sadio SYLLA	:	Anatomie-Dissection
- Francis MIRANDA	:	Biochimie
Michel QUILICI	:	Immunologie
- Humbert GIONO-BARBEE	:	Pharmacodynamie
- Jacques JOSSELIN	:	Biochimie
Docteur Bernard LANDRIEU	:	Biochimie
- Gérard TOURAME	:	Psychiatrie
- Jean DELMONT	:	Santé Publique
- Boubacar CISSE	:	Toxicologie-Hydrologie
- M ^{me} F. GIONO-BARBEE	:	Anatomie-Physiologie Humaines
- M ^{me} Thérèse FARES	:	Anatomie-Physiologie Humaines

PROFESSEURS TITULAIRES-RESIDANT A BAMAKO

Professeur ALI ou BA	: Ophtalmologie
- Bocar SALL	: Anatomie-Orthopédie-Traumatologie-Sécourisme
- Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
- Mohamed TOURE	: Pédiatrie
- Souleymane SANGARE	: Pneumo-phthisiologie
- Mamadou KOULARE	: Pharmacologie-Matière Médicale
- Mamadou-Lamine TRAORE	: Chirurgie générale - Médecine Légale
- Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
- Abdoulaye AG-RHALLY	: Médecine interne
- Sidi Yaya SIAGA	: Santé Publique
- Siné BAYO	: Histologie-Embryologie-Anatomie pathologie
- Philippe RANQUE	: Parasitologie
- Pierre SAINT-ANDRE	: Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
- Bernard DUFLO	: Pathologie médicale-Thérapeutique-Physiologie
- Robert COLOMAR	: Gynécologie-Obstétrique
- Oumar COULIBALY	: Chimie organique
- Adama SISSOKO	: Zoologie
- Amadou Baba DIILLO	: Physique
- Douba DIARRA	: Microbiologie

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Karim KOULARE	: Anatomie-chirurgie
- Bréhina KOULARE	: Bactériologie
- Abderhamane Sidéye HAIGA	: Parasitologie
- Sory KEITA	: Microbiologie
- Yaya FOFANA	: Microbiologie-Hématologie
- Sory Ibrahima KIBA	: Santé Publique
- Moctar DIOP	: Séméiologie chirurgicale
- Balla COULIBALY	: Pédiatrie
- Bénédictin FOFANA	: Obstétrique
- Boubacar Cissé	: Dermatologie

Docteur Yacouba SOULIBALY	: Stomatologie
- Sanoussi KONATE	: Santé Publique
- Issa TRAORE	: Radiologie
- Mamadou Koréïssi TOURE	: Cardiologie
- Mme SY (Assitan) SOW	: Gynécologie

CHARGES DE COURS

Docteur GAUCHOT	: Microbiologie
- Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Sémiologie chirurgicale
- Boukassoum HAIDARA	: Galénique-Nutrition
- Philippe JONCHERES	: Urologie
- Hanady Abdi DIALL	: Chimie Analytique
- Mme Brigitte DUFLO-MOREAU	: Sémiologie digestive
- Mme KEITH (Oulénatou) B.	: Biologie animale
- Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du milieu
Professeur Tiémoko MALLE	: Mathématiques
- Kalilou MAGUIRAGA	: Mathématiques
- N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
- Abdoulaye DIALL	: Gestion-Législation
- Souleymane TRAGRE	: Physiologie générale
- Daouda DIALLO	: Chimie générale-minérale
- Mme GAKOU (Fatou) NIANG	: Anglais
- Mme Odile VINEUX	: Chimie analytique.

JU DEDIE CERTI TIRIST :

A MES GRANDS PARENTS

A MES ONCLES ET TANTES

En témoignage de toute mon affection

A LA FAMILLE DE DRAMANE TELLORE

J'ai trouvé auprès de vous dévouement,
affection, compréhension et soutien tant
matériel que moral.

Mes sincères remerciements et ma grande
reconnaissance.

A SEYDOU TELLORE

A BAHANE SENGARE

Pour l'aide tant matérielle que morale.
Profonde reconnaissance.

.../...

A MON MAJOR ALLEDOU COULIBALY

Vous nous avez pris en frère
Vous nous avez aidé sur le plan tant
matériel que moral.
Soyez rassuré de notre profond amour et de
notre reconnaissance.

A ASSA DAMBA

Votre sourire tant à l'Hôpital que chez vous
au cours de l'élaboration de ce travail n'a
jamais fait défaut.
Veuillez accepter mes remerciements et ma
reconnaissance.

A SFGA IDRISSE KONATE

Votre participation à l'élaboration de ce
travail bien que brève a été assurée avec
sérieux et patience.
Sincères remerciements.

A AMI DIALLO

Sincères remerciements et profonde
gratitude

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. DUFLO

Maître de Conférences Agrégé

Nous vous remercions pour la bienveillance
que vous nous avez toujours prodiguée.
Nous vous exprimons ici notre respectueux
attachement.

A NOS JUGES

DOCTEUR E. DUFLO-MORILLU
Spécialiste de Gastroenterologie

Vous nous avez inspiré ce travail, vous nous avez initié aux problèmes de Gastroentérologie, vous nous avez guidé au cours de son élaboration avec votre bienveillante compétence et votre constante amabilité.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos plus sincères remerciements.

A NOTRE PRÉSIDENT DU JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOYAN CHRISTOFOROV
Maître de Conférences Agrégé.

Honorable Maître

C'est pour nous un grand honneur et un
reconfort inestimable qu'une personnalité
de votre renommée ait acceptée de faire le
déplacement pour présider notre thèse
malgré vos multiples préoccupations.
Permettez nous de vous exprimer notre
gratitude et notre déférente admiration.

S O M M A I R E

	pages
INTRODUCTION	1
<u>CHAPITRE I : METHODES DE TRAVAIL</u>	
I - CHOIX DES REGIONS, CERCLES ET ARROUDISSEMENTS...	2
II - FORMULAIRES D'ENQUETE	4
II.1 ANALYSE DE L'INFRASTRUCTURE	
II.2 PLACE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF DANS LA PATHOLOGIE GENERALE	
II.3 QUESTIONNAIRE NON SUGGESTIF	
III- COEFFICIENT DE REPONSE	6
<u>CHAPITRE II : ANALYSE DES INFRASTRUCTURES</u>	
I - INFRASTRUCTURE AU NIVEAU DES CHIEFS LIEUX DE REGION ET DES CERCLES	7
I.1 REGIONS ET CERCLES VISITES	
I.2 PERSONNEL MEDICAL	
I.3 CAPACITE D'ACCUEIL HOSPITALIER	
I.4 MOYENS DIAGNOSTIQUES	
I.5 MOYENS THERAPEUTIQUES	
II - COMMENTAIRES	9
II.1 PERSONNEL MEDICAL	
II.2 CAPACITE D'ACCUEIL HOSPITALIER	
II.3 MOYENS DIAGNOSTIQUES	
II.4 MOYENS THERAPEUTIQUES	
<u>CHAPITRE III : PLACE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF D'APRES LES DONNEES DE L'ENQUETE</u>	
I - DONNEES SUBJECTIVES	17
I.1 EN CONSULTATION	
I.2 EN HOSPITALISATION	
I.3 CAUSES DE DECES	
I.4 EVACUATIONS	
II - DONNEES OBJECTIVES	18
II.1 EN CONSULTATION	
II.2 EN HOSPITALISATION	
II.3 CHIRURGIE DIGESTIVE	
II.4 COMPARAISON AVEC LES STATISTIQUES REGIONALES ET NATIONALES	
II.5 EVACUATIONS	
II.6 DONNEES OBJECTIVES RECUEILLIES AU POINT-"G"	

VII.5 MOYENS THERAPEUTIQUES	
VII.6 COMMENTAIRES	
VIII - ICTERE	60
VIII.1 EPIDEMIOLOGIE	
VIII.2 ETIOLOGIE	
VIII.3 MOYENS DIAGNOSTIQUES	
VIII.4 MOYENS THERAPEUTIQUES	
VIII.5 COMMENTAIRES	
IX - ASCITE	65
IX.1 EPIDEMIOLOGIE	
IX.2 ETIOLOGIE	
IX.3 MOYENS DIAGNOSTIQUES	
IX.4 MOYENS THERAPEUTIQUES	
IX.5 EVACUATIONS	
IX.6 COMMENTAIRES	
X - SPLENOEGALIE	70
X.1 EPIDEMIOLOGIE	
X.2 ETIOLOGIE	
X.3 MOYENS THERAPEUTIQUES	
X.4 COMMENTAIRES	
CHAPITRE V : <u>LES PROPOSITIONS</u>	
I - III. LA STRUCTURE	75
I.1 PERSONNEL MEDICAL	
I.2 MOYENS DIAGNOSTIQUES	
II - PROPOSITIONS DES CONDUITES A TENIR DEVA NT LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	77
II.1 EPICASTRALGIES	
II.2 DOULEURS ABDOMINALES	
II.3 HEMORRAGIES DIGESTIVES	
II.4 RECTORRAGIES	
II.5 DIARRHEES	
II.6 CONSTIPATION	
II.7 HEPATOMEGLIE	
II.8 ICTERE	
II.9 ASCITE	
II.10 SPLENOEGALIE	
CHAPITRE VI : CONCLUSION GENERALE	94
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

A un moment du développement sanitaire du Mali, où chaque cercle est pourvu d'un Médecin, chaque ville de région, d'infrastructure hospitalière et de formation sanitaire qui lui sont rattachées, animées par des équipes médicales et chirurgicales, il a paru important de faire le point de la place des affections de l'appareil digestif, des moyens diagnostiques et thérapeutiques actuellement disponibles.

Dans un premier temps, nous avons recensé dans le cadre de cette spécialité les ressources des formations sanitaires des régions et de cercles choisis, en personnel médical, en accueil, en moyens diagnostiques et thérapeutiques. Puis nous avons essayé de situer la place des affections de l'appareil digestif dans le cadre des affections générales. Enfin, nous avons tenté de projeter un modèle d'infrastructure idéale et le profil demande à un Médecin qui s'orienterait vers cette spécialité.

Pour ce faire nous avons visité les différentes régions, choisi quelques cercles et arrondissements, en prenant comme référence l'Hôpital du Point-"G".

.../...

CARTE : ZONES VISITEES



⊙ chef-lieu de region

• chef-lieu de cercle

II. FORMULAIRE D'ENQUETE

Un formulaire de onze pages a été élaboré se composant de trois parties.

II.1 - PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE L'INFRASTRUCTURE
(page A)

Cette première page était remise au Médecin et renseignait sur le profil du Médecin interrogé, son activité, l'équipement hospitalier, les moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Ce Médecin précisait :

lieu de formation

date de sortie de l'école

ancienneté dans le poste

selon une cotation allant de 0 à ++, il appréciait le temps passé en travail hospitalier, en consultation, en formation de personnels sanitaires, en tournée à l'intérieur de son cercle et en tâches administratives. Une activité nulle était notée 0, modeste \pm , moyenne +, dominante ++.

On a chiffré la capacité d'accueil hospitalier dans les services de chirurgie et de médecine.

On a recensé les différents moyens diagnostiques tant au niveau du laboratoire que du service de radiologie et des éventuelles possibilités endoscopiques.

Sur le plan thérapeutique, on a tenté d'estimer les moyens chirurgicaux (présence d'un chirurgien diplômé ou d'un médecin capable de mettre en service les techniques chirurgicales) et médicaux, l'existence d'une officine de la Pharmacie Populaire et son approvisionnement.

Enfin il était noté si le centre disposait d'un véhicule permettant les évacuations.

II.2 - DEUXIEME PARTIE : PLACE DES AFFECTIONS GASTRO-ENTEROLOGIQUES ET HEPATIQUES DANS LA PATHOLOGIE GENERALE

Cette partie du formulaire était remise au médecin qui notait de 1 à 5 l'importance des affections gastroentérologiques et hépatiques selon ses expériences en consultation et en milieu hospitalier.

Il précisait leur place présumée dans les causes de décès ou les évacuations.

Une notation de 1 à 5 adoptée :

- 1 = très important
- 2 = important
- 3 = peu important
- 4 = rare
- 5 = exceptionnel

Ces réponses ont été confrontées aux données objectives des registres de consultation et d'hospitalisation (service de médecine et de chirurgie).

Nous avons parfois rencontré des problèmes tant à la mauvaise tenue des registres/^{ou au} refus de les communiquer.

Les statistiques régionales et nationales sont rapportées selon l'année disponible.

Toutes ces données ont été confrontées aux résultats du Point-"G" à cause de l'orientation des services de médecine qui ont travaillé sur les affections gastroentérologiques et hépatiques depuis longtemps.

Les possibilités paracliniques au Point-"G" sont :

- bilan hématologique complet
- bilan hépatique complet
- chimie : sang - urines
- parasitologie : selle - urines - sang
- recherche de B.K.
- Service de radiologie pouvant faire les digestifs
- Service d'endoscopie : fibroscopie - laparoscopie - anuscopie - rectoscopie

II.3 - TROISIEME PARTIE : QUESTIONNAIRE NON SUGGESTIF (page C à K)

Nous avons procédé un dialogue non suggestif avec les Médecins interrogés. Vu leurs préoccupations, le temps qu'ils nous accordaient pour l'interrogatoire était court environ deux heures au maximum. Ces questionnaires se déroulaient entre la consultation et la visite des malades hospitalisés. Ces conditions de l'interrogatoire entraient dans une part des omissions notées dans les réponses.

A N N E X E S

Nom (facultatif)

Age :

Sexe :

Fonction :

Formation :

Lieu de formation :

Date de sortie de l'École :

Ancienneté dans le poste :

Lieu d'exercice :

Activités générales

hospitalisation	0	+	+	++ (nbre lits)
consultation	0	+	+	++ (nbre)
tournée	0	+	+	++ (nbre jr)
formation	0	+	+	++ (préciser)

Moyens

- laboratoires : quels examens sont possibles : bilan usuel
bilan hépatique
parasitaire

- radio : disposez-vous d'une scopie
disposez-vous d'une graphie

- anoscopie ou rectoscopie ?

- chirurgie : y a-t-il 1 chirurgien ?
est-il diplômé d'un C.E.S. ?
local ou coopérant technique
lieu de sa formation
quels types d'intervention peut-il faire ?
en a-t-il fait ?

- disposez-vous d'un véhicule pour aller chercher de graves malades ou évacuer sur un centre plus équipé.

- médicaments

y a-t-il une officine de la pharmacie populaire ?
est-elle bien approvisionnée ?

ne manquez vous jamais

- + pansements gastriques
- + antisécrétoire (dérivé atropinique)
- + antispasmodique (Buscopan*)
- + antalgiques (Paralgin*)
- + antidiarrhéiques (Ganidan*)
- + antiémétisant (Friméran*)
- + antiambiens (Déhydro-émétine*)
(flagyl *)
- + médicament à visée fonctionnelle (Véraol, Librax)
- + antibiotiques à action intestinale (Tifomycine, Cyclines)

quels sont les médicaments que vous prescrivez le plus:

TABLEAU GÉNÉRAL DES DIFFÉRENTES AFFECTIONS GE ET H. DONNER
LEUR FRÉQUENCE
(à remettre au Médecin)

	Consultant	Hospitalisé	Décès	Evacué
Epigastralgies	:	:	:	:
Douleurs abdominales	:	:	:	:
Diarrhée aiguë	:	:	:	:
Diarrhée chronique	:	:	:	:
Constipation	:	:	:	:
Proctologie	:	:	:	:
Hémorragies digestives A et B	:	:	:	:
Hépatomégalie	:	:	:	:
Ascite	:	:	:	:
Ictère	:	:	:	:
Splénomégalie	:	:	:	:

- demandez-vous au malade de montrer la région malade ?
- fréquence (nombre/mois)
- âge de Prédilection
- sexe de prédilection
- milieu social
- est-ce un motif d'hospitalisation
- quels sont ceux que vous hospitaliser

* quels sont les arguments qui vous font envisager le Dg d'ulcère gastro-duodénal

- localisation épigastrique (vrai)
- rythme
- périodicité
- sexe masculin
- adulte jeune
- certaines complications : { hémorragies
sténose
- certains facteurs favorisants
 - (médicaments
 - (alcool) +
 - (tabac) -

* quels sont les arguments qui vous font penser à un cancer de l'estomac ?

- ABG (Altération de l'état général)
- milieu social défavorisé
- adulte cinquantaine : homme ou femme
- masse épigastrique
- dysphagie
- signes de sténose

* quand pensez-vous à des épigastralgies sans substrat organique ?

- grossesse
- femme jeune
- caractères atypiques (préciser)
profil
- très bon état général

* quels examens complémentaires demandez-vous (pouvez-vous les faire dans votre ville ?)

- T.O.G.D. (Transit Oeso-Gastro-Duodenal)
- selles POK (Parasites Oeufs Kystes)

* Quel traitement prescrivez-vous

- régime ? lequel
- contre-indication médicamenteuse : lesquels ?
- médicaments prescrits : lesquels
- durée

* quand évacuez-vous ?

Douleurs abdominales en dehors des érigastralgies ("Kono ")

- fréquence
- âge
- sexe
- milieu

* localisation des douleurs (par fréquence) ?

bipolaires

en cadre

F.I.D. / ou F.I.G. (Fosse Iliacue droite et gauche)

hypogastriques

autres

* causes (par fréquence) ?

psychosomatiques

intestinales : colite

parasitaire

constipation

lésion (tumeur...)

génitale

urinaire

autres

HEMORRAGIES DIGESTIVES

	N/an	Causes ?	Moyen diagnostique
Hématémèse		: ulcère gastro-duodéal : hypertension portale : médicaments : cancer de l'estomac : maladie de l'oesophage : autres : :	: interrogatoire : : - épigastralgies : - médicaments : examen : foie : : rate : : CVC : TOGD (Transit Oeso-Gastro- : duodéal)
Méloena		: ulcère gastro-duodéal : hypertension portale : médicaments : cancer de l'estomac : tumeur du côlon : colites ulcéreuses : lésion inflammatoire du : grêle : autres :	: signes ci-dessus : : : Toucher rectal : rectoscopie : lavement baryté
Rectorragie		: tumeur côlon : rectum : colite ulcéreuse : diarrhée infectieuse : " parasitaire : hémorroïde : autres :	: : Tk (Toucher Rectal) : rectoscopie : selles: Parasites Oeufs Kyes : lavement baryté :

- pouvez-vous grouper () et transfusez () pourquoi.

- donnez-vous des coagulants ?

lesquels

pourquoi

- quel traitement causal mettez-vous en route ?

- avez-vous perdu des malades, d'hémorragies digestives ?

- en avez-vous évacué ?

quel a été le diagnostic porté ?

LEGENDE : C.V.C. = Circulation vaineuse collatérale ;

DIARRHÉE - DYSENTÉRIE

fréquence (nombre / mois ou an)

âge

sexe

milieu

période dans l'année

* étiologie (énumérer) ?

infectieuses

parasitaires (amibes)

(autres

tumeurs et lésions intestinales

fausse diarrhée (du constipé chronique)

malabsorption

* de quels moyens diagnostiques disposez-vous : TR (Toucher Rectal)

selles POK (Parasites Enté
kystes)

anuscopie/rectoscopie

lavement baryté

* quelles attitudes diagnostiques et thérapeutiques avez-vous devant
les tableaux suivants ? : cf tableau

quand évacuez-vous ? nombre ??

pourquoi ??

	///	Pro-cultures	Sero-diagnostic Vidal	Solles P.O.K.	Rochs-copie	Diagnostic sérologique	Traitement prescrit
Diarrhées aiguës fébriles						Infectieuses	Ganidan
1) non sanglantes						autres :	ampicilline Rifomycin ou bactrim, cycline
2) sanglantes ou glaire sanglantes						Infectieuses autres	id.
Diarrhées aiguës fébriles						Infectieuses autres	id.
3) non sanglantes						parasitaires autres	flagyl ou dshydro-éactine id.
4) sanglantes						Diagnostico	Traitement
Diarrhées chroniques	§					fausses diarrhées lésions coliques	

LEGENDE : L.B. = Levament Barjés
P.O.K. = Parasites, œufs, kystes

CONSTIPATION

- fréquence
- âge
- sexe
- milieu
- * étiologies ? (régime
("dolico-mégacolon"
(autres
- * traitements ?
régime
son
médicaments

	Diagnostic proctologie	Traitement
Hémorroïdes	:	:
-non compliquées	-----	-----
-thrombose	-----	-----
-prolapsus	-----	-----
-rectorragie	-----	-----
Fissure	:	:
Fistule	:	:

fréquence N/an ou mois

* classification des étiologies rencontrées par fréquence :

CPF (Cancer Primitif du Foie)

Cirrhose

Foie cardiaque

Amibiase

autre.

