

Deuxième Congrès National de l'Association Médico-chirurgicale de Gastro-Entérologie de Madagascar

Antananarivo, 15 et 16 Juin 2012

R 01. Analgésie postopératoire des chirurgies abdominales sous laparotomie au HJRA—CHUA

Randrianambinina TP, Rakotondrainibe A, Rasoamampianina L, Rajaonera TA, Randriamiarana MJ

*USFR de Réanimation Chirurgicale
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Justificatif. La laparotomie engendre une douleur postopératoire (DPO) intense à l'origine d'une morbidité majeure. La qualité de la prise en charge de cette douleur, basée sur le concept de l'analgésie multimodale, peut apporter un réel bénéfice en termes de réhabilitation postopératoire.

Objectif. Déterminer les méthodes de prise en charge de la douleur postopératoire après chirurgie digestive sous laparotomie.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective sur douze mois, allant du 01 Janvier 2011 au 31 Décembre 2011, portant sur les dossiers des patients âgés de plus de 18 ans, ayant reçu une analgésie postopératoire après chirurgie digestive sous laparotomie, au service de Réanimation Chirurgicale au CHU HJRA.

Résultats. Quatre vingt neuf patients étaient retenus pour cette étude. La moyenne d'âge des patients était de 48 ans (extrêmes: 18 et 79 ans), le *sex-ratio* était de 0,44. Les principaux types d'intervention étaient la cholécystectomie (21,34%), la colectomie et l'amputation abdomino-pelvienne (20,22%), la gastrostomie et l'anastomose gastro-jéjunale (16,85%), la laparotomie

exploratrice (10,11%), la splénectomie (7,86%) et les autres interventions non spécifiques (fracture du foie, adhésiolyse, cure d'événtration, péritonite appendiculaire) (23,59%). L'analgésie par voie systémique était systématique pour tous les types d'intervention. Seuls 13,28% des patients avaient bénéficié d'une analgésie locorégionale : une analgésie péridurale dans 6,99% des cas, une rachianalgésie à la morphine (3,49%) et une infiltration pariétale (2,79%).

Conclusion. Selon la littérature, bien que l'association d'analgésiques à mécanismes et sites d'action différents puisse être utilisée par voie systémique, aucun de ces produits ne semble lutter efficacement contre la DPO après laparotomie. L'analgésie loco-régionale, quant à elle, est recommandée. Elle devrait être systématiquement proposée au patient lors de la consultation pré anesthésique et être réalisée devant toute laparotomie selon les possibilités techniques et matérielles.

R 02. Lymphome de Burkitt duodénal primitif chez un enfant malgache

Rabesalama SSEN, Randrianirina A, Rakotonaivo MJ, Andriamanananarivo ML, Rakotoarijaona A, Rakoto Ratsimba HN

USFR de chirurgie, CHU Toamasina

Résumé. Les auteurs rapportent un cas pédiatrique de lymphome de Burkitt primitif duodénal responsable d'une hémorragie digestive et d'une compression cholédocienne. Le traitement est chirurgical suivi d'une chimiothérapie. Les particularités diagnostiques et thé-

rapeutiques de cette localisation peu commune sont discutées à travers une revue de la littérature.

R 03. Cancer de l'œsophage à Madagascar : à propos de 34 cas vus en oncologie

Hasiniatsy R, Randriamanovontsoa E, Randriamalala R, Maniry Iangonantsoa J, Razakanaivo M, Ranaivomanana M, Andrianandrasana NO, Rabarijaona L, Rafaramino F

*USFR d'Oncologie-Radiothérapie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Objectif. Le cancer de l'œsophage reste une tumeur qui n'a pas de place dans la politique de santé publique des Pays de l'Afrique Sub-saharienne. Notre étude se propose de déterminer le profil épidémioclinique de cette pathologie à Madagascar.

Matériels et méthodes. C'est une étude rétrospective sur 5 ans, récupérant les cas de cancer invasif localisés de la bouche œsophagienne à la jonction œsogastrique.

Résultats. Nous avons colligé 34 cas sur 7123 patients vus en oncologie durant cinq ans, soit moins de un pour cent. La sex-ratio est de 7,5/1 dont la majorité habite à proximité du Service de Cancérologie. L'âge moyen est de 54,82 ans avec un minimal de 28 ans et un maximal de 73 ans. C'est en général une population alcool-tabagique. La dysphagie constitue le maître-symptôme. Les patients mettent en moyenne 8,7 mois après les premiers symptômes pour venir en consultation avec des extrêmes de 0 à 60 mois. Pour la localisation : 3 tumeurs ont siégé au niveau de l'œsophage cervical, 8 au niveau du 1/3 supérieur de l'œsophage thoracique, 10 au niveau du 1/3 moyen et 13 au niveau du 1/3 inférieur. Ce sont surtout des tumeurs bourgeonnantes. Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent avec 27 cas, suivi de l'Adénocarcinome. La radiographie de thorax et l'échographie abdomino-pelvienne constitue les examens les plus demandés pour le bilan d'extension. A Madagascar, la durée moyenne de suivi des patients porteur de cancer de l'œsophage est de 76 jours.

