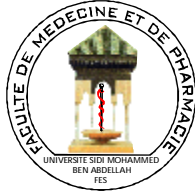


UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2011

Thèse N° 155/11

**EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE DE LA MORBIDITE
ET DE LA MORTALITE
AU SERVICE D'HEPATO GATRO ENTEROLOGIE
DU CHU HASSAN II DE FES**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/12/2011

PAR

Mlle. SEDREDDINE LAILA

Née le 19 Août 1984 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Epidémiologie - Morbidité - Mortalité - Hepato Gastro Enterologie - Hôpital

JURY

M. AIT TALEB KHALID.....	PRESIDENT
Professeur de Chirurgie Générale	
M. IBRAHIMI SIDI ADIL.....	RAPPORTEUR
Professeur de Gastro-entérologie	
M. BENJELLOUN MOHAMED CHAKIB.....	} JUGES
Professeur de Pneumo-phtisiologie	
M. NEJJARI CHAKIB.....	
Professeur d'Epidémiologie clinique	
M. EL ABKARI MOHAMMED.....	
Professeur de Gastro-entérologie	

Sommaire

I.	Introduction et but du travail.....	8
II.	Présentation du service d'hépatogastroentérologie du CHU Hassan II de Fès.....	10
a.1	Historique :.....	10
a.2	A l'hôpital Al Ghassani :.....	11
a.3	Au CHU Hassan II :.....	12
a.4	Les missions du service :.....	12
a.4.1	a-Activités de soins :.....	12
a.4.2	b-La formation :.....	13
III.	Matériels et méthodes.....	14
a.1	Population d'étude.....	14
a.2	Recueil des données.....	14
a.3	Analyse statistique.....	14
IV.	Résultats.....	17
a.1	Résultats globaux.....	17
a.1.1	Age des patients.....	17
a.1.2	Sexe des patients.....	18
a.1.3	Milieu.....	18
a.1.4	Répartition géographique.....	19
a.1.5	Le nombre d'hospitalisation.....	20
a.1.6	Voies d'hospitalisation.....	21
a.1.7	Durée moyenne de séjour (DMS).....	22
a.1.8	Motif d'hospitalisation.....	23
a.1.9	Prévalence des pathologies.....	24
a.1.10	COMPARAISON DES DONNEES ENTRE L'HOPITAL EL GHASSANI ET LE CHU.....	25
a.2	COMPARAISON DES RESULTATS STATISTIQUES GLOBAUX EN FONCTION DES PATHOLOGIES.....	26
a.2.1	Age.....	26

a.2.2	Sexe	27
a.2.3	Milieu.....	27
a.2.4	Durée moyenne d'hospitalisation (DMH).....	28
a.2.5	Voie d'hospitalisation.....	28
a.3	Morbidité.....	29
a.3.1	Par groupe de pathologies.....	29
a.3.2	Morbidité globale	32
a.3.3	Morbidité par pathologie.....	34
a.4	La mortalité	73
a.4.1	Globale.....	73
a.4.2	Par pathologie	73
V.	Discussion.....	76
a.1	Morbidité globale.....	76
a.2	Morbidité par pathologie	80
a.2.1	Cancérologie.....	80
a.2.2	L'HTP	85
a.2.3	UGD.....	88
a.2.4	MICI.....	90
a.2.5	La tuberculose péritonéale.....	94
a.2.6	LA LEPTOSPIROSE.....	95
a.3	La Mortalité :.....	97
VI.	PERSPECTIVES	100
VII.	Conclusion	104
VIII.	Résumé.....	105
IX.	REFERENCES	116

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA TRANCHE D'AGE.....	17
FIGURE 2 : REPARTITION SELON LE SEXE	18
FIGURE 3: REPARTITION SELON LE MILIEU	18
FIGURE 4: REPARTITION GEOGRAPHIQUE.....	19
FIGURE 5 : ORIGINE DES PATIENTS REPRESENTEE SUR UNE CARTE GEOGRAPHIQUE....	20
FIGURE 6 : L'EVOLUTION DU NOMBRE DES HOSPITALISES SELON LES ANNEES.....	20
FIGURE 7 : L'EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISES ORIGINAIRES DE LA VILLE DE FES SELON LES ANNEES.....	21
FIGURE 8 : LES VOIES D'HOSPITALISATION	21
FIGURE 9: L'EVOLUTION DE LA DMS SELON LES ANNEES.....	22
FIGURE 10 : MOTIF D'HOSPITALISATION (N=3513).....	23
FIGURE 11 : PREVALENCE DES PATHOLOGIES AU SEIN DE LA POPULATION ETUDIEE ...	24
FIGURE 12 : TABLEAU COMPARATIF : HOPITAL GHASSANI-CHU HASSAN II	25
FIGURE 13: MOYENNE D'AGE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE.....	26
FIGURE 14 : REPARTITION DU SEXE SELON LA PATHOLOGIE.....	27
FIGURE 15: REPARTITION SELON LE MILIEU	27
FIGURE 16: DMS EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE	28
FIGURE 17: VOIES D'HOSPITALISATION SELON LA PATHOLOGIE	28
FIGURE 18: EVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POUR LA PATHOLOGIE UGD ET HTP EN VALEUR ABSOLUE.....	29
FIGURE 19: EVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION POUR LA MC ET LA RCH EN VALEUR ABSOLUE	30
FIGURE 20: EVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION POUR LE CCR ET LE CANCER DE L'ESTOMAC EN VALEUR ABSOLUE	30
FIGURE 21: EVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION POUR LA TB PERITONEALE ET LA LEPTOSPIROSE EN VALEUR ABSOLUE.....	31

FIGURE 22 : ETUDE DE L'EVOLUTION DU NOMBRE DES PATIENTS HOSPITALISES HABITANT LA VILLE DE FES SELON LA PATHOLOGIE CONCERNEE.....	32
FIGURE 23 : ETUDE DE L'EVOLUTION DU NOMBRE DES PATIENTS HOSPITALISES HABITANT HORS FES SELON LA PATHOLOGIE CONCERNEE	33
FIGURE 24 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA TRANCHE D'AGE.....	34
FIGURE 25 : L'EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE EN FONCTION DES ANNEES	35
FIGURE 26 : REPARTITION SELON LE SEXE	35
FIGURE 27 : VOIES D'HOSPITALISATION	36
FIGURE 28 : L'EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISES POUR UN UGD SELON LES ANNEES.....	37
FIGURE 29 : DUREE D'EVOLUTION DES SYMPTOMES.....	37
FIGURE 30 : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE	39
FIGURE 31 : EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE SELON LES ANNEES	39
FIGURE 32 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE	40
FIGURE 33 : LES VOIES D'HOSPITALISATION	40
FIGURE 34 : EVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION SELON LES ANNEES	41
FIGURE 35 : NOMBRE DES PATIENTS EN FONCTION DU TAUX D'HEMOGLOBINE	42
FIGURE 36 : DONNEES DE L'ENDOSCOPIE	42
FIGURE 37 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA TRANCHE D'AGE.....	44
FIGURE 38 : L'EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE SELON LES ANNEES	44
FIGURE 39 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE	44
FIGURE 40: L'EVOLUTION DU TAUX D'HOSPITALISATION SELON LES ANNEES	45
FIGURE 41: REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ORIGINE.....	45
FIGURE 42 : POURCENTAGE DES VOIES D'HOSPITALISATION	46
FIGURE 43 : REPARTITION DES LIEUX D'EXPOSITION A LA LEPTOSPIROSE.....	47
FIGURE 44 : REPARTITION DES HOSPITALISATIONS SELON LA SAISON	47
FIGURE 45 : EVOLUTION DES RESULTATS DU TRAITEMENT.....	48
FIGURE 46 : L'EVOLUTION DU NOMBRE DES PATIENTS HOSPITALISES POUR UNE TB PERITONEALE SELON LES ANNEES.....	49

FIGURE 47: NOMBRE PATIENTS SELON LA TRANCHE D'AGE	50
FIGURE 48 : L'EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE SELON LES ANNEES	50
FIGURE 49: REPARTITION DU SEXE RATIO.....	51
FIGURE 50: REPARTITION DES VOIES D'HOSPITALISATION.....	51
FIGURE 51 : L'EVOLUTION DE LA DMS SELON LES ANNEES	52
FIGURE 52 : EVOLUTION EN FONCTION DE LA TRANCHE D'AGE	53
FIGURE 53 : L'EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE SELON LES ANNEES.....	53
FIGURE 54: REPARTITION SELON LE SEXE	54
FIGURE 55 : EVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION SELON LES ANNEES	54
FIGURE 56 : BIAIS D'HOSPITALISATION	55
FIGURE 57 : REPARTITION EN FONCTION DE L'ETAT GENERAL DES PATIENTS.....	56
FIGURE 58 : LOCALISATION DE LA MALADIE.....	57
FIGURE 59 : REPARTITION EN FONCTION DE LA TRANCHE D'AGE.....	58
FIGURE 60: L'EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE SELON LES ANNEES.....	59
FIGURE 61 : SEXE RATIO	59
FIGURE 62 : EVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION SELON LES ANNEES	60
FIGURE 63 : BIAIS D'HOSPITALISATION.....	60
FIGURE 64 : POURCENTAGE DE LA POUSSEE	61
FIGURE 65 : ETENDUE DES LESIONS A L'ENDOSCOPIE	61
FIGURE 66 : REPARTITION SELON LA TRANCHE D'AGE.....	63
FIGURE 67 : L'EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE SELON LES ANNEES.....	63
FIGURE 68 : REPARTITION SELON LE SEXE	64
FIGURE 69 : POURCENTAGE DES VOIES D'HOSPITALISATION	64
FIGURE 70 : MOTIFS D'HOSPITALISATION.....	65
FIGURE 71 : SIEGES DE LA TUMEUR.....	66
FIGURE 72 : REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE.....	67
FIGURE 73 : EVOLUTION DE LA MOYENNE D'AGE SELON LES ANNEES	67
FIGURE 74 : REPARTITION EN FONCTION DU SEXE.....	68
FIGURE 75 : BIAIS D'HOSPITALISATION.....	69

FIGURE 76 : MOTIFS D'HOSPITALISATION.....	69
FIGURE 77 : LA DUREE MOYENNE D'EVOLUTION DES SYMPTOMES.....	70
FIGURE 78 : TAUX D'HEMOGLOBINE.....	70
FIGURE 79 : POURCENTAGE DU TYPE HISTOLOGIQUE	71
FIGURE 80 : RESULTATS DU SCANNER TAP.....	71
FIGURE 81 : EVOLUTION DE LA MEDIANE DE SURVIE.....	72
FIGURE 82 : EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE SELON LES ANNEES.....	73
FIGURE 83 : MORTALITE PAR TYPE DE PATHOLOGIE	73
FIGURE 84 : L'EVOLUTION SELON LES ANNEES DE LA MORTALITE LIEE AUX CANCERS, AUX MICI, A L'HTP ET A LA PATHOLOGIE UGD.....	74
FIGURE 85 : CAUSES DE MORTALITE SELON LES ANNEES.....	75

ABREVIATIONS

HDH	: hémorragie digestive haute
AINS	: anti-inflammatoire non stéroïdien
HP	: Hélicobacter pylori
UD	: ulcère duodéal
UG	: ulcère gastrique
UGD	: ulcère gastroduodéal
HTP	: hypertension portale
VO	: varices œsophagiennes
FOGD	: fibroscopie œsogastroduodénale
Hb	: Hémoglobine.
MICI	: Maladies inflammatoires chroniques intestinales
RCH	: Recto colique hémorragique
CAG	: Colite aigue grave
MC	: Maladie de crohn
CCR	: Cancer colo rectal
TB	: Tuberculose
DMS	: Durée moyenne de séjour
CHU	: Centre hospitalier universitaire
URG	: urgences
CD	: centre de diagnostic

I. Introduction et but du travail

Dans la perspective d'une meilleure prise en charge des patients et afin de répondre à plusieurs questions de recherche en hépato gastro entérologie, il est nécessaire d'étudier la morbidité et la mortalité de la population des patients admis dans notre service. La connaissance de ces paramètres permettra une appréciation objective du profil épidémiologique des patients, des modalités de leur prise en charge ainsi que de l'efficacité et de la rentabilité du service. Il en résulte la mise en place des recommandations,

C'est dans ce sens que nous proposons d'établir un bilan d'activité pour le service sur une période allant de Janvier 2006 à Décembre 2010.

Cette étude porte sur l'activité hospitalière du service (consultations, hospitalisation, exploration). Elle a concerné tous les patients hospitalisés au service durant cette période. A noter que nous avons exclu de notre étude l'année 2009, année charnière qui a vu le déménagement du service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital Al Ghassani vers le CHU Hassan II et au cours de laquelle l'activité hospitalière était fortement perturbée.

La première partie de notre travail consistera en une présentation du service d'hépatogastroentérologie, ainsi que du CHU Hassan II, structure hospitalière dont notre service constitue l'un des maillons forts.

Dans une deuxième partie, nous dresserons une étude globale des hospitalisations selon certains paramètres : la répartition selon les mois, le sexe, l'âge, le milieu, l'origine géographique et la répartition des malades selon les groupes pathologiques les plus représentés au service. Nous procéderons à une comparaison de ces paramètres entre les différentes pathologies étudiées et également nous décrirons la mortalité dans notre service.

Dans la troisième partie enfin, nous ferons une étude analytique des pathologies fréquentes rencontrées au service ; tout en les comparant avec les données de la littérature.

II. Présentation du service d'hépatogastroentérologie du CHU

Hassan II de Fès.

a.1 Historique :

- Février 2001 : Professeur Ibrahim Adil est affecté au service d'hépatogastroentérologie hôpital AL GHASSANI.
- Avril 2001 : le 1^{er} résident est affecté au service : docteur BENAIAH DAF-Allah.
- Septembre 2001 : le service d'hépatogastroentérologie reçoit le premier groupe des externes en 3^{ème} année.
- Juin 2002 : Docteur EL ABKARI Mohammed a été recruté en tant que professeur Assistant.
- Janvier 2003 : nomination par Monsieur le ministre de la santé de Monsieur IBRAHIMI Adil chef de service d'hépatogastroentérologie au CHU Hassan II de Fès.
- Janvier 2004 – Mai 2004 : rénovation du service d'hépatogastroentérologie, avec création d'une unité d'exploration para-clinique (endoscopie, proctologie, échographie, explorations fonctionnelles,.....)
- Septembre 2004 : le service d'hépatogastroentérologie reçoit le premier groupe des externes en 6^{ème} année.
- Le 07 Juillet 2005 : le 1^{er} spécialiste du service a réussi son examen de fin de spécialité.
- Le 24 Juillet 2005 : le Docteur BENAIAH a été recruté en tant que professeur Assistant.
- En Février 2008 : Le docteur AQODAD a été admis au concours de recrutement de Professeur Assistant organisé par la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

- Janvier 2009 : Déménagement du service d'hépatogastroentérologie qui quitte l'hôpital Al Ghassani pour le CHU Hassan II.
- En Mars 2009 : Dr EL YOUSFI et Dr MELLOUKI ont été admises au concours de recrutement de Professeur Assistant organisé par la faculté de médecine et de pharmacie de Fès – Maroc.

a.2 A l'hôpital Al Ghassani :

Entre Février 2001 et Janvier 2009, le service d'hépatogastroentérologie se situait à l'hôpital Al Ghassani de Fès, qui faisait alors office de CHU.

- Capacité litière : 28 lits.
- L'unité d'exploration para clinique (endoscopie, proctologie, échographie, et explorations fonctionnelles) se trouvait au sein même du service.
- Personnel médical : 18.

Professeurs de l'Enseignement Supérieur : Nombre /_1____/

Professeurs Agrégés : Nombre /_1____/

Professeurs Assistants : Nombre /_1____/

Médecins Spécialistes : Nombre /_1____/

Résidents : Nombre /_9____/

Internes : Nombre /_3____/

Autre profil : Nombre /_2____/

- Personnel para médical :

IDE : Nombre /_08____/

AS BP : Nombre /__02____/

a.3 Au CHU Hassan II :

A partir de Janvier 2009, le service d'hépatogastroentérologie se situe au 4ème étage du bâtiment C du CHU Hassan II (« C4 »), alors que l'unité d'exploration para clinique occupe le rez-de-chaussée du bâtiment E du CHU Hassan II (« E0 »).

- Capacité litière : 30 lits.
- Personnel médical :

Professeurs de l'Enseignement Supérieur : Nombre /_2___/

Professeur Agrégé : Nombre /_1___/

Professeurs Assistants : Nombre /_3___/

Médecins Spécialistes : Nombre /_2___/

Résidents : Nombre /_19___/

Autre profil : Nombre /_1___/

- Personnel para médical :

IDE : Nombre /_07___/

AS BP : Nombre /__01___/

a.4 Les missions du service :

Le service d'hépatogastroentérologie, du CHU Hassan II de Fès répond comme tous les services universitaires à trois missions : activités de soins, la formation des médecins généralistes et spécialistes et la recherche scientifique.

a.4.1 a-Activités de soins :

Le service d'hépatogastroentérologie répond aux besoins de la population en :

ÆConsultations spécialisées : 18 Consultations spécialisées

§ 8 consultations des enseignants

- Consultations spécialisées dans les maladies inflammatoires intestinales
- Consultations spécialisées en hépatologie

§ 10 consultations en hépato-gastroentérologie assurées par des résidents :

ÆHospitalisations

ÆExplorations para-cliniques

a.4.2 b-La formation :

- Le service d'hépatogastroentérologie assure la formation de base en encadrant :

§ les étudiants de 3^{ème} et de 6^{ème} année de médecine

§ les internes de CHU

III. Matériels et méthodes

a.1 Population d'étude

Pour étudier la morbidité et la mortalité au sein de notre service, nous proposons une étude rétrospective descriptive allant de Janvier 2006 à Décembre 2008, nichée sur une étude prospective de Janvier 2010 à Décembre 2010.

Étant donné que l'année 2009 fut une année charnière, de déménagement de l'hôpital Ghassani au CHU Hassan II de Fès, nous allons l'exclure.

a.2 Recueil des données

Pour le recueil des données nous nous sommes basés sur les registres d'hospitalisation qui ont été remplis à partir des dossiers médicaux des patients.

Ces données ont été collectées grâce à une fiche d'exploitation qui a servi à remplir un tableau Excel.

a.3 Analyse statistique

Nous avons réalisé une analyse descriptive globale portant sur les données épidémiologiques et cliniques suivantes : âge, sexe, origine, milieu des patients, motif d'hospitalisation, la voie de recrutement des patients, la durée moyenne d'hospitalisation, le nombre d'hospitalisation par année et la pathologie diagnostiquée.

Suite à cette étape, nous avons procédé à une comparaison des données recueillies entre l'hôpital El Ghassani et le CHU Hassan II. Par la suite nous avons comparé ces données épidémiologiques et cliniques entre les pathologies les plus fréquentes dans notre service, notamment les pathologies hémorragiques, infectieuses, inflammatoires et tumorales.

Nous avons décrit la morbi-mortalité globale dans notre service ainsi que celle liée aux pathologies étudiées : l'ulcère gastroduodénal, l'hypertension portale, la tuberculose péritonéale, la leptospirose, la maladie de Crohn, la RCH, le cancer colorectale et le cancer de l'estomac.

FICHE D'EXPLOITATION

Données Démographiques

Nom et prénom :

IP :

Sexe : M F

Date de naissance :

Age :

Lieu de résidence.....

Numéros de téléphones :

GSM :

Fixe :

Origine :

.....

Milieu : Urbain

Rural

Profession :

.....

Mutualiste
indigent

Date

d'Hospitalisation:.....

..... (Mois et Année)

Délai d'Hospitalisation :

..... (Délai

en mois)

Durée d'Hospitalisation :

.....

(Durée en jours)

Biais d'Hospitalisation

- *Quel biais d'hospitalisation ?*

Urgences

Centre diagnostic

Transféré d'un autre service du CHU

non précisé

- *Référé :* Non

Oui

Si oui : Médecin généraliste

Hépto- Gastro-entérologue

Autre spécialiste

Centre hospitalier provincial

Non précisé

Motifs d'Hospitalisation

Hémorragies Digestives : Hématémèse

Mélénas Rectorragies

Douleurs abdominales : Epigastralgies

Coliques hépatiques

Douleurs abdominales diffuses

Douleurs de la FID

Troubles du Transit : Diarrhée Constipation

Syndrome sub-occlusif Occlusion

Syndrome rectal

Vomissements Dysphagie

Masse abdominale Hépatomégalie Splénomégalie

Ascite Ictère Encéphalopathie

Syndrome anémique Asthénie AEG

Pathologie diagnostiquée :

Pathologie tumorale

HTP

MICI

Pathologie ulcéreuse

Autre

IV. Résultats

a.1 Résultats globaux

Durant la période d'étude [2006-2007-2008 et 2010] trois mille cinq cents treize patients (3513) ont été colligés.

a.1.1 Age des patients

La moyenne d'âge de nos patients était de 49,22ans [12-98 ans] \pm 8,48 ans.

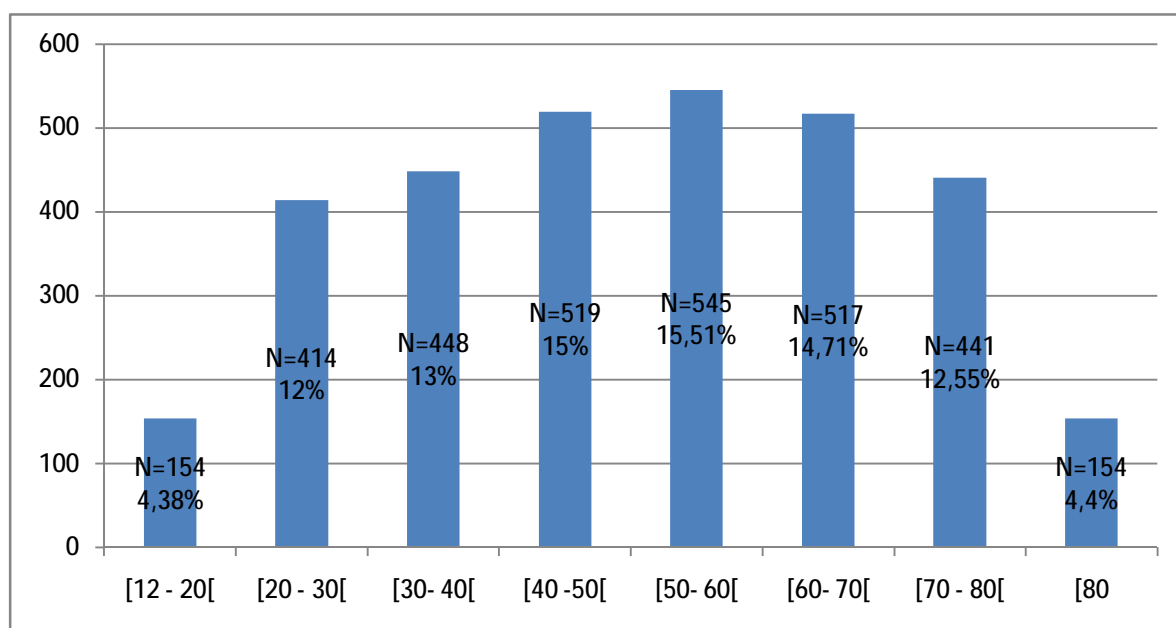


Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge

a.1.2 Sexe des patients

Le sexe ratio H/F de nos patients hospitalisés était de 1,065.

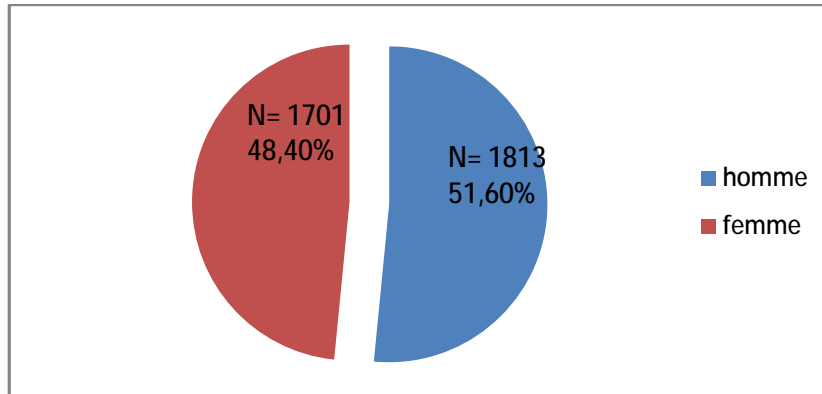


Figure 2 : Répartition selon le sexe

a.1.3 Milieu

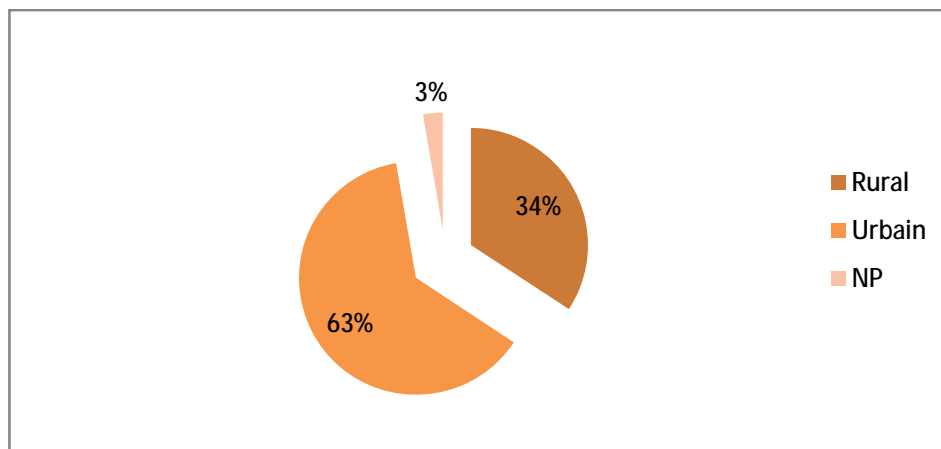


Figure 3: Répartition selon le milieu

La majorité de nos patients, 63%, était d'origine urbaine, (N = 2214) et 34,21% de nos patients étaient issus d'un milieu rural (N=1203). Le milieu n'a pas pu être précisé chez 2,7 % des malades (N=96).

a.1.4 Répartition géographique

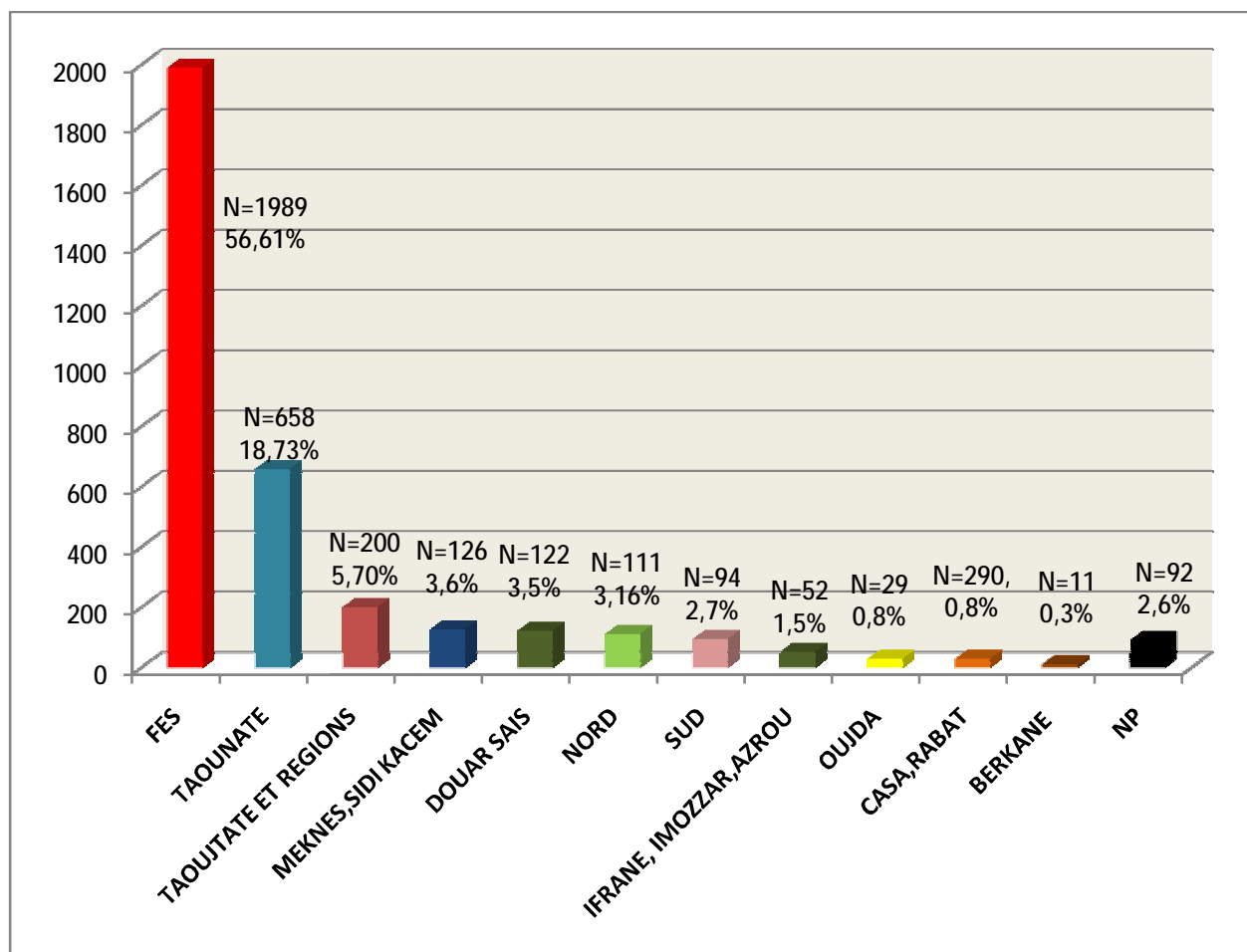


Figure 4: Répartition géographique

56,7% de nos patients étaient originaire de la ville de FES.

L'origine n'a pas été précisée chez 2,6% des patients (N=92).



Figure 5 : Origine des patients représentée sur une carte géographique

a.1.5 Le nombre d'hospitalisation

Le nombre de patients hospitalisés a connu une hausse en 2010 en comparaison avec les années précédentes. Il a augmenté de 20% entre 2006 et 2010.

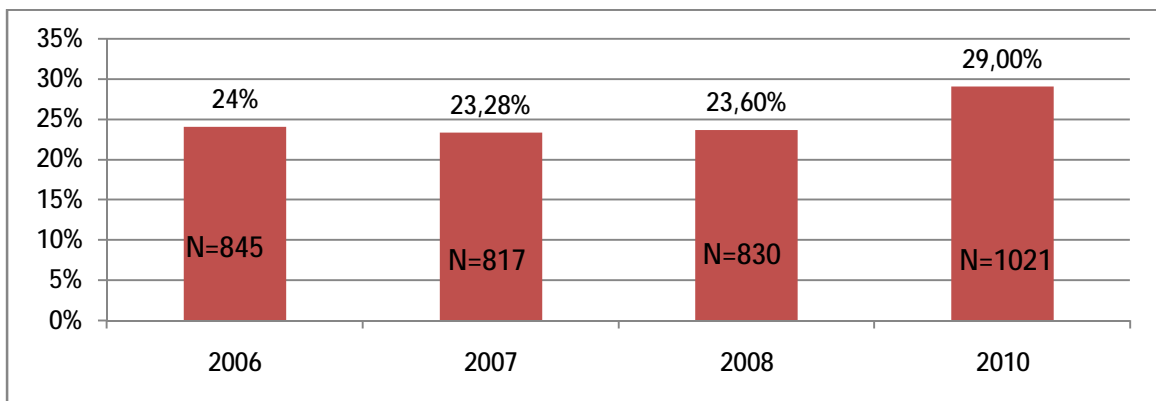


Figure 6 : L'évolution du nombre des patients hospitalisés selon les années

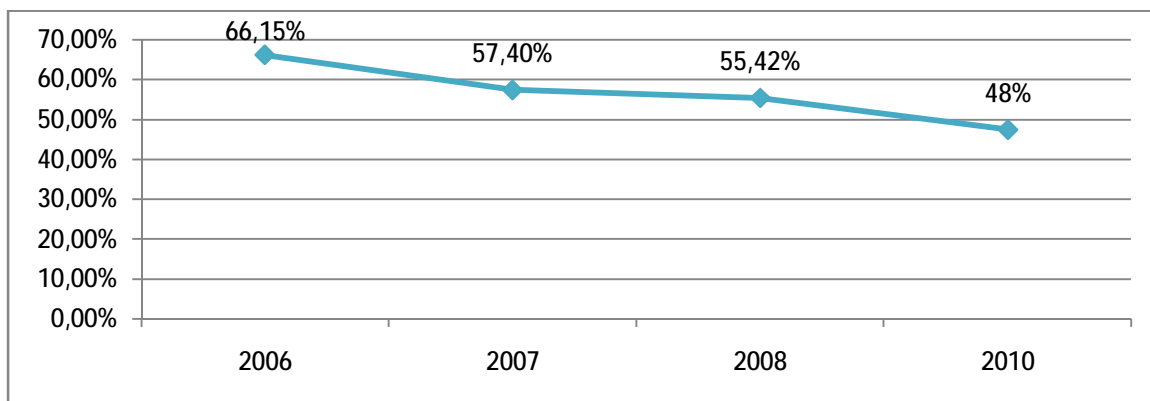


Figure 7 : L'évolution du nombre de patients hospitalisés originaires de la ville de Fès selon les années

La proportion de patients originaires de la ville de Fès, hospitalisée au sein de notre service a connu une baisse. Elle était de 66,15% en 2006 pour avoisiner les 48% en 2010.

a.1.6 Voies d'hospitalisation

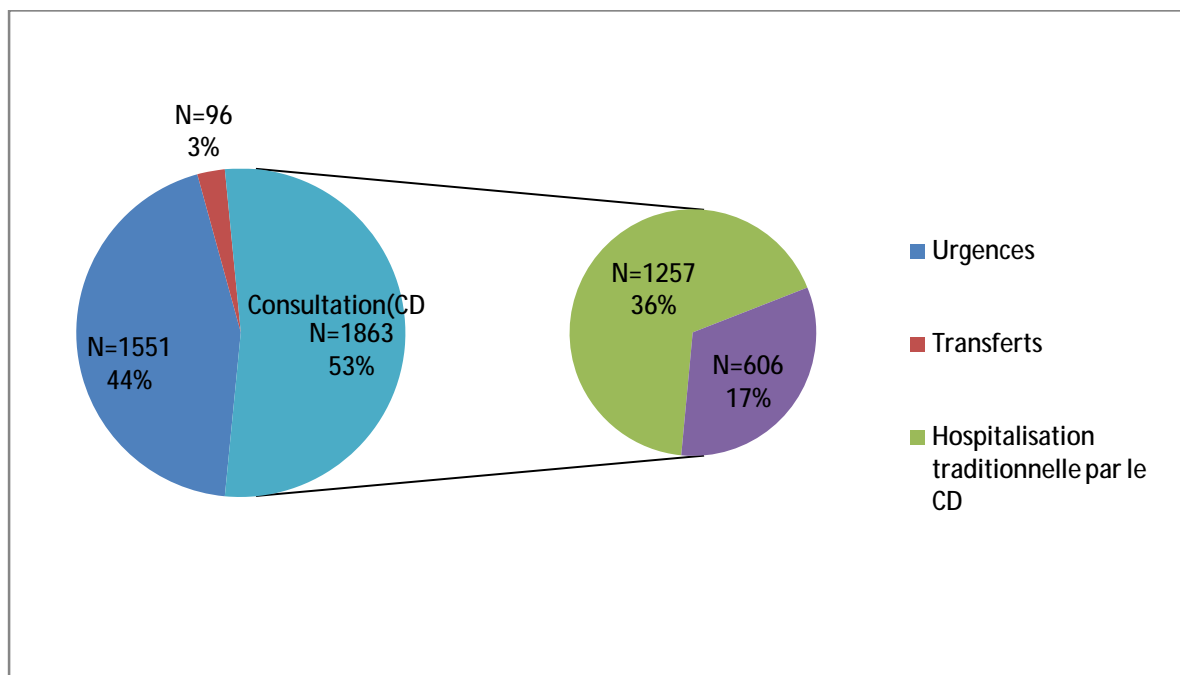


Figure 8 : Les voies d'hospitalisation

44,2% de nos patients provenaient des urgences, et 53% d'entre eux provenaient du centre de diagnostic.