* quels signes cliniques recherchez-vous chez votre malade pour vous orienter sur le plan du diagnostic étiologique ?

(exemple : le caractère douloureux de l'hépatomégalie me fait évoquer tel ou tel diagnostic !)

	: C P F :	Cirrhose :	Coeur :	Amibes :	Autres :
douleur	:	:	:	:	:
fièvre	:	:	:	:	:
rate	:	:	:	:	:
ascite	:	:	:	:	:
ictère	:	:	:	:	:
C.V.C.	:	:	:	:	:
caractères du foie	:	:	:	:	:
R.H.J.	:	:	:	:	:
souffle hé- patique	:	:	:	:	:
Coeur (B.D.C.)	:	:	:	:	:

- avez-vous fait des ponctions exploratrices du foie (à l'aiguille) ?

Dans quelles circonstances ?

* quels sont les autres examens possibles ?

ponction d'ascite

scopie

biologie

* pratiquez-vous des traitements d'épreuve ?

lesquels ?

émétine ou flagyl - quand ?

digitalo-diurétique quand ?

- quand évacuez-vous ?

quel diagnostic a été porté dans le centre ?

LEGENDE : R.H.J. = Reflux hépatojugulaire

B.D.C. = Bruit du Coeur

C.V.C. = Circulation veineuse collatérale

I C T E R E

- fréquence / an ou / mois

* quelles sont les principales étiologies par fréquence :

hépatite virale

cancer du foie

cirrhose

drépanocytose (laquelle SC. SS. CC. ...)

ictère infectieux (perfungus ...)

autres

* de quels éléments diagnostiques disposez-vous ?

	Hépatite	Cancer du foie	Cirrhose	Drépanocytose et hémolyse
Clinique	:	:	:	:
âge	:	:	:	:
sexe	:	:	:	:
caract. foie	:	:	:	:
autres signes	:	:	:	:
Examen complément.	:	:	:	:
sang	:	:	:	:
urines	:	:	:	:

* quels sont les traitements étiologiques que vous prescrivez ?

- hépatite - régime lequel ?

- médicaments lesquels ?

- cirrhose

- cancer du foie

- drépanocytose

* évacuez-vous ces malades ? Sur quels arguments ?

A S C I T E

- fréquence / an ou mois

* quelles sont les étiologies ?

C.P.F. (Cancer Primitif du Foie)

cirrhose

coeur

rein (syndrome néphrotique)

tuberculose

métastases péritonéales

* de quels moyens diagnostiques disposez-vous ?

	C.P.F.	Cirrhose	Coeur	Syndrome	Tubercu-lose	Métastase
<u>Clinique :</u>						
caractère du foie						
signe M.T.P.						
(Hypertension Portale)						
Ictère						
signes cardiaques						
<u>Examen complémentaire</u>						
Caractères ascite						
Labstix						
Autres						

* quelle est votre attitude thérapeutique ?

- médicaments prescrits

- régime sans sel (précisez les aliments interdits)

- ponction évacuatrice

- noter si le traitement est étiologique

- faites vous des traitements d'épreuve antituberculeux ?

qu'est-ce qui a dicté votre attitude ?

quel a été le résultat ?

- avez-vous évacué des malades ?

pour quelles raisons ?

le diagnostic après leur retour

fréquence

âge

période dans l'année

. quelles sont les principales étiologies

- paludisme
- Hypertension Portale : cirrhose
: Cancer Primitif du Foie
: bilharziose
- hématoologique : drépanocytose
: hématosarcome
- autres

. quels sont les arguments diagnostiques

	H.T.P. : cancer cirrhose	Drépanocytose	Hématosarcome	Palu
Clinique				
- âge				
- foie				
- sg.HTF				
- ictère				
- fièvre				
- gangl.				
Ext. complém.				
- N.F.S.				
- G.E.				
- Enel				
Test de solubilité				
- Autres				

. quels traitements ?

- faites-vous volontiers un test thérapeutique à la nivaquine ?
- quelles doses ?
- à quel type de patient ?
- évacuez-vous ?
- quels malades ?
- quels diagnostics au retour

LEGENDE : Sg.HTF = Signe d'Hypertension Portale ;

- gangl. = ganglion ;

- N.F.S. = Numération Formule Sanguine

- G.E. = Goutte Epaisse

CHAPITRE II

ANALYSE DES INFRASTRUCTURES

I LES INFRASTRUCTURES AU NIVEAU DES CHEFS LIEUX DE REGION ET DES CERCLES

I.1 REGIONS ET CERCLES VISITES

Nous avons effectué l'enquête dans tous les Chefs lieux de régions qui sont : Kayes, Sikasso, Ségou, Nopti, Tombouctou et Gao. Pour la région de Koulikoro nous nous sommes référés aux données recueillies à l'Hôpital du Point-"G".

Les cercles visités sont : Kita, Bougouni, Markala, Bandiagara, Goundam, Diré et Ansongo.

I.2 PERSONNEL MEDICAL

La Direction Nationale de la Santé nous a fourni la répartition des Médecins et Chirurgiens au Mali et des Assistants Techniques Etrangers (tableau n°1).

Sur les quatorze Médecins ayant répondu au questionnaire, huit ont été formés au Mali, les six autres soit à Dakar soit en République Démocratique Allemande. Leur ancienneté dans les poste est très variable de quelques mois à dix neuf ans pour les plus anciens. Deux seulement sont titulaires d'un Certificat d'Etude Spéciale, l'un de chirurgie et l'autre de pédiatrie. Ces renseignements sont portés sur le tableau n°2.

En ce qui concerne les activités professionnelles (tableau n°3) le temps passé en consultation est le plus important tant au niveau des cercles que des régions. L'activité hospitalière vient en seconde place sauf pour les médecins des assistances médicales régionales qui ne disposent pas de lits d'hospitalisation. Cinq Médecins ne participent à aucune tournée; quatre d'entre eux ont une fonction purement hospitalière régionale, un seul est Médecin de cercle et dispose de moyen de locomotion.

L'enseignement du personnel paramédical sous la responsabilité du Médecin-Chef de l'assistance médicale régionale ou du Médecin de cercle est très inégalement assuré par les Médecins interrogés.

Dans ce groupe trois ne participent à aucun enseignement. Enfin les tâches administratives représentent une activité inégalement assurée mais obligatoire au niveau des Médecins de cercles.

I.3 CAPACITE D'ACCUEIL HOSPITALIER

Chaque Chef lieu de région dispose d'un hôpital régional avec un service de médecine, de chirurgie et une maternité.

Au niveau des cercles les possibilités d'hospitalisation sont variables : parfois égale à celle des Chefs lieux de région (exemple Markala, Bougouni). Parfois très modeste (Ansongo, Gourdam). Tableaux n°3 et 4

I.4 MOYENS DE DIAGNOSTICS

Les laboratoires sont susceptibles théoriquement d'effectuer les dosages biochimiques simples (urée, glycémie, recherche de sucre, d'albumine dans les urines) ; des examens hématologiques (numération formule sanguine, groupe, test d'Emmel) et sérologique B.W. De toutes les explorations "hépatique" seul le test hépatique est pratiqué.

Les examens parasitologiques sont limités aux gouttes épaissies, au test de Snip (dans les services de Grandes Endémies) ; à l'examen des selles (mais les méthodes de Kato et de Hif sont inutilisées) ; l'examen parasitologique des urines est rarement fait.

La recherche du B.K peut être faite dans tous les dispensaires antituberculeux régionaux, mais seulement au niveau de deux cercles visités. Tableau n°5

Les investigations radiologiques sont possibles au niveau des hôpitaux de région où le Médecin dispose d'une scopie et d'une table mobile.

Une réserve doit cependant être faite au niveau de Tombouctou et Kopti car en panne depuis plus d'un an.

Dans les conditions de fonctionnement normales il est donc possible de pratiquer : radio de l'estomac et le lavement baryté. Seuls Bougouni et Markala parmi les cercles visités possèdent ces matériels. La scopie du centre de Diré est en panne ! Tableau 6.

Les examens endoscopiques sont limités à la rectoscopie. Ce matériel n'existe qu'à Ségou mais aucun médecin ne sait l'utiliser.

I.5 MOYENS THERAPEUTIQUES

L'approvisionnement en médicament est assuré à l'hôpital par la Pharmacie d'approvisionnement dont les dotations sont insuffisantes pour couvrir les besoins. Une officine de la Pharmacie Populaire est présente au niveau des Chefs lieux de région et des cercles. Elle est aux dires des Médecins interrogés assez bien fournie en médicament à visée gastroentérologique en particulier : pansements gastriques, antiseécrétoires, antispasmodiques, antalgiques, antidiarrhéiques, antiémétiques etc... Cependant Gao, Tombouctou et Ansongo signalent des difficultés d'approvisionnement.

Les moyens chirurgicaux permettent des interventions simples en pathologie digestive : cure de hernie, resection intestinale, appendicectomie, interventions proctologiques sont possibles dans tous les lieux visités sauf Ansongo et Goundam.

De rares gastrectomies ont été effectuées à Sikasso et Ségou et une vagotomie à Bougouni. Ces interventions dépendent des chirurgiens diplômés dans les Chefs lieux de région (la plupart sont des Assistants Techniques); dans les cercles ce sont les Médecins sortants de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de Bamako qui ont reçu une formation chirurgicale de six mois.

Parmi les cercles visités seuls Goundam et Ansongo ne disposent d'aucune structure permettant d'opérer (Tableau n°7)

II. COMMENTAIRES

II.1 PERSONNEL MEDICAL

Les effectifs sont finalement modestes dans les villes région et nettement insuffisants au niveau des cercles. Un seul Médecin de cercle est responsable à la fois de la médecine curative (hospitalisation et consultation), de la médecine préventive et de la formation de son personnel médical.

Leur spécialisation est peu poussée : cependant il existe au niveau de chaque région au moins un chirurgien diplômé et en dehors d'un pédiatre il n'y a aucune autre spécialité représentée. Dans les cercles les Médecins sont les sortants de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie et ont reçu une formation polyvalente leur permettant d'appréhender le problème de santé publique et chirurgical.

II.2 CAPACITE D'ACCUEIL HOSPITALIER

Si l'on rapporte le nombre d'entrée annuel au nombre de lits en médecine on se rend compte que le temps d'occupation des lits est élevé : supérieur à trois semaines le plus souvent et même supérieur ou égal à un mois dans la moitié des cas.

Ceci traduit soit de longue durée d'hospitalisation soit un taux d'occupation des lits restreint. Tableau n°8.

A l'hôpital du Point-"G" (Médecine I et II) la durée moyenne est d'environ vingt jours (majorée par les malades chroniques comme le pott ou la gangrène diabétique qui restent au minimum trois mois).

Ces locaux moyennant quelques améliorations refection ou extension devraient répondre aux besoins. Seuls quelques cercles nouvellement créés ou ayant récemment reçu un Médecin comme Ansongo ont de réels problèmes d'infrastructures "hôtelières".

II.3 MOYENS DIAGNOSTIQUES

Le tableau n°5 donne théoriquement les possibilités de diagnostic des laboratoires visités. En fait soit du fait d'appareils défectueux, du manque de réactif, de la qualification insuffisante de certains laborantins, la continuité de ces examens voire leur fiabilité est extrêmement variable. En réalité les malades évacués des régions ou des cercles parviennent rarement au Point-"G" avec ce bilan minimal, les diabétiques dépistés sont exceptionnellement surveillés biologiquement dans les villes de région, ils ne le sont jamais dans les cercles. On ne transfuse presque jamais autant par manque de réactif que par manque de flacons de prélèvement...

Remarquons également que parmi les examens effectués certains ont fait la preuve de leur inutilité par exemple : test d'Emmel ne peut en aucune manière faire la différence entre trait drépanocytaire et drépanocytose maladie, les tests hépatiques tombés en désuétude depuis longtemps continuent à être effectués. Certaines techniques parasitologiques simples (Mif, Kato) restent méconnues.

Finalement le laboratoire régional ne répond pas plus que le laboratoire des cercles au problème diagnostique simple.

Les services de radiologie des hôpitaux régionaux ont autant de problèmes que ceux de la capitale : les appareils en panne sont réparés avec d'autant plus de lenteur qu'ils sont éloignés de Bamako, ils souffrent de la pénurie générale en produit de contraste et en films. Il en découle que les clichés sont rares et souvent médiocres.

II.4 LES MOYENS THERAPEUTIQUES

L'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires est soumis aux disponibilités de la Pharmacie d'Approvisionnement. Les dotations sont insuffisantes et parfois inadaptées : médicament placebo inutile, anticoagulants distribués au niveau des cercles et des régions où il est impossible de faire un bilan de coagulation.

Les malades même hospitalisés sont donc amenés à se fournir dans les officines de la Pharmacie Populaire qui remplissent à peu près leur rôle dans l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Si l'on exclut les cercles récemment créés et ne possédant pas de salle faisant office de bloc opératoire, il est possible à peu près partout au Mali de réaliser des interventions de premières nécessités. On est surpris au niveau des villes de région disposant de vrai bloc opératoire, d'électricité, de chirurgiens diplômés, que le niveau technique des interventions soit peu différent de celui réalisé par des jeunes Médecins sortants de l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie de Bamako.

.../...

			LES REGIONS					
			I	III	IV	V	VI	VII
Médecins Médecins total/région			11	13	16	12	9	10
Chef lieu de région	Hôpital	Médecins	2	4	4	3	4	4
	C.P.	Médecins	1	1	3	2	0	2
cercles visités	C.P.	Médecins	1	2	2	1	2	1
	Total		3	11	24	6	0	0
Les Assistants Techniques	Médecins				3	3		
	Chirurgiens		1		5	1		
	Radiologues		1		2	1		
	Pharmacien				1			
	Biologiste				1			
	Gynécologues				2			
	Pédiatres				2	1		
	Anesthésiste				1			
	Autres spécialités		1		7			

Tableau 1 : Répartition des Médecins et Assistants Techniques, par région

.../...

Lieu de formation	Mali	8
	Etranger	6
Ancienneté dans le poste	2 ans	7
	2 à 4 ans	5
	5 ans	2
Titulaire d'un Certificat d'Etude de Spéciale	Chirurgie	1
	Pédiatrie	1

Tableau 2 : Curriculum des Médecins interrogés

		Kaya	Sikasso	Segou	Nopti	Tombouctou	Gao
Nombre de lits	Médecine	48	45	23	50	16	48
	Chirurgie	43	46	45	50	27	38

Tableau 3 : Nombre de lits d'hospitalisation des régions.

		Kita	Bougouni	Markala	Bandia-gara	Diré	Goun-dam	Sinsongo
Nombre de lits	Médecine	16	24	48	14	23	10	4
	Chirurgie	12	23	46	6	16	0	0

Tableau 4 : Nombre de lits d'hospitalisation des cercles visités.

		Régions (6)	Cercles (7)
Chimie hématologie	Chimie - Urines : sucre - albumine	5	6
	Hémération formule sanguine	4	5
	Urée	4	0
	Glycémie	4	1
	B.W.	3	2
	Groupe	4	2
	Bumel	4	3
	Test hépatique	5	0
Parasitologie	Goutte épaisse	3	2
	Smear	1	0
	Selles	6	6
	Urines	2	1
Bactériologie	B.K. (Dispensaire antituberculeux)	6	2

Tableau 5 : Examens de laboratoire des régions et cercles.

	Région	Cercle
Scopie	6 2 en pannes	3 en pannes
Table	6 2 en pannes	2

Tableau 6 : Matériel radiologique

	Région (6)	Cercles (7)
Hernies	6	5
Résection intestinale	6	5
Appendisectomie	6	5
Proctologie	6	2
Gastrectomie	2	0
Vagotomie	0	1

Tableau 7 : Actes chirurgicaux

.../...

Villes	Kayes	Sé-gou	Marka-la	Sikas-so	Bou-gouni	Hopti	Ban-diagara	Gao	An-songo	Diré	Pt-C. I et II
Nombre de malades par an	380	944	753	1729	258	799	112	577	108	276	935
nombre de lits	48	23	48	45	24	50	14	48	4	23	5
Durée moyenne d'hospitalisation	46 jours	9 jours	23 jours	9 jours	34 jours	23 jours	45 jours	30 jours	13 jours	30 jours	20 jours

Tableau 8 : Durée moyenne des hospitalisations en médecine des villes de région, des cercles visités et de l'Hôpital du Point-"G" (Médecine I et II).

.../...

CHAPITRE III

⋮
⋮ PLACE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ⋮
⋮ ⋮ ⋮
⋮ D'APRÈS ⋮
⋮ ⋮ ⋮
⋮ LES DONNÉES DE L'ENQUÊTE ⋮
⋮

⋮

I - DONNÉES SUBJECTIVES (Tableau 9)

Ces données ont été recueillies d'après l'expérience du Médecin et notées de 1 à 5 selon que l'affection est importante ou non.

I.1 CONSULTATION

Pour l'ensemble des Médecins interrogés les motifs de consultation sont par ordre de fréquence : douleurs abdominales, diarrhées aiguës, les épigastralgies et la constipation. Les autres affections viennent loin derrière.

Ceci correspond effectivement à l'appréciation subjective fournie par notre expérience gastroentérologique à l'Hôpital du Point-G.

I.2 HOSPITALISATION

Les diarrhées aiguës représentent là encore les premiers motifs d'hospitalisation, ceci diffère quelque peu de ce qui se passe dans les services de Médecine du Point-"G" où ne sont hospitalisées que les diarrhées avec déshydratation imposant une réanimation.

Les ascites, ictères et hépatomégalies représentent les autres causes fréquentes d'hospitalisation tout comme à Bamako.

I.3 CAUSE DE DECÈS

Subjectivement il semble que les hépatomégalies, ascites et ictères sont responsables de la plupart des décès parallèlement à la fréquence des hospitalisations. Les hémorragies digestives bien que fréquentes comme motif d'hospitalisation représentent une cause non négligeable de décès sans doute par ^{pas} absence de transfusion et de diagnostic étiologique précis donc d'indication thérapeutique spécifique.

Curieusement les diarrhées aiguës viennent au quatrième rang et semblent par leur fréquence en ambulatoire comme en milieu hospitalier poser un problème très particulier, très discordant du contexte bamakois.

I.4 LES EVACUATIONS

Dans l'ensemble elles sont rares. On peut retenir plusieurs explications :

- premièrement les budgets des Directions Régionales sont trop modestes pour les permettre.

- Deuxièmement les indications des évacuations ne sont pas toujours bien posées : une bonne utilisation du budget voudrait que les rares évacuations soient proposées à des patients dont l'affection est justiciable de moyens diagnostiques et thérapeutiques n'existant pas localement et dont la mise en route entraîne la guérison. Malheureusement on voit trop souvent évacuer des malades atteints de cancer primitif du foie évident, incurable, des cancers de l'estomac à l'évidence métastasés...

Enfin bien souvent lorsqu'un malade a bénéficié d'une évacuation, il est rare que le médecin reçoive en retour une réponse expliquant ce diagnostic, les éléments de thérapeutiques et de surveillance.

II. DONNEES OBJECTIVES

Nous avons regroupé les résultats des cercles avec ceux des villes de régions correspondantes. Nous les comparerons avec les statistiques régionales et les données recueillies à l'Hôpital du Point-"G".

II.1 CONSULTATION (Tableau 10 et 11)

Les chiffres relevés sur les registres de consultation des médecins montrent que les douleurs abdominales, les diarrhées aiguës, les épigastralgies et la constipation sont aux premiers rangs des motifs de visite. Les autres causes viennent loin derrière. Ces pourcentages sont à peu près équivalents d'une région à l'autre, cependant il existe une particularité dans la septième région (Gao) où les ictères représentent 30,6% des affections gastroentérologiques ambulatoires.

Au total la pathologie gastroentérologique représente 10,3 à 17,3% des affections générales selon les régions, soit 12% en moyenne.

Ces renseignements objectifs concordent bien avec les données subjectives rapportées précédemment.

.../...

II.2 HOSPITALISATION (Tableaux 12 et 13)

Quand on fait la moyenne des pourcentages recueillis dans les régions, les diarrhées aiguës arrivent comme la première cause d'hospitalisation (30,7%). Puis viennent les ictères, les ascites, les hépatomégalies et les douleurs abdominales.

Si dans l'ensemble ces pourcentages varient peu d'une région à une autre, il faut remarquer que dans les sixième et septième régions (Tombouctou et Gao), tout comme en consultation les ictères représentent une cause très élevée d'hospitalisation (21% et 38,8%).

Ces données objectives recourent les subjectives émises par les Médecins interrogés.

II.3 CHIRURGIE DIGESTIVE (Tableaux 14 et 15)

Les types d'intervention digestive couramment pratiqués sont : les hernies, appendicites, les occlusions et les affections proctologiques.

