

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNÉE 1988

N° 9

VALEURS COMPARÉES DES EXAMENS BIOLOGIQUE. ENDOSCOPIQUE, ECHOGRAPHIQUE ET ANATOMIQUE AU COURS DES HEPATOPATHIES A L'HOPITAL DU POINT G (A PROPOS DE 60 CAS)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ devant

l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

PAR :

ANSELME KONATÉ

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

(Diplôme d'Etat)

Examineurs :

President

Professeur Agr. Abdoulaye Ag Rhaly

Membres :

Docteur Cheick René Sidibé

Docteur Mamadou Dembélé

Docteur Eric Pichard

Directeur de Thèse

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1988-1989

Professeur Aliou BA	Directeur Général
Professeur Bocar SALL	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Monsieur Demba DOUCOURE	Secrétaire Général
Monsieur Hamma Boubacar TRAORE	Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES :

1 - PROFESSEURS AGREGES :

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R. Chirurgie Générale
Professeur Aliou BA	Medecine Légale
Professeur Bocar SALL	Ophtalmologie
Professeur Mamadou DEMBELE	Orthopédie - Traumatologie
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Secourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
	Chirurgie Générale-Antomie
	Chirurgie Générale

2 - ASSISTANTS - CHEFS DE CLINIQUE :

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie - Obstétrique
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie - Obstétrique
Docteur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie - Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale-Soins Infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie - Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie - Obstétrique
Docteur STEINER	Gynécologie - Obstétrique

3 - ASSISTANTS :

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP
Docteur Lassana KOITA
Docteur Sékou SIDIBE

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie

4 - CHARGES DE COURS

Docteur Gérard TRUSCHEL
Mme COUMARE Fanta COULIBALY

Chirurgie
T.P. Soins Infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES :

1 - PROFESSEURS AGREGES :

Professeur Souleymane SANGARE
Professeur Abdoulaye Ag RHALY
Professeur Aly GUINDO
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE
Professeur Mahamane Kalil MAIGA
Professeur Ali Nouhoum DIALLO
Professeur Baba KOUMARE
Professeur Moussa TRACRE

Chef de D'E.R. Pneumo-
Phtisiologie
Médecine Interne
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Néphrologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Neurologie

2 - ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE :

Docteur Balla COULIBALY
Docteur Issa TRAORE
Docteur Sidi Yaya TOURE
Docteur Mamadou Marouf KEITA
Docteur Toumani SIDIBE

Pédiatrie
Radiologie
Réanimation
Pédiatrie
Pédiatrie

Docteur Eric PICHARD
Docteur Boubacar DIALLO

Médecine Interne
Cardiologie

3 - ASSISTANTS :

Docteur Moussa MAIGA
Docteur Bah KEITA

Gastro-Entérologie
Pneumo-Phtisiologie

Docteur Hamar Alassane TRAORE.
Docteur Kader TRAORE

Médecine Interne
Médecine Interne

4 - CHARGES DE COURS :

Docteur Jean Pierre COUDRAY
Docteur Gérard GROSSETETE
Docteur Pierre LEROY
Monsieur Fernand KANOUE

Psychiatrie
Dermatologie - Léprologie
Anesthésie-Réanimation
Psychologie Médicale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES :

1 - PROFESSEURS AGREGES :

Professeur Bréhima KOUMARE
Professeur Siné BAYO

Chef de D.E.R. Microbiologie
Anatomie Pathologie-Histo-
Embryologie

2 - ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE :

Docteur Ogobara DOUMBO
Docteur Yéya MAIGA
Docteur Abderhamane Sideye MAIGA

Parasitologie
Immunologie
Parasitologie

3 - MAITRES-ASSISTANTS :

Docteur Gaoussou KANOUE
Docteur Hama CISSE
Docteur Amadou TOURE

Chimie Analytique
Chimie Générale
Histo-Embryologie

4 - A S S I S T A N T S :

Docteur Elabou BOUGOUDOGO

T.P. Microbiologie

5 - CHARGES DE COURS :

DOCTEURS D'ETAT :

Monsieur Yeya Tiémoko TOURE
Monsieur Amadou DIALLO

Biologie
Zoologie-Génétique

DOCTEURS 3^{ème} CYCLE - PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Monsieur Bouba DIARRA	Microbiologie
Monsieur Moussa HARAMA	Chimie-Organique-Minérale
Monsieur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Monsieur Yenimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Monsieur Bakary M. CISSE	Biochimie
THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Monsieur N'Golo DIARRA	Botanique
Monsieur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Monsieur Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Monsieur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Monsieur Salikou SANOGO	Physique
Monsieur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Monsieur Abdoulaye KOUMARE	Chimie Générale
Monsieur Godefroy COULIBALY	T.P. Parasitologie
Monsieur Mamadou KONE	Anatomie-Physiologie Humaines
Mme Aline CISSE	Biologie Animale
Monsieur SACKO	Biochimie
Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES :

1 - PROFESSEURS AGREGES :

Monsieur Boubacar CISSE	Chef de D.E.R. Toxicologie
-------------------------	----------------------------

2 - MAITRES - ASSISTANTS :

Monsieur Boukassoum HAIDARA	Législation et Gestion Pharmaceutiques
Monsieur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie

3 - ASSISTANTS :

Monsieur Drissa DIALLO	Matière Médicale
------------------------	------------------

4 - CHARGES DE COURS :

Monsieur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
-------------------------	---------------------

Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU	Pharmacie Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE :

1 - PROFESSEURS AGREGES :

Professeur Sidi Yaya SIMAGA - Chef de D.E.R. - Santé Publique

2 - ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE :

Docteur Sory Ibrahim KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé publique

3 - ASSISTANTS :

Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
----------------------	----------------

4 - CHARGES DE COURS :

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu

PROFESSEURS MISSIONNAIRES :

Professeur Oumar SYLLA	Pharmacie Chimique
Professeur Humbert GIONO-BARBER	Pharmacodynamie
Professeur François MIRANDA	Biochimie
Professeur Alain GERAULT	Biochimie
Professeur Pierre Jean REYNIER	Pharmacie Galénique
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Jean Pierre BISSET	Biophysique
Professeur Mme Paulette GIONO-BARBER	Anatomie-Physiologie Humaines

Docteur Guy BECHIS
Docteur Marie Hélène ROCHAT
Docteur François ROUX
Docteur Alain LAURENS
Monsieur El Hadj Makhtar WADE

Biochimie
Pharmacie Galénique
Biophysique
Pharmacie Chimique
Bibliographie

DEDICACES

" Honore ton père et ta mère afin que tes jours se prolongent dans le pays que l'éternel ton Dieu te Donne ". (Exode 20-12)

A MON PERE

Toi qui n'as jamais ménagé tes efforts et ton amour pour faire de nous un homme.

Toi qui nous as appris le sens du mot travail, honnêteté, courage et bonté.

Toi qui nous as aidé.

Puisse ce travail qui est aussi le tien, représente une récompense de tes peines et de ta patience.

Nous te dédions cette thèse en témoignage de notre profonde admiration.

Que le tout puissant te prête longue vie.

" Celui qui honore son père expie ses fautes. Celui qui glorifie sa mère est comme quelqu'un qui amasse un trésor ".

(**Ecclesiastique** 2-3-4)

A MA MERE

Ce travail est aussi le tien car tu as su à tout moment créer une ambiance favorable à notre réussite.

Trouves ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond attachement filial.

Que le tout puissant te prête longue vie.

A MA GRANDE SOEUR DENISE

Tu représentes pour nous l'exemple à suivre.
En témoignage de notre amour filial, pour ton
soutien dont nous avons été l'objet durant nos
études.

A MES FRERES ET SOEURS

Mathias, Clément, Marie-Louise

Jean-Marie, Sylvain

Cette thèse est aussi la vôtre.

A MES ONCLES

In-Mémoriam Elie

Pour l'attachement filial que vous avez toujours
voulu nous réserver.

A MES COUSINS ET COUSINES

En signe de notre indefectible attachement, de
l'aide appréciable que vous nous avez apportée.

A MES NEVEUX ET NIECES

Tendres pensées.

A TOUS MES AMIS (es)

Qui d'une manière ou d'une autre, de près ou de
loin, m'ont accordé leur soutien moral.
Mes sincères remerciements.

A TOUS CEUX QUE JE N'AI PU CITER

Sachez que l'essentiel n'est pas visible pour
les yeux.

Je vous remercie de votre aide.

A NOTRE MAITRE

Professeur Ali Nouhoum DIALLO,
Chef de Service de Médecine
Interne à l'Hôpital du Point-"G"

Cher Maître,

Deux années passées à vos côtés comme interne, ont achevé de nous séduire et de nous convaincre de vos qualités qui sont celles d'un maître en qui la grande érudition, la clarté et la valeur pratique de l'enseignement n'ont d'égales que la grande modestie et l'amour du prochain qui vous animent.

A certains moments passés à votre contact, le Maître d'esprit que vous représentez pour nous a fait place au maître de vie : vous ^{nous} avez ainsi révélé cette vérité si souvent oubliée à savoir que pour un bon médecin, la valeur morale constitue un adjuvant indispensable de la connaissance.

Soyez assuré de notre très profonde gratitude et de notre dévouement.

AU DOCTEUR HAMAR ALASSANE TRAORE

Assistant-Chef de Clinique
Médecine interne hôpital du Point-"G".

Nous avons apprécié la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté dans votre service.

Depuis des années vous assurez sans relâche l'exploration endoscopique des maladies de l'appareil digestif à l'hôpital du Point-"G".

Tout au long de nos stages en Médecine interne, nous avons reconnu en vous un encadreur exceptionnel, un homme d'une très grande ouverture d'esprit avec de hautes qualités humaines.

Qu'il nous soit permis de vous présenter nos sentiments de profonde reconnaissance et tout le respect que nous vous devons.

A ...NOTRE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Abdoulaye AG-RHALY, Professeur Agrégé
en Médecine,
Directeur Général de l'Institut National
de Recherche en Santé Publique

Vous avez, malgré vos nombreuses sollicitations,
bien voulu présider le jury de cette thèse. Nous vous
en remercions bien chaleureusement.

Tout au long de notre cycle, nous avons admiré
l'étendue de vos connaissances, apprécier la valeur
pratique de votre enseignement, vos qualités d'homme
de sciences.

Nous avons également pu reconnaître vos qualités certaines
d'homme aimable et concilant, de Médecin dévoué et
communicatif, de bon Maître aimant la travail bien fait.

En acceptant de juger ce modeste travail, vous nous
honorez.

Nous vous assurons de notre très profonde gratitude
et de notre dévouement.

...../..

A NOTRE MÂTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Eric FIGHARD
Spécialise en Gastro-Entérologie et
Hépatologie Médecine Tropicale
Chef de Service de Médecine Interne
Hôpital du Point-"G".

" Chaque homme réunit en lieu, un certain
nombre d'ignorances auxquelles il lui appartient
de remédier s'il le désire.

Et le plus simple alors est recourir aux bons
offices d'un Maître compétent ".

(GEORGES GUSDORF)

Nous sommes d'une fierté justifiée et sans nuages d'être votre
interne.

Votre grande notoriété, votre maîtrise indiscutable de la matière
médicale, votre prestige conséquent, l'efficacité et la portée pratique
de votre enseignement sont autant de qualité qui soulignent la classe
des grands maîtres à laquelle vous appartenez.

Votre grande bienveillance, votre simplicité, votre courtoisie,
les valeurs morales que vous incarnez symbolisent à nos yeux l'exemple
qui devra sans cesse nous inspirer.

Vous avez bien voulu nous accepter dans votre service et contribuer
de manière inlassable à notre formation. Nous souhaitons demeurer à
votre école.

Cette thèse a été essentiellement inspirée par vous , et vous nous
avez guidé avec une attention toute particulière dans sa réalisation.

Puisse ce travail ne pas trop vous décevoir et contribuer à vous
exprimer notre gratitude infinie et notre profond respect.

.../...

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Cheick René SIDIBE, Spécialiste
en Gastro-Entérologie et Hépatologie,
Chef de Service de Gastro-Entérologie
à l'Hôpital du Point-"G".
Directeur Général de l'Hôpital National
du Point-"G".

Nous n'avons pas eu la chance de vous rencontrer
lors de nos stages dans le service de Gastro-entéro-
logie en tant qu'étudiant hospitalier, pour bénéfi-
cier de vos précieux enseignements.

Néanmoins, l'admiration que nous avons pour vous
est immense, car malgré vos lourdes charges adminis-
tratives à la tête de l'hôpital du Point-"G", que
vous assumez avec compétence, sérénité et courage,
vous avez spontanément accepté de juger notre
travail, en cela vous faites montre de vos qualités
humaines.

Nous vous remercions de votre amabilité et vous
exprimons notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mamadou DEMBELE
Médecin-Assistant à l'Hôpital
du Point-"G",
Service de Médecine interne
Spécialiste en Echographie.

Nous avons apprécié la spontanéité avec laquelle
vous avez accepté de faire partie des juges de cette
thèse.

Homme de grande culture, nous avons été fasciné par
votre compétence, votre courage, votre sérieux, mais
aussi votre constante disponibilité et votre rigueur
scientifique dans le travail.

Vos qualités humaines sont connues de tous. Nous vous
sommes gré d'avoir introduit avec succès, l'échographie
dans l'exploration des maladies du foie.

En remerciement pour la précieuse collaboration
apportée dans la réalisation de ce travail, et d'avoir
accepté de siéger dans ce jury,

Veuillez bien accepter l'expression de notre profonde
reconnaissance et notre respect.

INTRODUCTION..... 1

RAPPEL..... 2

MATERIEL ET METHODES..... 18

RESULTATS 24

HEPATOPATHIES EN GENERAL..... 24

Cancer du foie 29

Cirrhose du foie..... 43

Autres Hépatopathies..... 54

Tuberculose Hépatique..... 54

Hépatites 60

Foie Cardiaque..... 66

Amblyase Hépatique..... 67

Foie Palustre..... 69

Foie et Mycose..... 70

DISCUSSION..... 72

CONCLUSION..... 84

BIBLIOGRAPHIE 86

INTRODUCTION

La Pathologie hépatique prend une place croissante à l'Hôpital en Médecine interne. Non pas tant parce que la fréquence des hépatopathies augmente, mais parce que se sont développées à Bamako, depuis ces quinze dernières années, des méthodes d'examen propre à explorer ces affections.

Le bilan hépatique biologique, le dosage de l'alphafœtoprotéine et des marqueurs du virus B, la sérologie amibienne, la fibroscopie gastrique et la laparoscopie ont permis, grâce à de nombreuses thèses et articles, de bien connaître la pathologie des hépatopathies au Mali.

Depuis 1987, l'Hôpital du Point-"G" est doté d'un échographe qui a permis d'améliorer grandement le diagnostic des hépatopathies. Cet examen morphologique du foie, de la rate et des vaisseaux portes et sus-hépatiques a l'avantage d'être non invasif, praticable en externe, et d'entraîner peu de frais récurrents.

L'introduction de cette technique modifie les indications des examens complémentaires en hépatologie.