Les patients étaient soit enregistrés sur une liste d'attente pour hospitalisation traditionnelle, ce qui a concerné 36% de nos hospitalisations, soit ils étaient inscrits sur une liste d'admission à l'hôpital de jour, ce qui a concerné les patients candidats essentiellement à une ponction biopsie hépatique (PBH) ou à une cholango pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), ces derniers représentaient 17% de nos admissions.

2,7% de nos malades étaient transférés des autres services, essentiellement des services de réanimation 38%, de chirurgie 24% et de médecine interne 10%.

a.1.7 Durée moyenne de séjour (DMS)

C'est le nombre moyen de journées que le malade passe au service d'hépatogastro entérologie. Elle est égale au nombre de journées (J) rapporté aux entrées (E).

La durée d'hospitalisation au sein de notre service variait entre un jour pour les patients de l'hôpital de jour et 90 jours pour les patients du secteur hospitalier avec une moyenne de 10,38 jours \pm 10,60.

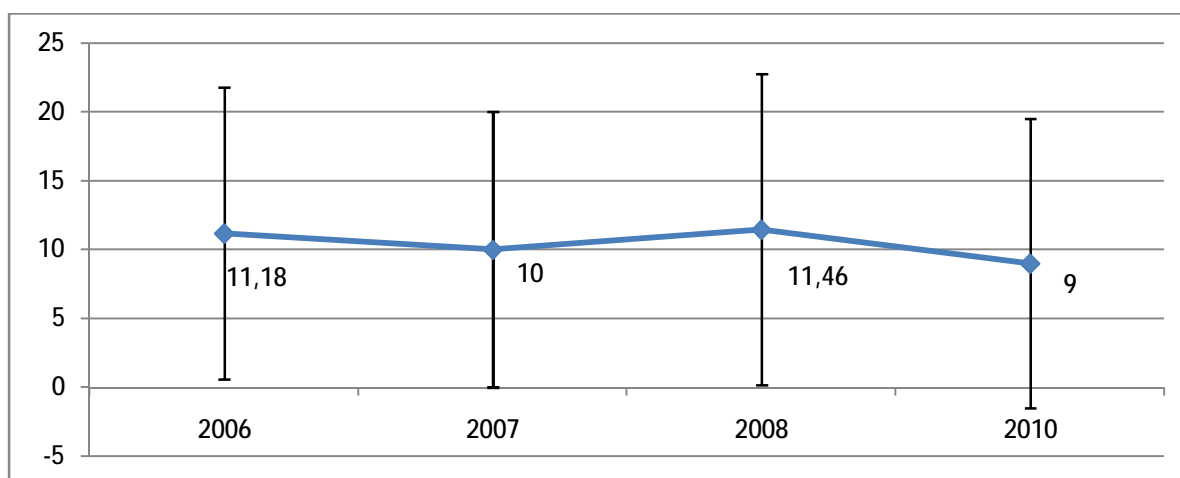


Figure 9: L'évolution de la DMS selon les années

La DMS s'est raccourci entre 2006 où elle était de 11,18 jours pour avoisiner les 9 jours en 2010.

a.1.8 Motif d'hospitalisation

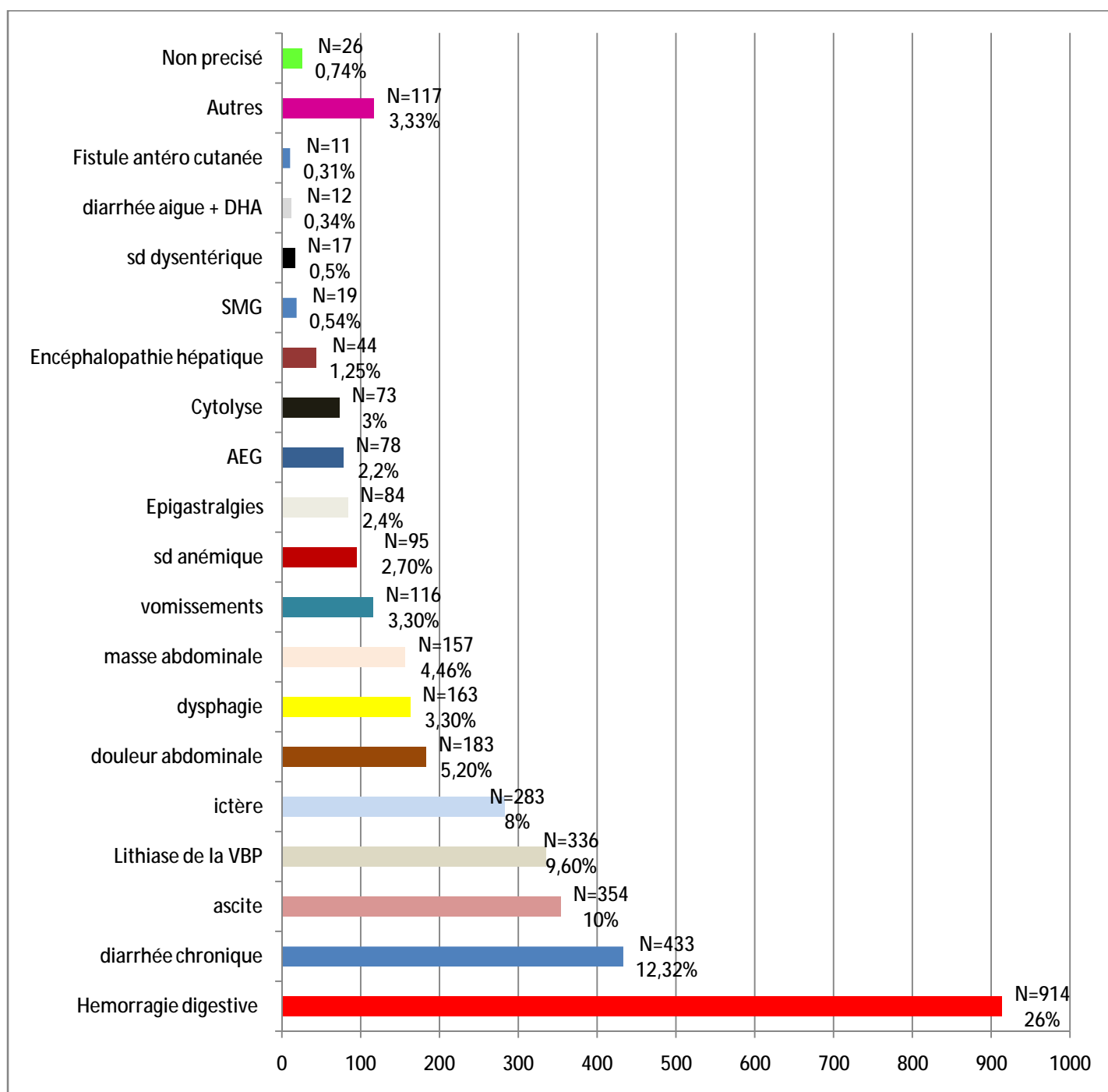


Figure 10 : Motif d'hospitalisation (N=3513)

L'hémorragie digestive constituait le principal motif d'hospitalisation de tout nos patients, avec un pourcentage de 26%, suivie de la diarrhée chronique dans 12,32% des cas.

a.1.9 Prévalence des pathologies

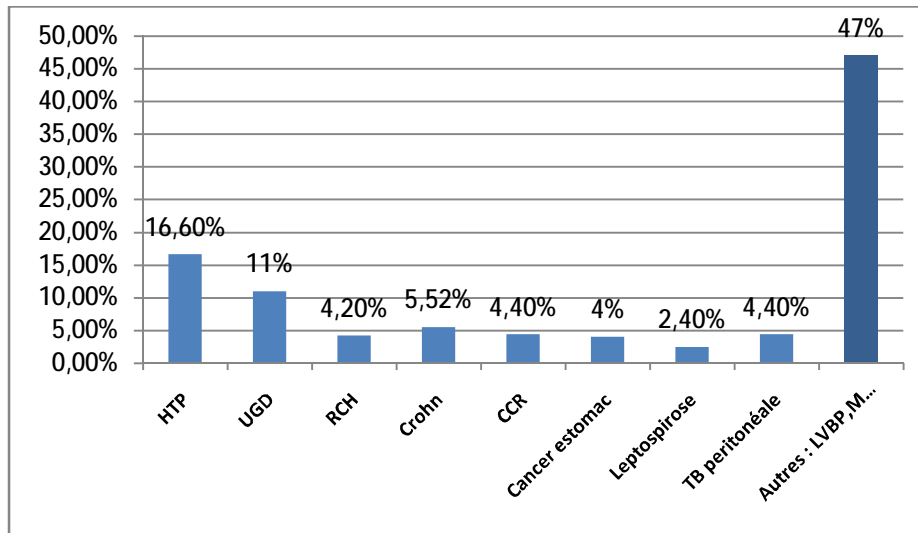


Figure 11 : Prévalence des pathologies au sein de la population étudiée

Durant ces 4 années d'étude, nous avons hospitalisé plusieurs pathologies à différents niveaux de gravité : l'HTP dans 16,6% des cas (N=584), l'UGD dans 11% des cas (N=389), le cancer de l'estomac dans 4% des cas (N=142), le CCR dans 4,4% des cas (N=156), la maladie de Crohn dans 5,52% des cas (N=194), la RCH dans 4,2% des cas (N=147), la leptospirose dans 2,4% des cas (N=84), la tuberculose péritonéale dans 4,4% des cas (N=155) et les autres pathologies qui ne seront pas détaillées dans notre thèse, notamment la maladie Cœliaque (2%), les hépatites (8%), les autres tumeurs [œsophagienne (1,2%), Foie (1,1%), carcinose péritonéale (4,3%)].

a.1.10 COMPARAISON DES DONNEES ENTRE L'HOPITAL EL GHASSANI ET LE CHU HASSAN II

	2006-2007-2008 N = 2492	2010 N= 1022
Moyenne d'âge	49 ans ET=18,37 12 - 100 ans	49,22 ans ET=18,35 12 - 90 ans
Sexe Ratio (Moyenne)	H/F = 1,05	H/F = 1,12
Milieu	U= 60% R = 38,7%	U = 71,6% R = 23,5%
DMS	10,9 Jours	09 Jours
Voie d'hospitalisation	URG = 43,94% CD = 54 ,41% TRANSFERTS = 2%	URG = 45% CD = 50% TRANSFERTS = 4,6%

Figure 12 : tableau comparatif : hôpital Ghassani-CHU Hassan II

La comparaison des différentes données épidémiologiques entre l'hôpital ELGHASSANI et le CHU HASSAN II retrouve le même profil épidémiologique des malades, ainsi l'âge moyen est le même, $49 \pm 18,37$ ans et $49,33 \pm 18,35$ ans respectivement. Le sexe masculin reste toujours prédominant, et le milieu est majoritairement urbain. Par ailleurs, de cette comparaison ressort qu'au CHU le taux d'hospitalisation à travers les urgences a augmenté de 1,06% et que la durée moyenne de séjour a diminué de 2 jours.

a.2 COMPARAISON DES RESULTATS STATISTIQUES GLOBAUX EN FONCTION DES PATHOLOGIES

a.2.1 Age

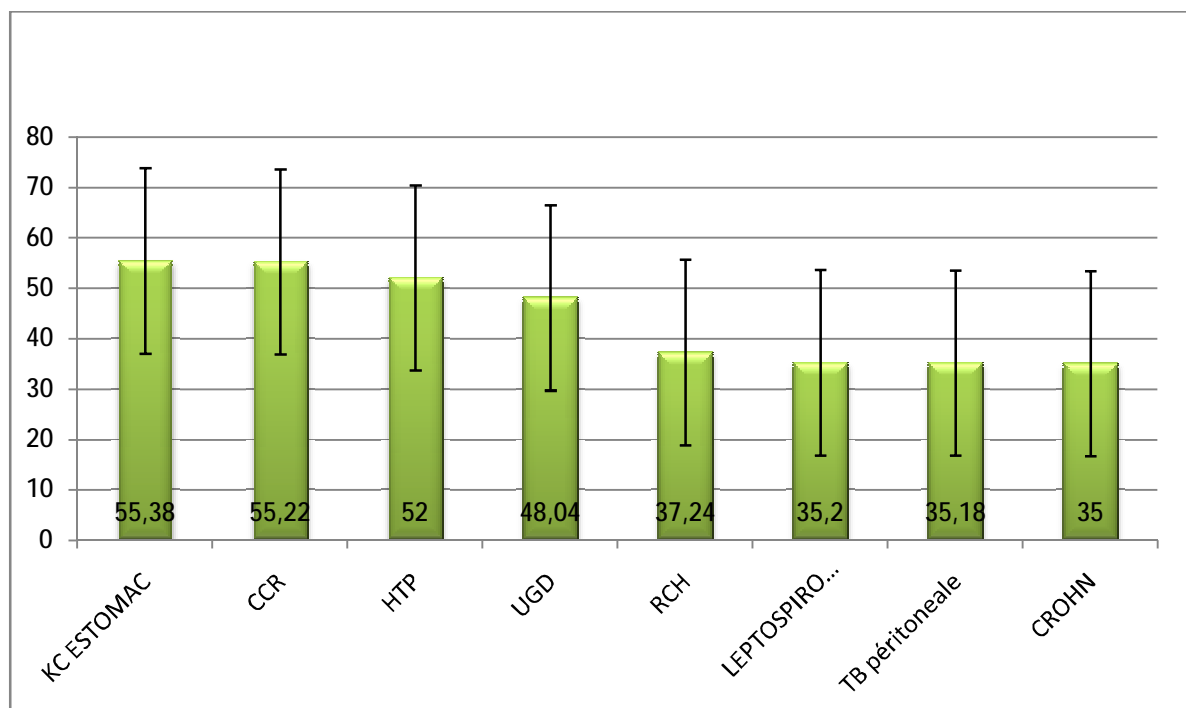


Figure 13: Moyenne d'âge en fonction de la pathologie

La moyenne d'âge variait selon les pathologies, elle était entre 35 et 37 ans pour les MICI et les pathologies infectieuses, elle avoisinait les 55 ans en ce qui concerne la cancérologie.

Pour l'hémorragie digestive haute, la moyenne d'âge était de 52 ans pour l'HTP et de 48 ans pour la pathologie UGD.

a.2.2 Sexe

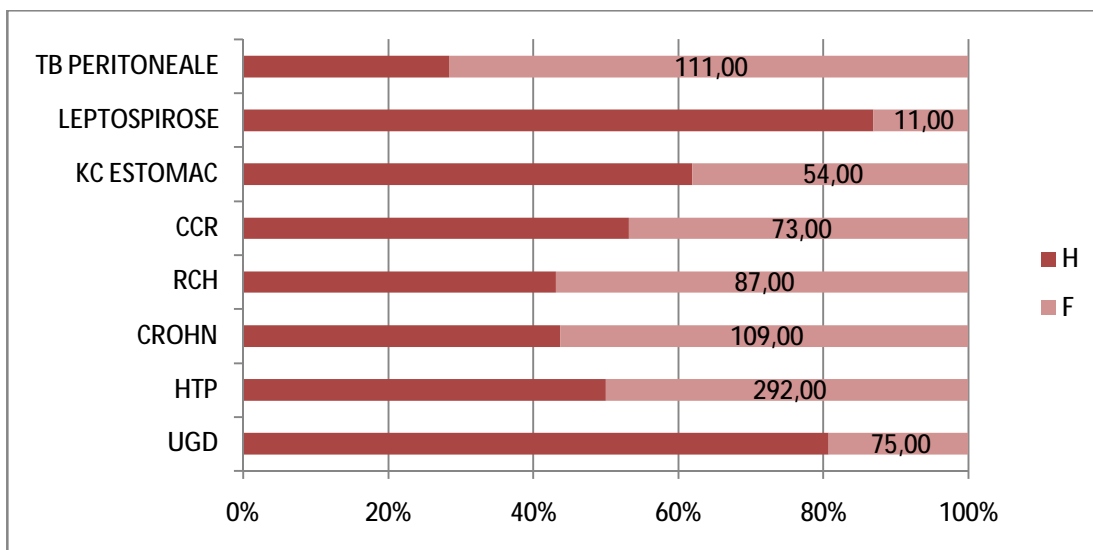


Figure 14 : Répartition du sexe selon la pathologie

Pour certaines pathologies telles que la tuberculose péritonéale et les MICI, nous notons une prédominance féminine.

a.2.3 Milieu

Pour toutes les pathologies étudiées, le pourcentage des patients issus d'un milieu urbain était supérieur à celui des patients issus d'un milieu rural.

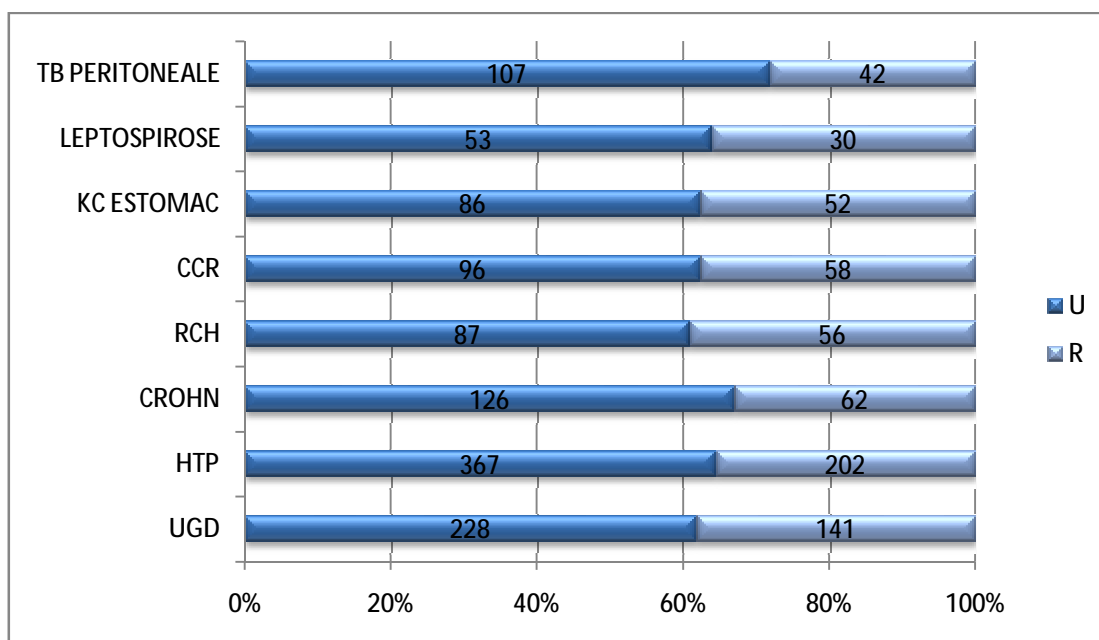


Figure 15: Répartition selon le milieu

a.2.4 Durée moyenne d'hospitalisation (DMH)

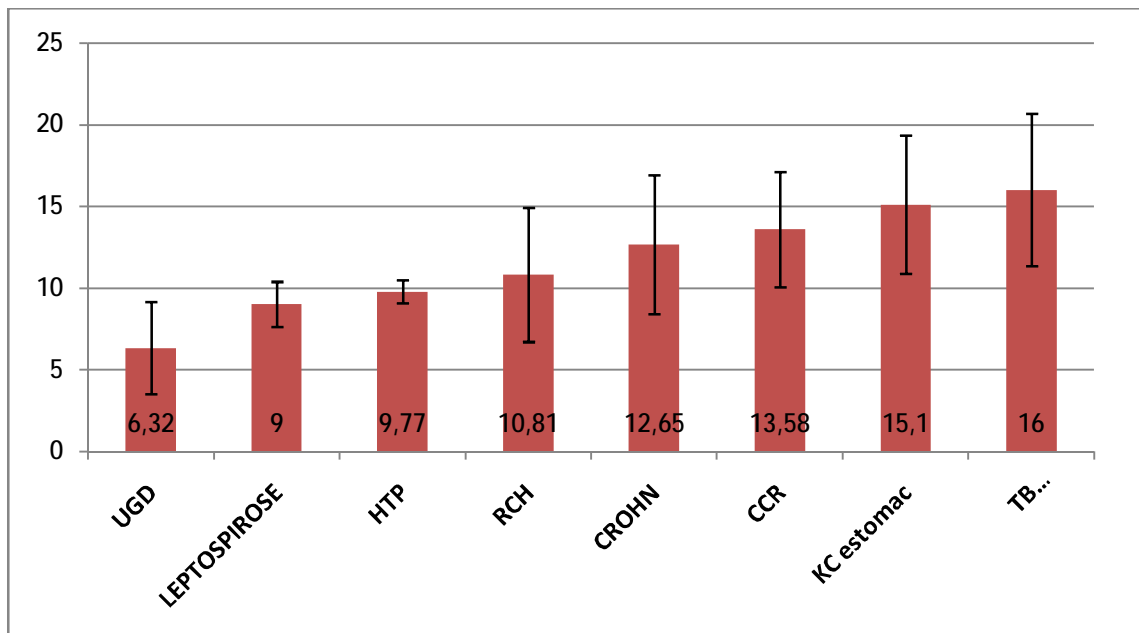


Figure 16: DMS en fonction de la pathologie

La DMS varie selon la pathologie concernée, elle est de $6 \pm 2,83$ jours pour les patients ayant un UGD et de $14 \pm 3,53$ jours lorsqu'il s'agit d'une pathologie néoplasique.

a.2.5 Voie d'hospitalisation

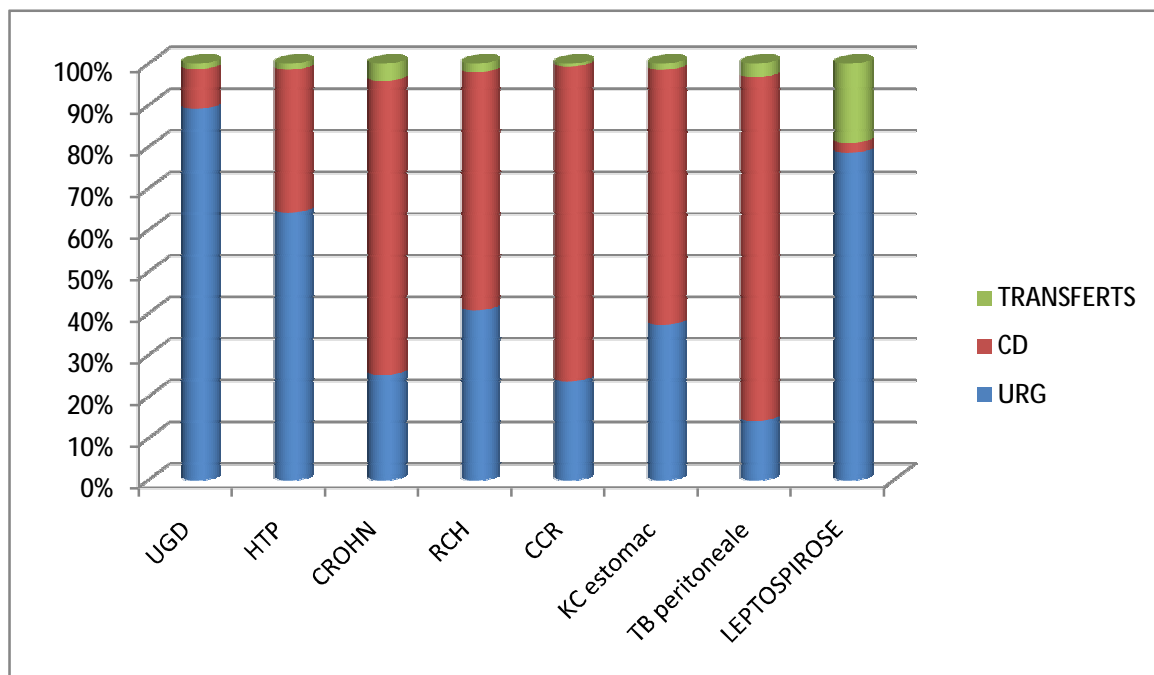


Figure 17: Voies d'hospitalisation selon la pathologie

Pour la pathologie UGD, l'HTP et la leptospirose, la principale voie d'hospitalisation des patients était les urgences, pour les malades ayant une MICI, une TB péritonéale ou une pathologie néoplasique, ils étaient admis à travers le centre de diagnostic.

a.3 Morbidité

a.3.1 Par groupe de pathologies

a.3.1.1 Pathologie hémorragique

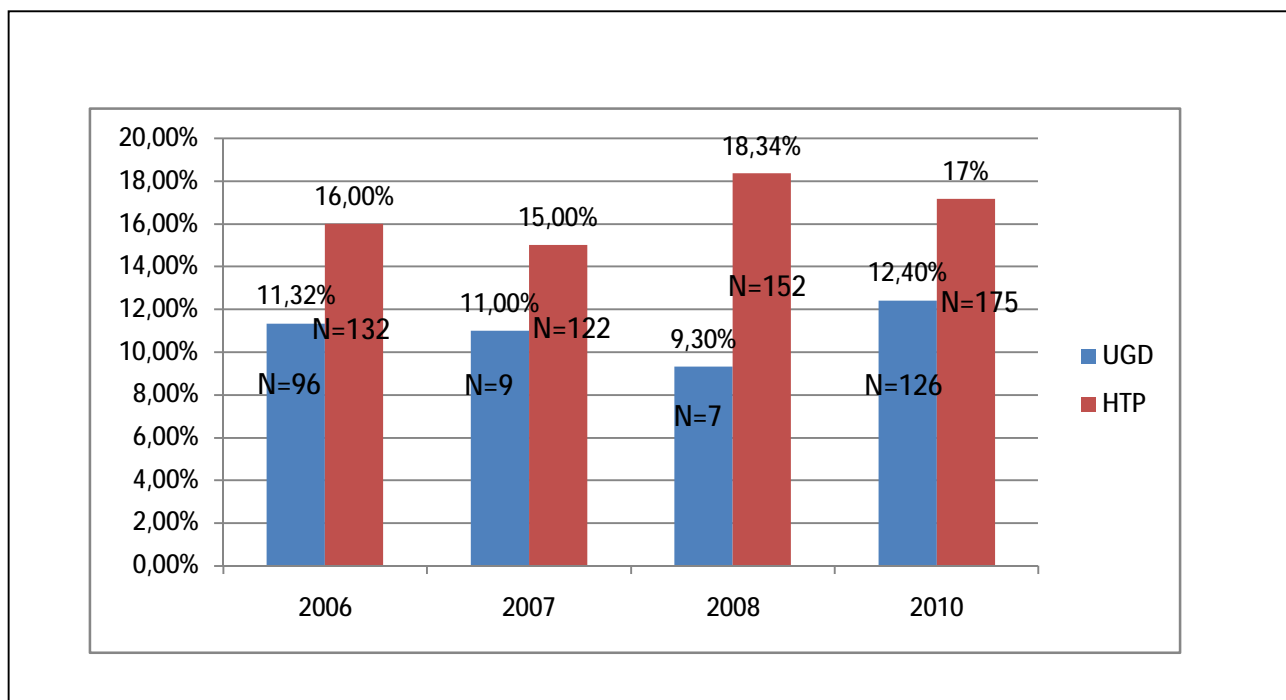


Figure 18: Evolution du nombre d'hospitalisations pour la pathologie UGD et HTP en valeur absolue

De 2006 à 2010, le nombre de patients hospitalisés dans notre formation, aussi bien pour une HTP que pour une pathologie ulcéreuse gastro duodénale demeure importante.

a.3.1.2 Pathologie inflammatoire

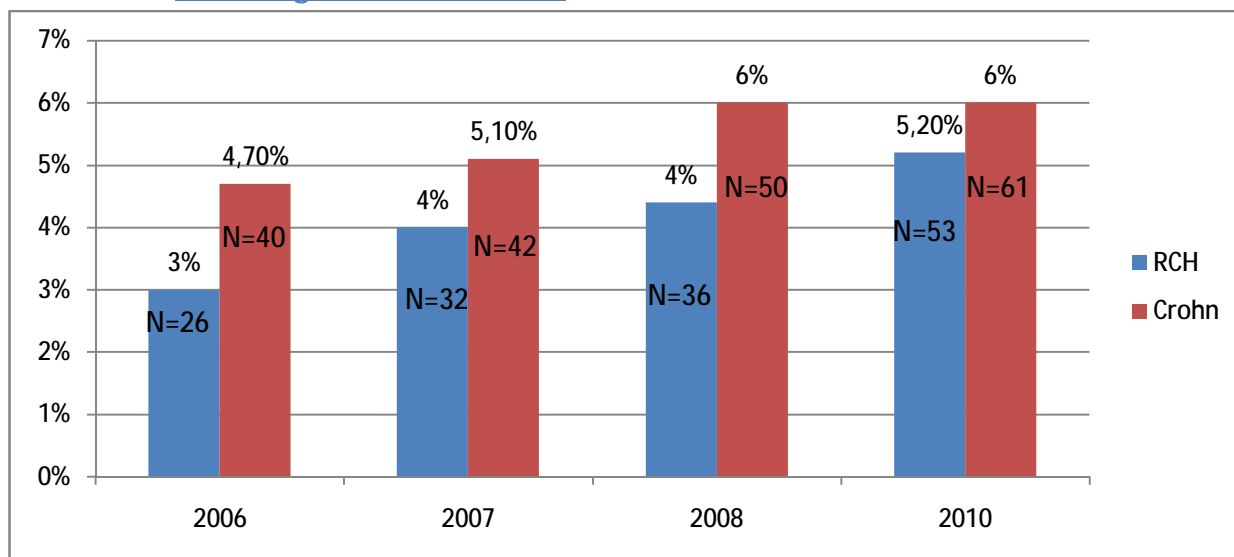


Figure 19: Evolution du nombre d'hospitalisation pour la MC et la RCH en valeur absolue

Au cours de cette période d'étude, nous retrouvons au sein de notre service une augmentation de la prévalence de la MC et de la RCH.

a.3.1.3 Pathologie néoplasique

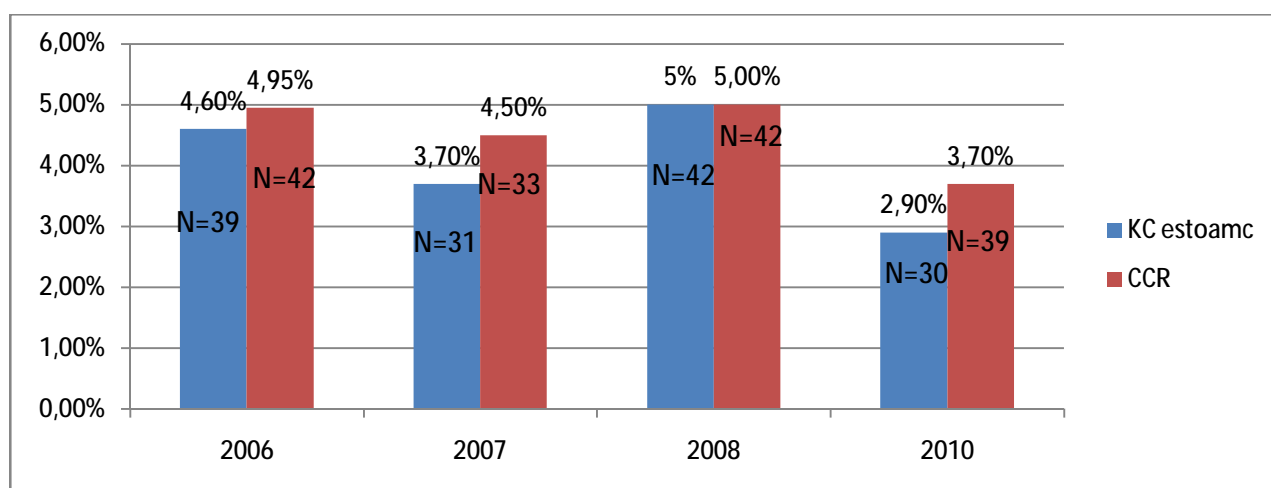


Figure 20: Evolution du nombre d'hospitalisation pour le CCR et le cancer de l'estomac en valeur absolue

En 2010, nous remarquons une diminution du pourcentage d'hospitalisation aussi bien pour les patients ayant un CCR qu'un cancer de l'estomac.

