

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I



FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES BIOMEDICALES
(F.M.S.B)

Année Académique 1998-1999

LES COMPLICATIONS DE L'ULCERE GASTRO-
DUODENAL CHEZ L'ADULTE CAMEROUNAIS
A L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE

THESE

Présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

PEFURA YONE Eric Walter

DIRECTEUR :

Pr. NDJITTOYAP NDAM Elie Claude

CO-DIRECTEURS :

Dr. MASSO-MISSE Pierre

Dr. NJOYA Oudou

SOMMAIRE

	Pages
PRELIMINAIRES	iii
DEDICACES	iv
REMERCIEMENTS	v
PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA F.M.S.B	viii
SERMENT D'HIPPOCRATE	xii
LISTE DES TABLEAUX	xiii
LISTE DES FIGURES	xiv
LISTE DES ABREVIATIONS	xv
RESUME	xvi
SUMMARY	xix
CHAPITRE I : INTRODUCTION	1
CHAPITRE II : OBJECTIFS	3
A- OBJECTIF GENERAL	4
B- OBJECTIFS SPECIFIQUES	4
CHAPITRE III : RAPPELS ET GENERALITES	5
A- RAPPELS ANATOMIQUES	6
B- RAPPELS HISTOLOGIQUES	16
C- L'ULCERE GASTRO-DUODENAL	21
D- LES COMPLICATIONS DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL	27
CHAPITRE IV : REVUE DE LA LITTERATURE	30
A- GENERALITES	31
B- LES COMPLICATIONS DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL	32
CHAPITRE V : MATERIELS ET METHODE	37
A- TYPE D'ETUDE	38
B- LIEU DE L'ETUDE	38
C- PERIODE D'ETUDE	38
D- PATIENTS	38
E- CHOIX DE L'ECHANTILLON	38
F- MATERIELS	39
G- PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES	39
H- ANALYSE STATISTIQUE	39
CHAPITRE VI : RESULTATS	40
A : DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	41
B- COMPLICATIONS DE L'UGD RENCONTREES	48
C- DONNEES TOPOGRAPHIQUES	55
D- MORTALITE LIEE AUX COMPLICATIONS DE L'UGD	58
CHAPITRE VII : DISCUSSION	61
A- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	62
B- COMPLICATIONS DE L'UGD RENCONTREES	63
C- ANTECEDENTS DES PATIENTS PORTEURS DE COMPLICATIONS D'UGD ...	66
D- ASPECTS TOPOGRAPHIQUES	67
F- MORTALITE LIEE AUX COMPLICATIONS DE L'UGD	70
CHAPITRE VIII : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	71
A- CONCLUSION	72
B- RECOMMANDATIONS	72
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES	



PRELIMINAIRES

Dédicaces

*A mon père YONE Felix, ma mère MVUH Berthe et à sa coépouse
MFOUT Rosaline « in memoriam ».*

En témoignage des multiples sacrifices que vous aviez consentis pour moi.
Paix à votre âme.

A mes grands-mères NJONAP et NGOUTANE.

En reconnaissance de votre amour et de votre affection. Rien de tout ceci ne
se serait réalisé si vous n'aviez pas existé.

*A tous mes frères et sœurs NJEMBOKUE Eve, MUMBANA Césaire,
NGOUTANE Clarisse, NKEMO Marlise, NJIFON Jules, MOLUH Seidou,
MANDOU Viviane, Feue NJONAP Germaine, MBUM Marcelle, TAPON
Jacques, MONJAP Emilie, KUYA Caroline, NJOUOM Olivier, MEFIRE
Roméo, MUNGNUTU Guy et NGANJUDIKUYU Arnaud.*

Pendant toutes ces années vous m'avez couvert de votre affection et je n'ai
jamais eu l'impression d'être seul. Que le Seigneur vous soutienne dans toutes
les épreuves difficiles auxquelles la vie peut vous confronter.

Remerciements

AU DIEU TOUT-UISSANT, CREATEUR DE TOUTE CHOSE.

« C'est de l'Éternel que cela est venu : c'est un prodige à nos yeux »
Psaumes 118-23.

A MES PARENTS YONE Félix, MVUH Berthe, MFOUT Rosaline :

Vous n'avez ménagé aucun effort pour l'éducation de vos enfants. L'éternel vous a enlevés très tôt à la vie mais votre affection et votre précieux engagement sont restés à jamais gravés dans notre mémoire.

AU PROFESSEUR NDJITAYAP NDAM Elie Claude :

Au-delà de la supervision de ce travail et des enseignements purement académiques pour lesquels nous vous serions infiniment reconnaissants, il y a aussi les leçons « de choses et de la vie ». Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

AU DOCTEUR MASSO-MISSE Pierre :

Pour les enseignements reçus, pour avoir inspiré ce travail étape par étape, pour votre rigueur scientifique, vous êtes un maître apprécié. Nous en sommes infiniment reconnaissants.

AU DOCTEUR NJOYA Oudou :

Ce sujet d'étude m'a été proposé par vous. Grâce à vos enseignements, vos conseils et votre esprit scientifique, nous avons pu réaliser ce travail. Notre plus grande reconnaissance.

AU DOCTEUR CHICHOM MEFIRE Alain :

Pour vos conseils et votre contribution à ce travail.

AUX DOCTEURS NSANGOU Charles et MAPOURE Edouard :

Pour votre assistance morale et matérielle.

A NJI YAMEKUE Samuel ET SA FEMME PACHUT NDAM Régine :

Pendant toutes ces années d'études médicales, vous n'avez jamais cessé de m'apporter votre assistance : vous êtes pour moi de véritables maîtres spirituels.

A NJOUOM MEFIRE Jean-Daniel :

Pour toutes ces années passées ensemble, pour la complicité qui a régné entre nous : plus qu'un oncle, tu es un frère-ami.

A MFOUT Marguerite :

Jusqu'à ce jour, nous avons passé des moments formidables. Merci pour ton soutien inconditionnel.

A MON GRAND FRERE MUMBANA YONE Daniel Césaire ET A MA GRANDE SŒUR Mme NJOYA Huguette Clarisse :

Je n'y serais jamais arrivé sans vous. Vous avez toute ma reconnaissance.

A MONSIEUR NJOYA Magloire :

Pour votre soutien.

A NKIGOUM NANA Achille :

Pour toutes ces années passées ensemble, pour le travail extra-académique abattu ensemble : tu es un ami.

A MINGUE MEGAPCHE Diane :

Pour m'avoir assisté pendant ces moments.

A NONO HENKAN Antoine Dépadou et EWEBA Yves Olivier :

Après les moments formidables passés au lycée de Fouban, chacun a pris une direction différente, mais cela n'a rien changé à la nature de nos relations.

A MEKOMBA Bertille :

Pour ton assistance.

**A MES COUSINS ET COUSINES NJOUOM Richard,
GBAYOUEN Véronique, NGOUCHEKEN Célestine,
POUTOUNYINYI Honorine, NDIBE Mirabelle :**

Pour toutes ces années Passées ensemble, pour votre soutien. Que le Seigneur vous soutienne dans toutes les épreuves difficiles auxquelles la vie peut vous confronter.

**A MES ONCLES ET TANTES NSANGOU Elie, TOUNSIE Pauline,
NTEYOU Dorothée, Mme NJIFON rose, FIFEN Abel, MASSABE
Erna, FEUE TOUPEDI Rachel :**

Pour votre soutien moral et matériel.

**A MES CAMARADES MACHE P., NZINTCHEU Y., PENLAP E.,
TAPTUE F., NOUBEG Marie-Laure, P. NJI ATANGA, SE Lambert,
HAMADOU, BALO R., NGANKEU E., TCHANA M. et MBUNYA S. :**

Pour toutes ces années passées ensemble, pour votre collaboration, merci.

A TOUTE LA JEUNESSE MEDICALE DU NOUN :

Avec l'espoir que vous continuerez à mener vos activités avec autant de dynamisme, d'abnégation et de discipline.

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE
LA F.M.S.B. :**

Pour la formation et l'encadrement reçus.

A TOUTE LA 24^e PROMOTION DE LA FMSB :

Malgré quelques moments difficiles passés ensemble, c'est tout de même pour moi une fierté d'être un des vôtres.

A MENMOU Anne, MANJIA Adija et TCHUINKAM Jean Claude.

Pour la mise en page de ce document.

A TOUTE MA FAMILLE.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué tant soit peu à la réalisation de ce travail et de ce document.

PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA F.M.S.B

(Année académique 1998-1999)

PERSONNEL ADMINISTRATIF

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. NDUMBE Peter | <i>Doyen</i> |
| 2. NGU BLAKETT Kathleen | <i>Vice-Doyen chargé des Affaires
Académiques et de la Coopération</i> |
| 3. BENGONO Génévieve | <i>Vice-Doyen chargé de la Scolarité et
des Statistiques</i> |
| 4. MBARGA BEKONO | <i>Chef de Service Financier</i> |
| 5. ABENA Marie Thérèse | <i>Chef de Service des Stages Hospitaliers</i> |
| 6. EWOLO NOMO | <i>Directeur des Affaires Administratives
et Financières</i> |
| 7. BOUMSONG Vincent | <i>Bibliothécaire et Chef de Service du personnel</i> |

PERSONNEL ENSEIGNANT

a) Professeurs

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1. ABONDO Antoine | <i>Anatomie pathologique</i> |
| 2. EDZOA Titus | <i>Chirurgie Générale</i> |
| 3. EIMO MALONGA Elisée | <i>Chirurgie Générale</i> |
| 4. HAGBE Paul | <i>Médecine Interne/ Cardiologie</i> |
| 5. KAPTUE NOCHE Lazare | <i>Hématologie</i> |
| 6. KOUEKE Paul | <i>Dermatologie / Vénérologie</i> |
| 7. LANTUM NONI Daniel | <i>Santé Publique</i> |
| 8. MAKANG MA MBOG Mathias | <i>Neuro-psychiatrie</i> |
| 9. MBEDE Joseph. | <i>Pédiatrie</i> |
| 10. NDUMBE Peter | <i>Microbiologie / Immunologie</i> |
| 11. NGU BLACKETT Kathleen | <i>Médecine Interne / Cardiologie</i> |
| 12. NGU LIFANJI Jacob | <i>Médecine Interne / Néphrologie</i> |
| 13. NKOULOU Hubert | <i>Pédiatrie</i> |
| 14. OBOUNOU AKONG Dominique | <i>Anatomie Humaine</i> |
| 15. SAME EKOBO Albert | <i>Parasitologie</i> |
| 16. SOSSO Maurice | <i>Chirurgie Générale</i> |
| 17. ZOUNG KANYI Jimy | <i>Chirurgie / Urologie</i> |

b) Maîtres de Conférences

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. ABENA née OBAMA M. T. | <i>Pédiatrie</i> |
| 2. ABOLO MBENTI Louis | <i>Chirurgie Générale</i> |
| 3. ASONGANYI TAZOACHA | <i>Biochimie / Immunologie</i> |

4. ATCHOU Guiillaume	<i>Physiologie Humaine</i>
5. BEJANGA BELTUS Ivo	<i>Chirurgie Générale</i>
6. BENGONO Génévieve	<i>O.R.L.</i>
7. BIWOLE SIDA Magloire	<i>Médecine Interne / Gastro-Entérologie</i>
8. DJOUMESSI Sosthène	<i>Biochimie</i>
9. DOH SAMA Anderson	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
10. DONGMO Louis	<i>Anatomie / Neurologie</i>
11. ESSOMBA Arthur	<i>Chirurgie Générale</i>
12. GONSU Fostin Joseph	<i>Radiologie / Imagerie Médicale</i>
13. JUIMO Alain Georges	<i>Radiologie / Imagerie Médicale</i>
14. KAGO Innocent	<i>Pédiatrie</i>
15. KAMDOM MOYO Joseph	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
16. KASIA Jean-Marie	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
17. KUABAN Christopher	<i>Médecine Interne / Pneumologie</i>
18. LEKE Robert John Ivo	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
19. MBAKOP André	<i>Anatomie Pathologique</i>
20. MBANYA Jean Claude	<i>Médecine Interne / Endocrinologie</i>
21. MBONDA Elie	<i>Pédiatrie</i>
22. MOYOU SOMO Roger	<i>Parasitologie</i>
23. MUNA WALINJOM F.	<i>Médecine Interne / Cardiologie</i>
24. NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	<i>Médecine Interne / Gastro-Entérologie</i>
25. NGOGANG Jeanne	<i>Biochimie</i>
26. NGUIMBOUS Jean François	<i>Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire</i>
27. NJIKAM KAYA Lawrence	<i>Pharmacie Galénique</i>
28. NKAM Maurice	<i>Pharmacologie Thérapeutique/Réanimation</i>
29. NKO'O AMVENE Samuel	<i>Radiologie et Imagerie Médicale</i>
30. ONDOBO ANDZE Gervais	<i>Chirurgie Pédiatrique</i>
31. OYONO ENGUELLE Samuel	<i>Physiologie Humaine</i>
32. SIMO MOYO Justin	<i>Anesthésie / Réanimation</i>
33. SOW Mamadou	<i>Chirurgie / Urologie</i>
34. TCHOKOTEU Pierre Fernand	<i>Pédiatrie</i>
35. TETANYE EKOE	<i>Pédiatrie</i>
36. TSALA MBALA Pierre	<i>Physiologie Humaine</i>

c) Chargés de Cours

1. AFANE ELA Anatole	<i>Anesthésie / Réanimation</i>
2. AFANE ZE Emmanuel	<i>Médecine Interne / Réanimation</i>
3. ANGWAFO III FRU	<i>Chirurgie Urologie</i>
4. BEFIDI née NJEE Rosa	<i>Parasitologie</i>
5. BINAM née NGONJOM Fidèle	<i>Anesthésie / Réanimation</i>
6. BIOUELE ME VA'A Jean Moïse	<i>Anesthésie / Réanimation</i>
7. BOB' OYONO Jean Marie	<i>Anatomie / Chirurgie Pédiatrique</i>
8. DIN DZIETHAM Rébecca	<i>Médecine Interne Cardiologie</i>
9. DOUMBE Pierre	<i>Pédiatrie</i>
10. EBANA MVOGO	<i>Ophthalmologie</i>

11. ESSAME OYONO Jean Louis	<i>Anatomie Pathologique</i>
12. ETAME EWANE	<i>Sociologie Médicale</i>
13. FOMULU Joseph Nelson	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
14. FOU DA ONANA Alexandre	<i>O.R.L</i>
15. KINGUE Samuel	<i>Médecine Interne/Cardiologie</i>
16. KOUAM Luc	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
17. KOUDA ZEH Alexandre	<i>Médecine Interne / Gastro-Entérologie</i>
18. KOULLA née SINATA	<i>Microbiologie</i>
19. LANDO Gabriel	<i>Biochimie / Immunologie</i>
20. LEKE née NGANAFOMBAN R.	<i>Parasitologie / Immunologie</i>
21. LOHOUE née PEPMY Julienne	<i>Parasitologie / Microbiologie</i>
22. MASSO MISSE Pierre	<i>Chirurgie Générale</i>
23. MBAPKOP Gabriel	<i>Physiologie</i>
24. MBANYA née SHU Dora	<i>Hématologie</i>
25. MELI Jean	<i>Santé Publique / Epidémiologie</i>
26. MOAMPEA née NGBANGAKO	<i>Anatomie Pathologique</i>
27. MONEBENIMP Francisca	<i>Pédiatrie</i>
28. MONNY LOBE Marcel	<i>Hématologie</i>
29. MOUELLE SONE	<i>Radiothérapie</i>
30. MOUKOURI NYOLO Ernest	<i>Ophthalmologie</i>
31. MOUSSALA Michel	<i>Ophthalmologie</i>
32. NDOBO Pierre	<i>Médecine Interne / Cardiologie</i>
33. NDOUMOU Alain	<i>Médecine Interne / Pneumologie</i>
34. NGASSA CHANGHU Pius	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
35. NJOYA OUDOU	<i>Médecine Interne / Gastro-Entérologie</i>
36. NOUEDOUI Christophe	<i>Médecine Interne / Endocrinologie</i>
37. POLL GOUATER Henri	<i>Biochimie</i>
38. SENDE Charlotte	<i>Radiologie/Imagerie Médicale</i>
39. TAGNY ZUKAM David	<i>Radiologie / Imagerie Médicale</i>
40. TAKONGMO Samuel	<i>Chirurgie Générale</i>
41. TAKOR TAKOR Thomas	<i>Histologie / Embryologie</i>
42. TAPKO Jean Baptiste	<i>Hématologie</i>
43. TEYAN Abel	<i>Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire</i>
44. TIETCHE Félix	<i>Pédiatrie</i>
45. WANKAH Christian	<i>Santé Publique</i>
46. YOMI Jean	<i>Radiologie / Radiothérapie</i>

d) Assistants

1. ADIAGO Dieudonné	<i>Microbiologie</i>
2. AMANA Jean Paul	<i>Radiologie Diagnostique</i>
3. BELLA HIAG Assupta	<i>Ophthalmologie</i>
4. BELLEY PRISO Eugène	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
5. BISSECK Anne Cécile	<i>Dermatologie / Vénérologie</i>
6. BIYIHA Dieudonné	<i>Anesthésie / Réanimation</i>
7. BIYIHA Paul	<i>Anesthésie / Réanimation</i>

8. DONG A ZOK Faustin	<i>Biophysique / Médecine Nucléaire</i>
9. ELONG Augustin	<i>O.R.L</i>
10. ELOUNDOU NGAH Joseph	<i>Neurochirurgie</i>
11. ETOM EMPIME	<i>Neurochirurgie</i>
12. ETOUNDI MBALLA Alain	<i>Réanimation Médicale</i>
13. FOU DA Pierre	<i>Chirurgie / Urologie</i>
14. LOLO Berthe	<i>Psychiatrie</i>
15. MBUAGBAW Joséphine	<i>Médecine Interne</i>
16. MBU ENOW Robinson	<i>Gynécologie / Obstétrique</i>
17. MELAMAN SEGO Frédéric	<i>Physiologie Humaine</i>
18. NDEMBE Paul	<i>Pédiatrie</i>
19. NDJOLO Alexis	<i>O.R.L</i>
20. NGOWE NGOWE Marcelin	<i>Anatomie / Chirurgie Générale</i>
21. NDOM Paul	<i>Oncologie Médicale</i>
22. NJAMCHI KUMGNYUY Alfred	<i>Neurologie</i>
23. NSANGOU Inoussa	<i>Pédiatrie</i>
24. NTONE ENYIME Félicien	<i>Psychiatrie</i>
25. OKOMO ASSOUMOU M. Claire	<i>Immunologie / Parasitologie</i>
26. OMOLOKO Cécile	<i>Gastro-Entérologie</i>
27. ONDOUA MEKONGO Martin	<i>Pédiatrie</i>

e) Cycle d'Etudes Supérieures en Soins Infirmiers (CESSI)

1. MBONDA Elie	<i>Coordonnateur du CESSI</i>
2. OMOLOKO Cécile	<i>(Ph.D Nutrition)</i>
3. OUSMANOU NASSOUROU	<i>(M.Sc.) Coordinateur 2^{ème} année CESSI</i> <i>Méthodologie de l'Enseignement</i>
4. KAMTA Charles	<i>(TSSI) Coordinateur 1^{ère} année CESSI</i> <i>Soins Infirmiers Médecine Chirurgie</i>
5. ASSOUMOU Lydie	<i>(LSH) Gestion Sanitaire</i>
6. BOLLANGA Elise	<i>(TSSI) Gestion Sanitaire</i>
7. NGUEMATCHA Juliette	<i>(TSSI) Méthodologie de l'Enseignement</i>
8. NOUMSI Andre	<i>(M.Sc.) Soins Infirmiers Médecine Chirurgie</i>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment de l'admission

comme membre de la profession médicale

*Je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service de
l'Humanité.*

Je réserverai à mes Maîtres le respect et la gratitude qui leur sont dus.