R 04. Profil histo-épidémiologique des cancers du tube digestif diagnostiqués à l'UPFR Anatomie et Cytologie Pathologique du CHU-JRA

Nomenjanahary L, Andriamampionona TF, Randrianjafisamindrakotroka NS

*UPFR Anatomie et Cytologie Pathologie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Objectif. Etudier le profil épidémiologique et anatomopathologique des cancers du tube digestif.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude analytique, rétrospective transversale des prélèvements biopsiques ou pièces opératoires du tube digestif examinés à l'UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA de 2007 à 2011.

Résultats. Deux cent soixante huit cancers digestifs étaient colligés sur 174 biopsies et 94 pièces opératoires. La moyenne d'âge était de 54,15 ans avec des extrêmes de 3 à 85 ans. Le sex-ratio était de 1,4. Les organes les plus fréquemment atteints étaient : le colon (46,64 %), l'estomac (25,37 %), l'œsophage (17,54 %), puis l'intestin grêle (4,85%), l'anus (4,85%) et l'appendice (0,75%). Sur le plan anatomopathologique, l'adénocarcinome était le plus fréquent (66,04%). Ce type histologique représentait 91,2% des cancers recto-coliques et 60,3% des cancers gastriques. Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent au niveau de l'œsophage (65,9%).

Conclusion. Cette étude montre la fréquence et le profil anatomopathologique des cancers du tube digestif à Antananarivo, qui peut refléter aussi le cas dans tout Madagascar. La connaissance de la population à risque pour chaque type histologique de ces cancers permet de savoir le type et le moment propice pour instaurer un dépistage, afin de diminuer l'incidence.

R 05. Incidence des cancers digestifs dans le Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HUIJA) d'Antananarivo

Rasoaherinomenjanahary F, Rakotonaivo MJ, Randriambololona VH, Rakotondrainibe A, Samison LH

*USFR de Chirurgie Viscérale
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Objectif. Dans le cadre d'une étude rétrospective réalisée dans le service de Chirurgie viscérale de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

(HJJRA) d'Antananarivo, nous avons voulu déterminer le profil histo-épidémiologique des cancers digestifs primitifs à partir de 227 cas sur 356 cancers diagnostiqués entre janvier 2005 à Décembre 2009.

Résultats. Leur fréquence était estimée à 63,76%. Ces cancers étaient à prédominance masculine. L'âge moyen était de 43,32 ans avec des extrêmes allant de 18 à 86 ans. Les cancers du côlon (29,96%) étaient les plus fréquents, suivis des cancers de l'estomac (16,74%), du rectum (15,42%), du pancréas (11,01%), et du foie (9,25%). Les autres cancers rares étaient les cancers de l'œsophage (6,61%), des voies biliaires (4,85%), les cancers de l'intestin grêle (3,96%), de l'anus (1,32%), et de l'épiploon (0,88%).

Comme facteurs favorisants, le régime pauvre en fibres alimentaires et hypersalé, la forte consommation d'aliments fumés et de boissons alcooliques, la forte prévalence des infections à *Helicobacter pylori* ainsi que le recours à la médecine traditionnelle sont une réalité incontestable dans notre pays. Histologiquement, les adénocarcinomes étaient la variété la plus fréquente.

Conclusion. Pour réduire l'incidence de ces cancers, la recherche et le traitement systématique des lésions précancéreuses chez des sujets à risque sont primordiaux. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour une meilleure identification des cas incidents. Il faudrait inciter chaque structure hospitalière régionale à revoir leur système d'enregistrement et à améliorer l'archivage des dossiers médicaux afin qu'un registre de tous les cancers puisse enfin voir le jour à Madagascar.

R 06. Épidémiologie des cancers colorectaux vus au CHU de Mahajanga

Andrianiana HD, Ranjava NM,
Razafinjatovo WC, Rakotoarisoa DLA,
Randrianirina JBS, Tiandaza OD,
Ravolamanana RL

*Service de Chirurgie Viscérale
CHU Mahajanga*

Objectif. Les cancers colorectaux semblent classiquement rares en Afrique intertropicale et en Asie. A Madagascar, peu d'études ont été réalisées. Dans cette étude, notre objectif est de décrire les aspects épidémiologiques des cancers colorectaux durant 5ans de janvier 2006 à décembre 2010 dans le Service de Chirurgie Viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga.

Matériels et méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective, colligeant les patients hospitalisés, confirmés histologiquement et opérés pour cancers colorectaux (CCR) dans le Service de Chirurgie Viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga. L'âge, le genre, la topographie, la profondeur et les types histologiques des lésions étaient analysés.

Résultats. Nous avons retenu 15 patients sur 31 patients suspects de CCR. L'âge moyen était de 54,2 ans avec une prédominance masculine dont le *sex-ratio* était de 1,5. Douze cas (80%) étaient localisés sur le côlon gauche. Six cas (40%) étaient de stade B et D de *Dukes* et dix cas (66,66%) ne présentaient pas de métastases. Les adénocarcinomes lieberkühniens étaient retrouvés dans onze cas (73,33%).

Conclusion. Cette étude a permis d'évoquer la montée progressive des cancers colorectaux à Mahajanga. Ces résultats jugés sous estimés pourraient être améliorés par un dépistage de masse, une facilitation d'accès à des examens complémentaires et anatomopathologiques.