a.3.1.4 Pathologie infectieuse

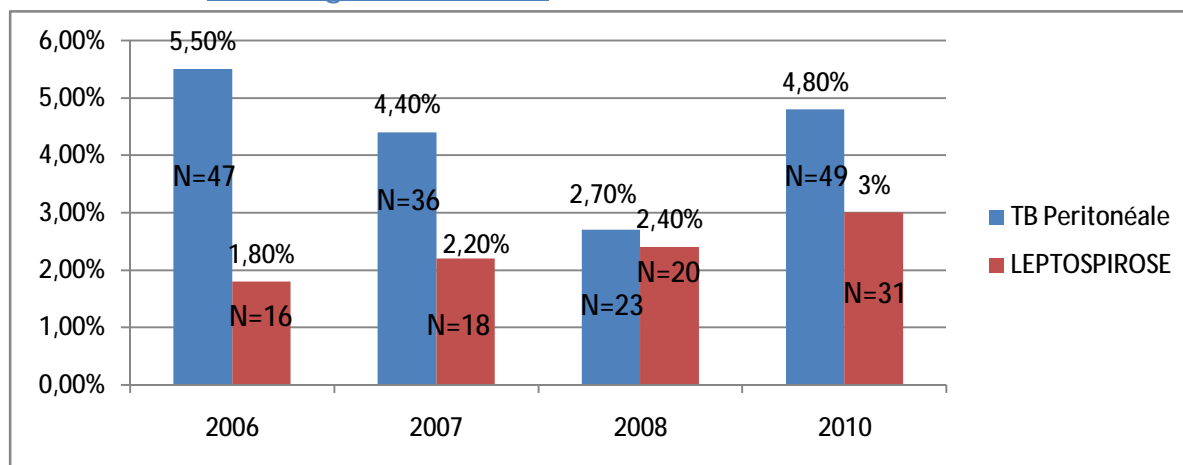


Figure 21: Evolution du nombre d'hospitalisation pour la TB péritonéale et la leptospirose en valeur absolue

En analysant les données, nous notons une augmentation de la prévalence de TB péritonéale et de la leptospirose ictéro hémorragique.

a.3.2 Morbidité globale

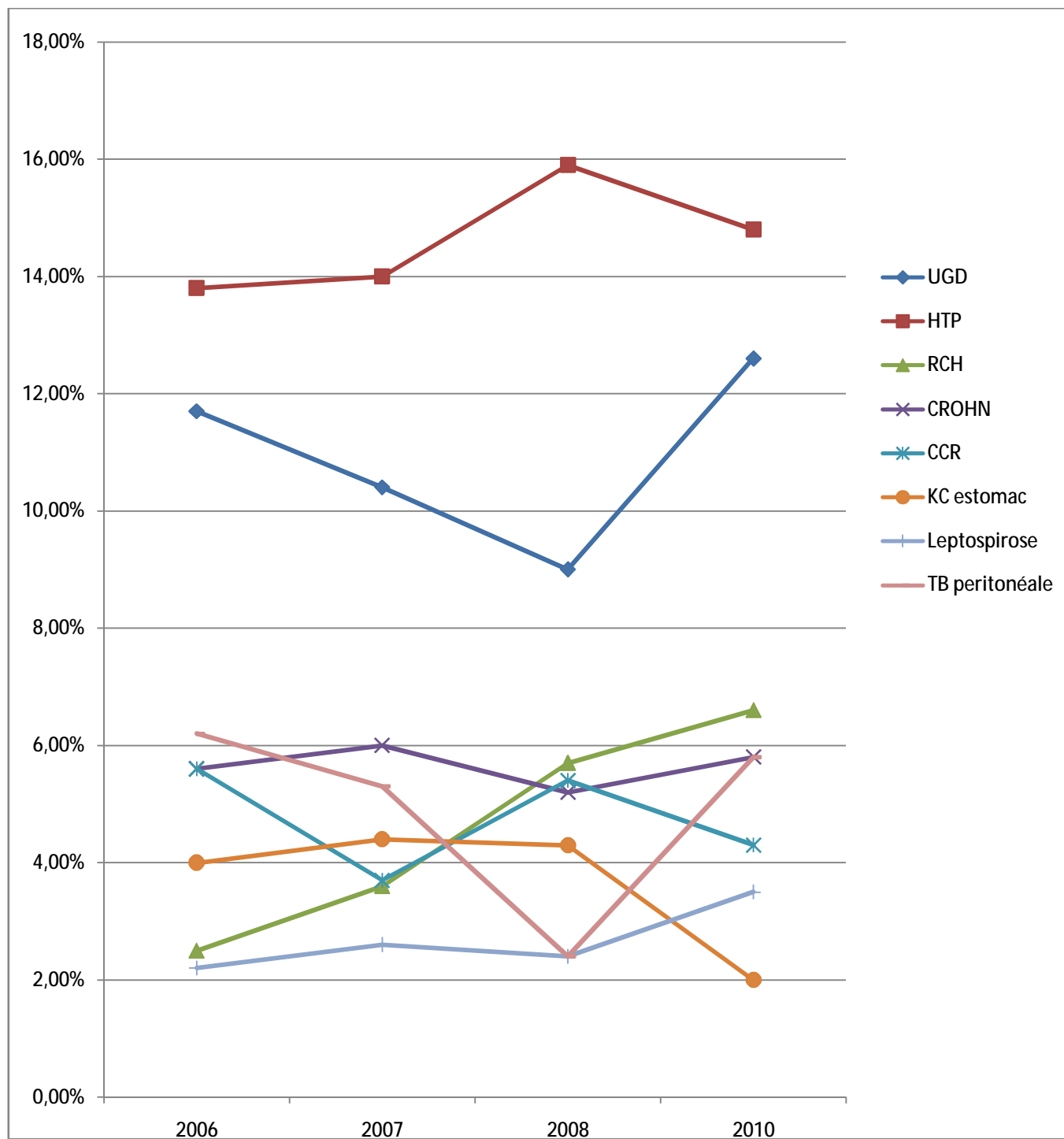


Figure 22 : Etude de l'évolution du nombre des patients hospitalisés habitant la ville de FES selon la pathologie concernée

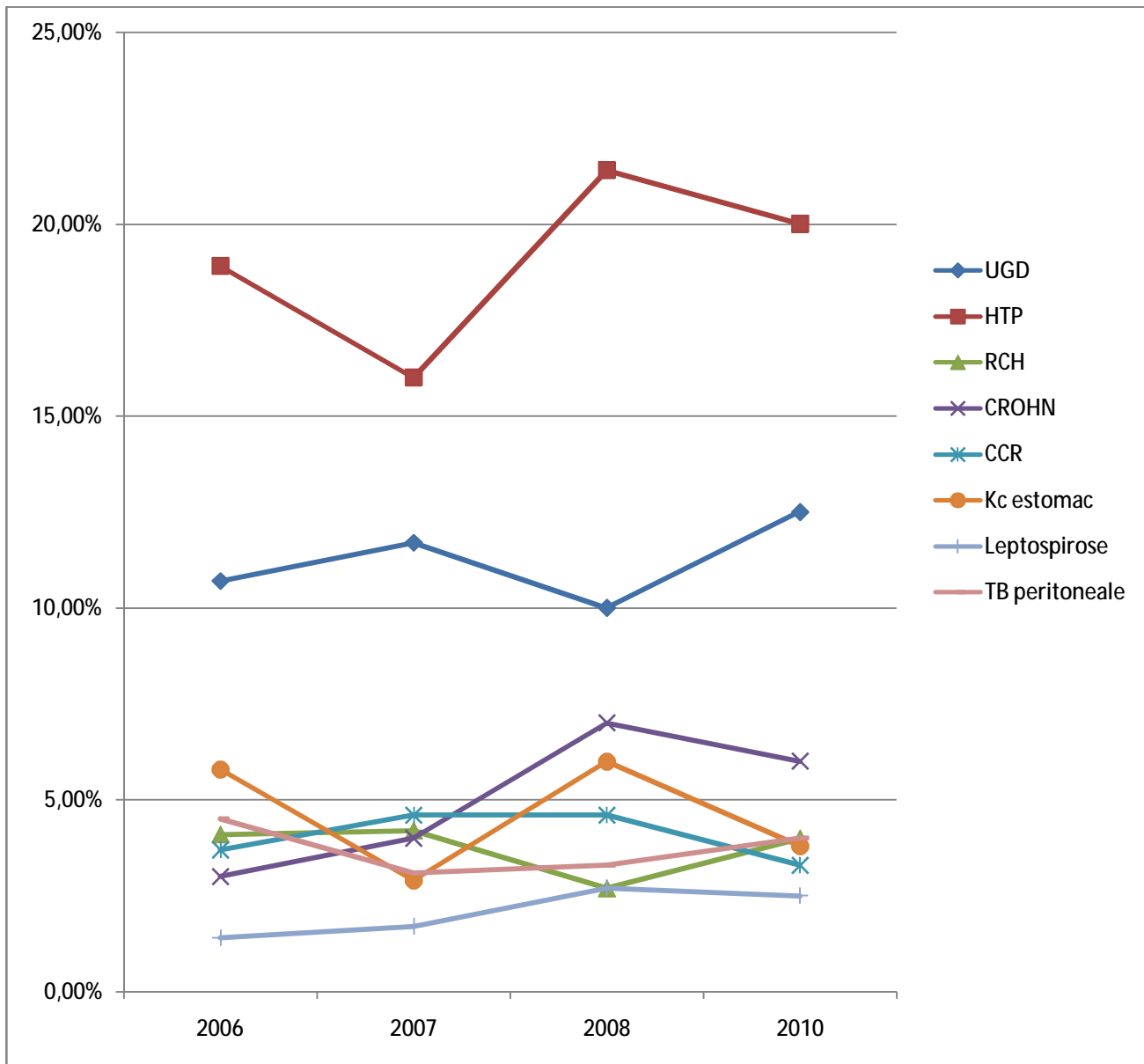


Figure 23 : Etude de l'évolution du nombre des patients hospitalisés habitant hors FES selon la pathologie concernée

Nous constatons une augmentation globale des hospitalisations pour les hémorragies digestives, les MICI et les pathologies infectieuses. Par contre, nous notons une diminution des hospitalisations pour la pathologie tumorale. Ce constat concerne aussi bien les patients habitants ou non la ville de Fès.

a.3.3 Morbidité par pathologie

a.3.3.1 *Pathologie ulcéreuse gastro duodénale*

a.3.3.1.1 Données épidémiologiques :

Trois cent quatre vingt neuf patients étaient hospitalisés pour une pathologie ulcéreuse gastro duodénale (11%), avec un âge moyen de 48 ans [16 - 90ans] \pm 18,35. Le sexe masculin était prédominant, avec un sexe ratio H/F de 4,18. 141 patients (36 ,24%) étaient issus d'un milieu rural et 228 patients (58 ,6%) étaient d'origine urbaine. 256 patients (66%) étaient originaires de la ville de Fès et de ces environs. 347 patients (89,2%) étaient hospitalisés par le biais des urgences. 36 patients (9,5 %) étaient hospitalisés par le biais de la consultation et 7 patients (1,3%) étaient transférés d'autres services.

a.3.3.1.1.1 Age

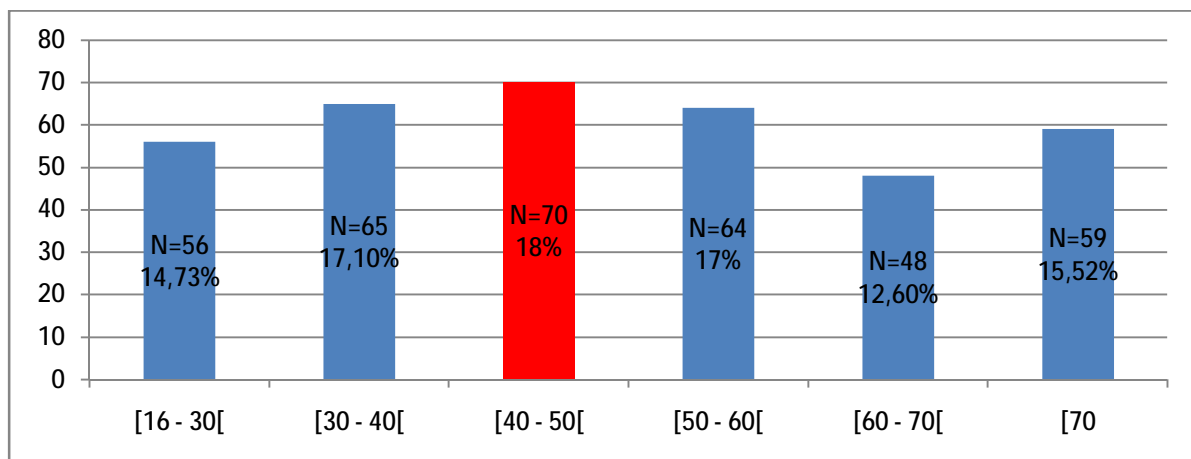


Figure 24 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Pour l'ulcère gastro duodénal, la médiane d'âge était comprise entre 40 et 50 ans.

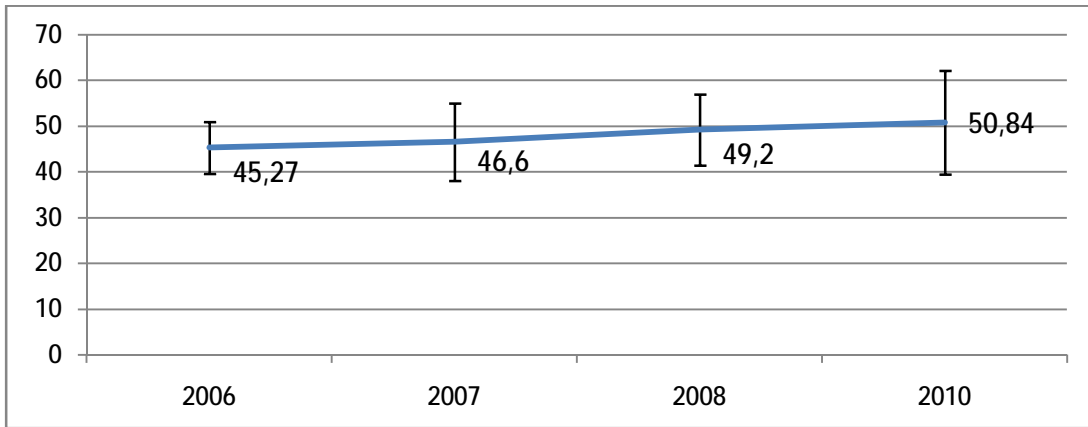


Figure 25 : L'évolution de la moyenne d'âge en fonction des années

La moyenne d'âge est passée, entre 2006 et 2010, de $45,27 \pm 5,65$ à $50,84 \pm 11,31$ ans.

a.3.3.1.1.2 Sexe ratio

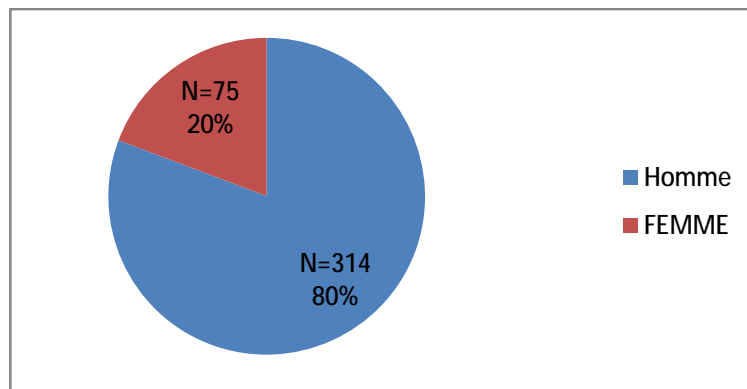


Figure 26 : Répartition selon le sexe

Les hommes représentaient 80% des patients hospitalisés pour un UGD (N=314).

a.3.3.1.1.3 Voie d'hospitalisation des patients ayant une pathologie UGD

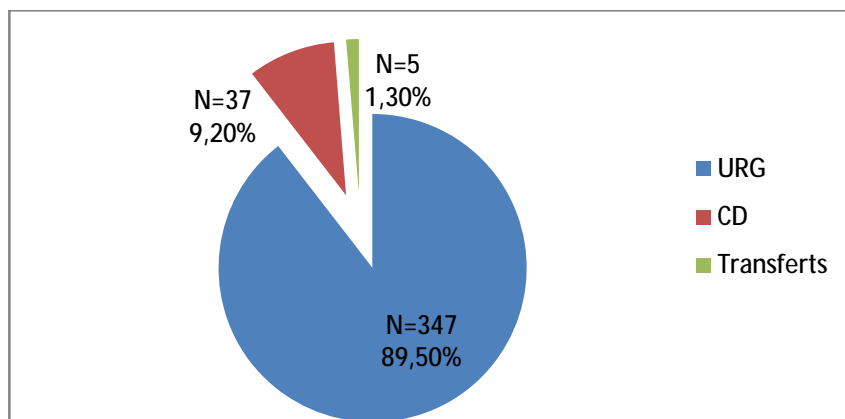


Figure 27 : Voies d'hospitalisation

Les urgences représentaient la voie d'hospitalisation des patients ayant un UGD dans 89,5% des cas.

a.3.3.1.1.4 La DMS

La durée moyenne d'hospitalisation des patients admis pour un ulcère gastro duodéal était de 6,32 jours \pm 2,82.

a.3.3.1.2 Données cliniques

a.3.3.1.2.1 Nombre d'hospitalisations

Nous avons hospitalisé durant cette période d'étude 389 patients pour un UGD (11%).

Entre 2006 et 2010 le taux d'hospitalisation pour cette pathologie a augmenté de 31%.

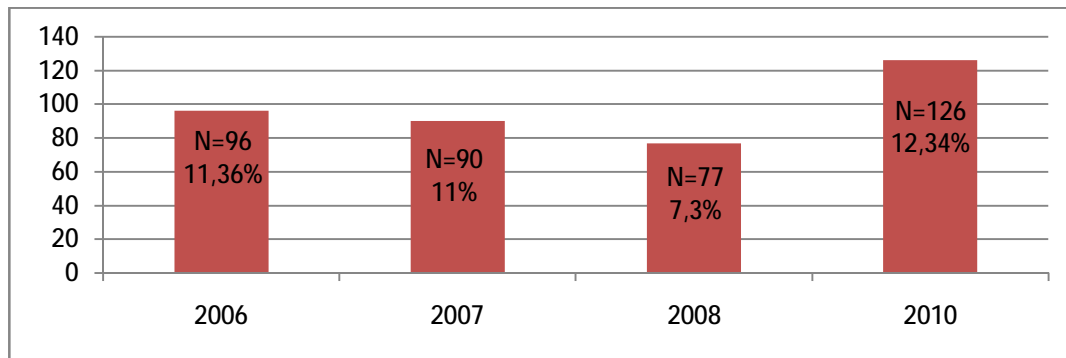


Figure 28 : L'évolution du nombre de patients hospitalisés pour un UGD selon les années

a.3.3.1.2.2 Motif d'hospitalisation

Le motif d'hospitalisation était une hémorragie digestive haute chez 311 patients (80%).

Les épigastralgies de type ulcéreuses étaient retrouvées chez 56% des patients admis pour une pathologie UGD (N= 218). 90 patients (23%) présentaient des vomissements. 128 patients (33%) présentaient un syndrome anémique mal toléré.

La durée d'évolution des symptômes était inférieure à 1mois chez 71% patients, N= 276.

Cette durée n'a pas été précisée chez 16 patients.

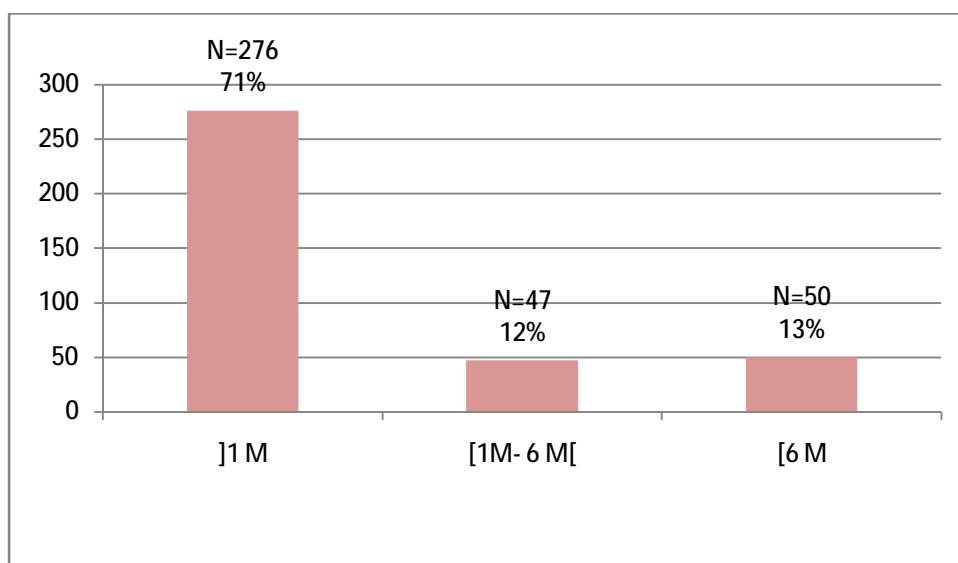


Figure 29 : Durée d'évolution des symptômes

a.3.3.1.2.3 Résultats

a.3.3.1.2.4 Les Facteurs de risques

Plusieurs facteurs de risque incriminés dans la physiopathologie de la maladie ulcéreuse gastro duodénale étaient retrouvés, dont le tabagisme en 1ère position chez 159 patients (41%).

La prise d'AINS était retrouvée 117 patients (30%).

La consommation d'alcool était retrouvée chez 24 patients (6,3%).

a.3.3.1.2.5 Endoscopie

La fibroscopie oeso gastro duodénale (FOGD) a été réalisée chez tous les patients.

Elle a objectivé un stade de Forrest à haut risque de récurrence (IA Ib IIa IIb) chez 15,6% de nos patients (N=60).

La recherche d'*helicobacter pylori* était positive chez 64% de nos patients (N= 249) et négative chez 8,3% d'entre eux (N= 32).

a.3.3.1.2.6 Traitement

Un traitement à base d'IPP seuls été instauré chez 88% des patients (N= 343).

Vingt six patients, soit 6,6% ont bénéficié d'un traitement endoscopique.

Cinq patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

a.3.3.2 Hyper tension portale

a.3.3.2.1 Données épidémiologiques

Cinq cent quatre vingt quatre patients étaient hospitalisés pour une HTP dont l'âge moyen était de $52 \pm 18,36$ ans. Le sexe ratio était de 1,62. 84% de nos patients étaient d'origine urbaine (N=367) et 34,5% étaient d'origine rurale (N=202). La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,77 jours. 64% de nos patients étaient hospitalisés par la voie des urgences (N=376) et 34% par la voie de la consultation au centre diagnostic (N= 201).

Le cout moyen de prise en charge d'une hémorragie digestive par rupture de varices œsophagienne dans notre service revient à 2526 DH, et peut atteindre un cout maximal de 5720 DH lorsqu'on utilise plusieurs moyens pour arrêter cette hémorragie.

Le cout annuel moyen de prise en charge d'une hémorragie d'origine variqueuse est de 50535 DH.

a.3.3.2.2 L'âge

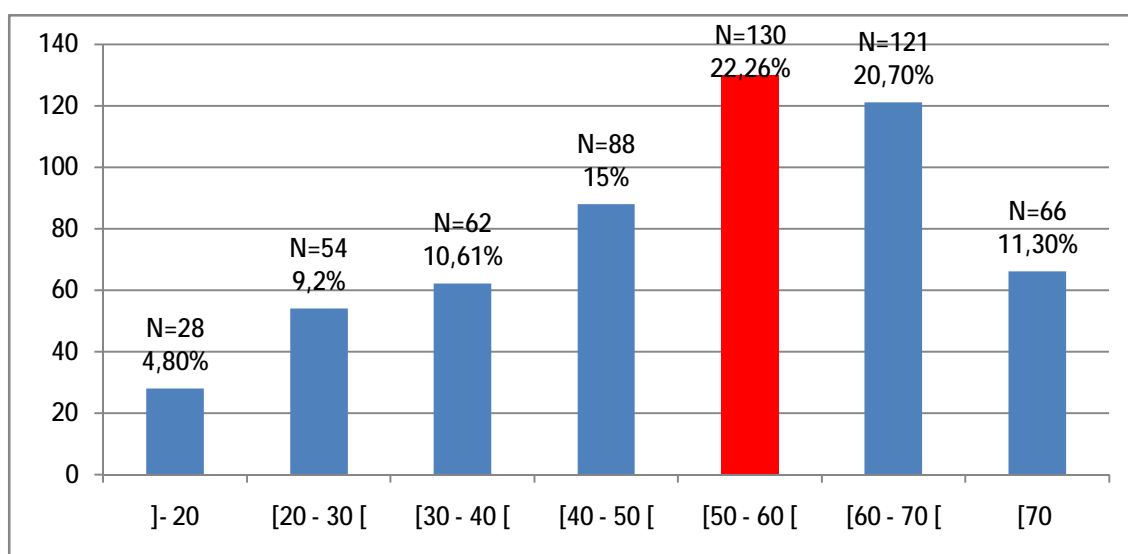


Figure 30 : Répartition des patients selon l'âge

Pour l'HTP, la médiane d'âge était comprise entre 50 et 60ans.

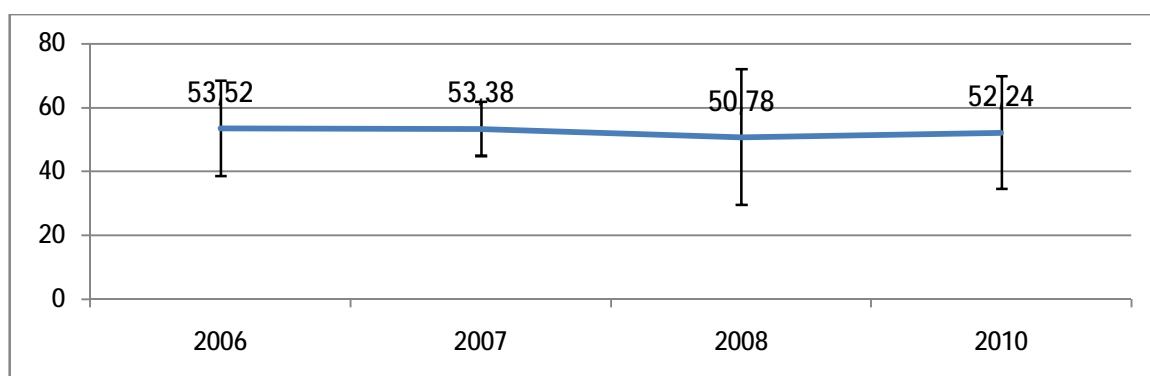


Figure 31 : Evolution de la moyenne d'âge selon les années

De 2006 à 2010 la moyenne d'âge est passée de 53,52 ans à 52,24 ans.

a.3.3.2.2.1 Sexe

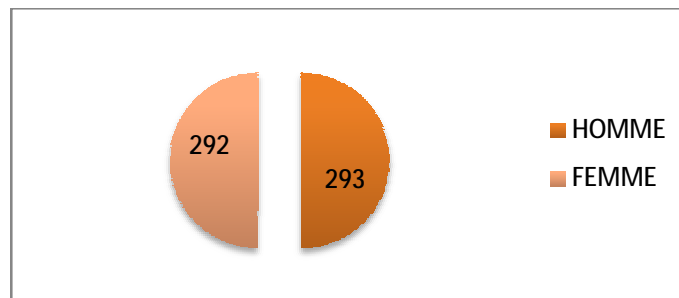


Figure 32 : Répartition des patients selon le sexe

Pour l'HTP, le sexe ratio H/F est de 1.

a.3.3.2.2.2 Voie d'hospitalisation

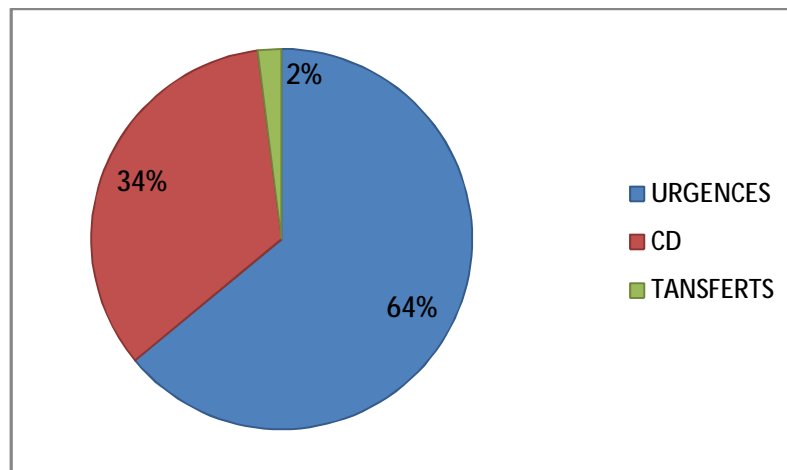


Figure 33 : Les voies d'hospitalisation

La majorité des patients hospitalisés pour une HTP provenaient des urgences.

a.3.3.2.2.3 La DMS

La durée moyenne d'hospitalisation des patients ayant une hypertension portale était de 9,77 jours \pm 0,7.

a.3.3.2.3 Données cliniques

a.3.3.2.3.1 Nombre des hospitalisations

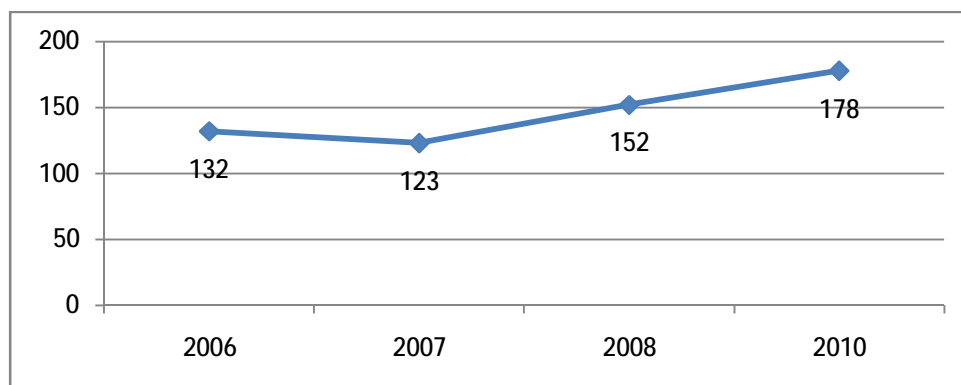


Figure 34 : Evolution du nombre d'hospitalisation selon les années

Entre 2006 et 2010, le taux d'hospitalisation pour l'HTP a augmenté de 35%.

a.3.3.2.3.2 Motif d'hospitalisation

Les motifs d'hospitalisation étaient :

- Une hématurie chez 39% des patients (N= 229).
- Des mélénes chez 30% des patients, (N=176).
- Une ascite chez 33,5% des patients (N= 196).
- Une asthénie chez 12,67% des patients (N= 74).
- Un ictère chez 12,5% des patients (N= 73).
- une encéphalopathie hépatique a constitué le motif d'hospitalisation chez 34 patients soit 6% des malades.

a.3.3.2.4 Résultats

a.3.3.2.4.1 Données de l'examen physique

- A l'examen clinique, 118 patients présentaient un ictère soit 20% des patients.
- Une hépatomégalie (HMG) était objectivée chez 20% des malades, N=57.
- Une splénomégalie (SMG) était retrouvée chez 25,7% des malades, soit N= 150.
- Une encéphalopathie hépatique a été objectivée chez 8% des patients (N=47).
- Des mélénes ont été retrouvés au toucher rectal chez 22,6% des patients (N=132).

a.3.3.2.4.2 Données de la biologie

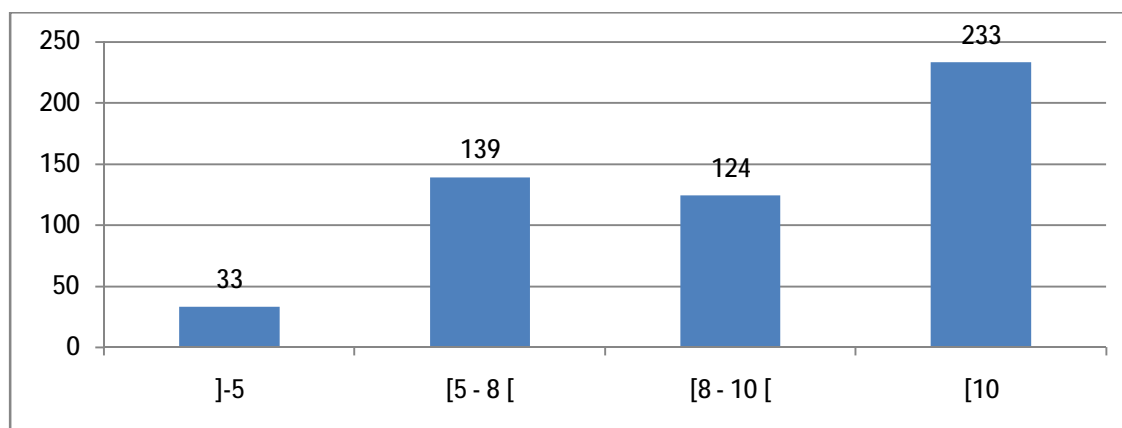


Figure 35 : Nombre des patients en fonction du taux d'hémoglobine

- Chez 50,7% des cas le taux d'hg était inférieur à 10g/dl.
- Chez 9,2% des patients N=54, le taux d'hémoglobine n'a pas pu être précisé.
- La sérologie virale C était positive chez 31,5% des patients, N= 185.
- La sérologie virale B était positive chez 11% des patients, N= 68.

a.3.3.2.4.3 L'endoscopie

La FOGD a été réalisée chez 90,55% de nos patients admis pour une HTP, N=528.

Elle a mis en évidence la présence de :

- ü Varices œsophagiennes (VO) chez 91% des patients, N=480.
- ü La présence de varices sous cardiales (VSC) chez 20,7%, N= 109.
- ü La présence de varices gastriques (VG) chez 14,3%, N=76.

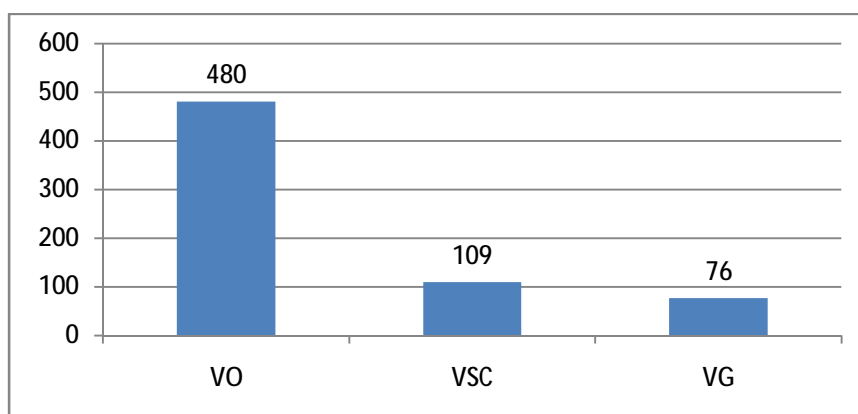


Figure 36 : Données de l'endoscopie

a.3.3.2.4.4 Traitement

∅ La ligature des VO a été réalisée chez 38% des patients, N=200

ü En prévention primaire chez 3 patients

ü Dans un but hémostatique chez 9 patients.

