Thèses

La Rédaction publie dans chaque numéro les résumés de thèses de doctorat en médecine consacrées à des sujets de médecine tropicale. Ces thèses ainsi présélectionnées seront présentées au Jury du Prix de Thèse du Pharo attribué chaque année.

Les médecins au Cambodge Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère

A.Y. GUILLOU, *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2001*

Jusqu'à présent, les médecins ont surtout été étudier dans les pays occidentaux. Cette recherche souhaite contribuer à une anthropologie de la profession médicale dans une société traditionnelle en voie de « modernisation », celle du Cambodge des années 1990-1995. Pour cela, le travail a été développé selon trois axes. Le premier examine, dans une perspective historique, les formes de gouvernement, les idéologies de santé publique et les réalisations sanitaires de chaque régime (protectorat français, *Sangkun* du prince Sihanouk, République Khmère confrontée à la guerre du Viêt-nam, régime khmer rouge). A chacune de ces périodes, les médecins cambodgiens se sont inventés une position sociale particulière en réponse aux conditions socio-historiques particulièrement tourmentées du Cambodge. Ensuite, les médecins sont analysés dans une perspective relationnelle ; d'abord vis-à-vis des politiques d'Etat (Etat-Parti socialiste sous tutelle vietnamienne jusqu'en 1993 puis gouvernement de coalition issu des élections sous égide de l'ONU) ; puis dans l'offre thérapeutique globale où interviennent de nombreux praticiens plus ou moins professionnalisés (infirmiers et pharmaciens mais aussi praticiens traditionnels et néo-traditionnels, bonzes, médiums, masseuses). Les thérapeutes « néo-traditionnels » sont ceux qui ont le mieux tiré profit des changements sociaux récents et de la construction par l'Etat d'une « tradition légitime ». La dernière partie du travail se fonde sur des observations menées dans divers hôpitaux du pays. Les activités hospitalières sont analysées là, comme des productions négociées entre le personnel cambodgien et les intervenants d'ONG occidentales, infirmiers et médecins, qui proposent un appui technique dans le cadre de l'aide au développement. La description et l'analyse de ces interactions quotidiennes et des confrontations auxquelles elles donnent lieu permettent de mieux cerner les caractéristiques, en cours d'évolution, de la profession médicale cambodgienne dans ses diverses dimensions (autorité médicale, éthique médicale, relation médecin-malade, répartition des domaines de compétence entre personnel hospitalier).

La bilharziose génitale féminine à *Schistosoma haematobium* A propos d'un cas - Revue de la littérature

S.A. PERRIN, *Université Lyon 1, 2001*

La bilharziose génitale féminine à *Schistosoma hæmatobium* est une pathologie connue dans les zones d'endémie (Afrique essentiellement) et très rare en Europe. Elle touche tous les organes de la filière génitale et se caractérise par la formation de granulomes centrés sur les œufs de *Schistosoma hæmatobium*. La localisation cervico-vaginale est la localisation privilégiée de la bilharziose à *Schistosoma haematobium* au niveau de l'appareil génital féminin. Il semblerait que la bilharziose ne soit pas responsable de stérilité, d'autres facteurs seraient en cause dans les zones endémiques. Il existe un doute sur l'éventuel pouvoir oncogène de *Schistosoma hæmatobium* sur l'épithélium cervico-vaginal. La bilharziose génitale serait un facteur de risque évident de transmission du virus HIV, mais comme pour le rôle carcinogène du parasite, le manque d'étude ne nous permet pas de conclure.

Contribution à l'étude de la chirurgie dans le traitement de l'hypertension portale grave, compliquant la bilharziose hépatique *(Schistosoma mekongi)*

TY NGETH SURITH, *Université de Phnom Penh, 2001*

Malgré la réduction importante de prévalence de la bilharziose hépatique grâce aux campagnes de lutte antiparasitaire des populations à risque de la province de Kratie, les formes sévères d'hypertension portale (hémorragies récidivantes par rupture de varices œsophagiennes) ne sont pas exceptionnelles. Cent vingt-trois observations d'HTP sévère ont été répertoriées dans la province de Kratié. Tous ces patients ont eu un examen clinique, un bilan biologique, hématologique et sérologique. La plupart ont eu une échographie. Près de la moitié des patients n'ont pas présenté de saignements (hématémèses, mœlena). Parmi les soixante-cinq patients, qui ont saigné à une ou plusieurs reprises, huit ont été sélectionnés pour un geste chirurgical de décompression portale. Cette sélection est une condition préalable avant de proposer une dérivation porto-systémique. L'auteur, rapporte six observations opérées en 2000. Après une analyse des résultats, l'auteur aborde la discussion avec les autres techniques, en particulier les méthodes endoscopiques. Le suivi de ces patients pendant plusieurs années permettra de définir la place de la chirurgie de décompression, par rapport aux autres méthodes (pharmacologiques, endoscopiques) en cas d'hémorragies récidivantes par rupture de varices œsophagiennes. Avec un suivi moyen de 10 mois, il a été retenu un décès, une laparotomie itérative par occlusion sur bride mais au total, cinq patients ont repris leurs activités.

La prise en charge de l'épilepsie en milieu rural : cas de l'arrondissement de Mbangassina

J.B. ECHOUFFO TCHEUGUI, *Université de Yaoundé 1, 2000-2001*

Afin d'évaluer la prise en charge de l'épilepsie en milieu rural camerounais, une étude descriptive et rétrospective sur une période de 15 mois incluant 125 patients régulièrement suivis dans le Centre médical d'arrondissement de Mbangassina et le Centre de santé catholique Nyamanga a été réalisée. L'âge moyen était de 17,95 ans avec un sexe ratio de 1,2 en faveur du sexe masculin. 86,4 présentaient des crises généralisées tonico-cloniques, un antécédent familial d'épilepsie a été retrouvé chez 75 patients (60 %), aucune étiologie spécifique n'avait été recherchée. Avant la période du suivi, 78,4 % des patients avaient reçu un traitement médicamenteux essentiellement au phénobarbital et 25,6 % un traitement traditionnel. Au cours du suivi, la monothérapie a été utilisée chez 117 patients (96,3 %) et le phénobarbital était le médicament le plus prescrit (83,2 % des patients).Le taux de compliance au traitement s'élevait à 71,2 %. Vingt patients (16 %) présentaient des effets indésirables. Une rémission des crises a été observée chez 69,6 % des patients, une diminution de la fréquence chez 16 % et une non-amélioration chez 14,4 %. Les coûts journaliers et annuels du traitement médicamenteux par malade dans ces centres de santé étaient respectivement de 30,58 Francs CFA et de 11 161,70 Francs CFA. Le résultat de cette étude a été un arbre décisionnel pour la prise en charge des épileptiques en zone rurale.