Les indications gastroentérologiques représentent 26,6% en moyenne des opérations ; avec une marge allant de 19,7% à 44,3% . Les cures de hernie représentent la majorité des actes chirurgicaux (88%).

II.4 COMPARAISON AVEC LES STATISTIQUES REGIONALES ET NATIONALES (Tableau 16)

Nous nous sommes référés aux statistiques de 1978 du Ministère de la Santé. En fait elles sont peu représentatives car nombres de cercles et d'hôpitaux régionaux n'ont pas transmis leur bilan annuel. Il manque ainsi les chiffres des hôpitaux du Point-"G", de Kati, de Ségou, de Gao et de San !

Les cas de gastroentérologie sont recensés selon la codification de l'Organisation Mondiale de la Santé différente de celle que nous avons adoptée dans notre enquête. Plusieurs critiques sont à faire :

Une proportion importante des affections gastroentérologiques sont regroupées de manière fort imprécise sous le titre "autres maladies de l'appareil digestif", les autres affections correspondent à des diagnostics étiologiques dont la précision est impossible dans les contextes régionaux actuels.

Enfin il est fait mention d'un nombre non négligeable de lithiases biliaires et cholécystites dont on sait la rareté au Mali comme dans le reste de l'Afrique Noire.

II.5 EVACUATIONS (Tableau 17)

Nous n'avons pas pu faire ces relevés par absence de registres au niveau des villes de région et cercles, nous ne pouvons nous appuyer que sur les renseignements subjectifs fournis par les Médecins et les statistiques du Ministère de la Santé.

Il en ressort de ces données subjectives qu'elles sont rares ; et cela des régions vers le District de Bamako, par contre elles sont assez fréquentes à l'intérieur d'une même région.

Les statistiques de ces évacuations ont été relevées au niveau du Ministère de la Santé. Elles ne portent que sur les mouvements des arrondissements vers l'assistance médicale du cercle, de ce dernier vers l'hôpital secondaire du Chef lieu de région ou de l'assistance médicale du Chef lieu de région vers son hôpital.

Les cas de gastroentérologie constituent 26,8% du total des évacuations. On est étonné de l'absence des cas de cirrhose et de tumeurs gastriques qui sont des affections fréquentes et assez graves pour justifier une évacuation. Cela représente à l'ailleurs au niveau du Point-"G" dans les services de médecine générale un motif non négligeable de l'évacuation venant des régions. Par contre on remarque dans ces statistiques la fréquence peu banale de la pathologie biliaire !

II.6 DONNEES OBJECTIVES RECUEILLIES AU POINT-"G"

L'Hôpital du Point-"G" a été choisi comme référence car ses moyens diagnostiques et thérapeutiques sont supérieurs aux autres hôpitaux même s'il ne constitue pas l'idéal dans le domaine de la pathologie gastroentérologique.

- Pour les données ambulatoires (tableau 18) nous avons choisi la consultation de médecine générale du service de Professeur DUFLO (1979) et de B. DUFLO HONNEU (1980). Des fichiers succincts sont faits pour chaque malade permettant de retrouver le motif de consultation. Ont été exclus des chiffres rapportés, les malades dirigés secondairement vers un service hospitalier.

Les cas de gastroentérologie représentent 35% du nombre des consultants. Ce pourcentage est plus important que celui de la statistique générale relevée au cours de notre enquête (12%). La formation gastroentérologique des deux consultants et les moyens diagnostiques de l'Hôpital du Point-"G" sont peut-être la cause.

- Pour les hospitalisés (tableau 19) nous nous sommes servis des dossiers des malades de Médecine I et II pour lesquels est remplie une observation standardisée précisant le diagnostic de sortie.

La pathologie gastroentérologique représente 39,6% des hospitalisés à l'Hôpital du Point-"G" soit près du double de la moyenne relevée dans notre enquête. Là encore l'orientation gastroentérologique du service disposant de moyens diagnostiques modifie probablement le recrutement.

Les hépatomégalies (36%) et les ascites (17%) sont les premières causes d'hospitalisation, les autres motifs sont répartis avec une fréquence à peu près égale (6 à 10%).

On note quelques discordances entre le Point-"G" et les relevés régionaux, ainsi, le pourcentage élevé des diarrhées est une cause de consultation et d'hospitalisation dans les régions alors qu'elles représentent un problème minime à l'Hôpital du Point-"G".

Les hépatomégalies sont beaucoup plus souvent hospitalisées au Point-"G" car nous disposons d'investigations plus poussées (endoscopie, ponction biopsique du foie) permettant un diagnostic précis. Enfin les hémorragies digestives sont également beaucoup plus souvent hospitalisées du fait de la possibilité de la fibroscopie gastroduodénale et de mesures thérapeutiques adaptées.

- Les interventions chirurgicales réalisées au Point-"G" ont été recueillies dans le service du Professeur DEMBELLÉ pour l'année 1979 (tableau 20).

Si les cures de hernies restent le geste chirurgical le plus fréquent (58,1%), puis l'appendisectomie (19,5%), les gastrectomies et vagotomies qui ne sont quasiment jamais effectuées hors de Bamako représentent (3,6%).

.../...

	Consultation :	Hospitalisation :	Décès
Epigastralgies	3	9	8
Douleurs abdominales	1	5	6
Hémorragies digestives	11	6	4
Constipation	4	10	8
Diarrhée aigue	2	1	4
Diarrhée chronique	10	10	8
Affections proctologiques	8	8	8
Hépatomégalie	5	4	1
Ictère	7	3	3
Ascite	9	2	2
Splénomégalie	6	7	7

Tableau 9 : Fréquence respective des affections gastroentérologiques et hépatiques appréciées subjectivement.

.../...

	R E G I O N S					
	I	III	IV	V	VI	VID
Epigastralgie	142	338	10	233	127	34
Douleurs abdominales	324	713	183	378	793	288
Hémorragies digestives	2	8	0	3	1	5
Constipation	129	173	11	68	334	250
Diarrhée aiguë	193	498	178	277	1651	374
Affections proctologiques	13	57	0	36	65	20
Hépatomégalie	42	47	1	25	16	76
Ictère	20	65	3	27	101	491
Ascite	38	47	1	44	25	30
Splénomégalie	21	40	6	24	13	37
Total gastroentérologie	929	1986	393	1115	3131	1604
Total pathologie générale	7287	19 250	3334	10912	26143	9211

Tableau 10 : Cas gastroenterologiques recensés en consultation

(registres régionaux)

.../...

	RÉGIONS					
	I	III	IV	V	VI	VII
Epigastralgie	15,3	17	2,5	20,9	4	2,7
Douleurs abdominales	34,9	36	46,5	33,9	25,3	10
Hémorragies digestives						
Constipation	13,9	6,7	2,8	6,1	10,7	15
Diarrhée aiguë	20,8	25	45,3	24,8	52,7	20
Affections proctologiques	1,9	2,9		3,2	2,1	
Hépatomégalie	4,5	2,4		2,2		
Ictère	2,1	3,3		2,4	3,2	30,6
Ascite	4,1	2,4		3,9		1,8
Splénomégalie	2,2	2		2,1		2,3
G.E. patno G.	12,7	10,3	11,6	10,2	12	17,3

Tableau 11 : Pourcentages respectifs des cas G.E. et pourcentages rapportés à la pathologie générale en consultation (registres régionaux)

	R E G I O N S					
	I	III	IV	V	VI	VII
Epigastralgie	6	12	26	7	0	5
Douleurs abdominales	28	29	32	31	3	12
Hémorragies digestives	1	5	11	3	2	1
Constipation						
Diarrhée aiguë	34	85	145	74	13	19
Affections proctologiques	0	0	1	1	1	1
Hépatomégalie	15	36	30	7	4	51
Ictère	7	41	48	15	9	99
Ascite	17	52	49	35	7	31
Splénomégalie	4	12	6	5	2	36
G.H.	112	272	318	178	41	255
Patho G.	380	1697	1987	911	276	685

Tableau 12 : Cas G.H. recensés dans les services hospitaliers régionaux.

	R E G I O N S					
	I	III	IV	V	VI	VII
Epiga. douleur	5,3	4	8	3,9		1,9
Douleurs abdominales	25	10,6	10	17,4	7,3	4,7
Hémorragies digestives		1,8	3,4	1,7	4,9	
Constipation						
Diarrhée aigue	30,4	31,2	45,6	41,6	31,7	7,4
Affections proctologiques						
Hepato-mégalie	13,4	13,2	9,4	3,9	9,7	20
Ictère	6,2	15	15,1	8,4	21	38,8
Ascite	15,2	19,1	15,4	19,6	17	12,1
Splénomégalie	3,5	4	1,9	2,8	4,9	14,1
<u>Cas G.E.</u> <u>patho G.</u>	29,5	16	16	19,5	14,9	37,2

Tableau 13 : Pourcentages respectifs des cas G.E. et pourcentages rapportés à la patho G. dans les services hospitaliers régionaux.

	R E G I O N S					
	I	III	IV	V	VI	VII
Hernies		369	612	113	44	46
Appendicite		22	13	9	15	5
Occlusion		22	11	7	0	4
Proctologie		3	17	9	10	
Cas G.E.		431	653	148	69	55
Pathologie générale		2187	1473	878	237	322

G.E. = gastroenterologie

Tableau 14 : Cas de G.E. recensés dans les services de chirurgie

	R E G I O N S					
	I	III	IV	V	VI	VII
Hernies		88,1	93,7	76,3	63,7	83,6
Appendicite		5,1	2	6	21,7	9
Occlusion		6	1,7	4,7		7,3
Proctologie			2,6	6	14,5	
Cas G.E.		19,7	44,3	16,9	29,1	26,6
patho. G						

Tableau 15 : Pourcentages respectifs des cas de G.E. et pourcentage rapporté à la patho. G. dans les services de chirurgie.

	Kayes	Bamako	Wakasso	Ségou	Lopti	Gao
Dysenteries	2067	3236	4465	3041	2548	4003
Amibiases + abcès du foie		4	1		2	2
Les hépatites infectieuses	378	591		70	202	1064
Tumeurs mali- gnes de l'in- te tin	4	12				
Tumeurs mali- gnes de l'es- tomac		108	4		1	
Intérites et autres mala- dies diar- rhoïques	10695	18942	17472	17447	15673	12505
Ulcères gas- tro-duodénaux	28	27	105	47	2	23
Gastroduodé- nites	162	805	31		76	
Appendicite	16	94	74	45	43	42
Occlusions + Hernies	259	789	1919	304	381	131
Cirrhose du foie	22	126	31	56	10	
Lithiase biliaire et cholécystite	19	112	3			252
Autres mala- dies de l'ap- pareil diges- tif	3514	33774	17016	1278	3052	7500
Total G.F.	17164	58622	41120	22286	26990	25522
Total Patho- G.	110259	354683	367873	146299	256057	164893

Tableau 16 - Statistiques nationales 1978.

	Kayes	Bamako	Sikasso	Ségou	Kopti	Gao
Dysenteries			29			21
Amibiases + abcès du foie						
Les hépati- tes infec- tieuses	2	1	120		4	210
Tumeurs ma- lignes de l'intestin						
Tumeurs ma- lignes de l'estomac						
Entérites et autres maladies diarrhéi- ques	1		247			51
Ulcères gas- troduodé- naux	3		22			12
Gastroduo- dénites						
Appendicite	2	1	29		2	30
Occlusions + Hernies	42	24	562	2	27	57
Cirrhose du foie						
Lithiase biliaire et cholécysti- te		104				2
Autres ma- ladies de l'appareil digestif	18	2	71		5	5
Total G.B.	68	132	1080	2	38	387
Total Patho G.	120	405	3179	127	197	2331

Tableau 17 : Statistiques nationales des évacuations 1978.

	Régions visitées	Hôpital du Point-G	
	Pourcentage moyen	Nombre de cas	Pourcentage
Epigastralgies	9,7	438	27,3
Douleurs abdominales	29,5	741	46,2
Hémorragies digestives		34	2,1
Constipation	10,6	208	12,9
Diarrhée aigue	34,3	40	2,4
Affections proctologiques	2,1	56	3,5
Hépatomégalie	2,3	30	1,8
Ictère	7,8	13	
Ascite	2	7	
Splénomégalie	1,6	34	2,1
Cas G.E.	12	<u>1601</u>	35
patho. G.		4564	

Tableau 18 : Comparaison des pourcentages respectifs des affections gastroenterologiques entre données regionales et l'Hôpital du Point-"G" en consultation.

CHAPITRE IV

ANALYSES DES CONDUITES DEVANT DES
SITUATIONS D'EMERGENCES
TYPES PROPOSEES

	Régions visitées	Hôpital du Point-"G"	
	Pourcentage moyen	Nombre de cas	Pourcentage
Epigastralgie	4,6	27	7,5
Douleurs abdominales	11,2	22	6
Hémorragies digestives	1,9	29	8
Constipation			
Diarrhée aigue	30,7	28	7,8
Affections proctologiques			
Hépatomégalie	11,8	129	36
Ictère	18,1	36	10
Ascite	15,8	61	17
Splénomégalie	5,4	27	7,5
<u>Cas G.E.</u> patho G.	20,6	<u>359</u> 905	39,6

Tableau 19 : Comparaison des pourcentages respectifs des affections gastroentérologiques entre données regionales et l'Hôpital du Point-"G" en hospitalisation.

	Pourcentage moyen par région	Hôpital du Point-"G"	
		Nombre de cas	Pourcentage
Gastrectomie		12	4,7
Occlusions et résection intestina- le	3,5	19	7,5
Hernies	88	146	58,1
Appendicite	4,7	49	19,5
Proctologie	2,8	15	5,9
Vagotomie		10	3,9
Cas de gastroentérolo- gie pathologie générale	26,6	$\frac{251}{608}$	41,2

Tableau 20 : Actes chirurgicaux : comparaison entre région et Hôpital du Point-"G".

.../...

I. EPIGASTRALGIES

I.1 EPIDEMIOLOGIE

Les épigastralgies représentent la troisième cause de consultation et la neuvième cause d'hospitalisation. Aucun Médecin ne les retient comme cause de décès.

Les douze médecins ayant répondu, situent l'âge de prédilection de 20 - 40 ans et une très discrète prédominance féminine (6 femmes pour 5 hommes). Pour ceux qui ont répondu le milieu social urbain est plus fréquent. L'un d'entre eux signale la plus grande fréquence chez les Tamachecks. (Tableau 21).

Epigastralgies	Nombre de réponses	
Fréquence (consultations)	14	3e
Fréquence (hospitalisation)	14	9e
Fréquence (décès)	14	Nul
Age	12	20 - 40 ans
Sexe	10	6 Femmes - 5 hommes
Milieu social	5	4 urbain*

Tableau 21 : Epidémiologie des épigastralgies .

I.2 SEMIOLOGIE EN FONCTION DES ETIOLOGIES

I.2.1 Les ulcères gastroduodénaux

Les médecins retiennent en faveur du diagnostic : localisation épigastrique (13), le rythme (14) et la périodicité (11).

Aucun ne fait mention de la prédominance masculine de la maladie ulcéreuse. Un seul tient compte de l'âge du malade dans son diagnostic. Parmi les complications les hémorragies digestives sont signalées 8 fois et la sténose une seule fois.

Enfin les facteurs favorisants sont peu évoqués : les médicaments agressifs pour l'estomac et le duodénum sont omis, l'alcool cité deux fois et le tabac quatre fois. (Tableau 22)

ULCÈRES GASTRODUODÉNAUX	Réponse positive
Localisation précise	13
Rythme	14
Périodicité	11
Prédominance masculine	0
Adulte jeune	1
Hémorragie	8
Sténose	1
Facteurs favorisants :	
Médicaments	0
Alcool	3
Tabac	4

Tableau 22 : Arguments sémiologiques en faveur des ulcères gastro-duodénaux

I.2.2 Cancer de l'estomac

Un Médecin a signalé la plus grande fréquence dans un milieu social défavorisé et trois qu'il touche l'adulte à la cinquantaine.

Sur le plan clinique, la masse épigastrique et l'altération de l'état général sont le plus souvent citées (12), viennent ensuite la dysphagie (6) et la sténose (4). Tableau 23

CANCER DE L'ESTOMAC	Réponse positive
Milieu social défavorisé	1
Adulte 50 ans	3
Masse épigastrique	12
Altération état général	12
Dysphagie	6
Sténose	4

Tableau 23 : Arguments sémiologiques en faveur des cancers gastriques.

I.2.3. Épigastralgie sans substrat organique

Les caractères évoquant un contexte psychosomatique sont : la grossesse (10), femmes jeunes (7), les douleurs atypiques (5) et la conservation de l'état général (7). Tableau 24.

ÉPIGASTRALGIES NON ORGANIQUES	Réponse positive
Grossesse	10
Femme jeune	7
Caractères atypiques	5
Bon état général	7

Tableau 24 : Éléments cliniques évocateurs d'une épigastralgie sans substrat organique.

I.3 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Devant les épigastralgies, les Médecins hors de Bamako se trouvent bien démunis sur le plan paraclinique. Les réponses positives correspondaient en fait aux possibilités locales : cinq demandent le transit oesogastroduodéal, 11 font l'examen parasitologique des selles. Tableau 25.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	Réponse positive
Transit oesogastroduodéal	5
Selles POX	11

Tableau 25 : Examens complémentaires demandés devant une épigastralgie.

1.4 TRAITEMENT

Les médicaments prescrits les plus fréquemment sont : les pansements gastriques (13) associés 8 fois aux antisecretoires (atropine-proglumide (milide*)) ou autres. D'autres prescriptions sont faites : association halopéridol plus antispasmodique (vésadol*), tranquillisant (2), en règle associés aux précédents.

La durée de ce traitement est de plus de trois semaines dans 5 cas et inférieure à deux semaines dans 4 cas.

Dix Médecins donnent des conseils hygiénodiététiques à leurs patients parmi lesquels : exclusion épices (5), excitant (4), tabac (2), alcool (1) et le lait caillé (2!). Dix seulement contre indiquent les salicylés. Tableau 26.

TRAITEMENT	Réponse
Pansements gastriques	13
Antisecretoires	8
Autres prescriptions	Tranquillisant 2 Vésadol* 2
Durée du traitement	> 3 semaines 5 < 2 semaines 4
Conseils d'exclusion : excitant - épices	12
Médicaments toxiques	6

Tableau 26 : Traitement des épigastralgies.

1.5 EPIGASTRALGIE COMME CAUSE D'HOSPITALISATION OU D'EVACUATION

Si les Médecins interrogés hospitalisent rarement les épigastralgies, ils l'ont cependant dans des circonstances particulières : 4 pour douleurs intenses, 2 pour une hémorragie digestive, 1 pour altération de l'état général et masse épigastrique, 1 échec du traitement, des vomissements ou une grossesse(!). Ils évacuent peu sauf si le traitement a échoué (2) ou en cas d'hémorragie digestive (3). Tableau 27.

	Réponse +	Douleur intense	A.E.G. + Masse épigastrique	Echec du traitement	Vomissement + grossesse	Hémorragie
Hospitalisation	8	4	1	1	1	2
Evacuation	5	0	0	2	0	3

A.E.G. = Altération de l'état général

Tableau 27 : Motifs d'hospitalisation et d'évacuation pour les épigastralgies.

I.6 COMMENTAIRES

Nous nous sommes référés aux résultats des études effectuées par nos prédécesseurs à l'Hôpital du Point-"G", dans le Service d'endoscopie digestive.

C'est ainsi que nous avons dégagé quelques renseignements qui, bien que ne se rapportant qu'à Bamako donnent une idée des facteurs épidémiologiques, des données sémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques dans les épigastralgies et leurs principales étiologies.

Les conclusions du travail de D. KONTA (Bamako, 1979), (13) sur les épigastralgies sont : la fréquence masculine du syndrome, tous les âges mais cependant surtout après 20 ans, la prédominance du milieu fonctionnaire du citadin (en l'occurrence Bamako). Tableau 28.

Les études de B. LIALLO (1978), (7) sur les ulcères gastroduodénaux permettent de préciser les particularités propres à Bamako. Tableau 29.

Enfin celles de M. DAOU (1977), (5) sur le cancer de l'estomac apportent leur contribution. Tableau 30.

D'une manière générale étant donné l'absence d'éléments diagnostiques fiables, radiologiques ou mieux endoscopiques, la conduite des Médecins devant une épigastralgie est à peu près adaptée.

Quelques remarques sont cependant à faire qui tiennent plutôt aux modalités de l'enquête qu'à une méconnaissance. Ainsi la prédominance masculine de la maladie ulcéreuse n'est pas notée, ni le rôle favorisant des médicaments, ni enfin la complication la plus fréquente au Mali, la sténose. Il est peu fait mention en ce qui concerne le cancer de l'estomac ; du facteur social, de la grande fréquence du syndrome de sténose révélateur de la maladie.