ü En prévention secondaire chez 74,6% des patients, N= 149.

ü En prévention secondaire dans un but hémostatique chez 19,4% des patients, N= 39.

∅ Les bêtabloqueurs ont été instaurés chez 39,5% des patients N=230

ü En prévention primaire chez 49,7% des patients, N= 114

ü En prévention secondaire chez 50,3% des patients, N= 116

- Associé à la ligature chez 58% soit N= 67
- Seuls dans 42% des cas soit N= 49

a.3.3.3 La leptospirose

a.3.3.3.1 Données épidémiologiques :

Le nombre de patients admis pour une leptospirose était de 84 (2,4%), l'âge moyen était 35,3 ans 15 - 75 ± 18,41 ans. Le sexe masculin était prédominant avec un sexe ratio H/F de 6,6. Cinquante trois patients (63%) étaient issus d'un milieu urbain alors que trente (35,7%) étaient issus d'un milieu rural. 52 patients étaient originaires de la ville de Fès (62%) et 32 provenaient des autres régions (38%). La durée moyenne d'hospitalisation pour cette pathologie était de 9 jours. Les urgences ont constituées la voie d'hospitalisation chez 78% patients (N=66), dans 19% des cas (N=16), les patients ont été transférés du service de réanimation après amélioration de leur état clinique et biologique.

a.3.3.3.1.1 Age

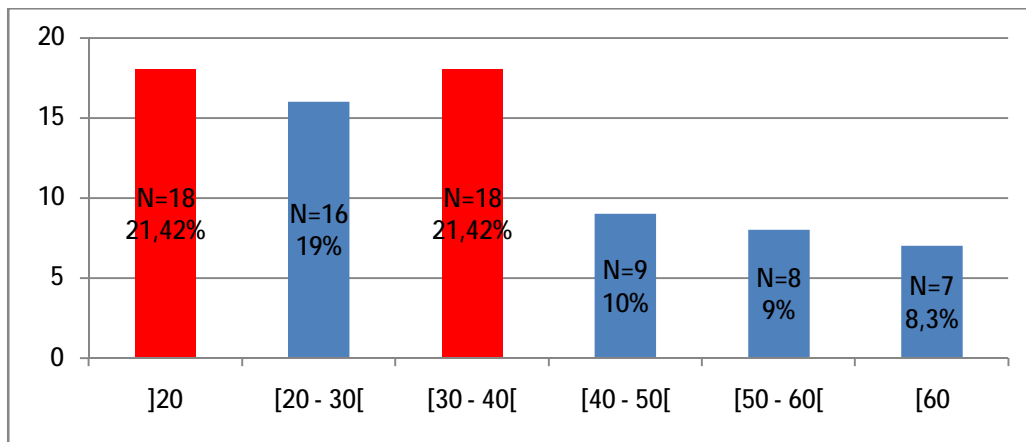


Figure 37 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

ü Chez 8 patients (9,5% des cas) l'âge n'a pas été précisé.

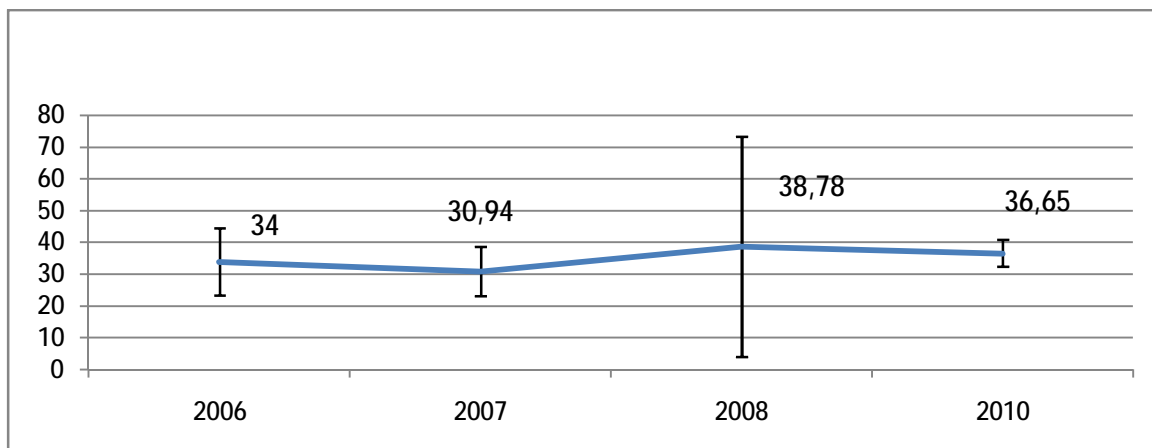


Figure 38 : L'évolution de la moyenne d'âge selon les années

Entre 2006 et 2010, la moyenne d'âge est passée de 34ans à 36,65 ans.

a.3.3.3.1.2 Le sexe

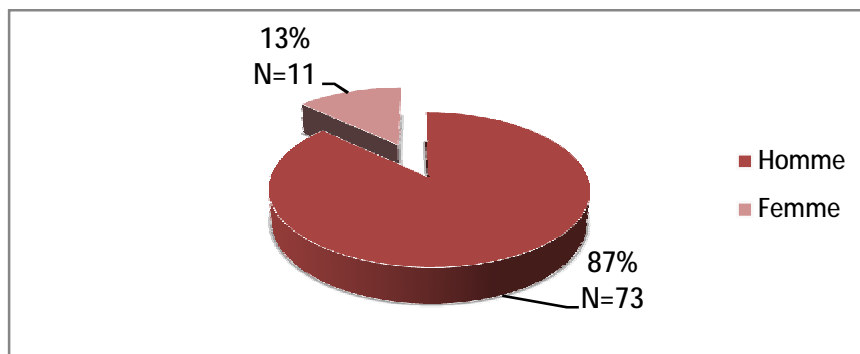


Figure 39 : Répartition des patients selon le sexe

Pour la leptospirose le sexe ratio H/F était de 6,6.

a.3.3.3.1.3 L'évolution du taux d'hospitalisation selon les années

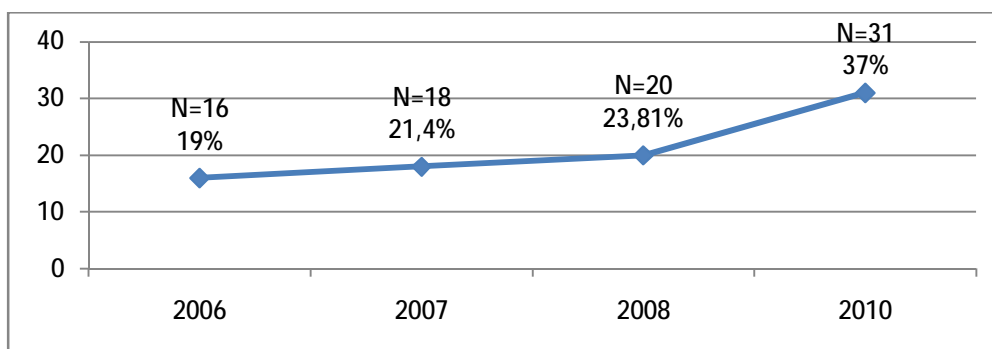


Figure 40: L'évolution du taux d'hospitalisation selon les années

Entre 2006 et 2010 le taux d'hospitalisation pour la leptospirose a augmenté de 93% en parallèle avec l'augmentation globale d'hospitalisation.

a.3.3.3.1.4 L'origine

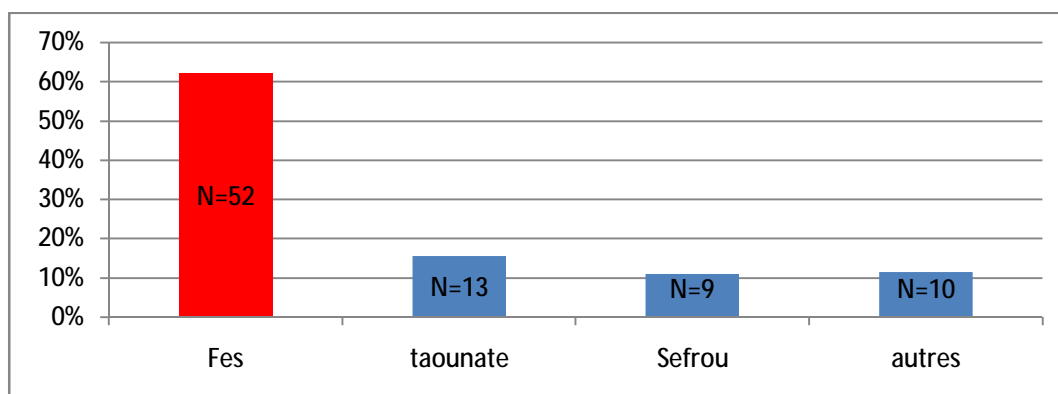


Figure 41: Répartition des patients selon l'origine

Dans 62% des cas, les patients étaient originaires de la ville de Fès (N=52).

a.3.3.3.1.5 Voie d'hospitalisation

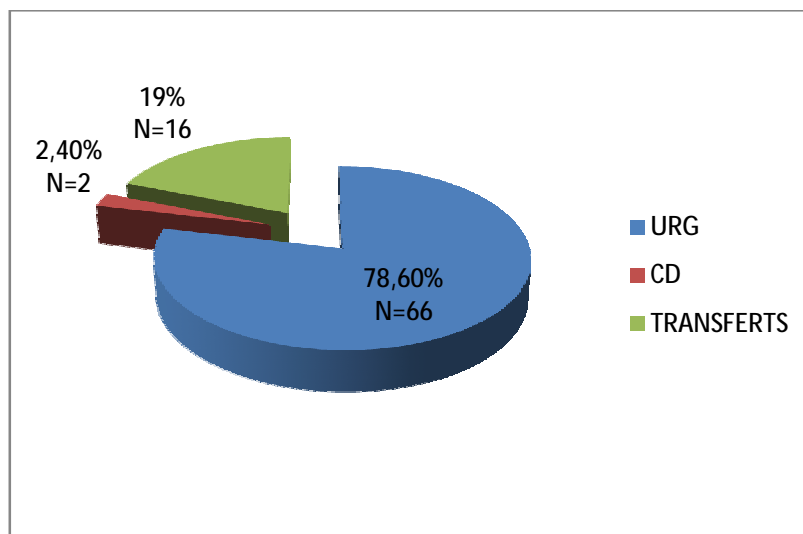


Figure 42 : Pourcentage des voies d'hospitalisation

Dans 78,6% des cas, nos malades provenaient des urgences (N=66), dans 19% des cas les malades étaient transférés des services de réanimation.

a.3.3.3.1.6 Durée moyenne d'hospitalisation

ü La durée moyenne de séjour est de 9jours \pm 1,38.

a.3.3.3.2 Les données cliniques

Pour étudier les données cliniques de cette pathologie nous allons analyser une population N=50, en considérant que N= 34 est une population dont les données sont manquantes.

ü Le contact avec un animal a été retrouvé chez 11 patients soit 22%. Chez 28 patients (56%), ce contact était négatif alors qu'il était indéterminé chez 22% des patients (N= 11).

ü L'animal en question était un rat dans 90% des cas (N=10/11) et dans un seul cas, soit 10% il s'agissait d'un chien.

ü Lieu d'exposition

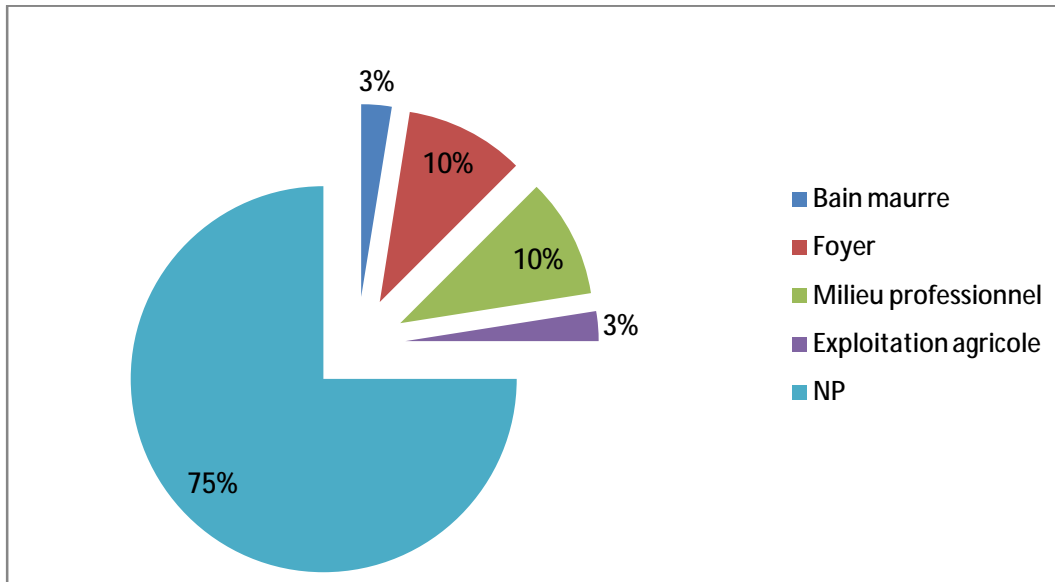


Figure 43 : Répartition des lieux d'exposition à la leptospirose

- ü Un contact avec une eau suspecte (oued, eau stagnante ou égouts) à été noté chez 39% des patients (N=19).
- ü L'ictère représentait le motif d'hospitalisation chez tout ces patients.
- ü Un syndrome méningé a été retrouvé chez un seul patient.
- ü Le délai de consultation chez cette population était de 8 jours.
- ü Répartition saisonnière

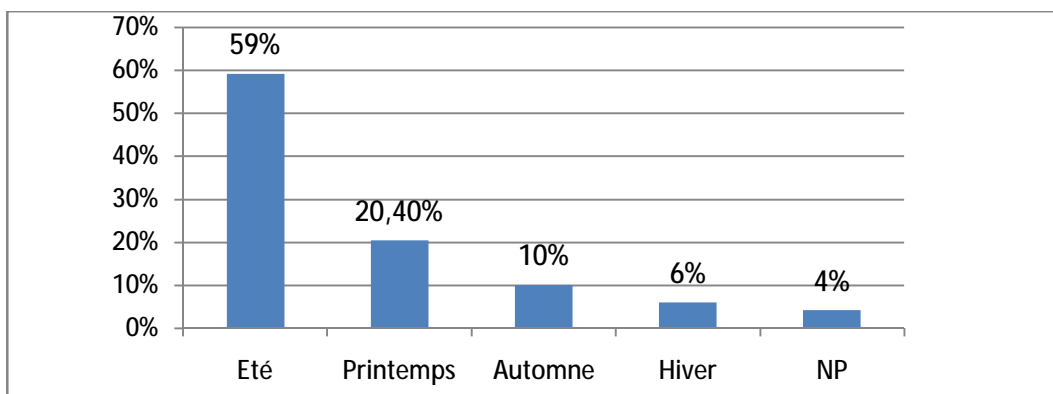


Figure 44 : Répartition des hospitalisations selon la saison

a.3.3.3.3 Résultats

- ü La sérologie Martin et petit a été réalisée chez 28 patients, elle est revenue positive chez 82%, N=23.
- ü Une thrombopénie a été retrouvée chez 77%, N=38, nécessitant une transfusion des plaquettes chez 31,5% (N=12/38).
- ü Une créatinine élevée était retrouvée chez 80% des patients, N=39. Une Hémodialyse était indiquée chez un seul patient.
- ü Une antibiothérapie a été instaurée chez tous les patients, elle était à base de PeniG chez 87%, N=43.
- ü L'évolution :

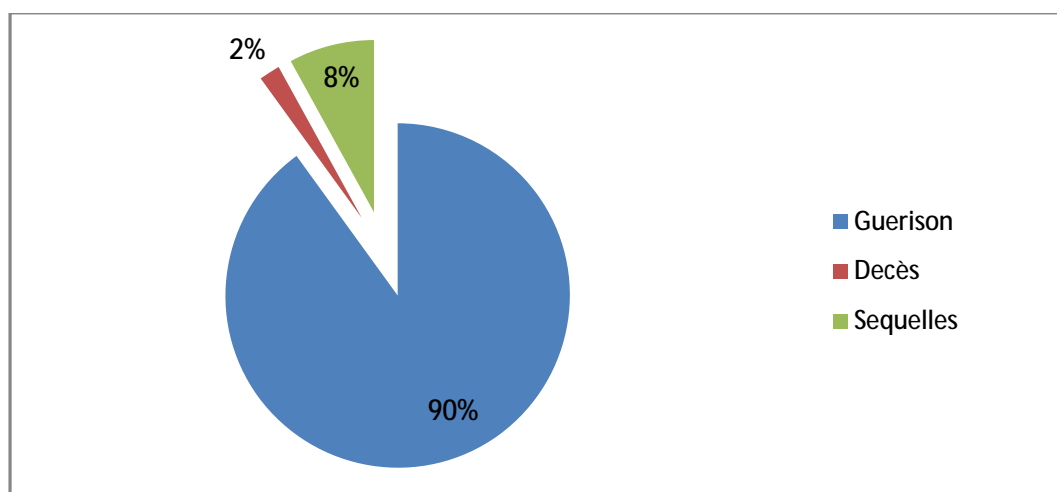


Figure 45 : Evolution des résultats du traitement

- ü Un seul patient a eu comme séquelle une paralysie faciale, un patient a gardé des hémoptysies et les deux autres patients ont été suivis en cardiologie pour une ACFA paroxystique.
- ü Nous avons déploré le décès d'un seul patient par arrêt cardio respiratoire secondaire à une hémorragie alvéolaire abondante.

a.3.3.4 La tuberculose péritonéale

a.3.3.4.1 Les données épidémiologiques

Notre service a hospitalisé au cours de cette période 157 patients ayant une ascite d'origine tuberculeuse dont la moyenne d'âge était de $34,5 \pm 18,35$ ans[14 - 75 ans]. Le sexe féminin était prédominant avec un sexe ratio F/H de 2,5. Dans 27,4 % des cas les patients étaient issus d'un milieu rural quant aux 69% restants, ils étaient issus d'un milieu urbain. 63,7% des patients habitaient la ville de FES. Dans 16,56% des cas les patients habitaient la ville de Taounate. Les patients étaient hospitalisés à travers le centre diagnostic dans 83% des cas.

ü L'évolution du nombre des patients hospitalisés pour une TB péritonéale selon les années.

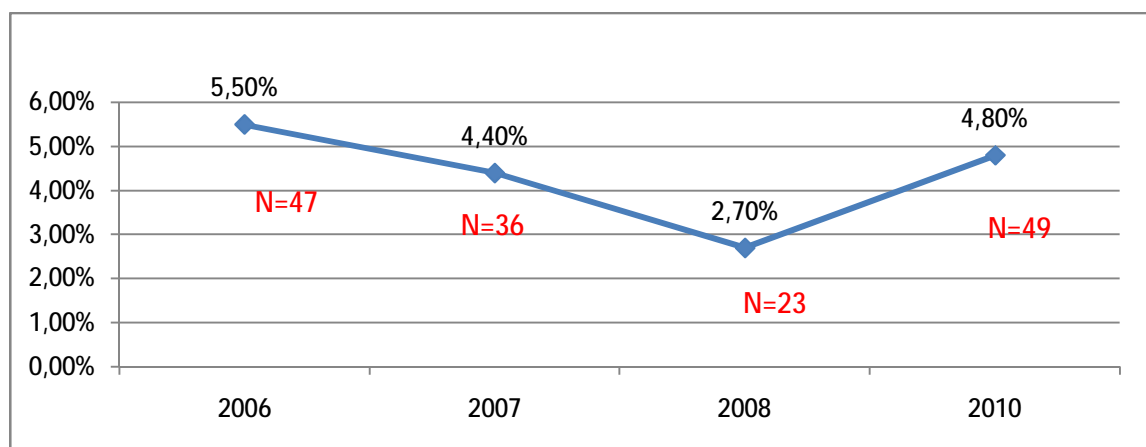


Figure 46 : L'évolution du nombre des patients hospitalisés pour une TB péritonéale selon les années

Entre 2006 et 2010 le taux d'hospitalisation pour la TB péritonéale a augmenté de 4%.

a.3.3.4.1.1 L'Age

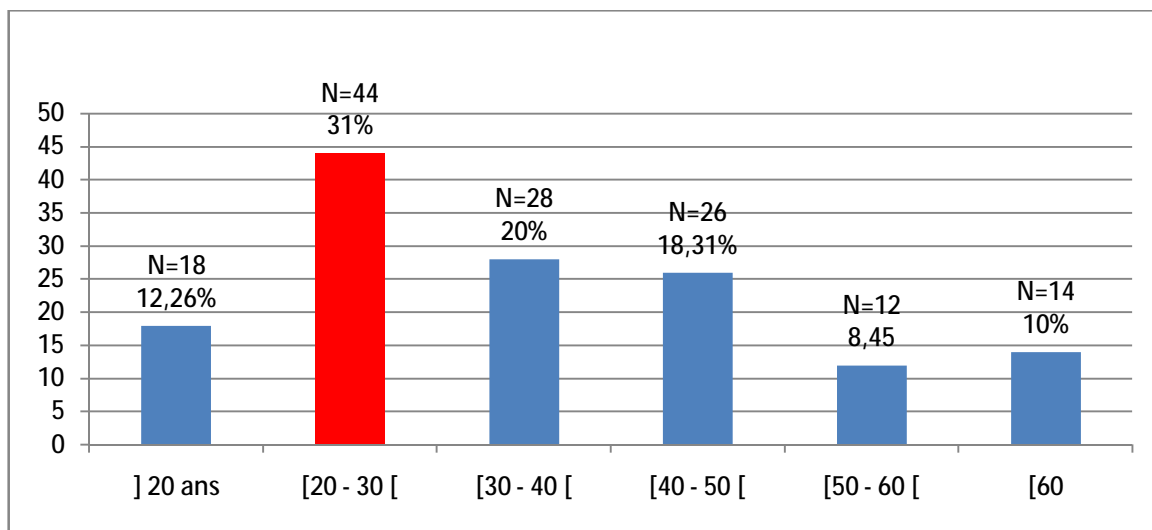


Figure 47: Nombre patients selon la tranche d'âge

Pour cette pathologie, la médiane d'âge était comprise entre 20 et 30ans.

ü L'évolution de la moyenne d'âge selon les années

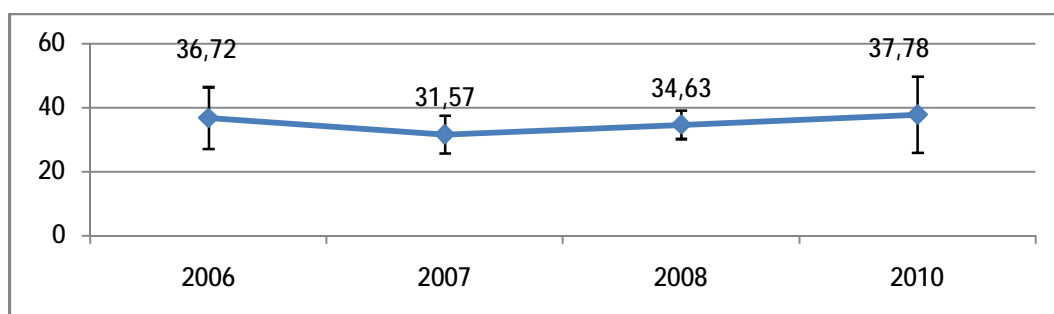


Figure 48 : L'évolution de la moyenne d'âge selon les années

De 2006 à 2010 la moyenne d'âge est passée de 36,72ans à 37,78 ans.

a.3.3.4.1.2 Le sexe

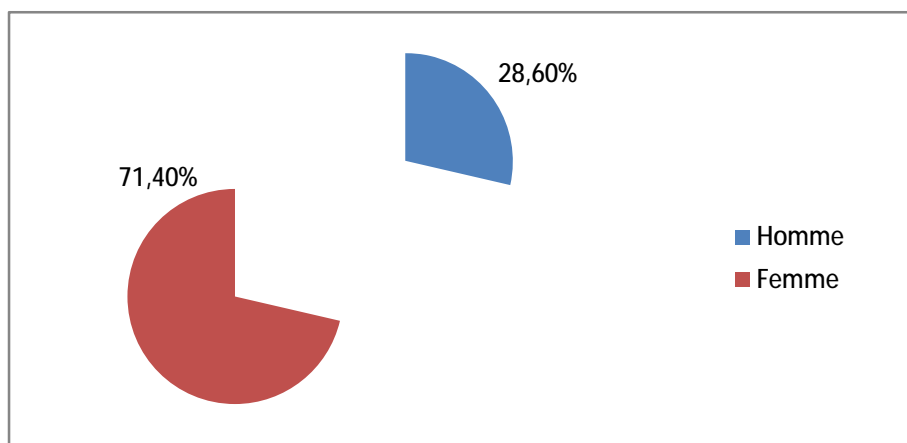


Figure 49: Répartition du sexe Ratio

Le sexe ratio F/H était de 2,5.

a.3.3.4.1.3 La voie d'hospitalisation

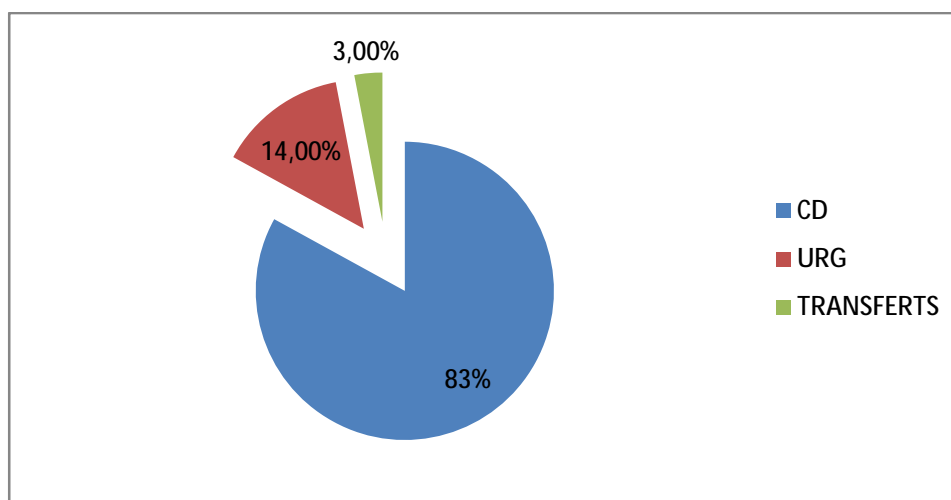


Figure 50: Répartition des voies d'hospitalisation

70 patients étaient admis à travers la consultation (83%).

ü La durée moyenne d'hospitalisation des patients ayant une tuberculose péritonéale était de 16 jours \pm 4,67.

a.3.3.4.1.4 L'évolution de la DMS selon les années.

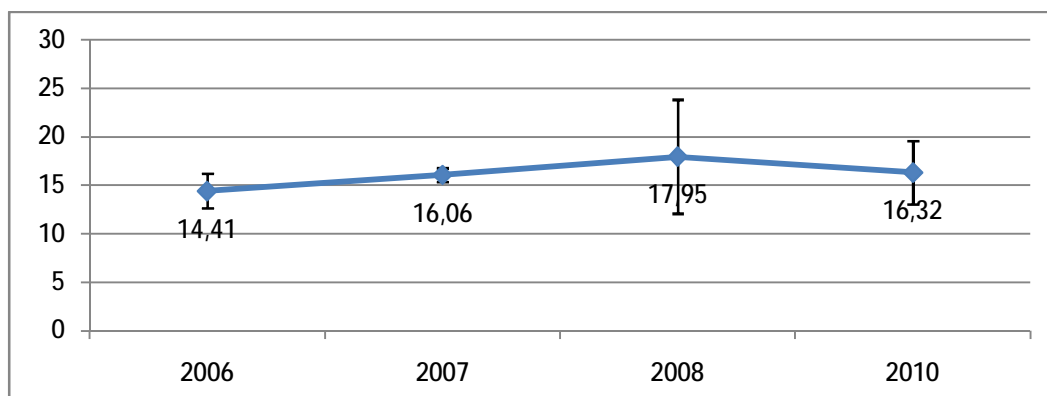


Figure 51 : L'évolution de la DMS selon les années

La DMS est passée de 14,41 à 16,32 jours entre 2006 et 2010.

Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

a.3.3.5 *Maladie de crohn (MC)*

a.3.3.5.1 Données épidémiologiques

Au cours de cette période, 194 patients ayant une maladie de Crohn ont été hospitalisés, leur âge moyen était de 35,47 ans [14 - 84] \pm 18,34. Le sexe féminin était prédominant avec un sexe ratio F/H de 1,3. Cent vingt six patients provenaient d'un milieu urbain (65% des cas) tandis que 62 malades étaient issus d'un milieu rural (32% des cas). Le recrutement de nos patients se faisait par le biais de la consultation dans 70% des cas (N=137).

a.3.3.5.1.1 Age

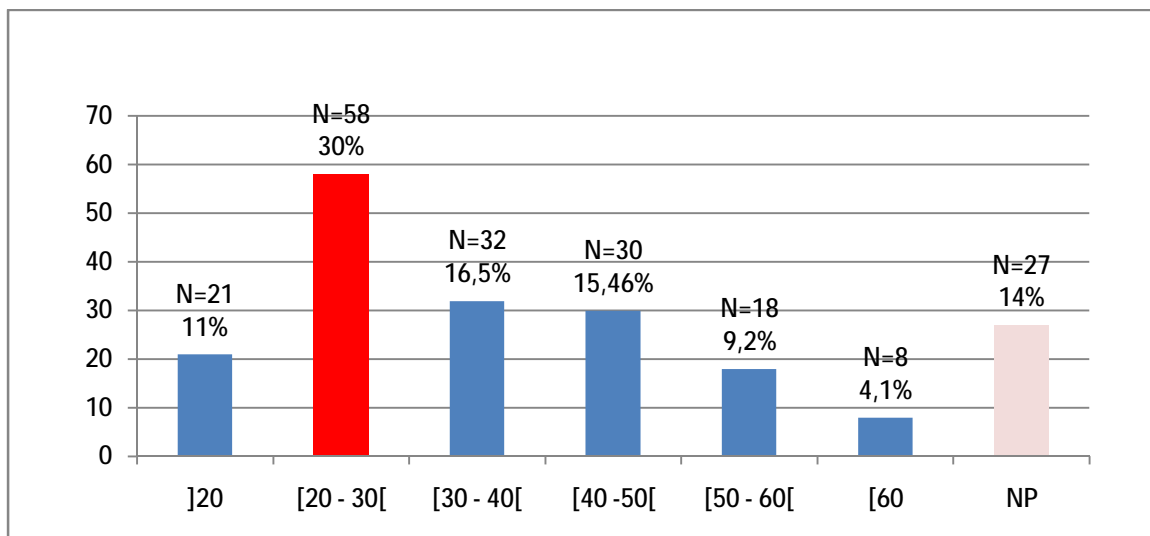


Figure 52 : Evolution en fonction de la tranche d'âge

Nous remarquons une fréquence de la maladie de Crohn chez la population jeune avec un maximum au niveau de la tranche d'âge comprise entre 20 et 30 ans.

De plus, nous avons noté une stabilisation de la moyenne d'âge durant les années étudiées.

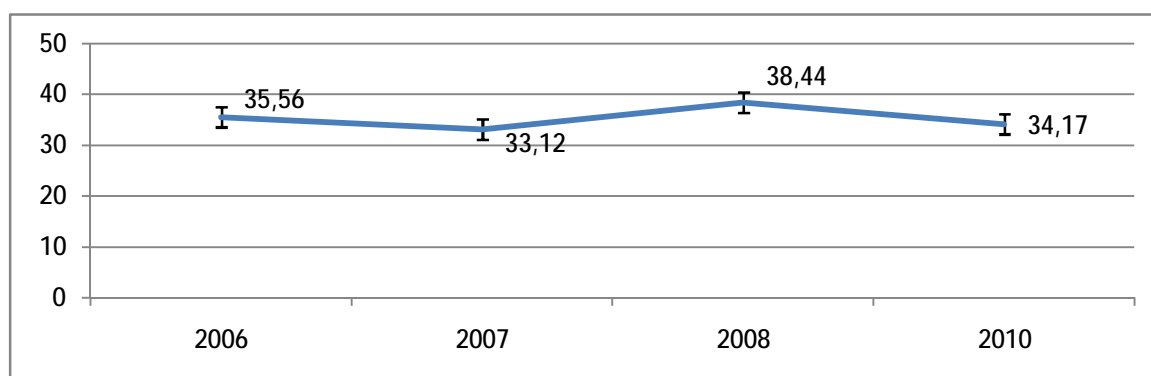


Figure 53 : L'évolution de la moyenne d'âge selon les années

a.3.3.5.1.2 Le sexe

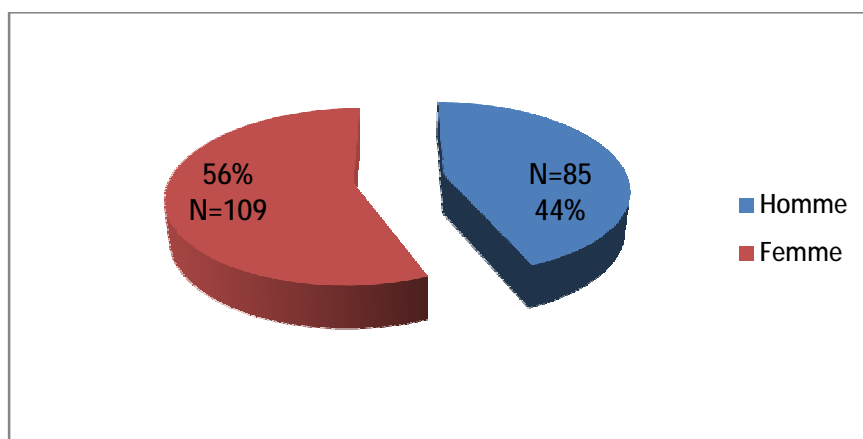


Figure 54: Répartition selon le sexe

Une prédominance féminine franche à été notée avec un sexe ratio F/H de 1,3.

a.3.3.5.1.3 L'évolution du nombre d'hospitalisation selon les années

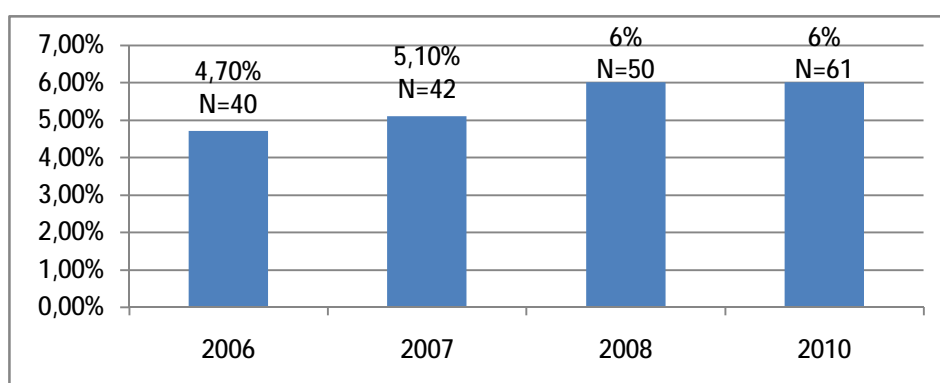


Figure 55 : Evolution du nombre d'hospitalisation selon les années

La prévalence de la maladie de Crohn est passée de 4,7% en 2006 à 6% en 2010.

a.3.3.5.1.4 Voie d'hospitalisation

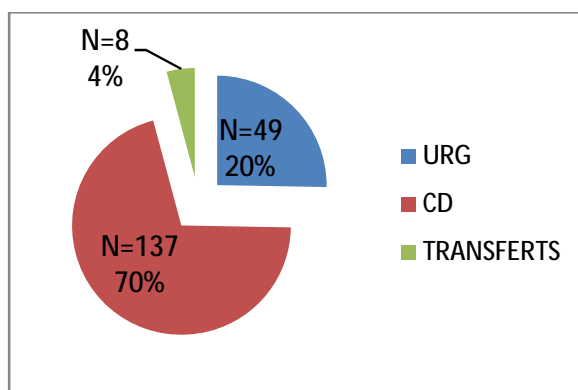


Figure 56 : Biais d'hospitalisation

Dans 70% des cas (N=137) les patients étaient admis par le biais du centre diagnostique, et dans 20% des cas les patients étaient admis par le biais des urgences.

a.3.3.5.1.5 La DMS

ü La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de $12,65 \pm 4,24$ jours.

a.3.3.5.2 Données cliniques

- ü Les motifs d'hospitalisation de nos patients ont été représentés par :
- La diarrhée chronique comme principal motif de consultation chez 71% des patients (138 cas).
 - Une fistule entéro-cutanée chez 4% des cas (9 patients).
 - Un syndrome sub-occlusif dans 6,7% des cas (13 patients).
 - Des douleurs abdominales chez 3,6% des patients (7 cas).
 - Plus rarement le motif de consultation était des rectorragies (2,5% des cas), un syndrome rectal isolé (3% des cas) ou même des épigastralgies avec vomissements (2% des cas).