A la lumière de cette nouvelle technique, il nous a donc paru intéressant d'étudier les principales hépatopathies à l'Hôpital du Point-"G", et de comparer la fiabilité de chaque examen, pour le diagnostic de chaque maladie du foie observée. Le but de ce travail est de fixer des examens prioritaires et leur ordre d'indication selon chaque cas.

Après un bref rappel concernant les connaissances sur les hépatopathies chroniques en Afrique noire et en particulier au Mali, nous détaillons les méthodes utilisées pour cette enquête, puis les résultats observés. Enfin dans la discussion nous proposerons les indications actuelles des principales techniques en fonction des étiologies avant d'exposer quelques perspectives d'avenir.

R A P P E L

**Tableau I : Répartition des étiologies de 158 hépatomégalias
selon Mme. BOGOM.**

ETIOLOGIES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
CARDIOPATHIE	46	29,1
HEPATOME	35	22,2
GIRRHOSE	28	17,7
AMIBLASE	10	06,3
DREPANOCYTOSE	07	04,5
LEUCOSARCOME	05	03
METASTASES	03	
CHOLESTASE EXTRAHEPATIQUE	02	
TUBERCULOSE	01	
PALUDISME	01	
ETIOLOGIES MULTIPLES	04	
ETIOLOGIES INCONNUES	16	10,3
TOTAL	158	

Par ailleurs Mme. BOGOM signale qu'en 1978, deux cas de bilharziose hépatique ont été affirmés par la ponction biopsie du foie à Bamako.

Dans le même temps étaient dépistées une hydatidose cérébrale et une hydatidose pulmonaire toujours à Bamako alors qu'aucune hydatidose hépatique n'était notée.

Explorations complémentaires :

La ponction à l'aiguille fine constitue une méthode simple, fructueuse et moins dangereuse que la biopsie hépatique (23, 29).

La laparoscopie avec biopsie hépatique ne fait souvent que confirmer un diagnostic évident, en montrant des masses polychromes souvent associées à une cirrhose macro-nodulaire.

A l'heure actuelle, l'échographie permet une étude rapide, non invasive, fiable, des différents organes intra-abdominaux en particulier du foie tumoral.

La scintigraphie, d'interprétation parfois délicate, est rarement réalisable en milieu tropical.

Etiologie du C.P.F. : (15)

La principale étiologie est l'infection chronique par le virus de l'hépatite B, et cette infection entraîne une hépatite chronique, une cirrhose ou une cancérisation directe des hépatocytes (hépatome).

On incrimine le virus B, car :

- L'aire de répartition du C.P.F. se superpose à celle de l'infection par le virus B.

- On retrouve fréquemment les marqueurs sériques du virus B au cours du C.P.F.

- Il a été démontré l'intégration du génome du virus de l'hépatite B au niveau de l'A.D.N. des hépatocytes tumoraux. L'absence de tout traitement curatif de cette étiologie nous permet de souligner l'importance de la vaccination contre l'hépatite virale B qui doit permettre de faire diminuer la prévalence du C.P.F.

Les autres causes semblent plus rares ou n'être que des facteurs adjuvants :

- Cirrhose alcoolique, peu fréquente au Mali;
- Facteur endocrinien pouvant expliquer la prédominance masculine du C.P.F. (15.).

- Rôle des aflatoxines produites par des moisissures en particulier celles de l'arachide.

D'une part les aflatoxines à fortes doses peuvent donner des hépatites cytolytiques, d'autre part elles pourraient jouer le rôle de cocarcinogènes au cours du C.P.F.

Il a été démontré une relation entre la fréquence du C.P.F. et les doses quotidiennes ingérées en Afrique et en Asie (15).

Les cancers secondaires du foie : se manifestent surtout par une hépatomégalie dure à surface maronnée et sensible. Le bilan hépatique montre surtout une cholestase anictérique avec élévation des phosphatases alcalines.

La laparoscopie objective des nodules polychromes dont la biopsie peut aider au diagnostic du C.P.F. (Seins, reins, thyroïdes, prostate).

L'échographie montre des masses échogènes ou des masses pseudo-abcédées et une déformation du contour hépatique.

La découverte du C.P.F. et/ou de métastase pulmonaire concomittente assure le diagnostic.

2°) Cirrhoses (15, 37) :

Pendant de nombreuses années, les cirrhoses tropicales ont été considérées comme des cirrhoses nutritionnelles. Cette théorie reposait sur une imparfaite connaissance des autres étiologies.

Actuellement on observe une grande fréquence de cirrhoses sous les tropiques dont la plupart sont macronodulaires et liées à l'infection par le virus de l'hépatite B. Elles touchent des sujets plus jeunes que dans les pays occidentaux où la principale étiologie est l'alcoolisme.

Les autres étiologies sont peu fréquentes ou mal prouvées :

- La malnutrition n'entraîne pas de cirrhose même dans les Kwashiorkors sévères.

- La bilharziose à Shistosoma mansoni n'entraîne pas à proprement parler une cirrhose mais une fibrose hépatique.

- Certains alcaloïdes incriminés dans l'étiologie des cirrhoses avec maladie veino-occlusive ont été reconnus à la Jamaïque, mais ces toxines ne sont habituellement pas consommées en Afrique.

- Les mycotoxines (Aflatoxine) incriminées dans le C.P.F. ne semblent pas favoriser la cirrhose.

- L'insuffisance cardiaque chronique droite, n'entraîne pas à proprement parler une cirrhose mais une fibrose hépatique.

Clinique de la Cirrhose :

Le patient consulte le plus souvent au stade de cirrhose décompensée .

L'état général est altéré, l'ascite et les œdèmes sont souvent associés à un ictère parfois intense, et à une circulation veineuse collatérale.

Des manifestations hémorragiques sont fréquemment présentes dès le premier examen, témoignant de l'insuffisance hépatique et de l'hypertension portale.

La fièvre fait rechercher une surinfection (bactérienne ou tuberculeuse), une dégénérescence néoplasique.

Biologie :

Les anomalies biologiques le plus souvent rencontrées sont :

- Une hypo-albuminémie et une élévation polyclonale des gammaglobulines avec bloc bêta-gamma à l'électrophorèse des protéides.

- Une cytolyse modérée: augmentation des S.G.O.T. et S.G.P.T.

- Une cholestase.

- Une insuffisance hépatocellulaire avec baisse du taux de prothrombine dont la valeur pronostique est capitale.

- La présence fréquente des marqueurs sériques tel Hbs antigène.

- L'alphafoetoprotéine est systématiquement recherchée dans le sens d'une ^{dégénérescence} néoplasique.

Examens complémentaires :

- Recherche de varices oesophagiennes à la fibroscopie.
- L'échographie permet d'évoquer surtout le diagnostic en cas de macronodules et de signes d'hypertension portale.

- La laparoscopie avec biopsie du foie est classiquement l'examen le plus fiable en objectivant un foie ferme, hypertrophique ou atrophique ou atrophohypertrophique et parsemé de nodules cirrhotiques.

L'histologie objective les trois composantes de la cirrhose: fibrose, nodules de régénération non fonctionnels, cytolyse modérée désorganisant l'architecture normale du foie.

Traitement : Il n'est que symptomatique.

Au cours de décompensation oedemato-ascitique, il n'évite pas une lourde mortalité par hémorragie digestive, insuffisance hépatocellulaire, infection et cancérisation du foie.

Sa prévention repose sur la vaccination contre l'infection par le virus de l'hépatite B. (6.) .

3°) Les Hépatites (4, 26)

Il s'agit essentiellement d'hépatite chronique active et persistante dues aux virus B.

Ces affections touchent surtout l'adulte jeune, leur fréquence est liée à l'importance quantitative de l'infection par le virus B.

Ainsi pour MAUPAS, 97 % des adultes en Afrique de l'Ouest ont au moins un marqueur sérique du virus B (28).

Au Mali cette infection est très précoce, car 13 % des enfants de 0 - 24 mois sont déjà porteurs de l'antigène Hbs en milieu rural (34). Ces résultats sont comparables à ceux des pays voisins.

En Gambie WHITTLE observe, selon les villages de 4,7 à 12,8 % de porteurs d'antigène Hbs chez les enfants de moins de 12 ans (40).

.../...

Au Sénégal, MAUPAS retrouve 17 % de positivité de l'antigène Hbs à l'âge de 2 ans (28).

Ainsi ces résultats amènent à conseiller une vaccination anti-hépatitique B. dès la naissance .

Clinique des Hépatites virales chroniques :

Il s'agit de lésions hépatiques de définition histologique, durant depuis au moins six mois.

Ces lésions hépatiques sont dues aux virus non A non B et principalement aux virus B, et réalisent deux formes distinctes :

L'hépatite chronique persistante, bénigne, plus fréquente et l'hépatite chronique active, grave.

a) Hépatite chronique persistante :

Le plus souvent on ne retrouve aucun signe clinique, parfois le patient consulte pour une simple asthénie, dyspepsie ou pesanteur de l'hypochondre droit. Ailleurs on peut noter un sub-ictère discret, une hépatomégalie modérée sensible.

Biologie :

Le plus souvent on note une élévation isolée et modérée des transaminases surtout SGOT, ou associée à une discrète bilirubinémie sans signe d'insuffisance hépatocellulaire.

La présence d'antigène Hbs est notée dans 1/3 des cas, une élévation modérée des Immuno-globulines G.

La laparoscopie avec biopsie hépatique est la clef du diagnostic.

A la laparoscopie on note un foie rouge foncé, de volume normal le plus souvent, lisse, sans signe d'hypertension portale.

La biopsie révèle une architecture hépatique conservée mais ^{la} présence d'infiltrats surtout lymphocytaires ou plasmocytaires au niveau de l'espace porte, parfois une fibrose et nécrose minimes (17).

L'échographie révèle le plus souvent une hépatomégalie modérée, homogène associée parfois à une splénomégalie.

Evolution : On distingue trois modalités évolutives :

- * Le plus souvent favorable avec normalisation des signes biologiques.
- * Parfois persistance des signes sans aggravation.
- * Une évolution défavorable avec passage à l'hépatite chronique active et à la cirrhose du foie.

b) Hépatite chronique agressive (active)

Elle survient le plus souvent dans les suites d'une hépatite aiguë. Elle se manifeste par une altération de l'état général, une asthénie, une fièvre inexpliquée, un ictère inconstant, modéré et variable.

Parfois une sensibilité de l'hypochondre droit avec hépatosplénomégalie, modérée, la présence d'angiomes stellaires ou d'erythrosc palmaire.

Ailleurs on peut noter une arthralgie à type de polyarthrite, des diarrhées, une xerophthalmie, un erythème noueux ou une éruption lupique voire une péricardite et des infiltrats pulmonaires.

Biologie : On observe surtout une élévation des transaminases, une cholestase en période de poussée ictérique et plus tard une baisse du taux de prothrombine et une hypoalbuminémie .

L'augmentation des gammaglobulines surtout des immunoglobulines M et celle de l'anticorps Hbc sont notoires

On note aussi la persistance de l'antigène Hbs l'apparition de Hbe antigène et la présence d'anticorps anti-muscles lisses à taux élevé.

La laparoscopie avec biopsie hépatique est l'examen clé pour le diagnostic.

Elle montre un gros foie clair, ferme, parfois nodulaire.

La biopsie révèle une nécrose mutilante de la lame bordante des espaces portes, entourée d'infiltrats mononuclés et de sclérose.

Il existe parfois une nécrose hépatocytaire en rosette, une prolifération néoductulaire puis une évolution vers la cirrhose.

Evolution : Elle est le plus souvent défavorable, aboutissant à l'insuffisance hépatocellulaire à l'encephalopathie hépatique, à la cirrhose avec son risque de cancer du foie.

Parfois l'évolution est favorable, se faisant vers l'hépatite chronique persistante ou la stabilisation des lésions voire vers une hépatite cirrhogène réversible.

Traitement : Corticothérapie à la dose de un milligramme par kilogramme de poids corporel par jour .

Traitement préventif : Vaccination des sujets prédisposés.

4°) Amibiase hépatique :

L'Amibiase est une affection très répandue dans les régions tropicales . Parmi ses complications, la plus fréquente est l'atteinte hépatique.

La nette prédominance masculine est notoire.

Au Mali, selon la thèse de Mme. BOGOM en 1979 à propos des étiologies des hépatomégalies chez l'adulte à Bamako, 6;3 % des hépatomégalies ont pour origine une amibiase (7.) .

Clinique : Le début de la maladie est marqué le plus souvent par la classique trilogie de FONTAN caractérisée par : fièvre, douleur de l'hypocondre droit et hépatomégalie . A ces signes s'associent : altération de l'état général, asthénie, nausées, vomissements.

Par ailleurs on peut noter un ictère et dans les antécédents un syndrome dysentérique.

Biologie : Numération formule sanguine : assez significative, elle montre dans la quasitotalité des cas, une hyperleucocytose le plus souvent supérieure ou égale à 8000/mm³.

La vitesse de sédimentation accélérée : première heure supérieure à 50 ; deuxième heure supérieure ou égale à 80.

L'examen parasitologique des selles : négatif, il n'infirmes en rien le diagnostic d'amibiase hépatique. Positif, il ne signe pas nécessairement une atteinte amibienne du foie.

La sérologie (hémagglutination passive) ou immunofluorescence in-directe, est positive dans la plupart des cas.

Les taux sont franchement élevés et ne prêtent pas à discussion.

Examens complémentaires :

La radiographie pulmonaire: qui peut révéler une surelevation de la coupole diaphragmatique droite.

La scintigraphie et surtout l'échographie permettent de préciser la taille et la localisation des abcès. L'image lacunaire caractéristique est retrouvée le plus souvent au niveau du lobe droit, la localisation gauche étant plus rare. L'abcès est le plus souvent unique.

Laparoscopie : Peu indiquée, elle révèle le plus souvent une hépatomégalie avec voussure localisée, un foie inflammatoire avec un aspect marbré ou dépoli.

Evolution : Elle est en général favorable sous traitement médical, parfois si l'abcès est de taille considérable ne regressant pas, un drainage chirurgical peut être réalisé.

Traitement : Metronidazole à la dose de deux grammes par jour durant dix jours ou Tinidazole à la dose de quatre comprimés par jour pendant trois jours.

5°) Foie Cardiaque :

Affection assez fréquente sous les tropiques en raison de la recrudescence des pathologies cardiaques. Elle présente une prédominance masculine.

Le patient consulte le plus souvent pour une dyspnée, des oedèmes des membres inférieurs, une hépatomégalie lisse, de consistance molle, contour régulier, à bord inférieur mousse. A cette hépatomégalie non douloureuse s'associe un reflux hépatojugulaire à la pression.

La biologie a peu d'intérêt, elle peut montrer une élévation des transaminases au moment des poussées d'insuffisance cardiaque.

Examens paracliniques :

Radiographie pulmonaire : qui révèle le plus souvent une augmentation considérable de la silhouette cardiaque et parfois un épanchement pleural.

L'électrocardiogramme qui découvre souvent des signes d'hypertrophie ventriculaire et auriculaire droite ou biventriculaire.

La laparoscopie révèle un foie rouge congestif augmenté de taille.

L'histologie est évocatrice durant la phase aiguë en montrant une dilatation des veines centrolobulaires et l'engorgement des sinusoides. Par contre le diagnostic entre foie cardiaque chronique et cirrhose est souvent impossible. Seule l'existence d'une cardiopathie permet de rattacher cette fibrose hépatique à une origine cardiaque.