J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession.

La santé du malade sera ma première préoccupation.

Je garderai les secrets qui me seront confiés.

*Je sauvegarderai par tous les moyens possibles, l'honneur et la noble
tradition de la profession médicale.*

*Je ne permettrai pas que les considérations d'ordre religieux, national,
racial, politique ou social, aillent à l'encontre de mon devoir vis-à-vis du
malade.*

Mes collègues seront mes frères.

*Je respecterai au plus haut degré la vie humaine et ceci dès la conception;
même sous des menaces, je n'utiliserai point mes connaissances médicales
contre les lois de l'Humanité.*

*Je m'engage solennellement sur mon honneur et en toute liberté à garder
scrupuleusement ces promesses.*

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Configuration externe de l'estomac	11
Figure 2 : Duodénum et artères digestives abdominales	15
Figure 3 : Représentation schématique des tuniques de la paroi gastrique ..	17
Figure 4 : Histologie topographique du duodénum	19
Figure 5 : Villosité intestinale	20
Figure 6 : Répartition des patients par service	41
Figure 7 : Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe	43
Figure 8 : Histogramme de la répartition des patients hospitalisés en médecine par tranche d'âge et par sexe	45
Figure 9 : Histogramme de la répartition des patients hospitalisés en chirurgie par tranche d'âge et par sexe	47
Figure 10 : Complications de l'UGD rencontrées	49
Figure 11 : Répartition des patients selon les antécédents d'épigastralgies ...	50
Figure 12 : Répartition des patients selon la durée des épigastralgies	52
Figure 13 : Répartition des complications selon le siège de l'ulcère	56
Figure 14 : Survie pendant l'hospitalisation	60

LISTE DES ABREVIATIONS

- AINS** : Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- CHU** : Centre Hospitalier et Universitaire
- F.M.S.B.** : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
- HCY** : Hôpital Central de Yaoundé
- UGD** : Ulcère gastro-duodéal
- USA** : United States of America

SUMMARY

Introduction

Peptic ulcer is an affection of world-wide distribution and in Africa it affects mainly young adult males. It is a pathology whose outcome is usually undetermined but shrouded by complications which at times can be life threatening. Due to its high prevalence and cost of treatment and most importantly its complications, it poses a serious medical problem in Africa in general and in Cameroon in particular.

The complications of peptic ulcer can occur at any moment of its evolution. Some of these complications are usually inaugural and often acute (Perforation, haemorrhage) whereas the late complications are often chronic (gastric outlet obstruction, malignant degeneration in case of gastric ulcers).

Epidemiological data concerning the peptic ulcer complications vary from one region to another. It was therefore imperative to confirm data on peptic ulcer complications in our milieu.

Objectives

Our specific objectives were:

- to describe the socio-demographic features of patients with peptic ulcer complications;
- to determine the frequency of each complication and its location;
- to appreciate the outcome of patients according to each type of complications.

Methodology

We carried out a retrospective and descriptive study over a period of 5 years, the aim of which was to describe the characteristic of peptic ulcer complications in our milieu.

This study was carried out in the gastroenterology and digestive surgery units of the Yaounde Central Hospital from January 1993 to December 1997. Included were patients aged more than 15 years with a complication confirmed to be of peptic ulcer origin.

Results

A total of 157 patients were included in the study. The mean age was 41.37 ± 14.65 years. The male sex predominated with a sex-ratio of 3.6.

The complications were :

- gastroduodenal haemorrhage (54.14%)
- perforation (31.85%)
- pyloric stenosis (12.74%)
- ulcer-cancer (1.27%)

Concerning the past medical history, 106 patients (67.52%) had history of epigastric pain and in 49.06% cases the disease had lasted at least 6 years. The disease was discovered by a complication in 32.48% of cases. 52 patients (33.12%) had taken alcohol, 28 patients (17.83%) were smokers and 16 patients (13.38%) had taken Non-steroid anti-inflammatory drugs.

Complications were slightly more common with duodenal ulcers (N = 95) compared to gastric ulcers (N = 56) with a ratio of 1.7. 52 cases (61.18%) of haemorrhage were located in the duodenum, 29 cases (58%) of perforation were located in the duodenum and 14 cases (70%) of pyloric stenosis were secondly to bulbar ulcers. The gastric antrium was the site of predilection of gastric ulcers (67.74%) and the quasi-totality of duodenal ulcers were located on the duodenal bulb.

Mortality rates due to haemorrhage, perforation, pyloric stenosis and gastric cancer were 4.70%, 6%, 10% and 50% respectively. On the whole, the mortality rate due to peptic ulcer complications was 6.36%.

Conclusion

This study shows that :

- young adult males are the most affected by peptic ulcer complications;
- Gastroduodenal haemorrhage is the most frequent complication followed by perforation;
- Complicated ulcers are mainly located on the gastric antrum and the duodenal bulb.
- The complications reveal the disease in about one third of cases and mortality rate remains high.

Recommendations

At the end of this study we suggest that:

- 1- A multicentre study on a larger sample should be carried out, associated with a good follow up of ulcer patients, in order to determine the prevalence and the characteristic of the peptic ulcer complications in the entire population.
- 2- A sensitisation campagne should be carried out at the level of the population in order to encourage prompt consultations.
- 3- Good organisation of the medical and surgical services should be envisaged by putting in place the availability of adequate diagnostic facilities (radiology, endoscopy) so as to ensure good health care .



Chapitre I
INTRODUCTION

L'ulcère gastro-duodéal (UGD) est une affection assez fréquente et mondialement répandue. Il touche environ 5 à 10 % de la population (18,29) et est l'une des affections fréquemment rencontrées en pathologie quotidienne en milieu tropical (39). En Afrique noire, il présente des spécificités du fait du contexte socio-culturel et économique particulier.

Cependant l'intérêt porté à cette affection ces dernières années tient sans doute à un double apport : celui de la fibroscopie digestive d'une part et celui des nouvelles possibilités thérapeutiques offertes grâce à une meilleure compréhension de l'étiopathogénie de la maladie ulcéreuse d'autre part.

En l'absence de traitement approprié, son évolution est souvent capricieuse et émaillée de complications quelquefois dramatiques. L'UGD constitue donc un important problème de santé publique tant par sa prévalence que par les complications qu'il peut entraîner.

En effet, plus du tiers des ulcères gastro-duodéaux se complique (6) et l'incidence des complications est d'environ de 2 à 5 % par an (34).

La mortalité par ulcère est essentiellement liée à ses complications que sont :

- l'hémorragie digestive
- la perforation d'UGD
- la sténose ulcéreuse
- la dégénérescence maligne (ulcère gastrique).

Les études épidémiologiques concernant les principales complications de l'UGD sont d'interprétation difficile (6) et elles apprécient variablement la fréquence relative de chaque complication. Dans le but d'évaluer la place de chaque complication dans notre milieu, nous avons entrepris un travail sur les complications de l'ulcère gastro-duodéal chez l'adulte camerounais à l'HCY.



Chapitre II
OBJECTIFS

A- OBJECTIF GENERAL

Décrire les caractéristiques des complications de l'UGD à l'Hôpital Central de Yaoundé.

B- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1- Donner les caractéristiques épidémiologiques des patients atteints de complications de l'UGD.
- 2- Déterminer la fréquence et la localisation de chaque complication.
- 3- Décrire l'évolution des patients selon le type de complication.



Chapitre III
RAPPELS ET GENERALITES

A- RAPPELS ANATOMIQUES (20, 46)

A.1- L'ESTOMAC

L'estomac est un segment dilaté du tube digestif, intermédiaire à l'œsophage et au duodénum. Il occupe la plus grande partie de la loge sous-phrénique gauche comprise entre le diaphragme en haut et en dehors, le mésocôlon et le côlon transverse en bas, la région cœliaque en dedans. La loge sous-phrénique répond à peu près à l'hypochondre gauche et à une partie de l'épigastre.

A.1.1. Configuration extérieure (figure 1)

La forme de l'estomac est comparée à celle d'une cornemuse, d'un cône vertical à base supérieure ou d'un « J ».

L'estomac a deux parties :

- La portion verticale ou descendante qui est la plus longue et la plus volumineuse
- La portion horizontale ou antrum gastrique qui est la plus petite.

La portion verticale ou descendante forme les 2/3 de la longueur de l'estomac. Elle est oblique en bas et en avant. On lui distingue deux segments superposés : la grosse tubérosité et le corps de l'estomac dont l'extrémité inférieure est appelée petite tubérosité.

La portion horizontale ou antrum gastrique, se dirige en se rétrécissant obliquement en haut, à droite et en arrière. Elle va de la petite tubérosité au sillon duodéno-pylorique.

A.1.2. Dimensions

L'estomac moyennement distendu mesure :

- 25 cm dans sa plus grande longueur ;

- 10 à 12 cm de largeur dans sa partie moyenne ;
- 8 à 9 cm dans le sens antéro-postérieur.

A.1.3. Faces et bords.

On distingue :

- deux faces : l'une antérieure et l'autre postérieure. Plus ou moins convexes, ces faces sont séparées l'une de l'autre par les bords ou les courbures de l'estomac.
- deux bords : un bord droit concave ou petite courbure et un bord gauche convexe ou grande courbure.

La petite courbure est orientée à droite et en haut et a deux segments, l'un descendant. L'autre, à peu près horizontal.

La grande courbure a trois segments :

- * un segment supérieur qui fait partie de la grosse tubérosité ;
- * un segment moyen, descendant ;
- * un segment inférieur oblique en haut, à droite et en arrière.

A.1.4. Orifices

L'estomac a deux orifices :

- un orifice supérieur ou orifice œsophagien (cardia) qui est situé entre l'extrémité supérieure de la petite courbure et la grosse tubérosité. Il est ovalaire et son grand axe est allongé de haut en bas et de gauche à droite ;
- un orifice inférieur ou orifice pylorique qui est placé à l'extrémité de l'antrum. Il est circulaire et orienté à droite, en arrière et en haut.

A.1.5. Configuration intérieure.

La surface muqueuse de l'estomac est rouge chez le vivant mais elle est grisâtre chez le cadavre. Elle est constituée de mamelons de diamètre compris entre 3 à 4 mm.

Le cardia est muni d'une valvule cardio-oesaphagienne et le pylore, d'une valvule pylorique constituée par l'épaississement de la musculature de l'estomac appelée sphincter pylorique.

A.1.6. Rapports de l'estomac

a) Face antérieure

- Partie sous-thoracique

La partie sous-thoracique répond :

* en haut : le diaphragme, le lobe gauche du foie et le ligament triangulaire gauche

* en bas et à gauche : la rate

* par l'espace semi-lunaire de Traube : la paroi thoracique

- Partie abdominale :

* en haut et à droite : le foie

* en bas et à gauche : le triangle de Labbé

b) Face postérieure

Elle répond :

- En haut : le diaphragme et le ligament suspenseur de l'estomac.

- Au dessous du ligament : l'arrière-cavité des épiploons.

- A travers l'arrière-cavité des épiploons : Le pilier gauche du diaphragme, la capsule surrénale, le corps et la queue du pancréas, les vaisseaux spléniques, le rein, le mésocôlon et le côlon transverse, la face gastrique de la rate.

c) Petite courbure

Elle est réunie au foie par l'épiploon gastro-hépatique ou petit épiploon, les artères, les veines et les ganglions coronaires stomachiques ;

* à travers le petit épiploon : le péritoine pariétal, l'aorte, le tronc coeliaque, le plexus solaire.

d) Grande courbure

- En haut : le diaphragme et le ligament gastrophrénique ;

- Plus bas : le hile de la rate, les artères, les veines et ganglions gastro-épiploïques.

La projection du cardia correspond à la onzième vertèbre dorsale et au septième cartilage costal, celle du pylore correspond à la première vertèbre lombaire.

A.1.7. Vascularisation

a) Les artères

Les artères de l'estomac sont issues des trois branches du tronc coeliaque :

- la coronaire stomachique : elle se divise en deux branches terminales qui descendent le long de la petite courbure et s'anastomosent avec les rameaux de l'artère pylorique.
- L'artère hépatique commune : elle se divise en artère pylorique, branche droite du cercle artériel de la petite courbure et en artère gastro-duodénale. De l'artère gastro-duodénale, naît au bord inférieur du duodénum l'artère gastro-épiploïque droite, branche droite du cercle artériel de la grande courbure.
- L'artère splénique : elle se divise en artère gastro-épiploïque gauche, branche gauche du cercle artériel de la grande courbure et en vaisseaux courts de l'estomac.

Les anastomoses artérielles forment deux cercles artériels ou deux arcades : l'une, la petite courbure et l'autre, la grande courbure.

Les branches artérielles qui y naissent à angle droit vascularisent les deux faces de l'estomac.

La partie supérieure du corps de l'estomac et la grande tubérosité sont irriguées par les vaisseaux courts de l'artère splénique, par les artères cardio-œsophagiennes et tubérositaires, branches de la coronaire stomachique et de la splénique.

b) Les veines

Les veines sont satellites des artères et se rendent à la veine porte.

c) Les lymphatiques

Il faut distinguer dans l'estomac trois territoires lymphatiques principaux qui drainent dans le groupe cœliaque :

- Le territoire de la chaîne ganglionnaire de l'artère coronaire est formé des deux tiers internes de la portion verticale et du petit segment de la portion horizontale ;
- Le territoire de la chaîne ganglionnaire de l'artère splénique forme le tiers externe de la portion verticale jusqu'à la partie moyenne de la grande courbure ;
- Le territoire de la chaîne ganglionnaire de l'artère hépatique forme le reste de la paroi gastrique ou zone inférieure gastro-épiploïque et pylorique.

A.1.8. Innervation

Les nerfs proviennent des pneumogastriques et du grand sympathique.

Ils sont groupés en trois pédicules :

- Le pédicule de la petite courbure qui est formé par les rameaux gastriques des pneumo-gastriques. Ces rameaux s'anastomosent avec les filets sympathiques du plexus nerveux de la coronaire stomachique ;
- Le pédicule duodéno-pylorique qui est formé de quelques filets récurrents du plexus hépatique ;
- Le pédicule sous-pylorique ou gastro-épiploïque droit qui émane du plexus hépatique et accompagne l'artère gastro-épiploïque droite.

Il faut ajouter à ces trois pédicules, les ramifications satellites des branches de la splénique destinée à l'estomac.

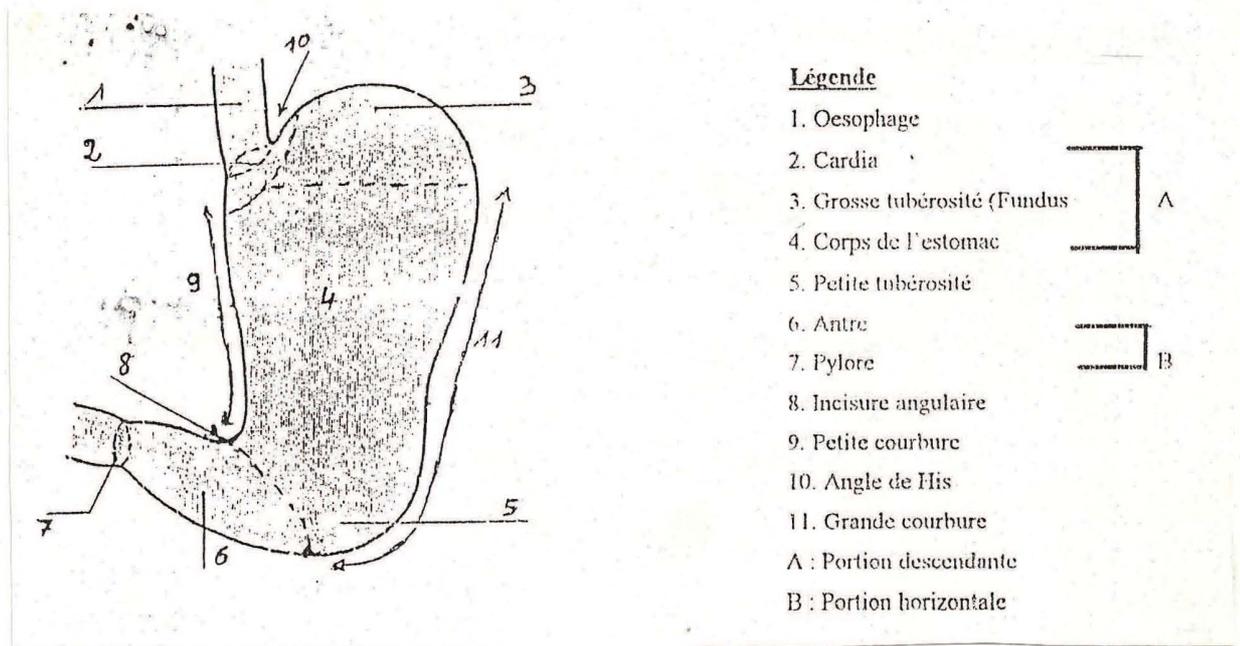


Figure 1 : Schéma destiné à montrer la configuration externe de l'estomac (46)

A.2. LE DUODENUM

Etendu du pylore à l'angle duodéno-jéjunal, le duodénum mesure environ 25 cm et se différencie du reste de l'intestin grêle par sa situation profonde, sa fixité, son calibre et ses rapports avec les voies biliaires et le pancréas.