EPIGASTRALGIES				
Sexe	Hommes = 57,9%			
Age	20 ans			
Milieu	Fonctionnaires 38% Urbain 60%			
Causes favorisantes	Médicaments (salicylés) excitants			
Etiologies	Pathologie cardio tuberculeuse	Ulcère gastro-duodénal	Gastro-duodénites	Cancer de l'estomac
	29,7%	16,4%	10,7%	2,1%
Nombre de malades	1174			

Tableau 28 : Données objectives recueillies à Bamako dans les épigastralgies d'après la (Thèse D. KONTA).

ULCÈRES GASTRODUODÉNAUX	
Ulcère duodénal/ Ulcère gastrique	2,5
Homme/Femme	3,15
Age	∇ 7,20 ans
Facteurs étiologiques	Médicaments excitants
Milieu	50% citadins et /ou fonctionnaires
Symptomatologie	Typique 71,9%
Complications	Sténoses 20% Hémorragies 10,8% Perforation 4,8%
Diagnostic	TOGD + Endoscopie +++
Traitement	Efficace (65,4%) Atropine ou dérivés + pansement Chirurgie des complications 21%
Total	385 Cas

Tableau 29 : Ulcères gastroduodénaux : données recueillies d'après la thèse de B. DIALLO (Bamako 1978)

T.O.G.D. = Transit oesogastroduodéal

∇ âge = quelque soit l'âge.

.../...

CANCER DE L'ESTOMAC	
Sexe	Homme supérieur Femme
Age	50 ans
Facteurs étiologiques	Alimentaires ??
Milieu	Classe défavorisée
Symptomatologie	Douleurs épigastriques 51,5% altération état général 44% anémie
Complications	Sténose 27% Masse 21% Dysphagie 12% Hémorragie 7,5% Métastases rares
Diagnostic	T.O.G.D. + Endoscopie + biopsie +++
Traitement = chirurgie	Impossible : dans 67,1% Satisfaisant : 24,3% reste (palliatif ou laparotomie exploratrice)
Total	70 cas

Tableau 30 : Données recueillies d'après la thèse de F. DAOU (Bamako, 1978).

II. AUTRES DOULEURS ABDOMINALES

II.1 EPIDEMIOLOGIE

Les douleurs abdominales représentent l'une des premières causes de consultation et la cinquième cause d'hospitalisation.

Douze médecins signalent qu'elles surviennent à tout âge, un seul les situe entre 2 et 15 ans. Sur les 14 réponses 5 font état d'une prédominance chez les femmes, pour les autres les deux sexes sont atteints à égale fréquence.

Elles touchent tous les milieux sauf deux qui notent une fréquence en milieu villageois. Tableau 31.

	! Nombre de ! ! réponse !	
Fréquence consultation	14	1°
Fréquence hospitalisation	14	5è
Tout âge	12	11 *
Sexe : homme, femme	14	5
Tout milieu	7	5 *

Tableau 31 : Epidémiologie des douleurs abdominales.

II.2 LOCALISATION DE LA DOULEUR PAR FREQUENCE

La localisation est éminemment variable. Cependant le siège hypogastrique et les deux fosses iliaques sont les plus fréquemment rencontrés, puis la douleur en cadre et plus rarement bipolaire ou diffuse. Tableau 32.

	Nombre de !er ! 2è ! 3è ! 4è réponse			
Bipolaire	3	3		
En cadre	6	5		1
Fosse iliaque droite et gauche	9	2	5	1
Hypogastrique	10	3	5	2
Autres :	3		3	
	2	1		1

Tableau 32 : Fréquence des différentes localisations des douleurs abdo-

II.3 ETIOLOGIE

L'étiologie parasitaire et génitale sont les plus invoquées (13 fois). Ensuite viennent les causes urinaires et colitiques (7 et 6 fois), les psychosomatiques et la constipation sont citées en dernière position (4 et 3 fois). Un Médecin a signalé (le cancer primitif du foie compliqué d'ascite) à l'origine des douleurs abdominales. Les lésions tumorales ne sont jamais rencontrées.

Tableau 33.

		Nombre de	1er	2è	3è	4è	5è
		réponse					
intestina- les	colite	6	4	2			
	parasitaire	13	8	3	2		
	constipation	3		2		1	
	lésions tu- morales	0					
Psychosomatique		4	2	1	1		
Génitales		13		5	7	1	
Urinaires		7	1	1	4	1	
Autres : C.P.F+ ascite		1					1

C.P.F. = Cancer primitif du foie

Tableau 33 : Etiologies invoquées des douleurs abdominales.

II.4 COMPLÉMENTAIRES

Il est très difficile de faire une évaluation des étiologies de ces douleurs abdominales. Certes elles représentent un motif important de consultation mais l'interrogatoire permet rarement de cerner une pathologie organique précise.

Il a été envisagé dans l'enquête de demander aux Médecins les examens cliniques et paracliniques minimaux à effectuer en fonction de certains critères. Ces douleurs abdominales peuvent être révélatrices d'affections touchant des systèmes très variés et il est difficile au cours d'un bref entretien de les aborder.

III. HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Dans ce chapitre nous avons étudié hématemèse et méloena, quand à la rectorragie on l'a inclu dans le chapitre des affections proctologiques.

III.1 EPIDEMIOLOGIE

Les hémorragies digestives constituent le dernier motif de consultation (11è). Par contre elles sont 6è cause d'hospitalisation et 4è cause de décès. Tableau 34.

Fréquence (consultation)	11è
Fréquence (hospitalisation)	6è
Fréquence (décès)	4è

Tableau 34 : Fréquence des hémorragies digestives en consultation, hospitalisation et en cause de décès.

III.2 ETIOLOGIES

Les ulcères gastroduodonaux et l'hypertension portale constituent les premières causes d'hémorragies digestives puis le cancer de l'estomac. Les médicaments gastrottoxiques, les maladies de l'oesophage ont été peu évoqués. Les tumeurs du côlon ont été citées une fois comme cause de méloena. Les autres étiologies colitiques ulcéreuses, les lésions inflammatoires du grêle n'ont jamais été rencontrées.

Tableau 35.

	Hématémèse	Méloena
Ulcère gastroduodenal	13	4
Hypertension portale	8	2
Médicaments	1	
Cancer de l'estomac	2	1
Maladies de l'oesophage	1	
Tumeurs du côlon		1

Tableau 35 : Etiologies évoquées des hémorragies digestives.

III.3 MOYENS DIAGNOSTIQUES

C'est essentiellement l'interrogatoire qui guide le Médecin : les épigastries évoquent une étiologie ulcéreuse (12), deux Médecins recherchent des signes d'hypertension portale, un seul demande s'il y a eu prise de médicaments agressifs.

Les examens complémentaires sont rares hors de Bamako, quatre font le transit oesogastroduodénal, aucun le lavement baryté, un seul dispose d'un rectoscope. Tableau 36.

		Ulcère gastro-duodénal	hyper-tension portale	Médicaments	Cancer estomac	maladie oesophage	Tumeur colon
interrogatoire	épigastrie médicaments	12		1			
examen :	Foie rate C.V.C.		2				
	Transit oesogastro duodénal	4					
	Lavement baryté						
	Rectoscopie						1

Tableau 36 : Valeur des signes cliniques et examens complémentaires dans le diagnostic des hématomés et méloena.

III.4 TRAITEMENT

Neuf fois sur dix les Médecins font un traitement antiulcéreux, 8 transfusent, 7 donnent des coagulants (!) dont un dans un but psychologique. Tableau 37.

	Nombre de réponse	Réponse positive
pouvez-vous grouper transfuser	12	11
Donnez-vous des coagulants	12	8
Traitement causal : anti-ulcéreux	13	6
	10	9

Tableau 37 : Conduite thérapeutique devant une hémorragie digestive.

III.5 EVACUATIONS

Six Médecins ont perdu des malades par hémorragie digestive, sept ont évacué, trois diagnostics sont parvenus au retour : deux hypertensions portales et un cancer de l'estomac. Tableau 38

	Nombre de réponse	Réponse positive
Avez-vous perdu des malades	13	6
Evacuez-vous	13	7
Diagnostic de retour	7	3 : 2 hypertensions portales 1 cancer de l'estomac

Tableau 38 : Evacuation des cas d'hémorragie digestive.

III.6 COMMENTAIRES

L'étude faite à partir du service d'endoscopie digestive donne une idée du pourcentage respectif des grandes étiologies des hémorragies digestives dans un service de médecine. ()

La première cause est représentée par les anomalies cardiotubérositaires (35,4%), les ulcères gastroduodénaux (32,7%), les gastroduodénites (21,8%), les hypertensions portales (16,9%) et les cancers de l'estomac (6,6%).

L'interrogatoire et l'examen n'ont pas de valeurs déterminantes mais permettent d'orienter tôt vers un ulcère gastroduodénal en cas d'épigastralgie ; une anomalie cardiotubérositaire en cas de vomissement, notamment chez les femmes, une gastroduodénite quand il y a eu prise de médicaments et bien sûr vers l'hypertension portale s'il existe des signes cliniques. Tableau 39.

On se rend compte, que les étiologies médicamenteuses et cardiotubérositaires, le plus souvent bénignes et regressives sont très sous-estimées voire ignorées par les collègues.

.../...

Dans la plupart des cas en l'absence d'endoscopie leur conduite est très limitée à un geste thérapeutique qui est parfaitement adapté : traitement antiulcéreux et transfusion .

On peut seulement regretter que des gestes chirurgicaux salvateurs et diagnostiques, comme des interventions gastriques ne soient pas le plus souvent tentées devant une hémorragie digestive qui met en jeu le pronostic vital.

	Ulcère gastroduodénal	hypertension portale	gastro-duodéni- tes	cardio- tubérosi- taires	cancer gastri- que
Pourcentage	32,7%	16,9%	21,8%	35,4%	6,6%
Sexe	hommes	hommes	hommes	femmes	hommes
Epigastralgie	++		+	+	+
Vomissement	+		+	++	+
Médicaments	+	+	++	+	+
Signes d'hypertension portale		++	+	+	
Total					803

Tableau 39 : Données tirées de la thèse de H. TOURE sur les hémorragies digestives (Damako 1979).

IV. DIARRHÉE - DYSENTERIE

IV.1 EPIDEMIOLOGIE

Les diarrhées occupent une place importante tant en consultation (2^e) qu'en hospitalisation (1^o) et qu'en mortalité (4^e).

Sur dix réponses des Médecins sept affirment les voir à tout âge, trois surtout chez les enfants et quelque soit le sexe. Il n'est pas noté de différence selon l'environnement urbain ou villageois (3 tous les milieux, 2 les villages, 1 les grandes villes). Le début d'hivernage est considéré comme la période de prédilection (9 Médecins), trois médecins les rencontrent en saison sèche qui correspond à un approvisionnement direct au fleuve, les puits étant à sec.

Tableau 40.

	Nombre de	
	réponse	
Fréquence (consultation)	14	2 ^e
Fréquence (hospitalisation)	14	1 ^o
Fréquence (décès)	14	4 ^e
Age : tout âge	10	7 [*]
Sexe : femme = homme	11	11
Milieu : avis divers	6	
Période dans l'année : hivernage	12	9 ^{**}

Tableau 40 : Epidémiologie des diarrhées.

IV.2 ETIOLOGIE

Les étiologies invoquées sont surtout infectieuses et parasitaires, puis les fausses diarrhées des constipés. La mal absorption vraie n'a jamais été rencontrée. Les lésions intestinales sont exceptionnelles (1 cas). Tableau 41.

Etiologie	Nombre de réponse
Infectieuse	14
Parasitaire	14
Tumeurs et les lésions intestinales	1
Fausse diarrhée	4
Mal absorption	0

Tableau 41 : Différentes étiologies rencontrées dans les diarrhées.

IV.3 MOYENS DIAGNOSTIQUES

Parmi les éléments d'examen clinique le toucher rectal n'est cité que deux fois, les signes de gravité de la diarrhée ne sont pas évoqués (déshydratation, collapsus).

Les moyens diagnostiques sont limités à l'examen direct des selles, qui est le seul effectué en dehors de Bamako (14 réponses). Un seul médecin dispose d'un anoscope. Le lavement baryté est rarement demandé. Tableau 42.

Toucher rectal	2
Examen des selles	14
Anuscopie-rectoscopie	1
Lavement baryté	1

Tableau 42 : Moyens diagnostiques des diarrhées

IV.4 TRAITEMENT

En dehors de la diarrhée aiguë non fébrile et sanglante, rattachée à une diarrhée parasitaire (amibiase) et traitée en conséquence par un antimibien tissulaire (métronidazole ou la déhydroémétine).

L'attitude devant les autres diarrhées est assez univoque : traitée par du ganidan si échec un antibiotique: chloramphénicol, ampicilline, sulfaméthoxazole-triméthoprime (Bactrim[®]).

La réanimation parentérale est rarement justifiée (2 fois).
Tableau 43.

IV.5 CONCLUSIONS

L'attitude devant les diarrhées aiguës est adaptée, cependant l'absence de toucher rectal est regrettable, de même l'absence d'anuscopie qui permettrait de voir les ulcérations et de faire des prélèvements par examen direct de glaires.

Les diarrhées chroniques n'ont jamais été rencontrées par les Médecins interrogés. Elles sont effectivement rares.

Dans notre expérience, les rares cas hospitalisés au Point-"G" ayant bénéficiés d'investigations assez complètes (rectoscopie, fibroscopie, biopsie de la muqueuse jejunaie, transit du grêle et le lavement baryté) relèvent le plus souvent de causes coliques (colites ulcéreuses, tumeurs, rétrécissement du rectum). Rarement nous avons diagnostiqué deux "sprues tropicales", une tuberculose intestinale, une atteinte sarcomateuse du grêle.

Beaucoup de ces diarrhées chroniques alternent en fait avec une constipation et n'ont pas donné lieu à des examens trop poussés.

	Nombre réponse	Diarrhée aiguë fébrile non sanglante	Diarrhée aiguë fébrile sanglante ou glairo-sanglante	Diarrhée aiguë non sanglante non fébrile	Diarrhée aiguë sanglante non fébrile
Selles POK	14	14	14	14	14
Rectoscopie	1	1	1	1	1
Diagnostic	14	14	13	9	14
		1		5	
traitement	14	12	12	8	1
ganidan					
antibiotique		11	10	6	0
antiamibien		1	3	4	10
Perfusion		2	1	0	0
autres			dietétique	dietétique	diarsède

Tableau 43 : Conduite thérapeutique devant les diarrhées.

.../...

: V. CONSTIPATION :
: :

V.1 EPIDEMIOLOGIE

La constipation est un motif très fréquent de consultation (4è), mais aucune hospitalisation n'a été constatée.

Elle s'observe à tous les âges, mais cinq Médecins notent une légère prédominance chez les adultes, sa répartition est à fréquence égale suivant le sexe, sauf deux Médecins qui pensent que le sexe masculin est prédominant. Elle se voit dans tous les milieux.

Tableau 44

	Nombre de réponse	
Fréquence (consultation)	14	4è
Fréquence (hospitalisation)	14	0
Fréquence (décès)	14	0
Age : tout âge	12	7 ^{me}
Sexe : Femme = Homme	13	11 ^{me}
Milieu : tous les milieux	3	3

Tableau 44 : Répartition de la fréquence de la constipation en consultation, hospitalisation, décès ; en fonction de l'âge, du sexe et du milieu.

V.2 ETIOLOGIE

Le régime alimentaire est la plus grande cause.

D'autres causes ont été rarement citées : insuffisance hépatique, hémorroïde et parasitose. Tableau 45.

Etiologie		Nombre de réponse
Régime		13
"Dolico-megacolon"		0
Autres	Insuffisance hépatique	2
	Hémorroïde	1
	Parasitose	1
	Psychologique	1

Tableau 45 : Les différentes causes de la constipation.

V.3 TRAITEMENT

Le traitement de base est le régime diététique, trois Médecins ajoutent en plus des fruits. Le son de mil n'est donné que par un Médecin. Les médicaments prescrits sont les laxatifs doux : dioctylsulfosuccinate de sodium plus dantrome (jamyleno[®]), alkylsulfocétate sodique (microlax[®]) et l'huile de parafine. D'autres médicaments sont donnés : chlorhydrate de prozapine + sorbitol (norbilino[®]), diisoprime + sorbitol (mégabyl[®]).

Deux Médecins conseillent une éducation des reflexes en plus du régime. Tableau 46.

	Nombre de Réponse	Réponse positive
Régime : diététique	12	9 [®]
Médicaments : laxatifs doux	12	12
Éducation des reflexes	2	2

Tableau 46 : Conduite thérapeutique devant la constipation.

VI. AFFECTIONS PROCTOLOGIQUES

VI.1 FREQUENCE

Les affections proctologiques sont rares en consultation (8e), en hospitalisation elles n'ont jamais été constatées. Tableau 47.

Fréquence consultation	8e
Fréquence hospitalisation	11e

Tableau 47 : Fréquence en consultation et hospitalisation des affections proctologiques.

VI.2 DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS PROCTOLOGIQUES ET ETIOLOGIE DES RECTORRAGIES

Les hémorroïdes sont diagnostiquées sur le prolapsus ou la rectorragie, la thrombose n'est pas signalée.

Les examens complémentaires sont inexistantes.

Les fissures et fistules anales sont rarement semble-t-il rencontrées.

A ce chapitre on ajoute la rectorragie (hémorragie digestive) pour une commodité de diagnostic.

Les hémorroïdes, les diarrhées infectieuses et parasitaires sont maintenues comme les principales causes de la rectorragie. La tumeur colorectale n'a été invoquée qu'une fois.

L'examen complémentaire devant une rectorragie est les selles à la recherche de parasites, d'œufs et de kystes. Tableau 48 et 49.

Etiologie	Nombre réponse
Tumeur côlo-rectale	1
Colite ulcéreuse	0
Diarrhée infectieuse	5
Diarrhée parasitaire	6
Hémorroïde	11

Tableau 48 : Etiologies rencontrées dans les rectorragies.

	Nombre réponse	
Hémorroïde	Thrombose	0
	Prolapsus	13
	Rectorragie	12
Fissure	4	
Fistule	3	

Tableau 49 : Diagnostic des affections proctologiques.

VI. 3 Traitement

Le traitement des hémorroïdes est essentiellement local par l'application de pommade anti-hémorroïdaire. Trois médecins traitent chirurgicalement après échec du traitement médical. Pour les fissures on prescrit un bain de siège, un laxatif et un antalgique. Quant aux fistules les soins consistent en un bain de siège sauf un médecin qui fait le traitement chirurgical. Tableau 50.

	Nombre réponse	Traitement
Hémorroïdes	13	10 : pommade anti-hémorroïdaire 3 : chirurgie si traitement médical échoue
Fissures	4	3 : bain de siège 1 : laxatif doux + antalgique
Fistules	3	1 : chirurgie méthode par lame de caoutchouc 2 : bain de siège

Tableau 50 : Conduite thérapeutique des affections proctologiques.

VI.4 Commentaires

La rareté des affections proctologiques surtout fissures et fistules tient peut être à une incidence faible ou à une certaine pudeur ceci se vérifie dans notre expérience personnelle au niveau de l'Hôpital du Point-"G".

Il faut cependant remarquer que le toucher rectal ne soit pas fait le plus souvent, que les instruments aussi peu coûteux et aussi robustes qu'un anoscope et un rectoscope ne soient pas donnés à chaque médecin. Cela leur permettait de résoudre ainsi ces petits problèmes localement par des gestes simples, semblent-ils méconnus : injection sous fissuraire d'une fissure récente, incision et exérèse d'une thrombose hémorroïdaire, sclérose hémorroïdaire. Les cas compliqués ou les fistules relèvent de la chirurgie.

.../....

VII. HEPATOMEGALIES

VII.1 EPIDEMIOLOGIE

Les hépatomégalies, bien que peu fréquentes en consultation (5è) occupent cependant le (4è) rang d'hospitalisation et la (1è) cause de décès. Tableau 51.

	Nombre de réponse	Rang
Fréquence (consultation)	14	5è
Fréquence (hospitalisation)	14	4è
Fréquence (décès)	14	1°

Tableau 51 : Place des hépatomégalies en consultation, hospitalisation et mortalité.

VII.2 ETIOLOGIE

Globalement la cirrhose, le cancer primitif du foie, le foie cardiaque sont les principales causes, ensuite l'amibiase (qui pour certains est la première cause). L'hépatite virale et la bilharziose ont été citées par deux medecins. Tableau 52.

Etiologie	Nombre de réponse	Rang
Cancer primitif du foie	10	2è
Cirrhose	13	1°
Foie cardiaque	10	2è
Amibiase	9	3è
Autres	Hépatite	1
	Bilharziose	1

Tableau 52 : Etiologies proposées des hépatomégalies et leur place respective.