L'échographie, d'un apport certain, permet de visualiser une dilatation des veines sus-hépatiques au-dessus de 12-15 mm., de la veine cave inférieure qui perd le plus souvent sa cinétique respiratoire.

Etiologie : Rechercher toujours une étiologie cardiaque, et la traiter avant que l'atteinte hépatique ne soit autonome.

Evolution : Dans la quasitotalité des cas, pris au début, le foie cardiaque évolue favorablement sous un traitement médical efficace. Parfois l'insuffisance cardiaque droite finit par entraîner une fibrose hépatique.

Traitement : Il s'agit d'un traitement étiologique (cardiaque), associé souvent à un régime sans sel.

6°) Autres Etiologies :

a) Le Kyste hydatique du foie : Il est peu fréquent au Mali mais probablement sous estimé. En effet les animaux comme les moutons ou les Dromadaires, en contact avec l'homme, sont fréquemment infectés. La maladie est due au développement hépatique de l'embryon hexacanthé d'Echinococcus granulosus, taenia dont l'hôte définitif est le chien. Ce dernier élimine dans ses déjections des embryophores absorbés par des ruminants qui développent une hydatidose hépatique.

Le cycle parasitaire est bouclé par l'ingestion d'abats contaminés par les chiens.

L'homme se contamine par ingestion d'embryophores éliminés par les chiens domestiques parasités.

Les manifestations cliniques sont à type d'hépatomégalie, de compression des voies biliaires, ou de choc anaphylactique lors de la rupture des kystes. Cette rupture peut se faire dans le péritoine (echinococcose péritonéale), dans les voies respiratoires, ou entraîner une dissémination systémique (echinococcose cérébrale, pulmonaire, splénique ect...).

Biologiquement, le bilan hépatique est normal en dehors de la compression des voies biliaires où apparaît une cholestase non spécifique.

L'hypereosinophilieⁿ est observée qu'en cas de fissuration ou rupture du kyste.

La sérologie est très utile pour le diagnostic de cette impasse parasitaire, en particulier l'électrocinérèse avec recherche d'arc de précipitation spécifique.

La radiographie de l'abdomen sans préparation peut objectiver des calcifications de l'hypochondre droit, des kystes anciens.

L'échographie est l'examen le plus performant en dehors du scanner, en montrant des kystes le plus souvent uniloculaires, et anéchogènes, parfois très gros et entourés d'une capsule.

Lorsque les kystes hydatiques arrivent à maturité, des calcifications peuvent apparaître dans leur paroi.

Bien que de nombreux antiparasitaires aient été utilisés, les parois du kyste gênent leur diffusion jusqu'à la membrane germinative, partie vivante du parasite.

Le traitement reste chirurgical, l'ablation du kyste est précédé de sa stérilisation par injection de sérum salé hypertonique, ou de sérum formolé dans la cavité parasitaire.

b) Echinococcose alvéolaire du foie : Rarissime dans les pays tropicaux, l'échinococcose alvéolaire du foie est une biohelminthiase perorale, une zoonose à foyers naturels.

Les hôtes définitifs d'Echinococcus multilocularis et les sources d'infection sont le Renard, l'Isatis, le Loup, le Chacal, l'Hyène, plus rarement le Chien et le Chat.

L'homme devient hôte intermédiaire en se contaminant par les oncosphères portés par des végétaux qu'il consomme.

Cliniquement l'échinococcose alvéolaire du foie peut évoluer pendant longtemps sans manifestations cliniques. Les premiers symptômes cliniques sont souvent une lourdeur et des douleurs dans l'hypochondre droit et l'épigastre.

A la palpation, on trouve un foie augmenté de volume, très dur (de consistance pierreuse) et à surface inégale. Parfois on note une altération de l'état général, un ictère, quelques fois l'ascite.

Biologiquement la sérologie hydatique est de choix .

L'échographie montre de nombreux kystes multiloculaires, la taille de chaque kyste étant très variable. Ce type d'échinococcose est invasif et peut être confondu à une maladie polykystique du foie ou à un néoplasme hépatique.

Traitement : L'intervention chirurgicale permet parfois le diagnostic. L'aspect typique du foie est en " pain-bie" (24). Les résections hépatiques segmentaires peuvent assurer la guérison mais l'absence de limite franche des kystes fait que la parasitose s'étend de façon pseudonéoplasique dans le foie et engendre des réinfestations mutilantes.

c) autres étiologies : Plus rarement les hépatopathies chroniques sont dues à des granulomatoses dans les pays tropicaux. Le foie est un peu augmenté de volume, homogène parfois sensible, habituellement sans ictère et la clinique dominante est celle de la maladie causale. L'existence d'une fièvre au long cours associée à cette hépatomégalie, peut orienter vers le diagnostic de granulomatose hépatique.

Les anomalies biologiques hépatiques se résument à une élévation isolée des phosphatases alcalines.

Le diagnostic repose d'une part sur celui de la maladie causale en s'aidant surtout de sérodiagnostic (sérodiagnostic de WRIGHT , sérodiagnostic des rickettsioses) et des tests cutanés (interdermo réaction à la tuberculine, à la lépromine, test de KWEIN).

D'autre part la laparoscopie et l'échographie sont de peu d'apport au diagnostic, celui-ci repose sur la biopsie du foie en montrant des granulomes fait d'histiocytes, de macrophages, de lymphocytes et fibroblastes.

L'existence d'une nécrose caséuse, d'éosinophiles, de polynucléaires ou de débris parasitaires a une grande valeur d'orientation.

Les principales étiologies sont bactérienne (tuberculose, brucellose, rickettsiose), mycosique (histoplasmose, candidose), virales (cytomégalovirose, herpès) ou générales (sarcoïdose, allergie médicamenteuse, maladie de HOPKING).

Parmi les causes les plus rares d'hépatopathies chroniques, citons le syndrome de BUDD-CHIARI chronique; abcès bactérien du foie, polykystose hépatique, stéatose de diagnostic laparoscopique et échographique

MATERIELS ET METHODES

PATIENTS ETUDIÉS :

Choix des Malades : Il s'agit de tout malade hospitalisé venant des consultations de Bamako, ou évacué des provinces vers l'hôpital du Point-"G" dans le service de Médecine interne et présentant une suspicion d'hépatopathie (Patients présentant une douleur de l'hypochondre droit plus altération de l'état général, une ascite, un ictère une hépatomégalie douloureuse ect...).

L'étude a été réalisée de Décembre 1987 à Octobre 1988.

Critères d'inclusion : Sont inclus dans ce protocole tous les malades quelques soient leur âge, et leur sexe, présentant une suspicion d'hépatopathie et ayant subi obligatoirement un examen clinique, des examens biologiques (plus détaillés dans le chapitre des examens biologiques), une fibroscopie, une laparoscopie plus biopsie et une échographie en particulier hépatique.

Les malades ont été inclus dans le protocole selon leur ordre d'arrivée.

Critère d'exclusion : Sont exclus du protocole tous les malades ne présentant pas une hépatopathie mais aussi ceux qui n'ont pas subi tous les examens, notamment les examens clés.

Les Méthodes :

Pour le protocole, nous avons utilisé des fiches d'enquête et les techniques medicobiologiques suivantes :

- Les fiches d'enquête : Elles comportent l'identité du malade, le sexe, l'âge, la profession, le domicile, les habitus notamment (alcoolisme ou tabagisme), les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, l'examen clinique en particulier celui du foie, les résultats des examens biologiques, échographique, laparoscopique fibroscopique, la ponction à l'aiguille fine et autres examens tels que l'électrocardiogramme, la radiographie pulmonaire, enfin l'évolution de la maladie, la thérapeutique instituée et le diagnostic de certitude. Pour le détail voir fiche d'enquête(annexe).

L'examen a été pratiqué chez des malades torse nu, pour la plupart en décubitus dorsal et latéral gauche.

Le foie a été exploré sous plusieurs incidences et coupes. Ainsi devant des hépatomégalies nous avons réalisé :

* Des coupes intercostales pour visualiser d'une part la vésicule biliaire, d'autre part le dôme hépatique, le tronc porte et la division portale.

Ces coupes sont réalisées chez le malade en décubitus latéral gauche, en respiration neutre.

* Il a été également pratiqué des coupes sagittales parallèles en décubitus dorsal.

* Des coupes transversales épigastriques ont été nécessaires pour examiner la veine splénique sur le malade en décubitus dorsal.

Très souvent à cause de l'interposition des gaz coliques il a été nécessaire de mettre le malade en décubitus latéral gauche voire en station debout.

* L'incidence oblique récurrente a été aussi pratiquée chez les malades en inspiration forcée bloquée.

Quant à l'examen des foies atrophiques, ils ont bénéficié surtout de coupes intercostales, les autres coupes ne permettant pas une bonne exploration du foie dans ce cas.

Un examen systématique de tous les organes pleins abdominaux n'a pas été fait. Par contre toutes les fois où une cirrhose du foie et/ou une tuberculose abdominale ont été suspectées, nous avons procédé systématiquement à l'examen de la rate et à la recherche d'ascite.

A signaler que la rate a été examinée en décubitus dorsal et latéral droit. Les incidences sur le patient debout furent réalisées toutes les fois où l'examen du pancréas et de la veine splénique était impossible chez le malade en décubitus dorsal.

Ailleurs, pour permettre la transmission de l'ultrason ou écho, nous avons au départ utilisé du gel pour ultrasons et à la rupture de ce stock de produit, nous avons été amené à utiliser de l'eau du robinet. Les derniers examens de notre travail ont été effectués avec de l'huile d'olive appliquée sur la peau à l'aide d'un pinceau.

- Examens biologiques: Ils ont été pratiqués au Laboratoire de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Point-"G", ainsi que dans celui de l'Hôpital du Point-"G".

Ainsi le bilan hépatique a comporté :

* Tests de Cytolyse : SGOT ; SGPT, fer sérique.

* Tests de Cholestase : Phosphatases alcalines , bilirubine conjuguée.

* Tests d'insuffisance hépatocellulaire : Taux de Prothrombine, albuminémie.

* Tests inflammatoires : Vitesse de sédimentation, électrophorèse des protides.

* Tests immunologiques concernant le foie : dosage de l'antigène Hbs; Alphafoetoprotéine et sérologie amibienne.

Parallèlement à ce bilan hépatique ont été systématiquement réalisés :

* Une numération formule sanguine, un dosage des plaquettes, l'examen cyto bactériologique du liquide d'ascite, une examen parasitologique des selles et urines ainsi que la biopsie de la muqueuse rectale à la recherche d'oeufs de schistosomes (voir fiche d'enquête à l'annexe).

- Examen endoscopique oesogastroduodénal:

Pour cet examen l'appareil utilisé a été un fibroscope à fibre de verre et lumière froide : Olympus type X Q10 d'une longueur de 1 mètre.

Les biopsies ont été pratiquées à la pince, fixées dans du formol à 10 % et examinées au laboratoire d'anatomopathologie de l'Institut de Médecine Tropicale du PHARO à Marseille .

- Ponction à l'aiguille fine (P.A.F.). Il s'agit d'une cytoponction du foie, centrée sur une zone tumorale à travers la paroi abdominale. Elle a été pratiquée sans anesthésie à l'aide d'une aiguille fine montée sur une seringue aspirant quelques milligrammes de tissu tumoral, à partir de celui-ci a été réalisé un frottis coloré par le May-Grundwald-Giemsa et examiné au microscope à la recherche de cellules tumorales. La lecture des frottis a été réalisée par le Docteur J.C. BEGAT à l'Institut National de Recherche pour la Santé Publique Bamako. (Le cytologiste classe les aspects cellulaires en quatre types :

Type I : pas de cellules cancéreuses

Type II : cytologie douteuse

Type III : forte suspicion de malignité

Type IV : cancer certain.

- Laparoscopie : Elle a été réalisée après anesthésie locale par la Xylocaine à 2 % par voie sous ombilicale chez des malades à jeun non prémédiqués dont le taux de prothrombine excède 50 %, le nombre de plaquettes supérieur à 50.000/mm³ et chez qui les temps de saignement et de coagulation sont normaux.

L'appareil utilisé a été un laparoscope type KARL STORZ à fibre de verre et lumière froide muni d'un conduit pour les manipulations instrumentales. Après réalisation d'un pneumo-péritoine à la poire et à l'air ambiant, le laparoscope est introduit à travers la paroi abdominale sur la ligne blanche, 1 cm. au dessous de l'ombilic. Ainsi toute la cavité abdominale a été explorée chez des malades en décubitus dorsal puis latéral.

Grâce à un palpateur la consistance du foie a été appréciée. Les biopsies ont été pratiquées à la pince à biopsie au niveau des zones suspectes du foie et du péritoine, fixées dans du formol à 10 %, les biopsies ont été examinées au laboratoire d'anatomopathologie du PHARO à Marseille.

.../...

- Autres Examens : Il s'agit de l'électrocardiogramme à la recherche de signes électriques de foie cardiaque, d'une radiographie pulmonaire à la recherche d'une éventuelle surelevation de la coupole diaphragmatique droite, d'un éventuel épanchement pleural.

Elle a aussi permis d'apprécier les caractéristiques de la silhouette cardiaque (foies cardiaques)

...../.....

RESULTS

Il faut souligner le fait que la plupart des malades adressés dans le service pour suspicion d'hépatopathie avait bien une maladie du foie après réalisation de nos examens complémentaires. Donc les examens de consultations étaient efficaces pour discriminer les hépatopathies.

Les malades étaient adressés surtout pour le diagnostic étiologique de ces hépatopathies.

Nous avons donc éliminé très peu de dossiers ne correspondant pas, après examen, à une hépatopathie.

I. DONNES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES RELATIVES AUX MALADES RETENUS :

Au total dans notre protocole, nous avons retenu les dossiers de 60 malades hospitalisés dans le service de Médecine Interne de l'Hôpital du Point-"G".

Ainsi parmi les 60 malades retenus nous comptons 42 hommes soit 70 % des cas, pour 18 femmes soit 30 % des cas, donc une nette prédominance masculine.

1°) Proportion des hépatopathies en fonction de l'âge et du sexe.

TABLEAU II : Hépatopathies en fonction de l'âge et du Sexe

AGE	AGE	AGE	
SEXE	MINIMAL	MAXIMAL	MOYEN
MASCULIN	18	72	45
FEMININ	16	65	40,5

.../...

TABLEAU III. Proportion en fonction de l'âge des patients hospitalisés dans le Service de Médecine Interne (2)

SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
AGE MOYEN	34,6	37,8	35,8
EFFECTIF	521	324	845

Selon l'étude de D. BAGAYOKO, l'âge moyen des patients hospitalisés dans le service de médecine interne est de 36 ans (2). Par contre selon notre étude l'âge moyen des patients présentant une hépatopathie et hospitalisés dans le même service de médecine interne, cet âge moyen est de 42 ans.