R 07. Prise en charge des cancers colorectaux au CHU-JRA

Raherinantenaina F, Rajaonarivony T,
Rakotomena DS, Rajaonahary TMA,
Rakoto Ratsimba HN

*USFR de Chirurgie Viscérale A
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Introduction. Les cancers colorectaux sont fréquents. Au quotidien, l'évaluation des pratiques quant à leur prise en charge est un outil de mesure de la qualité des soins. A Madagascar, aucune étude ne s'est intéressée à la prise en charge de ces cancers comparativement aux recommandations internationales. L'objectif de l'étude était de montrer les aspects diagnostiques et thérapeutiques de ces cancers afin de les situer à l'échelle des recommandations internationales.

Patients et méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée à l'HJJRA, étalée sur une période de 3 ans (2009-2011). Nous avons inclus les dossiers des patients hospitalisés en services de chirurgie viscérale et/ou de réanimations chirurgicales ayant un adénocarcinome colorectal primitif opéré de façon curative ou palliative. Les patients, dont le suivi était inférieur à 4 mois étaient exclus. Les patients ayant bénéficié d'une chimiothérapie étaient identifiés au service d'oncologie.

Résultats. Nous avons répertorié 60 dossiers. Sans

prédominance significative de genre, l'âge moyen des patients était de 52,4 ans et 30% des cas étaient des adultes jeunes. L'occlusion intestinale aiguë concernait 33,3% des patients. Les tumeurs étaient fréquentes au colon gauche (60%). Une exérèse curative était réalisée dans 81,7% des cas. Le stade III était le plus fréquent (70%). Les suites opératoires à court terme étaient simples (90%) avec un taux de mortalité de 5%. La chimiothérapie adjuvante adoptée chez 70% des patients n'était réalisée que dans 10% des cas.

Conclusion. Malgré le manque de moyens d'investigation dû au problème péculaire nous empêchant d'être relatifs aux normes des recommandations valides, nous avons obtenu de bons résultats.

R 08. Évaluation de l'état nutritionnel en chirurgie digestive lourde au CHU JRA

Rakotondrainibe A, Randriamizao HMR,
Rakotonaivo MJ, Rasoaherinomenjanahary F,
Rajaonera TA, Randriamiarana MJ, Samison LH
*Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Introduction. La dénutrition péri-opératoire est une des complications qui peut entraver la réhabilitation postopératoire et augmenter la morbi-mortalité dans les chirurgies digestives. Son évaluation et sa prise en charge permettent de limiter les conséquences délétères qui lui sont liées. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'état nutritionnel péri-opératoire des patients allant bénéficier d'une chirurgie digestive lourde au CHUA-HUJRA.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude prospective, réalisée sur une période de douze mois, chez des patients allant être opérés d'une chirurgie digestive lourde non urgente. Avant et après l'intervention, une pesée était faite, la notion d'amaigrissement était recherchée et les indices de masse corporelle (IMC) et du risque nutritionnel (IRN) étaient calculés. Des tests de corrélation étaient réalisés entre l'état nutritionnel et la nutrition artificielle ainsi que la pathologie causale et le type de chirurgie.

Résultats. Trente patients, à majorité masculine et d'âge moyen de 46,9 ans, étaient retenus pour l'étude. Un amaigrissement de l'ordre de 10,4 kg était retrouvé dans 83,3% des cas. Seize patients sur 30 (53,3%) avaient présenté une dénutrition pré-opératoire. Après l'intervention, 73,3% des patients, avaient perdu en moyenne 4,1 kg. La variation pondérale péri-opératoire était significativement influencée par le début

($p=0,0184$) et la durée ($p=0,0364$) de la nutrition. En postopératoire, une baisse de la valeur de l'IRN était constatée chez 66,7% des patients. La différence moyenne entre l'IRN pré- et postopératoire n'était corrélée ni avec le début et la durée de la nutrition, ni avec la nature carcinologique ou non de la pathologie causale, ni avec le type de chirurgie.

Conclusion. L'évaluation de l'état nutritionnel reste une nécessité devant toute chirurgie digestive. Le calcul de l'indice de risque nutritionnel s'avère essentiel d'autant plus que la chirurgie est lourde. Cette évaluation permet de mieux prendre en charge toute dénutrition et également d'apprécier l'efficacité de la nutrition péri-opératoire.

R 09. Facteurs de gravité des pancréatites aiguës en Réanimation Chirurgicale du CHUA-HUJRA

Rajaonera AT, Rakotondrainibe A, Rakotoson,
Randriamiarana J
*USFR de Réanimation Chirurgicale
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Objectif. Déterminer les facteurs de gravité d'une pancréatite aiguë selon les explorations disponibles afin d'anticiper la prise en charge intensive adéquate.

Patients et méthodes. Etude rétrospective de Janvier 2007 à Décembre 2009. Le diagnostic de pancréatite aiguë était retenu devant l'association de douleur abdominale « pancréatique », d'une lipasémie supérieure à 3 fois la normale dans les 48 heures suivant le début de la douleur et des critères tomodynamométriques. Les pancréatites étaient divisées en pancréatites aiguës graves ou bénignes selon la Classification d'Atlanta. Nous avons réalisé notre étude chez des patients de tout âge, ayant effectué un minimum d'examen biologiques, à savoir : la lipasémie, la numération-formule sanguine, la créatininémie, l'alanine aminotransférase, et la glycémie.