VII.3 MOYENS DIAGNOSTIQUES

Les moyens diagnostiques sont essentiellement cliniques. C'est ainsi que la douleur, la fièvre sont citées en faveur de l'abcès amibien et rarement en faveur de la cirrhose. Certaines complications telles que ascite, ictère, splénomégalie orientent les confrères vers une étiologie plus souvent cirrhotique que néoplasique. L'aspect physique du foie est selon eux beaucoup plus caractéristique dans le cancer primitif du foie, que dans la cirrhose ou dans les insuffisances cardiaques.

Le souffle hépatique n'est recherché que quatre fois en faveur d'un cancer primitif du foie et la circulation veineuse collatérale une fois. Pour l'étiologie cardiaque, c'est essentiellement les bruits du coeur (9 fois) et le reflux hépatojugulaire (5 fois) qui sont les éléments d'orientation. Tableau 53.

	cancer primitif du foie	cirrhose	foie cardiaque	amibiase
Douleur	1	1		4
Fièvre		1		5
Rate	2	7		
Ascite	2	13		
Ictère	2	11		
Circulation veineuse collatérale	1			
Caractère du foie	9	3	1	
Reflux hépatojugulaire			5	
Souffle hépatique	4			
Bruit du coeur			9	

Tableau 53 : Valeur des différents signes cliniques dans le diagnostic étiologique des hépatomégalies.

VII.4 LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les examens complémentaires sont limités : c'est la ponction d'ascite et la scopie pulmonaire (là où elle existe) demandée six fois. Tableau 54.

	Nombre de réponse	Réponse positive
Ponction biopsique du foie	13	non faite
Ponction d'ascite	11	11
Scopie pulmonaire	6	6
Examens biologiques	0	

Tableau 54 : Examens complémentaires effectués dans le diagnostic des hépatomégalies.

VII.5 TRAITEMENT ET EVACUATION

Sur les 14 réponses on note 7 tests thérapeutiques à visée étiologique : 5 font de la déhydroémétine ou du metronidazole, 2 , un traitement digitalo-diurétique. Tableau 55

Les évacuations sont très réduites, 5 en ont fait, un seul diagnostic a été donné au retour du malade (cardiopathie rhumatismale).

	Nombre de réponse	Réponse positive
Test thérapeutique à la déhydroémétine ou au métronidazole	14	5
Test thérapeutique : digitalo-diurétique	14	2

Tableau 55 : Conduite thérapeutique devant une hépatomégalie.

.../...

VII.6 COMMENTAIRES

Pour commenter ces résultats nous nous sommes référés aux données fournies par la thèse de S. BAIGA (Bamako 1979), (1).

Son étude est faite sur 158 cas d'hépatomégalie.

La répartition en fonction des étiologies montre la prédominance des cancers primitifs du foie (22,2%) ; cirrhose (17,7%) et les affections cardiaques (29,1%) ; moins fréquemment l'amibiase (6,3%), la drépanocytose (4,5%) et les causes hématologiques (3%). Certaines étiologies sont très rares : foie de cholestase, cancer secondaire du foie et curieusement le paludisme (ceci tient autant au type de recrutement essentiellement adulte qu'à une certaine hésitation à pratiquer des ponctions biopsiques du foie chez les enfants.) La prédominance masculine résulte de celle des causes proprement "hépatiques" (cancer primitif du foie, cirrhose, amibiase).

Cliniquement il ressort de ce travail qu'il ne faut pas accorder une importance exagérée aux caractères physiques du foie et que ceci risque d'induire des diagnostics erronés . Par contre, il est vrai que le souffle hépatique est quasiment pathognomonique d'un cancer primitif du foie, la circulation veineuse collatérale est évocatrice également, le reflux hépatojugulaire l'est pour une affection cardiaque.

Parmi les examens complémentaires le bilan hépatique a peu d'intérêt en dehors d'un ictère associé. Par contre la numération formule sanguine renseigne sur les anomalies de la formule blanche, dans l'amibiase et les affections hématologiques ; l'électrophorèse de l'hémoglobine est essentielle dans le diagnostic des drépanocytoses ; la sérologie amibienne toujours positive dans l'amibiase hépatique ; la recherche de l'alpha foeto protéine est positive dans 2/3 des hépatomes.

Les explorations radiologiques sont utiles dans le diagnostic des affections cardiologiques.

Au terme de ces examens, il reste peu de cas n'ayant reçu une étiquette étiologique et qui nécessitent effectivement une laparoscopie et une ponction biopsique du foie. Tableau 56.

Les Médecins dans les régions et cercles donnent une importance trop grande aux caractères du foie en omettant souvent les rares signes quasipathognomoniques.

La pauvreté des examens complémentaires à l'heure actuelle doit les rendre très circonspect devant trois étiologies curables : l'amibiase, foie d'origine cardiaque et palustre.

En effet la méconnaissance des autres étiologies (en dehors des causes hématologiques) est de peu de conséquence en ce qui concerne cancer primitif du foie, cirrhose et drépanocytose.

Il faut donc élargir les indications des traitements (l'épreuve antipaludeens à dose curative chez les enfants porteurs d'hépatosplénomégalie (15 ans), anti-amibien devant tout foie douloureux et ou fébrile et dès le moindre doute, examiner soigneusement à la recherche d'une cause cardiaque pour un traitement adapté.

.../...

	cancer primitif du foie	cirrhose	insuffisance cardiaque	amibiase	drépanocytose	hémato- logique
Fréquence	22,2%	17,7%	29,1%	6,3%	4,5%	3%
Sexe	homme	homme		homme		
R.H.J.			++			
Souffle	++					
C.V.C.	++					
B.H.	0	0	0	0	0	0
H.F.S.				+		++
Electrophorèse Hb					++	
Alphafœto- proteine	++					
sérologie ambionne				++		
radio thorax			++			
E.C.G.			++			
Fibroscopie	+	+				
Laparoscopie	++	++	+	+		
P.B.H.	+	+	C.I.			+

Tableau 56 : Les principales données recueillies sur les hépatomégalies d'après la thèse de S. M.I.G. (Banaka 1979)

- R.H.J. = Reflux hépatojugulaire
- C.V.C. = Circulation veineuse collatérale
- B.H. = Bilan hépatique
- H.F.S. = Numération formule sanguine
- Hb. = Hémoglobine
- E.C.G. = Electrocardiogramme
- P.B.H. = Ponction biopsique hépatique
- C.I. = Contre indication

: VIII. ICTÈRES :
: : :

VIII.1 EPIDEMIOLOGIE

Leur fréquence en consultation est faible (7^e), mais ils occupent le (3^e) rang en hospitalisation et en décès. Tableau 57.

Fréquence(consultation)	7 ^e
Fréquence (hospitalisation)	3 ^e
Fréquence (décès)	3 ^e

Tableau 57 : Place des ictères en consultation, hospitalisation et en cause de décès.

VIII.2 ETIOLOGIE

L'hépatite virale et la cirrhose sont les deux premières causes. La drépanocytose et le cancer primitif du foie suivent de près. Plus rarement ont été cités le paludisme (3 fois), une cause médicamenteuse (deux fois) et curieusement le régime (une fois). Tableau 58.

	Nombre de réponse	R a n g				
		1 ^o	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e
Hépatite virale	14	6		2	1	5
Cancer du foie	6		1	3	2	
Cirrhose	11		5	1		5
Drépanocytose	8	2	3	2		1
Paludisme	3					3
Autres médicaments						2
Autres régime						1

Tableau 58 : Place attribuée aux différentes étiologies des ictères

VIII₃ MOYENS DIAGNOSTIQUES

- Cliniquement, l'âge constitue pour six d'entre eux un argument diagnostique en faveur du Cancer Primitif du Foie (âgé) ou de la Drepanocytose (jeune). Le sexe n'est pas retenu comme élément de Diagnostic. Les caractères du foie sont cités (11 fois) essentiellement dans les étiologies hépatiques (cancer primitif du foie - Cirrhose). Parmi les autres signes il est fait mention de la phase préictérique dans l'hépatite (6 fois) et les complications de type ascite ou splénomégalie dans la cirrhose seulement.

- Les examens complémentaires sont pauvres en matière d'ictère, les médecins ne disposent en principe que des "test hépatiques", test d'Immel et de la recherche des sels et pigments biliaires dans les urines. tableau 59

	Nombre Reponses	Hépatite	C.P.F.	Cirrhose	Drepano- cytose
AGE	6		2		5
SEXE	0				
Caractère du Foie	11		6	8	
SYMPTOMES	Phase Préictérique		6		
	Ascite	11		5	
	Rate			4	
EXAMENS du Sang	Test-Hépa- tiques	9	2		
	Test-Immel				7
EXAMENS URINAIRES	Sels et Pigments	2	2		

Tableau 59 : Valeur des signes cliniques et examens complémentaires dans le diagnostic des ictères.

C.P.F. = Cancer Primitif du Foie

VIII₄ - TRAITEMENT

Le traitement est disparate. Globalement dans l'hépatite les médecins prescrivent plus volontiers un régime, repos et des hépatoprotecteurs.

Dans la Cirrhose, le traitement annoncé correspond en fait à celui des complications rencontrées dans l'affection: régime sans sel, Diurétique, ponction d'Ascite, transfusion dans les hémorragies...

Dans le Cancer primitif du foie, il s'agit essentiellement d'un traitement antalgique / visée symptomatique.

Enfin dans les Hémoglobinoopathies (essentiellement Erythrocytose), il est prescrit deux fois des transfusions et des antalgiques, associés à des vasodilatateurs (8 fois). tableau 60

Traitement	Hépatite	Cirrhose	C.P.F.	Hémoglobino-	
Sans Sel	1	2			
RÉGIME	Sans Graisses	9			
	Sans Oeufs	1			
	Repos	5			
MÉDICAMENTS	Diurétiques		5		
	Vit. B ₁ *		1		
	Transfusion		2	2	
	Ponction-Ascite		2	1	
	Hépatoprotecteur	6	3		
	Antalgiques			4	2
	Anti-inflammatoire				2
	Hydergine				8

tableau 60 : Conduite Thérapeutique devant un Ictère en fonction de l'étiologie.

C.P.F. = Cancer Primitif du Foie

VIII₅ COMMENTAIRES

Pour commenter ce chapitre nous nous sommes référés sur les travaux de M. DEBETLE (Baraka 1960). Son étude apportée sur 159 observations, (6)

Il ressort de ce travail que les hépatopathies constituent plus de la moitié des causes d'ictère : cirrhose (19,5%), Cancer Primitif du Foie (16,3%), les hépatites virales aiguës (15,7%), les hépatites virales chroniques (6,9%). Les autres étiologies sont représentées par les hémoglobinooses (11,3%) les affections cardiaques (5,7%)

Le quart restant regroupe des affections très variées : cholestase chirurgicale, hépatite infectieuse, toxique, cholestase chez la femme enceinte, Cancer Secondaire du Foie, Amibiase et autres hécolyses.

Sur le plan clinique, il est important de déterminer s'il s'agit d'un ictère cholestatique ou hécolytique. C'est dans le cadre des ictères cholestatiques que se regroupent les étiologies les plus fréquentes citées plus haut et les rares mais intéressantes sur le plan thérapeutique (ictères chirurgicaux et hépatites médicamenteuses).

Comme on le voit sur le tableau (61) les autres signes sont de valeurs inégales. Certes le caractère récent de l'ictère précède d'une phase préictérique est hautement évocateur d'hépatite virale aiguë chez un sujet jeune, l'association d'une hépatosplénomégalie avec ascite est presque toujours synonyme d'une cirrhose ou d'un Cancer primitif du foie. Mais l'hépatomégalie isolée peut se rencontrer dans presque toutes les étiologies, l'anémie de pathogénie variable est retrouvée aussi bien dans les hépatopathies que dans les hécolyses.

Les examens complémentaires revêtent ici un réel intérêt et tout particulièrement le bilan hépatique. Il est essentiel de pouvoir préciser le caractère cholestatique ou non de l'ictère (dosage de Bili-rubine totale et conjuguée, recherche de stercols et pigments biliaires dans les urines et le taux des phosphatases alcalines).

Le syndrome cytolytique (limité à Barakat au dosage des transaminases) est élevé dans les hépatopathies avec une élévation particulièrement importante dans l'hépatite virale aiguë; elle l'est aussi dans les affections cardiaques. La recherche de l'antigène australia a plus une valeur épidémiologique que proprement diagnostique; car les porteurs sains sont nombreux (12%) et sa présence est plus fréquente dans les hépatopathies. Par contre l'alphafoetoprotéine et la sérologie amibienne sont des examens quasi pathognomoniques (tableau 61).

Si l'on compare ces résultats avec les données de notre enquête on se rend compte que presque toutes les étiologies ont été évoquées sauf les ictères infectieux et les très rares cholestases chirurgicales. Ceci est en contradiction avec les statistiques nationales où il est fait mention d'un nombre très élevé de lithiases.

Une notion récente a été introduite par les études sérologiques du Professeur P. HAUPAS dans le domaine de l'hépatite virale B.: les marqueurs témoins de l'affection sont retrouvés dans 95% des cas avant 20 ans témoignant de la contamination jeune des sujets. Nos médecins n'en font état qu'une manière empirique.

Il est bien évident qu'en matière d'ictère, l'absence d'un bilan biologique plus précis gêne le diagnostic étiologique.

Le classique régime sans graisse continue d'être prescrit souvent associé au repos dans les hépatites.

Les hépatoprotecteurs sont trop fréquemment donnés dans les hépatites et dans les cirrhoses, de même l'hydergine garde une place importante dans le traitement de la drepanocytose.

	Cirrhose	C.P.F.	Hépatite Virale Li- gue.	Hépatite Virale chronique	Hémoglobino- se	Insuffisance Cardiaque	Autres
Fréquence en %	19,5	16,3	15,7	6,9	11,3	5,7	24,5
Sexe	Homme	Homme		Femmes			
Âges	> 30	> 30	(30		(30		
Signes Cliniques	Ancien- noté...	+	+	récent	+	+	
	Intensi- té	+	+	+	+		
	Phase			+	+		
	Préictéri- que						
	Signe de						
	Cholesté- se	+	+	+	+		
	Ascite						+
	Rate	+	+			+	+
	Foie	+	+	+	+	+	+
	Anémie	+	+			++	+
Examens Complémentaires	Urines	+	+	+	+		+
	B.C.	+	+	+	+		+
	B.N.C.					+	
	Transami- nase	+	+	++	+		+
	Ph. alc.	+	+				+
	Ag. Au.	+	+	+	+		
	α ₂ FP		+				
E.P.J.	+	+					
Total							159 cas

tableau 61 = Données recueillies sur les ictères d'après la thèse de H. DEBAILLÉ (Bordeaux 1960).

B.C. = Bilirubine conjuguée; B.N.C. = Bilirubine non conjuguée;
Ph. alc. = Phosphatase alcaline; Ag. Au. = Antigène Australia
α₂FP = Alpha₂-fœto-proteine; E.P.J. = Taux de Prothrombine

IX -

LES ASCITES

IX₁

EPIDEMIOLOGIE

Si les ascites occupent le 9ème rang en consultation, elles sont l'une des principales causes d'hospitalisation et de décès (2ème). Nous n'avons pas interrogé les Médecins sur la fréquence prescrite en fonction du sexe et de l'âge, tableau 62

```

=====
! Fréquence Consultation !      9ème rang !
!-----!
! Fréquence Hospitalisation      2ème rang !
!-----!
! Fréquence Décès                !      2ème rang !
!-----!
=====

```

tableau 62 = place des ascites en consultation, hospitalisation et dans les causes de décès.

IX₂

ETIOLOGIE

Parmi les quatorze (14) réponses la cirrhose et les maladies cardiaques constituent les premières causes, puis les maladies rénales et le Cancer Primitif du Foie. La Tuberculose n'a été invoquée que par trois (3) médecins. Aucun d'entre eux ne fait mention des causes néoplasiques, tableau 63.

```

=====
! Etiologie                      ! Nombre de Réponses !
!-----!
! Cancer du Foie                  !           9         !
!-----!
! Cirrhose                        !          14         !
!-----!
! Insuffisance Cardiaque          !          13         !
!-----!
! Maladies Rénales                !           9         !
!-----!
! Tuberculose                     !           3         !
!-----!
! Autres                          !           0         !
!-----!

```

tableau 63 = Etiologies des Ascites.

IX₃

MOYENS DIAGNOSTIQUES

- Cliniquement, l'importance est donnée aux caractères du foie dans les Cancers Primitifs du Foie (9 réponses) et les Cirrhoses (6 réponses). Les Complications telles que l'hypertension portale et l'ictère sont beaucoup plus rattachées aux cirrhoses qu'aux Cancers Primitifs du Foie. Les signes cardiaques sont recherchés par la majorité des Médecins. (11 fois). Trois Médecins accordent de l'importance à la fièvre en faveur d'une tuberculose Péritonéale.

- Les examens complémentaires à la disposition du Médecin leur permettant un diagnostic étiologique sont : examen du liquide d'Ascite, recherche de l'Albumine, l'examen radiographique ou scopique du thorax et l'intra-dermo-réaction à la tuberculine.

Alors que tous pratiquent la ponction évacuatrice d'ascite, 4 seulement tirent argument de l'examen du liquide d'ascite. Six (6) d'entre eux recherchent l'Albumine pour élargir une étiologie rénale. L'examen radiologique n'est finalement effectué que par deux (2) d'entre eux à la recherche d'étiologie cardiaque. L'Intradermo-réaction à la Tuberculine n'a jamais été demandée tandis que la recherche du B.K. l'a été une fois. tableau 64.

	Cancer Primitif du foie	Cir- rho- so.	Insuffi- sance cardiaque	Malade rénale	Tuber- culose
Caractère du foie	9	6			
Signe Hypertension Portale	2	11			
Signes Cliniques	Ictère	4	12		
	Signes Cardiaques		11		
	Autres Signes: Fièvre				3
Examens Complémentai- res	Liquide d'Ascite	1	2		1
	Albuminurie			6	
	Radié P. unen		1		1
	Autres Examens Complémentaires				B.K. Crochet

tableau 64 = Signes cliniques et Examens complémentaires dans le diagnostic étiologique des ascites.

IX₄

TRAITEMENT

L'attitude thérapeutique devant une ascite est globalement assez uniforme: pratiquement tous font une ponction d'ascite, un régime sans sel et prescrivent des diurétiques. Un traitement étiologique est entrepris dans (2) deux circonstances: suspicion d'une affection cardiaque ou d'une tuberculose péritonéale. C'est ainsi que (3) trois Médecins entreprennent un traitement digitalo-diurétique sur des données purement cliniques. Quatre mettent en route un traitement anti-tuberculeux devant une ascite fébrile ou quand ils ont éliminé les principales étiologies (hépatiques, cardiaques, ou rénales). Certains font des prescriptions dont la justification n'est pas donnée. tableau 65

	Nombre	Reponses	Observations
		Positives	
Traitement étiologique	11	6	3 -Cardiaques 3 (?)
Antituberculeux d'Épreuve	13	4	3 -Fièvre 1 -Diagnostic d'exclusion
Ponction	14	12	
Régime sans sel ...	14	13	
Diurétiques	12	9	
Autres.....	11	7	Hépatoprotecteurs Association de Vitamines

tableau 65 = Conduite thérapeutique devant une ascite

IX₅

EVACUATIONS

Six malades ont été évacués pendant la période d'exercice des Médecins interrogés pour les motifs suivants: deux pour un bilan, un pour échec au traitement anti-tuberculeux, un pour étiologie cardiaque, un pour ascite fébrile et le dernier pour motif inconnu.

Le seul diagnostic parvenu au retour est celui d'un cancer primitif du foie.

Si les ascites ne constituent pas un motif fréquent de consultation, il n'est moins grave puisqu'elles sont causes fréquentes d'hospitalisation, d'évacuation et de décès.

Pour interpréter et commenter ces résultats nous nous sommes référés aux données fournies par la thèse de CHEICK OUMER COULEBALY (Dakar 1979). Son étude a porté sur 69 Observations. (4)

Si, sur le plan étiologique on pense à la tuberculose péritonéale, (4) quatre cependant tentent un traitement déprévu.

Cliniquement une importance exagérée est accordée aux caractères du foie. Le Travail de Cheick Omar avait montré son caractère trompeur. Curieusement les signes hypertension portale et l'ictère sont rattachés avant tout à la cirrhose comme si on oubliait que le Cancer Primitif du Foie survient sur un foie cirrhotique et partage donc les mêmes complications.

Par contre et à juste titre ils accordent une grande importance aux signes cardiaques.