2°) Proportion des hépatopathies en fonction de l'ethnie (Tabs. IV & V)

TABLEAU IV : Hépatopathie en fonction de l'Ethnie :

ETHNIE	NOMBRE	POURCENTAGE
BAMBARA	20	33,33
MALINKE	13	21,66
PEULH	09	15
SARAKOLE	08	13,33
KASSONKE	04	06,66
BOBO	01	01,66
MINIANKA	01	01,66
SONRHAI	01	01,66
DOGON	01	01,66
SENOUFO	01	01,66
KAKOLO	01	01,66

TABLEAU V . Proportion de malades tout venant hospitalisés dans le Service de Médecine Interne en fonction de l'ethnie (2).

ETHNIE	TOTAL
BAMBARA	26,2 %
MALINKE	13 %
PEULH	19 %
SARAKOLE	15,5 %
SONRHAI	03,4 %
DOGON	02 %
AUTRES	20,8 %
TOTAL	100 %

3°) Proportion des hépatopathies en fonction de la profession :

La quasi totalité des femmes sont ménagères car sur les 18 femmes retenues, 17 femmes sont ménagères et 1 seule est élève.

Chez les hommes on y trouve surtout des cultivateurs, cette profession est sureprésentée au cours des hépatopathies par rapport aux autres maladies.

TABLEAU VI . Hépatopathies en fonction de la profession

PROFESSION	NOMBRE	POURCENTAGE
MENAGERE	17	28,33
CULTIVATEUR	14	23,33
FONCTIONNAIRE	09	15
COMMERÇANT	04	06,66
MILITAIRE	04	06,66
ELEVE	04	06,66
AUTRES	08	13,32

4°) Proportion des hépatopathies en fonction du lieu de résidence
(Tableaux VII & et VIII)•

TABLEAU VII : Hépatopathie en fonction du lieu de résidence habituelle

! RESIDENCE ! HABITUELLE	! NOMBRE	! POURCENTAGE!
! BAMAKO	! 35	! 58,33 !
! REGIONS	! 25	! 41,66 !

TABLEAU VIII : Hépatopathie en fonction des régions d'origine

! REGIONS	! NOMBRE	! POURCENTAGE!
! KOULIKORO	! 8	! 13,33 !
! KAYES	! 7	! 11,66 !
! SIKASSO	! 5	! 08,33 !
! SEGOU	! 2	! 03,33 !
! MOPTI	! 1	! 01,66 !

Pour D. BAGAYOGO en 1983 (2) 67 % des malades du service résidaient à Bamako. On observe donc une plus grande proportion de provinciaux au cours des hépatopathies par rapport au malade tout venant.

.../..

II. TERRAIN : Signes cliniques d'appel motivant l'hospitalisation.

- Les signes cliniques d'appel motivant l'hospitalisation des malades atteints d'hépatopathies sont nombreux et variés mais dominés par les douleurs de l'hypochondre droit et les hépatosplénomégalies (voir tableau IX)

- Habitus du malade : La notion d'alcoolisme n'est retrouvée que chez deux de nos malades soit 3,33 % des cas; quatorze patients étaient tabagiques soit 23,33 % des cas.

- On a également recherché des antécédents d'ictère chez nos malades soit, 48,33 % des cas et des antécédents de bilharziose observés dans 55 % des cas.

TABEAU IX. Signes cliniques d'appel au cours d'une hépatopathie

DIAGNOSTIC D'ENTREE	NOMBRE	POURCENTAGE
Douleur de l'Hypochondre droit	30	50 %
Hépatosplénomégalie	04	06,66
Syndrome oedemateoascitique	03	05
Ictère plus A E G	04	06,66
Ascite	05	08,33
Syndrome anémique	04	06,66
Splénomégalie	03	05
Epigastralgie	01	01,66
Dyspnée plus O M I	01	01,66
Hématémèse	01	01,66
Hemoptysie	01	01,66
Polyserite	01	01,66
Vomissements plus Hoquets	01	01,66
Tumeur gastrique	01	01,66

E T I O L O G I E S

I. CANCER DU FOIE :

1°) Données socio-démographiques :

1.1. Proportion du cancer du foie en fonction du sexe

Dans cette étude nous avons constaté la nette prédominance du sexe masculin, car sur les vingt un cas de cancers ^{et} de foie retenus, nous avons trouvé dix neuf hommes pour seulement deux femmes.

Le pourcentage de cancer du foie dans les hépatopathies dans notre étude est de 35 % ; pour plus de détail se conférer aux tableaux ci-dessous.

TABLEAU X . Cancer du foie en fonction du sexe

SEXE	NOMBRE	POURCENTAGE
MASCULIN	19	90,47
FEMININ	02	09,52
TOTAL	21	100

1.2. Proportion du cancer du foie en fonction de l'âge et du sexe

TABLEAU XI . Cancer du foie en fonction de l'âge et du sexe

SEXE	AGE MAXIMAL	AGE MINIMAL	AGE MOYEN
MASCULIN	72 ans	37	54,5
FEMININ	65	65	65

TABLEAU XII : Proportion en fonction de l'âge moyen des patients en médecine interne (2)

SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
AGE MOYEN	34,6	37,8	35,8
EFFECTIF	521	324	845

Les malades ayant un cancer du foie sont plus âgés que la moyenne d'âge des malades tout venant .

1.3. Proportion du cancer du foie en fonction de l'ethnie :

On a noté que pour les ethnies où le nombre de malades est suffisant, que près de 30 % des hépatopathies sont des cancers du foie. Tout au moins chez les Bambara et les Malinkés.

Par contre cette proportion de cancer du foie semble moindre chez les Peulhs et les Sarakolés.

Pour les autres ethnies le nombre de cas est trop faible pour juger (Tableaux XIII & XIV)

TABLEAU XIII : Cancer du foie en fonction de l'ethnie

ETHNIE	Nbre DE CANCERS DU FOIE	Nbre D'EPATO-PATHIES	POURCENTAGE
BAMBARA	6	20	28,57
MALINKE	6	13	28,57
PEULH	3	09	13,33
SARAKOLE	2	08	09,52
KASSONKE	1	04	04,76
MINIANKA	1	01	04,76
KAKOLO	1	01	04,76
SONRHAI	1	01	04,76

.../....

TABLEAU XIV : Proportion de malades hospitalisés en fonction de l'ethnie (2) .

ETHNIE	POURCENTAGE
BAMBARA	26,2
MALINKE	13
PEULH	19
SARAKOLE	15,5
SONRHAI	03,4
DOGON	02
AUTRES	20,8
TOTAL	100

On observe donc une forte proportion de cancer du foie chez les Malinkés dans ce faible échantillon.

1.4. Proportion du cancer du foie en fonction du lieu d'origine.
(Tableau XV)

TABLEAU XV : Cancer du foie en fonction du lieu d'origine

LIEU D'ORIGINE	NOMBRE	POURCENTAGE
BAMAKO	11	52,38
KOULIKORO	06	28,57
KAYES	02	09,52
SIKASSO	02	09,52

.../...

1.5. Proportion du cancer du foie en fonction de la profession :TABLEAU XVI : Cancer du foie en fonction de la profession

PROFESSION	NOMBRE	POURCENTAGE
CULTIVATEUR	7	33,33
FONCTIONNAIRE	5	23,80
COMMERCANT	2	09,52
MENAGERE	2	09,52
MILITAIRE	2	09,52
CHAUFFEUR	2	09,52
CUISINIER	1	04,76

On observe une ~~grande~~ fréquence de cancer du foie chez les cultivateurs

2°) Signes Cliniques du Cancer du foie :

Le Cancer du foie se présente surtout comme une volumineuse hépato-mégalie nodulaire, dure, à bord inférieur tranchant sensible spontanément et à la palpation, où l'existence du souffle est fréquent.
(Tableau XVII)

TABLEAU XVII : Signes Cliniques du Cancer du foie

CARACTERES DU FOIE		NOMBRE	POURCENTAGE
HEPATOMEGALIE	MONSTRUEUSE	15	71,33
	MODEREE	06	28,56
SURFACE	NODULAIRE	13	61,90
	LISSE	06	28,56
	INAPPRECIABLE	02	09,52
CONSISTANCE	FERME	01	04,76
	DURE	18	85,71
	INAPPRECIABLE	02	09,52
BORD INFERIEUR	TRANCHANT	20	95,22
	INAPPRECIABLE	01	04,76
SENSIBILITE	SPONTANEE	21	100
	EBRANLEMENT	21	100
PRESENCE DE SOUFFLE		10	47,61

Autres Signes Cliniques du cancer du foie

L'altération de l'état général, l'ictère et la circulation veineuse collatérale sont les principaux signes associés observés (Tableau XVIII)

TABLEAU XVIII : Autres signes du cancer du foie :

		AUTRES SIGNES CLINIQUES	NOMBRE	POURCENTAGE
SIGNES D'HYPERTENSION PORTALE		ICTERE	13	61,90
		ASCITE	08	38,09
		C.V.C.	11	52,38
		SPLENOMEGALIE	03	14,28
		V.O.	6/17	35,29
SIGNES GENERAUX		A.E.G.	21	100
		FIEVRE	03	14,28
		ASTHENIE	21	100

3°) Biologie du cancer du foie :

On observe l'extrême fréquence d'une cholestase, d'une cytolysse et à un moindre degré une insuffisance hépato-cellulaire.

La fréquence de la cytolysse est surprenante et correspond aux valeurs indiquées au tableau XIX .

TABLEAU XIX : Signes biologiques du cancer du foie

NATURE DES EXAMENS BIOLOGIQUES	PERTURBATIONS CONSTATEES	NOMBRE	POURCENTAGE
T.P.		11	52,38
PHOSPHATASES ALCA-LINES		14	73,68
BILIRUBINEMIE		07	58,73
TRANSAMINASES		15	71,42

Autres Signes biologiques du cancer du foie :

Trois remarques sont à faire :

- Le dosage de l'alphafoetoprotéine est un bon examen de dépistage sans danger, sensible, mais peu spécifique (voir chapitre cirrhose).

- Il n'y a que 10 % de porteur d'antigène Hbs. Cette notion mériterait d'être complétée par le dosage des autres antigènes Hbe ; anticorps Hbc.

- Des sérologies ambiennes faussement positives sont fréquentes au cours des cancers du foie (Tableau XX.)

TABLEAU XX : Autres Signes biologiques du cancer du foie

		! NOMBRE	! POURCENTAGE !
! ALPHAFOE- ! TOPROTEINE	! POSITIVE	! 17	! 80,95 !
	! NEGATIVE	! 04	! 19,04 !
! ANTIGENE Hbs	! POSITIF	! 02	! 10 !
	! NEGATIF	! 18	! 90 !
! SEROLOGIE ! AMBIENNE	! POSITIVE	! 04	! 33,33 !
	! NEGATIVE	! 08	! 66,66 !

.../...

4°) Aspects laparoscopiques du cancer du foie :TABLEAU XXI : Aspects laparoscopiques du cancer du foie

		! NOMBRE !	! POURCENTAGE !
	! GLOBALE	! 18	! 85,71
! HEPATOMEGALIE	! PREDOMINANT LOBE DROIT	! 01	! 04,76
	! PREDOMINANT LOBE GAUCHE	! 02	! 09,52
! CONSISTANCE DU FOIE	! DURE	! 18	! 85,71
	! PIERREUSE	! 03	! 14,28
! VESICULE BILLIAIRE	! NORMALE	! 07	! 33,33
	! DILATEE	! 03	! 14,28
	! NON VUE	! 11	! 52,38
! BORD INFERIEUR	! TRANCHANT	! 21	! 100
	! MARRON	! 01	! 04,76
	! GRISATRE	! 02	! 09,52
! COULEUR	! VERDATRE	! 01	! 04,76
	! ROSE PALE	! 02	! 09,52
	! ROUGE	! 01	! 04,76
	! NORMALE	! 13	! 61,90
	! BEIGE	! 01	! 04,76
! LIGAMENT ROND	! REVASCULARISE	! 03	! 14,28
	! NORMAL	! 13	! 61,90
	! NON VU	! 05	! 23,80
! PERITONE	! ASCITE	! 11	! 52,38
	! PAS D'ASCITE	! 10	! 47,61
! RATE	! NON VUE	! 18	! 85,71
	! NORMALE	! 03	! 100

Aspects laparoscopiques de la surface du foie dans le cancer du foie:TABLEAU XXII : Aspects laparoscopiques de la surface du foie

		! NOMBRE !	! POURCENTAGE !
SURFACE NODULAIRE DU FOIE	! MULTINODULES POLYCHROMES	! 19 !	! 90,47 !
	! QUELQUES NODULES POLYCHROMES	! 02 !	! 09,52 !
	! OMBILIQUES	! 03 !	! 14,28 !
	! BOURGEONNANTS	! 01 !	! 04,76 !
	! ABCEDES	! 00 !	! 00 !
	! MACRONODULE	! 07 !	! 33,33 !
	! MICRONODULE	! 02 !	! 09,52 !
	! MACRO+MICRONODULE	! 12 !	! 57,13 !

L'Aspect laparoscopique du cancer du foie le plus fréquent est celui d'une hépatomégalie dure, de couleur normale, à bord inférieur tranchant, micro-macronodulaire, ^{à surface} parsemée de nodules polychromes.

.../...

5°) Aspects échographiques du cancer du foie :

TABLEAU XXIII : Aspects échographiques du cancer du foie

ASPECTS ECHOGRAPHIQUES	NOMBRE	POURCENTAGE	
HAUTEUR HEPATIQUE	HEPATOMEGALIE	20	95,23
	FOIE RETRACTE	01	04,76
CONTOUR HEPATIQUE	REGULIER	01	04,76
	SIGNE DE LA BOSSE*	20	95,23
ECHOSTRUCTURE	HOMOGENE	01	04,76
	HETEROGENE	20	95,23
	MULTINODULAIRES	19	90,47
	NODULE SOLITAIRE	01	04,76
ET	NODULES REFLECHISSANTS	19	90,47
	IMAGE EN COCARDE **	03	14,28
SURFACE DU FOIE	IMAGE NECROTIQUE ***	00	00
	IMAGE EN NAPPE ****	07	33,32
	IMAGE MIXTE	08	38,08
	NODULES HYPOECHOGENES	01	04,76
VESICULE BILIAIRE	NORMALE	15	100
AUTRES ANOMALIES	ASCITE	05	23,80

* = Petites saillies localisées, convexes des faces hépatiques, et donc sur les coupes en relief du contour hépatique.

** = Il s'agit de nodules dont le centre est transsonore, et la périphérie réfléchissante, parfois entourée d'une couronne externe sonotransparente.

*** = Il s'agit d'une zone dont le contour est irrégulier, parfois anfractueux, ou d'un aspect pseudo-kystique.

**** = Aspect infiltrant du tissu hépatique.

L'aspect échographique du cancer du foie le plus fréquent, est celui d'une hépatomégalie multinodulaire avec nodules réfléchissants, d'écho-structure hétérogène avec signe de la bosse.

6°) Aspects de la ponction à l'aiguille fine dans le cancer du foie :

Le type cytologique III est le plus rencontré (Tableaux XXIV).

TABLEAU XXIV : Type cytologique du cancer du foie

CANCER DU FOIE	NORMAL	TYPE III	TYPE III & IV	TYPE IV
NOMBRE	01	06	01	02
POURCENTAGE	10	60	10	20

A signaler que le type III correspond à une très forte suspicion de cellules cancéreuses . Et le type IV à la présence certaine de cellules cancéreuses .