Résultats. Quatre vingt patients avaient présenté une pancréatite aiguë confirmée. Le sexe masculin prédominait avec un sexe ratio de 4,7 et un âge moyen de $43,47 \pm 15$ ans. Les signes présentés motivant l'admission en réanimation étaient une douleur abdominale, associée ou non à d'autres signes digestifs. L'étiologie de la pancréatite était essentiellement éthylique. Nous avons recensé 52 cas de pancréatite aiguë bénigne et 28 cas de pancréatite aiguë grave dont 11 patients décédés.

Au service de Réanimation Chirurgicale, du CHUA-HUJRA, les facteurs les plus prédictifs de la gravité de la pancréatite aiguë, d'une manière significative, sont par ordre d'importance : les complications respiratoires, la présence de comorbidité, une thrombopénie avec un taux de plaquettes inférieur à 150 G/L, un taux de prothrombine inférieur à 70%, une hémococoncentration avec un taux d'hémoglobine supérieur à 44%.

R 10. Les tumeurs stromales gastro-intestinales : étude de 17 cas répertoriés à l'UPFR Anatomie et Cytologie Pathologie du CHUA - JRA

Andriamampionona TF,
Andriatoavina Andrianirina LC,
Razafimahefa SH, Rasoanomenjanahary F,
Randrianjafisamindrakotroka NS

*UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologie
Hôpital Joseph Ravoahangy AndrianaValona
CHU Antananarivo*

Introduction. Les tumeurs stromales gastro-intestinales ou GIST sont des tumeurs largement méconnues durant la dernière décennie. Elles constituent le premier exemple de tumeurs solides traitées efficacement par un anti-oncogène spécifique.

Patients et méthodes. Nous rapportons ici les caractéristiques histopathologiques de 17 cas de GIST confirmée par une étude immunohistochimique dans notre laboratoire de Janvier 2006 à Décembre 2011.

Résultats: Parmi les 17 cas inclus, deux cas avaient bénéficié d'une étude biologique moléculaire. Dix tumeurs (59%) étaient de localisation intestinale, six de localisations gastriques (35%) et une de localisation péritonéale (6%). Deux cas (12%) présentaient une localisation hépatique associée et les localisations intestinales s'accompagnaient dans 50 % des cas d'une diffusion mésentérique. L'âge des patients variait de 18 à 71 ans, avec une moyenne de 43,7 ans. Le sex-ratio était de 0,54. La clinique était dominée par un syndrome occlusif ou subocclusif (35%).

La taille des tumeurs variait entre 5 et 28 cm, la moyenne était de 11,8 cm. A l'histologie, 15 tumeurs, soit 88%, étaient exclusivement constituées par des cellules fusiformes. Les deux cas restants (12%) étaient de type mixte. Selon la taille de la tumeur et l'activité mitotique, six cas (35%) étaient considérés comme à risque élevé de malignité contre huit cas (47%) à risque intermédiaire et deux cas (12%) à faible risque de malignité. A l'immunohistochimie, 17 cas

étaient CD 117 positifs et CD 34 positifs. Trois cas avaient bénéficié d'un immunomarquage par le DOG1 qui s'est avéré positif. L'étude biologique moléculaire de 2 cas avait montré une mutation de l'exon 11 de KIT.

Conclusion. D'après notre étude, les GIST constituent l'entité la plus fréquente des tumeurs mésoenchymateuses digestives (88%). La moyenne d'âge de nos patients est inférieure à celle retrouvée dans la littérature. Notre série se caractérise par un pourcentage élevé (82%) de formes à risque élevé et intermédiaire de malignité, ce qui soulève la question d'une surveillance post-chirurgicale et de l'intérêt d'un traitement adjuvant par l'Imatinib.

R 11. Hémorragie digestive associée à une hypokaliémie profonde révélatrice d'une leucémie aiguë myéloïde

Rasolonjatovo TY, Randriamanantany ZA,
Rajaonera T, Rakoto Alson O,
Rakotoambinina B

*Hôpital Joseph Ravoahangy AndrianaValona
CHU Antananarivo*

Résumé. L'hypokaliémie relève de multiples causes : transfert intracellulaire potassique, pertes rénales, digestives hautes ou basses. Nous rapportons une pathogenèse peu commune d'hypokaliémie et d'hémorragie digestive révélatrice de Leucémie Aiguë Myéloïde (LAM).

Homme 73 ans, hypertendu (captopril®, 1985), hyperuricémique (525 µmol/ml, allopurinol®). Son anémie chronique (9 g/dL d'hémoglobine (Hb), 2009) s'était aggravée en mai 2011 (Hb 5,4 g/dL, normochrome-normocytaire), arégénérative, hyperleucytose (22500/mm³), blastose sanguine (77%) : diagnostic LAM grade -2, l'hospitalisant pour melaena avec état de choc (90mmHg/60mmHg, 120 battements/min), apyrétique. Les endoscopies/tomodensitométrie abdominales étaient normales. Sa thrombopénie (138000/mm³), allongement du TCA, TP (43,7%), INR (2,25), D-dimères (1307 mg/mL) suggèrent: CIVD hémorragique, hypokaliémique (3mmol/L), objet de transfusion massive et perfusion continue (6g K⁺/24h). A J10, le melaena est tari avec ses plaquettes et ratio de TCA normalisés. Le contrôle montrait : hypoalbuminémie, baisse des leucocytes (19430/mm³) et des blastes (71%) sans correction de l'Hb, TP, INR, hypokaliémie et hyperuricémie (470µmol/L) malgré le régime, contrastant aux glycémie, azotémie et créatinémie normales.