Les examens paracliniques sont certes très modestes mais il semble que les Médecins n'exploitent pas assez les renseignements fournis par ces examens. Alors qu'il est possible d'effectuer une numération formule sanguine dans (4) quatre Laboratoires de Régions et 5 cinq de cercle, on est étonné que le compte des cellules du liquide d'ascite et formule ne fassent pas partie des examens courants. Il en est de même de la recherche de l'Albumine et de l'examen radiologique du thorax qui sont souvent omis.

Pour le traitement on ne saurait pas trop recommander la prudence de l'utilisation des diurétiques qui peuvent entraîner rapidement des désordres ioniques incontrôlables (impossibilité d'ionogramme même à Dakar) surtout en période sèche.

Il faudrait à notre sens insister sur la qualité du régime sans sel qui doit être détaillé au malade. Certains utilisent des médicaments qui n'ont ni justification étiologique, ni symptomatologique.

		Cirrho- se du foie	Insuf- fisan- ce Car- diaque	Cancer- Primi- tif du foie	Syndrôme Néphroti- que	Tubercu- lose
Fréquence		32,3%	24,6%	16,8%	7,2%	5,0%
Sexe		Homme		Homme		
Age					enfant	
Signes Cliniques	Gros Foie	++	++	++		
	Gros Rate	++		++		
	Ictère	++	+	++		
	Hémorra- gie diges- tive ...	++		++		
	Struffe Hépatique			++		
	Reflux Hépat- Jugulaire		++			
Examens Complémentaires	Bilan Hépati- que	0	0	0	0	0
	Alphafoetopro- teine			++		
	Liquide d'As- cite 1/4 des cas ++.....			Sang φ n°e plastique		Exudat Lym- phocytaire pauvre en sucre
	Protéinurie..				++	
	Scopie graphiq		++			
	Fibroscopie	++		++		
	Laparoscopia	++		++		++
Total					69 cas.	

tableau 65 = Données recueillies d'après la thèse de Choiek Oumar COULIBALY sur le Diagnostic des Ascites (Dakar 1979).

φ = Cellule

3 - ! LES SPLENOEGALIES !

X₁ - EPIDEMIOLOGIE

La splénoégalie isolée occupe le 6ème rang en consultation et le 7ème des hospitalisations et décès.

L'âge de prédilection est situé entre 5 - 15 ans pour la plupart sauf cinq médecins qui le situent jusqu'à 35 - 40 ans. L'hivernage est la période de prédilection (7 fois) sauf un qui ne note aucune différence dans l'année. tableau 57

	Nombre de Réponses	
Fréquence Consultation	14	6° rang
Fréquence Hospitalisation	14	7° rang
Fréquence Décès	14	7° rang
Age :	12	7 = (5 - 15ans) 5 = (15 - 40ans)
Période dans l'année	8	7 (hivernage)

tableau 57 = Répartition des Splénoégalies en consultation, hospitalisation et dans les causes de décès; répartition selon l'âge et sa prédominance dans l'année.

X₂ ETIOLOGIE

Le paludisme, la drépanocytose, la cirrhose ont été invoqués comme étant les premières causes, ensuite la bilharziose, le Cancer Primitif du Foie et les hématosarcomes. Un médecin fait mention des infections tableau 58.

Étiologie	Nombre de réponses
Paludisme	13
Cirrhose	8
Cancer Primitif du Foie	4
Bilharziose	5
Drépanocytose	9
Hématosarcome	3
Autres Infectieuses	1

tableau 58 = Les différentes causes des splénoégalies invoquées par les médecins interrogés.

X₃

MOYENS DIAGNOSTIQUES

Cliniquement le jeune âge est cité (5) cinq fois comme élément de diagnostic en faveur d'une drepanocytose ou d'un paludisme.

Les caractères du foie, les signes d'hypertension, sont rattachés beaucoup plus souvent à la cirrhose qu'au cancer primitif du foie, de même pour l'ictère.

La fièvre évoque un paludisme. Aucun autre signe n'a été cité en dehors des adenopathies rattachées au Cancer primitif du Foie.

Les examens complémentaires sont rares. La numération formule sanguine est rarement faite, l'examen essentiel est la goutte épaisse et le Test d'Emmel. tableau 69

	Paludisme.	Cirrhose.	Cancer primitif du foie.	Bilharziose.	Drepanocytose.	Hématosarcome.
Age	2		3			
Foie		6	3	2		1
Signes d'hypertension portale		5	3	1		
Ictère		6	3		6	
Fièvre	12				2	
Adenopathies			1			
Examens	Gouttes					
	Épaisses	7				
Complémentaires.	numération formule sanguine	3	1		2	2
	Test Emmel				9	

tableau 69 = Signes Cliniques et examens complémentaires dans le diagnostic des Splénomégalies.

X₄

TRAITEMENT ET ÉVACUATION -tableau 70

La base du traitement repose sur les antipaludéens (13 réponses) et 5 médecins les donnent à tout patient quelque soit les signes et l'âge.

Il y a peu d'évacuation, (3) trois médecins seulement ont évacué pour les raisons suivantes : rate énorme; complément d'examen devant une suspicion de drepanocytose (test Emmel positif) et signes d'hypertension portale..Un seul a obtenu une réponse à son évacuation "drépanocytose"

	Nombre de Reponses	Reponse Positive
Medicament Prescrit : niva- quine	11	8
Faites-vous un test therapeu- tique à la Nivaquine ?	14	13
Quelles Doses :	9	8 (100 à 300 mg par jour pendant 2 semaines
A quel type de patient	7	5 (tout patient)

tableau 70 = Conduite thérapeutique devant une splénomégalie

X₅ COMPLEMENTAIRES

Une enquête a été entreprise tant à Bamako qu'en milieu rural par I. HAYENTAO (1980). Nous en donnons les resultats pour l'hôpital du Point-G. tableau 71 (15)

Il en ressort que les hypertensions portales representent la cause principale (32,7%) : le cancer primitif du foie, la cirrhose et la bilharziose, puis les homoglobinoses (14%), le paludisme (10,2%) les causes infectieuses (9,7%) les hémopathies malignes (8,5%).

En dehors des hypertensions portales et les hemopathies malignes plus frequentes chez l'homme, le sexe n'est pas un argument diagnostique. L'âge a par contre de l'importance: les hypertensions portales se rencontrent surtout après (20) vingt ans, les hemoglobinoses et le paludisme avant (30) trente ans, les autres à tout âge.

Deux signes sont très fréquents: la fièvre dans 38,7% des cas et le gros foie dans 66,3% des cas; mais ils peuvent se voir dans différentes étiologies, de même l'ictère et l'anémie.

Seules les hemorragies digestives, la circulation veineuse collaterale, l'ascite sont caracteristiques de l'hypertension portale (toute fois l'ascite peut accompagner une tuberculose hepatosplénique).

Les signes d'accompagnements de la splénomégalie sont donc rarement déterminants en faveur d'étiologie précise.

Des examens complementaires: quels sont ceux qui sont irremplaçables: le bilan hematologique a une valeur incontestable s'il comporte une numération formule sanguine avec les constantes hematologiques complètes et une électrophorèse de l'hémoglobine, le serodiagnostic de widal également. La recherche de l'antigène Australia et l'Alphafœtoprotéine quand elle est positive a son intérêt dans l'hypertension portale, l'examen du liquide d'ascite enfin.

Par contre le bilan hepatic (en dehors de l'ictère) les examens parasitologiques (recherche de bilharziose ou goutte epaisse) l'intra dermo reaction ont peut d'intérêt. Quelle que soit l'étiologie, le parasitisme est élevé.

L'intradermique reaction peut être negative dans une tuberculose authentique et inversement; le bilan hepaticque n'a aucune spécificité. Nous n'évoquerons pas la valeur des examens Endoscopiques et de la Ponction biopsique du foie qui sont encore impossibles hors de banal.

Nous insisterons avec I. MAYHEMO sur l'importance du test thérapeutique à la nivaquine à dose curative et longtemps poursuivi, notamment chez les sujets jeunes et même inférieur ou égale à (30) trente ans qui donne dans certains ^{Cas} /des resultats inesperés.

La confrontation des reponses avec ces données montre également la place importante donnée au paludisme, aux hypertensions portales et aux hémoglobineses. Une place surement trop grande est accordée à la bilharziose à Mansonia alors que les étiologies infectieuses semblent reconnues.

L'âge est rarement un facteur invoqué dans l'orientation du diagnostic. L'ensemble des Médecins attachent une grande importance à l'hépatomegalie, l'ascite et l'ictère dans les splénomégalies de l'hypertension portale. Elle ne devait pas être aussi rigoureuse.

La fièvre n'évoque guère que le paludisme !

Les examens complémentaires à la disposition des Médecins se réduisent à la numération formule sanguine (elle est finalement peu demandée et souvent incomplète, elle ne représente plus un élément diagnostique fiable).

La goutte épaisse et le test d'Hamel sert le plus souvent effectués mais nous avons déjà invoqué leur signification. De nombreux Médecins ont recours au test thérapeutique à la nivaquine qui est surement un élément de diagnostic important en dehors des moyens para cliniques suffisants.

	Hyper- tension portale	Hemo- globinose	Palu- sme	Infec- tion	Hemo- pathies	
Frequence	32,7%	14%	10,2%	9,7%	8,5%	
Sexe	Homme				Femme	
Age	() 20	() 30	() 30			
Signes Cliniques	Fievre		+	++	++	+
	Foie	++		+	+	
	Ascite	++			+	
	Temorral- gie	++				
	Circulation ve- neuse collaterale	++				+
	Ictere	++	++	+	+	
	Anemie	+	++	+	+	+
	Ganglion					+
Examens Complementaires	Bilan Hepatique ..	0	0	0	0	0
	Fonction d'Ascite	+			+	
	Antigene Australia.	++				
	Alphafetoproteine	++				
	Formulation formule Sanguine	+	++	+	+	++
	Electrophorese de l'hemoglobine		++			
	Biopsie de la muqueu- se rectale	0	0	0	0	0
	Couette Epaisse	0	0	0	0	0
	Serodiagnostic de Widal				++	
	Intradermo reaction à la tuberculine ...				+	
	Fibroscopie.....	++				
Laparoscopie et Fonct- ion biopsique du foie	++			+		
Test Therapeutique			++	+		
Total					245 cas	

tableau 71 : Données recueillies sur les Splénomégalies d'après la thèse de L. FAY (1960)

CHAPITRE V

LES PROPOSITIONS

I. INFRASTRUCTURE

I.1 Le Personnel Médical

Au niveau des cercles les tâches du médecin sont polyvalentes (hospitalière, administrative, préventive, éducative). Il faudrait doubler leur nombre, ce qui est en voie de se faire dans certains cercles.

Au niveau de l'Hôpital Régional, pour la place de la pathologie de l'appareil digestif en médecine interne, faut-il envisager la création de postes de spécialiste en Gastroentérologie ? Il faudrait sans doute mieux un interniste ayant une bonne formation générale et une compétence en gastroentérologie, acquise en un an auprès des services de Gastroentérologie de la capitale ou éventuellement à l'étranger. Il serait bon endoscopiste (rectoscopie, anoscopie, fibroscopie, laparoscopie) et bon radiologue.

Notre bref voyage dans les régions et les cercles nous a montré des insuffisances de locaux dans les cercles nouvellement créés ou dans ceux où un médecin vient juste d'y être affecté. Pour les autres au prix de quelques aménagements ou extensions, les conditions d'accueil hospitalier deviendraient suffisantes.

Il faudrait envisager des stages de formations plus fréquentes pour les manipulateurs et laborantins, faire sortir les médecins de leur isolement, notamment par la reprise des journées médicales à l'occasion des soutenances de thèse et la diffusion de la revue Mali-Médical.

I.2 Moyens diagnostiques

Cette étude met en évidence la pauvreté des moyens para-cliniques disponibles dans les cercles et même dans les régions. Il est temps de banir les tests hépatiques inutiles et dépassés et le test d'Emmel trompeur.

I .2.1 Au niveau des cercles

Un effort considérable s'impose dans l'acquisition du matériel suivant : scopie, groupe électrogène, anoscopie, rectoscopie et matériel de laboratoire (microscope, centrifugeuse, photomètre qui revient 2 à 3 millions de Francs Maliens).

Ce laboratoire rudimentaire doit être confié à un technicien capable d'effectuer les examens courants, au besoin secondé par le médecin :

Les réactifs consommables par les examens courants sont peu onéreux : Numération formule sanguine (5 F.M.), groupe (10 F.M.), test de solubilité (5 F.M.), urée (100 F.M.), glycémie 1 L = 1400 (70 F.M.), H. Labstix 100 = 1200 (10 F.M.), Rech BK (5 F.M.), I.D.R. (20 F.M.), selles (Hif et Kato) (2 F.M.), examen des liquides de ponction (5 F.M.), goutte épaisse (5 F.M.).

Enfin, un petit bloc opératoire opérationnel est indispensable.

I.2.2. Au niveau des régions :

La situation n'est guère meilleure. L'équipement engagé devrait permettre la décentralisation de la médecine curative, diminuer les évacuations mais aussi permettre la surveillance de malade chronique. Il permettrait aussi une meilleure connaissance de la répartition des différentes affections selon la géographie malienne.

Outre les examens biologiques déjà cités pour chaque cercle, il faut ajouter :

- la recherche d'alpha foetoprotéine, d'antigène australia, d'anticorps anti-amibiens, le sérodiagnostic de Widal. Dosage des transaminases (200 F.M.), bilirubine (100 F.M.), des T.P. (50 F.M.), l'électrophorèse de Hb (investissement 300.000 F. + 100 F.M. (Test)).

En ce qui concerne le matériel, il faudrait répartir les installations de radio déjà acquises : Rectoscope avec pince à biopsie (150.000 F.M.) Dans un avenir plus éloigné on devrait envisager l'introduction de la laparoscopie (chirurgien) (1 million 5 + Source : 1 million) et du fibroscope œsogastroduodénal (4 millions).

L'investissement sera facilement pris en charge par un financement extérieur (Organisme International) par contre le coût des réactifs devra incomber à l'utilisateur et être basé sur le prix coûtant de la réaction.

- les actes chirurgicaux devraient effectivement inclure gastrectomie et vagotomie sélective.

- Enfin, pour un diagnostic rétrospectif, il est toujours possible au médecin de conserver à +4° un tube de sang (Recherche d'une anomalie de l'hémoglobine) ou du sang sur un confetti, du sérum pour les examens sérologiques rétrospectifs (alpha foetoprotéine, antigène australia, sérologie amibienne, sérodiagnostic de Widal).

: II. PROPOSITIONS DES CONDUITES A TENIR DEVANT :
: LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF :
:

Nous avons tenu compte des difficultés actuelles des médecins sur le plan diagnostique, en absence d'examen paracliniques minimaux.

Nous avons cependant anticipé sur l'avenir en considérant que certains examens étaient faisables (transmission, test de solubilité, anoscopie, examen des liquide de ponction, radio ...) sans cela aucun conseil n'est raisonnable.

II.1 Épigastralgie

Nous envisageons le problème différemment des épigastralgies compliquées ou non.

II.1.1. Épigastralgie non compliquée

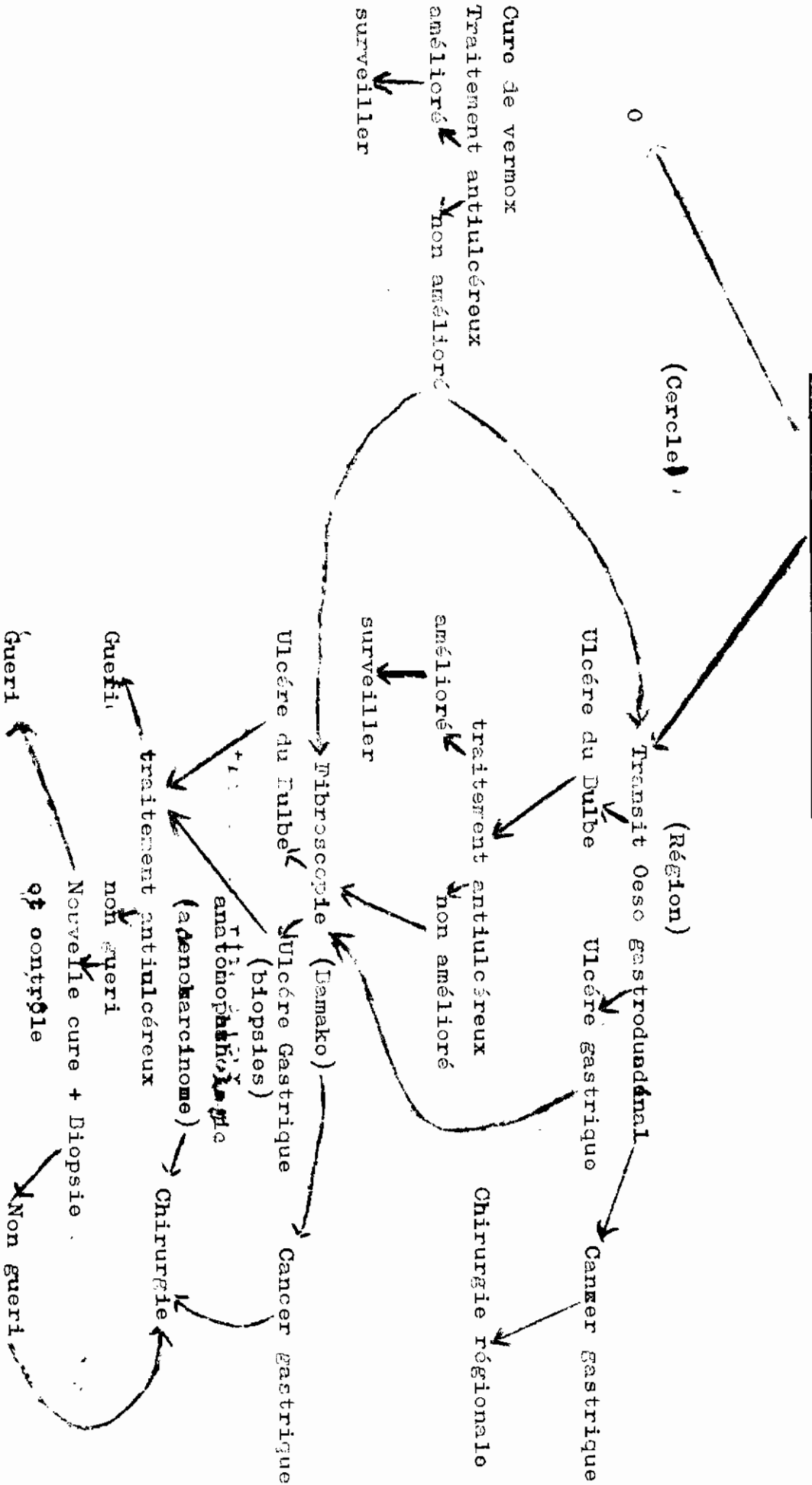
Au niveau des cercles où il n'y a pas de moyens de diagnostic on peut conseiller une cure de vermox dans les épigastralgies récentes et dire au malade de surveiller ses selles (taenia ascaris) et associer un traitement antiulcèreux. Si le malade est amélioré il suffit de surveiller, sinon il faut compléter l'examen par un transit oesogastroduodénil au niveau de l'Hôpital régional. Plusieurs diagnostics sont possibles (ulcère du bulbe, ulcère gastrique, cancer gastrique). Dans l'ulcère du bulbe, le malade reçoit un traitement antiulcèreux. Si le traitement échoue il faudrait l'envoyer à Bamako où il aura une fibroscopie. Les ulcères du bulbe résistants au traitement et contrôlés endoscopiquement seront confiés au chirurgien. Si le malade présente un ulcère gastrique il sera adressé à Bamako pour effectuer des biopsies sous endoscope. Seront confiés au chirurgien les ulcères gastriques rebelles au traitement et les adénocarcinomes diagnostiqués par l'examen anatomopathologique.

Les cancers gastriques doivent être opérés soit au niveau régional, soit à Bamako. Le problème des transits oesogastroduodénaux normaux chez les malades se plaignant de douleurs épigastriques doit être résolu par le bon sens clinique du médecin qui décidera de la nécessité de poursuivre les investigations par la fibroscopie.

Enfin, il faut par prudence interdire à ces sujets la prise de salicyles et de tabac. Tableau 72.

TABLERU 72. :

**SOMMA RECAPITULATIVE DES CONCEPTS A TENIR DEVANT LES
EPIGASTRALGIES NON COMPLIQUEES**



II.1.2 Epigastralgies compliquées

Elles posent de graves problèmes au médecin car elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Deux sont des urgences : la perforation et les hémorragies digestives.

La perforation doit être opérée le plus rapidement possible. Si l'intervention est irréalisable au niveau du cercle, le patient doit être évacué vers l'Hôpital régional, si possible après déchoquer.