7°) Aspects histologiques dans le cancer du foie :

TABLEAU XXV : Aspects histologiques dans le cancer du foie

RESULTATS BIOPSIQUES	NOMBRE	POURCENTAGE
NORMAL	01	06,26
CIRRHOSE	06	37,5
CARCINOME	04	25
HEPATITE CHRONIQUE FIBRINOGENE	01	06,25
METASTASE PROBABLE D'ADENOCARCINOME	01	06,25
SUSPECT	03	18,75

.../...

On observe que le diagnostic formel du cancer du foie n'est porté à l'histologie que dans quatre cas sur seize, dans les autres cas, le diagnostic repose sur l'aspect échographique, laparoscopique et la positivité de l'alphafoetoprotéine et dans ces cas la biopsie n'a probablement pas porté sur un tissu tumoral. Il faut également souligner la fréquence des cirrhoses : six cas sur seize.

8°) Correlation entre les valeurs diagnostiques des aspects laparoscopique, échographique, les résultats de la ponction à l'aiguille fine, l'alphafoetoprotéine et l'histologie, dans le cancer du foie (Tableaux XXVI et XXVII)

TABLEAU XXVI : Synthèse des valeurs diagnostiques comparées des différents examens.

	POURCENTAGE DIAGNOSTIC SUR	POURCENTAGE DIAGNOSTIC NEGATIF	POURCENTAGE DIAGNOSTIC DOUTEUX
LAPAROSCOPIE	95,23	04,76	-
ECHOGRAPHIE	95,23	04,76	-
ALPHAFOETO- PROTEINE	80,95	19,04	-
P.A.F.	80	10	10
HISTOLOGIE	53,33	06,66	40

La laparoscopie et l'échographie ont la même valeur globale de dépistage. L'histologie seule ne permettrait le diagnostic que dans 53 % des cas, pour des raisons évoquées précédemment.

.../....

TABLEAU XXVII : Détail des valeurs diagnostiques comparées des différents examens.

CAS	Dg. LAPARO.	Dg. ECHO.	Dg. ALPHAFOETO.	Dg.PAF.	Dg. HISTOLOG.
1	+	+	+	N.F.	+
2	+	+	+	N.F.	+
3	+	+	+	N.F.	+
4	+	+	+	N.F.	+
5	+	+	+	N.F.	±
6	+	+	+	N.F.	+
7	+	+	+	+	±
8	+	+	+	+	±
9	+	+	+	+	±
10	+	+	+	+	N.F.
11	+	+	+	+	±
12	+	+	+	+	±
13	+	+	+	+	-
14	+	+	+	N.F.	N.F.
15	+	+	+	N.F.	N.F.
16	+	+	-	N.F.	N.F.
17	+	+	-	±	N.F.
18	+	+	-	-	+
19	+	+	-	+	N.F.
20	+	-	+	N.F.	+
21	-	+	+	N.F.	+

Dg.=Diagnostic ; (+)= Certain ; (-)= Négatif ; (±)= Douteux ; N.F.=Non Faite
 LAPARO.=Laparoscopie ; ECHO.=Echographie ; ALPHAFOETO.=Alphafoetoprotéine ;
 P.A.F.= Ponction à l'Aiguille Fine ;
 HISTO.= Histologie

9°) Proportion relative du cancer primitif et secondaire du foie :

Sur les vingt et un cas de cancer du foie, il n'est observé que deux cas de cancer secondaire du foie.

Dans le premier cas (n° 18) l'histologie a permis de porter le diagnostic de métastase d'adénocarcinome, dont l'origine n'a pas été retrouvée.

Dans le second cas, (n° 20) , la laparotomie exploratrice a montré l'existence d'un adénocarcinome de l'estomac métastasé au foie.

Il faut signaler que l'alphafoetoprotéine était positive dans le cas n°20 et négative dans le cas n°18.

II. CIRRHOSE DU FOIE :

1°) Données socio-démographiques de la cirrhose du foie:

Dans cette étude, nous avons retenu le dossier de dix huit malades parmi lesquels, nous avons onze hommes et sept femmes.

1.1. Proportion de la cirrhose du foie en fonction de l'âge et du sexe

TABLEAU XXVIII : Proportion de la cirrhose du foie en fonction de l'âge

AGE SEXE	AGE MINIMUM	AGE MAXIMUM	AGE MOYEN
MASCULIN	18	70	40
FEMININ	22	40	31
TOTAL			35,77

Sur ce faible échantillon, on observe cependant que la cirrhose du foie est dépistée à un âge plus avancé chez l'homme.

TABLEAU XXIX : Proportion en fonction de l'âge moyen des patients hospitalisés dans le Service de Médecine du Point-"G"
(2)

SEXE	MASCULIN	FEMIN	TOTAL
AGE MOYEN	34,6	37,8	35,8
EFFECTIF	521	324	845

TABLEAU XXX : Proportion de la cirrhose du foie en fonction du sexe

SEXE	NOMBRE	POURCENTAGE
MASCULIN	11	61,11
FEMININ	07	38,88

1.2. Proportion de la cirrhose du foie en fonction de l'ethnie :TABL EAU XXXI : Proportion de la cirrhose en fonction de l'ethnie :

ETHNIE	NOMBRE	POURCENTAGE
BAMBARA	6	33,33
MALINKE	4	22,22
PEULH	4	22,22
SARAKOLE	2	11,11
BOBO	1	05,55
KASSONKE	1	05,55

TABLEAU XXXII : Proportion en fonction de l'ethnie des patients hospitalisés en Médecine Interne. (2).

ETHNIE	TOTAL
BAMBARA	26,2 %
MALINKE	13 %
PEULH	19 %
SARAKOLE	15,5 %
SONRHAI	03,4 %
DOGON	02 %
AUTRES	20,8 %
TOTAL	100 %

.../....

1.3. Proportion de la cirrhose du foie en fonction de la profession :

TABLEAU XXXIII : Proportion de la cirrhose en fonction de la profession:

PROFESSION	NOMBRE	POURCENTAGE
MENAGERE	7	38,88
CULTIVATEUR	5	27,77
FONCTIONNAIRE	2	11,11
ELEVE	2	11,11
COMMERCEANT	1	05,55
MAGON	1	05,55

La Cirrhose du foie semble toucher beaucoup plus les cultivateurs .

1.4. Proportion de la cirrhose du foie en fonction du lieu d'origine :

TABLEAU XXXIV : Proportion de la cirrhose en fonction du lieu d'origine:

LIEU D'ORIGINE	NOMBRE	POURCENTAGE
BAMAKO	12	66,66
KAYES	04	22,22
KOULIKORO	02	11,11

.../.....

2°) Signes Cliniques de la cirrhose du foie :

La cirrhose du foie se présente surtout comme une hépatomégalie à surface lisse, peu sensible, à bord inférieur tranchant, de consistance ferme, sans souffle.

TABLEAU XXXV : Signes cliniques d'appel

CARACTERES DU FOIE	NOMBRE	POURCENTAGE
HEPATOMEGALIE (sup. 10cm.)	13	72,22
FOIE NORMAL OU ATROPHIQUE	05	27,77
SURFACE LISSE	13	72,22
INAPPRECIABLE	05	27,77
CONSISTANCE DURE	04	22,22
FERME	09	50
INAPPRECIABLE	05	27,77
BORD TRANCHANT	10	55,50
INFERIEUR MOUTONNE	03	16,66
INAPPRECIABLE	05	27,77
NON SENSIBLE	07	38,88
SENSIBILITE SENSIBLE	11	61,11
SOUFFLE	00	00

sup. = supérieur

Autres signes associés :

A la cirrhose du foie se trouvent souvent associés une altération de l'état général, des varices oesophagiennes, un ictère et un syndrome oedemato-ascitique .

TABLEAU XXXVI : Signes associés à la cirrhose du foie

SIGNES ASSOCIES A LA CIRRHOSE	NOMBRE	POURCENTAGE
A.E.G.	17	94,44
V.O.	14/16	87,50
ASTHENIE	18	100
ASCITE	11	61,11
O.M.I.	11	61,11
C.V.C.	06	33,33
SPLENOMEGALIE	09	50
ICTERE	09	50
FIEVRE	01	05,55

3°) Biologie de la Cirrhose du foie :Bilan hépatique :TABLEAU XXXVII : Principaux examens biologiques du bilan hépatique

EXAMENS BIOLOGIQUES	PERTURBATION	NOMBRE	POURCENTAGE
TAUX DE PROTHROMBINE n = 18		2	11,11
PHOSPHATASES ALCALINES n = 15		11	73,33
BILIRUBINEMIE n = 17		07	41,17
TRANSAMINASES n = 18	SGOT SGPT	06	33,33

Le syndrome de cholestase est beaucoup plus souvent observé que le syndrome de cytolysse et d'insuffisance hépato-cellulaire.

A signaler qu'il s'agit souvent d'une cholestase purement biologique sans ictère.

Autres examens biologiques :TABLEAU XXXVIII : Autres examens biologiques

		NOMBRE	POURCENTAGE
ALPHAFOETOPROTEINE n = 17	POSITIVE	2	11,76
	NEGATIVE	15	88,23
ANTIGENE HBs n = 17	POSITIF	05	29,44
	NEGATIF	12	70,55
SEROLOGIE AMIBIENNE n = 14	POSITIVE	03	21,42
	NEGATIVE	11	78,57

...../.....

On observe une fréquence non négligeable de sér ologie amibienne et de l'alphafoetoprotéine faussement positives au cours de la cirrhose. L'antigène Hbs n'est présent que dans 30 % des cas, il serait donc nécessaire de compléter cette étude par un dosage des autres marqueurs du virus B au cours des cirrhoses (antigène Hbe et Hbc anticorps)

Toujours au cours de cette étude nous avons constaté un allongement du temps de céphalin-kaolin dans 41,17 % des cas, une anémie (taux d'hémoglobine inférieur à huit grammes pour cent) dans 27,77 % des cas. Une hyperleucocytose dans 11,11 % des cas.

4°) Aspects laparoscopiques de la cirrhose du foie :

La laparoscopie nous a permis, dans le cadre de la cirrhose du foie, de noter dans la plupart des cas une hépatomégalie ou un foie atrophique ferme à bord inférieur tranchant ou mousse, macronodulaire, de couleur normale .

TABLEAU XXXIX : Aspects laparoscopique de la cirrhose du foie :

		NOMBRE	POURCENTAGE
HEPATOMEGALE		10	55,55
FOIE NORMAL ou ATROPHIQUE		08	44,44
CONSISTANCE	FERME	03	75
DU	DURE	00	00
FOIE	NORMALE	01	25
n= 4			
BORD INFERIEUR	TRANCHANT	05	50
n= 10	MOUSSE	05	50
VOIES BILIAIRES	NORMALES	08	100
n = 18	NON VUES	10	55,55

TABLEAU XXXX : Aspects laparoscopiques de la surface du foie dans la cirrhose .

	NOMBRE	POURCENTAGE
MACRONODULES	12	66,66
MICRONODULES	03	16,66
SURFACE HEPATIQUE NORMALE	03	16,66
Présence de nodules polychromes sur le foie.	03	16,66
Présence de granulations blanchâtres sur le foie .	04	22,22
NORMALE	10	55,55
CLAIRE	05	27,77
COULEUR HEPATIQUE GRISATRE	02	11,11
ORANGEE	01	05,55

Au niveau du péritoine on a noté la présence d'ascite dans la moitié des cas. Le ligament rond n'est revascularisé que dans un seul des cas.

TABLEAU XXXX1 : Aspects laparoscopiques du péritoine de la rate, et du ligament rond, dans la cirrhose du foie.

	NOMBRE	POURCENTAGE
PERITOIINE ASCITE	10	55,55
PAS D'ASCITE	08	44,44
LIGAMENT FOND NORMAL	16/17	94,11
REVASCULARISE	1/17	05,88
RATE SPLENOEGALIE	06	50
NORMALE	06	50
NON VUE	06	50

...../.....

5°) Aspects échographiques dans la cirrhose du foie :

TABLEAU XXXXII : Aspects échographiques du foie dans la cirrhose :

		! NOMBRE	! POURCENTAGE !
! HAUTEUR	! HEPATOMEGALIE	! 13	! 72,22
! HEPATIQUE	! FOIE RETRACTE	! 05	! 27,77
! CONTOUR	! REGULIER	! 10	! 55,55
! HEPATIQUE	! GLOUTE	! 08	! 44,44
! EPAISSISSEMENT DU LOBE CAUDE		! 01	! 05,55
! ECHOSTRUCTURE	! HOMOGENE	! 07	! 38,88
! ET	! HETEROGENE + NODULES	! 11	! 61,11
! SURFACE DU	! SPLENOMEGALIE	! 7/18	! 38,88
! FOIE	! AMINCISSEMENT DES	! 3/6	! 50
! AUTRES	! VEINES SUS-HEPATIQUES	! 5/18	! 27,77
! ANOMALIES	! PRESENCE D'ASCITE	! 2/6	! 22,22
! ASSOCIEES	! DILATATION DU TRONC		
! PORTE			

Dans la cirrhose du foie, l'échostructure hépatique est, dans la plupart des cas, caractérisée par une hétérogénéité diffuse avec présence de multiples nodules.

Par ailleurs, il faut signaler que l'ascite est moins souvent observée en échographie qu'en laparoscopie.

6°) Ponction à l'aiguille fine : Elle n'a été réalisée que dans deux cas, donc ne permet pas de faire une comparaison.

...../.....

7°) Aspects histologiques dans la cirrhose du foie :

TABLEAU : XXXXIII : Aspects histologiques dans la cirrhose

RESULTATS HISTOLOGIQUES	NOMBRE	POURCENTAGE
CIRRHOSE	14	93,33
STEATOSE	01	06,66

8°) Correlation entre les valeurs diagnostiques des aspects laparoscopique , échographique, les résultats de la P.A.F., de l'Alphafœtoprotéine et l'histologie dans la cirrhose du foie.

TABLEAU XXXXIV : Synthèse des valeurs diagnostiques comparées des différents examens dans la cirrhose du foie.

	POURCENTAGE DIGNOSTIC SÛR	POURCENTAGE DIAGNOSTIC NEGATIF	POURCENTAGE DIAGNOSTIC DOUTEUX
LAPAROSCOPIE	77,77	22,22 ✓	-
ECHOGRAPHIE	66,66	33,33 ✓	-
ALPHAFOETOPRO- TEINE	11,11	83,33	5,55
P.A.F.	50	50	-
HISTOLOGIE	93,33	06,66	-

Il y a une bonne corrélation entre l'histologie et les autres moyens d'exploration de la cirrhose. Rappelons que le diagnostic de certitude de la cirrhose ne repose que sur l'histologie.

La laparoscopie complétée par l'histologie, est le meilleur examen pour diagnostiquer la cirrhose du foie.

Détail des valeurs diagnostiques comparées des différents examens dans la cirrhose.