Après cinq jours supplémentaires d'apport potassique, il sort du cap réanimatoire pour suivi diététo-hématologique.

Cette hypokaliémie persistante au tableau hémorragique digestif élimine une cause par alcalose métabolique ou médicamenteuse soulevant celle par hypokaliémie et perte digestive leucose-dépendante. L'ampleur du phénomène oriente vers une "tubulopathie distale secondaire à une lyse cellulaire tumorale" (hyperuricémie-hyperphosphorémie-hypermuramidase), apanage des LAM-4/5, défibrination-CIVD. Notre patient est original par sa forme LAM-2.

L'algorithme étiologique d'hypokaliémie requiert l'excrétion urinaire (kaliurèse-chlorurie-urate-phosphate). Une hypokaliémie d'une LAM fait suspecter une lyse blastique aux complications hémorragiques/métaboliques. Une CIVD dyskaliémique est une urgence.

R 12. Épidémiologie de l'hémorragie digestive dans le service de Réanimation du CHU de Toamasina

Rakotoarivony ST, Razafindralazo JM, Rakotomena SD, Raveloson NE

*Service de Réanimation
CHU de Toamasina*

Objectif. Décrire l'épidémiologie des cas d'hémorragie digestive pris en charge dans le service de réanimation du CHU de Toamasina.

Matériels et méthodes. Etude rétrospective des dossiers des patients admis entre le 1^{er} janvier 2011 et le 30 avril 2012 (16 mois).

Résultats. Nous avons recensé 52 cas d'hémorragie digestive sur 1346 entrants, soit une prévalence de 3,86%, dont 39 extériorisations par hématémèse (75%) et 29 par melaena (56%). L'hémorragie digestive survenait surtout chez les hommes (M/F=31/21), les chômeurs (n=30, soit 57%) et les sujets jeunes de 30 à 45 ans. Elle était favorisée par l'alcoolisme (n= 20, 38%), l'antécédent d'hémorragie digestive (n=17, 33%), le tabagisme (n=13, 25%) et la prise d'anti-inflammatoire ou de médicament gastrotoxique (n=11, 21%). Deux facteurs favorisants étaient associés dans 15 cas (29%) et 3 facteurs dans trois cas (6%). Aucun patient n'a bénéficié d'endoscopie digestive. Aucun examen paraclinique n'était réalisé chez 28 patients (54%). L'ulcère gastro-duodéal (n=22, 42%) et l'hypertension portale (20 cas, 38%) étaient les étiologies les plus

probables. Après un traitement surtout basé sur la trithérapie d'éradication de *Helicobacter pylori* (n=46, 88%), l'antifibrinolytique (n=31, 60%) et les médicaments vasoactifs (n=17, 33%), nous avons observé un taux de mortalité de 23% (12 décès) et un taux de sortie ou de transfert de 58% (30 cas). Dix patients (19%) étaient sortis contre avis médical.

Conclusion. Même peu fréquemment admise en réanimation à Toamasina, l'hémorragie digestive reste encore un signe d'étiologie floue et à forte mortalité.

R 13. Recherche de *Helicobacter pylori* : recommandations

Rakotomena SD, Andriamampionona FT, Razafimahefa SH, Rasoaherinomenjanahary F, Rajaonarivony T

*Hôpital Joseph Ravoahangy AndrianaValona
CHU Antananarivo*

Résumé. La séroprévalence de l'infection à *Helicobacter pylori*, impliquée dans la pathologie ulcéreuse gastro-duodénale, est élevée à Madagascar. Les objectifs de ces recommandations sont de guider le clinicien dans la prise en charge diagnostique de cette infection, et dans la planification du contrôle de l'éradication de *H. pylori*, selon le contexte technique et socio-économique à Madagascar.

Actuellement, nous ne disposons que de la sérologie, de la recherche des antigènes fécaux et de l'examen anatomopathologique pour son diagnostic.

La connaissance des indications et le respect des conditions de la recherche de *H. pylori* sont essentiels pour un résultat optimal, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

R 14. Traitement des fistules postopératoires par prothèse œsophagienne auto-expansibles couverte en plastique

Herinirina SAE, Rasataharifetra H, Razafindratsira T, Sa-Cunha A, Collet D

Service de Chirurgie Digestive et Coelioscopique

*Hôpital Haut Lévêque
CHU Bordeaux*

Objectif. Les fistules anastomotiques sont des complications graves et difficiles à traiter dans la chirurgie œso-gastrique. La réparation chirurgicale s'accompagne dans la majorité des cas d'un taux élevé de morbi-mortalité. Le traitement médical conservateur n'est indiqué qu'en cas de fistule très minime diagnostiquée

précocement. Notre objectif est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la prothèse œsophagienne auto-expansible couverte en plastic dans le traitement de ces fistules.