L'hémorragie digestive peut nécessiter par son abondance une transfusion immédiate avant d'évacuer le malade pour complément d'examen ou geste chirurgical.

La sténose est une complication tardive qui laisse le temps de faire les investigations et le geste chirurgical adapté.

Les autres complications sont malheureusement souvent en rapport avec un cancer gastrique dépassé (masse épigastrique, dysphagie, et métastases) et inopérable. L'évacuation est inutile. (Tableau 73).

.

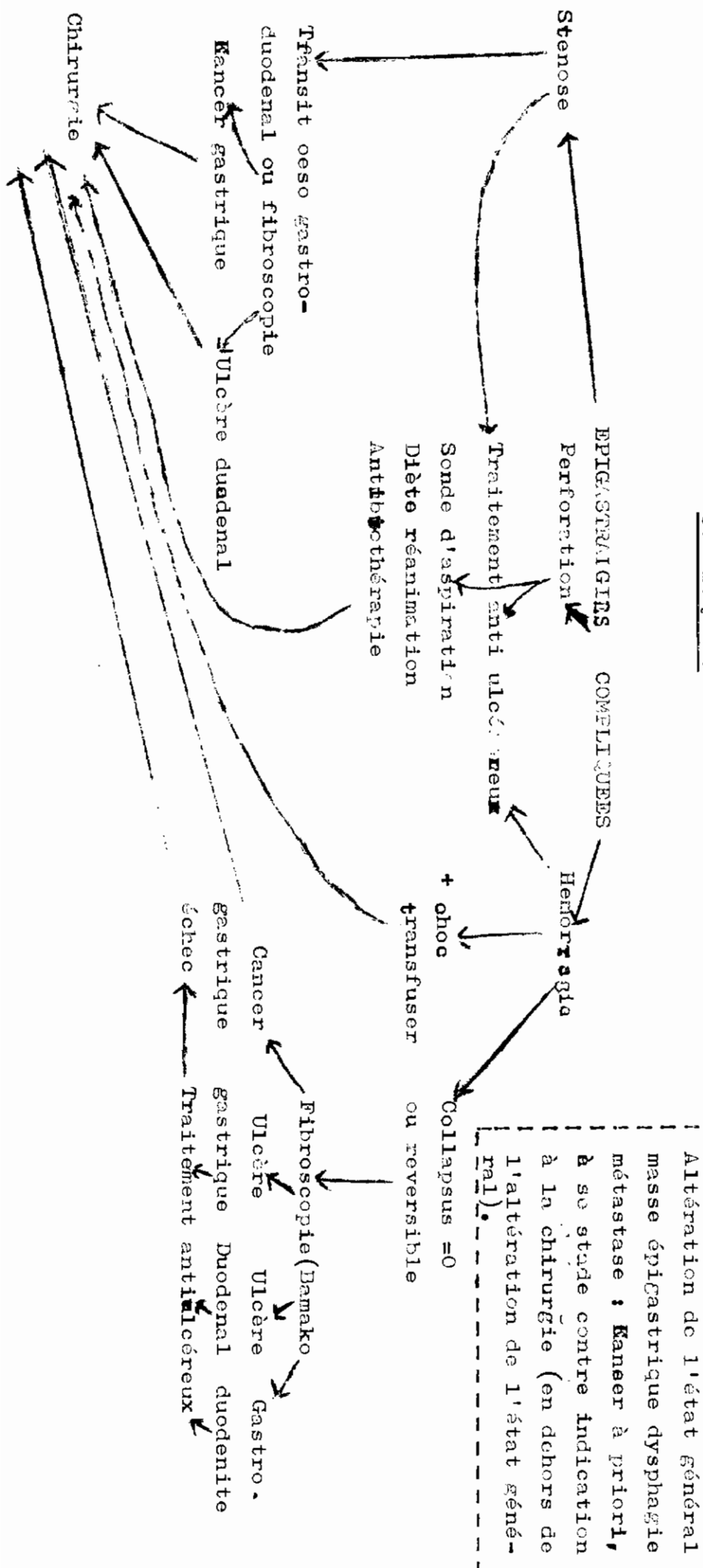
II.2 Les douleurs abdominales

Nous avons déjà dit qu'il est difficile de céler une pathologie organique précise, mais cependant il faut rechercher les causes génito-urinaires qui relèvent d'une atteinte organique.

On doit effectuer un examen de selles visant une étiologie parasitaire et traiter une constipation si elle existe.

.../....

COMPLIQUES



II.3 HÉMORRAGIES DIGESTIVES

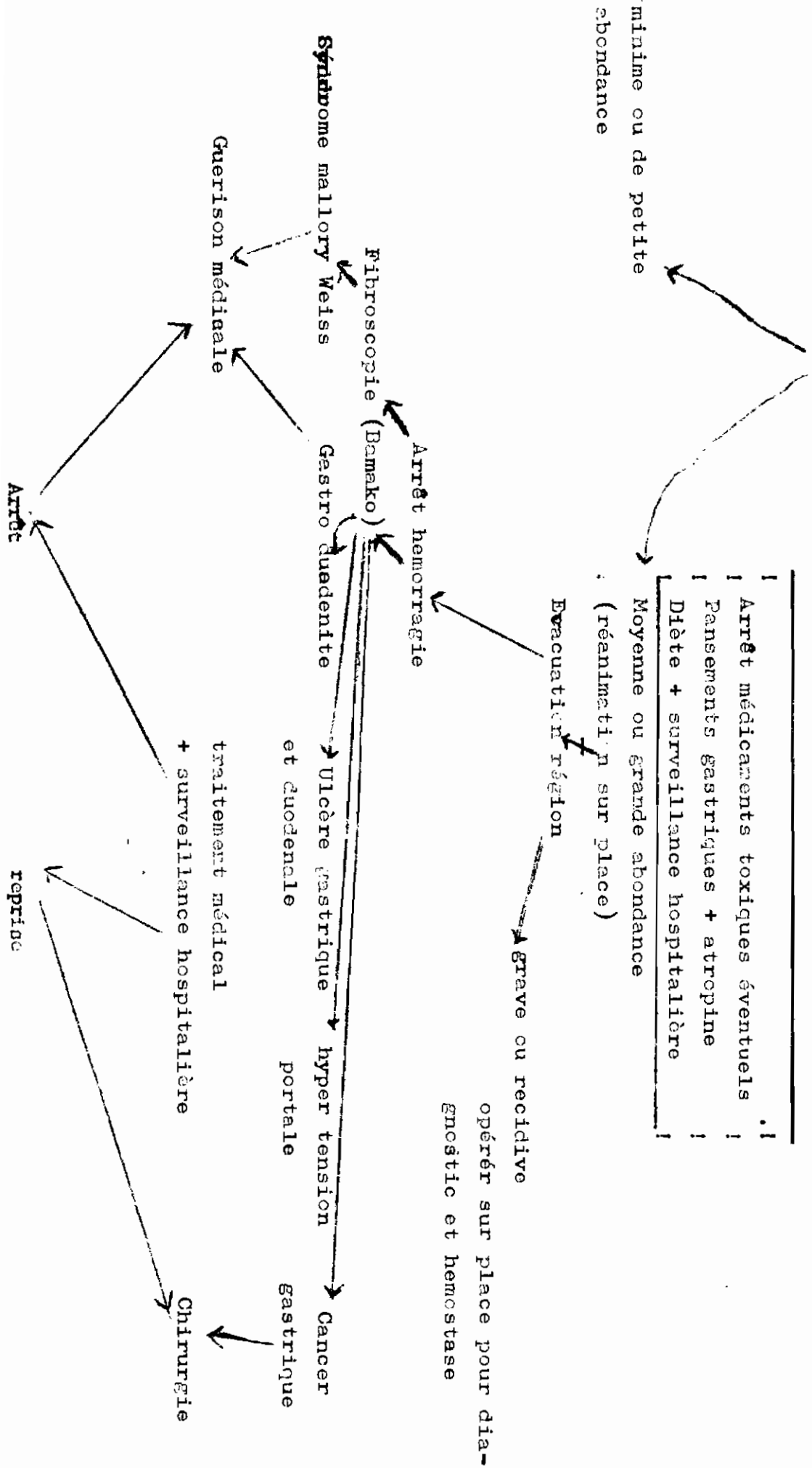
Elles peuvent être graves et nécessiter des gestes sur place en milieu hospitalier, réanimation, transfusion, traitement antiulcéreux systématique et diète.

Une chirurgie d'urgence d'hémostase peut s'imposer dans l'hôpital de région. Dans tous les cas, on recherche une prise médicamenteuse toxique qui sera arrêtée. Finalement, aboutiront à Bamako pour examen endoscopique les hémorragies minimales ou moyennes ou celles de grande abondance qui aient passé le cap des premiers jours. C'est en effet la fibroscopie qui pourra au mieux faire le diagnostic des différentes étiologies : syndrome de Mallory WEISS, gastroduodénite, ulcères gastroduodénaux, hypertensions portales et les cancers gastriques et permettre le traitement adapté.

Cependant les malades chez qui l'examen clinique met en évidence des signes d'hypertension portale certains (cirrhose, cancer primitif du foie) ont peu à gagner d'une évacuation à Bamako. Tableau 7).

.../...

TABLEAU 74. - : SCHEMA RECAPITULATIF DES CONDUITES A TENIR DEVANT LES HEMORRAGIES DIGESTIVES :



II.4 RECTORRAGIES

L'examen de la marge anale et le toucher rectal doivent être systématiques. Ils permettent les diagnostics de fissure anale, des hémorroïdes prolabées, tumeurs anorectales, des amibiases (~~examen~~ examen microscopique des glaires). Mais c'est insuffisant et cela doit être complété par l'anuscopie et au mieux la rectoscopie.

La rectoscopie et le lavement baryté seront demandés devant toute rectorragie qui n'est pas élucidée par ces examens simples.

Le traitement des fissures et hémorroïdes est dans un premier temps médical, s'il échoue, il sera chirurgical.

L'amibiase et les colites infectieuses seront traitées spécifiquement. La rectocolite ulcéreuse n'est qu'un diagnostic d'élimination après un bilan complet.

Les tumeurs sont rares : le polype est le plus fréquent, une cure d'oxamniquine (Vansil[®]) sera systématique, en cas d'échec, le polype sera retiré à l'anse diathermique pour examen anatomopathologique. Les cancers anorectaux nécessitant un anus iliaque définitif sont de traitement bien difficile au Mali. Tableau 75.

II.5 CONSTIPATION

C'est en règle un symptôme et non une maladie. Le régime sans résidu en est le responsable. Le son de mil les améliore très souvent. Il ne faut cependant pas méconnaître une étiologie organique et le suspecter chez un adulte ayant une constipation récente, une altération de l'état général et des rectorragies associées.

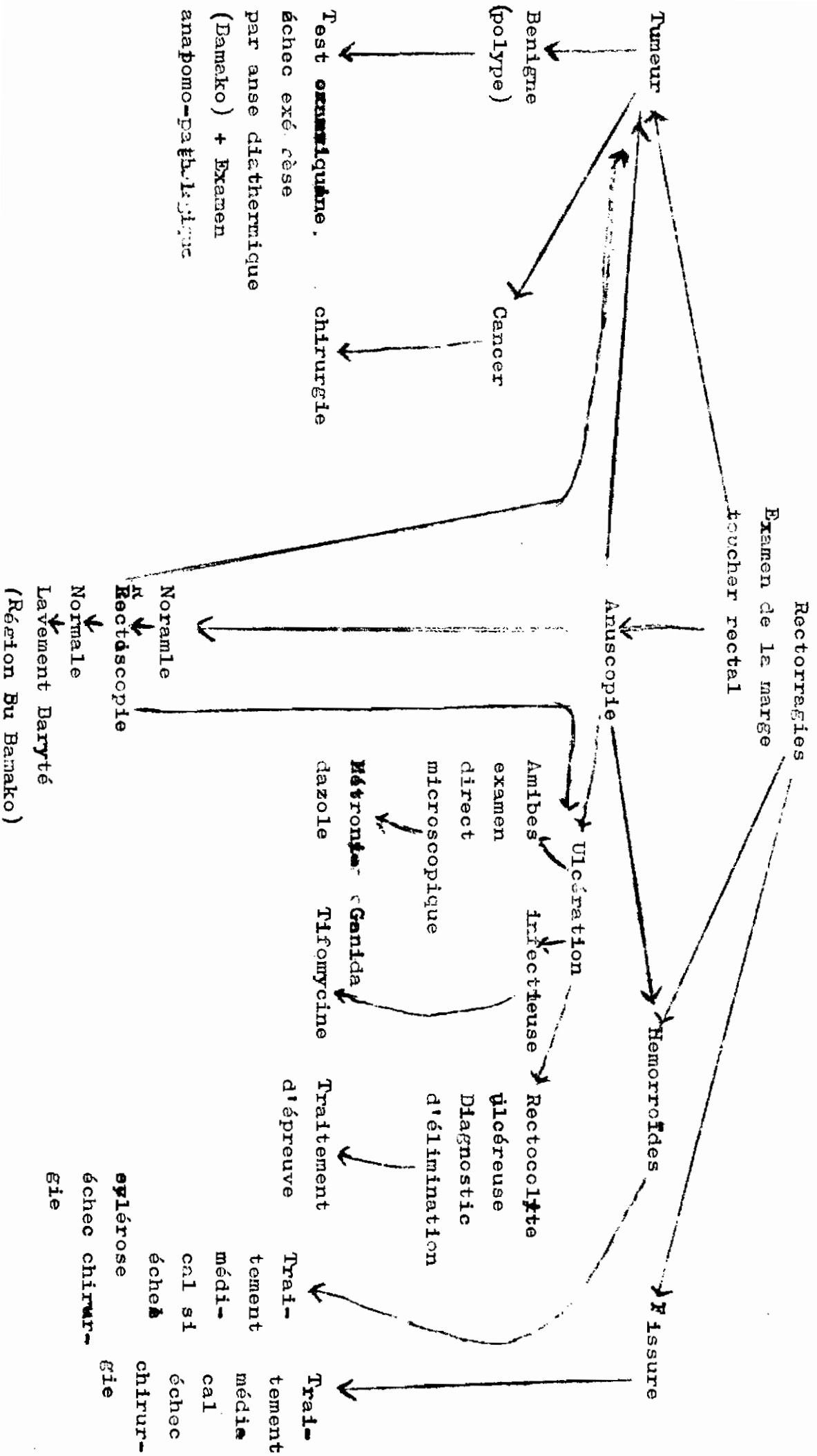
II.6 LES DIARRHÉES

Ce sont essentiellement les diarrhées aiguës.

La démarche diagnostique d'une diarrhée aiguë nécessite des examens simples : anuscopie, examen parasitologique des selles et le sérodiagnostic de Widal sont souvent surfaits.

En pratique, une fois éliminée une amibiase intestinale aiguë (diarrhée sanglante plus ou moins fièvre en fonction d'une surinfection bactérienne) et qui impose le traitement par le métronidazole ou la déhydroémétine, la conduite est univoque : ganidan 10 comprimés, s'il y a échec dans les 24 heures, on fait une antibiothérapie par voie orale (chloramphénicol, ampicilline).

TABLEAU 75. : SCHEMA RECIPIVULATIF DES CONDUITES A TENIR DEVANT LES RECTORRAGIES

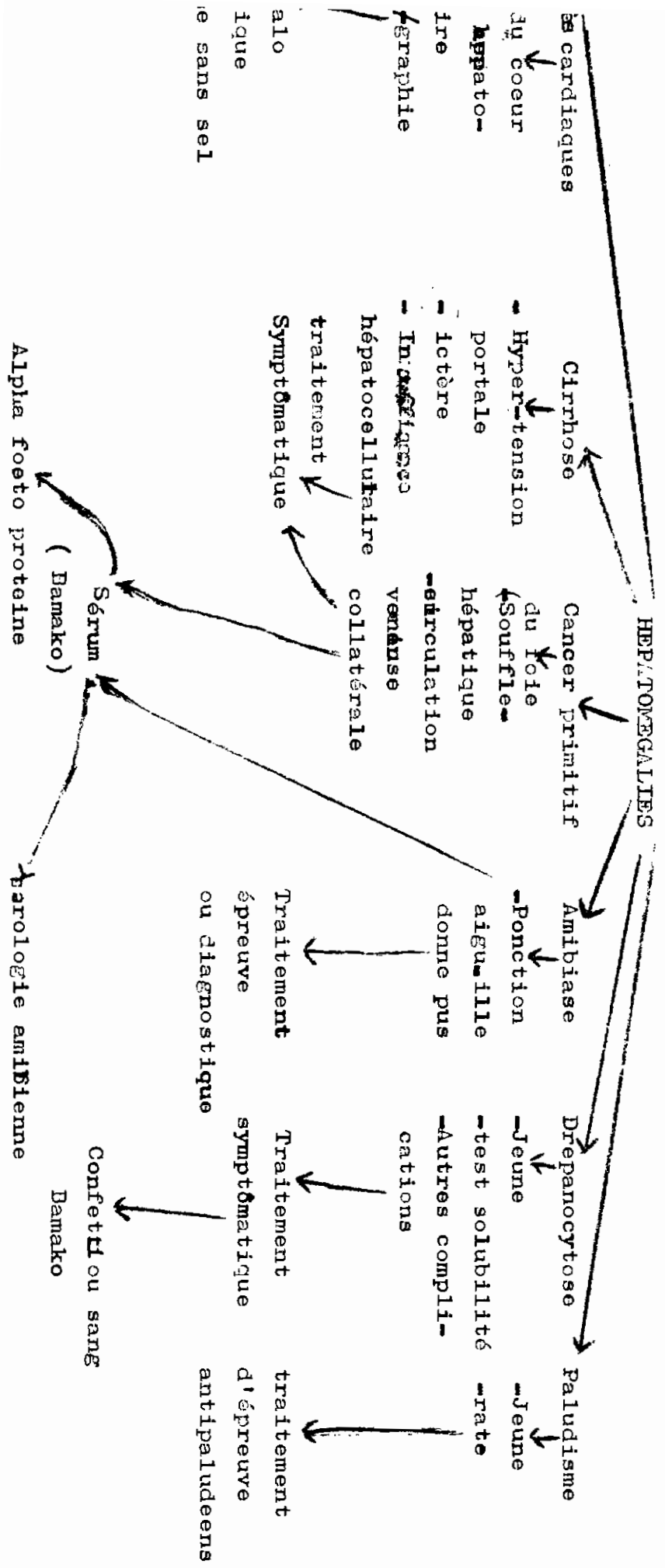


II.7 LES HEPATOMEGALIES

Plusieurs étiologies sont à l'origine des gros foies : maladie cardiaque, cirrhose, cancer primitif du foie, amibiase, drépanocytose et paludisme...

Chez le sujet jeune, trois diagnostics prédominent : le paludisme, un traitement d'épreuve doit être entrepris (nivaquine à dose curative pendant au moins un mois), la drépanocytose (test de sclubilité positif, ou envoyer du sang à Bamako pour un diagnostic retrospectif), les maladies cardiaques (un examen soigneux ne peut laisser passer cette étiologie).

Chez l'adulte le coeur est fréquemment la cause, une drépanocytose jusqu'à là inconnue, mais ce sont surtout les hépatopathies (cancer primitif du foie, cirrhose). Plus rarement l'amibiase en est la cause. Si elle est peu fréquente, elle est curable par le seul traitement médical entrepris tôt. La ponction à l'aiguille fine en ramenant du pus chocolat affirme le diagnostic. Il faut au moindre doute mettre en route le traitement d'épreuve par la déhydrocémétine ou le métronidazole. Un serum peut être conservé et confié à un laboratoire de Bamako pour un diagnostic retrospectif. Tableau 76.



II.8 LES ICTERES

L'interrogatoire, l'examen des selles et des urines suffisent le plus souvent à orienter le diagnostic vers un ictère :

- cholestatique (urines foncées, selles décolorées, prurit plus ou moins intense, présence de sels et pigments dans les urines).
- Hémolytique (selles normales, urines peu foncées et ne contenant pas de sels et pigments, le malade présente une anémie.)

II.8.1 Ictère cholestatique

Les causes les plus fréquentes sont les hépatites virales aiguës et leurs conséquences (hépatites virales chroniques, cirrhoses, cancers primitifs du foie). Les hépatites aiguës A ou B surviennent toujours chez des sujets jeunes avant 30 ans et même avant 20 ans. L'intervention du médecin est toujours trop tardive au stade de cirrhose ou cancer primitif du foie. Il faudrait, en attendant un avenir où la vaccination sera possible, tenter d'intervenir au stade d'hépatite virale prolongée. Actuellement seule la surveillance des hépatites virales B dans les trois à six mois suivant la maladie peut faire le diagnostic d'une évolution vers la chronicité et permettre par un traitement corticoïde d'enrayer l'évolution. Cette surveillance est basée sur le dosage des transaminases et les biopsies du foie.