- ü Les manifestations extra digestives ont été retrouvées chez 31% des patients (N=60), dont 78% étaient de type articulaire (N=47), 13% de type cutané (N=8) et 8% visuelles (N=5).
- ü L'état général des patients était jugé cliniquement bon dans seulement 32,4% des cas (n=63).

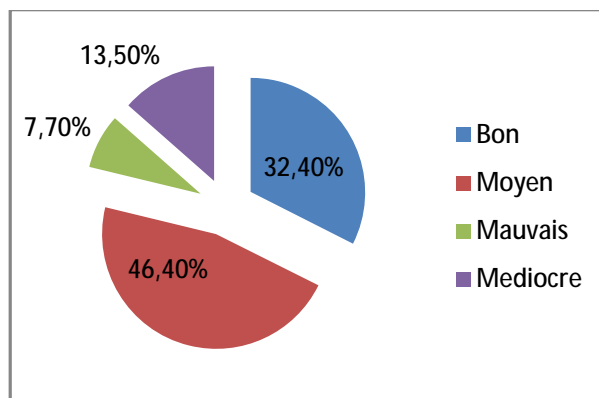


Figure 57 : Répartition en fonction de l'état général des patients

a.3.3.5.3 Résultats para cliniques

- ü Les anomalies biologiques ont été représentées par :
 - § Une anémie dans 50% des cas (N=97).
 - § Une hyperleucocytose dans 15% des cas (N=29).
 - § Une hypo albuminémie chez 18% de nos patients (N=34) sachant que l'albuminémie n'a pas été précisée chez le 1/3 de nos patients (N=66).
- ü Les données morphologiques (Clinique, Endoscopie, Radiologie) :

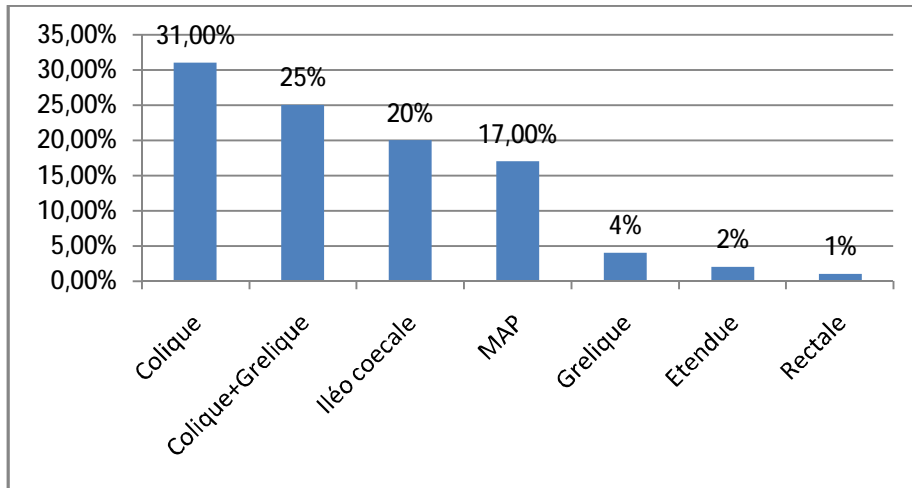


Figure 58 : Localisation de la maladie

L'étendue de la maladie été dominée par l'atteinte colique (31 %) et l'atteinte iléo-caecale (20 %), alors que les lésions ano-périnéales ont été notées chez 17 % des patients.

ü L'histologie :

L'histologie était compatible avec une maladie de crohn chez 60% des patients, (N= 116).

a.3.3.5.4 Le traitement

ü Un traitement chirurgical était nécessaire chez 18% de nos malades (N=35), dont 6,7% ont été opérés pour une sténose iléo caecal (N=13), 3% ont été opérés pour une fistule ano périnéale (N=6), 2% ont été opérés pour une fistule entéro cutanée (N=4), 3% ont été opérés pour un abcès profond (N=6) et 1% des patients ont été opérés pour des rectorragies massives (N=2). Par ailleurs l'indication du traitement chirurgical n'a pas été précisée chez 2% des malades (N=4).

ü Chez tous les autres patients un traitement médical a été proposé.

ü L'évolution était marquée par

§ la rémission chez 67% de nos patients (N=130) avec un recul moyen de 27mois.

§ La survenue de complications chez 10 patients (5% des cas) à type d'abcès profond chez 6 malades (3%) et un syndrome occlusif chez 4 malades (2%) dont 3 sont décédés (1,5%).

a.3.3.6 La rectocolite hémorragique (RCH)

a.3.3.6.1 Données épidémiologiques

Durant cette période de 4 ans, 147 patients étaient hospitalisés pour une RCH. L'âge moyen était de 37,24 ans [17 - 72 ans] \pm 18,37. Le sexe féminin était prédominant avec un sexe ratio F/H = 1,22. L'origine des patients était dans 59% des cas urbaine (N=87) et dans 38% des cas rurale. 57,14% de nos malades étaient admis par le biais de la consultation (N= 84) alors que 40,81% des patients ont été admis à travers les urgences (N=60) et 5, 4% (N=8) transférés d'autres services.

a.3.3.6.1.1 Age

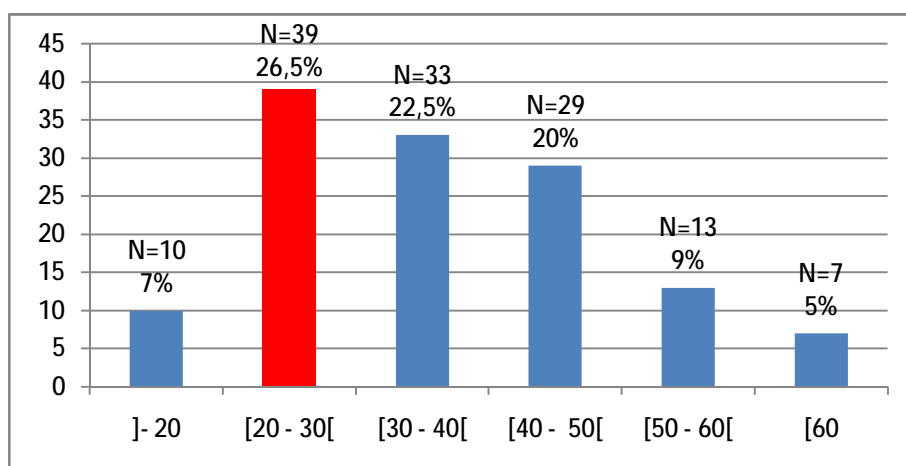


Figure 59 : Répartition en fonction de la tranche d'âge

Nous remarquons une prédominance de la RCH chez la population jeune avec un maximum au niveau de la tranche d'âge comprise entre 20 et 30 ans.

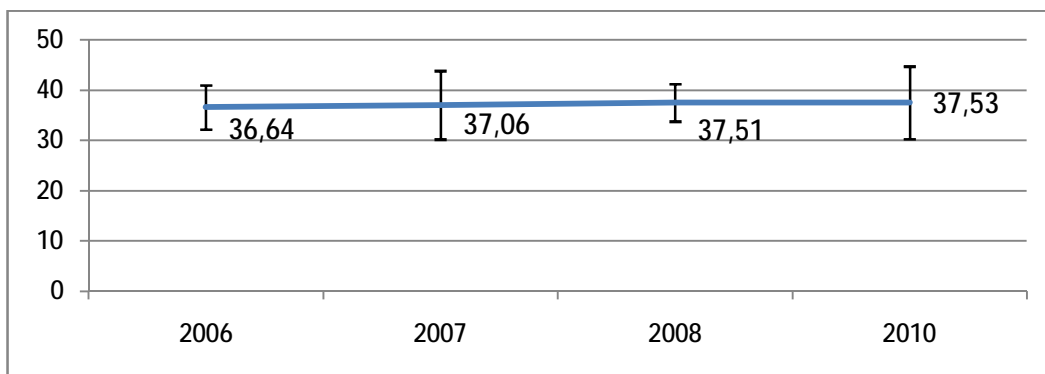


Figure 60: L'évolution de la moyenne d'âge selon les années

Entre 2006 et 2010, la moyenne d'âge était entre $36,64 \pm 4$, ans et $37,53 \pm 7,22$ ans.

a.3.3.6.1.2 Le sexe

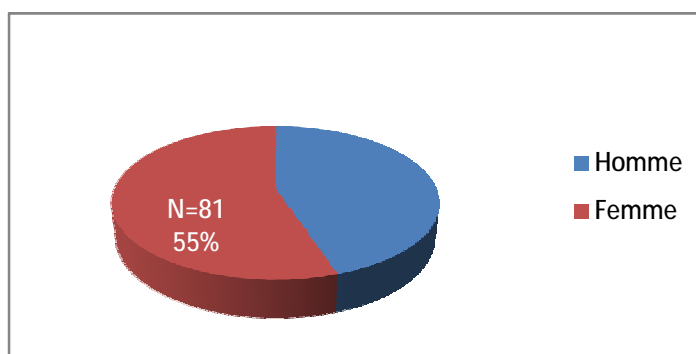


Figure 61 : Sexe Ratio

Une prédominance féminine franche à été notée avec un sexe ratio F/H de 1,3.

a.3.3.6.1.3 Evolution du nombre d'hospitalisation selon les années.

Nous avons remarqué que la prévalence de la RCH a connu une augmentation entre 2006 et 2010, passant de 3% (2006) à 5% (2010) de l'ensemble des hospitalisations.

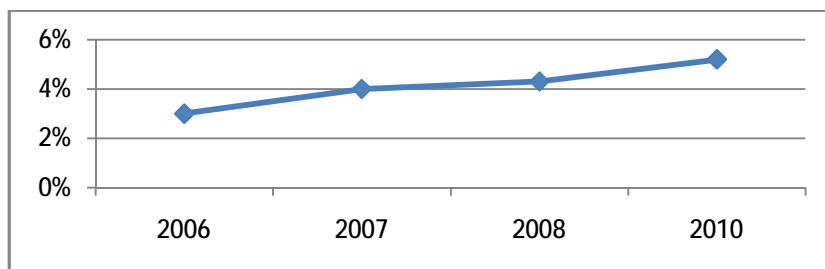


Figure 62 : Evolution du nombre d'hospitalisation selon les années

a.3.3.6.1.4 Voie d'hospitalisation

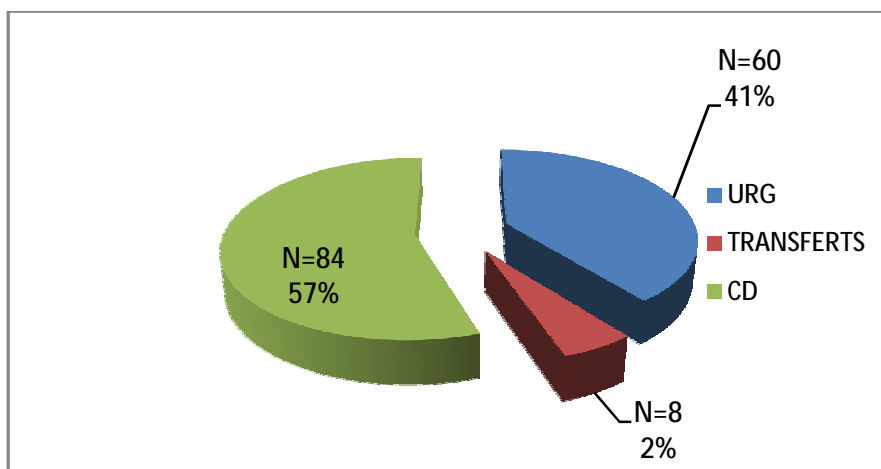


Figure 63 : Biais d'hospitalisation

Dans 57% des cas, le centre de diagnostic représentait la voie d'hospitalisation.

a.3.3.6.1.5 La DMS

ü La durée moyenne d'hospitalisation pour ces patients atteints de RCH était de $10,18 \pm 4,11$ jours.

a.3.3.6.2 Données cliniques

- ü Le principal motif d'hospitalisation était une diarrhée glairo sanglante chez 68% des patients (N= 101).
- ü Des rectorragies chez 22% des patients (N= 33).
- ü Un syndrome dysentérique dans 5% des cas (N= 7)
- ü Des manifestations extra digestives étaient retrouvées dans 22% des cas (N= 33).

ü La gravité des poussées a été évaluée grâce au Score de Truelove

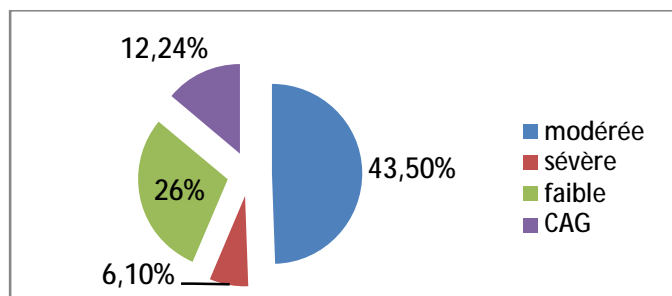


Figure 64 : Pourcentage de la Pousée

Les patients se sont présentés dans un tableau de poussée sévère dans 6% des cas et dans un tableau de CAG dans 12,24% des cas.

a.3.3.6.3 Résultats para cliniques

ü Les anomalies biologiques ont été représentées par :

- § Une anémie dans 86% des cas (N= 126).
- § Une hyperleucocytose dans 44% des cas (N=65).
- § Une hypo albuminémie chez 28% de nos patients (N=41) sachant que l'albuminémie n'a pas été précisée chez la moitié de nos patients (N=74)

ü Les données morphologiques

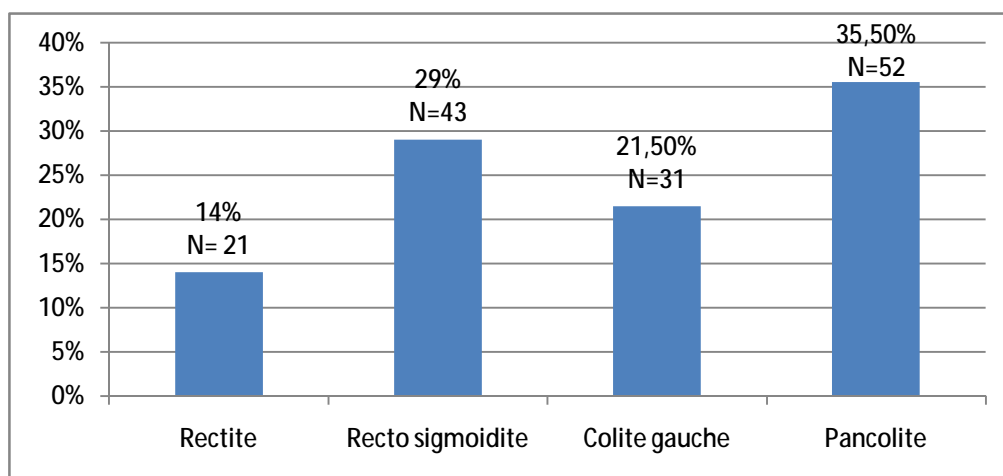


Figure 65 : Etendue des lésions à l'endoscopie

L'étendue de la maladie était dominée par la pancolite dans 35,5% des cas (N=52), suivie de la localisation recto sigmoïdienne dans 29% des cas (N=43) et la colite gauche dans 21,5% des cas (N=31).

a.3.3.6.4 Traitement

- ü Un traitement médical a été instauré chez tous les patients.
- ü Un traitement chirurgical a été réalisé chez 11% de nos patients (N=16), dont 2% (N=3) étaient opérés d'emblée devant la survenue de complications à type d'abcès profond et de perforation, quant aux 9% restants (N=13), la chirurgie leur a été proposée comme traitement de deuxième ligne.

a.3.3.7 *Le cancer colo rectal (CCR)*

a.3.3.7.1 Données épidémiologiques

Cent cinquante six patients étaient hospitalisés pour un CCR. L'âge moyen des patients était de 55,22 ans [17 – 90ans] \pm 18,35. 25,64% des patients avaient moins de 45ans (N=40).

La localisation du cancer était rectale dans 42% des cas (N=65) et colique dans 44% des cas (N=68).

Le sexe masculin prédominait pour cette pathologie avec un sexe ratio H/F = 1,13. 61,53% des patients provenaient d'un milieu urbain et 37% d'entre eux provenaient d'un milieu rural. La voie d'hospitalisation était le centre de diagnostic dans 76% des cas et les urgences dans 24% cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13,58 jours.

a.3.3.7.1.1 L'Age

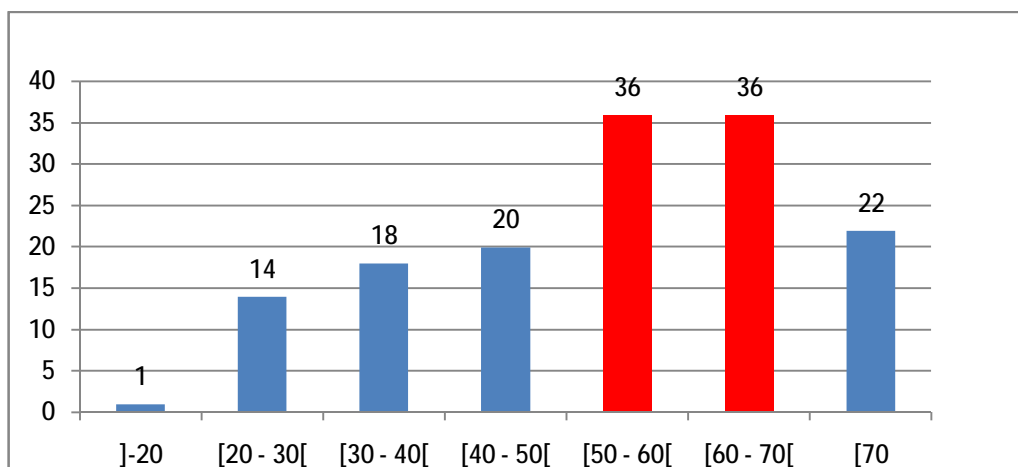


Figure 66 : Répartition selon la tranche d'âge

- ü 46,15% des patients étaient âgés entre 50 et 70ans.
- ü L'âge n'a pas été précisé chez un neuf malades (5,6%).

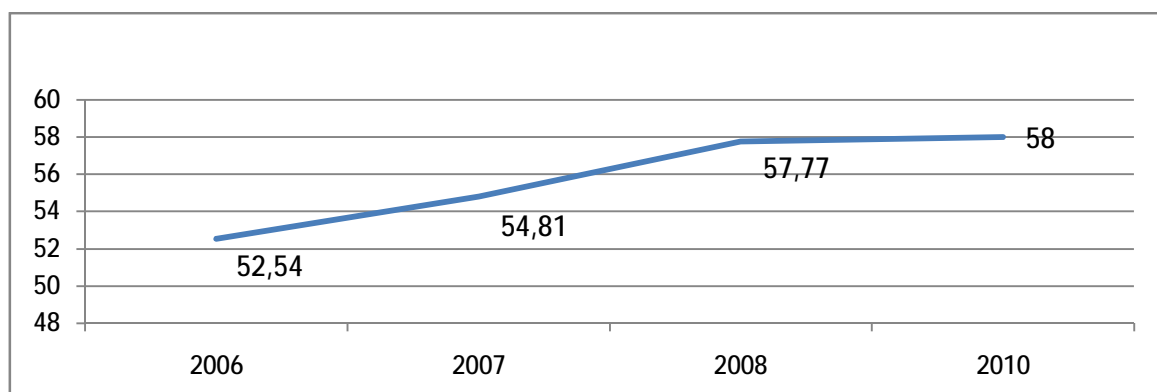


Figure 67 : L'évolution de la moyenne d'âge selon les années

Entre 2006 et 2010 la moyenne d'âge est passée de 52,54 à 58ans.

a.3.3.7.1.2 Le sexe

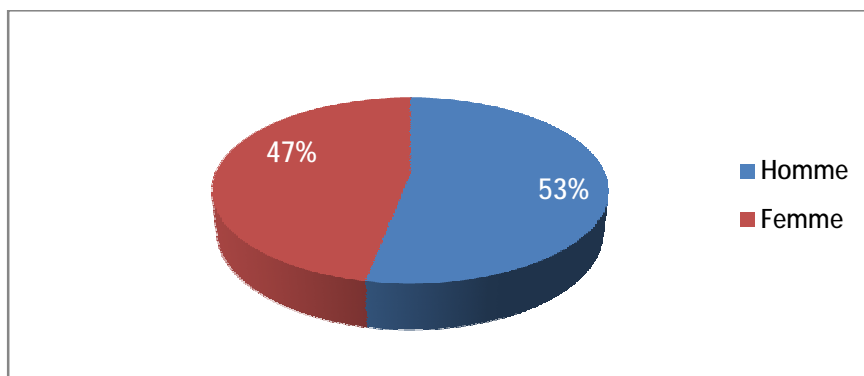


Figure 68 : Répartition selon le sexe

Le sexe ratio H/F était de 1,33.

a.3.3.7.1.3 Voie d'hospitalisation

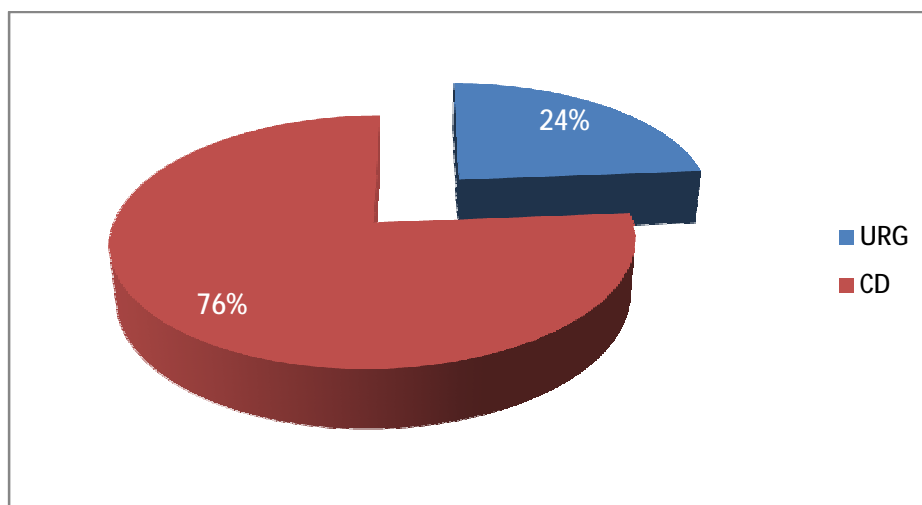


Figure 69 : Pourcentage des voies d'hospitalisation

Dans 76% des cas les patients étaient admis à travers le centre diagnostique (N=118)

a.3.3.7.1.4 La durée moyenne de séjour (DMS)

ü La durée moyenne d'hospitalisation était de 13,58 jours

a.3.3.7.2 Données cliniques

ù Le motif d'hospitalisation était :

- une diarrhée chronique chez 11,5% des patients ayant un CCR, N= 18.
- Une constipation chronique chez 28 malades, soit 18% des cas.
- Les rectorragies dans 21% des cas, N=33
- Un syndrome rectal chez 23% des malades, N= 36.
- Une masse abdominale chez 12patients, soit 7,7% des cas.
- Des douleurs abdominales chez 10 patients soit 6,4% des cas.
- Un syndrome sub occlusif chez 10patients, soit 6,4% des cas.
- Un syndrome occlusif dans 2,56% des cas, N=4

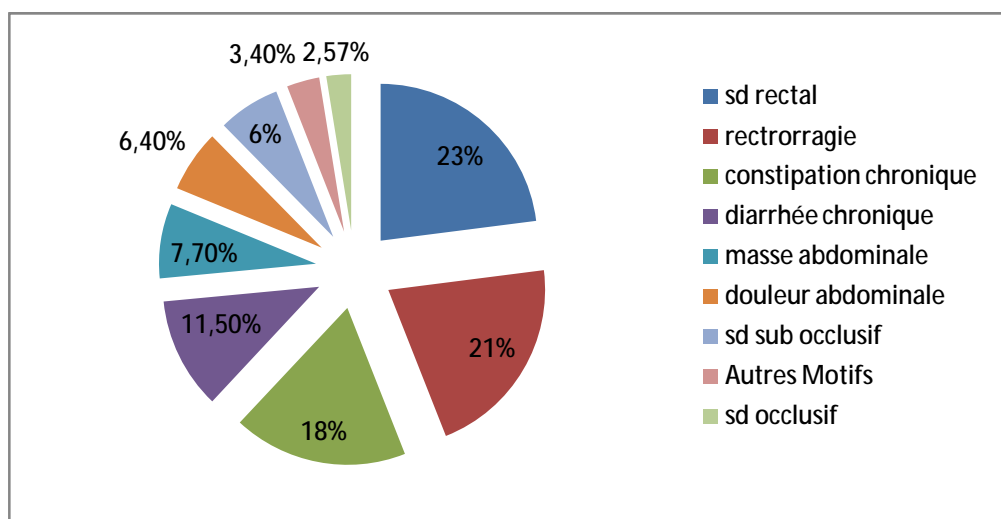


Figure 70 : Motifs d'hospitalisation

La localisation rectale représentait 42% des cas (N=65)

La localisation sigmoïdienne représentait 22% des cas (N=34)

Dans 10% des cas, la localisation du cancer n'a pas été précisée.

a.3.3.7.3 Résultats

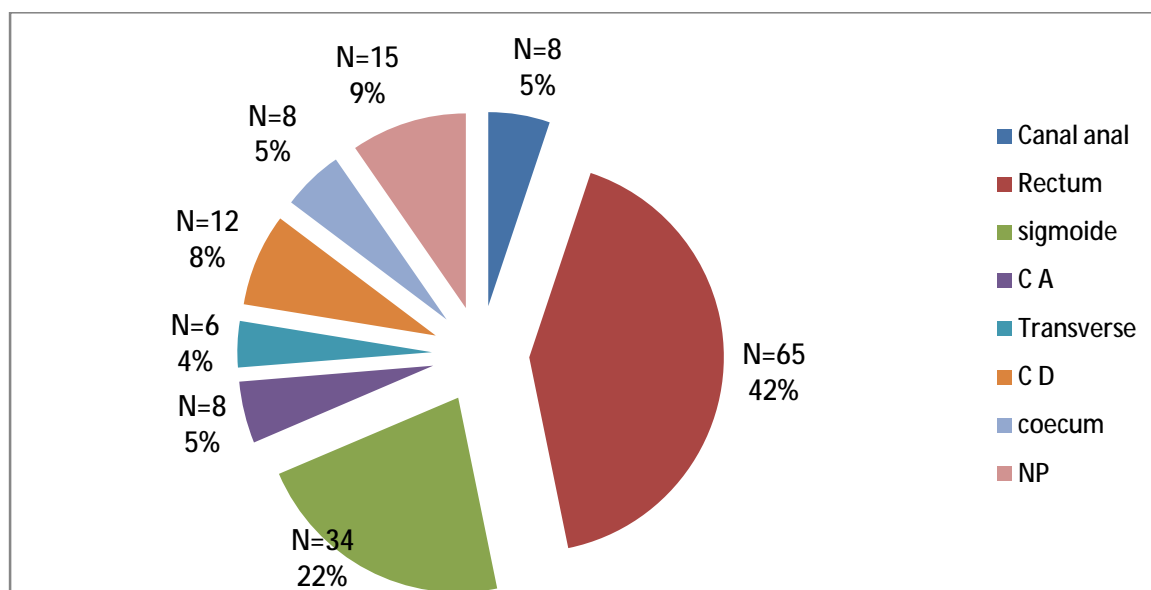


Figure 71 : Sièges de la tumeur

- ü La tumeur était sténosante dans 15% des cas
- ü L'étude histologique avait confirmé un ADK bien différencié chez 40% des patients (N=60), un ADK moyennement différencié chez 19% des patients (N=29) et peu différencié ou indifférencié dans 13% des cas (N=20).
- ü Le CCR était diagnostiqué à un stade métastatique chez plus de 50% des patients
- ü Le traitement chirurgical curatif a été indiqué chez 18% des patients avec bonne évolution.
- ü La mortalité hospitalière était de 2,5%.

a.3.3.8 Cancer d'estomac

a.3.3.8.1 Données épidémiologiques

Au cours de cette période d'étude, 142 patients ayant une tumeur gastrique ont été hospitalisés. Leur âge moyen était de 55,38 [18 - 93 ans \pm 18,38]. Le sexe masculin était majoritaire avec un sexe ratio H/F = 1,62. La principale voie

d'hospitalisation était le centre de diagnostic dans 61% alors que 37% des patients étaient hospitalisés à travers les urgences.

a.3.3.8.1.1 L'Age

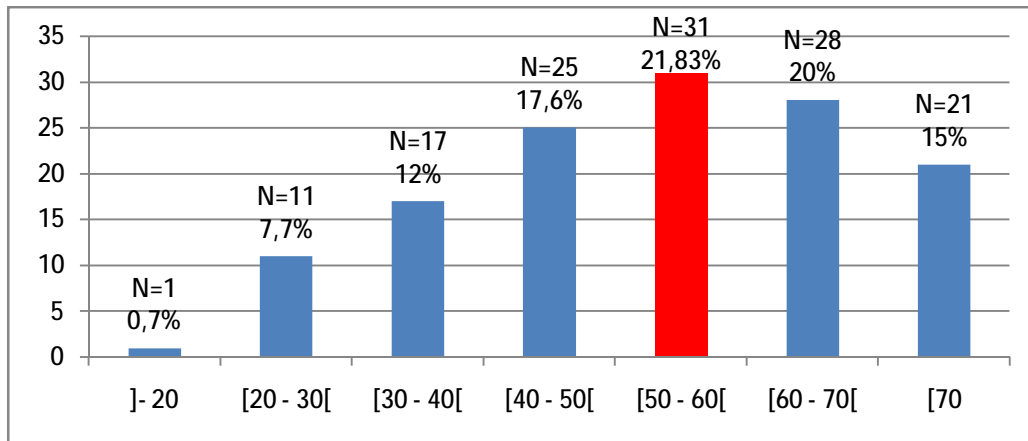


Figure 72 : Répartition en fonction de l'âge

Nous constatons que le pic de fréquence pour le cancer gastrique se trouve entre 50 et 60 ans (21,83%) mais le sujet jeune est de plus en plus touché par ce cancer, 38% des malades sont âgés de moins de 50ans (N=54).