A.2.1. Forme, topographie, calibre et fixité (figure 2)

Le duodénum décrit une boucle en forme de C (adulte) ou d'anneau ouvert en haut, à gauche et en arrière (enfant) et comporte 4 portions

- Une première portion (D1) faisant suite au pylore, située sur le flanc droit de la première vertèbre lombaire, est oblique en arrière et à droite ;

- Une deuxième portion (D2), formant avec la précédente un angle de 90°, appelé genu superius, descendant verticalement le long du rachis pour atteindre le niveau de la quatrième vertèbre lombaire ;
- Une troisième portion (D3) grossièrement horizontale est concave en arrière, s'adaptant à la saillie vertébrale, et dessine, avec le segment précédent, un angle le genu inferius, d'environ 90° ;
- La dernière portion (D4), ascendante, oblique en haut et à gauche, se termine par un angle aigu avec la première anse jéjunale (angle duodéno-jéjunal ou « angle de Treitz »).

Son calibre est assez variable : le segment initial de la première portion est dilaté, formant le bulbe duodénal ; le diamètre moyen du duodénum post-bulbaire ne dépasse pas ensuite 4 cm.

Le duodénum est l'un des organes les plus fixes de l'abdomen : si l'on excepte les deux tiers initiaux de D1, mobile comme la région pylorique, le reste de l'organe est accolé au péritoine pariétal postérieur par le fascia de Treitz, l'angle duodéno-jéjunal étant lui-même fixé aux plans postérieurs par le muscle de Treitz.

A.2.2. Rapports du duodénum

a) Avec le pancréas et les voies biliaires

La tête du pancréas s'inscrit dans la concavité duodénale, l'ensemble formant la loge duodéno-pancréatique. Ainsi, les intimes connexions développées entre le deuxième duodénum et le pancréas ne permettent pas de les séparer chirurgicalement.

Les canaux biliaires et pancréatiques, s'ouvrent à la face interne de D₂. Le canal de Wirsung se termine au niveau de la grande caroncule, saillie conique, située en général à la jonction du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de D₂. Une fois sur deux elle se creuse d'une cavité, l'ampoule de Vater, où dans 90 % des cas, s'abouchent côte à côte le canal de Wirsung et le

cholédoque entourés du sphincter d'Oddi. Dans 10 % des cas, cet abouchement est séparé. Le canal de Santorini s'ouvre dans la petite caroncule, élevure située 2 à 3 cm au-dessus de la précédente.

b) avec les autres organes abdominaux

- Premier duodénum

Ses faces antérieure et supérieure répondent à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire.

Sa face postérieure présente deux segments :

* D'une part, un segment intrapéritonéal, mobile, situé en avant de la veine porte et du pancréas, dont il est séparé par le cul-de-sac droit de l'arrière cavité des épiploons ;

* D'autre part, un segment extra-péritonéal, adhérent au col du pancréas, croisé en arrière par le cholédoque et la veine porte.

Derrière le fascia de Treitz se trouve La veine cave inférieure.

Enfin la face inférieure de D₁ est croisée par l'artère gastro-duodénale avant sa bifurcation

- Deuxième duodénum

* Sa face antérieure est barrée par le côlon transverse et la racine du mésocôlon. Sa face postérieure est séparée des organes rétro-péritonéaux par le fascia de Treitz. Sa face interne reçoit les canaux bilio-pancréatiques.

* Sa face externe est recouverte par le foie

- Troisième duodénum

* Sa face antérieure est croisée par la racine du mésentère qui contient les vaisseaux mésentériques supérieurs. En avant d'elle, se trouve la masse des anses intestinales et à droite le méso-côlon ascendant ;

* Sa face postérieure est moulée sur la convexité du rachis et des gros vaisseaux prévertébraux.

- Quatrième duodénum

* Sa face antérieure répond en haut au côlon transverse, en bas aux anses grêles ;

* Sa face postérieure croise les vaisseaux spermatiques et rénaux gauches, appliqués sur la gaine de Psoas.

* Sa face interne répond à l'aorte et sa face externe au rein gauche.

A.2.3. Vascularisation

a) Artères

Les artères pancréatico-duodénales forment deux arcades anastomotiques situées entre les artères gastro-duodénale et mésentérique supérieure :

- L'arcade antérieure et inférieure est formée par l'union des artères pancréatico-duodénales antéro-inférieure droite et antéro-inférieure gauche.
- L'arcade postéro-supérieure, située en arrière du pancréas, est formée par l'anastomose de l'artère pancréatico-duodénale supérieure droite avec l'artère postéro-inférieure gauche, issue de la mésentérique supérieure.

De plus, le bulbe duodéal présente une vascularisation complexe, où les principaux vaisseaux sont une artère supra-duodénale, branche de l'artère hépatique propre et une artère sous-pylorique, issue de la gastro-épiploïque droite. S'y ajoutent de petites artères issues des arcades pancréatico-duodénales. Néanmoins, il semble exister une zone mal vascularisée à la face postérieure du bulbe qui peut avoir une importance en pathologie.

b) Les veines

Satellites des artères, les veines se jettent dans la veine mésentérique supérieure, à l'exception de la veine pancréatico-duodénale qui s'abouche directement dans la veine porte.

c) Les lymphatiques

Les vaisseaux lymphatiques duodénaux se jettent dans les ganglions duodéno-pancréatiques antérieurs et postérieurs.

- Les lymphatiques antérieurs se drainent dans les chaînes sus-pyloriques et gastro-duodénales ;

- Les lymphatiques postérieurs se drainent dans les ganglions mésentériques supérieurs.

A.2.4. Innervation

Les nerfs viennent :

- Du pneumogastrique gauche pour la première portion ; du ganglion semi-lunaire droit et du plexus mésentérique supérieur pour les deuxième et troisième portions ;
- Du pneumogastrique droit et du ganglion semi-lunaire gauche pour la quatrième portion, la partie voisine de la troisième portion et l'angle duodéno-jéjunal.

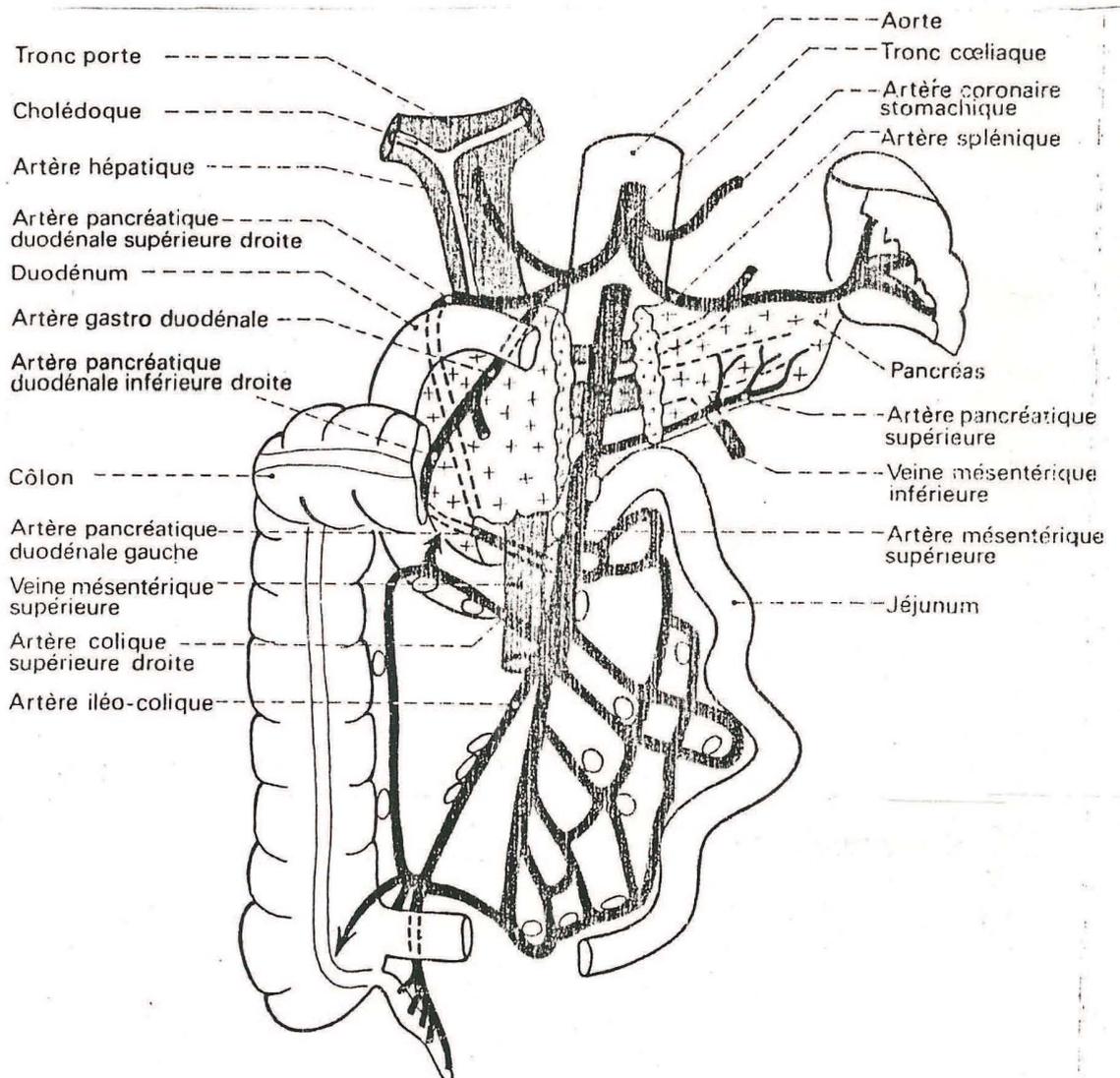


Figure 2 : Duodénum et artères digestives abdominales

B- RAPPELS HISTOLOGIQUES (8, 33, 43)

B.1. HISTOLOGIE DE L'ESTOMAC

L'estomac possède une paroi faite de cinq tuniques concentriques représentées de l'intérieure vers l'extérieur par : (Figure 3)

a) Une muqueuse ayant :

- un épithélium de protection chimique ou épithélium prismatique simple à pôle muqueux fermé,
- un chorion formé d'un tissu conjonctif lâche, au sein duquel se trouvent les glandes de l'estomac ; les glandes cardiales situées à l'extrémité supérieure de l'estomac sont des glandes tubulo-alvéolaires qui secrètent du mucus ; les glandes fundiques situées au niveau du corps et du fundus sont des glandes tubuleuses droites qui secrètent du mucus mais surtout des enzymes et de l'acide chlorhydrique ; les glandes pyloriques sont des glandes tubuleuses contournées situées au niveau de l'antrum pylorique qui secrètent du mucus.

b) Une musculaire-muqueuse faite de deux couches de cellules musculaires lisses avec expansions radiales dans la muqueuse (relèvements majeurs et mineurs)

c) Une sous-muqueuse faite de tissu conjonctif lâche sans particularité ; le plexus sous-muqueux de Meissner est situé à ce niveau

d) une musculeuse qui comprend trois couches de cellules musculaires : oblique interne, circulaire moyenne, longitudinale externe ; le plexus myentérique est situé entre les deux dernières couches ;

e) une séreuse ou adventice qui est le mésothélium du péritoine viscéral reposant sur une mince couche de tissu conjonctif dense vascularisé.

Les cellules endocrines au niveau de l'estomac sont dispersées dans les glandes gastriques. Elles sont regroupées sous le nom de cellules entérochromatoffines ou argentaffines.

L'exemple est celui des cellules à gastrine dans les glandes pyloriques. Le GALT (Gastro-intestinal Associated Lymphoid Tissue) localisé dans le chorion est constitué des lymphocytes T intra-épithéliaux, des lymphocytes B et des plasmocytes.

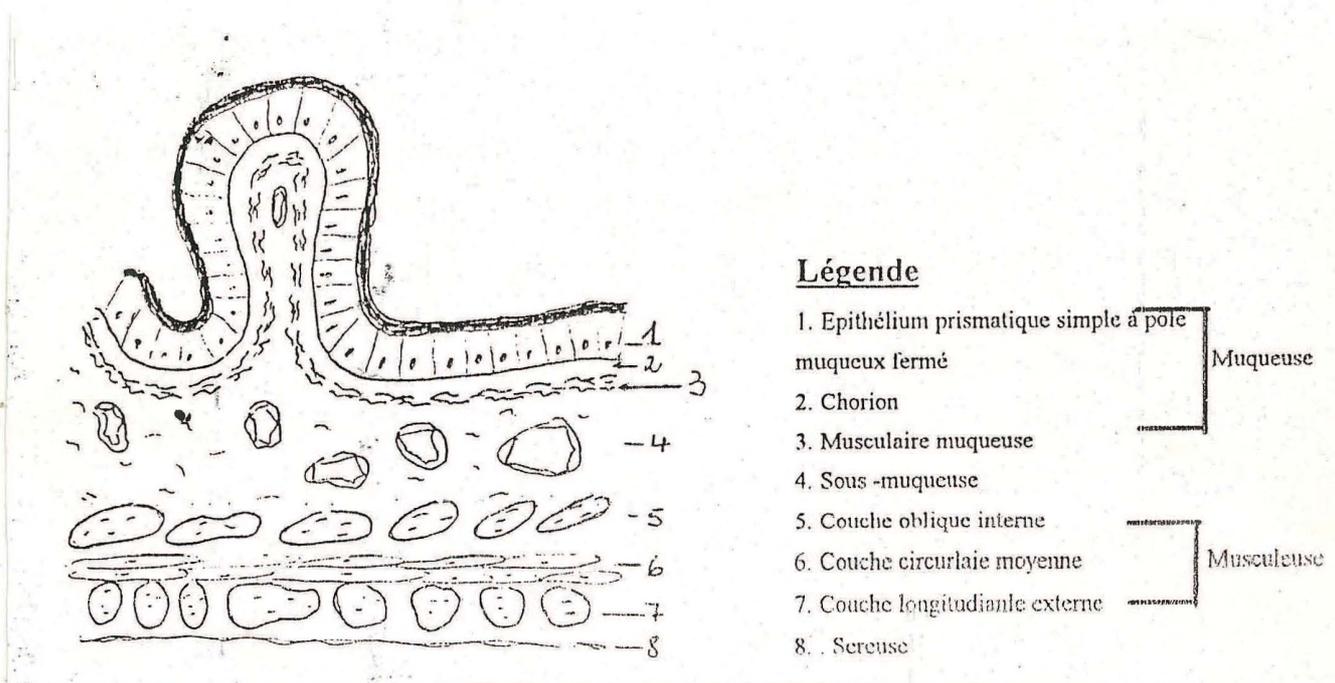


Figure 3 : Représentation schématique des tuniques de la paroi gastrique (8)

B.2. HISTOLOGIE DU DUODENUM (figures 4 et 5)

Le duodénum possède une paroi faite de cinq tuniques concentriques représentées de l'intérieur vers l'extérieur par :

- a) Une muqueuse qui se subdivise en :
 - un épithélium intestinal (épithélium prismatique simple à plateau strié et cellules caliciformes) bordant la lumière intestinale ;

- les glandes, dites glandes de Lieberkühn, tubuleuses droites, plongent dans la muqueuse jusqu'à la musculaire muqueuse.

Elles s'ouvrent entre les villosités intestinales, dans le sillon circulaire qui les encercle en leur base.

- le chorion qui emplit de ses fibres collagènes et élastiques les espaces compris entre les glandes et forme le stroma des villosités intestinales. Il contient des nodules lymphoïdes qui s'organisent parfois en plaques (plaques de Peyer).

Les cellules argentaffines sont dispersées et trouvées surtout au niveau de la base des glandes (eg : cellules à sérotonine).

La surface de la muqueuse est augmentée par certaines formations (villosités intestinales qui sont des évaginations mobiles de la muqueuse longue de 0,5 à 1 mm, replis circulaires, valvules de Kerching) qui favorisent la digestion et l'absorption.

b) Une musculaire muqueuse faite de deux couches de cellules musculaires lisses, l'une interne circulaire et l'autre externe longitudinale.

c) Une sous- muqueuse faite de tissu conjonctif lâche, souple et élastique. Elle assure le passage des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Dans sa partie la plus externe se situe le plexus nerveux de Meissner.

d) Une musculature qui comprend deux couches de cellules musculaires lisse : la couche interne circulaire et la couche externe longitudinale.

Entre ces deux couches musculaires, cheminent un réseau vasculaire, un plexus nerveux et des ganglions sympathiques, le plexus myentérique d'Auerbach.

e) L'adventice ou séreuse, qui est le mésothélium du péritoine viscéral reposant sur une couche de tissu conjonctif plus lâche.