Les autres étiologies sont exceptionnelles au Mali mais certaines sont curables et ne doivent pas être méconnues : hépatite bactérienne (pneumocoque), ictère chirurgical (par lithiase ou tumeur du pancréas), ictère médicamenteux (les androgènes) cédant à l'arrêt du toxique. Tableau 77.

II.8.2 Ictère hémolytique

Ils sont dominés au Mali par la drépanocytose et les autres hémoglobinopathies (SC, Béta thalassémie) que nous avons déjà évoquées. L'association à une anémie et aux autres complications font soupçonner le diagnostic qui sera confirmé au laboratoire.

Il ne faudrait pas oublier les autres hémolyses : anémies auto-immunes relevant d'une corticothérapie et surtout les infectieuses dont la preuve est difficile en l'absence d'examen bactériologiques. Il faudra sur les arguments de préemption entreprendre une antibiothérapie. Le germe le plus fréquemment retrouvé est le clostridium perfringens chez une femme en période d'activité génitale venant de faire une fausse couche ou un accouchement. Tableau 78.

TABLEAU 77. SCHEMA RECAPITULATIF DES CONDUITES A TENIR DEVANT LES ICTERES CHOLESTATIQUES

ICTERES CHOLESTATIQUES

(Urines foncées, selles décolorées, prurit + présence de sels et pigments dans les urines)

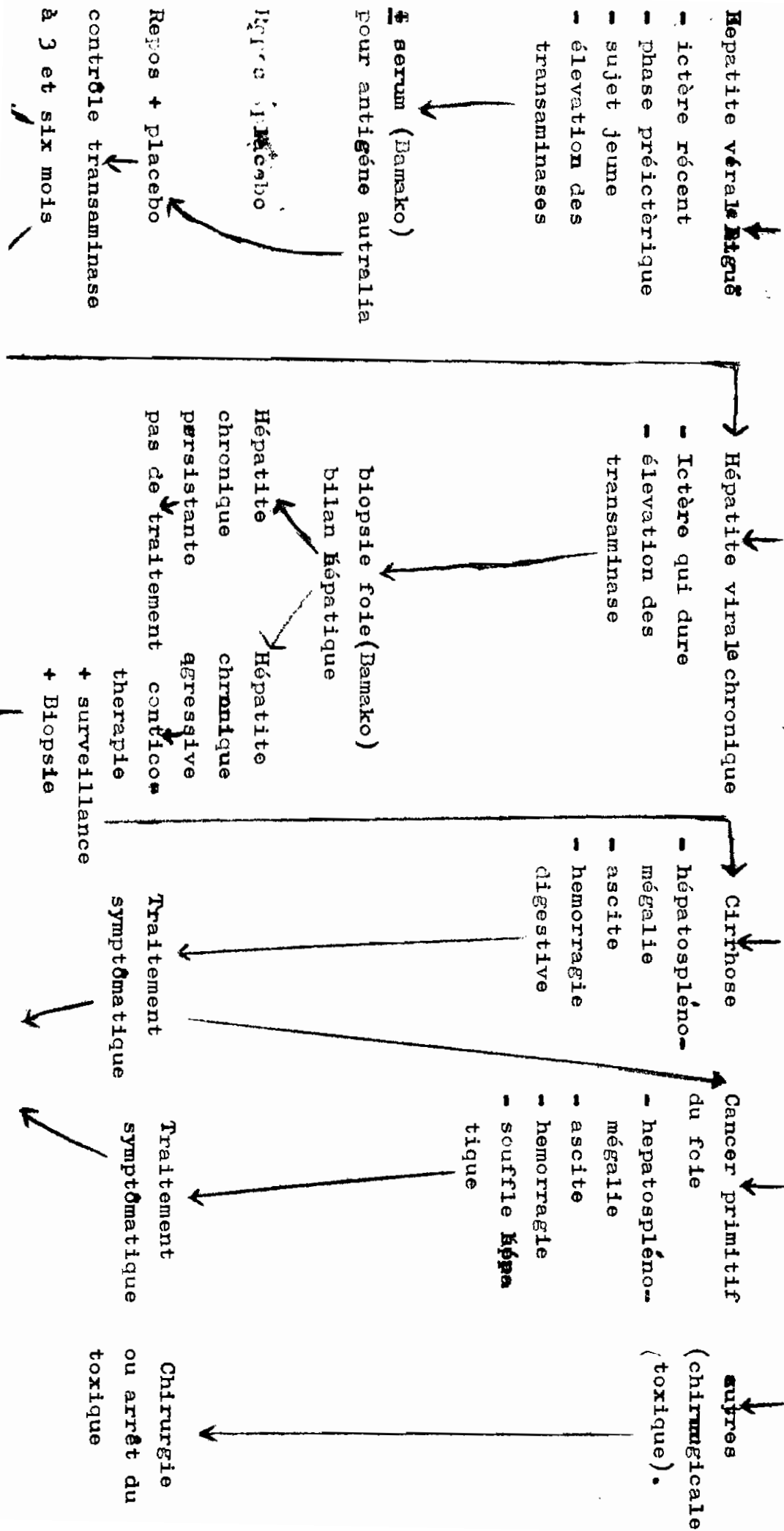
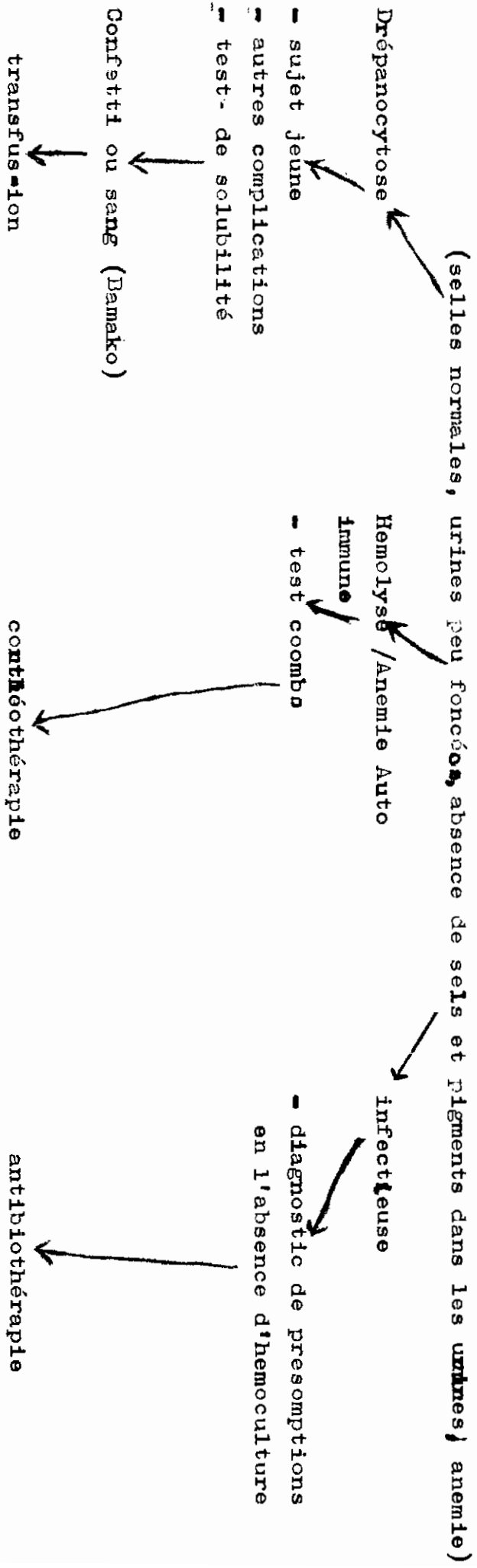


TABLEAU 78. - SCHEMA RECAPITULATIF DES CONDUITES A TENIR DEVANT LES ICTERES HEMOLYTIQUES

ICTERES HEMOLYTIQUES



II.9 LES ASCITES

Aucune discussion étiologique n'est possible sans être étayée par l'examen du liquide d'ascite : transudat, exsudat ou hémorragique.

Les liquides de type transudat sont en règle d'origine cardiaque, rénale ou cirrhotique et leur diagnostic connu, leur traitement peut être entrepris sur place dans la majorité des cas.

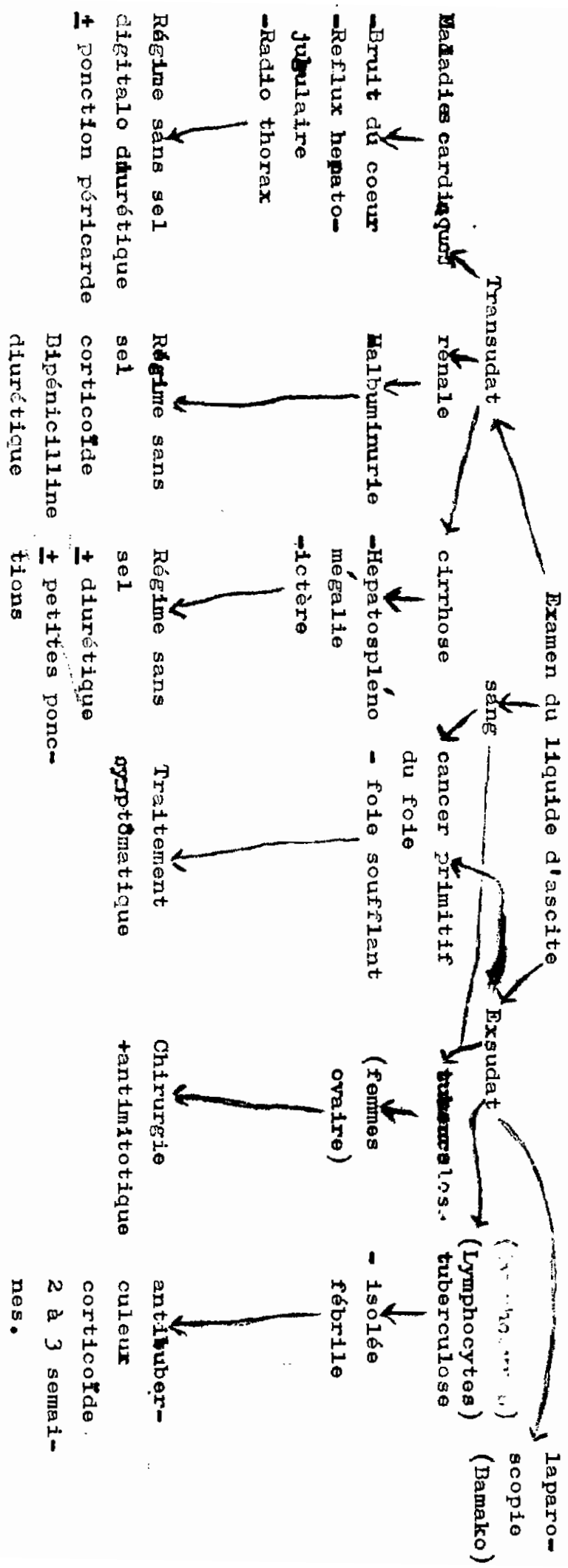
Les liquides de type exsudat sont secondaire à des tumeurs (kystes de l'ovaire ou métastases péritonéales) ou à une tuberculose. C'est dans ce groupe qu'il ne faut pas méconnaître les étiologies curables et évacuer volontier : tuberculose (un traitement d'épreuve peut toujours être tenté), kyste de l'ovaire (un examen gynécologique soigneux après évacuation en fera le diagnostic et doit être opéré puis mettre aux anti-mitotiques).

Les liquides sanglants sont en règle liés à des tumeurs (cancer primitif du foie et métastases péritonéales sont au-delà de toutes ressources thérapeutiques. Tableau 79.

.../...

TABLEAU 79.- SCHEMA RECAPITULATIF DES CONDUITES A TENIR DEVANT LES ASCITES

ASCITE



II.10 LES SPLENOMÉGALIES

Les splénomégalies relèvent de plusieurs étiologies.

- Le paludisme peut être sous-estimé en médecine adulte, vient sûrement en tête des étiologies de l'enfant et de l'adolescent. Dans ce contexte rural, il faut toujours jouer la carte palustre et mettre en route le traitement d'épreuve à la nivaquine très longuement poursuivi surtout s'il s'agit d'adulte jeune et d'enfant.

- Les hypertensions portales sont secondaires à une cirrhose ou à un cancer primitif du foie et le traitement est alors symptomatique. Seule la bilharziose à mansoni (l'examen des selles, biopsie de la muqueuse rectale) relève d'un traitement spécifique à l'oxamniquine (vansil[®]).

- Les affections hématologiques évoquées sur la clinique devra être dépistées pour la plupart par la numération formule sanguine, le test de solubilité (ou mieux électrophorese de l'hémoglobine). Dans le doute une évacuation sur Bamako est justifiée.

- Le réel problème est celui d'une cause infectieuse en dehors d'examens bactériologiques ou sérologiques. Une antibiothérapie aveugle sera la solution dans bien des cas d'affections bactériennes.

Tableau 80.

.../...

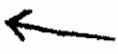
TABLEAU 80. SCHEMA RECAPITULATIF DES CONDUITES A TENIR DEVANT LES SPLENOMEGALIES

SPLENOMEGALIES

(Test thérapeutique à la nivaquine+++)

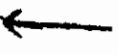
Hématologique

- Adénopathies
- numération formule sanguine



Drépanocytose

- Jeune
- anémie ++
- test solubilité

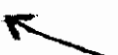


Confetti ou sang à Bamako

- Evacuer sur Bamako pour
- préciser le type
- biopsie exérisée des ganglions
- adaptation du traitement

Hypertension portale

Cancer primitif du foie
bilharziose (mansoni)



Serum pour alpha foeto proteine à Bamako

Traitement symptomatique

Infectieuse

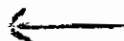
- Problème diagnostique important
- Test thérapeutique

Traitement symptomatique Oxamiquine

Anti-biotique
Anti-tuberculeux

paludisme

- Jeune



test thérapeutique nivaquine

Un demi-comprimé par jour au moins 1 mois (enfant)
- 1 comprimé par jour

CHAPITRE 6.

CONCLUSION GENERALE

Notre travail avait un triple objectif :

- Préciser la place des maladies de l'appareil digestif dans la morbidité et la mortalité des adultes au Mali.

- Recenser les moyens en hommes et en matériels actuellement disponibles dans le domaine gastroenterologique non seulement au niveau de la capitale mais aussi au niveau des régions et des cercles.

- Proposer des solutions susceptibles d'améliorer à court terme la prise en charge des malades se plaignant des affections de l'appareil digestif sur toute l'étendue du pays.

2) Pour ce faire nous avons plusieurs ordres et données :

- nous avons d'abord dépouillé les statistiques du Ministère de la Santé et analysé l'activité gastroenterologique des services de médecine interne de l'Hôpital du Point-"G".

- Surtout nous avons entrepris une enquête auprès de quatorze médecins exerçant au niveau des cercles ou des régions pour préciser les moyens diagnostiques dont ils disposent, la fréquence des maladies de l'appareil digestif dans leur circonscription et leur attitude à l'égard de ces maladies.

3) La place des maladies de l'appareil digestif est très importante en médecine adulte au Mali.

Elle rend compte douze pour cent des consultations et 21% des hospitalisations en moyenne. Les chiffres sont beaucoup plus élevés à l'Hôpital du Point-"G" où les internistes ont une certaine orientation gastroentérologique (35, % et 39,6%).

- En consultation les épigastralgies et les douleurs abdominales viennent au premier rang suivies par les troubles du transit et loin derrière par les problèmes hépatologiques (hépatomégalies, ascites, ictères).

- En hospitalisation, par contre les problèmes hépatiques occupent de très loin la première place à Bamako (40%) et la seconde en dehors de Bamako (après les diarrhées aiguës).

- Il est difficile d'évaluer l'incidence exacte des maladies de l'appareil digestif sur la mortalité des adultes : signalons toutefois que 34% des décès survenant dans les services de médecine interne au Point-"G" sont dus à des cirrhoses ou des cancers primitif du foie.

4) Les moyens actuellement disponibles pour diagnostiquer et traiter les maladies de l'appareil digestif sont très insuffisants.

- à Bamako, les laboratoires, les services d'endoscopie sont convenablement équipés mais le service de radiologie manque trop souvent de films ou de produits de contraste.

- Dans les hôpitaux régionaux et plus encore dans les cercles l'infrastructure tant biologique qu'endoscopique ou radiologique reste rudimentaire ou inadapté (examens désuets, service de radiologie en panne).

5) Un certain nombre de mesures pourrait améliorer considérablement la prise en charge des maladies de l'appareil digestif dans tout le pays :

- équipement de laboratoire simple au niveau des cercles, un peu plus sophistiqué au niveau des régions.

- Réparation du matériel radiologique disponible et approvisionnement convenable en films et en produits de contraste.

- Introduction de la rectoscopie et éventuellement de des autres endoscopies digestives au moins au niveau régional.

- Formation d'internistes rompus aux problèmes des maladies de l'appareil digestif et aux techniques endoscopiques (plutôt que formation de spécialistes monocompétents).

- Diffusion de schémas diagnostiques et thérapeutiques adaptés aux possibilités actuelles.

6) Terminons en soulignant la nécessité de décentraliser la gastroentérologie pour :

- Réduire les évacuations sur Bamako

- Améliorer la prise en charge des malades

- Préciser l'importance réelle des différentes maladies de l'appareil digestif sur toute l'étendue du territoire.

: BIBLIOGRAPHIE :

1. BOUCOUM (S.M.).
Les hépatomégalies de l'adulte en milieu hospitalier
Bamakois.
Thèse, Méd. Bamako 1979.
2. COOK (G.C.).
Tropical gastro enterology
Oxford, 1980, Oxford University Press.
3. COULIBALY (A.).
Résultats d'une enquête sur le Médecin-Chef de cercle
et les activités en République du Mali.
Thèse, Méd., Bamako 1979.
4. COULIBALY (C.O.).
Contribution à l'étude des ascites à Bamako.
Thèse, Méd., Bamako 1979.
5. DAOU (F.).
Cancer de l'estomac à Bamako.
Thèse, Méd., Bamako 1977.
6. DEMBELE (M.N.).
Contribution à l'étude des ictères en médecine
interne à Bamako.
Thèse, Méd., Bamako 1980.
7. DIALLO (B.A.).
Ulcères gastroduodénaux à Bamako.
Aspects sémiologiques, endoscopiques et évolutifs.
(À propos de 385 cas).
Thèse, Méd., Bamako 1978.
8. DOUMBIA (O.).
Paludisme au Mali : passé, présent et avenir.
Thèse, Méd., Bamako 1977.
9. DUFLO MOREAU (B.), GUINDO (A.), AG RHALLY (A.), DUFLO (B.).
Apport de la fibroscopie oesogastroduodénale dans
les hémorragies digestives. À propos de 240
hémorragies explorées à Bamako.
Dakar Méd., 1979, 24, 311.

10. DUFLO MOREAU (B.), GUIINDO (A.), DIALLLO (B.A.), AG RHALLY (A.) ET DUFLO (B.).
Les ulcères duodénaux à Bamako. Aspects épidémiologiques, symptomatiques et évolutifs.
Ann. Gastroenterol Hepatol, 1980, 16, 103 - 106.
11. GENTILINE (M.) ET DUFLO (B.).
Médecine Tropicale 2è édition.
Paris, 1977, Flammarion.
12. GUIINDO (A.), DUFLO MOREAU (B.), DILOU (F.), DE BELE (H.) ET DUFLO (B.).
Le cancer de l'estomac au Mali. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques
A propos de 70 cas.
Ann. Gastroenterol Hepatol, 1979, 15, 23 - 26.
13. KONTA (D.).
Valeur sémiologique des épigastralgies à Bamako.
(Enquête informatique à propos de 1174 fibroscopies).
Thèse, Méd., Bamako 1979.
14. MAIGA (S.), DUFLO (B.), DUFLO MOREAU (B.), TOURE (M.K.), AG RHALLY (A.), ET DIALLLO (A.N.).
Les hépatomégalies de l'adulte à Bamako.
A propos de 150 observations.
Mali, Méd., sous press.
15. MAYENTAO (I.M.).
Contribution à l'étude des splénomégalies de l'adulte au Mali.
Thèse, Méd., Bamako 1980.
16. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES ANNEE 1978.
Statistiques Nationales des affections Générales et des évacuations.
17. PEQUIGNOT (H.).
Pathologie médicale 2è édition.
Paris, 1979, Masson, Edit.
18. TOURE (H.).
Intérêt de la fibroscopie dans les hémorragies digestives au Mali.
Thèse, Méd., Bamako 1979.

SERMENT D'HIPPOCRATE

" En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un 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 à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

" Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! "