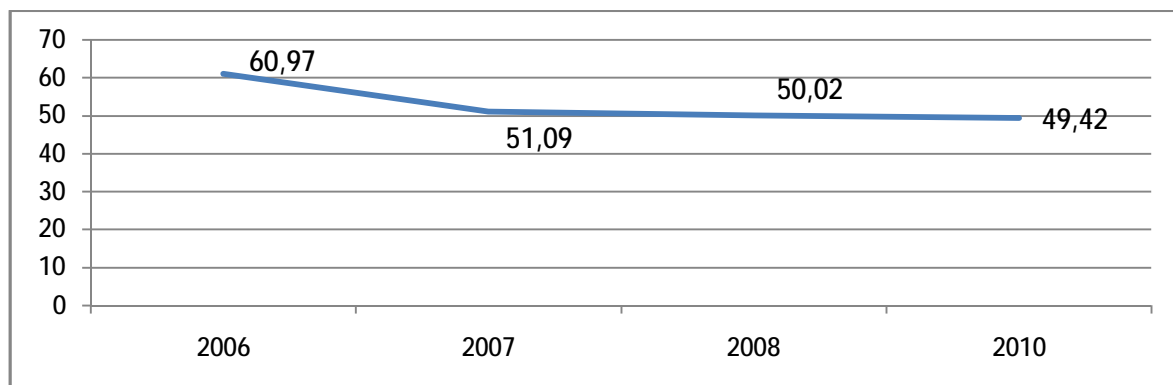


Figure 73 : Evolution de la moyenne d'âge selon les années

Nous remarquons une diminution progressive de la moyenne d'âge qui est passée de 60,97 ans en 2006 à 49,42 ans en 2010.

a.3.3.8.1.2 Le Sexe

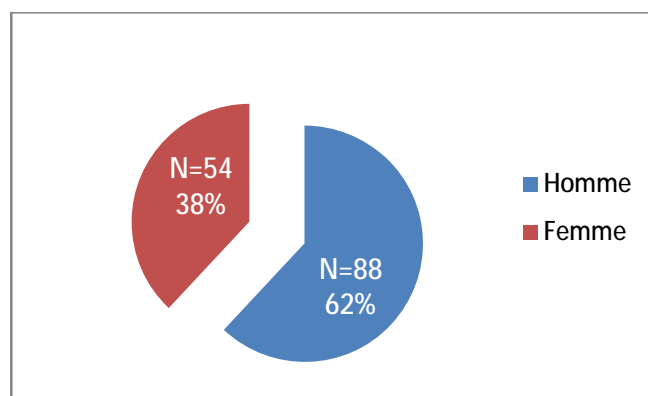


Figure 74 : Répartition en fonction du sexe

Nous remarquons une nette prédominance masculine pour ce cancer, avec un sexe ratio H/F = 1,62.

a.3.3.8.1.3 Milieu et origine

- ü La majorité des patients était issu d'un milieu urbain (60% soit 86 patients).
- ü 35% des patients provenaient d'un milieu rural.
- ü Chez 5% des patients l'origine n'a pas été notée.
- ü Fès était la ville d'origine de la plus grande partie de nos patients ayant une tumeur gastrique (dans 51% des cas, N=73).

a.3.3.8.1.4 La voie d'hospitalisation

Le graphique illustre le biais de recrutement des patients, qui est essentiellement le centre de diagnostic, dans 61,2% (N=87).

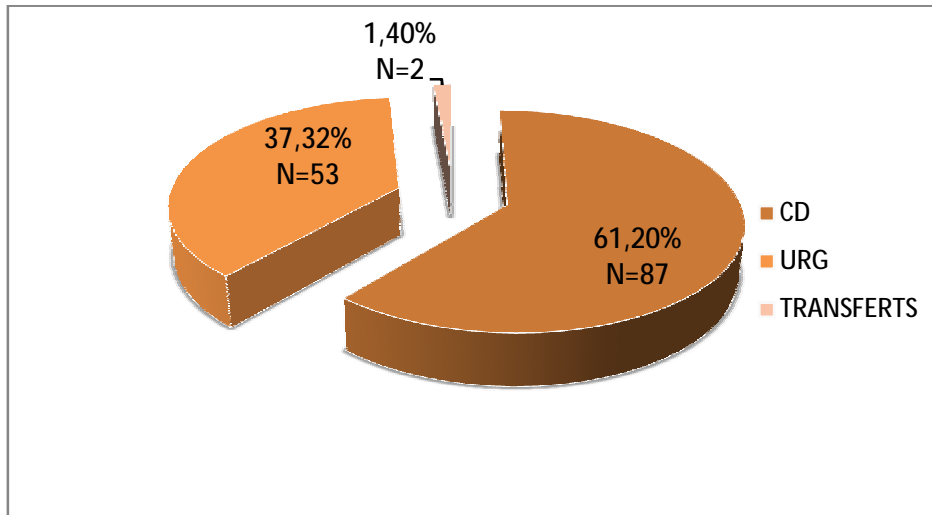


Figure 75 : Biais d'hospitalisation

a.3.3.8.1.5 La DMS

ü La durée moyenne d'hospitalisation était de $15,10 \pm 4,24$ jours.

a.3.3.8.2 Données cliniques

a.3.3.8.2.1 Le motif d'hospitalisation

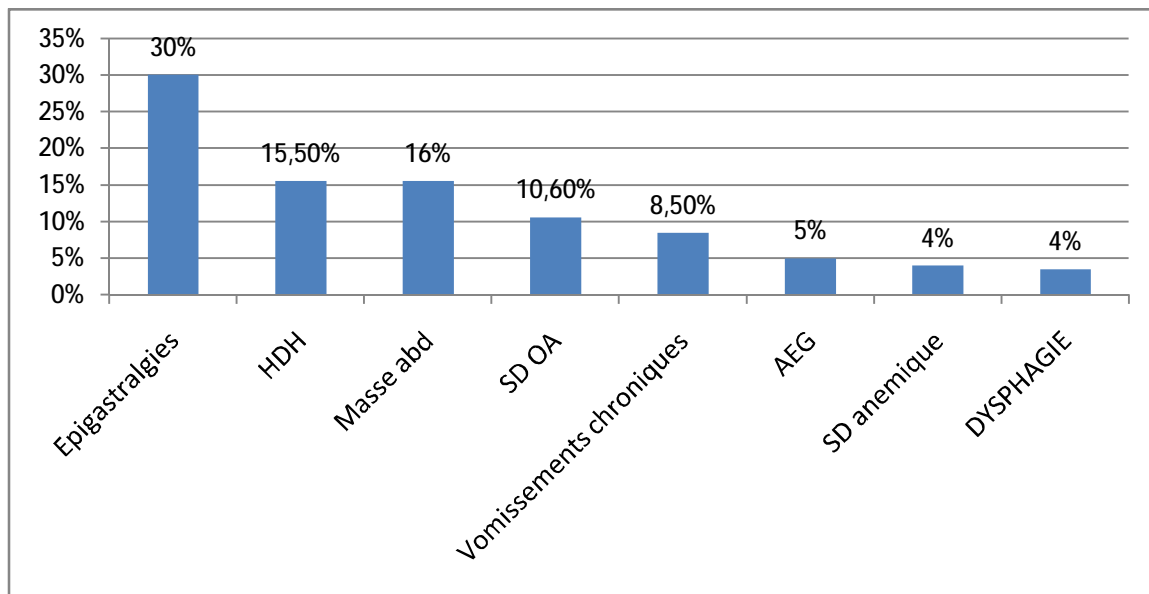


Figure 76 : Motifs d'hospitalisation

Les épigastralgies constituent le motif d'hospitalisation le plus fréquent, car retrouvées chez 30% des patients (N=47) suivie d'une hémorragie digestive haute dans 15,5% des cas (N=22).

a.3.3.8.2.2 La durée moyenne d'évolution des symptômes

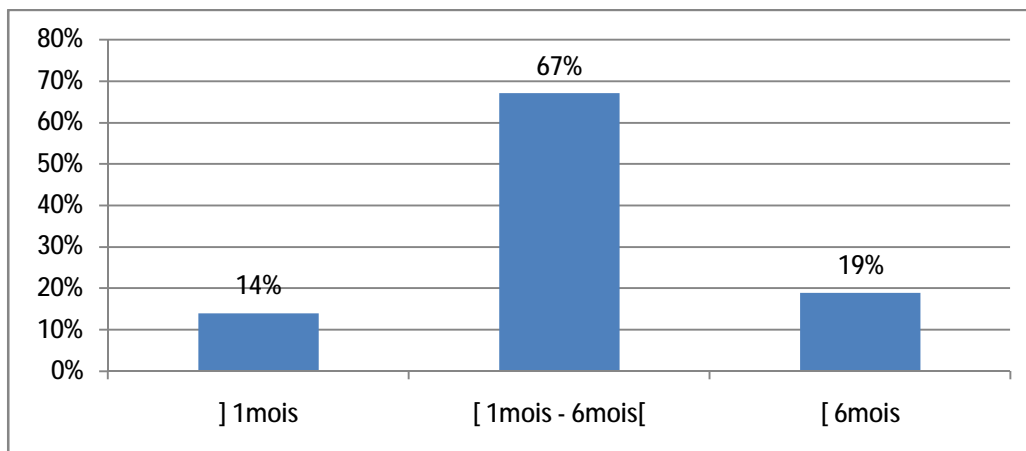


Figure 77 : [La durée moyenne d'évolution des symptômes](#)

Nous constatons que seulement 14% des malades (N=20) ont consulté dans un délai de 1 mois suivant le début de leur symptomatologie. Dans 67% des cas (N=95), la durée d'évolution des symptômes était inférieure à 6 mois et chez 19% des patients (N=27) elle dépassait les 6 mois.

a.3.3.8.3 Résultats

a.3.3.8.3.1 Biologie

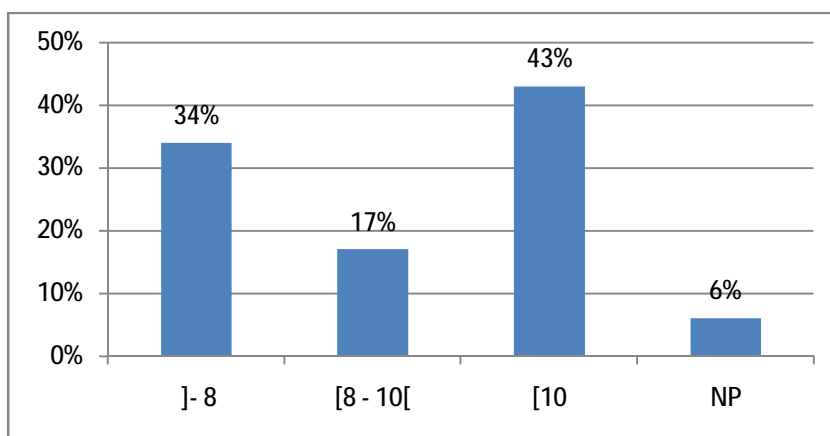


Figure 78 : [Taux d'hémoglobine](#)

L'anémie était sévère avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8g/dl chez 34% des patients (N=48). Dans 17% des cas (N=24), l'hémoglobine était comprise entre 8 et 10g/dl.

a.3.3.8.3.2 Anatomopathologie

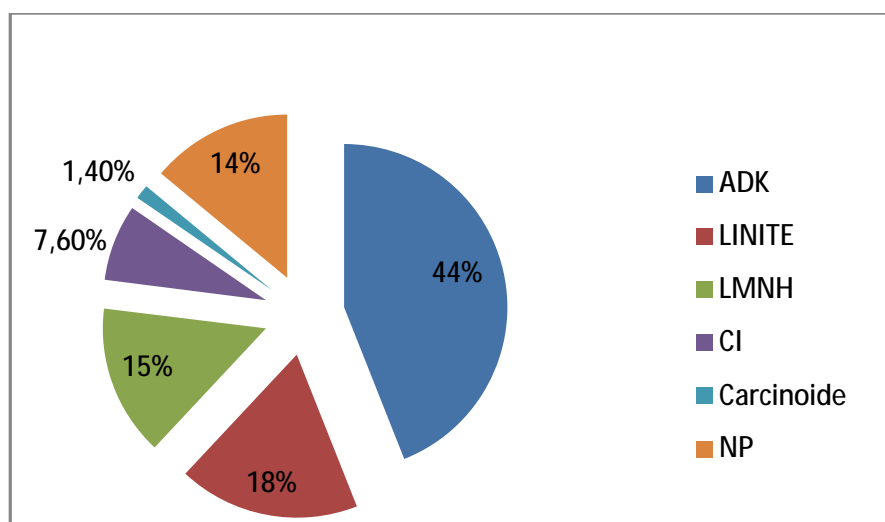


Figure 79 : Pourcentage du Type histologique

L'Adénocarcinome était le type histologique le plus fréquemment retrouvé, dans 44% des cas (N=62).

a.3.3.8.3.3 Bilan d'extension

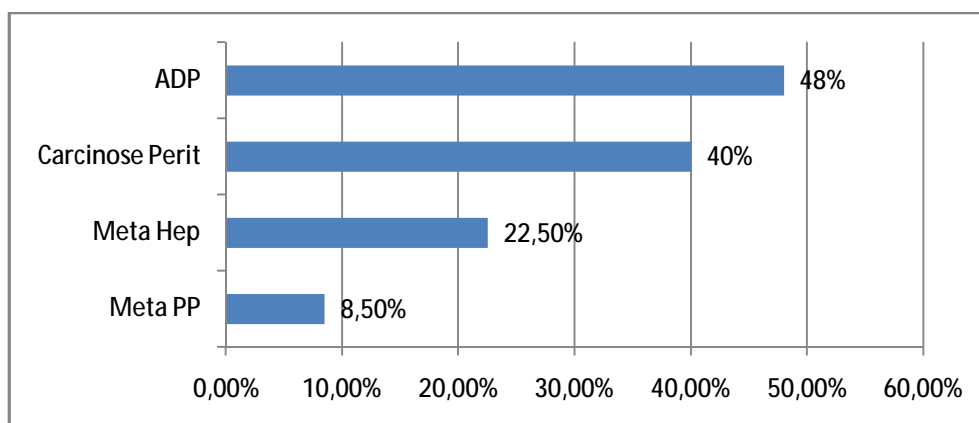


Figure 80 : Résultats du scanner TAP

ü 19% des patients étaient non métastatiques (N= 27).

a.3.3.8.3.4 Traitement

ü Seulement 24% des patients (34 cas) ont été opérés :

§ Chirurgie curative chez 18,3% (N=26).

§ Chirurgie palliative chez 5,6% (N=8).

ü Une chimio thérapie a été proposée chez 16% des patients (N=22).

ü Chez 34% des patients (N= 47), la décision était une abstention thérapeutique et une prescription d'un traitement médical symptomatique, vu le score OMS et l'état avancé de la maladie.

ü Le décès au cours de l'hospitalisation est survenu chez 1,4% des patients ayant un cancer gastrique (N=2).

a.3.3.8.3.5 L'évolution

Nous possédons l'évolution de 62 patients/ 142, soit 43% des cas.

Le graphique ci-dessous illustre la médiane de survie des malades

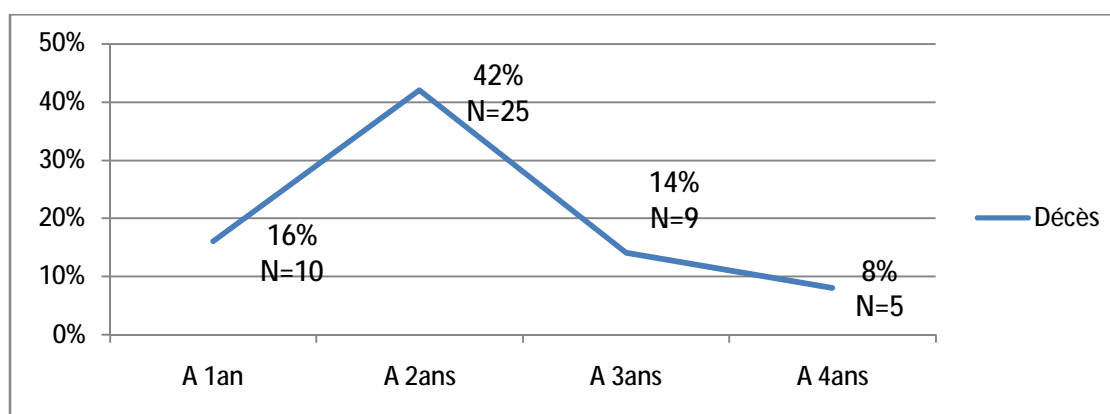


Figure 81 : Evolution de la médiane de survie

Nous remarquons que le pourcentage de survie diminue avec les années ; et la médiane de survie de 4 ans ne dépasse pas les 8%.

Dans 20% des cas (N=12), le décès est survenu peu après la sortie de l'hôpital (moins d'un mois).

a.4 La mortalité

a.4.1 Globale

ù Notre service a connu durant cette période d'étude une mortalité de 4,5%, N= 158 patients.

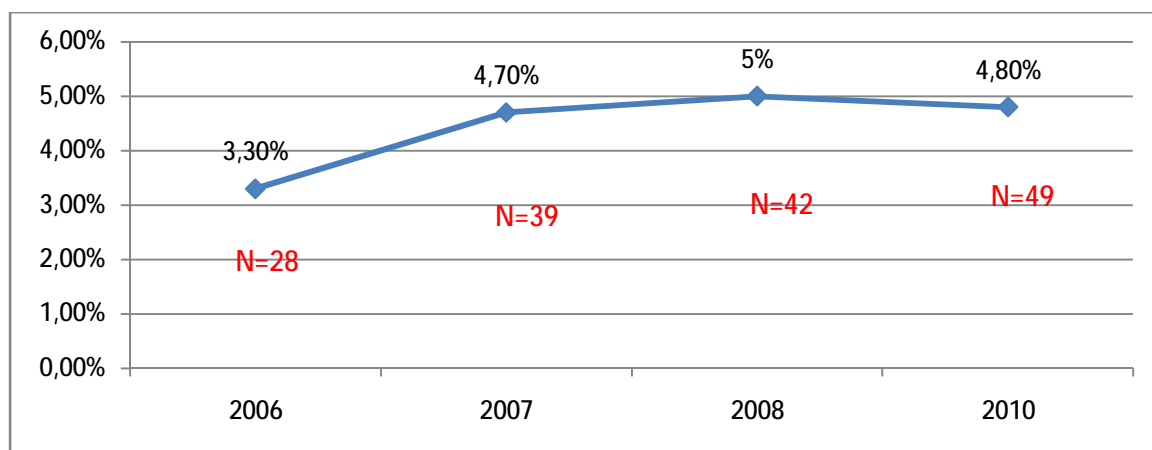


Figure 82 : Evolution du taux de Mortalité selon les années

Entre 2006 et 2010 le taux de mortalité est passé de 3,3% à 4,8%.

a.4.2 Par pathologie

ù La mortalité était dominée par la pathologie néoplasique dans 41% des cas, N = 64.

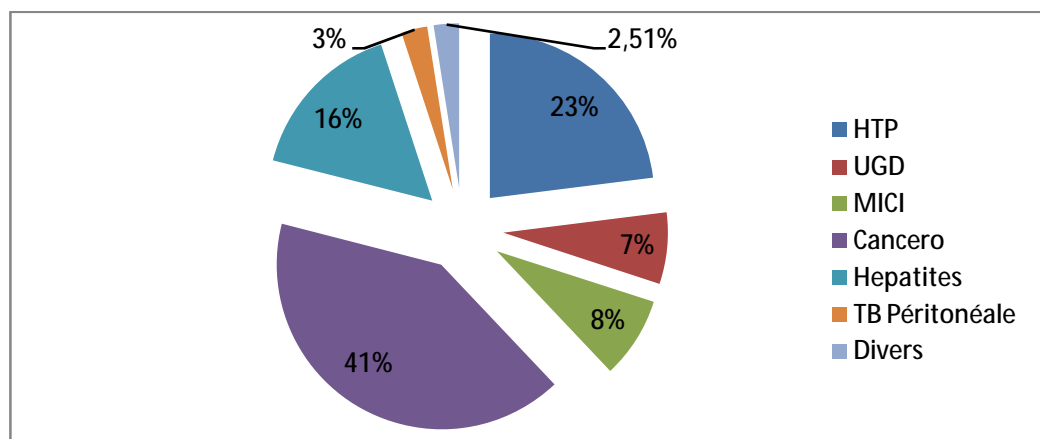


Figure 83 : Mortalité par type de pathologie

- ü L'hépatite fulminante était la principale cause de décès chez les patients porteurs d'hépatite.
- ü L'encéphalopathie hépatique était la principale cause de décès chez les patients porteurs d'HTP.
- ü La récurrence hémorragique était la principale cause de décès chez les patients porteurs d'UGD.

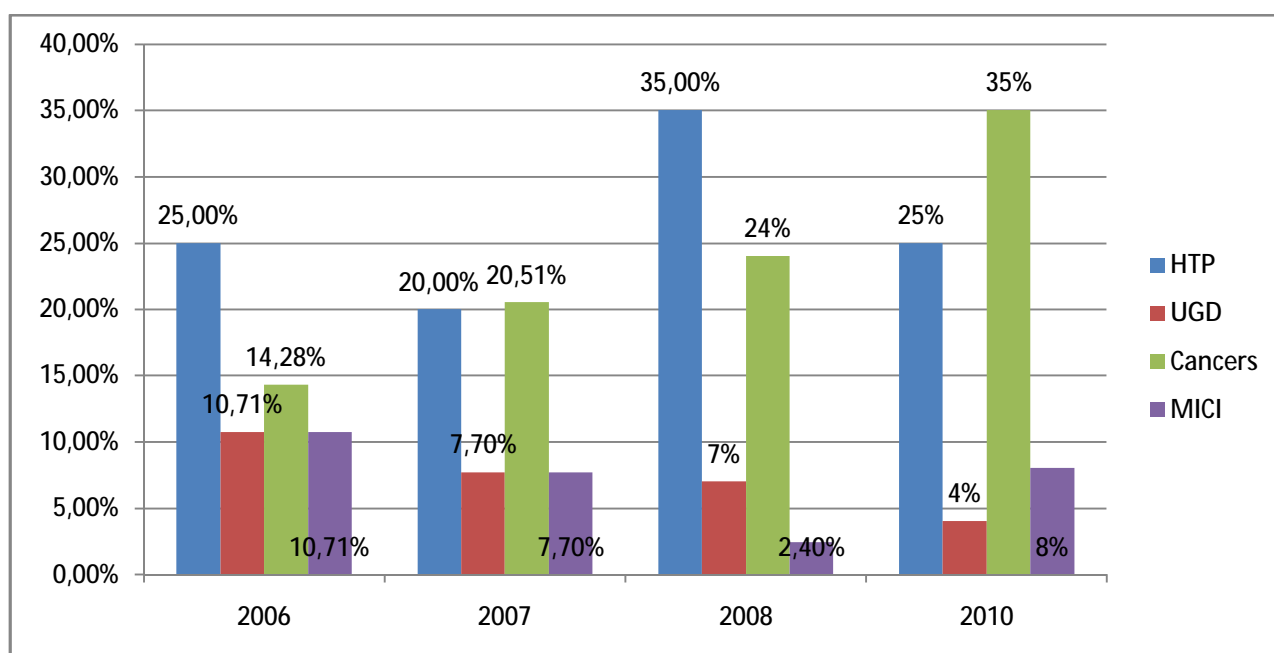


Figure 84 : L'évolution selon les années de la mortalité liée aux cancers, aux MICI, à l'HTP et à la pathologie UGD.

- La mortalité hospitalière liée à l'HTP n'a pas connue de hausse selon les années, par ailleurs celle liée aux cancers a nettement augmenté en 2010.
- La mortalité hospitalière liée à la pathologie UGD a connu une baisse entre 2006 et 2010.
- La mortalité hospitalière liée aux MICI a connu une diminution progressive jusqu'en 2008 pour ascensionner de nouveau en 2010.

ü Les différentes causes de mortalité selon les années

	2006	2007	2008	2010
HTP	25%	20,5%	35,71%	25%
UGD	10,71%	7,7%	7%	4%
Cancérologie	14,28%	20,5%	24%	35%
MICI	10,71%	7,7%	2,4%	8%
Hépatite fulminante	10,71%	7,7%	7%	6%
Leptospirose grave	3,5%	0%	2%	4%
Divers	11%	25%	12%	10%
Cause indéterminée	14%	10,25%	9,6%	8%

Figure 85 : Causes de mortalité selon les années

- En 2010, la mortalité était dominée par la pathologie néoplasique, suivie de l'HTP.
- La mortalité globale liée à la leptospirose était de 2,5% (N=4).
- La mortalité globale liée à la TB péritonéale était de 2,5% (N=4).

V. Discussion

a.1 Morbidité globale

- Durant cette période d'étude, nous avons inclus 3513 malades.
- Leur moyenne d'âge était de 49ans, avec des extrêmes d'âge allant de 12 ans à 98 ans.
- Le sexe Ratio H/F était de 1,065.
- La majorité de nos patients étaient d'origine urbaine, le milieu n'a pas pu être précisé chez quatre vingt seize patients (2,7% des cas).
- 56,7% de nos patients étaient originaire de la région de FES.
- Après Fès, Taounate est la ville d'origine la plus fréquente des patients hospitalisés au sein de notre service, celui ci dessert 18,56% de malades originaires de cette ville.
- Le taux d'hospitalisation a connu une hausse en 2010 en comparaison avec les années précédentes, il représentait 29% du taux d'hospitalisation globale des 4 années par rapport à 24% en 2006. Cependant la proportion des patients habitant Fès hospitalisée au CHU n'a pas connu de variation significative entre 2006 et 2010 ce qui permet de conclure que le bassin d'attraction du CHU s'est élargi après le déménagement du CHU Hassan II de l'hôpital El GHASSANI vers ses nouveaux locaux.
- La durée moyenne d'hospitalisation a diminué en 2010 pour avoisiner les neufs jours.
- Le principal motif d'hospitalisation était une hémorragie digestive haute chez 26% des patients, N = 914.

- Les pathologies les plus retrouvées en milieu hospitalier de notre service étaient :
 - § L'HTP avec une prévalence de 16,62%.
 - § La pathologie UGD chez 11,07% des patients.
 - § La cancérologie : CCR, cancer gastrique, cancer du pancréas, de l'œsophage et moins fréquemment les tumeurs hépatiques et des voies biliaires, avec une prévalence de 15,34%.
 - § Les MICI dans 9,7% des cas.
 - § La tuberculose péritonéale chez 4,5% des patients
 - § La Leptospirose avec une prévalence de 2,4%.
- Les cancers du colon, de l'estomac et de l'œsophage ont un pronostic sombre en raison de la consultation tardive des malades [1], [2]
- Les UGD sont le plus souvent diagnostiqués au stade de complication hémorragique, ainsi ils représentent la première cause d'HDH avant les varices œsophagiennes. Le pronostic dépend du stade de Forrest [3]
- Les maladies chroniques du foie en particulier la cirrhose et le carcinome hépato cellulaire sont de très mauvais pronostic car elles sont vues tardivement et car les moyens thérapeutiques sont limités [4], [5].
- L'avènement de l'hôpital de jour en 2010 autant qu'unité indépendante du secteur d'hospitalisation traditionnelle a permis une meilleure prise en charge des pathologies biliaires et hépatiques, tout en permettant d'augmenter le nombre d'hospitalisation des patients nécessitant une CPRE ou une PBH.
- Au terme de notre étude, nous pouvons constater que :
 - § Notre service hospitalise différentes pathologies (HTP : 16.2%, UGD : 11%, cancers digestifs : 15.34%, MICI : 9.7%, la TB péritonéale : 4.5%, Leptospirose : 2.4% et autres affections comme les hépatites, la

pathologie bilio pancréatique, la maladie coéliqua et autres, avec des pourcentages moins importants.

§ Les urgences du CHU reçoivent tous les niveaux de gravité

§ Nous admettons en plus des patients résidant à la ville de Fès (56.6%) des patients provenant de toutes les régions du Maroc essentiellement la ville de Taounate (18 ,7% des cas), le nord : 3,4% des cas, le sud 2,2% des cas.

- Ces résultats témoignent de l'absence de filiaire de soins et de coordination intra et interrégionale, d'où la nécessité d'établir un schéma régional d'offres de soins (SROS) qui constitue le principal outil de planification territoriale de l'offre de soins. Il repose sur une approche globale, qui tend à organiser, d'une manière rationnelle, participative et équitable, l'offre de soins sur le territoire régional [6].
- Le SROS définit les besoins en infrastructures, en moyens et en activités de soins qui permettent de répondre de façon optimale et satisfaisante aux objectifs de santé d'une région. Il organise les liens fonctionnels entre les établissements de soins, eu égard au souci de complémentarité, qui doit exister entre les secteurs d'activités (public et privé) et les réseaux de soins (ambulatoires et hospitaliers).
- Pour ce qui est des objectifs assignés au SROS, on note : la prévision, l'encadrement afin de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins au niveau de la région, le développement de concertation entre les différents secteurs et acteurs de l'offre de soins au niveau de la région, l'apport d'une réponse adaptée aux besoins de la population, l'offre d'un cadre de référence formel aux différents mécanismes de planification et de régulation de l'offre de soins, le renforcement de l'intégration des soins au niveau régional.

- La carte sanitaire est un programme qui s'inscrit dans le schéma établi par le ministère de santé et qui servira de base pour la planification et l'organisation de l'offre des soins valable pour 10 ans, elle déterminera l'implantation future des établissements de santé en vue d'une réduction des disparités inter régionales en matière d'accès aux services sanitaires.
- En analysant l'évolution de la moyenne d'âge des patients selon la pathologie concernée, nous remarquons que celle-ci augmente pour la pathologie UGD de 45ans en 2006 à 51ans en 2010, pour la leptospirose de 34ans en 2006 à 36.65 ans en 2010, pour la TB péritonéale également elle va de 36.5 ans à 38ans en 2010, pour le CCR de 52 ans à 58ans en 2010, par ailleurs pour la maladie de Crohn et le cancer de l'estomac , cette moyenne d'âge diminue au cours de cette période d'étude.
- Vu le vieillissement de la population il est primordial de s'intéresser à la qualité de vie qui peut être appréciée en mesurant l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS) c'est le nombre d'années en pleine santé qu'un nouveau né peut espérer vivre sur la base des taux actuels de morbidité de mortalité. Cet indicateur se situe à peine autour de 55 ans pour notre pays contre 58,4 ans en Jordanie et 70 ans dans les pays développés [7].
- Nous constatons au cours de ces quarts années d'étude une augmentation globale des hospitalisations pour les hémorragies digestives, les MICI et les pathologies infectieuses. Par contre, nous notons une diminution des hospitalisations pour la pathologie tumorale. Ceci peut être expliqué par un biais de sélection car notre service n'est pas le seul à admettre les patients ayant des cancers digestifs, ces derniers peuvent aussi être hospitalisés aux seins des services de chirurgie viscérale, ce qui ne nous permet pas d'affirmer l'existence d'une transition épidémiologique.

a.2 Morbidité par pathologie

a.2.1 Cancérologie

Entre le 15 Janvier 1985 et le 31 Décembre 2002 le service d'épidémiologie de l'Institut National d'Oncologie sidi Mohamed Ben Abdallah, Rabat (INO) a enregistré 68724 nouveaux malades.

Le nombre de cas enregistrés est passé de 2481 en 1985 à 4897 en 2002.

Les cancers digestifs représentaient 11,5% de tous les cancers, le CCR venait au 1^{er} rang avec 40,3% des cas, suivi du cancer de l'estomac dans 24,8% des cas et de celui de l'œsophage dans 12,6% des cas.

En comparant nos données avec celles de la littérature nous retrouvons des résultats similaires avec une prédominance du CCR, celui-ci représentait 29% de l'ensemble des cancers digestifs, cette prévalence était inférieure à celle retrouvée dans la littérature, ceci pourrait être expliqué par un biais d'hospitalisation vu que les patients ayant un CCR peuvent être hospitalisés également dans les services de chirurgie viscérale.

Le cancer de l'estomac venait en 2^{ème} position avec une prévalence de 26%, ce qui rejoint les données retrouvées dans la littérature.

a.2.1.1 *Cancer colorectal*

La fréquence du cancer colorectal varie largement dans le monde, avec des taux d'incidence variant d'un rapport de 1 à 25 [8].

L'incidence du cancer du côlon au Maroc est proche des incidences retrouvées par les autres registres de cancer au Maghreb (excepté en Libye) et reste très inférieure aux incidences observées dans les pays occidentaux, au Japon ou en Chine

En analysant nos données nous remarquons que l'âge moyen de notre population étudiée était de 55,22 ans, ainsi nos résultats démontrent que l'incidence du CCR augmente après l'âge de 50 ans (60% des cas). Cette moyenne d'âge reste relativement basse par rapport aux pays occidentaux où la moyenne d'âge est de 74 ans.

Le cancer colorectal survient dans notre contexte chez 25,64 % de sujets jeunes (moins de 45 ans) versus 6% dans les pays occidentaux.

Le sexe masculin était légèrement prédominant aussi bien dans notre série que dans la littérature [9-11] ce qui rejoint les données du registre des cancers de rabat et Casablanca.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours. Il s'agit d'une durée assez longue témoignant de la lourdeur de la pathologie et de l'impact socio économique des pathologies néoplasiques sur le patient et l'établissement, mais surtout des efforts qui restent à réaliser dans l'optimisation de la prise en charge de ces malades.

Selon sa localisation, les rectorragies ainsi que le syndrome rectal constituaient le motif principal de consultation des patients ayant un CCR, dans 21% et 23% respectivement, ce qui est retrouvé dans les différentes séries de la littérature [10], [11]

Le type histologique dominant était l'adénocarcinome lieberkuhnien selon les registres de cancérologie de Casablanca, de Rabat et au sein de notre population. [9],[12].

Selon les registres de cancers de Casablanca, Le cancer du côlon est diagnostiqué une fois sur quatre au stade de métastases viscérales. La moitié des malades sont traités à visée curative [12], alors que dans notre série, un traitement curatif n'a pu être proposé que chez 18% des patients. Ceci pourrait être expliqué

par le manque de moyens et d'informations amenant les malades à consulter à un stade où la tumeur est métastatique.

La mortalité hospitalière globale liée au CCR était de 2,5%.

Les taux de mortalité (standardisés à la population mondiale) diminuent régulièrement depuis 1980 chez l'homme comme chez la femme, témoignant d'une amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients présentant un cancer Colorectal. [13]

Selon l'analyse des données de notre population, nous pourrions avancer que le CCR touche de plus en plus le sujet âgé, ce qui témoigne d'une transition démographique et épidémiologique.

Du fait du biais d'hospitalisation, notre série ne nous permet pas d'affirmer l'augmentation de la prévalence du CCR. Celui-ci touchait 4.95% de nos malades hospitalisés en 2006 pour concerner 3.70% des malades hospitalisés en 2010. Par ailleurs, il existe au niveau national, d'autres études menées par les centres d'oncologies des villes de RABAT et CASABLANCA ayant confirmé l'augmentation de la prévalence et de l'incidence de ce cancer dans notre pays, ainsi il constitue au Maroc la 3^{ème} cause de mortalité après les cancers du poumon et de la prostate chez l'homme et vient après le cancer du sein et du col de l'utérus chez la femme. Ceci pourrait être expliqué par la transition alimentaire et le changement du mode de vie.

Beaucoup d'efforts restent à aménager en termes d'information, d'éducation et de sensibilisation de la population, ainsi il faudra également penser au dépistage et à son organisation à l'échelle nationale vu cette augmentation d'incidence du CCR.

a.2.1.2 *Cancer de l'estomac*

Malgré la diminution de son incidence dans les 50 dernières années, le cancer Gastrique reste une affection fréquente:

- Il constitue plus de la moitié de l'ensemble des cancers digestifs en Afrique [14–17].
- En Europe [18]: il occupe le deuxième rang après les cancers colorectaux, il représente 23 % de l'ensemble des cancers, et le nombre de nouveaux cas est estimé à 192.000 chaque année.

L'incidence du cancer gastrique varie d'une région du monde à une autre selon une étude réalisée par l'Agence Internationale de la Recherche contre le Cancer en 1996 [19], [20].