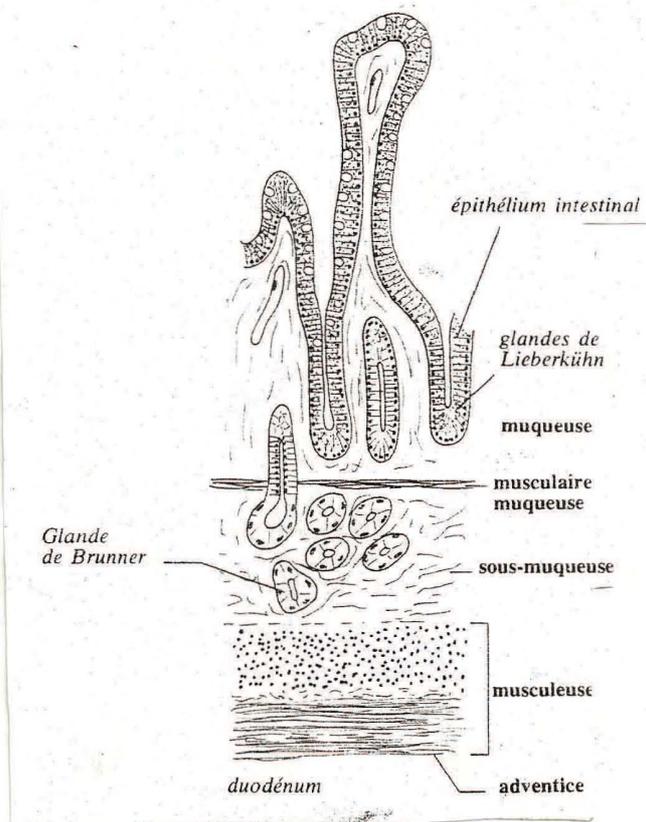


Figure 4 : Histologie topographique du duodénum (33)

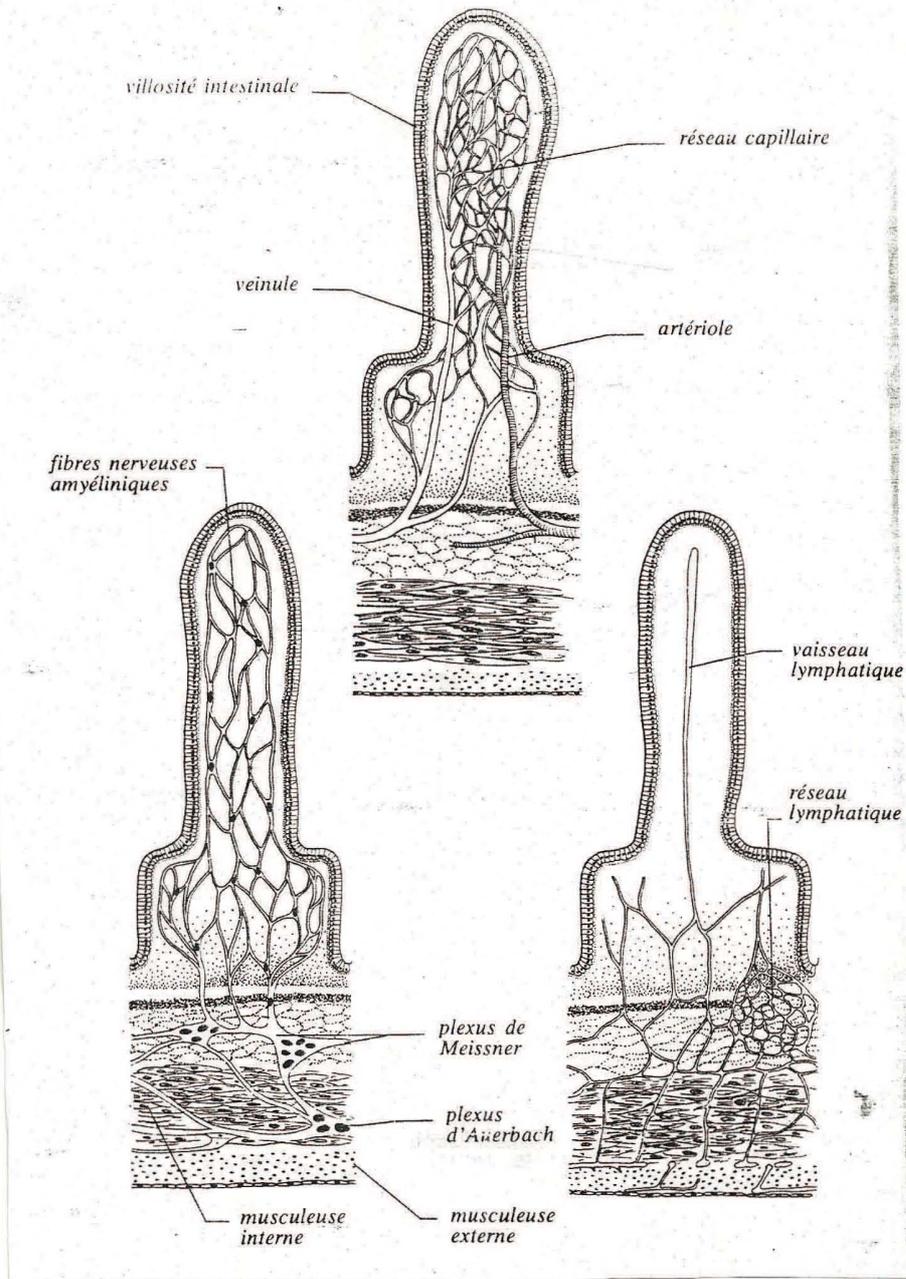


Figure 5 : Villosité intestinale (33)

C. L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

C.1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE (6, 9)

L'ulcère gastro-duodéal est une perte de substance intéressant la muqueuse gastrique ou duodénale, amputant plus ou moins profondément le plan musculaire et limité au fond par une réaction inflammatoire. Lors de la cicatrisation de cette lésion, il y a réépithélialisation en surface et constitution au fond d'un socle scléreux indélébile avec lésion vasculaire (endartérite) et hypertrophie nerveuse (névrome).

Cette lésion anatomo-pathologique s'oppose en tout point aux pertes de substances superficielles de la muqueuse (abrasion, érosion, selon le degré de profondeur), qui n'atteignent jamais la couche musculaire et ne laisse jamais de séquelles

L'ulcère gastro-duodéal est une maladie fréquente, touchant environ 5 à 10% de la population (18, 29). L'ulcère duodéal est plus souvent noté chez l'homme que chez la femme (3/1), l'ulcère gastrique aussi, mais dans une moindre proportion (1.5/1 à 2/1).

L'ulcère duodéal est beaucoup plus fréquent que l'ulcère gastrique (4/1).

C.2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MALADIE ULCEREUSE (37)

Qualifié de « Peptic » dans la littérature anglo-saxonne, l'ulcère est une digestion localisée de la muqueuse de l'estomac ou du duodénum. Dès 1910, Schwartz écrivait « l'ulcère résulte d'un excès de pouvoir peptique du suc gastrique par rapport à la capacité de défense de la muqueuse gastrique ou intestinale ».

Toutes les observations, tant expérimentales que cliniques ou thérapeutiques, accumulées depuis lors n'ont pas démenti cette proposition.

L'étude des mécanismes physiopathologiques de la maladie se présente donc sous la forme d'une opposition agression/défense. Elle comportera tout d'abord une évaluation des forces en présence et ensuite une analyse des différents facteurs responsables de la rupture d'équilibre entre les forces.

C.2.1. L'agression chlorhydropeptique

a) La pepsine

Elle est sécrétée sous forme de précurseurs : les pepsinogènes. On identifie 7 qui, en milieu acide sont activés en autant de pepsines.

La pepsine érode la couche de mucus qui normalement forme un gel à la surface de la muqueuse. Son action reste cependant très limitée en surface car elle ne peut diffuser à l'intérieure du gel, lequel est renouvelé en permanence à partir de l'épithélium. Une protéolyse en profondeur n'intervient que si le revêtement muqueux a été préalablement éliminé par corrosion acide.

b) La retro-diffusion d'ion H^+ dans la muqueuse

Elle constitue une phase essentielle de « l'agression » mais l'hyperacidité ne s'observe que chez un tiers des ulcéreux duodénaux et exceptionnellement chez les ulcéreux gastriques.

C2.2. Les facteurs de défense

La défense est assurée par la barrière muqueuse qui comprend :

- La couche de mucus riche en bicarbonates. Cette couche se présente sous forme d'un gel de consistance visco-élastique et composé de phospho-glycoprotéines disposées en réseau.
- L'épithélium constitue la 2^e ligne de défense et les cellules épithéliales secrètent les glycoprotéines, les lipides et le bicarbonate.
- La lamina propria.

La coordination de l'ensemble de ces 3 fonctions de protection est mal connue mais on sait que les prostaglandines et le système nerveux y participent.

C.2.3. Les facteurs pathogéniques

- Les antécédents familiaux d'ulcère sont plus fréquents chez les patients ulcéreux que chez les patients normaux.
- L'hypersécrétion acide
- Le syndrome de Zollinger-Ellison démontre qu'une hypersécrétion acide peut à elle seule entraîner un ulcère.

- Troubles de la motricité

Ce sont les troubles de vidange gastrique et le reflux duodéno-gastrique.

- Les facteurs environnementaux

- * Hélicobacter pylori
- * Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- * L'alcool
- * Le tabac

- Les facteurs psychologiques

Ils influencent le cours de la maladie.

En conclusion, l'ulcère gastro-duodéal résulte d'un déséquilibre en un point précis de la muqueuse entre les facteurs d'agression et les facteurs de défense.

Il est consécutif à une rétrodiffusion des ions H^+ dans la paroi gastrique et ne peut survenir qu'en présence d'acide chlorhydrique et de pepsine. Les sujets hypersécréteurs de ces derniers facteurs d'agression, le plus souvent par transmission héréditaire, sont prédisposés aux localisations duodénales de la maladie.

Condition nécessaire, la sécrétion d'acide est cependant insuffisante, sauf dans des situations exceptionnelles comme le syndrome de Zollinger-Ellison. Il faut en outre que les moyens de protection et de réparation normalement mis en œuvre par la muqueuse soient rendus inopérants. A cet égard, l'action de l'*Helicobacter pylori* et des AINS semblent prépondérante : tabac, troubles de motricité, reflux duodéno-gastrique ou conflits psychologiques intervenant de façon alternative ou à titre d'adjuvants. Plusieurs interrogations subsistent, relatives notamment au caractère localisé de la lésion, à son délais de cicatrisation et à son évolution cyclique.

C.3. PRESENTATION CLINIQUE

La maladie ulcéreuse gastro-duodénale est caractérisée par sa tendance à la chronicité. Elle suit dans la majorité des cas, une évolution cyclique, faisant se succéder poussée douloureuse et/ou complications, cicatrisation ou sclérose rétractile et récidive.

La sémiologie clinique est dominée par la douleur.

C.3.1. Le syndrome ulcéreux typique

Le syndrome ulcéreux a, dans sa description classique des caractères bien précis.

La douleur est localisée à l'épigastre, une irradiation vers le dos et les hypochondres est observée dans 1/3 de cas. Elle est perçue comme une crampe ou une faim douloureuse d'intensité souvent vive. La douleur est d'horaire post-prandiale et est calmée par la reingestion d'aliments ou la prise d'alcalins. Avec le rythme post-prandial, le principal caractère de cette douleur est sa répétition quotidienne lors des poussées de quelques jours à quelques semaines. Les rémissions sont complètes et ont une durée variable. Les études cliniques récentes, comportant un contrôle endoscopique ne retrouvent une symptomatologie aussi typique que dans la moitié des cas.

C.3.2. Les tableaux cliniques atypiques

Ils sont parfois dus à l'évolution vers l'ulcère vieilli. La douleur peut avoir un siège différent de l'épigastre (hypochondre droit le plus souvent), elle peut-être ressentie comme une brûlure ou une simple dyspepsie ou réaliser une crise hyperalgique évoquant une urgence chirurgicale.

L'ulcère peut également être latent et révélé par une complication ou par un examen radiologique ou endoscopique de l'estomac ou du duodénum.

En cas de douleurs ulcéreuses atypiques, trois signes ont une valeur importante :

- La sédation des douleurs par les aliments
- La rythmicité post-prandiale
- La périodicité

C.3.3. L'examen clinique

En l'absence de complications, l'examen clinique de l'abdomen est négatif, ce qui contraste avec l'intensité des douleurs.

C.4. DONNEES PARACLINIQUES ET CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC DE L'UGD (6, 37)

C.4.1. la fibroscopie gastro-duodénale

Elle est réalisée de première intention car elle est plus fiable que la radiologie pour détecter l'ulcère et le distinguer d'un cancer.

- L'ulcère gastrique bénin se présente habituellement sous la forme d'une perte de substance arrondie et plus ou moins profonde de la muqueuse. Il est bordé d'un bourrelet d'œdème vers lequel convergent les plis gastriques. A la phase de cicatrisation, le fond de l'ulcère est recouvert par une muqueuse érythémateuse ou remplacée par une cicatrice blanchâtre ou linéaire. La réalisation des biopsies sur le plancher de

l'ulcère et sur sa cicatrice est essentielle pour écarter une lésion maligne.

- Sur le duodénum, elle permet de différencier les ulcères ronds susceptibles de cicatriser rapidement et les ulcères linéaires ou salami volontiers résistants. L'ulcère siège principalement sur la face antérieure et exceptionnellement sur le 2^e duodénum. Les biopsies n'ont aucun intérêt dans cette localisation.

La fibroscopie est contre-indiquée en cas de perforation.

C.4.2. Le transit gastro-duodéal (TOGD)

La radiographie a une sensibilité assez faible, de l'ordre de 75%. C'est une image d'addition régulière faisant saillie, en dehors du contour de l'organe ; lorsqu'elle est vue de profil.

De face, la niche apparaît sous la forme d'une « tache » arrondie, bien délimitée ; l'œdème qui l'entoure réalise une couronne de tonalité plus faible. Fixe sur plusieurs clichés, elle signifie l'existence d'une ulcération mais ne peut renseigner sur la nature bénigne ou maligne de cette ulcération.

Le TOGD complète ou remplace l'examen endoscopique en cas d'indication opératoire ou de suspicion de sténose.

C.4.3. Le tubage gastrique

L'étude de la sécrétion acide gastrique par tubage n'a d'intérêt qu'au cours de l'ulcère duodéal et dans certaines circonstances menant à rechercher une hypersécrétion acide due à un gastrinome (syndrome de Zollinger-Ellison).

C.4.4. L'examen anatomo-pathologique de la pièce biopsique

Il n'a d'intérêt que dans l'ulcère gastrique et permet de détecter les ulcères malins.

C.5. TRAITEMENT

- Traitement médical ; il comporte :
 - * la suppression de l'alcool, du tabac et de toute médication agressive pour la muqueuse gastro-duodénale.
 - * la prescription d'un anti-sécrétoire puissant (anti-H₂, inhibiteurs de la pompe à proton) associé en cas de nécessité à un anti-acide ou à un topique.
 - * éradication d'*Helicobacter pylori*

La prévention des rechutes et des complications se fait par la prescription des anti-sécrétoires au long cours (traitement d'entretien).

- Traitement chirurgical

La chirurgie a sa place, en particulier dans les ulcères compliqués ou en cas d'impossibilité du traitement médical d'entretien.

D. LES COMPLICATIONS DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

D.1. HEMORRAGIE DIGESTIVE

L'hémorragie peut être due à une rupture d'une artère ou une artériole au fond de l'ulcère, à un saignement muqueux péri-ulcéreux ou à ces deux mécanismes associés. Les lésions de gastro-duodénite hémorragique sont fréquemment associées. Contrairement à l'ulcération artérielle, les saignements muqueux peuvent cesser rapidement ou même brusquement.

Certains facteurs peuvent favoriser la survenue d'une hémorragie digestive chez un ulcéreux. C'est le cas de l'aspirine et d'autres AINS, le traitement anti-coagulant et peut-être l'alcool.

L'hémorragie digestive peut s'extérioriser sous forme d'hématémèse ou de méléna isolé ; le dernier cas est surtout fréquent en cas d'ulcère duodéal. Le diagnostic d'hémorragie digestive est en général facile, surtout s'il s'agit d'une hématémèse. En cas de méléna, un collapsus cardio-vasculaire peut survenir avant même l'extériorisation du saignement. Chez un malade ayant un méléna, la présence de sang dans l'estomac, authentifié par l'aspiration du contenu intragastrique signe l'origine haute du saignement.

Le traitement d'une hémorragie digestive d'origine ulcéreuse est avant tout symptomatique. Quelle que soit l'importance de l'hémorragie, le malade devrait être hospitalisé en milieu spécialisé. Il faut opérer en urgence les malades ayant un ulcère compliqué d'hémorragie massive ou de saignement mal contrôlé par le traitement médical.

D.2. LA PERFORATION D'UGD

Elle peut se faire en péritoine libre ou cloisonné ou être bouchée par un viscère avoisinant.

La perforation d'ulcère en péritoine libre est marquée par une douleur brutale et intense, de siège initialement épigastrique, diffusant ensuite à tout l'abdomen. Elle est accompagnée de nausées, souvent de vomissements et de signes de choc. La fièvre est absente au début. A l'examen de l'abdomen, il existe une contracture prédominante dans l'épigastre. La disparition de la matité préhépatique est inconstante ou difficile à affirmer.

Dans certains cas, les signes de perforation peuvent être moins évidents : c'est le cas des perforations survenant chez des malades sous corticothérapie, des sujets ivres ou en mauvais état général ou quand elles sont associées à une hémorragie.

Les radiographies sans préparation de l'abdomen doivent être faites de face sur un malade en position debout (prenant les deux coupoles diaphragmatiques) et de profil en position couchée : Elles montrent un pneumopéritoine dans 75 à 80% des cas. En l'absence de pneumopéritoine, le diagnostic peut être difficile.

Deux attitudes sont proposées dans le traitement de la perforation d'ulcère :

- un traitement non chirurgical par une aspiration digestive continue, dans le but de favoriser l'obturation de la perforation par un viscère ou l'épiploon (méthode de Taylor).
- un traitement chirurgical avec une suture de la perforation, complétée ou non par une vagotomie hypersélective, ou un traitement radical par une gastrectomie partielle.

D.3. LA STENOSE PYLORO-BULBAIRE.

Dans la physiopathologie de la sténose pyloro-bulbaire d'origine ulcéreuse, plusieurs facteurs peuvent être en cause : l'œdème péri-ulcéreux, le spasme ou une cicatrice scléreuse.

Au cours d'un ulcère évolutif, le spasme et l'œdème prédominent : ils régressent, en général, avec la cicatrisation de l'ulcère. Quand l'ulcère est ancien, les déformations cicatricielles du bulbe expliquent que la sténose puisse être importante et non régressive.

Le signe clinique essentiel de la sténose ulcéreuse est la survenue des vomissements alimentaires post-prandiaux tardifs. Ces vomissements sont souvent précédés d'épigastalgies, soulagés par l'expulsion du contenu intragastrique. Si les vomissements sont respectés, il existe un amaigrissement et des signes de déshydratation. L'estomac contient plus de 100 ml de liquide chez un sujet à jeun porteur de sténose.

Le diagnostic de sténose ulcéreuse est fait grâce à l'endoscopie et à l'examen radiologique de l'estomac.

Le traitement d'une sténose ulcéreuse comprend la correction des troubles hydro-électrolytiques, l'évacuation de l'estomac et le traitement de la maladie ulcéreuse. (traitement médical ou chirurgical en cas de sténose très serrée).

D.4. LA DEGENERESCENCE MALIGNNE

Classiquement, il est admis que seul l'ulcère gastrique peut se cancériser. C'est une complication gravissime justifiant la surveillance des malades.

La symptomatologie, polymorphe est dominée par l'altération de l'état général et les signes de sténose antropylorique.

Le traitement est avant tout chirurgical et souvent palliatif dans les cancers évolutifs.

D.5 LES AUTRES COMPLICATIONS

- La pénétration dans le pancréas.
 - La fistulisation dans les voies biliaires, le jéjunum ou le côlon.
- Elles sont le fait des perforations bouchées.

Chapitre IV
REVUE DE LA LITTERATURE

A. GENERALITES

Entre 1970 et 1978, Elashoff et Grossman évaluent la prévalence de l'ulcère gastro-duodéal (UGD) entre 5 à 10% de la population aux Etats-Unis. Ils estiment aussi que 38% d'ulcères duodénaux se compliquent d'hémorragie (32%), de perforation (5%) et de sténose ou de cancer (1%). Pour l'ulcère gastrique, les ulcères hémorragiques représentent 33% des ulcères et les hémorragies sont 6 fois plus fréquentes que la perforation (5,5%) (18). Pour Leporrier, l'UGD est mondialement répandu et touche près de 5 à 10% de la population masculine et se complique d'hémorragie dans 15-20% de cas (29).