Matériels et méthodes. Entre juillet 2005 et juillet 2009, huit patients consécutifs ayant une fistule anastomotique post-opératoire (trois œso-gastrectomies polaires supérieures, une perforation œsophagienne endoscopique, trois sleeve-gastrectomies et une gastrectomie totale) étaient traités au sein du Service de Chirurgie Digestive et Coelioscopique de l'Hôpital Haut Lévêque du CHU de Bordeaux par la mise en place de prothèse œsophagienne auto-expansible couverte en plastic.

Résultats. L'obturation immédiate des fistules prouvée par la TOGD à J1 était retrouvée dans 100% des cas. Cinq patients étaient guéris et les prothèses avaient pu être retirées endoscopiquement à un mois. Une patiente, présentant une fistule anastomotique après sleeve-gastrectomie, avait présenté une migration prothétique à J8 ayant nécessité une ré-intervention chirurgicale par un « by-pass » gastrique. Deux patients étaient décédés (une carcinose péritonéale foudroyante et une nécrose anastomotique complète) dont l'étiologie était toujours rattachée à la chirurgie primaire et non pas à la prothèse elle-même. Six patients avaient des drainages médiastinal, pleural ou abdominal associés.

Conclusion. Les prothèses permettent de fermer les fistules post-opératoires œso-gastriques dans 100 % des cas. Un drainage médiastinal, pleural ou péritonéal est indiqué quand il existe une collection péri-anastomotique.

R 15. Consensus sur la prise en charge du cancer colorectal a Madagascar

Maniry Iangonantsoa J, Andrianandrasana N, Razafimahefa SH, Rasoaherinomenjanahary F, Rakotomena SD, Ranoharison D, Chuk Hen Shun L, Rafaramino F

*USFR d'Oncologie-Radiothérapie
Hôpital Joseph Ravoahangy AndrianaValona
CHU Antananarivo*

Résumé. Le cancer colorectal est le deuxième et le troisième cancer le plus fréquent respectivement chez la femme et chez l'homme en termes d'incidence. Il constitue la deuxième cause de mortalité par cancer dans le monde. Tous les sujets âgés de plus de 45 ans présentent un risque moyen de développer un cancer

colorectal tandis que les familles porteuses de Polypes Adénomateuses Familiales et de Syndrome de Lynch sont à risque très élevé.

En l'absence de symptôme, le dépistage par la recherche de sang dans les selles conduit au diagnostic chez les sujets à risque moyen.

Une douleur abdominale, un trouble de transit, une hémorragie digestive, une anémie ferriprive, une occlusion, une péritonite, des hémorroïdes et des fistules récidivantes constituent les signes d'appel les plus fréquents. La confirmation est obtenue par la coloscopie et la biopsie.

Le traitement repose sur la chirurgie et la chimiothérapie, souvent associées à la radiothérapie pour le cancer du rectum. Les indications varient en fonction de la localisation, du stade p TNM et UICC, de l'histologie, des facteurs pronostiques, des comorbidités et de l'état général du patient.

La décision thérapeutique est définie en accord avec le patient après proposition de l'avis rendu en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire compte tenu de la pathologie, du plateau technique local et des moyens thérapeutiques et financiers disponibles.

La surveillance spécifique dure cinq ans.

La suspicion diagnostique, l'orientation précoce aux centres spécialisés et le suivi non spécifique sont attribués à tout médecin généraliste. La prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi spécifique sont coordonnés par des spécialistes comprenant Gastro-entérologues, Chirurgiens digestifs, Oncologues, Radiothérapeutes regroupés actuellement dans l'Association Médico-chirurgicale de Gastro-Entérologie de Madagascar (AGEM).

R 16. Hypertension portale: recommandations

Razafimahefa SH, Rakotondrainibe A, Rakotomena SD, Ramanampamonjy RM, Rajaona HR
*Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana
CHU Antananarivo*

Résumé. L'hypertension portale est définie par une élévation de la pression portale supérieure à 15mmHg ou une élévation du gradient porto-cave supérieure à 5mmHg. Elle est à l'origine de l'apparition de varices œsophagiennes, de varices gastriques ou de gastropathie congestive dont la gravité repose sur l'hémorragie. A Madagascar, les principales causes d'hypertension portale sont la cirrhose et la schistosomose hépatique. Les données des études de série de patients

malgaches sur les hémorragies digestives liées à l'hypertension portale révèlent une prévalence importante de l'hypertension portale en milieu hospitalier (33,54%) et un taux de mortalité hospitalière élevé (25,8%).

Dans ces recommandations, trois situations sont détaillées : la prévention d'une première hémorragie par rupture de varice œsophagienne, la prise en charge d'une hémorragie aiguë par rupture de varice œsophagienne et la prévention d'une récurrence de rupture de varice œsophagienne. Dans le cadre de la prévention primaire, les moyens de prévention sont représentés par la fibroscopie digestive haute, le β -bloquant non cardio-sélectif et la ligature des varices œsophagiennes. La prise en charge d'une hémorragie aiguë est basée sur la transfusion sanguine, l'antibioprophylaxie, les médicaments vaso-actifs et la ligature de varice œsophagienne. Tandis que la prévention secondaire repose sur la ligature de varice œsophagienne, le β -bloquant non cardio-sélectif, les dérivés nitrés et la dérivation chirurgicale (anastomose spléno-rénale).