Au Maroc, les seules études valables permettant d'avoir une idée préliminaire sur l'incidence du cancer gastrique sont celles qui émanent du registre d'oncologie de Rabat [12] et du registre de cancers de la ville de Casablanca [9], qui montrent que le cancer gastrique constitue le 6-7ème cancer au Maroc et le deuxième cancer digestif au Maroc après les cancers colorectaux.

L'âge moyen au moment du diagnostic se situe aux alentours de 55 ans dans plusieurs séries y compris dans notre étude où l'âge moyen est de 52,2 ans.

Les données épidémiologiques prouvent que le cancer gastrique survient rarement avant l'âge de 40 ans, le pic de fréquence est situé à la sixième et à la septième décennie dans les séries marocaines [21–23] ainsi que dans notre série.

Le sexe ratio H/F était de 1,13 ; la prédominance masculine était peu évidente en comparaison avec les données de la littérature où le sexe ratio est de 1,3 à 2 [21], [22], [24], [25].

Le milieu d'origine de nos patients ayant un cancer de l'estomac, hospitalisés au cours de la période d'étude, était majoritairement urbain dans 60% des cas, ce

qui témoigne de la difficulté des malades vivant dans un milieu rural à accéder aux soins du niveau tertiaire.

Le délai d'évolution des symptômes est le délai qui s'écoule entre les premières manifestations cliniques et le diagnostic du cancer, il est différent d'une série à une autre. Ainsi :

- Pour Bagnan (1981-1991) [25], ce délai est supérieur à un an dans 37,26 % des cas.
- Pour les séries marocaines, le comportement des malades a changé avec le temps : la fréquence des malades ayant consulté après six mois d'évolution est de 73,1% dans l'étude d'Elouarda [22] et 58,4 % dans l'étude de NABIL(1987-1993), [23].

Dans notre série 67 % des malades ont consulté dans un délai inférieur à six mois, 14 % parmi eux ont consulté au cours du premier mois suivant l'apparition des symptômes. Ce changement pourrait être expliqué par l'amélioration de la qualité de vie de la population et donc l'accès au soin. Mais si on prend en considération le caractère invasif de la tumeur chez nos patients ainsi que le taux de métastases et de non-résécabilité, on peut conclure que le délai de consultation reste relativement long probablement du fait des difficultés d'accès aux soins de la population de la région Fès-Boulomane.

Les épigastralgies constituent le principal signe fonctionnel révélateur de la maladie chez plus de 40% des cas, cette donnée est également retrouvée dans la littérature [26].

Dans notre série, seulement 26 malades, soit 18,5% ont bénéficié d'un traitement chirurgical à visée curative contre 47% chez qui une abstention thérapeutique a été décidée vu l'état avancé de la maladie. Ceci témoigne du retard de consultation lié au niveau socio économique et culturel des malades.

Le délai moyen d'hospitalisation pour cette pathologie était de 15 jours. C'est un délai qui est long en comparaison avec celui des autres pathologies tels que les HD (8 jours) ou la leptospirose (9jours), et qui est en rapport probablement avec la nécessité d'une prise en charge complexe de ce cancer. Ceci témoigne de la lourdeur de cette maladie et de son impact socio économique.

La mortalité hospitalière liée au cancer gastrique était dans notre série de 4% (N=6), ce qui est inférieur par rapport au taux de mortalité liée à l'HTP (23%) et à l'ulcère (5%).

Depuis 1980, une diminution du taux de mortalité a été notée dans la majorité des pays de l'Europe, les raisons de cette régression ne sont pas bien connues mais certains facteurs de l'environnement ainsi que la progression des méthodes de diagnostic et de traitement peuvent être en cause [27].

Au Maroc, les statistiques disponibles sont celles relevées par les registres d'oncologie de Rabat et de Casablanca ainsi que par l'OMS (Globocan 2008) qui souligne que le cancer gastrique est la 4ème cause de mortalité par cancer aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cependant ces chiffres sont à interpréter avec prudence en raison de l'absence d'un registre de cancer dans notre pays.

a.2.2 L'HTP

Dans notre étude nous avons répertorié 584 patients ayant une HTP (16,2%).

Le taux d'hospitalisation a augmenté de 34% entre 2006 et 2010.

L'âge moyen de diagnostic de 52ans montre une forte prévalence de la maladie parmi le groupe d'âge productif, un résultat similaire à de nombreuses autres études [28], [29].

Le sexe ratio H/F était de 1 ce qui est assez différent des données de la littérature qui ont noté une nette prédominance masculine (sexe ratio H/F : 1.3-2) [28], [30].

L'admission des patients, essentiellement par la voie des urgences, et la durée moyenne d'hospitalisation, de 9 jours, même si elle est inférieure à d'autres études (13.41 jours) [29], [31], plaident en faveur d'une lourde morbidité de la maladie.

La majeure partie des malades hospitalisés dans notre formation provient de Fès, Taounate, Séfrou, qui sont les principaux territoires correspondant à la zone d'influence du CHU Hassan II de Fès.

Dans notre série, l'hémorragie digestive haute constitue le principal motif d'hospitalisation de l'hypertension portale (39 % des cas). Ce résultat est nettement supérieur à la plupart des données de la littérature (6.5-29 %) [30], [32], [33] et dans lesquelles l'ascite est le principal motif d'hospitalisation. Ces résultats s'expliquent par le stade avancé de la maladie chez nos patients au moment du diagnostic.

La cirrhose est la principale étiologie de l'hypertension portale en occident, et notre étude confirme cette tendance puisque 96.8 % des hypertensions portales dans notre étude étaient associées à une cirrhose.

La cirrhose post virale C était l'étiologie la plus fréquente (31.5 %) ce qui est en accord avec la plupart des études hospitalières marocaines. En Tunisie, en Italie et au Japon l'hépatite virale C constitue 41.2 %, 51.1 %, 60.9 % des cirrhoses respectivement [34-36] Aux Etats Unis l'hépatite virale C est également la première cause de cirrhose (26 %) [37], alors qu'en Europe l'hépatite virale C est la deuxième cause de cirrhose, après l'éthylisme [38].

Une endoscopie digestive haute a été réalisée chez la quasi-totalité des patients, celle ci révélait la présence des varices œsophagiennes dans 91 % des cas.

Notre étude a objectivé des varices sous cardiales dans 20,7% des cas et des varices gastriques chez 14,3 % de nos patients, des taux très proches d'une série tunisienne [39].

Les β -bloqueurs ont été administrés dans 39,5 % des cas, autant en prévention en primaire (49,6 %) qu'en secondaire (50,3 %).

La ligature des varices œsophagiennes était réalisée chez 38% de nos patients.

La mortalité hospitalière des patients cirrhotiques varie de 46 à 66 % selon les séries [40]. Dans notre série, la mortalité des patients porteurs d'HTP est de 7,2%. Cependant, les structures d'admission pour les malades cirrhotiques ayant des complications sont variables, ce qui rend difficile la comparaison des chiffres de mortalité observés. Il peut s'agir d'unités de surveillance continue d'hépatogastro-entérologie ou de services de réanimation [32].

Le cout moyen de prise en charge initiale d'une hémorragie digestive d'origine variqueuse dans notre service était entre 2500 et 5720 DH selon que l'on utilisait un ou plusieurs moyens hémostatiques (88) [41]. C'est un coût très faible comparé à celui évalué en France et qui s'élevait à 9900€ (108966DH) avec un seul moyen hémostatique et à 29400€ (323466 DH) si recourt à plusieurs moyens hémostatiques eu [42].

Au terme de cette discussion, nous pouvons dire que l'HTP est fréquente dans la région de Fès et que son incidence augmente. Le diagnostic au stade de complications prouve le retard de consultation. La prédominance de l'HVC comme principale étiologie de la cirrhose témoigne du bas niveau socio économique et du manque de sensibilisation de la population vis-à-vis des facteurs de risque de transmission virologique.

a.2.3 UGD

Trois cents quatre vingt neuf patients présentaient un UGD (11%).

La prévalence globale de la maladie ulcéreuse varie entre 8 et 10% dans la population adulte en France. [43]

Au Maroc, nous disposons de certains chiffres préliminaires, émanant de travaux réalisés dans les différents services de gastrologies des CHU et qui estiment la fréquence de l'UGD à 3,38% [44].

L'Ulcère gastro duodéal constitue la première cause d'HDH, suivie de la rupture des VO, aussi bien dans notre série qu'au niveau des séries nationales et étrangères [45], [46].

L'UD est 3 à 4 fois plus fréquent que l'UG (N=312/N=77). Cependant, depuis la mise en évidence de l'*HP* et son éradication, l'incidence de l'UD a tendance à diminuer, alors que la prévalence de l'ulcère non *HP* augmente [47–49].

L'âge moyen des patients était de 48ans et la médiane d'âge était comprise entre 40 et 50 ans, par contre dans la littérature on retrouve une moyenne d'âge plus élevée. L'âge moyen d'apparition des ulcères est de 65 ans, et il est exceptionnel avant 40 ans [43].

Le sexe masculin était prédominant dans notre série avec un sexe ratio H/F de 4, une donnée retrouvée dans la littérature [45] Ceci peut être expliqué par l'incrimination de certains facteurs environnementaux dans la physiopathologie de la maladie ulcéreuse tels que la consommation de tabac, d'alcool, de café. [47]

Quatre vingt neufs des patients ayant un UGD étaient admis dans notre service à travers le biais des urgences, ce qui témoigne de la fréquence de survenue des complications.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients admis pour un ulcère gastro duodéal était de 6,32 jours, ce qui peut témoigner de la qualité de gestion de cette pathologie et de ses complications.

L'HDH constituait le principal motif d'hospitalisation des patients ayant un UGD, dans 80% des cas (N=311), ainsi, l'UGD était la première cause d'hémorragie digestive haute dans notre service, dans 34% des cas (N=311), suivie de l'HTP dans 25% des cas (N= 229) ce qui rejoint les résultats d'une série de 5ans, étudiée au CHU de casa [46].

L'étude de Highman et al. [50] montre une augmentation de l'incidence des hémorragies ulcéreuses chez les sujets âgés. Dans notre étude, 27% des patients avaient plus de 60 ans dont 90% étaient hospitalisés pour une HDH.

Plusieurs facteurs de risque incriminés dans la physiopathologie de la maladie ulcéreuse gastro duodénale ont été retrouvés dont le tabagisme en 1^{ère} position, retrouvé chez 41 % de nos malades, la prise d'AINS chez 30% des patients et la consommation d'alcool chez 6,3% des patients. Des données similaires ont été retrouvées dans différentes séries [43], [45], [47], [51], [52]

L'étude multicentrique française de Bourienne et al. [53], montre notamment que le pronostic des hémorragies ulcéreuses reste sévère avec une mortalité de 15% malgré la diffusion de plus en plus large des méthodes d'hémostase endoscopique. Ce travail a également montré qu'un traitement hémostatique était réalisé chez 84% des malades ayant une hémorragie active, 73% des malades avec aspects de vaisseau visible non hémorragique et 64% des malades présentant un aspect de caillots adhérents.

Dans notre étude la FOGD avait objectivé chez 15,6% des patients (N=60) un stade de Forrest à haut risque de récurrence (IA Ib IIa IIb). Parmi eux, 43% ont bénéficié d'un traitement hémostatique.

La mortalité hospitalière liée à la pathologie UGD durant cette période d'étude était estimée à 5% (N=7). Celle-ci a décliné entre 2006 et 2010 de 10,71% à 4% et ce, grâce à l'amélioration des moyens d'hémostase endoscopique et à la qualité de prise en charge des HDH au CHU.

Nous pouvons avancer que l'incidence de l'UGD augmente parallèlement avec les complications mais notre observation est à nuancer dans la mesure où il existe un biais de recrutement et de prise en charge.

a.2.4 MICI

Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), sont des inflammations chroniques du tube digestif atteignant exclusivement le rectum et le colon pour la RCH et tout le tube digestif avec une prédilection pour la région iléo-cæcale pour la MC.

Leur physiopathologie demeure à ce jour au stade d'hypothèses [54], [55]

La RCH et la MC n'augmentent pas la mortalité, mais en raison de leur survenue tôt dans la vie et de leur chronicité, elles induisent une morbidité élevée qui altère la qualité de vie des malades [54].

Initialement décrites en Europe du Nord et aux USA, les MICI sont maintenant présentes dans le Monde entier et augmentent de fréquence dans de nombreuses parties de la planète [54] y compris notre série où la prévalence des MICI est passée de 7,7% en 2006 à 11,2% en 2010.

a.2.4.1 *Maladie de crohn*

L'incidence de la MC en Europe varie de 0,7 à 10,7 pour 100.000 habitants ce qui avoisine 2800 à 42800 nouveaux cas de MC par an [56]. Il existe un gradient nord sud selon plusieurs études multicentriques européennes et américaines, ainsi les pays de forte incidence et de prévalence pour la MC en Europe sont le Royaume Uni, les Pays Bas et la Somme [54], [56]. Aux états unis, les incidences les plus

élevées ont été retrouvées dans les états du Nord, les deux plus fortes incidences de MC étant retrouvées dans des Centres canadiens [55], [57].

Au Maroc, les chiffres disponibles émanent des séries hospitalières des 4 centres hospitaliers universitaires, et qui estiment la prévalence de la maladie de Crohn à 2,7% (série de Fès), 4,1% (série de rabat) et 3,8% (série de Casablanca). Ainsi pour la série FZ.Ajana and A.Essaid du CHU de RABAT, la moyenne d'âge était de 33 ± 11 , ce qui a été constaté également dans notre série où la moyenne d'âge était 34 ± 18 , par ailleurs dans la série de S.Nadir and al (Casablanca), une moyenne d'âge plus jeune (21 ans) a été rapportée.

30% de nos patients (N=58) étaient âgés entre 20 et 30 ans, ce qui rejoint les données de la littérature [54], [58], [59].

Dans la plupart des études, il y a une prédominance de la MC chez les femmes, Les données du comté de Cardiff au Pays de Galle illustrent cette prédominance féminine où pendant la période 1991-1995, le nombre de femmes atteintes de MC était 2 fois plus important que celui des hommes. Cette prédominance féminine a été retrouvée également dans des séries marocaines, notamment celle de S.Nadir and al (Casablanca) et la notre.[54], [56], [58-60].

Il existe une différence Ville-Campagne qui a été étayée par de nombreuses études. La MC et la RCH sont plus fréquentes en zone urbaine qu'en zone rurale [54], [60]. Cette différence a été rapportée dans notre série où 65% des patients ayant une maladie de Crohn sont d'origine urbaine ainsi que 59% des patients ayant une RCH.

La diarrhée chronique était le motif principal de consultation de nos patients suivie d'un syndrome sub occlusif aussi bien dans notre série qu'au niveau des séries de la littérature [56-59].

Le caractère chronique et récidivant de la maladie de Crohn fait que, malgré l'amélioration des traitements médicaux, au moins les $\frac{3}{4}$ des patients auront recours un jour à la chirurgie [54], [61]. Dans notre population d'étude 18% de nos patients étaient opérés (N=35).

La principale indication de la chirurgie dans la maladie de Crohn est l'échec du traitement médical, soit du fait de son inefficacité, soit par crainte de ses effets secondaires [54], [61], [62]. Dans notre série la chirurgie était indiquée chez 18% des patients devant la survenue de complications à type de sténoses (dans 6,7% des cas) et de fistule (dans 5% des cas).

L'évolution était marquée par la rémission chez 67% de nos patients (N=130) dont 21% étaient opérés (N=27) et 79% (N=103) étaient sous traitement médical avec un recul moyen de 31 mois.

Une méta analyse des études de mortalité des 25 dernières années donne un taux de mortalité standardisé de 1,50 (1,32-1,70) avec une tendance, mais non significative, à la baisse [54], [63].

Dans notre série, le décès (Mortalité hospitalière) est survenu chez 3 patients, soit 1,5% des cas, c'est une mortalité qui n'est pas standardisé à l'échelle nationale.

a.2.4.2 RCH

L'incidence de la RCH en Europe est de 3,9 à 17,0 par 100 000 habitants, ce qui aboutit à des chiffres allant de 15600 à 68000 nouveaux cas par an. [54], [58], [59], [64]. Au Maroc, il existe des études réalisées au différents CHU et qui estiment cette prévalence à 2,7% à Fès, 4% à Rabat et 6% à Casablanca.

L'incidence de la RCH est, dans l'ensemble, est restée à peu près stable [54], [65], par contre au Maroc, nous ne disposons pas actuellement d'étude évaluant cette incidence.

La prévalence de la RCH a augmenté de 2% entre 2006 et 2010.

La RCH apparait, comme c'est le cas de notre série, le plus souvent chez les patients de la tranche d'âge entre 30 et 40ans [54], [56], [58], [59] .

Dans notre série, la moyenne d'âge était de 37,24±18 ans, ce qui rejoint la série de Casablanca ou elle était de 37±12 ans et Rabat ou elle était de 35 ans.

Le sexe féminin était prédominant aussi bien dans notre série (sexe ratio F/H = 1,22) qu'au niveau des séries nationales (Casa : 1,5 et Rabat 1,3), contrairement à ce qui a été rapporté par les études européennes ou le sexe masculin prédominait.

Pour les patients atteints d'une RCH, 40% d'entre eux provenaient des urgences, ceci confirme la gravité de cette pathologie et le risque élevé de survenue de complications sévères, tel que la CAG, pouvant induire le pronostic vital.

Comparée à la durée moyenne d'hospitalisation des patients atteints d'une MC (12,65jours), celle des patients porteurs d'une RCH était plus courte de 10 jours ; et ceci pourrait être expliqué par la différence de prise en charge en matière du bilan morphologique qui est plus lourd en ce qui concerne la maladie de Crohn.

Comme pour la MC, la diarrhée chronique était le principal motif d'hospitalisation des patients atteints d'une RCH [54].

Globalement, on considère qu'environ 30 à 40% des patients ayant une RCH avec atteinte étendue colorectale seront un jour opérés [54], [61].

En dehors de complications, la colectomie ne doit pas être envisagée comme le dernier recours en cas d'échec des traitements médicamenteux, mais bien comme une option thérapeutique se discutant à chaque étape de la prise en charge d'une CAG. Il s'agit du traitement qui a permis de réduire la mortalité de la CAG, à condition de ne pas être proposé trop tard [54], [61], [64]. Dans notre série, 11% des patients étaient opérés (N=16) dont 2% pour une complication et 9% opérés devant l'échec du traitement médical de première ligne.

La mortalité hospitalière était de 7,5% dans notre série (N=11).

Notre étude contribue à mieux connaître l'épidémiologie des MICI au MAROC. Toutes les séries marocaines montrent un jeune âge de survenue des MICI avec une prédominance féminine et une origine urbaine des malades. La création d'un registre national des MICI s'avère nécessaire pour une meilleure étude des caractéristiques épidémiologiques et pour améliorer la qualité de prise en charge de ces deux pathologies.

a.2.5 La tuberculose péritonéale

La tuberculose représente l'une des menaces majeures de santé publique dans le monde et une importante cause de mortalité évitable dans la population adulte. [66], [67]

Grace à l'amélioration des conditions de vie, à la généralisation de la vaccination par le B.C.G. et surtout à l'apparition et à l'efficacité croissante du traitement antituberculeux [67], [68], la TB a connu un recul spectaculaire mais il semble que, paradoxalement, la fréquence relative de la tuberculose péritonéale a augmenté par rapport aux autres localisations tuberculeuses [66], [68]

Bien que la localisation péritonéale reste rare et représente 1% des cas de tuberculose dans les pays développés [69], [70] où elle touche essentiellement les sujets transplantés vivant dans des conditions hygiéniques souvent précaires [69], elle est par contre beaucoup plus fréquente dans les pays pauvres notamment en Afrique et en Asie [71]

Durant notre période d'étude, notre service a hospitalisé 157 patients ayant une ascite d'origine tuberculeuse, ce qui représente 4,7% de l'ensemble des hospitalisés.

L'âge moyen de nos patients était de 34,5 ans et la population la plus concernée avait entre 20 et 30 ans, ce qui rejoint les données de la série tunisienne menée en 1991.

La prédominance du sexe féminin a été retrouvée aussi bien dans notre série qu'au niveau de la littérature.

Pays	Maroc (notre série)	Maroc (CHU casa)	Tunisie
Sexe ratio F/H	2,5	2,3	2

La plus grande partie de ces patients (83%) était hospitalisée par le biais du centre diagnostic.

La durée moyenne de séjour avoisinait 16 jours ainsi, en comparaisant avec les autres pathologies retrouvées dans notre service, les patients atteints d'une TB péritonéale présentaient la plus longue durée de séjour. Ceci pourrait être expliqué par la difficulté à obtenir une preuve cyto bactériologique du liquide d'ascite ou histologique permettant de confirmer le diagnostic.

A la lumière de notre discussion nous pouvons constater que la TB péritonéale constitue jusqu'à ce jour un réel problème de santé publique. Elle touche le sujet jeune entraînant alors un impact socio économique néfaste. Ainsi la vaccination systématique et l'amélioration de la qualité de vie de la population s'avèrent de mise à fin de combattre cette épidémie.

a.2.6 LA LEPTOSPIROSE

Selon la société internationale de la leptospirose, l'incidence de cette maladie varie entre 0.1-1.0 pour 100 000 habitants dans les climats tempérés et de 10-100 pour 100 000 habitants dans les tropiques humides. [67], [72]

Deux larges zones endémiques pour la leptospirose sont reconnues : la première étant l'Amérique latine et caribéenne, et la seconde incluant la plupart des pays et des îles de l'océan Indien et Pacifique.

Par ailleurs, l'incidence et la prévalence réelle de la leptospirose au Maroc sont difficiles à évaluer en l'absence d'étude de séroprévalence à l'échelle nationale, d'une part, et du fait de l'existence de formes cliniques frustes ou atypiques souvent non diagnostiquées, d'autre part.

Si les individus de tous âges et sexes sont susceptibles d'être contaminés, les hommes adultes, plus souvent engagés dans des activités à risques, sont plus souvent atteints. Dans notre série, le Sex-ratio: H/F est de 6,6. Cette prédominance masculine est signalée par de nombreux auteurs [73].

Le contact avec un animal a été retrouvé chez 11 de nos patients soit dans 22% de nos cas. De tels constats ont été également décrits par une série d'études, ainsi :

Dans la série de Sharma et al. [74], La seroprevalence de la maladie était particulièrement augmentée parmi les agriculteurs (62%) suivis des égoutiers (39.4%), les dresseurs d'animaux (37.5%), les forestiers (27.3%) et les bouchers (30%).

Dans la série de Yanagihara et al.[75] 72.1% des cas étaient des sujets professionnellement exposés, il s'agissait, entre autres, de mâçons, éboueurs, agriculteurs, poissonniers.

Un contact avec une eau suspecte (oued, eau stagnante ou égouts) à été noté chez 39% des patients (N=19). Dans la série d'Agésilas et al. [76], un contact avec des eaux contaminées à été retrouvé dans 68 % des cas.

La sérologie Martin et Petit a été réalisée chez 28 patients, elle est revenue positive chez 82%, N=23. Dans la série d'Ooteman [77], 47/125 des patients (soit 37.6% des cas) étaient confirmés par sérologie de Martin et Petit.

Une antibiothérapie a été instaurée chez tous les patients de notre série, elle était à base de PeniG chez 87% d'entre eux. (N=43). Les résultats retrouvés dans la

littérature [78]montrent que la pénicilline est l'antibiotique majeur utilise dans le traitement de la leptospirose à sa phase tardive. Des études récentes encouragent l'utilisation des céphalosporines de troisième génération, habituellement la ceftriaxone mais aussi la cefotaxime. Un cas de leptospirose traité par la ceftazidime a été également rapporté [79]

Dans la majorité des cas, l'évolution de la leptospirose est favorable. Cependant, des formes sévères, conduisant au décès, sont rapportées dans la littérature. Le taux de mortalité varie de moins 5% à 40% des cas [72], [80], [81]. Des séquelles sont possibles. Ces dernières incluent fatigue chronique, manifestations neuropsychiatriques type céphalées, parésie, paralysie, troubles de l'humeur et dépression. Dans notre série, Un seul patient a eu comme séquelle une paralysie faciale, un patient a gardé des hémoptysies et les deux autres patients ont été suivies en cardiologie pour une ACFA paroxystique. Nous avons déploré le décès d'un seul patient par arrêt cardio respiratoire secondaire à une hémorragie alvéolaire abondante.

Suite aux données que nous avons analysées nous pouvons dire qu'il y a une recrudescence de la leptospirose au niveau de la région de Fès, ce qui devrait inciter à améliorer les mesures de prévention individuelles et collectives. La déclaration des nouveaux cas s'avère obligatoire afin de dépister et d'éradiquer la source de contamination.

a.3 La Mortalité :

- ü Nous ne disposons pas au niveau national d'études épidémiologiques analysant la mortalité dans des services ayant une activité similaire au notre.
- ü L'analyse de la mortalité spécifique nous confirme une baisse de la mortalité liée aux UGD, elle était de 10,71% en 2006 pour devenir 4% en 2010. Ceci peut être expliqué par l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie aux

urgences, en rapport avec l'augmentation de l'effectif de l'équipe de garde de gastro entérologie, ainsi que la disponibilité et le progrès des techniques endoscopiques dans le traitement hémostatique des ulcères hémorragiques.

- ü Des résultats proches ont été retrouvés dans la littérature notamment dans la série de Pateron et al.[82]
- ü Par contre la mortalité liée aux cancers digestifs est en augmentation progressive, elle représentait 14,28% en 2006 pour ascensionner en 2010 et représenter 35% de la mortalité générale.
- ü Dans notre série, la mortalité globale liée aux cancers digestifs était de 41%. Cette mortalité est sous estimée, car les malades jugés moribonds, en dehors de toute ressource thérapeutique sont généralement confiés à leur famille et décèdent chez eux. Nous ne pouvons donc pas comparer nos résultats à ceux des registres de cancérologie nationaux.[9], [12].
- ü La mortalité hospitalière en rapport avec les MICI a augmenté pour avoisiner 8% en 2010. Nous expliquons ceci d'une part par l'augmentation du nombre d'hospitalisations concernant cette pathologie (de 7.8% en 2006 à 11.2% en 2010), et d'autre part par le retard de consultation de ces patients qui sont admis aux urgences à un stade avancé de leur maladie (poussée sévère ou de colite aigue grave).
- ü La prise en charge des hépatites fulminantes et de l'HTP est lourde et coûteuse pouvant nécessiter le recours à la transplantation hépatique. L'absence de couverture sanitaire chez la quasi-totalité de nos patients explique le taux de mortalité de ces pathologies qui demeurent élevés (6% et 25% respectivement en 2010).

ü L'ascension du taux de mortalité de la leptospirose (de 3,5% en 2006 à 6% en 2010) est expliquée par l'augmentation concomitante du nombre d'hospitalisations de cette pathologie aux cours des années.

VI. PERSPECTIVES

Notre étude a permis d'inventorier les difficultés de la prise en charge des patients admis dans un service hospitalier. Ainsi pour certaines pathologies, notamment tumorales, infectieuses et inflammatoires la durée moyenne d'hospitalisation est beaucoup trop longue.

Les consultations tardives influencent négativement le pronostic, car les patients arrivent à un stade avancé de leur maladie, ceci témoigne de la difficulté qu'ils ont encore à accéder aux soins, surtout en milieu rural.

44,2% de nos hospitalisations proviennent des urgences. Ce flux important retenti sur l'admission à froid des malades, et explique la diminution de l'hospitalisation des malades cancéreux au profit des urgences digestives.

La prévalence de certaines maladies infectieuses telles que de la leptospirose augmente avec les années. La TB péritonéale est très fréquente dans notre région, elle constitue l'apanage du sujet jeune, et peut être expliqué par la précarité des conditions socio économiques. Son traitement est lourd, basé sur une triple chimio thérapie anti tuberculeuse.

Notre service hospitalise un nombre de plus en plus croissant de patients ayant une MICI.

La majorité de nos patients sont perdus de vue après leur sortie de l'hôpital, et pour ceux qui sont suivis en consultation, il n'existe pas de traçabilité de leur évolution.

Etablir un rapport entre l'origine géographique des malades et certaines pathologies était un des objectifs préliminaires de notre étude que nous ne sommes pas parvenu à réaliser du fait du manque de renseignements sur nos registres d'hospitalisations.

A la lumière de nos résultats, nous recommandons :

Ø Sur le plan de la prise en charge des patients :

- Généraliser la couverture sanitaire pour faciliter l'accès aux soins chez les couches sociales défavorisées et réduire le nombre des malades refusant une intervention à cause de leur indigence.
- La nécessité de renforcer la vigilance par les médecins traitants et les médecins de travail qui doivent évoquer le diagnostic des maladies infectieuses dès les premières symptômes.
- Instaurer un système de suivi médical particulier des patients atteints de pathologies chroniques notamment les cancers digestifs et les MICI.

Ø Sur le plan de la prévention :

- Vu le nombre important de patients atteints d'une leptospirose hospitalisés dans notre service, il est primordial de planifier une stratégie de lutte contre les rongeurs particulièrement dans les zones où la fréquence est élevée, notamment à la ville de Fès, en collaboration avec les autorités locales, communes et les bureaux municipaux d'hygiène.
- Renforcer le programme national de lutte contre la TB.
- La sensibilisation des praticiens pour déclarer de façon systématique les maladies infectieuses.
- Sensibiliser la population vis-à-vis des moyens des facteurs de risque de transmission des maladies infectieuses.

Ø Sur le plan de la filière de soins

- L'amélioration du circuit de cheminement des malades entre les différents niveaux de soins (ambulatoire, hospitalier, public, privé..) afin de réduire le délai de consultation, d'hospitalisation et de traitement.

- Instaurer une réforme du système de santé par :
 - la révision de deux outils de planification
 - § la carte sanitaire
 - § la loi de l'offre de soins
 - l'introduction de deux autres :
 - § le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)
 - § le projet d'établissement hospitalier, déjà initié au niveau des centres hospitaliers universitaires

Ø Sur le plan de la recherche et de la surveillance épidémiologique :

- Mettre en place des registres spécifiques des MICI et renforcer les consultations spécialisées pour ces pathologies.
- Mettre en place de véritables registres régionaux et nationaux des cancers digestifs afin de pouvoir apprécier de façon exhaustive leur profil épidémiologique.
- Réaliser des études épidémiologiques analytiques pour démontrer la relation causale entre certains facteurs de risque et la maladie étudiée.
- Mener des études prospectives pour mieux analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, et para cliniques des différentes pathologies.
- Faire des études de prévalence à l'échelle nationale pour mieux apprécier la fréquence des pathologies digestives.
- Insister sur l'intérêt du système d'information hospitalier qui fait partie intégrante de la gestion des activités hospitalières. Il facilite les fonctions se rapportant aux patients, aux personnels ainsi qu'à la gestion et de ce fait contribue à accroître l'efficacité et la qualité des services.

Ø Sur le plan de la formation :

- Revoir les programmes de formation de base
- Revoir les programmes de formation des médecins spécialistes sans oublier d'insister sur la prise en charge des pathologies infectieuses qui constituent toujours un problème de santé publique.
- Former des spécialistes dans la prise en charge des maladies chroniques notamment les MICI.
- Renforcer les compétences du personnel de santé en organisant plus fréquemment des séances de formation continue.

VII. Conclusion

Notre travail a permis une meilleure connaissance de l'activité d'un service hospitalier universitaire régionale et nationale notamment la morbidité et la mortalité.

Sur le plan de la morbidité, l'étude a permis de connaître les grandes classes de maladies rencontrées et les modalités de leur prise en charge.

Notre étude a révélé que 46% des patients provenait des urgences et que la principale étiologie reste l'hémorragie digestive dans 26% des cas, elle a montré aussi que malgré la transition épidémiologique, la pathologie infectieuse en particulier la TB péritonéale et la leptospirose constituent toujours un problème de santé public. L'étude a mis l'accent sur la fréquence préoccupante des pathologies inflammatoires et tumorales chez le sujet jeune.

VIII. Résumé

RESUME

Introduction et but du travail : Dans la perspective d'une meilleure prise en charge des patients et afin de répondre à plusieurs questions de recherche en hépato gastro entérologie, il est nécessaire d'étudier la morbidité et la mortalité de la population des patients admis au sein de notre service. La connaissance de ces paramètres permettra une appréciation objective du profil épidémiologique des patients, des modalités de leur prise en charge ainsi que de l'efficacité et de la rentabilité du service. Il en résultera la mise en place de recommandations.

Matériels et méthodes : Pour étudier la morbidité et la mortalité au sein de notre service, nous avons menés une étude rétrospective descriptive allant de Janvier 2006 à Décembre 2008, nichée sur une étude prospective de Janvier 2010 à Décembre 2010.

Étant donné que l'année 2009 fut une année charnière, de déménagement de l'hôpital Ghassani au CHU Hassan II de Fès, nous l'avons exclue.

Résultats : Durant cette période d'étude, nous avons inclus 3513 malades. Leur moyenne d'âge était de 49ans, avec des extrêmes d'âge allant de 12 ans à 98 ans \pm 8,48

Le sexe Ratio H/F était de 1,065. Deux miles deux cents treize patients, (63%) provenaient d'un milieu urbain. Deux miles deux cents treize patients, (63%) provenaient d'un milieu urbain. Les urgences ont représenté la voie de recrutement de 44% de nos malades (N=1551). Le nombre de patients hospitalisé au sein de notre service a augmenté de 20% entre 2006 et 2010, cependant la proportion de patients originaires de la ville de Fès hospitalisée au sein de notre service a connue

une baisse, elle était de 66,15% en 2006 pour avoisiner les 48% en 2010 ce qui conclue au fait que le bassin d'attraction du CHU s'est élargi après le déménagement du CHU Hassan II de l'hôpital El GHASSANI vers ses nouveaux locaux. La durée moyenne d'hospitalisation a diminué en 2010 pour avoisiner les neufs jours. Le principal motif d'hospitalisation était une hémorragie digestive haute chez 26% des patients, N = 914. Les pathologies les plus retrouvée en milieu hospitalier de notre service étaient : L' HTP dans 16,62% des cas, la pathologie UGD chez 11,07% des patients, la cancérologie (CCR, cancer de l'estomac, cancer du pancréas, de l'œsophage et moins fréquemment les tumeurs hépatiques et des voies biliaires) chez 15,34% des malades, les MICI dans 9,7% des cas, la tuberculose péritonéale chez 4,5% des patients et la Leptospirose dans 2,4% des cas. Notre service a connu durant cette période d'étude une mortalité globale de 4,5% (N= 158), entre 2006 et 2010 ce taux est passé de 3,3% (N=28) à 4,8% (N=49). L'HTP était la principale cause de mortalité hospitalière en 2006, responsable de 25% de décès (N=7), par contre en 2010, les cancers digestifs étaient la première source de décès (35%) (N=17).