En 1976, Angorn sur un échantillon de 337 patients ulcéreux trouve 10% des complications à type d'hémorragie et 30% à type de perforation (1).

En 1981, Yangni-Angate dans une série chirurgicale évalue les hémorragies à 19,14% des complications, la perforation, la sténose et la fistule cholédoco-duodénale représentent respectivement 23,10%, 13,2% et 2,97% (53).

Une étude rétrospective menée par Odimba et Coll. (6) dans la clinique de chirurgie du CHU d'Amiens sur un échantillon de 1003 patients opérés de 1965 à 1982 donne la répartition suivante :

- Hémorragies : 43%
- Formes non compliquées : 42,50%
- Perforations : 12%
- Sténose : 2,5%

En 1986, dans le service de Médecine interne en Côte d'Ivoire, Lokrou et coll. constatent que les hémorragies représentent 89% des complications de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale alors que les perforations et les sténoses sont estimées respectivement à 4 et 5%. Les fistules bilio-digestives ont une fréquence plus faible de l'ordre de 0,3% (30).

Pour Bernades, la prévalence des formes compliquées varie de 20 à 37% (15 à 20% pour les hémorragies, 3 à 15% pour les perforations et 2% pour les sténoses) (6).

Une Etude menée en milieu camerounais entre 1986 et 1988 par Ndjitoyap et coll. suggère que 31,86% d'ulcères gastro-duodénaux sont compliqués :

- Les hémorragies digestives représentent 31,66% des formes compliquées.

- Les perforations d'UGD, les sténoses pyloro-bulbaires et le cancer de l'estomac ont une fréquence respective de 27,50%, 19,17% et 4,17%.

- Les fistules bilio-digestives ont une fréquence de 2,50% (39)

Maïga, ayant mené une étude prospective effectuée entre novembre 1991 et novembre 1992 et portant sur un échantillon de 447 ulcères gastro-duodénaux, estime que 80% des complications sont le fait des hémorragies alors que la sténose et la perforation représentent respectivement 16% et 4% des formes compliquées (32).

En 1992, Mignon estime que la prévalence des formes compliquées de la maladie ulcéreuse peut atteindre 43% (20 à 30% d'hémorragie, 10% de perforation, 1 à 3% de sténose et moins de 1% de cancer de l'estomac) (37). Dans la même année, Meran estime l'incidence des complications de l'UGD entre 2 et 5%/an et que les hémorragies sont 4 fois plus fréquentes que la perforation et la pénétration.

B. LES COMPLICATIONS DE L'UGD (Tableau I)

B.1. LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Dans la littérature, les hémorragies digestives hautes dues aux UGD représentent une cause importante des hémorragies digestives hautes. Cette constatation est rapportée par Raoul, Reys, Deltenre, Behle et Kodjoh qui font

des hémorragies d'origine ulcéreuse la première cause des hémorragies digestives hautes et trouvent respectivement que 50,68%, 50%, 83%, 38,58% et 23,62% d'hémorragies digestives hautes sont liées à l'UGD (3, 14, 26, 44, 45).

Pour plusieurs auteurs, les hémorragies sont la plus fréquente des complications de l'UGD. La fréquence des hémorragies ulcéreuses par rapport à d'autres complications varie d'une étude à une autre :

- 31,66% pour Ndjitoyap (39)
- 80% pour Maïga (32)
- 89% pour Lokrou (30)
- 25 à 33% pour Cotran et Coll. en ce qui concerne la prévalence (13).

Elles révèlent la maladie dans 5% des cas d'ulcère pour Maïga, 10% des cas pour Nemeth et dans 19% des cas pour Vohito (32, 40, 51). Le taux de mortalité relatif aux hémorragies digestives est différemment apprécié par les auteurs mais reste assez important. Pour Cotran et Coll., 25% des décès par ulcère sont dus aux hémorragies (13). Meran estime que 15 à 30% des patients ayant une hémorragie digestive d'origine ulcéreuse meurent (34). Quant à Mignon, le taux de mortalité pour hémorragie d'origine ulcéreuse varie de 3 à 10% avec une prédominance dans le groupe ayant des affections intercurrentes (37). Sur un échantillon de 80 patients ayant une hémorragie digestive d'origine ulcéreuse, Maïga mentionne un seul décès, ce qui fait un taux de mortalité relatif de 1,25% (32).

B.2. LA PERFORATION D'UGD

La perforation d'UGD est une complication assez fréquente de l'UGD. Elle représente la principale cause des péritonites sus-mésocoliques (23). Sa prévalence est mal évaluée puisqu'on trouve des chiffres de 3 à 15% d'une série à une autre (13,36).

Dans les études africaines, sa fréquence relative par rapport à d'autres complications varient énormément en fonction du mode de recrutement de 4% pour Maïga et Lokrou,, à 30% (Yangni-Angate) voir 59,7% pour la série chirurgicale de Takongmo (30, 32, 49, 50).

Pour Bernades, elle est inaugurale et révèle donc la maladie ulcéreuse dans près de 25% des cas (5). Dans la série d'Odimba, la perforation est révélatrice de l'ulcère dans 37% des cas (41).

L'utilisation des anti-H₂ ne semble pas avoir réduit les urgences d'admission des patients pour ulcère duodéal. De même, la mortalité associée à la perforation d'UGD reste élevée malgré les progrès réalisés dans le traitement chirurgical (47). Pour Cotran et Coll., la perforation est responsable des 2/3 de mort pour ulcère (13). Le taux de mortalité pour perforation d'UGD est de :

- 15% pour Odimba (41)
- De 20% et 24%, pour les séries respectives de Lawal et O'Riodain (28, 42).

B.3. LA STENOSE ANTRO-PYLORO-BULBAIRE D'ORIGINE ULCEREUSE

L'ulcère gastro-duodéal reste une cause importante de la sténose pyloro-bulbaire de l'adulte. Cook (12) dans une série de 42 patients en 5 ans au Ghana, relève que 67% des sténoses sont d'origine ulcéreuse et 24% secondaire à un carcinome antro-pylorique mais Khullar et Coll. (25) aux USA suggèrent plutôt que le cancer antro-pylorique est plus en cause.

La prévalence de cette complication est difficile à établir car elle dépend de la sévérité des critères retenus pour définir les troubles de la vidange gastrique. Bernades l'estime entre 2 à 10% des cas d'ulcère alors que Mignon et Nemeth l'évalue entre 1 à 3% des cas d'ulcère (40,57).

Quant à sa fréquence par rapport à d'autres complications, elle est de :

- 16% pour Maïga (32)
- 19,17% pour Ndjitoyap (39)

Pour Fadil, elle représente 21,5% de toutes les interventions chirurgicales pour ulcère avec un taux de mortalité opératoire de 1,1% (19).

Elle révèle la maladie ulcéreuse dans 13 à 20% des cas (4).

B.4. LA DEGENERESCENCE NEOPLASIQUE

C'est une complication classique, justifiant de ce fait la surveillance des patients (52). Mais le diagnostic d'un ulcère dégénéré reste difficile (39).

Bikandou trouve les antécédents d'ulcère gastrique jamais traité chez 5 patients sur un échantillon de 31 patients ayant un cancer gastrique soit 16,12% des cas (7).

Pour Karayuba, 28,3% des patients ayant un adénocarcinome de l'estomac au Burundi présentaient des antécédents d'ulcère gastrique (24). Ndjitoyap évoque l'éventualité d'un ulcéro-cancer gastrique dans 5 cas chez 102 patients ayant présentés une complication d'UGD soit 4,17% des complications d'UGD (39). Pour Mignon, moins de 1% d'ulcère gastro-duodéal se complique de cancer (37).

La mortalité opératoire est de 7,8% pour Karayuba et 9,6% dans la série de Bikandou pour cancer gastrique (7,24).

B.5. LES AUTRES COMPLICATIONS

D'autres complications sont rares. L'incidence des fistules bilio-digestives varie de 0,3 à 14,1% dans la littérature (35).

Yangni-Angate et Ndjitoyap trouvent respectivement 2,97% et 2,50% de fistules bilio-digestives par rapport à l'ensemble des complications (39,53).

Cook en 1969, n'observe qu'un seul cas de fistule bilio-digestive au Nigeria (12).

Lokrou, en Côte d'Ivoire trouve 0,3% de complication à type de fistule bilio-digestive entre 1969-1981 (30).

Tableau I : Fréquence des complications de l'UGD selon les auteurs

Complications	Angate	Angorn	Duflo-Moreau	Lokrou	Maïga	Ndjitoyap	Odimba
Hémorragie digestive	19,14%	10%	14%	89%	80%	31,66%	73%
Perforation d'UGD	23,10%	30%	/	4%	4%	27,50%	21,9%
Sténose pyloro-bulbaire	13,2%	/	10%	5%	16%	19,17%	4,48%
Fistule bilio-digestive	2,97%	/	/	0,3%	/	2,50%	/
Ulcéro-cancer de l'estomac	/	/	/	/	/	4,17%	/

Chapitre V
MATÉRIELS ET MÉTHODE

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective.

B. LIEU DE L'ETUDE

Les services de chirurgie digestive et de gastro-entérologie de l'Hôpital Central de Yaoundé.

C. PERIODE D'ETUDE

L'étude s'est étalée sur une période de 5 ans : du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 1997.

D. PATIENTS

D.1. CRITERES D'INCLUSION

Ont été inclus dans l'étude :

- Patients porteurs d'une lésion compliquant avec certitude l'évolution d'une maladie ulcéreuse gastro-duodénale (l'ulcère étant confirmé soit par endoscopie gastro-duodénale, par transit oesogastro-duodénal ou par abord chirurgical direct).
- Patients âgés de plus de 15 ans
- Patients Camerounais

D.2. CRITERES D'EXCLUSION

Ont été exclus :

- Patients porteurs d'une probable complication de l'ulcère gastro-duodenal mais dont l'ulcère n'a pas été confirmé
- Patients âgés de 15 ans et moins
- Patients non camerounais
- Dossiers incomplets.

E. CHOIX DE L'ECHANTILLON

Un échantillonnage consécutif non probabiliste était appliqué, c'est-à-dire tout patient hospitalisé dans les services de Médecine et de Chirurgie

digestive, ayant un dossier exploitable et remplissant nos critères d'inclusion faisait partie de l'étude.

F. MATERIELS

- Registre d'hospitalisation des services de Médecine et de chirurgie digestive de l'Hôpital Central de Yaoundé.
- Dossier des patients
- Fiche technique.

G. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

Dans les deux services, les dossiers de patients recrutés étaient exploités selon un protocole préétabli (voir Fiche Technique en annexe) permettant de recueillir :

- Les données épidémiologiques :
 - * Age en années
 - * Sexe
 - * Ethnie et Profession
- Les antécédents de :
 - * syndrome ulcéreux ou d'épigastalgies
 - * consommation de substances gastro-toxiques
 - * survenue antérieure d'une complication et du traitement suivi avant la survenue de la complication.
- Le type de complication
- Le pronostic au cours de l'hospitalisation (patients décédés ou non)

H. ANALYSE STATISTIQUE

Nos résultats ont été analysés sur micro-ordinateur grâce au Logiciel Epi-info. Nos résultats ont été exprimés en terme de fréquence et de moyenne. Le test d'homogénéité a été utilisé pour la comparaison des moyennes observées dans notre échantillon. Le seuil de signification retenu était de $P < 0,05$.



Chapitre VI
RESULTATS

Nos résultats vont porter sur les 157 patients inclus dans notre étude. Les différentes données ont été rassemblées sur les tableaux II à XV et sur les figures 6 à 14.

A. DONNES EPIDEMIOLOGIQUES

A.1. PROVENANCE DES PATIENTS (tableau II, figure 6)

Il s'agissait des patients hospitalisés en médecine (99 patients) et en chirurgie (58 patients) soit respectivement 63,06% et 39,94% des cas.

Tableau II : Répartition des patients par service

Services	Nombre de cas	%
Médecine	99	63,06
Chirurgie	58	36,94
Total	157	100

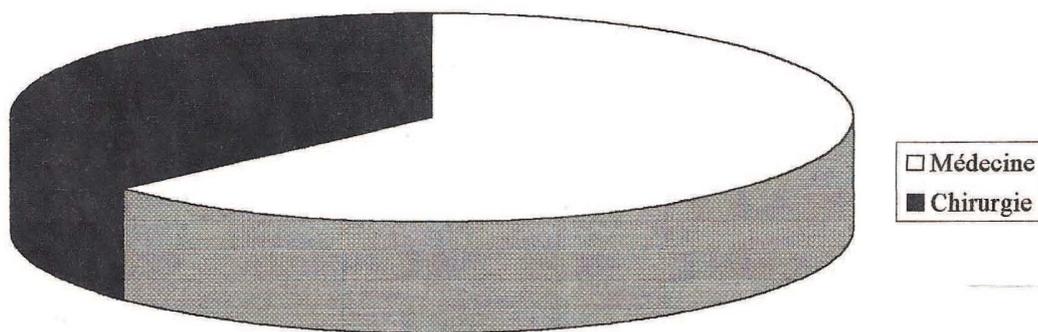


Figure 6 : Répartition des patients par service

A.2. AGE ET SEXE

A.2.1. Dans les deux services

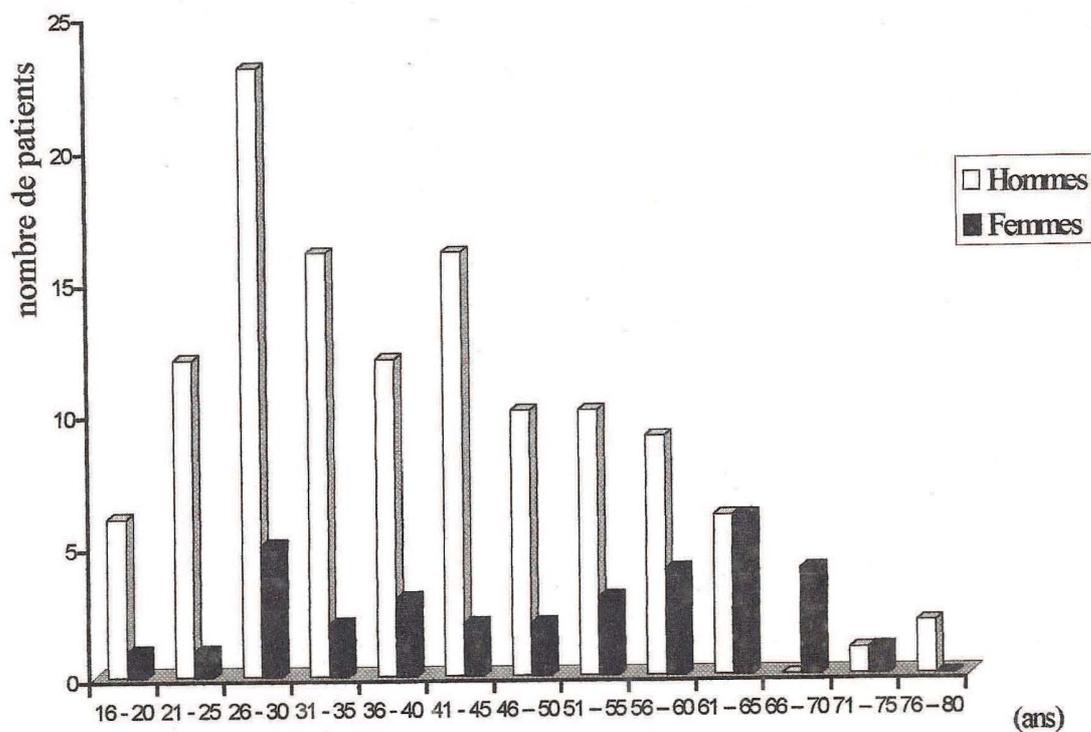
Nos patients se répartissaient en 123 hommes et 34 femmes soit un sex-ratio de 3,6. L'âge variait entre 17 et 79 ans.

L'âge moyen était de $41,37 \pm 14,65$ ans.

La moyenne d'âge était de $39,74 \pm 13,68$ ans pour les hommes et de $48,73 \pm 15,69$ ans pour les femmes (différence statistiquement significative $P < 0,05$). La tranche d'âge la plus atteinte était celle allant de 26 à 30 ans avec 28 cas (17,83%). 99 patients (63,04%) avaient moins de 46 ans (tableau III, figure 7).

Tableau III : Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe

Tranche d'âge (ans)	Hommes	Femmes	Total	%
16 - 20	6	1	7	4,46
21 - 25	12	1	13	8,28
26 - 30	23	5	28	17,83
31 - 35	16	2	18	11,46
36 - 40	12	3	15	9,55
41 - 45	16	2	18	11,46
46 - 50	10	2	12	7,64
51 - 55	10	3	13	8,28
56 - 60	9	4	13	8,28
61 - 65	6	6	12	7,64
66 - 70	0	4	4	2,56
71 - 75	1	1	2	1,28
76 - 80	2	0	2	1,28
Total (%)	123 (78,34%)	34 (21,66%)	157	100



Moyenne d'âge : $41,37 \pm 14,65$ ans

Extrêmes : 17 et 79 ans

Figure 7 : Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe

A.2.2. Patients hospitalisés en Médecine

Comme il ressort sur le tableau IV et la figure 8, il s'agissait de 75 hommes et 24 femmes soit un sex-ratio de 3,12. L'âge moyen était de $43,70 \pm 15,41$ ans. Les tranches d'âge les plus représentées étaient celles allant de 26 à 30 ans et 56 à 60 ans, avec respectivement 14 cas (14,14%) et 13 cas (13,13%).