TABLEAU XXXXV : Détail des valeurs diagnostiques comparées :

GAS	Dg.	Dg.	Dg.	Dg.	Dg.
	LAPARO.	ECHO	ALPHAFOETO.	P.A.F.	HISTOLOG.
1.	+	+	-		+
2.	+	+	-		+
3.	+	+	-		+
4.	+	+	±		+
5.	+	-	-		Ininterprétable
6.	+	+	+		+
7.	+	-	+		+
8.	+	-	-		+
9.	+	-	-		+
10.	+	-	-		+
11.	+	+	-		-
12.	+	+	-		Ininterprétable
13.	+	+	-		biopsie annulée
14.	+	-	-		+
15.	-	+	-		+
16.	-	+	-		+
17.	-	+	-		+
18.	-	+	-		+

.../.....

III. AUTRES HEPATOPATHIES :

Parmi les autres hépatopathies retenues, nous avons compté neuf cas de tuberculose hépatique, cinq cas d'hépatite, deux cas de foie cardiaque, deux cas d'abcès amibien du foie, deux ^{cas} de foie palustre et un cas d'hépatopathie dans le cadre de la mycose.

1°) Tuberculose hépatique :

1.1. Données socio-démographiques de la tuberculose :

TABLEAU XXXXVI : Proportion de la tuberculose du foie en fonction du sexe

SEXE	NOMBRE	POURCENTAGE
MASCULIN	06	66,66
FEMININ	03	33,33

TABLEAU XXXXVII : Proportion de la tuberculose du foie en fonction de l'âge et du sexe .

SEXE	AGE MINIMUM	AGE MAXIMUM	AGE MOYEN
HOMMES	19	51	35
FEMMES	19	30	24,5
TOTAL			32,6

TABLEAU XXXXVIII : Proportion des malades hospitalisés en médecine interne en fonction de l'âge moyen (2) .

SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
AGE MOYEN	34,6	37,8	35,8
EFFECTIF	521	324	845

TABLEAU XXXIX : Proportion de la tuberculose du foie en fonction de l'ethnie.

ETHNIE	NOMBRE	POURCENTAGE
BAMBARA	03	33,33
SARAKOLE	02	22,22
KASONKE	01	11,11
DOGON	01	11,11
SENOUFO	01	11,11
MALINKE	01	11,11

TABLEAU L : Proportion des malades hospitalisés en médecine interne en fonction de l'ethnie(2).

ETHNIE	TOTAL
BAMBARA	26,2
MALINKE	13
PEULH	19
SARAKOLE	15,5
SONRHAI	03,4
DOGON	02
AUTRES	20,8

TABLEAU L1 : Proportion de la tuberculose du foie en fonction du lieu d'origine.

LIEU D'ORIGINE	BAMAKO	SIKASSO	KAYES
NOMBRE	3	3	3
POURCENTAGE	33,33	33,33	33,33

...../.....

1.2. Signes Cliniques de la tuberculose hépatique :

TABLEAU L11 : Signes cliniques de la tuberculose hépatique :

		NOMBRE	POURCENTAGE
CARACTERES DU FOIE	HAUTEUR HEPATIQUE	03	33,33
		NORMALE	66,66
	SURFACE	09	100
		INAPPRECIABLE	66,66
	CONSISTANCE	03	33,33
		FERME	100
	BORD INFERIEUR	09	100
		NORMAL	33,33
	SENSIBILITE	06	66,66
		NON SENSIBLE	100
		A.E.G.	55,55
		SPLENOMEGALIE n = 9	44,44
	AUTRES SIGNES CLINIQUES	01	11,11
		ICTERE	22,22
	FIEVRE	22,22	
	ASTHENIE	100	
	V.O.	11,11	

Cliniquement une hépatosplénomégalie avec ascite est l'aspect le plus souvent rencontré, dans la tuberculose du foie.

1.3. Biologie de la tuberculose du foie :

Le bilan hépatique est normal dans les neuf cas en dehors de la positivité de l'alphafoetoprotéine dans un seul cas. On a également noté la positivité de l'intradémoréaction à la tuberculine supérieure à 10 mm. dans quatre cas sur six soit 66,66 % des cas.

1.4. Aspects laparoscopiques de la tuberculose du foie :TABLEAU LIII : Aspects laparoscopiques de la tuberculose hépatique :

		NOMBRE	POURCENTAGE	
CARACTERISTIQUES DU FOIE	HAUTEUR DU FOIE	HEPATOMEGALIE 06	66,66	
		NORMALE 03	33,33	
	CONSISTANCE	NORMALE	04	44,44
		MOLLE	05	55,55
	VESICULE BILIAIRE	NORMALE	03	100
		NON VUE	06	66,66
	BORD INFERIEUR	TRANCHANT	01	11,11
		MCUSSE	08	88,88
	COULEUR	NORMALE	03	33,33
		ROUGE	03	33,33
		GRISATRE	01	11,11
		BLANCHATRE	02	22,22
	SURFACE	Présence de granulations blanchâtres	07	77,77
		Pas de granulations blanchâtres	02	22,22
	PERITONE	Présence de granulations blanchâtres	02/9	22,22
		Présence d'adhérences	05	55,55
		ASCITE	06	66,66
	LIGAMENT ROND	NORMALE	06	66,66
		Présence de granulations	01	11,11
	RATE	NON VU	02	22,22
SPLENOMEGALIE		03	33,33	
NORMALE		04	44,44	
		02	22,22	

1.5. Aspects échographiques de la tuberculose du foie :TABLEAU LIV : Aspects échographiques de la tuberculose hépatique :

ASPECTS ECHOGRAPHIQUES	NOMBRE	POURCENTAGE	
HAUTEUR HEPATIQUE	HEPATOMEGALIE	06	66,66
	NORMALE	03	33,33
CONTOUR HEPATIQUE	REGULIER	09	100
Echostructure et Surface Hepatique	HOMOGENE	09	100
Veines sus-hépatiques	DILATEES	02	22,22
	SPLENOMEGALIE	03	33,33
	ASCITE	03	33,33
	ADENOPATHIE ABDOMINALE	02	22,22

Echographiquement, le foie, dans la tuberculose hépatique se présente comme une hépatomégalie de contour régulier, homogène avec fréquemment une splénomégalie et une ascite.

Laparoscopiquement l'aspect le plus fréquent est celui d'une hépatomégalie à bord inférieur mousse, de couleur normale. On note souvent des granulations blanchâtres sur la surface hépatique associées à des adhérences péritonéales et une ascite.

La recherche de bacille de KOCH n'a pas été pratiquée au niveau du foie, des adhérences, et de l'ascite, faute de milieu de culture de LOWEINSTEIN.

...../.....

1.6. Histologie de la Tuberculose du foie :

Dans 44,44 % des cas le diagnostic de tuberculose a été confirmé histologiquement.

1.7. Corrélation entre les valeurs diagnostiques des aspects laparoscopique, échographique, les résultats de l'alphafoetoprotéine et l'histologie dans la tuberculose du foie.

TABLEAU LV : Synthèse des valeurs comparées des différents examens dans la tuberculose du foie.

CAS	Dg. LAPARO.	Dg. ECHO	Dg. ALPHAFOETO.	Dg. P.A. F.	Dg. HISTOLOG.
1	Aspect de G.H.P.	H.N.S.	-	N.F.	Tuberculose
2	Aspect de G.H.+Ascite	H.N.S.	-	N.F.	Absence de lésion
3	Aspect de G.H.+Ascite	H.N.S.	-	N.F.	Absence de lésion
4	Adher. + Ascite + Capsulite	Normale	-	N.F.	Tuberculose
5	Aspect de G.H.S.+ Ascite + ad.	H.N.S.	-	N.F.	Tuberculose
6	G.H.	H.N.S.	-	N.F.	Absence de lésion
7	Aspect de G.H. + Ascite	H.h.= F.G.	-	N.F.	Tuberculose
8	Aspect de tuberculose du foie	H.S.N.S.	-	N.F.	Absence de lésion
9	Aspect de P.h., chlamy. gonoco	H.N.S.	-	N.F.	Absence de lésion.

- LE G E N D E -

- A.E.G. : = Altération de l'Etat Général
O.M.I. : Oedèmes des Membres Inférieurs
C.V.C. : Circulation Veineuse Collatérale
C.P.F. : Cancer primitif du foie
V.O. : Varices Oesophagiennes

Adher : Adhérences
G.H. : Granulomatose Hépatique
H.S.N.S. : Hépto-Splénomégalie Non Spécifique
H.N.S. : Héptomégalie Non Spécifique
H.h. : Héptomégalie homogène
F.G. : Foie Granulomateux
P.h. : Péri-hépatite
Chlamy. : Chlamydiae
Gonoco : Gonococcie
H.H.S. : Granulomatose Hepatosplénique
G.H.P. : Granulomatose Hepato peritonéale.
S.G.O.T : *Transaminases oxalo-pyruvique sériques.*
S.G.P.T : *Transaminases Glutamo-pyruvique sériques*
T.P : *Taux de Prothrombine.*
-

2°) Hépatites :

2.1. Données socio-démographiques de l'hépatite :

TABLEAU LVII : Proportion de l'hépatite en fonction du sexe :

SEXE	NOMBRE	POURCENTAGE
MASCULIN	1	25
FEMININ	4	75

TABLEAU LVIII : Proportion de l'hépatite en fonction de l'âge et du sexe.

SEXE	AGE MINIMUM	AGE MAXIMUM	AGE MOYEN
MASCULIN	53	53	53
FEMININ	19	25,5	35
TOTAL			36,6

TABLEAU LVIII : Proportion en fonction de l'âge moyen des patients hospitalisés en Médecine interne(2)

SEXE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
AGE MOYEN	34,6	32,8	35,8
EFFECTIF	521	324	845

TABLEAU LIX : Proportion de l'hépatite en fonction de l'ethnie :

ETHNIE	NOMBRE	POURCENTAGE
MALINKE	2	40
BAMBARA	1	20
SARAKOLE	1	20
KASSONKE	1	20
TOTAL	5	100

TABLEAU LX : Proportion en fonction de l'ethnie des malades hospitalisés en Médecine interne (2)

ETHNIE	TOTAL
BAMBARA	26,2
MALINKE	13
PEULH	19
SARAKOLE	15,5
SONRHAI	03,4
DOGCN	02
AUTRES	20,8
TOTAL	100

Proportion en fonction du lieu d'origine.

La quasitotalité des malades présentant une hépatite sont originaires de Bamako. Cinq malades sur cinq sont de Bamako dans notre série.

2.2. Signes cliniques de l'hépatite :

TABLEAU LXI : Signes cliniques de l'hépatite :

		NOMBRE	POURCENTAGE	
CARACTERES DU FOIE	HAUTEUR	HEPATOMEGALIE	2 40	
		HEPATIQUE	NORMALE	3 60
		SURFACE	LISSE	5 100
		CONSISTANCE	FERME	1 20
			NORMALE	4 80
		BORD INFERIEUR	MUSSE	5 100
			SENSIBLE	4 80
		SENSIBILITE	NON SENSIBLE	1 20
			A.E.G.	5 100
	AUTRES SIGNES CLINIQUES		ICTERE	3 60
		ARTHRALGIE	2 40	
		ASTHENIE	5 100	
		FIEVRE		2 40
			SPLENOMEGALIE	3 60
		ASCITE	2 40	

Cliniquement, on note le plus souvent un foie de taille normale mais douloureux, à surface lisse, à bord inférieur mousse dont la consistance est normale.

Il faut souligner la fréquence des signes généraux, de l'ictère de la splénomégalie et de l'ascite.

2.3. Biologie de l'hépatite :

Aucune perturbation du bilan hépatique n'est notée mais le dosage des autres marqueurs tels l'antigène Hbe et Hbe anti-corps n'a pas pu être effectué .

2.4. Aspects laparoscopiques de l'hépatite :

TABLEAU LXII : Aspects laparoscopiques de l'hépatite :

		NOMBRE	POURCENTAGE
HAUTEUR HEPATIQUE	HEPATOMEGALIE	3	60
	NORMALE	2	40
CONSISTANCE DU FOIE	NORMALE	3	60
	SCLEREUSE	1	20
	INAPPRECIABLE	1	20
VESICULE BILIAIRE	NON VUE	1	20
	NORMALE	4	100
BORD INFERIEUR	TRANCHANT	1	20
	NORMAL	4	80
COULEUR	NORMALE	4	80
	GRIS-ROSEE	1	20
SURFACE	GRANULATIONS BLANCHATRES	3	60
	PAS DE GRANULATIONS	2	40
PERITONE	NORMAL	5	100
LIGAMENT ROND	NORMAL	5	100
RATE	SPLENOMEGALIE	3	60
	NORMALE	1	20
	NON VUE	1	20
	ASCITE	2	40

2.5. Aspects échographiques de l'hépatite :TABLEAU LXIII : Aspects échographiques de l'hépatite :

		NOMBRE	POURCENTAGE
HAUTEUR HEPATIQUE	HEPATOMEGALIE	4	80
	NORMALE	1	20
CONTOUR	REGULIER	5	100
Echostucture & surface du foie	HOMOGENE	5	100
	SPLENOMEGALIE	3	60
DILATATION DES VEINES SUS-HEPATIQUES		1	20
ASCITE		1	20

Echographiquement, il s'agit le plus souvent d'une hépatomégalie à contour régulier homogène, difficilement différenciable d'un aspect de tuberculose hépatique.

Laparoscopiquement, il s'agit le plus souvent d'un aspect d'hépatosplénomégalie, aspect par ailleurs normal. Mais signalons dans trois cas la présence de granulations blanchâtres sur le foie, posant un problème diagnostique avec la tuberculose du foie.

●●●●/●●●

2.6. Histologie de l'hépatite :

Dans 100 % des cas, l'histologie a confirmé le diagnostic d'hépatite.

2.7. Correlation entre les valeurs diagnostiques des aspects laparoscopique, échographique, les résultats de l'alphafoetoprotéine et l'histologie dans l'hépatite.

TABLEAU LXIV : Détail des valeurs diagnostiques comparées des différents examens dans l'hépatite.

CAS	Dg. LAPARO.	Dg. ECHO.	Dg. ALPHAPHO.	Dg. P.A.F.	Dg. HISTOLO.
1	G.H.	H.S.N.S.	-	N.F.	hépatite granulomateuse non spécifique
2	Pas d'aspect du tubercu- lose hépato- péritonéale	H.S.N.S.	-	NF.	hépatite granulomateuse non spécifique
3	Fibrose hépatique ? Hépatite ?	H.N.S.	-	N.F.	Hépatite
4	Fibrose hépatique + granulations	Foie cardiaque	-	N.F.	Hépatite Chronique
5	Granulomatose hépatique	Hépatosplénoméga- lie + capsulite = tuberculose hépatique	-	N.F.	Hépatite mésenchyma- teuse non spécifique.

Le diagnostic d'hépatite repose sur l'histologie qui est souvent une surprise devant des aspects échographique ou laparoscopique non caractéristiques dans l'hépatite.

FOIE CARDIAQUE :Données socio-démographiques :

L'échantillon de malades présentant un foie cardiaque étant faible, (deux malades), nous n'avons fait qu'une étude succincte de ces cas. Nous pouvons dire que le faible pourcentage de foie cardiaque dans notre étude semble s'expliquer par le fait que dans cette pathologie, les signes cardiaques, dominant, le patient se rend le plus souvent d'emblée en consultation cardiologique.

Cas numéro un : Il s'agit d'un jeune patient de vingt six ans, peulh qui a été admis dans le service pour dyspnée d'effort, oedèmes des membres inférieurs et hépatomégalie.