Ces recommandations servent de guide de prise en charge aux cliniciens.

R 17. Consensus malgache de prise en charge des ulcères gastroduodénaux

Rasoaherinomenjanahary F,
Andriamampionona TF, Rakotondrainibe A,
Andrianiana HD, Rakotonaivo MJ,
Maniry Iangonantsoa J, Ravolamanana RL,
Samison LH

*Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Résumé. La maladie ulcéreuse et ses complications sont liées dans 90% des cas à l'infection à *Helicobacter pylori* (Hp). L'incidence des ulcères gastroduodénaux (UGD) a régressé dans les pays développés au cours des trois dernières décennies parallèlement au recul de l'infection gastrique à Hp. Alors que dans les pays en voie de développement, comme Madagascar, on note une forte prévalence de cette infection. Il serait donc temps pour nous d'élaborer un consensus commun concernant la prise en charge des UGD, en prenant l'exemple des pays développés tout en tenant compte des réalités socio-économiques malgaches.

Tout syndrome clinique en faveur d'un UGD devrait faire indiquer une fibroscopie digestive haute (FDH) au cours de laquelle une biopsie doit être systématique en

cas d'ulcère gastrique à la recherche de Hp. Pour l'ulcère duodénal, la recherche d'Ag dans les selles suffit pour confirmer la présence de Hp. Les UGD non compliqués sans Hp seront traités par un IPP à pleine dose pendant quatre à huit semaines. Les UGD non compliqués avec Hp seront traités par une trithérapie associant Amoxicilline, Imidazolé, et IPP pendant 14 jours, suivis d'IPP seul pendant quatre à six semaines. Pour l'ulcère gastrique, une FDH de contrôle de la cicatrisation est systématique à la fin du traitement, renouvelé un mois plus tard pour vérifier l'éradication de Hp. Une recherche d'Ag fécaux est indiquée un mois après l'éradication pour les ulcères duodénaux à Hp. Le traitement des complications des UGD est également décrit dans ce consensus, ainsi que la conduite à tenir pour les régions où la FDH est indisponible.

Nous espérons que ce consensus sera le *gold-standard* dans le traitement des UGD à Madagascar. Les résultats imposeront des recherches plus approfondies sur la réponse thérapeutique des patients malgaches à ce traitement.

R 18. Thérapies moléculaires ciblées en oncologie digestive

Maniry Iangonantsoa J, Randriamanovontsoa E,
Razakanaivo M, Andrianandrasana N,
Chuk Hen Shun L, Rafaramino F

*USFR d'Oncologie-Radiothérapie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Résumé. Les Thérapies Moléculaires Ciblées (TMC) sont des stratégies thérapeutiques dirigées contre des cibles moléculaires impliquées dans le mécanisme de l'oncogenèse. Elles ciblent des anomalies moléculaires précoces et causales du cancer ou bien fréquentes et tardives mais ayant un rôle oncogénique.

Avant de les prescrire, il est nécessaire de prouver l'existence de la cible par Immuno-histochimie et/ou la biologie moléculaire dont les techniques sont coûteuses. Le coût de ces médicaments reste également élevé.

On distingue trois types de TMC utilisées en Oncologie digestive :

- Les Anticorps monoclonaux anti-EGFR tels que Trastuzumab indiqué dans le cancer gastrique métastatique HER 2 positif ; Cetuximab et Panitumumab pour le cancer colorectal K-RAS sauvage et anti-angiogénique Bévécizumab en cas mutation K-RAS.

- Les Inhibiteurs de Tyrosine –kinase comme Imatinib et Nilotinib en cas de tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) métastatiques ou avancées c-KIT ou CD 117 positives, Erlotinib en cas de cancer du pancréas métastatique, Sunitinib pour les tumeurs neuro-endocrines digestives (TNED) et GIST après échec d'Imatinib, Sorafénib pour le carcinome hépatocellulaire.
- Les Inhibiteurs de m-TOR représentés par l'Everolimus pour les TNED.

A Madagascar, la seule TMC actuellement accessible pour les patients est l'Imatinib grâce au « *Glivec International Patient Assistance Program* ».

Les TMC témoignent de l'avancée thérapeutique majeure et prometteuse et symbolisent la révolution de la cancérologie du 3^{ème} millénaire mais le coût demeure non accessible pour les pays en voie de développement.

R 19. Les complications des ulcères gastro-duodénaux : aspects épidémiologiques et thérapeutiques

Rakotomena SD, Rakotoarivony ST,
Rakoto Ratsimba HN

*Service de chirurgie viscérale A
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Objectif. La maladie ulcéreuse est une affection fréquente avec une évolution chronique. Ses principales complications sont l'hémorragie digestive, la perforation d'ulcère, la sténose ulcéreuse et le cancer gastrique. Notre objectif est d'étudier les aspects épidémiologiques et thérapeutiques de ces complications non tumorales.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée dans les services de chirurgie viscérale de l'hôpital universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona sur une période de 24 mois (2010 à 2011). Les patients ayant au moins un de ces complications non tumorales, et âgés d'au moins 14 ans étaient inclus.