Tableau IV : Répartition des patients hospitalisés en médecine par tranche d'âge et par sexe

Tranche d'âge (ans)	Hommes	Femmes	Total	%
16 - 20	3	1	4	4,04
21 - 25	8	1	9	9,09
26 - 30	13	1	14	14,14
31 - 35	5	2	7	7,07
36 - 40	8	3	11	11,11
41 - 45	8	1	9	9,09
46 - 50	8	1	9	9,09
51 - 55	6	2	8	8,08
56 - 60	9	4	13	13,13
61 - 65	4	4	8	8,08
66 - 70	0	3	3	3,03
71 - 75	1	1	2	2,02
76 - 80	2	0	2	2,02
Total (%)	75	24	99	100

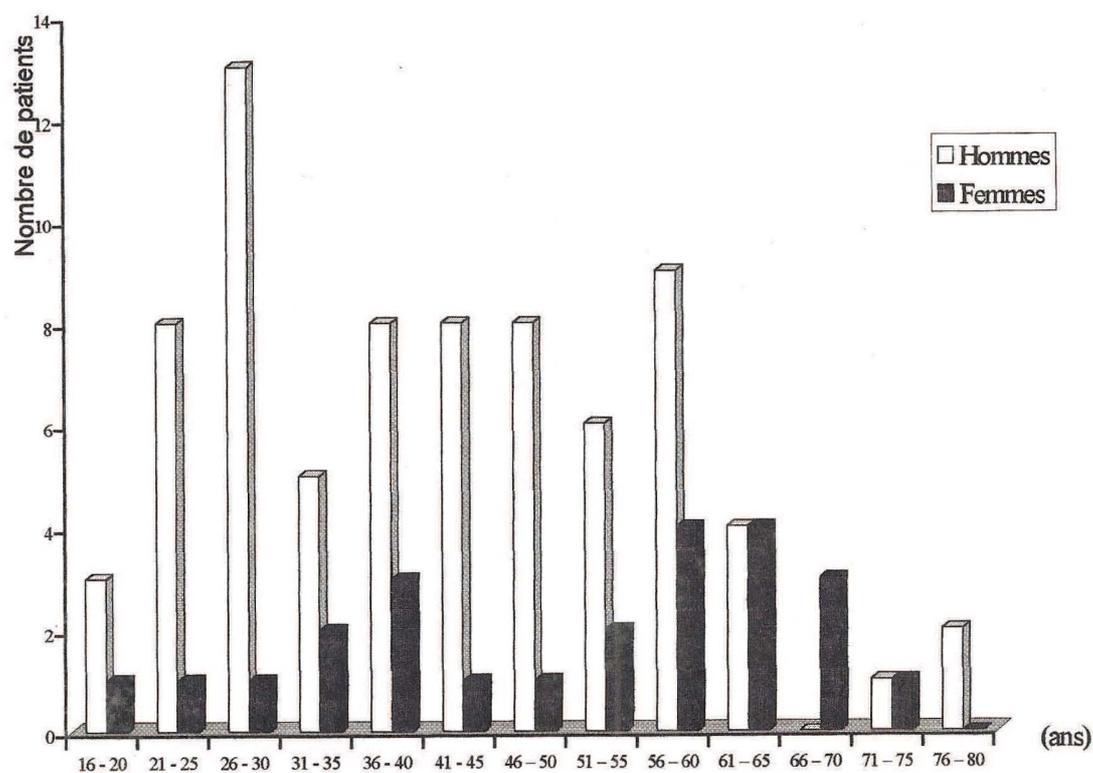


Figure 8 : Histogramme de la répartition des patients hospitalisés en médecine par tranche d'âge et par sexe

A.2.3. Patients hospitalisés en Chirurgie

Comme il apparaît sur le tableau V et la figure 9, il s'agissait de 48 hommes et 10 femmes soit un sex-ratio de 4,8. L'âge variait de 17 à 70 ans. L'âge moyen était de $37,39 \pm 12,34$ ans. Les tranches d'âge les plus atteintes étaient celles allant de 26 à 30 ans et 31 à 35 ans avec respectivement 14 cas (24,14%) et 11 cas (18,97%).

Tableau V : Répartition des patients hospitalisés en chirurgie par tranche d'âge et par sexe.

Tranche d'âge (ans)	Hommes	Femmes	Total	%
16 - 20	3	0	3	5,17
21-25	4	0	4	6,90
26 - 30	10	4	14	24,14
31 - 35	11	0	11	18,97
36 - 40	4	0	4	6,90
41 - 45	8	1	9	15,51
46 - 50	2	1	3	5,17
51 - 55	4	1	5	8,62
56 - 60	0	0	0	0
61 - 65	2	2	4	6,90
66 - 70	0	1	1	1,72
Total (%)	48	10	58	100,0

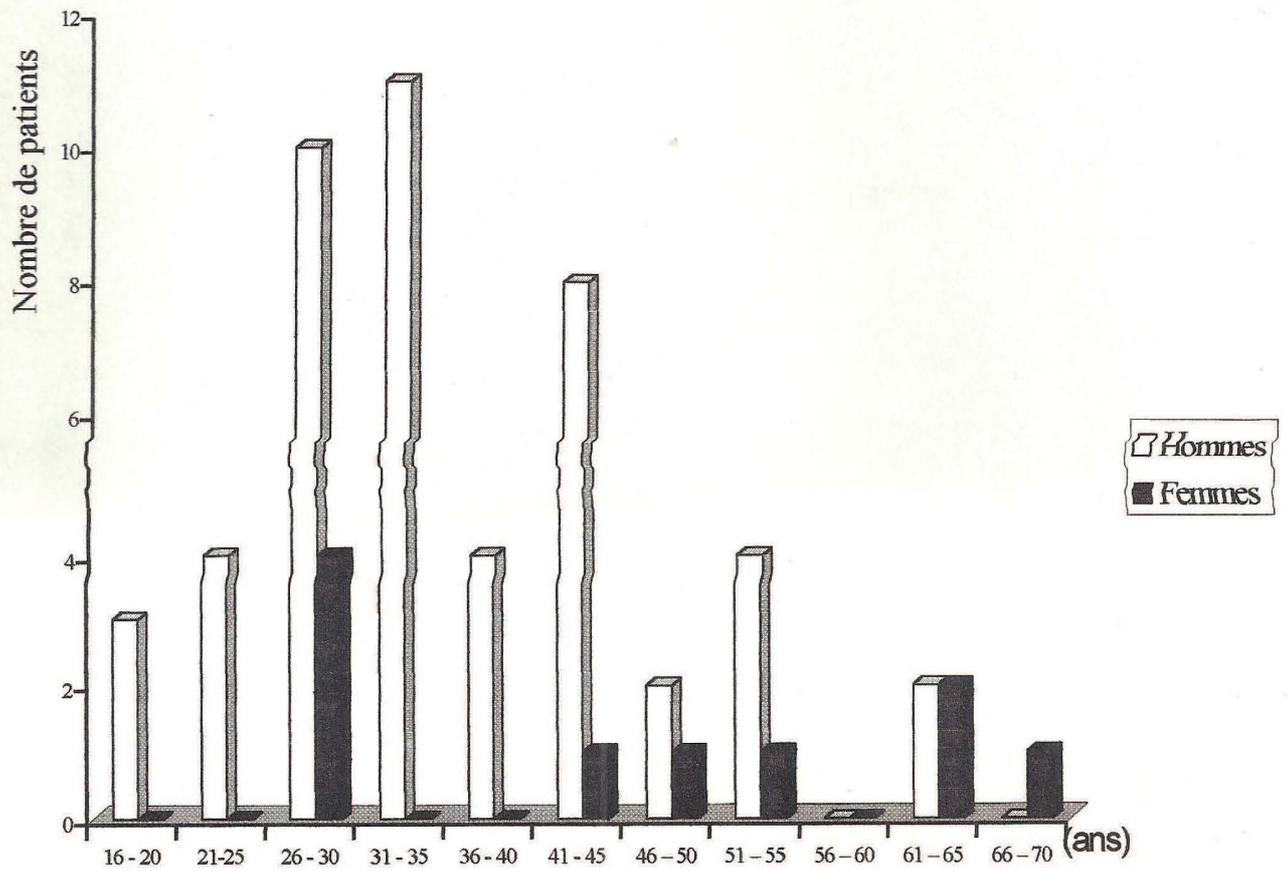


Figure 9 : Histogramme de la répartition des patients hospitalisés en chirurgie par tranche d'âge et par sexe.

B. COMPLICATIONS DE L'UGD RENCONTREES

B.1. FREQUENCE

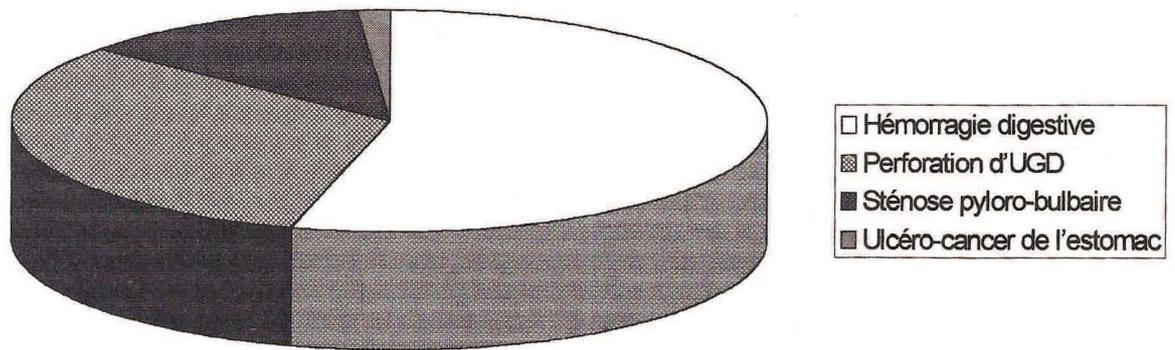
Comme il apparaît sur le tableau VI et la figure 10, les différentes complications étaient :

- L'hémorragie digestive, observée dans 85 cas (54,14%)
- La perforation d'UGD, observée dans 50 cas (31,85%)
- La sténose pyloro-bulbaire, observée dans 20 cas (12,74%)
- L'ulcéro-cancer de l'estomac, observé dans 2 cas (1,27%)

Tableau VI : Répartition des patients selon le type de complication et par service.

Complications	Médecine	%	Chirurgie	%	Total (%)
Hémorragie digestive	84	84,85	1	1,72	85 (54,14)
Perforation d'UGD	0	0	50	86,21	50 (31,85)
Sténose pyloro-bulbaire	15	15,15	5	8,62	20(12,74)
Ulcéro-cancer de l'estomac	0	0	2	3,45	2 (1,27)
Total	99	100	58	100	157 (100)

Figure 10 : Complications de l'UGD rencontrées



B.2. ANTECEDENTS DES PATIENTS PORTEURS DES COMPLICATIONS D'UGD

B.2.1. Antécédents d'épigastralgies

Le tableau VI et la figure 11 montrent que : 106 patients (67,52%) avaient présenté un ou plusieurs épisodes d'épigastralgies avant la survenue de la complication.

La maladie ulcéreuse s'était révélée d'emblée par une complication chez 51 patients (32,48%). Il s'agissait de perforation dans 26 cas (16,56%), d'hémorragie digestive dans 22 cas (14,01%) et de sténose pyloro-bulbaire dans 3 cas (1,91%).

Tableau VII : Répartition des complications révélatrices.

Complications	Nombre de cas	%
Hémorragie digestive	22	14,01
Sténose pyloro-bulbaire	3	1,91
Perforation d'UGD	26	16,56
Total	51	32,48

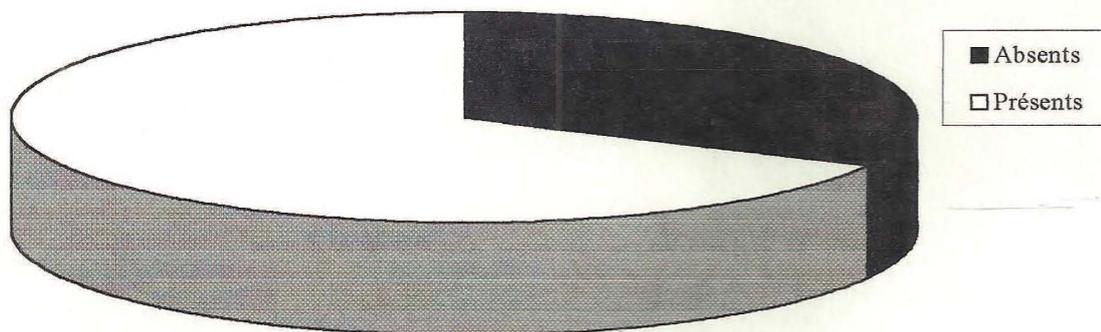


Figure 11 : Répartition des patients selon les antécédents d'épigastralgies

B.2.2. Ancienneté de la maladie

106 patients avaient les antécédents d'épigastralgies mais seuls 28 patients (26,41%) avaient un ulcère prouvé. Les épigastralgies étaient ressenties depuis au moins 6 ans chez 52 patients (49,06%). 5 patients (4,72%) avaient des épigastralgies depuis moins d'un an.

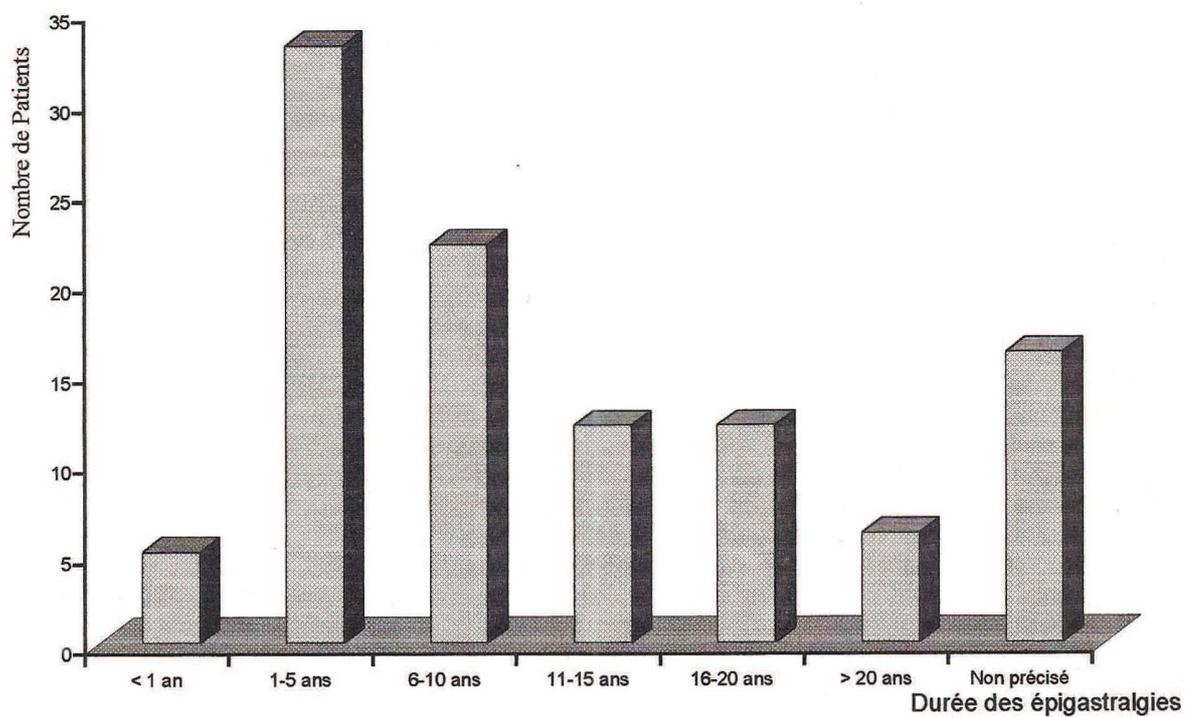
La durée de la maladie n'était pas précisée chez 16 patients.

Le détail des données est rapporté au tableau VIII et à la figure 10.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la durée des épigastralgies

Durée des épigastralgies	Hommes	Femmes	Total	%
< 1 an	4	1	5	4,72
1-5 ans	27	6	33	31,13
6-10 ans	15	7	22	20,76
11-15 ans	9	3	12	11,32
16-20 ans	11	1	12	11,32
> 20 ans	6	0	6	5,66
Non précisé	10	6	16	15,09
Total	82	24	106	100

Figure 12 : Répartition des patients selon la durée des épigastralgies



B.2.3. Suivi thérapeutique (Tableau IX)

Sur 106 patients avec antécédents d'épigastralgies,

- 69 patients (65,10%) avaient bénéficié d'un traitement médical ou chirurgical de l'ulcère avant la survenue de la complication.
- 7 patients (6,60%) avaient suivi exclusivement un traitement « traditionnel » africain.

Tableau IX : Suivi thérapeutique des patients aux antécédents d'épigastralgie

Traitement antérieur	Hommes	Femmes	Total	%
Médical	50	12	62	58,49
Médical + chirurgical	5	0	5	4,72
Traditionnel africain	3	4	7	6,60
Médical + Traditionnel africain	1	1	2	1,89
Aucun	23	7	30	28,30
Total	82	24	106	100

B.2.4. Facteurs de risque ulcérogènes probables (tableau X)

Dans notre étude, la consommation du tabac était retrouvée chez 28 patients (17,83%), la prise d'alcool avait concerné 52 patients (33,12%) alors que 16 patients (10,19%) consommaient régulièrement des AINS.

Tableau X : Facteurs de risque ulcérogènes probables

Facteurs ulcérogènes	Nombre de cas	%
Alcool	52	33,12
Tabac	28	17,83
AINS	16	10,19
Epices	21	13,38
Kola	1	0,64

C. DONNEES TOPOGRAPHIQUES

C.1. SIEGE GLOBAL (tableau XI, figure 13)

L'ulcère compliqué était localisé au niveau de l'estomac dans 56 cas (35,67%) et au niveau du duodénum dans 95 cas (60,51%) soit un ratio ulcère duodénal/ulcère gastrique de 1,7. 6 patients (3,82%) avaient une double localisation gastrique et duodénale (3 cas d'hémorragie digestive et 3 cas de sténose pyloro-bulbaire).

Concernant les hémorragies, 52 cas (61,18 %) étaient d'origine duodénale et 30 cas (35,29%) d'origine gastrique.

Pour la perforation d'UGD, 21 cas (42 %) étaient localisés dans l'estomac et 29 cas (58 %) dans le duodénum.

Quant aux sténoses pyloro-bulbaires, 14 cas (70 %) étaient secondaires à un ulcère bulbaire et 3 cas (15%) dus à un ulcère de l'antre gastrique.