La comparaison des différentes données épidémiologiques entre l'hôpital ELGHASSANI et le CHU HASSAN II retrouve le même profil épidémiologique des malades, ainsi l'âge moyen est le même, $49 \pm 18,37$ ans et $49,33 \pm 18,35$ ans respectivement. Le sexe masculin reste toujours prédominant, et le milieu est majoritairement urbain. Par ailleurs, de cette comparaison ressort qu'au CHU le taux d'hospitalisation à travers les urgences a augmenté de 1,06% et que la durée moyenne de séjour a diminué de 2 jours.

Nous pouvons avancer que la prévalence de l'UGD augmente parallèlement avec les complications mais notre observation est à nuancer dans la mesure où il existe un biais de recrutement et de prise en charge. Par ailleurs la mortalité liée à

cette pathologie a nettement diminuée, de 11% en 2006 à 4% en 2010, probablement grâce à l'amélioration des moyens du traitement endoscopique de l'hémorragie digestive d'origine ulcéreuse. L'HTP est fréquente dans la région de Fès, son incidence augmente, son diagnostic au stade de complications prouve le retard de consultation. La prédominance de l'HVC comme principale étiologie de la cirrhose témoigne du bas niveau socio économique et du manque de sensibilisation de la population vis-à-vis des facteurs de risque de transmission virologique. Les MICI surviennent à un âge jeune avec une prédominance féminine et l'origine des patients est principalement urbaine.

L'incidence de la leptospirose a augmenté entre 2006 et 2010 de 1,8%, elle est très fréquente dans la région de Fès Boulomane (62% des cas). Cette pathologie était responsable de 3,5% de décès en 2006 et 4% en 2010. La TB péritonéale constitue jusqu'à ce jour un réel problème de santé public, elle touche le sujet jeune entraînant alors un impact socio économique néfaste. Ainsi la vaccination systématique et l'amélioration de la qualité de vie de la population s'avèrent de mise à fin de combattre cette épidémie.

Selon l'analyse des données de notre population, nous pourrions avancer que le CCR touche de plus en plus le sujet âgé, ce qui témoigne d'une transition démographique et épidémiologique. Quant au cancer de l'estomac, il atteint de plus en plus le sujet jeune, 38% des patients avaient moins de 50 ans, son évolution est rapide, seulement 19% des malades étaient admis à un stade non métastatique de leur cancer.

Notre service a connu durant cette période d'étude une mortalité de 4,5%, N= 158 patients, c'est une mortalité que nous n'avons pas pu comparer avec les autres services de gastrologies des différents CHU au Maroc du fait que des études similaires à la notre n'ont pas été réalisées.

Nous pouvons constater selon notre analyse, que notre service reçoit différentes pathologies avec des niveaux variables de gravité, ces résultats témoignent de l'absence de filière de soins et de coordination intra et interrégionale, d'où la nécessité d'établir un schéma régional d'offres de soins (SROS) qui constitue le principal outil de planification territoriale de l'offre de soins. Il repose sur une approche globale, qui tend à organiser, d'une manière rationnelle, participative et équitable, l'offre de soins sur le territoire régional.

La principale difficulté qui ressort de notre travail, est que la majorité de nos patients sont perdus de vue après leur sortie de l'hôpital, et pour ceux qui sont suivis en consultation, il n'existe pas de traçabilité de leur évolution, d'où l'intérêt du système d'information hospitalier (SIH). Il s'agit de l'HOSIX, système informatisé permettant la saisie de l'observation médicale, le suivi en consultation, la prescription médicamenteuse, des bilans et la conservation des divers comptes rendus (examens radiologiques, examen endoscopique, compte rendu opératoire, résultat anatomopathologique).

Conclusion : Notre travail a permis une meilleure connaissance de l'activité d'un service hospitalier universitaire régionale et nationale, concernant la morbidité et la mortalité. Aussi il a révélé que malgré la transition épidémiologique, les pathologies infectieuses notamment la tuberculose péritonéale et la leptospirose constituent toujours un réel problème de santé publique. Notre étude a également mis l'accent sur la prévalence des MICI et la pathologie néoplasique chez le sujet jeune.

ABSTRACT

Introduction and purpose of the work: In the prospect of a better taking care of patients and in order to respond to several research questions in hepato gastro enterology, it is necessary to study the morbidity and mortality of the population of patients admitted within our service. The knowledge of these parameters will allow an objective assessment of the epidemiological profile of the patients, the modalities of their supported as well as to the effectiveness and profitability of the service. This will result in the establishment of the recommendations, the devices, the technical platform and the medical and paramedical workers.

Materials and methods: To study the morbidity and mortality in our service, we have conducted a descriptive retrospective study ranging from January 2006 to December 2008, nestled on a prospective study of January 2010 to December 2010.

Given that 2009 was a turning point, moving from hospital Ghassani to CHU Hassan II of Fez, we have therefore excluded it.

Reult: During the study period, we included 3513 patients. Their average age was 49 years old, with extremes ranging from age 12 years 98 years \pm 8.48. The sex ratio M / F was 1.065. Two miles two hundred thirteen patients (63%) were from an urban environment. Fez was originally the main city of our patients in 56.7% of cases, followed by the city of Taounate in 18.56% of cases. Emergencies represented the way of recruiting 44% of our patients (N = 1551). The number of patients hospitalized in our service has increased by 20% between 2006 and 2010, however the proportion of patients from the city of Fez hospitalized in our service has fallen, it was 66.15% in 2006 to be around 48% in 2010 concluded the fact that the basin of attraction of the hospital has grown after the removal of CHU Hassan II hospital El GHASSAN to its new premises. The average length of stay decreased in 2010 to be

around nine days. The main reason for hospitalization was upper GI bleeding in 26% of patients, N = 914.

The disease most commonly found in our were: The HTP in 16.62% of cases, the pathology in 11.07% of PUD patients, cancer: CCR, stomach cancer, pancreatic cancer, the esophagus and less commonly the liver tumors and bile ducts in 15.34% of patients, IBD in 9.7% of cases. Peritoneal tuberculosis in 4.5% of patients and Leptospirosis in 2.4% of cases. Our service has experienced during this study period an overall mortality of 4.5% (N = 158), between 2006 and 2010 that rate rose from 3.3% (N = 28) to 4.8% (N = 49). The HTP was the leading cause of hospital mortality in 2006, responsible for 25% of deaths (N = 7), in 2010 against the digestive cancers were the leading source of death (35%) (N = 17).

The comparison of different epidemiological data between the hospital ELGHASSANI and CHU Hassan II finds the same epidemiological profile of patients, so the average age is the same, 49 ± 18.37 and 49.33 ± 18.35 respectively. The male sex is always dominant, and the environment is mainly urban. Furthermore, this comparison shows that the rate of hospitalization CHU through emergencies rose 1.06% and the average length of stay decreased by 2 days.

Then, we suggest that the prevalence of PUD complications increases in parallel with, however our observation is to be qualified to the extent there is a way to recruit and support. Moreover, the mortality related to this disease has significantly decreased from 11% in 2006 to 4% in 2010, probably due to improved means of endoscopic treatment of gastrointestinal bleeding ulcer home. PH is common in the region of Fez, its incidence is increasing, and the diagnosis at the stage of complications shows the delay of consultation. The predominance of HCV as the primary etiology of cirrhosis reflects the low socio-economic and the lack of awareness related to FDR viral transmission.

IBD occurs at an early age with female sex predominance and the origin of the patients is mainly urban. Peritoneal tuberculosis is a real public health problem, its prevalence is high, in 2010, it was the cause of hospitalization of 4.8% of patients. The incidence of leptospirosis has increased between 2006 and 2010 by 1.8%, it is very common in the region of Fez Boulmane (62% of cases). This disease was responsible for 3.5% of deaths in 2006 and 4% in 2010. Peritoneal TB is a real public health problem; it affects young subjects while causing an adverse socio-economic impact.

So, routine immunization and improving the quality of life of people becomes necessary to stop this epidemic.

According to the analysis of our population, we could argue that the CCR is affecting more and more elderly patients, reflecting a demographic and epidemiological transition as to the cancer of the stomach, it reaches more and more young subjects, 38% of patients were younger than 50 years, its development is rapid, only 19% of patients were admitted to a non-metastatic stage of cancer.

Our service has experienced during this study period a mortality of 4.5%, N = 158 patients, it is a mortality that we could not compare with the other services of different Gastrology Hospital in Morocco because of that studies similar to ours have not been performed. We can see from our analysis that our service receives different diseases with varying levels of severity, these results demonstrate the lack of industry and care coordination within and between regions, hence the need for a regional pattern of tender care (SROs) which is the main tool of territorial planning of care provision.

It is based on a comprehensive approach, which tends to organize in a rational, participatory and equitable health care provision in the regional territory.

The main difficulty that emerges from our work is that the majority of our patients are lost to follow after leaving the hospital, and for those followed in consultation, there is no trace of their evolution, to Hence the interest of the hospital information system (HIS) This is the HOSIX, computerized system for entering medical observation, monitoring, consultation, prescription drug, balance sheets and conservation of various accounts rendered (radiological, endoscopic examination, operative report, pathology results).

Conclusion: Our work has allowed a better understanding of the activity of a university hospital service including regional and national morbidity and mortality.He also revealed that despite the epidemiological transition, infectious diseases including tuberculosis and leptospirosis peritoneal remain a real public health problem; our study also highlighted the prevalence of IBD and neoplastic disease in young.

ملخص

مقدمة:

من أجل توفير أفضل رعاية للمرضى ومن أجل الإجابة على عدة أسئلة بحوث في ميدان الجهاز الهضمي والكبد فمن الضروري دراسة معدلات الاعتدال والوفيات بين فئة السكان التي تم استقبالها في مصحتنا معرفة هذه المعايير تسمح بتقييم موضوعي للوضع الوبائي، وكيف الدعم للمرضى ولتقييم الكفاءة الربحية لمصلحة الجهاز الهضمي ذلك ما سيؤدى إلى تنفيذ التوصيات. أنجزنا الدراسة ما بين 2006 و 2010 بمصلحة الجهاز الهضمي بالمستشفى الجامعي بمدينة فاس وشملت جميع المرضى الذي تم استشفائهم بهذه الفترة. نظرا إلى أن عام 2009 كان نقطة تحول وانتقال من مستشفى الغساني إلى المستشفى الجامعي حسن 2 بفاس لقد ارتأينا من الأفضل استبعادها.

النتائج:

فترة دراستنا شملت 3513 مريضا وكان متوسط عمرهم 49 سنة مع المتطرفة التي تتراوح بين 12 و 98 عاما ± 8.48 . نسبة الجنس الذكري / الأنثوي كانت تناهز 1.065. 2213 مريضا كانوا قاطنين بالمناطق الحضرية. نسبة المرضى التي تم استشفائهم عن طريق المستعجلات كانت تناهز 44% (N=1551). ازداد عدد المرضى الذي تم استشفائهم بمصلحتنا بنسبة تراوح 20% ما بين سنتي 2006-2010 على عكس المرض القاطنين بمدينة فاس فلقد انخفضت نسبتهم حيث كانت تناهز 66.15% في سنة 2006 لتتناهز 48% في سنة 2010 وذلك ما يقرون إلى كون حوض جاذبية المستشفى قد نام بعد زواله من مباني مستشفى الغساني إلى المستشفى الجامعي. انخفض متوسط مدة الإقامة في عام 2010 ليرواح 9 أيام. السبب لاستشفاء كان هو النزيف المعوي عند 26% من المرضى (N=914).

أكثر الأمراض التي تم استشفائهم في مصلحتنا كانت ارتفاع ضغط الوريد البابي لدى 16.62%، مرض القرحة المعيدية الاثناعشرية لدى 11.07%: أمراض السرطان لدى 15.34% من المرضى (سرطان القولون والمستقيم، سرطان المعدة، سرطان البنكرياس، سرطان المرئ

وبأقل نسبة، سرطان المسالك الصفرية وسرطان الكبد). داء الأمعاء الالتهابي لدى نسبة 9.7% ، مرض السل البريتوني لدى 4.5% وداء البريميات 2.4% من الحالات.

شهدت مصلحة الجهاز الهضمي خلال فترة الدراسة نسبة وفيات تراوح 4.5%

(N= 158) كان ارتفاع ضغط الوريد البابي السبب الرئيسي للوفيات في مصلحتنا في عام

2006 مسؤولة على 25% من الوفيات (N= 7) وبالمقابل في 2010 كان أمراض السرطان الجهاز الهضمي تشكل أكبر نسبة في أسباب الوفيات.

نلاحظ مع المقارنة مع المعطيات الوبائية بين المستشفى الغساني والمستشفى الجامعي أن

الوضع الوبائي للمريض هو نفسه وبالتالي يبقى متوسط العمر نفسه 49 ± 18.37 و 49 ± 18.35

سنة على التوالي. تبقى نسبة الذكور دائما مهيمنة وبيئة أغلبية المرضى حضارية. وعلاوة على

ذلك ، فإن هذه المقارنة تبين ان نسبة الاستشفاء عن طريق المستعجلات ارتفعت في المستشفى

الجامعي بنسبة 1.06% ومتوسط انخفاض بيومين. يمكننا التصريح بان نسبة القرحة المعيدية

الاثنا عشرية ترفع موازاة مع المضاعفات لكن هذه الملاحظة يجب أن تأخذ بتحفظ نظرا حيز في

التجنيد والعلاج. علاوة على ذلك انخفاض الوفيات بهذا المرض بشكل ملحوظ ب 11% في

2006 إلى 4% في 2010 ربما بفضل تحسن وسائل علاج نزيف الجهاز الهضمي بالمنظار

الداخلي.

ارتفاع ضغط الوريد البابي مرض شائع في جهة فاس، معدل الإصابة به في ارتفاع

وتشخيصه في مرحلة المضاعفات ما هو إلا دليل على التأخر في فحص الطبيب. مرض إتهاب

الكبدى C يعتبر من المتسببات الرئيسية لتشمع الكبد ويدل على الوضع الاجتماعي والاقتصادي

المزري ، وعدم وعي المجتمع بمخاطر انتقال العدوى بهذا الفيروس.

يصيب مرض الأمعاء الالتهابي الإنسان في سن مبكرة، مع غلبة الإناث، وغالبية المرضى

أصلهم من المناطق الحضرية.

ارتفعت نسبة الإصابة بداء البريميات بنسبة 1.6% بين 2006 و 2010 وهو مرض شائع

بمنطقة فاس بولمان 62% من الحالات وقد كان مسؤولا على 3.5% من الوفيات عام 2006 و

4% عام 2010.

يعتبر مرض السل البريتوني مشكلة حقيقية للصحة العامة، ومدى انتشاره عانى وقد كان سببا في استشفاء 4.8% من المرضى سنة 2010 . مما يدل على أهمية التلقيح ضد هذا الوباء . وفقا لتحقيق معطيات مجتمع دراستنا يمكننا أن نقر بان سرطان القولون والمستقيم يصيب كبار السن وهذا ما يعكس التحول الديمغرافي والوبائي. بالنسبة لسرطان المعدة فهو ينتشر بنسبة أكبر في وسط الشباب فقد أصاب 38% من المرضى اقل من 50 سنة تطوره سريع و 19% من المرضى تم تشخيصها في مرحلة مبكرة.

لقد عرفت مصلحتنا خلال فترة الدراسة نسبة وفيات الدراسة نسبة وفيات بلغت 4.5% (158 مريضا) لم يتم مقارنة هذه النسبة مع باقي مصالح الجهاز الهضمي بالمراكز الاستشفائية الأخرى نظرا لعدم وجود دراسات مماثلة.

من خلال تحليلنا يمكننا أن نستنتج بان مصلحتنا تستقبل أمراضا مختلفة مع مستويات متفاوتة الشدة وهذه النتائج تثبت عدم وجود تنسيق بين المراكز الصحية بين المناطق وخارجها.

وبالتالي الحاجة إلى مخطط إقليمي للعلاج الذي يعتبر الأداة الرئيسية للتخطيط الإقليمي لتوفير الرعاية والعلاج، لأنه يقوم على إتباع نهج شامل يميل إلى تنظيم توفير الرعاية الصحية بشكل عقلاني، تشاركي ومنصف على الصعيد الإقليمي الصعوبة الرئيسية التي تنبثق من عملنا هذا هو فقدان الغالبية العظمى من المرضى لدينا بعد خروجهم من المستشفى وبالنسبة لأولئك الذي تم تتبعهم لا يوجد أثر لهذا التتبع وبالتالي تبدو أهمية النظام المعلوماتي للمستشفيات إنه HOSIX وهو نظام محسوب يمكننا من إدخال ملاحظات طبية، الرصد، التشاور، والوصف الطبي للأدوية مع الحفاظ على مختلف التقارير.

خاتمة:

لقد سمح عملنا هذا على فهم أفضل للنشاط مصلحة في مركز إشتشفائي إقليمي ووطنيا فيما يخص الاعتلال والوفيات. وكشف أيضا على أنه بالرغم من التحول الوبائي فإن الأمراض المعدية كداء السل البريتوني والبريميات يبقى مشكلة حقيقية للصحة العامة.

دراستنا ركزت أيضا على انتشار مرض التهاب الأمعاء وأمراض الأورام لدى البالغين

الشباب

IX. REFERENCES

- [1] « Cancer du tube digestif en milieu hospitalier, aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques ». Thèse MED BAMAKO 2000, n°102.
- [2] « Le traitement chirurgical des cancers de l'estomac, Premières journées medico chirurgicales et pharmaceutiques du point G. Décembre 2004. »
- [3] C. Zaltman, H. S. P. de Souza, M. E. C. Castro, M. de F. S. Sobral, P. C. P. Dias, et V. Lemos Jr, « Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records », *Arquivos De Gastroenterologia*, vol. 39, n°. 2, p. 74-80, juin. 2002.
- [4] « Carcinome hepato cellulaire : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifsThèse MED BAMAKO 2004 n 24. »
- [5] « Managing the Complications of Cirrhosis .Clinical Care Options, LLC. 2008 ».
- [6] Magali Coldefy (Irdes, Umr Géographie-Cités, Université Paris 1) Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification Mai 2008 ».
- [7] « Rapport thématique Système de Santé et Qualité de Vie 2005 »
- [8] D. M. Parkin et C. S. Muir, « Cancer Incidence in Five Continents. Comparability and quality of data », *IARC Scientific Publications*, n°. 120, p. 45-173, 1992.
- [9] « Registre des Cancers de la Région du grand Casablanca Année 2004 ».
- [10] A. Cherkaoui; A. Essaid, A. Ibrahimi, A. Halimi, C. Nejjari, H. Ouazzani; K. Krati, K. Hallouly; K.Benhayoun, M. Benazzouz, N. Amrani, N. Kanouni; W. Samri, Y. Abkari., « Dépistage organisé du cancer colorectal en France. Évaluation 2002 à 2004, Institut de veille sanitaire. »
- [11] J.F. BOSSET, P. ROUANET Décembre 2005, « Université Médicale Virtuelle Francophone Polycopié national de cancérologie ».
- [12] « Registre d'oncologie de RABAT ».

- [13] « Mars Bleu 2011, campagne de mobilisation pour le dépistage organisé du cancer colorectal ».
- [14] Sawadogo et al, « Epidemiologie des cancers du tube digestif au Burkina Faso. *Medecine d'Afrique Noire*: 2000, 47(7). »
- [15] A. Ayite et al, « Epidemiologie descriptive des cancers digestifs au CHU de Lome (Togo) *Medecine d'Afrique Noire*: 1998, 45(4). »
- [16] kadende P. et al, « Les cancers digestifs au Burundi: première enquête menée a Bujumbura *Médecine d'Afrique Noire*: 1990- 37,521-61. »
- [17] M. Diarra, A. Diarra, et Dolo, M, « Etude clinique , endoscopique, anatomopathologique et pronostique du cancer de l'estomac en milieu rural *Acta Endoscopica* Volume 35, Number 2, 233-238, ».
- [18] R. J. Black, F. Bray, J. Ferlay, et D. M. Parkin, « Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990 », *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, vol. 33, n°. 7, p. 1075-1107, juin. 1997.
- [19] J. R. Kelley et J. M. Duggan, « Gastric cancer epidemiology and risk factors », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 56, n°. 1, p. 1-9, janv. 2003.
- [20] M. B. Terry, M. M. Gaudet, et M. D. Gammon, « The epidemiology of gastric cancer », *Seminars in Radiation Oncology*, vol. 12, n°. 2, p. 111-127, avr. 2002.
- [21] Salmi Elkhazraji, « Profil épidémiologique des cancers gastriques (A propos de 215 cas). These med. Casablanca (1995) No: 166. »
- [22] Elouarda M., « Adénocarcinomes gastriques: étude épidémiologique, diagnostique et thérapeutique. These med. Rabat (1993) No: 148 ».
- [23] Nabil abderrahim, « Profil épidémiologique, clinique et endoscopique des adénocarcinomes de l'estomac. These med. Casablanca (1995) No: 24. »

- [24] Karayuba R. et al, « Le traitement chirurgical des cancers gastriques au CHU de Kamenge (Bujumbura) a propos de 53cas. *Medecine d'Afrique Noire*: 1993, 40(10). »
- [25] Osamu hozokawa et al, « Retrospective study of endoscopic findings: 250 cases of gastric cancer *Digestive endoscopy* (2000) 12, 136-140. »
- [26] V. Archie, J. Kauh, D. V. Jones Jr, V. Cruz, M. S. Karpeh Jr, et C. R. Thomas Jr, « Gastric cancer: standards for the 21st century », *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, vol. 57, n°. 2, p. 123-131, févr. 2006.
- [27] K. D. Crew et A. I. Neugut, « Epidemiology of gastric cancer », *World Journal of Gastroenterology: WJG*, vol. 12, n°. 3, p. 354-362, janv. 2006.
- [28] S. De Lisi, S. Peralta, A. Arini, F. Simone, et A. Craxì, « Oesophagogastroduodenoscopy in patients with cirrhosis: Extending the range of detection beyond portal hypertension », *Digestive and Liver Disease: Official Journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, vol. 43, n°. 1, p. 48-53, janv. 2011.
- [29] O. K. Pathak, R. Paudel, O. B. Panta, H. P. Pant, B. R. Giri, et B. Adhikari, « Retrospective study of the clinical profile and prognostic indicators in patients of alcoholic liver disease admitted to a tertiary care teaching hospital in Western Nepal », *Saudi Journal of Gastroenterology: Official Journal of the Saudi Gastroenterology Association*, vol. 15, n°. 3, p. 171-175, sept. 2009.
- [30] M.-C. Londoño et al., « MELD score and serum sodium in the prediction of survival of patients with cirrhosis awaiting liver transplantation », *Gut*, vol. 56, n°. 9, p. 1283-1290, sept. 2007.
- [31] A. Cherkaoui; A. Essaid, A. Ibrahim, A. Halimi, C. Nejjari, H. Ouazzani; K. Krati, K. Hallouly; K. Benhayoun, M. Benazzouz, N. Amrani, N. Kanouni; W. Samri, Y. Abkari., « Prise en charge de l'hépatite C au Maroc: Résultats préliminaires de

l'étude Practice. 13ème Journées de Gastroentérologie d'Afrique Francophone & 15ème Congrès National de Gastroentérologie. Mai, 2010. »

- [32] J. B. Saunders, J. R. Walters, A. P. Davies, et A. Paton, « A 20-year prospective study of cirrhosis », *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, vol. 282, n°. 6260, p. 263-266, janv. 1981.
- [33] G. D'Amico, A. Morabito, L. Pagliaro, et E. Marubini, « Survival and prognostic indicators in compensated and decompensated cirrhosis », *Digestive Diseases and Sciences*, vol. 31, n°. 5, p. 468-475, mai. 1986.
- [34] . Smaili, K. Siai, N. Ben Mahmoud, H. Elloumi, M. Ghozzi, N. El Jeridi, Mm. Azzouz., « Le profil épidémiologique, Clinique et évolutif des cirrhotiques d'âge jeune. 13ème Journées de Gastroentérologie d'Afrique Francophone & 15ème Congrès National de Gastroentérologie. Mai,2010. »
- [35] T. Stroffolini, E. Sagnelli, P. Almasio, L. Ferrigno, A. Craxi, et A. Mele, « Characteristics of liver cirrhosis in Italy: results from a multicenter national study », *Digestive and Liver Disease: Official Journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, vol. 36, n°. 1, p. 56-60, janv. 2004.
- [36] K. Michitaka, S. Nishiguchi, Y. Aoyagi, Y. Hiasa, Y. Tokumoto, et M. Onji, « Etiology of liver cirrhosis in Japan: a nationwide survey », *Journal of Gastroenterology*, vol. 45, n°. 1, p. 86-94, 2010.
- [37] David C Wolf, Ann Ouyang, Francisco Talavera, BS Anand, Alex J Mechaber, Julian Katz, « Cirrhosis:emedecine, medscape, Jun 28, 2010. »
- [38] S. Naveau, G. Perlemuter, et A. Balian, « [Epidemiology and natural history of cirrhosis] », *La Revue Du Praticien*, vol. 55, n°. 14, p. 1527-1532, sept. 2005.
- [39] K. Mir, A. Ouakaa, H. Boussourra, H. Elloumi, D. Gargouri, A. Kochlef, A. Kilani, M. Romani, J.Kharrat,, « Influence de la ligature des varices oesophagiennes sur

la gastropathie hypertensive et les varices gastriques. Service gastroentérologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.13ème Journées de Gastroentérologie d'Afrique Francophone & 15ème Congrès National de Gastroentérologie. Mai, 2010 ».

- [40] J. E. Zimmerman, D. P. Wagner, M. G. Seneff, R. B. Becker, X. Sun, et W. A. Knaus, « Intensive care unit admissions with cirrhosis: risk-stratifying patient groups and predicting individual survival », *Hepatology (Baltimore, Md.)*, vol. 23, n°. 6, p. 1393-1401, juin. 1996.
- [41] M Elagueb, « Coût de la prise en charge de l'hémorragie digestive par rupture des varices œsophagiennes chez les patients cirrhotiques à Fès au Maroc ».
- [42] D. Thabut, M. Hammer, Y. Cai, et N. Carbonell, « Cost of treatment of oesophageal variceal bleeding in patients with cirrhosis in France: results of a French survey », *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, vol. 19, n°. 8, p. 679-686, août. 2007.
- [43] « J Radiol 2005;86:387-91© Éditions Françaises de Radiologie, Paris, 2005 ».
- [44] S. MAJDOULI, « Les ulcères gastro duodénaux : Etat actuel et particularités. Service d'efd-HGEHôpital Ibn sina UMSS- Rabat 2010 ».
- [45] I.Mellouki, « Aspects épidémiologiques des hémorragies digestives hautes à propos de 650 cas, THESE , service d'hépatogastroentérologie, CHU Hassan II Fès. 2004 ».
- [46] A.Asguane, « Hémorragie digestive haute : Profil épidémiologique Service d'hépatogastroentérologie CHU ibn rochd casablanca. 2009 ».
- [47] « Gastroentérologie Clinique et Biologique (2009) 33, 626—634) ».
- [48] Tamazaourte M, « Fibroscopie Oeso gastro duodénale en urgence : indications et résultats Service d'hépatogastroentérologie II Hôpital militaire d'instruction Mohammed V Rabat. 2009 ».

- [49] S. EDDEGHAI, « Prise en charge des HDH d'origine ulcéreuse, à propos de 101 cas Service de gastro entérologie CUH Mohammed VI Marrakech ».
- [50] J. Higham, J.-Y. Kang, et A. Majeed, « Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among older subjects », *Gut*, vol. 50, n°. 4, p. 460-464, avr. 2002.
- [51] C. P. Choudari, R. A. Elton, et K. R. Palmer, « The outcome of peptic ulcer haemorrhage in relation to consumption of nonsteroidal anti-inflammatory drugs or aspirin », *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, vol. 8, n°. 4, p. 457-460, août. 1994.
- [52] C. M. Wilcox et W. S. Clark, « Association of nonsteroidal antiinflammatory drugs with outcome in upper and lower gastrointestinal bleeding », *Digestive Diseases and Sciences*, vol. 42, n°. 5, p. 985-989, mai. 1997.
- [53] 51. Bourienne A, Pagenault M, Heresbach D, Jacquelinet C, Faroux R, Lejaen-Colin, et al, « Etude prospective multicentrique des facteurs pronostiques des hémorragies ulcéreuse gastro-duodénales: réévaluation des facteurs cliniques et endoscopiques à l'ère de l'hémostase endoscopique. *Gastroenterol Clin Bio* 2000 ;24 :193-200 ».
- [54] A.Cortot 2010- 2011, « Diu web maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) : épidémiologie des mici. »
- [55] SANDLER RS, EISEN GM. 2000, « Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease. Inflammatory Bowel Disease. Saunders Company. In: JB Kirsner : pp 89-112 ».
- [56] GENDRE JP, MODIGLIANI R., « Maladie de Crohn. Traité de Gastroentérologie. Flammarion, Paris. In : JC Rambaud : pp 625-64;2005 ».
- [57] E. V. Loftus Jr et W. J. Sandborn, « Epidemiology of inflammatory bowel disease », *Gastroenterology Clinics of North America*, vol. 31, n°. 1, p. 1-20, mars. 2002.

- [58] V. Nerich et al., « Geographical variations of inflammatory bowel disease in France: a study based on national health insurance data », *Inflammatory Bowel Diseases*, vol. 12, n° 3, p. 218-226, mars. 2006.
- [59] 54. VERNIER G, CORTOT A, GOWER-ROUSSEAU C, SALOMEZ JL, COLOMBEL JF. 2005, « Epidémiologie et facteurs de risque au cours des MICI. Revue du Praticien ; 55:949- 61. »
- [60] 83. Hugot J-P et al. Lancet 2003;362:2012-6, « La Revue du Praticien Médecine Générale ».
- [61] M. F. Drummond, « Economic evaluation of treatment strategies in gastroenterology », *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 100, n° 10, p. 2143-2145, oct. 2005.
- [62] Launois R, « La qualité de vie : finalités et méthodes. Le courrier de l'évaluation en santé. 1995;n°7:3-6. »
- [63] F. Baert et al., « Mucosal healing predicts sustained clinical remission in patients with early-stage Crohn's disease », *Gastroenterology*, vol. 138, n° 2, p. 463-468; quiz e10-11, févr. 2010.
- [64] G. G. Kaplan, E. P. McCarthy, J. Z. Ayanian, J. Korzenik, R. Hodin, et B. E. Sands, « Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis », *Gastroenterology*, vol. 134, n° 3, p. 680-687, mars. 2008.
- [65] « Course of ulcerative colitis: analysis of c... [Gastroenterology. 1994] - PubMed - NCBI ».
- [66] S. EL AJMI, N. CHATTI, K. LIMAM, « LA TUBERCULOSE PERITONEALEAspects actuels à propos de 39 cas observés au Centre Tunisien. Médecine du Maghreb 1991 n°27 ».
- [67] « Manuel de la tuberculose | Mai 2007 Ligue pulmonaire Suisse ».

- [68] A. BENNANI et col, « La tuberculose péritonéale. A propos de 300 cas. La tuberculose abdominale. Ed. Masson Paris 1987 ».
- [69] CHRETIEN J., ETIENNE J.P, « Les péritonites tuberculeuses : aspects cliniques et perspectives thérapeutiques à l'ère de la chimiothérapie antituberculeuse. Entretien de Bichat, 135, 1963. »
- [70] M. SANKALE, « Epidémiologie comparée de la tuberculose abdominale dans les pays développés et dans le tiers monde. La tuberculose abdominale. Ed. Masson Paris 1987 ».
- [71] F. Borhanmanesh, K. Hekmat, K. Vaezzadeh, et H. R. Rezai, « Tuberculous peritonitis. Prospective study of 32 cases in Iran », *Annals of Internal Medicine*, vol. 76, n^o. 4, p. 567-572, avr. 1972.
- [72] « World Health Organization. Human leptospirosis: guidance for diagnosis, surveillance and control 2003; 122p. »
- [73] Gompf SG, Diaz JD, « Leptospirosis, Web MD, 2006; Accessible sur www.emedecine.com/med/topic1283.htm ».
- [74] S. Sharma, P. Vijayachari, A. P. Sugunan, K. Natarajaseenivasan, et S. C. Sehgal, « Seroprevalence of leptospirosis among high-risk population of Andaman Islands, India », *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 74, n^o. 2, p. 278-283, févr. 2006.

- [75] Y. Yanagihara, S. Y. A. M. Villanueva, S.-I. Yoshida, Y. Okamoto, et T. Masuzawa, « Current status of leptospirosis in Japan and Philippines », *Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases*, vol. 30, n°. 5-6, p. 399-413, sept. 2007.
- [76] 70. Agesilas F, Gey F, Monbrunt A, Combes JC, Llanas B, Schlossmacher P, Gauzere BA., « Leptospiroses de l'enfant a l'île-de-la-Reunion : a propos de 16 cas. *Archives de pediatrie* 2005; 12: 1344-1348. »
- [77] M. C. Ooteman, A. R. Vago, et M. C. Koury, « Evaluation of MAT, IgM ELISA and PCR methods for the diagnosis of human leptospirosis », *Journal of Microbiological Methods*, vol. 65, n°. 2, p. 247-257, mai. 2006.
- [78] G. Pappas et A. Cascio, « Optimal treatment of leptospirosis: queries and projections », *International Journal of Antimicrobial Agents*, vol. 28, n°. 6, p. 491-496, déc. 2006.
- [79] M. Anselmo, P. De Leo, G. Calcagno, E. Donelli, A. Tirotta, et G. Menardo, « [Ceftazidime in the treatment of Weil's disease] », *Le Infezioni in Medicina: Rivista Periodica Di Etiologia, Epidemiologia, Diagnostica, Clinica E Terapia Delle Patologie Infettive*, vol. 8, n°. 2, p. 106-109, 2000.
- [80] 73. Laurent D, Chirouze C, Galoisy AC, Lion C, May T, Rabaud C., « La leptospirose : etude clinique et microbiologique a propos de 11 cas. *Medecine et maladies infectieuses* 2004; 34: 42-47 ».
- [81] 74. Sekkach Y, Qacif H, Jira M, El qatni M, El omri N, Ghafir D, « Détresse respiratoire aigue revelatrice d'une leptospirose pulmonaire sévère. *La Revue de medecine interne* 2007; 28: 48-51 ».
- [82] D.Pateron, JL Pourriat ., « Hémorragie digestives non traumatiques de l'adulte. *EMC- Médecine1* (2004) 242-254 ».