A l'examen clinique nous avons noté une hépatomégalie lisse, de consistance molle, de contour régulier, à bord inférieur mousse. Cette hépatomégalie n'était pas douloureuse, sa pression entraînait un reflux hépatojugulaire. En outre on a noté à l'examen cardiaque un souffle mitral et tricuspide, ^{un} assourdissement auscultatoire des deux bases pulmonaires ainsi qu'une matité basale bilatérale, une tachycardie, des oedèmes des membres inférieurs et une dyspnée d'effort.

L'examen biologique n'a montré aucune perturbation par contre l'électrocardiogramme a révélé des signes d'hypertrophie bilatérale ainsi qu'une hypertrophie bi-auriculaire.

La radiographie pulmonaire a montré une augmentation de la silhouette cardiaque, une surélévation de la coupole diaphragmatique droite et un épanchement pleural bilatéral.

A l'échographie on a retrouvé une hépatomégalie homogène à contour régulier, une turgescence de la veine cave inférieure avec perte de la cinétique respiratoire. On notait également la dilatation auriculaire, et la présence d'épanchement pleural. Les veines sus-hépatiques étaient dilatées. A la laparoscopie on a noté un foie augmenté de taille, de couleur rouge, de surface lisse, assez molle de consistance. Il n'a pas été pratiqué de biopsie.

Sous digitalodurétique et régime sans sel, la taille du foie a regressé.

Cas numéro deux : Jeune femme de trente et un ans, Djoula, reçue pour hépatomégalie et oedème des membres inférieurs.

A l'examen clinique on a noté une hépatomégalie non douloureuse, de surface lisse, molle, à bord inférieur mousse, L'auscultation cardiaque a révélé un souffle mitral et l'auscultation pulmonaire, des râles bronchiques dans les deux champs pulmonaires. On a noté aussi une tachycardie, des oedèmes des membres inférieurs et une dyspnée.

L'examen biologique était normal.

L'électrocardiogramme a montré des signes d'hypertrophie ventriculaire et auriculaire. A la radiographie pulmonaire une augmentation de la silhouette cardiaque.

L'échographie a montré une hépatomégalie homogène à contour régulier et une dilatation des veines sus-hépatiques et de la veine cave inférieure.

La laparoscopie n'a pas été faite car le diagnostic était déjà prouvé cliniquement, électriquement, radiologiquement, échographiquement et par le test thérapeutique digitalo-diurétique ainsi que le régime sans sel, qui ont entraîné une diminution de la taille du foie.

Dans les deux cas il s'agit d'insuffisance cardiaque globale idiopathique.

Abcès Amibien du foie :

Dans cette étude, deux cas ont été retenus.

Cas numéro un : Il s'agit d'un sujet masculin de vingt six ans, peulh, ayant un antécédent de dysenterie amibienne, qui est rentré dans le service pour une douleur de l'hypochondre droit associée à une fièvre et à un ictère.

A l'examen clinique nous avons retrouvé une hépatomégalie douloureuse, une altération de l'état général, une fièvre, un ictère.

Les examens biologiques ont révélé une positivité de la sérologie amibienne au 1/520^{ème}; une hyperleucocytose supérieure à 10.000/mm³, une accélération de la vitesse de sédimentation supérieure à 150 à la 1ère et 2ème heure.

La radiographie pulmonaire a montré une surélévation de la coupole diaphragmatique droite, sans pleuresie.

L'échographie a montré une hépatomégalie présentant un abcès de taille supérieure à 97 mm., situé dans le lobe droit, sonotransparent avec une couronne hyperechogène.

La laparoscopie n'a pas été de mise car le diagnostic d'abcès amibien du foie était prouvé cliniquement, biologiquement et le test thérapeutique au Tinidazole à raison de deux grammes par jour pendant trois jours était positif.

Guérison prouvée par l'échographie vingt jours après le premier examen.

Dans le second cas, il s'agit d'un sujet masculin de vingt huit ans, Sarakolé, sans antécédent de dysenterie amibienne qui a été admis dans le service pour douleur de l'hypochondre droit, fièvre, altération de l'état général, sans ictère.

A l'examen clinique nous avons noté une hépatomégalie douloureuse, avec voussure de la base droite du thorax, ^{une} altération de l'état général, une fièvre.

L'examen biologique a montré une positivité de la sérologie amibienne au 1/512°, une hyperleucocytose, une accélération de la vitesse de sédimentation, supérieure à cent à la 1ère et 2ème heure, une éosinophilie normale.

La radiographie pulmonaire a montré une surélévation de la coupole diaphragmatique droite ainsi qu'un épanchement pleural minime du même côté.

L'échographie a révélé une importante image d'abcès de 102 mm. de diamètre, localisé au lobe droit, unique entouré d'une ^{couronne} hyperechogène.

La laparoscopie n'a pas été pratiquée.

Malgré une première cure de Tinidazole à la dose de deux grammes par jour pendant trois jours, il n'a pas été noté d'amélioration des signes cliniques et échographiques. Après une deuxième cure de Tinidazole à la même dose et n'ayant pas observé d'amélioration clinique ni échographique, le malade a été adressé en chirurgie pour évacuation de l'abcès. L'évolution a été favorable.

FOIE PALUSTRE :

Deux cas seulement ont été recensés, donc un échantillon insuffisant pour faire l'objet d'une étude comparative.

Cas numéro un : Il s'agit d'une jeune fille de dix huit ans, Bambara reçue dans le service de Médecine interne pour un syndrome fébrile et splénomégalie stade III.

A l'examen clinique nous avons retrouvé une fièvre à 39°C, une splénomégalie stade III, une altération de l'état général, une asthénie, une diarrhée glaireuse sans sang ni pus.

A l'examen biologique nous avons trouvé une goutte épaisse positive, une vitesse de sédimentation élevée (1ère heure : cent , 2ème heure cent dix.) Le bilan hépatique était normal.

A l'échographie nous avons trouvé une splénomégalie homogène, de contour régulier, une dilatation modérée de la veine splénique sans hépatomégalie. La conclusion échographique a été: aspect d'hypertension portale.

A la fibroscopie nous avons trouvé des varices oesophagiennes grade I.

La laparoscopie a montré un foie de taille, de couleur et de consistance normales, une splénomégalie homogène, et nous avons conclu : splénomégalie isolée sans signe d'hypertension portale. Aspect en faveur d'une splénomégalie chronique palustre.

Histologiquement il s'est agi d'une portite à minima avec présence de pigment noirâtre palustre.

Sous chloroquine à la dose de 500 mg. par jour pendant cinq jour, la température s'est normalisée et le traitement a continué à raison de 100 mg. de chloroquine par jour pendant vingt jours. A la sortie, le traitement prescrit a été toujours 100 mg. de chloroquine par jour.

Cas numéro deux : Il s'agit d'un jeune patient de vingt et un ans, bambara reçu dans le service pour fièvre au long cours, Altération de l'état général, pâleur conjonctivale.

...../.....

A l'examen clinique on a trouvé une hépato-splénomégalie non douloureuse, altération de l'état général, fièvre à 39°C.

A l'examen biologique on a noté une anémie à 6,5g/dl. d'hémoglobine, une accélération de la vitesse de sédimentation supérieure à 150, une goutte épaisse positive. Quelques cocci gram négatif ont été retrouvées dans les urines du malade, le bilan hépatique était normal.

A l'échographie : on a noté une hépato-splénomégalie homogène à contour régulier, non spécifique.

La laparoscopie a montré une hépatomégalie, de couleur rouge orangée. Une splénomégalie homogène, de couleur et de surface normales. Péritoine normal.

Conclusion : Aspect de hypertension portale.

A la sortie : Amélioration clinique de l'état du patient sous chloroquine 500 mg. par jour pendant cinq jours puis 100 mg. par jour en prise continue pendant au moins quatre mois. Mais patiente non revue pour suivi.

FOIE ET MYCOSE :

Un seul cas a été observé chez un jeune patient de vingt huit ans Bambara, militaire de profession, n'ayant pas voyagé en dehors du Mali, qui a été reçu dans le Service de Médecine interne pour altération de l'état général, fièvre, diarrhée et hépato-splénomégalie.

A l'examen clinique, nous avons noté : une altération de l'état général, une fièvre, une polyadenopathie, une diarrhée liquidienne sans sang ni pus, un muguet buccal ainsi qu'une hépato-splénomégalie douloureuse et des nodules au niveau des membres supérieurs.

Les examens biologiques ont montré un bilan hépatique normal, une sérologie HIVII positive en ELISA (WESTERN Blot non fait), une lymphopénie mais la recherche de cryptosporodies et d'isospores dans les selles était négative.

L'échographie a montré un aspect d'hepato-splénomégalie non spécifique.

Laparoscopiquement nous avons noté une très grosse hépatomégalie à surface recouverte par de très grosses granulations blanchâtres, la couleur de ce foie était normale, le bord inférieur mousse. Ligament rond normal, vésicule biliaire non vue.

Péritoine normal avec ascite jaune citrin.

Rate légèrement augmentée de taille, couleur grise, surface recouverte par de nombreuses granulations blanchâtres.

En conclusion : Granulomatose hépatique

Histoplasmosse hépatique à histoplasma Duboisii

Il s'agit donc d'une histoplasmosse hépatique dans le cadre d'un SIDA.

DISCUSSION

En ce qui concerne les hépatopathies chroniques en général, on observe qu'elles touchent les deux sexes et des patients dont l'âge moyen est un peu supérieur à celui des autres hospitalisés. Aucune ethnie n'est plus particulièrement touchée mais il existe une forte proportion de cultivateurs. Un fort pourcentage des malades vient des régions hors Bamako. Ceci s'explique par la gravité des maladies de foie qui justifie souvent une évacuation sanitaire vers le haut de la pyramide sanitaire.

Du point de vue des signes d'appel, il faut signaler l'extrême banalité des antécédents d'ictère et de bilharzirose qui n'orientent pas particulièrement vers les maladies du foie tant ces deux affections sont répandues dans les antécédents de la population des hospitalisés en général.

Par contre les douleurs de l'hypochondre droit, l'hépatomégalie, l'ascite et l'ictère sont les signes les plus fréquents pour s'orienter vers une hépatopathie chronique.

En ce qui concerne le cancer primitif du foie, l'aspect clinique ne diffère pas des tableaux observés dans les autres pays tropicaux, tels qu'ils ont été répertoriés dans les manuels classiques par GENTILINI - DUFLO (23) en langue française, par COOK (15) dans les pays anglophones.

L'âge moyen est de quarante huit ans et est donc peu différent de l'âge moyen observé au Mali en 1982 par DUFLO : 46,6 ans à partir de 116 cas de cancer primitif du foie à Bamako (23).

Au Sénégal GAMAIN, cité par PHILIPPE, observait en 1984 un âge moyen de trente cinq ans (33).

Pour l'Afrique en général ISAACSON, cité par PHILIPPE, signale un âge moyen de 30-50 ans (33).

Au Gabon PHILIPPE, en 1984, observe un âge moyen de 37,8 ans (33).

...../.....

La prédominance masculine observée dans notre série est conforme à ce qui a été décrit par ISAACSON en 1982, mais bien supérieure à celle qui est observée au Japon (huit hommes pour six femmes) (33)

Dans les pays occidentaux le C.P.F. est aussi rencontré chez la femme mais toujours à une fréquence moindre que chez l'homme. Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer cette prédominance masculine.

- Plus grande fréquence de l'alcoolisme et des maladies chroniques du foie chez l'homme.

- Mise en évidence expérimentale chez le rat femelle d'une meilleure tolérance aux grosses doses d'Aflatoxine.

- Caractère hormono-dépendant du C.P.F. (41) .

La fréquence du C.P.F. au Mali n'a été évaluée que chez les hospitalisés et représente 6 % des cas, comme à Dakar.

Pour l'Afrique en général, l'incidence pour 100.000 habitants est estimée à 6 à 10,3 chez les hommes et de 2 à 30 chez les femmes contre 1 à 4,2 chez les hommes et 0,6 à 1 chez les femmes en Europe et au Moyen Orient (41) .

La plus grande fréquence de C.P.F. chez les Malinké et les Bambaras peut être due simplement à un biais de recrutement. Par contre la fréquence élevée chez les cultivateurs a déjà été notée par GENDRON au Burkina-Faso et BERTRAND en Côte-d'Ivoire (21) . Le rôle des aflatoxines pourrait expliquer ce fait.

Cliniquement la forme tumorale est plus fréquente (80 %) que la forme pseudocirrhotique (20 %). Il n'a pas été noté de formes atypiques, pseudosuppurative.

Biologiquement la fréquente augmentation des transaminases (71 %) dans notre série est étonnante. Classiquement " L'hypertransaminasémie, est moins constante et plus modérée " selon BOIVIN (8). Ceci pourrait être dû à la survenue fréquente du C.P.F. sur une hépatite chronique persistante ou active dans notre série. Le taux de positivité de l'alpha-fœtoprotéine observé dans notre série (81 %) est bien supérieur à celui signalé à Dakar (73,3 %) ou à Ibadan (18)

On souligne donc l'intérêt diagnostique de ce test au Mali. Quant au dosage de l'Hbs, il est positif dans 10 % des cas dans notre série alors qu'à Dakar SOHEL observe 28 % de cas (38)

On souligne aussi la fiabilité de la laparoscopie et de l'échographie pour le diagnostic. Bien qu'elles soient de sensibilité égale, notre préférence va à l'échographie, méthode non invasive, qui associée au dosage de l'alphafoetoprotéine, permet le diagnostic dans pratiquement tous les cas.

Les images échographiques les plus caractéristiques étant l'hépatomégalie, le signe de la bosse, l'échostructure hétérogène et des nodules multiples. Une image en cocarde ou des aspects mixtes doivent aussi faire évoquer le diagnostic.

L'anatomopathologie n'est qu'un examen d'appoint, la sensibilité devra être meilleure grâce à la ponction biopsie dirigée sous échographie, pour l'instant impraticable à Bamako.

En l'absence de cette technique de ponction biopsie dirigée sous échographie, la P.A.F. est utile au diagnostic; elle a l'inconvénient de ne pas être dirigée (sauf dans les formes tumorales massives) mais l'avantage d'être moins dangereuse que la ponction biopsie hépatique à l'aiguille de MENGHINI.

Il faut noter que le cancer secondaire du foie, à l'inverse de ce qui est observé dans les pays occidentaux, est beaucoup moins fréquent au Mali que le C.P.F. (deux cas contre dix neuf cas).

...../.....

CIRRHOSSES DU FOIE :

La coïncidence des aires de répartition géographique des cirrhoses d'une part et du C.P.F. d'autre part, est un fait épidémiologique évident en Afrique noire (10 , 23).

Dans notre série, l'âge est de 35,77 ans ce qui est conforme à celui observé par AGBETRA à Dakar en 1974 (20-40 ans) (1) et peu différent de celui signalé par GENTILINI, qui est de 30 ans (23).

La prédominance masculine dans notre série est de six hommes pour quatre femmes soit 64 % , ce qui est légèrement faible par rapport à celle observée par GENTILINI (6-4 hommes pour 1 femme), mais nos données sont légèrement supérieures à celles observées par AGBETRA (50 % de prédominance masculine).