Tableau XI : Répartition des complications selon le siège de l'ulcère

Complications	Ulcère gastrique	Ulcère duodénal	ulcère gastrique + ulcère duodénal	Total
Hémorragie digestive	30	52	3	85
Perforation d'UGD	21	29	0	50
Sténose pyloro-bulbaire	3	14	3	20
Ulcéro-cancer de l'estomac	2	0	0	2
Total	56	95	6	157
%	35,67	60,51	3,82	100

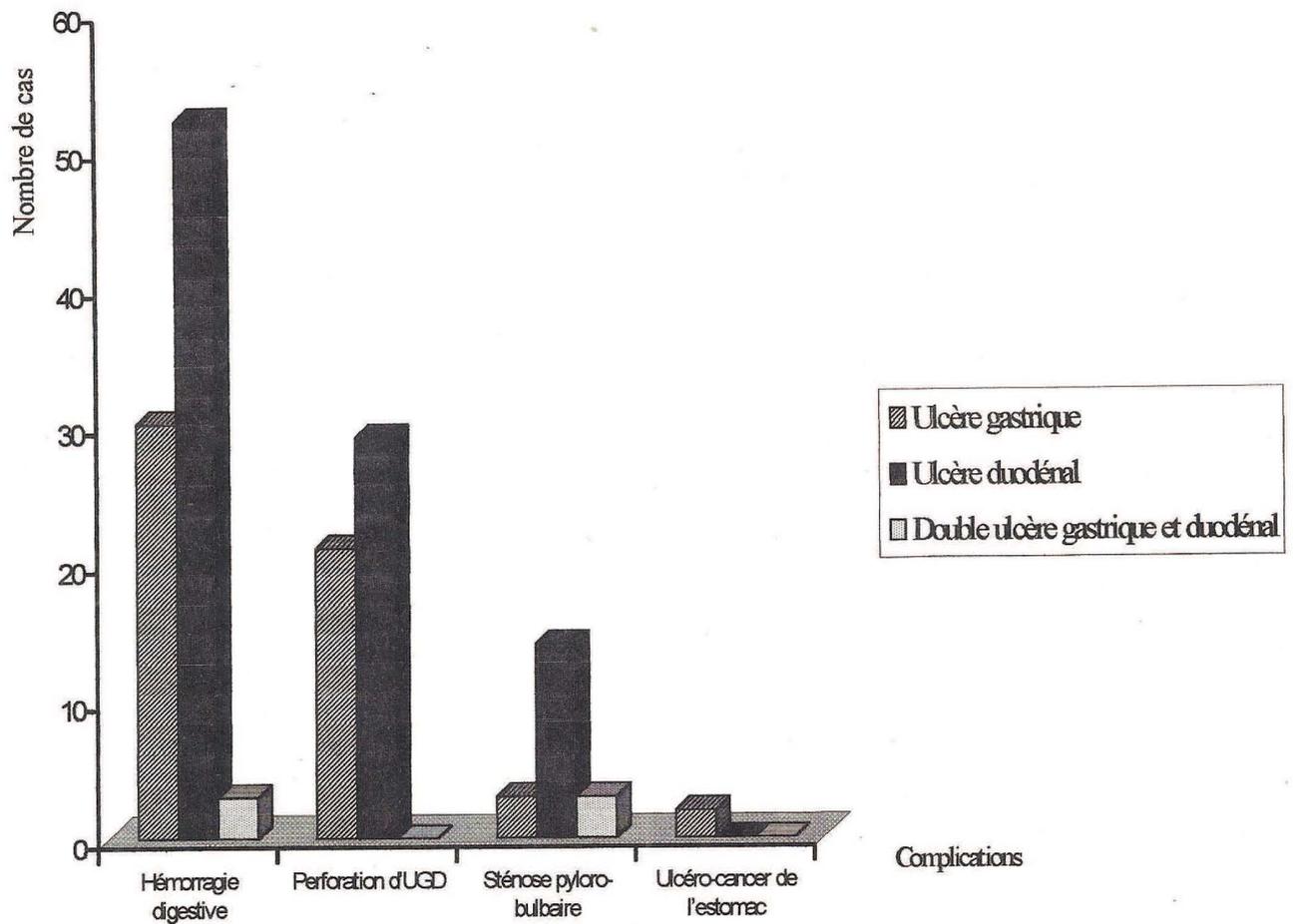


Figure 13 : Répartition des complications selon le siège de l'ulcère

C.2. SIEGE DES ULCERES GASTRIQUES COMPLIQUES

Le tableau XII montre que : sur 62 ulcères gastriques, 42 ulcères (67,74%) étaient localisés au niveau de l'antre. Le siège n'était pas précisé chez 7 patients.

Tableau XII : Siège des ulcères gastriques compliqués

Siège	Hémorragie digestive	Perforation d'UGD	Sténose pyloro-bulbaire	Ulcéro-cancer de l'estomac	Total	%
Antre	16	18	6	2	42	67,74
Fundus	9	1	0	0	10	16,13
Angulus	1	1	0	0	2	3,23
Sous-cardial	1	0	0	0	1	1,61
Non précisé	6	1	0	0	7	11,29
Total	33	21	6	2	62	100

C.3. SIEGE DES ULCERES DUODENAUX COMPLIQUES (tableau XIII)

Sur 101 ulcères duodénaux, 84 ulcères (83,16%) étaient localisés au niveau du bulbe. L'ulcère était localisé sur la 2^{ème} portion du duodénum chez 1 patient (1%). Le siège n'était pas précisé chez 16 patients.

Tableau XIII : Siège des ulcères duodénaux compliqués

Siège	Hémorragie digestive	Perforation d'UGD	Sténose pyloro-bulbaire	Total	%
Bulbe	44	23	17	84	83,16
D ₂	1	0	0	1	1
Non précisé	10	6	0	16	15,84
Total	55	29	17	101	100

D. MORTALITE LIEE AUX COMPLICATIONS DE L'UGD

(tableau XV et figure 14)

D.1. MORTALITE GLOBALE

Globalement, le taux de mortalité était de 6,36%. Il était de 6,1% en médecine et de 6,9% en chirurgie.

D.2. MORTALITE LIEE A CHAQUE TYPE DE COMPLICATION

Le tableau XIV ci-dessous donne le taux de mortalité par service et par complication.

Tableau XIV : Taux de mortalité relatif à chaque complication

Complications	Médecine	Chirurgie	Médecine + Chirurgie
Hémorragie digestive	4,76%	0%	4,70%
Perforation d'UGD	/	6%	6%
Sténose pyloro-bulbaire	13,33%	0%	10%
Ulcéro-cancer gastrique	/	50%	50%

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la survie pendant l'hospitalisation et selon les complications

Complication	patients décédés		survivants	
	Médecine	Chirurgie	Médecine	Chirurgie
Hémorragie digestive	4	0	80	1
Perforation d'UGD	/	3	/	47
Sténose pyloro-bulbaire	2	0	13	5
Ulcéro-cancer gastrique	/	1	/	1

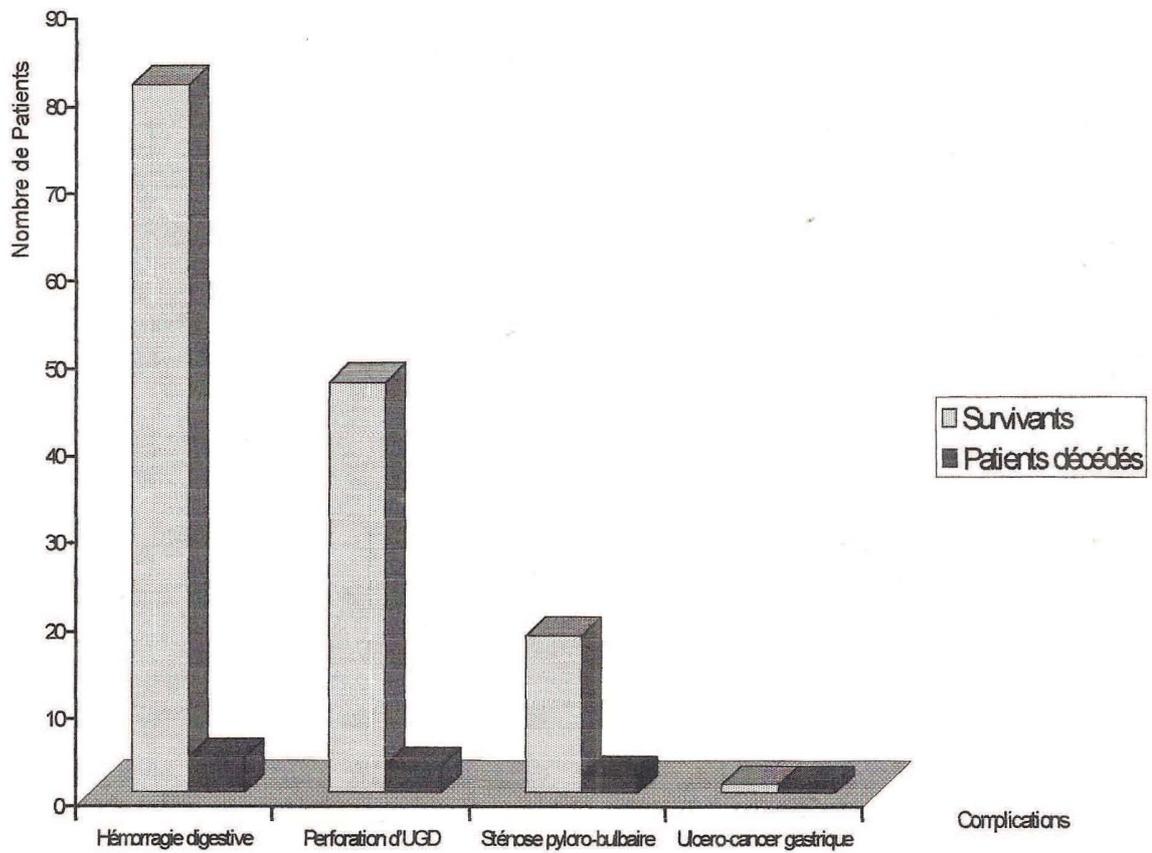
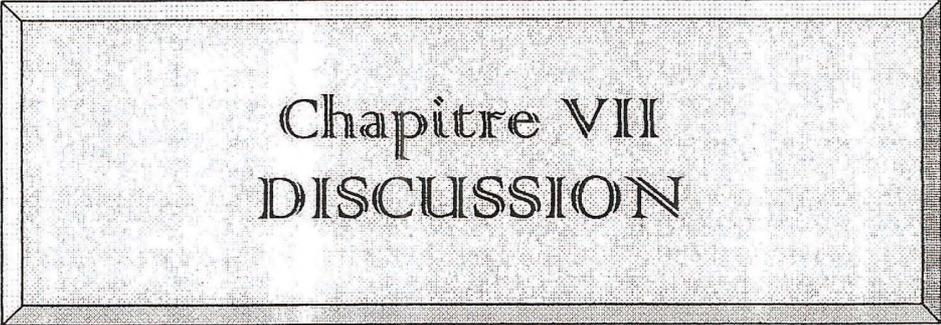


Figure 14 : Répartition des patients en fonction de la survie pendant l'hospitalisation



Chapitre VII
DISCUSSION

Notre travail rapporte 157 cas de complications de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale recensés en 5 ans dans deux services de l'HCY.

Ces complications sont dominées par les hémorragies digestives et la perforation gastro-duodénale.

Il s'agit essentiellement d'un travail rétrospectif réalisé en milieu urbain.

Le caractère cosmopolite de la ville de Yaoundé et le grand nombre de patients pris en charge à l'HCY rend l'échantillon assez représentatif.

Les différents résultats seront discutés à la lumière des données de la littérature.

A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

La taille de l'échantillon étudié (157 cas) est assez proche de celle de la série de Lokrou et Coll. qui ont obtenu 141 cas de complications d'UGD mais sur une période plus longue car sur 12 ans (30). Par contre Maïga au Mali dans une étude prospective rapporte 100 cas de complications d'UGD sur une année (32). La série d'Odimba et Coll. (41) est beaucoup plus importante car rapporte 580 cas de complications d'UGD sur 17 ans (41).

Ces différences du nombre des patients dans les études est probablement en rapport avec le mode de recrutement qui peut varier d'un centre à l'autre.

A.1. PROVENANCE DES PATIENTS

La prédominance des patients de Médecine par rapport à ceux de Chirurgie est probablement due à la prédominance des hémorragies digestives qui est une complication généralement prise en charge en milieu médical. Ceci est en rapport avec l'utilisation des puissantes molécules anti-sécrétoires.

A.2. AGE ET SEXE

Nous avons trouvé dans notre population une moyenne d'âge de 41,37 ans. La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 26 et 45 ans : il s'agit d'une population relativement jeune avec une prédominance masculine. Ceci se rapproche des résultats observés aussi bien par Lokrou et Coll. en Côte d'Ivoire 42,28 ans (30) que par Vohito en République Centrafricaine 38,50 ans (51) chez qui la prédominance masculine est beaucoup moins nette. En Europe, l'incidence maximale se situe autour de 50 ans (6). Cette différence entre les sexes pourrait être due au fait que les hommes de par leur situation sociale sont plus souvent exposés au stress. La jeunesse de notre population d'étude peut également s'expliquer par la pyramide d'âges des pays en voie de développement.

B. LES COMPLICATIONS DE L'UGD RENCONTREES

B.1. LES HEMORRAGIES DIGESTIVES

Les hémorragies digestives constituent l'une des complications habituelles des UGD (11). Plusieurs auteurs suggèrent qu'elles sont les plus fréquentes des complications de la maladie ulcéreuse (5, 15, 30, 32, 39, 41).

La fréquence trouvée chez nos patients 54,14% est inférieure à celle trouvée par Lokrou et Coll. en Côte d'Ivoire (89%) (30). Par contre dans certaines séries, les hémorragies semblent moins fréquentes : de 32% pour Ndjitoyap et Coll. à Yaoundé (39) à 10% pour Angorn en Afrique du Sud (1).

Les différences observées pourraient en partie être expliquées par le mode de recrutement. En effet, les études peuvent être effectuées dans divers centres :

- Centre d'endoscopie digestive ;

- Service de médecine interne ;

- Service de chirurgie ;
- Unité médico-chirurgicale.

Les facteurs ulcérogènes pourraient également jouer un rôle dans la genèse des hémorragies digestives en milieu tropical : Prise d'AINS et consommation d'épices.

B.2. LA PERFORATION D'UGD

La perforation représente la seconde cause des complications dans notre étude. La fréquence trouvée 31,85% se rapproche de celles trouvées par Angorn en Afrique du Sud 30%(1) et Ndjitoyap au Cameroun entre 1986 et 1988 (39). Cette valeur est nettement supérieure à celle trouvée par Odimba et Coll. en France 21% (42). Cette valeur est intermédiaire entre celle de Yangni-Angate et Coll. en Côte d'Ivoire 23,10% (53) et celle de Takongmo et Coll. au Cameroun 59,7% (49) alors que Lokrou et Maïga dans un service de médecine interne n'ont que 4% de complications ulcéreuses à type de perforation (30,32). Ceci suggère un mode de recrutement différent entre les séries médicales et chirurgicales dans un même pays. La fréquence élevée des perforations en milieu tropical peut s'expliquer par :

- le retard à consulter qui entraîne le diagnostic tardif de l'UGD
- la mauvaise observance thérapeutique due soit aux moyens limités des patients ou le recours à la médecine traditionnelle.

B.3. LA STENOSE PYLORO-BULBAIRE

Nous avons eu 12,74% de sténose pyloro-bulbaire. Cette fréquence se rapproche de celles trouvées par Dufflo-Moreau et Coll. au Mali 10% (16) et Yangni-Angate et Coll. en Côte d'Ivoire 13,2% (53). Par contre, elle s'éloigne de celles de Maïga (32) et Odimba (41) qui ont trouvé respectivement 16% et 4,48%.

Les sténoses pyloro-bulbaires surviennent généralement après plusieurs poussées évolutives et sont le plus souvent le fait des ulcères anciens évoluant depuis près de 5 ans (39).

Sa fréquence élevée en milieu tropical est probablement en rapport avec le retard de consultation.

B.4. L'ULCERO-CANCER DE L'ESTOMAC

La dégénérescence néoplasique de l'ulcère gastrique est une complication classique, qui d'ailleurs justifie la surveillance des patients (52).

Bikandou et Coll. au Congo (7), Karayuba et Coll. au Burundi (24) et La Vecchia et Coll. en Italie (27) ont trouvé les antécédents d'ulcère gastrique respectivement chez 16,12%, 28,3% et 10,2% des patients présentant un cancer gastrique.

L'éventualité d'un ulcéro-cancer de l'estomac a été évoquée chez 2 de nos patients (1,27%). Ndjitoyap et Coll. ont trouvé 5 cas (4,17%) sur un échantillon de 102 patients (39). En fait, ceci ne peut être retenu sans réserve car le diagnostic d'ulcère dégénéré reste difficile. D'après Morson (38), il faut un ulcère persistant et que le carcinome soit retrouvé sur l'une des berges de l'ulcère. D'autre part, ulcère et cancer peuvent coexister dans l'estomac sans relation l'un avec l'autre même quand ils ont été trouvés dans une même zone.

C. ANTECEDENTS DES PATIENTS PORTEURS DE COMPLICATION D'UGD

C.1. LES COMPLICATIONS INAUGURALES

Dans notre étude, 32,48% d'UGD ont été révélés par une complication.

La perforation a été révélatrice dans 16,56 %, valeur inférieure à celles d'autres séries qui vont de 25% pour Nemeth et Coll. (40) à 35% pour Lawal et Coll. (28).

L'hémorragie a révélé l'UGD dans 14,01%, pourcentage intermédiaire entre ceux de Maïga et Coll. (32), Nemeth et Coll. (40) qui ont trouvé respectivement 10% et 31% .

La sténose a été inaugurale de la maladie ulcéreuse dans 1,91%, pourcentage très bas par rapport à celui de Bernades et Coll. qui suggèrent que 13 à 20% de sténose sont révélatrices de la maladie ulcéreuse (4).

Ces constatations confirment l'existence des ulcères latents et méconnus, découverts souvent par l'examen endoscopique ou radiologique et parfois sur des pièces d'autopsie.

C.2. SUIVI THERAPEUTIQUE

21,7% de patients ayant un antécédent d'épigastalgies n'ont suivi aucun traitement avant la survenue de la complication. Ceci peut s'expliquer par le fait que les douleurs d'intensité modérées sont souvent supportées par plusieurs patients. Il est important de sensibiliser ces patients sur le risque vital encouru car un ulcère peut cicatriser, récidiver ou se compliquer (6).

C.3. FACTEURS DE RISQUES ULCEROGENES

La prise du tabac a été retrouvée chez 17,83% des patients. Ce pourcentage se rapproche de ceux de Vohito et Coll. 15% (51), Ibara et Coll. 16% (22) mais est inférieure à ceux de Lokrou et Coll. 39% (15), Duflo-Moreau et Coll. 51% (30).

Concernant la consommation d'alcool, 33,12% des patients prenaient de l'alcool. Cette valeur est proche de celles d'autres auteurs qui ont retrouvé des valeurs allant de 30% à 33% (15, 51).

Quant à la consommation d'AINS, 10,19% des patients consommaient régulièrement les AINS. Ce pourcentage est inférieur à ceux d'autres auteurs qui ont trouvé les valeurs allant de 46% à 66% (15, 22, 51).

La consommation de piment a été notée chez 13,18% de patients. Ce pourcentage est inférieur à celui de Ibara et Coll. 37% (22).

Cette étude met donc en évidence l'influence de certains facteurs favorisants ou déclenchants, alimentaires ou médicamenteux. La plupart des plats traditionnels camerounais sont préparés à base de piment. A propos des AINS, nos résultats sous-estiment leur impact car les salicylés sont surconsommés en automédication et dont on apprécie les conséquences qu'à la phase d'hémorragie digestive patente. Ces médicaments produiraient un affaiblissement des défenses de la muqueuse (37) et pourraient favoriser, réactiver ou compliquer l'ulcère.