Résultats. Nous avons retenu 668 patients. L'âge moyen était de 41,84 ans (extrêmes (14- 88 ans)). Les hommes prédominaient dans notre série avec un *sex ratio* de 5,24. Cinq cent quarante trois patients (81,28 %) avaient présenté une hémorragie digestive ; 95 patients, une perforation (14,22 %) et cinquante patients (7,48 %), une sténose. Cent soixante neuf patients avaient un antécédent d'ulcère gastroduodéal (25,30

%). La prise d'AINS était notée comme le facteur favorisant la survenue de complication chez 67 patients (10,03 %). Les journées d'hospitalisation en milieu chirurgical variaient de moins de 24 heures à 44 jours. Quatre vingt neuf patients (13,32 %) étaient hospitalisés d'urgence. Six cent trente et un patients (94,46 %) avaient nécessité un suivi en réanimation chirurgicale. Parmi eux, 123 avaient nécessité une transfusion sanguine (18,41 %) et 103 patients (15,42 %) une intervention chirurgicale. Six cent vingt neuf patients (94,16 %) avaient bénéficié d'une éradication de *Helicobacter pylori*).

Conclusion. Les complications de la maladie ulcéreuse sont lourdes, tant sur le plan thérapeutique que sur le plan socio-économique.

R 20. Les aspects per-opératoires des ulcères gastroduodénaux perforés et résultats des traitements chirurgicaux

Rakotonaivo MJ, Rasoaherinomenjanahary F,
Rabesalama SSEN, Rakotondrainibe A, Samison LH

*Laboratoire de Biochimie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Objectif. L'abord laparoscopique qui est la méthode de référence pour traiter chirurgicalement un ulcère gastrique ou duodéal perforé n'est pas encore disponible au CHU d'Antananarivo, Madagascar. Notre objectif est d'analyser les modalités techniques adoptées et les résultats à court terme des morbi-mortalités de la prise en charge chirurgicale des ulcères perforés.

Matériels et méthodes. Cette étude rétrospective a été menée dans l'hôpital universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona d'Antananarivo pendant une période de trois ans (2009 à 2011). Les patients âgés de plus de 15 ans, opérés et pour lesquels le diagnostic d'une perforation ulcéreuse gastroduodéale a été retenu étaient inclus.

Résultats. Cent quatre vingt dix patients étaient retenus dans cette étude. Ils s'agissait de 175 hommes et de 15 femmes (*sex-ratio*: 11,67), âgés de 16 à 83ans (moyenne 38,91 ans). Le délai moyen de diagnostic était de 56,91 heures. Dans 19,8% des cas, les patients étaient en état de choc. Une laparotomie médiane sus ombilicale étaient réalisées chez tous les patients. Tous les patients avaient une seule perforation chacun. Le diamètre moyen était de 0,98 cm (0,2 à

3cm). La durée moyenne de l'intervention était de 85 minutes (30 à 180 minutes). Les taux de morbidité et de mortalité étaient de 7,89% et de 12,11%.

Conclusion. La venue tardive des patients à l'hôpital et l'état de choc à l'admission constituaient les principaux facteurs de risque de morbidité et de mortalité. Malgré les difficultés péri-opératoires, la laparotomie a toujours sa place pour traiter les perforations ulcéreuses gastroduodénales.

R 21. Urétéroplastie appendiculaire gauche : est-ce possible ?

Ravoatrarilandy M, Rambel AH,
Randrianambinina F, Rantomalala YH

*USFR Chirurgie d'Urologie
Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU Antananarivo*

Résumé. Les lésions urétérales étendues posent de réels problèmes de réparation chirurgicale et nécessitent souvent un remplacement du segment endommagé voire une auto-transplantation. L'objectif de notre travail est de rapporter la particulari-

té de notre réparation chirurgicale et des résultats obtenus, et de faire une revue de la littérature.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 49 ans, hypertendue, ancienne tabagique, hospitalisée pour une colique néphrétique gauche. L'échographie et le TDM abdominaux objectivaient une formation d'allure tumorale rétropéritonéale avec hydronéphrose gauche. La laparotomie permettait de découvrir une tumeur de 7 cm de l'uretère lombaire gauche à développement intra péritonéal. Après la résection tumorale, la perte de substance était remplacée d'emblée par un greffon appendiculaire entre les deux bouts urétéraux sur une sonde double J tutrice. Le montage était possible car le caecum était libre. L'examen histologique de la pièce d'exérèse révélait un fibrosarcome bien différencié infiltrant de l'uretère. La patiente était ensuite suivie par l'équipe oncologique. La sonde double J était retirée sous cystoscopie, trois mois après l'intervention chirurgicale. Les suites étaient favorables.

Le traitement chirurgical des lésions urétérales étendues pose de réels problèmes thérapeutiques. En attendant la progression de la recherche dans le domaine des substituts biocompatibles, l'appendice reste un excellent matériel de substitution urétérale surtout pour le côté droit, exceptionnellement pour le côté gauche, quelque soit le niveau de la lésion.