D. ASPECTS TOPOGRAPHIQUES

D.1. RESULTAT GLOBAL

Nous avons eu 60,51 % d'ulcère duodéal (95 cas) et 35,67 % d'ulcère gastrique (56 cas) soit un ratio ulcère duodéal / ulcère gastrique de 1,7. La prédominance de l'ulcère duodéal est retrouvée par plusieurs auteurs (6, 22, 30, 48, 51). Le ratio trouvé 1,7 est relativement faible lorsqu'il est comparé à

ceux trouvés en République Centrafricaine 2,55/1 (51), en France 4/1 (41) et au Congo 7,87/1 (22).

3,82 % de nos patients ont eu un double ulcère gastrique et duodéal. Ce pourcentage se rapproche de celui de Vohito qui a trouvé 3 % de doubles ulcères (51). A noter que Thomas (50), après avoir colligé les données de diverses régions d'Afrique pendant la période de 1948 à 1977, propose la distribution suivante : 22,03 % d'ulcères gastriques et 0,5 % de doubles ulcères.

La petite taille de notre échantillon pourrait expliquer cette différence dans les ratios.

D.2. ULCERES GASTRIQUES COMPLIQUES

Dans notre étude, la localisation la plus fréquente des ulcères gastriques est l'antrum (67,74 %). Cette valeur est proche de celle des autres auteurs à l'instar de Vohito et Maïga qui ont trouvé respectivement 62% et 64% de localisation antrale (22, 32).

D.3. ULCERES DUODENAUX COMPLIQUES

Le siège habituel des ulcères duodénaux est le bulbe (11). 83,16 % de nos patients ont eu un ulcère duodéal de siège bulbaire. La très rare localisation post-bulbaire a été trouvée chez 1 de nos patients.

D.4. ORIGINE DES HEMORRAGIES DIGESTIVES

Dans notre étude, 61,18 % des hémorragies sont localisées au niveau du duodénum, 35,29 % au niveau de l'estomac et 3,53 % ont concerné les doubles ulcères.

Loperfido et coll. (31) ont également suggéré que le risque hémorragique est plus important pour l'ulcère duodéal et que deux tiers des

saignements ulcéreux sont de siège duodéal. Toutefois, il est possible que sous l'influence d'un stress, l'incidence des hémorragies gastriques soit plus importante que celle des hémorragies d'origine duodénale (2). Dans ce deuxième cas, il s'agit souvent d'une gastrique aiguë hémorragique associée à l'ulcère gastrique.

D.5. SIEGE DES PERFORATIONS D'UGD

Nous avons eu 58 % de perforation duodénale et 42 % de perforation gastrique. Cette constatation qui fait des perforations duodénales les plus fréquentes est établie par d'autres auteurs (23, 28). Le ratio trouvé 1,38 est plus faible que ceux trouvés par Idali et coll. au Maroc 2,28 (23), Lawal et coll. au Nigeria 3 (28). Cette prédominance des perforations duodénales peut s'expliquer par la fréquence plus élevée des ulcères duodénaux comme le relève Caulet (10) qui précise que les perforations concernent 20 % d'ulcères duodénaux et 10 % d'ulcères gastriques.

D.6. SIEGE DES ULCERES STENOSANTS

Nous avons eu 70 % de sténose d'origine bulbaire (14 cas) et 20 % de sténose d'origine antrale. Déjà en 1974, Haubrich aux USA avait établi que cette complication est plus fréquente au cours de l'ulcère duodéal (21). Ceci est probablement en rapport avec le faible calibre de la lumière intestinale au niveau du bulbe.

D.7. SIEGE DE LA DEGENERESCENCE MALIGNE

Les 2 cas d'ulcéro-cancer que nous avons trouvés sont des carcinomes de l'antra gastrique. Selon Bernades, « l'ulcère duodéal ne cancérise jamais. L'ulcère gastrique se cancérise dans un petit pourcentage » (6). En réalité, il

n'est pas toujours facile de rattacher la lésion gastrique dégénérée à une lésion ulcéreuse préexistante, bien que classiquement seule la lésion gastrique dégénère.

E. MORTALITE LIEE AUX COMPLICATIONS DE L'UGD

Le caractère rétrospectif de notre travail n'a pas toujours permis un suivi exclusif des patients pour rattacher de manière absolue le décès à la complication de la maladie ulcéreuse. Le taux de mortalité due aux complications hémorragiques 4,70% est intermédiaire entre celui de Maïga 1,25% (32) et celui de Mignon environ 10% (37). Par contre, Meran trouve un taux plus élevé allant de 15 à 30 % (34).

La mortalité par sténose ulcéreuse 10% est beaucoup plus élevée par rapport à celle de Fadil 1,1 % (19).

Concernant la perforation, le taux de mortalité observé 6% dans notre série est largement inférieur à ceux d'autres auteurs où les taux vont de 15 à 24% (28, 42).

Globalement, la mortalité pourrait être largement diminuée par des consultations précoces, une prise en charge thérapeutique médico-chirurgicale bien codifiée avec une disponibilité des médicaments.

Chapitre VIII
CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS

A. CONCLUSION

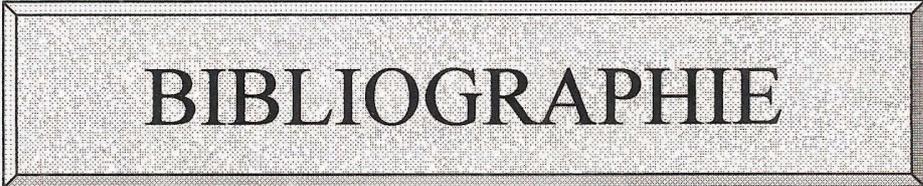
Cette étude a permis de dégager les caractéristiques des complications de l'UGD dans notre milieu et montre que :

- la maladie touche volontiers l'adulte jeune de sexe masculin ;
- les principales complications sont à type d'hémorragie digestive suivie de perforation ;
- les complications siègent le plus souvent au niveau de l'antrum gastrique et du bulbe duodénal ;
- les complications révèlent la maladie ulcéreuse gastro-duodénale dans le tiers des cas avec une mortalité qui reste encore élevée.

B. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous suggérons :

1. Que des études multicentriques sur un plus grand échantillon soit menée pour mieux apprécier l'épidémiologie des complications de l'UGD.
2. Qu'une campagne de sensibilisation soit menée au niveau de la population afin d'encourager les consultations précoces.
3. Que la pratique de l'endoscopie digestive soit généralisée dans nos formations hospitalières provinciales.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Angorn I. B., Thoshal M.G., Baker L.W.**
Acid secretion in Zulu and indian patient with duodenal ulcer.
S. Afr. Med.J., 1976, 50 : 143-145.
2. **Aoyama N., Kinoshita Y., Fujimoto S.**
Peptic ulcers after the Hanshin-Awaji earthquake : increased incidence of bleeding gastric ulcers.
Am. J. Gastroenterol, 1998, 93 : 311-316.
3. **Behle G.A.**
Etude des hémorragies digestives hautes en milieu camerounais (Intérêt de l'endoscopie). Résultats préliminaires.
Thèse CUSS, Université de Yaoundé, 1988.
4. **Bernades P.**
Les sténoses antro-pyloro-bulbaires de l'adulte.
Encycl.Med. Chir, Estomac-intestin, 9031A²⁰, 1981.
5. **Bernades P., Huguier R. M., Houry S.**
Complications des ulcères gastro-duodénaux.
Encycl. Med. Chir., Estomac-Intestin, 9022A¹⁰, 1983.
6. **Bernades P.**
Les ulcères gastro-duodénaux. In Bernier J.J.
Gastro-enterologie, T1, édition Flammarion Médecine Sciences, Paris, 1986, 271-289.
7. **Bikandou G., Ibara J. R., Koloko J., Massengo R.**
Les cancers gastriques au CHU de Brazaville (A propos de 31 cas opérés).
Méd. Afr. Noire, 1995, 42 :35-38.
8. **Burkitt H. G., Young B., Heath J. W.**
Le tube digestif In
Histologie fonctionnelle, Edition Wheater, 1993, 252-258.

9. **Castaigne A., Lejong J.L., Schaeffer A.**
Sémiologie Médicale : Initiation à la physiopathologie, édition Sandoz,
Rueil-Malmaison, 1981, 286-287.
10. **Caulet T.**
Anatomie pathologique des ulcères gastro-duodénaux.
Encycl. Med. Chir., Estomac-Intestin, 1976, 9020B¹⁰.
11. **Conte M.**
Estomac. In
Gastro-entérologie : Pathologie médicale, Edition Flammarion
Médecine sciences, Paris, 1980, 105-106.
12. **Cook C.**
Clinical aspects of gastro-duodéal ulcer. In
Tropical gastro-enterology, Oxford édition, New York, 1980, 40 and
48-49.
13. **Cotran, Kumar, Robbins**
Robbins Pathologic Basic of disease, 5^e édition, Harper Collins, 1994,
773-777.
14. **Deltenre M., Reuck D.C, Burette A. et Coll.**
Multipolar endoscopic coagulation in hard bleeds from upper gastro-
intestinal tract ulceration : A Prospective study. Digestive haemorrhage,
Acta Endoscopia, 1988, 18 : 291-33.
15. **Duflo-Moreau B., Guindo A., Diallo B., Agrhaly A.**
Les ulcères gastro-duodénaux à Bamako (Mali) : Aspects
épidémiologiques, symptomatiques et évolutifs. A propos de 275 cas.
Ann. Gastroenterol. Hepatol, 1980, 16 : 103-106.

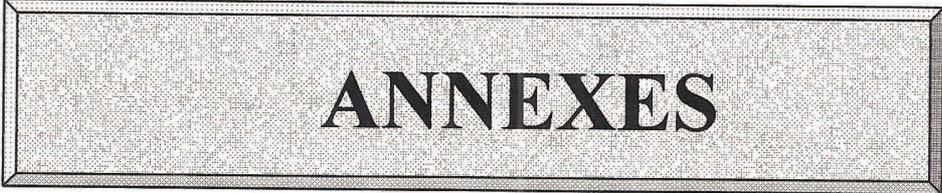
16. **Duflo-Moreau B., Guindo A., Duflo B.**
Place de la cimétidine dans le traitement de l'ulcère duodénal à Bamako (Mali).
Méd. Afr. Noire, 1981, 28 : 651-652.
17. **Duggan J.M.**
Aspirin ingestion and perforated Peptic ulcer.
Gut, 1972, 13 : 631-633
18. **Elashoff J. D., Grossman M. I.**
Trends in hospital admissions for peptic ulcer in the United States from 1970 to 1978.
Gastro-entorology, 1980, 78 : 280-285.
19. **Fadil A., Moumen M., Bellakhdar A., el Fares F.**
Pyloro-duodenal stenosis of ulcer origin. A propos of 260 cases.
J. chir (Paris), 1992, 129 : 27-30.
20. **Galian A., Halphen M.**
Anatomie et embryologie de l'intestin grêle In Bernier J.J.
Gastro-entérologie, T1, édition Flammarion Médecine sciences, Paris, 1986, 486-487.
21. **Haubrich W.S.**
Complications of peptic ulcer diasease In
Gastro-enterology, Saunders edition, Philadelphia, 1974, 1 : 720-762.
22. **Ibara J.R., Ikourou A., Itoua N., Gaporo A.**
Les ulcères gastriques et duodénaux à Brazzaville à propos de 728 cas.
Méd. Afr. Noire, 1993, 40 : 459-463.

23. **Idali B., Miguil M., Guartit A., Boudarka M.A., Abassi O., Benaguida M.**
Les Péritonites graves par perforation d'ulcères gastro-duodénaux
Méd. Afr. Noire, 1995, 42 : 333-336.
24. **Karayuba R., Armstrong O., Bigirimana V.**
Le traitement chirurgical des cancers gastriques au CHU de Kamenge
(Bujumbura).
Méd. Afr. Noire, 1993, 40 : 605-607.
25. **Khullar S.K., DiSario J. A.**
Gastric outlet obstruction
Gastro-intest. Endosc. Clin. N. Am., 1996, 6 : 585-603.
26. **Kodjoh N. , Hountondji A., Adora B.**
Hémorragies digestives hautes et pathologie oeso-gastro-duodéal dans
un service de Médecine interne en milieu tropical.
Méd. Afr. Noire, 1992, 39 : 25-30.
27. **La Vecchia C., Braga C., Negri E., Franceschi C.**
Risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer
Eur. J. cancer Prev., 1997, 6 : 20-23.
28. **Lawal O.O., Fadiran O.A., Olowole S.F., Campbell B.**
Clinical pattern of perforated prepyloric and duodenal ulcer in elderly
patients.
Trop. Doct., 1998, 28 : 152-155.
29. **Leporrier M.**
La petite encyclopédie Hamburger, édition Flammarion Médecine
Sciences, Paris, 1994, 509-510.
30. **Lokrou A.L, Diallo A., Toutou T. et coll.**
La maladie ulcéreuse du noir africain en milieu hospitalier : A propos
de 271 cas observés dans un service de Médecine interne.
Méd. Afr. Noire, 1986, 33 : 607-616.

- 31. Loperfido S., Monica F., Maifrenil L. et coll.**
Bleeding peptic ulcer occurring in hospitalized patients. Analysis of predictive and risk of factors and comparison without -of- hospital onset of haemorrhage.
Digestive diseases and sciences, 1994, 39 : 698-705.
- 32. Maïga M. Y., Diallo G., Traore H. A. et coll.**
Complications Hémorragiques des ulcères gastro-duodénaux en milieu tropical au Mali à propos de 80 cas.
Méd. Afr. Noire, 1995, 42 : 9-13.
- 33. Maillet M.**
Histologie des organes, édition Etudes vivantes, Paris - Montréal, 1980, 78-84.
- 34. Meran J. G., Wagner S., Manns M.**
Complications of Peptic ulcer.
Wien Med ; Wochenschr, 1992, 142 : 183-187.
- 35. Michowitz N., Farago C.,**
Choledocho-duodéal fistula a rare complication of duodenal ulcer.
Am. J. Gastro-enterol. , 1984, 79 : 416-420
- 36. Mignon M.**
Prévention des rechutes et des complications ulcéreuses dans la maladie ulcéreuse duodénale : Traitement d'entretien.
Gastro-entérol. Clin. Biol., 1990, 14 : 1-7.
- 37. Mignon M.**
Gastro-entérologie : Précis des maladies de l'appareil digestif, édition AUPELF UREF Ellipses, Paris, 1992, 311-324.
- 38. Morson B.C., Sobin L. H., Grundmanne et coll.**
Precancerous condition and epithelial dysplasia in the stomach.
J. Clin. Pathol., 1980, 33 : 711-721.

39. **Ndjitoyap Ndam E.C., Sosso A. M., Gonsu F. J. et coll.**
Complications évolutives des ulcères gastro-duodénaux au Cameroun :
à propos de 102 cas observés à l'Hôpital Central de Yaoundé.
Méd. Chir. Dig., 1990, 19 : 171-172.
40. **Nemeth J., Gallian A.**
Pertes de substances gastro-duodénales non tumorales. Etude
Anatomo-pathologique
Encycl. Méd. Chir., Estomac- Intestin, 1989, 9020 B¹⁰.
41. **Odimba B. F. K., Stoppa R., Henry X. et coll.**
Traitement de l'ulcère duodéal perforé : Notre expérience de la
vagotomie.
Méd. Chir. Dig., 1986, 15 : 171-173.
42. **O'Riordains D.S., O'Dwyer P. J., O'Higgins M. J.**
Perforated duodenal ulcer in elderly patients.
J.R. coll. Surg. Edinb., 1990, 35 : 93-94.
43. **Poirier J., Ribadeau, Dumas J.L.**
Histologie de l'estomac. In
Abrégé d'histologie, édition Masson, Paris, 1988, 3 : 159-171.
44. **Raoul J. C., Emery P., Bretagne J. F. et coll.**
Hémorragies digestives par ulcération gastro-duodénale secondaire aux
gastro-toxiques.
Gastro-entérol. Clin. Biol., 1991, 15 : 950-955.
45. **Reys P.**
Hémorragies digestives de la maladies ulcéreuse
Revue du prat., 1985, 35 : 2945-2955.

46. **Rouviere H., Delmas A.**
Anatomie humaine, T2, édition Masson, Paris, 1992, 375-388 et 398.
47. **Rozos I.,**
Common abdominal emergency cases at the end of the 20th century.
Or. V. Hetil, 1998, 139 : 1515-1520.
48. **Svanes C., Salvesen H., Strangelang L., Svanes K., Soreide O.**
Peptic ulcer over 56 years. Time trends in patients and disease characteristics.
Gut, 1993, 34 : 1666-1671.
49. **Takongmo S., Juimo A.G., Nko'o Amvene S. et coll.**
Maladie ulcéreuse gastro-duodénal : accès aux moyens de diagnostic et de traitement en milieu tropical.
Méd. Afr. Noire, 1995, 42 : 384-388.
50. **Thomas J., Moreira C., Klotz F.**
Les ulcères gastro-duodénaux de l'africain de race noire.
Tempo Médical, édition Afrique, 1982, 23 : 14-20.
51. **Vohito M.D.**
Les ulcères gastro-duodénaux à Bangui : Aspects épidémiologiques à propos de 300 cas observés en endoscopie.
Méd. Afr. Noire, 1989, 36 : 9-11.
52. **Walker C.O.**
Complications of Peptic ulcer disease In
Gastro-intestinal disease : pathophysiology, diagnosis, management,
Saunders édition, Philadelphia, 1973, 757-771.
53. **Yangni-Angate A., Khoury J., Ehu A. et coll.**
L'ulcère gastro-duodénal en Côte d'Ivoire.
Etude de 303 cas.
Méd. Afr. Noire, 1981, 28 : 643-650.



ANNEXES

FICHE TECHNIQUE

SERVICE : Date d'entrée N°

N.B.: Oui = 1 Non = 2

I. IDENTITE DU MALADE

- Nom et Prénom :
- Age :
- Sexe : Féminin Masculin
- Ethnie :
- Profession :
- Résidence :

II. INTERROGATOIRE

1. Ulcéreux connu ou antécédents de syndrome ulcéreux
si (1), préciser la durée d'évolution :
2. Prise de substances gastro-toxiques
3. Survenue antérieure d'une complication préciser :
4. Traitement suivi avant la survenue de la complication
 - Médical
 - Chirurgical
 - Indigène
 - Aucun

III. TYPE DE COMPLICATION (préciser le siège)

- Hémorragie digestive
- Perforation
- Sténose
- Cancérisation
- Fistulisation
- Autres :

IV. PRONOSTIC

Patient décédé