La Cirrhose du foie est aussi fréquente en Afrique qu'en Europe (31.).

En Europe, l'alcool occupe une place prépondérante dans l'apparition de cette maladie, alors qu'en Afrique, les cirrhoses observées sont dans la grande majorité des cas de type post-hépatitique. Au Mali, classiquement 46 % des cirrhotiques sont porteurs d'Hbs antigène contre 5 % pour des témoins de même sexe et de même âge non cirrhotiques (23).

Dans notre série on observe d'ailleurs que 44 % des cirrhotiques sont porteurs d'antigène Hbs, dans les autres cas on ne peut que faire une présomption d'étiologie en particulier des cirrhoses bilharziennes.

En effet la présence d'oeufs de Schistosoma mansoni dans les selles est extrêmement banale et, associée à une cirrhose, ne signifie pas la cirrhose bilharzienne. Dans aucun cas des biopsies du foie, il n'a été signalé de granulome ou d'oeufs de schistosome pouvant orienter vers une cirrhose bilharzienne.

Le terme de "Cirrhose " est d'ailleurs impropre puisqu'il s'agit, en fait, d'une fibrose hépatique.

Aucun cas d'alcoolisme chronique n'a été observé dans notre série.

...../.....

En Conclusion , ces cirrhoses idiopathiques sont probablement en grande partie post-hépatitiques mais antigène Hbs négatif.

Comme la plupart des auteurs, on note de même que pour le C.P.F., une grande fréquence de cirrhose chez les agriculteurs.

Cliniquement, la forme hypertrophique est la plus fréquemment rencontrée, contrairement à ce que AGBETRA a observé : souvent une plus grande fréquence de forme atrophique à Dakar (1).

Cette forme hypertrophique est le plus souvent associée à une altération de l'état général, un ictère et un syndrome d'hypertension portale.

Biologiquement le syndrome de cholestase est beaucoup plus fréquent que le syndrome cytolytique et d'insuffisance hépato-cellulaire dans notre série.

On note seulement 11 % de cas d'abaissement du taux de Prothrombine au-dessous de 40 %. On note également une fréquence non négligeable de sérologie amibiennne faussement positive au cours de la cirrhose (21 %), de même 11 % d'alphafoetoprotéine positive sur cirrhose.

Ces faux positifs ont déjà été observés (16) .

Dans le cas de l'alphafoetoprotéine positive, il peut s'agir soit d'une réaction croisée, soit d'un hépatome débutant sur cirrhose qui aurait échappé à l'échographie et à la laparoscopie.

Signalons la meilleure fiabilité de la laparoscopie (78 %) par rapport à l'échographie (67 %) pour le diagnostic de cirrhose.

Le meilleur examen reste l'anatomopathologie (95 % de fiabilité).

Le couple laparoscopie - biopsie hépatique est le plus fiable car, seule l'histologie permet d'affirmer ce diagnostic grave en objectivant :

- la fibrose
- la cytolyse modérée avec nodules de régénération non fonctionnels.
- la désorganisation de l'architecture normale du foie (30)

AMIBIASE HEPATIQUE :

L'insuffisance du nombre de cas recensés (deux) ne nous permet pas de faire une comparaison valable avec les autres études. Cependant on note une prédominance masculine comme signalée par CONDAT en 1982 en Côte d'Ivoire qui observe 90 % de cas chez l'homme (14).

LAROCHE à Bujumbura observe la même prédominance masculine en 1987. (15)

Pour CAPDEVIELLE à Yaoundé , le sexe ratio est de 3/1 (11).

L'âge moyen dans nos deux cas est de (27 ans)

Il est de trente huit ans pour LAROCHE (15) quarante cinq ans pour CAPDEVIELLE (11). Trente quatre ans pour CONDAT (14).

Comme classiquement décrit nous avons observé la trilogie : fièvre, hépatomégalie, douleur de l'hypochondre droit .

Dans les deux cas on retrouve une hyperleucocytose supérieure à 10.000/mm³ et une vitesse de sédimentation supérieure à 110.

L'examen parasitologique des selles ne retrouve pas d'amibe. Mais soulignons que ce fait est fréquent au cours de l'abcès amibien du foie qui survient en dehors d'une dysentérie amibienne.

Il faut souligner l'intérêt de la sérologie amibienne positive supérieure à 1/520^e dans les deux cas, indispensable malgré les quelques faux positifs éliminés par l'échographie.

Les faux négatifs semblent moins fréquents, LAVERDANT à propos de 152 cas n'en signale aucun (27).

L'échographie dans les deux cas a mis en évidence des abcès uniques du lobe droit entourés d'une couronne hyperechogène.

Sur ce faible échantillon et en reprenant les données de la littérature on souligne l'intérêt du couple sérologie amibienne et échographie pour le diagnostic de l'abcès amibien du foie.

HEPATITES :

Par hépatites, nous entendons hépatites chroniques soit persistante ou agressive. Notre série n'a comporté que 5 cas, nombre insuffisant pour une étude valable.

Cependant la grande fréquence de ces affections surtout chez l'adulte jeune est observée dans notre série, à un âge moyen de 36,6 ans. Nous avons observé une nette prédominance féminine qui s'explique simplement par le biais de recrutement.

Dans la genèse de ces hépatites chroniques, le virus de l'hépatite B joue un rôle de premier plan.

Il s'agit d'affections très répandues en Afrique noire. Car l'infection par le virus de l'hépatite B est précoce dès les premiers mois de la vie en milieu africain (34), cette précocité favorise le portage chronique et le développement ultérieur de cirrhose post-hépatitique et du C.P.F.

Selon MAUPAS, au Mali, 97,5 % des adultes ont au moins un marqueur sérique du virus B; au Sénégal il observe un taux de 95 % et que 20 % des enfants sont contaminés avant un an, 70 % avant 3 ans et 85 % avant 15 ans (28) .

Cliniquement, l'hépatite chronique persistante est le plus souvent asymptomatique, parfois on note une asthénie, ^{des} troubles dyspeptiques et une pesanteur de l'hypochondre droit.

L'hépatite chronique agressive se manifeste le plus souvent par une altération de l'état général, un ictère inconstant, une fièvre inexplicée, une hépatomégalie.

Ainsi une question essentielle pourrait se poser, celle de déterminer, parmi la population porteuse du virus, la fraction chez laquelle l'infection est agressive même très lentement?

Cette question pourrait trouver sa réponse dans la biologie et plus particulièrement l'immunologie.

L'élévation des transaminases S.G.O.T. et S.G.P.T. est assez évocatrice, avec souvent la présence d'antigène Hbs (1/3 des cas dans notre série).

Mais la recherche des autres marqueurs sériques du virus B n'a pas été faite pour des raisons techniques. Il s'agit de l'antigène Hbe, l'anticorps Hbc, anti-corps Hbs, anti-corps Hbe.

L'examen clé pour le diagnostic de l'hépatite est la laparoscopie plus biopsie hépatique qui est fiable à 100 % des cas dans notre série.

La biopsie sous laparoscopie n'est pas indispensable au diagnostic . Une simple ponction transpariétale à l'aiguille de MINGHINI suffit.

L'échographie n'est pas un bon examen pour le diagnostic d'hépatite.

.../....

TUBERCULOSE DU FOIE :

Dans notre série, neuf patients sont concernés par cette affection, avec une nette prédominance masculine (75 %).

L'âge moyen est de 32,66 ans ^{et} est conforme à celui signalé par DUFLU (33 ans) (19).

La fréquence de la tuberculose du foie est assez variable selon les auteurs.

- CHEVASSUS en 1979, au Mali, à propos de 89 cas de tuberculose, observe 10 cas de tuberculose hépato-splénique soit 12,4 % de l'ensemble des tuberculoses (12).

- GISSE en 1985, au Mali, à propos de 160 cas de tuberculose, observe 8 cas de tuberculose hépatique soit 5 % de l'ensemble des tuberculoses (13).

- PAYET à Dakar, entre 1962-1966, à propos de 400 cas de tuberculose, observe 23 cas de tuberculose hépatique soit 5,75 % de l'ensemble des tuberculoses (32).

A Paris, dans un service de Médecine générale, DUFLU collige 16 cas de tuberculoses hépatiques découvertes en 5 ans. (19).

Par ailleurs GENDRON et WRIGHT signalent la fréquence de l'atteinte tuberculeuse du foie au cours des tuberculoses (22 , 41).

A l'autopsie, ils observent respectivement une fréquence de 30 % (22) et 80 % (41).

Signalons que ^{chez} quatre de nos patients (44 %), il n'a été retrouvé aucun antécédent de tuberculose, d'atteinte extra-hépatique décelable, ni de notion de contagion.

Ce qui laisse à penser que selon toute vraisemblance, il s'agirait d'une tuberculose hépatique après une primo-infection tuberculeuse asymptomatique.

Les 55 % restants sont des tuberculoses secondaires du foie, car la notion de contagion et de manifestations pulmonaires sont retrouvées dans 80 % des cas, et dans 20 % des cas, des antécédents de tuberculose pulmonaire.

La symptomatologie de la tuberculose hépatique est peu évocatrice; fièvre quasi constante, d'intensité variable, contrastant avec un état général relativement altéré.

Biologiquement , l'anomalie la plus fréquemment rencontrée est l'élévation des phosphatases alcalines.

Une lymphocytose présente une valeur d'orientation.

L'intradermo réaction à la tuberculine était positive à plus de de 10 mm. dans 67 % des cas.

Dans 11 % des cas, l'alphafoetoprotéine était faussement positive.

L'échographie ne montre pas de modifications spécifiques.

A la laparoscopie , l'aspect le plus fréquemment rencontré est une hépatomégalie, de consistance molle, sa surface présentant des granulations blanchâtres avec parfois la présence d'ascite et d'adhérences.

La biosie hépatique est la clé du diagnostic.

En conclusion : la laparoscopie avec biopsie du foie est le meilleur examen pour diagnostiquer la tuberculose hépatique. La coexistence d'un autre foyer tuberculeux en particulier pulmonaire n'est pas obligatoire mais aide grandement au diagnostic.

Il est vraisemblable qu'un grand nombre de tuberculoses hépatiques associées à une tuberculose pulmonaire ne sont pas diagnostiquées, mais de toute façon traitées au vu de la radiographie du thorax et/ou de la présence de bacilles de KOCH dans les crachats.

FOIE CARDIAQUE :

Il n'a été recensé que deux cas de foie cardiaque.

Un sujet de 26 ans jeune masculin, et une femme de 31 ans.

Les critères diagnostiques dans les deux cas ont été :

Les signes d'insuffisance cardiaque, le caractère congestif de l'hépatomégalie, la dilatation des veines sus-hépatiques et/ou cave inférieure à l'échographie. Une recherche négative des marqueurs sériques. Dans le cas où la laparoscopie a été pratiquée elle revela une hépatomégalie, rouge, lisse, molle.

Le diagnostic de certitude provient de l'histologie qui révèle, à la phase aiguë, une nécrose avec congestion centro-lobulaire et, à la phase chronique, la différenciation avec l'aspect de cirrhose est difficile.

En conclusion : A la phase chronique c'est surtout le contexte de la cardiopathie causale qui permet le diagnostic.

La laparoscopie a surtout l'intérêt d'éliminer les autres étiologies.

Par contre l'échographie permet d'observer des signes évocateurs de foie cardiaque.

Son association à une échographie cardiaque devrait permettre dans l'avenir d'observer un plus grand nombre de foie cardiaque chronique et donc de diminuer le nombre de cirrhoses ou fibroses du foie dites idiopathiques.

A propos des foies vasculaires, signalons que nous n'avons pas observé de syndrome de BUDD-CHIARI ou l'échographie est une aide précieuse au diagnostic (dilatation des veines sus-hépatiques, hypertrophie du lobe caudé).

FOIE PALUSTRE :

Les deux cas recensés ne permettent pas d'analyser l'aspect clinique, biologique de cette hépatopathie et les anomalies observées par les examens complémentaires.

Signalons simplement que devant une hépatomégalie chronique, surtout si elle est associée à une splénomégalie, il faut penser au foie palustre.

L'échographie et la laparoscopie apportent peu d'arguments au diagnostic. On s'attache surtout à la présence du pigment malarique à la biopsie du foie, à la positivité de l'immunofluorescence indirecte, à l'augmentation de la protéidémie et d'immunoglobuline M (36).

Le meilleur test est la régression de l'hépto-splénomégalie sous traitement par la chloroquine pendant plusieurs mois.

Quant au cas d'histoplasme hépatique, il permet de rappeler les faits suivants :

- L'histoplasme n'est pas exceptionnelle au Mali, 24 cas y ont été diagnostiqués de 1945 à 1987 (35) .
- Il s'agit dans tous les cas d'Histoplasma Duboisii .
- Il faut penser à une granulomatose hépatique devant une hépatomégalie lisse, sensible ou indolore, associée à une fièvre modérée.

La laparoscopie avec biopsie est le meilleur examen pour le diagnostic.

- Il est vraisemblable que la fréquence des histoplasmoses en particulier hépatiques ira en s'accroissant avec l'augmentation du nombre de cas de SIDA. Histoplasma est en effet un des champignons opportunistes compliquant l'infection par le V.I.H. (Virus de l'Immuno-déficienc e Humaine).

.../...

NO IS AT NO O

L'hépatomégalie est un symptôme majeur en Médecine interne, sa fréquence permet de souligner le grand nombre d'affections chroniques du foie au Mali. La cirrhose et le cancer primitif du foie qui est une des causes principales de mortalité chez l'adulte jeune, restent des fléaux. Seule une vaccination précoce contre le virus de l'hépatite B permettra de faire diminuer leur prévalence.

L'introduction de l'échographie à l'hôpital du Point-G, depuis plus d'un an a considérablement amélioré le diagnostic des hépatopathies, mais n'a pas supplanté complètement les autres examens dont on peut préciser actuellement les indications:

- Le bilan hépatique biologique est indiqué chez tous les malades porteurs d'hépatopathie. Non invasif il a un intérêt diagnostique (hépatites, cirrhoses), pronostic (taux de prothrombine) et permet d'orienter vers la laparoscopie ou l'échographie.

- Le dosage de l'alphafoetoprotéine, des anti-corps amibiens, et des marqueurs de l'hépatite B gardent tout leur intérêt étiologique malgré l'existence de faux positifs et de faux négatifs compensés par les autres examens du foie.

- La ponction à l'aiguille fine par son innocuité et sa rapidité est un bon examen pour le dépistage des G.P.F. mais elle nécessite la présence d'un cytologiste averti.

- La laparoscopie, malgré l'introduction de l'échographie, garde un certain nombre d'indications: Tuberculose péritonéo-hépatique et granulomateuse en particulier.

Au cours des cirrhoses, des G.P.F., des foies cardiaques, des abcès amibiens du foie, elle n'est plus nécessaire en première intention, mais lorsque le diagnostic échographique est incertain. Dans tous les cas elle présente l'avantage par rapport à la biopsie hépatique trans-pariétale à l'aiguille de MENGHINI de pratiquer des biopsies à la pince sur des lésions suspectes (métastases, granulomes, péri-hépatites).

- L'échographie a un atout majeur :

Son innocuité. Praticable en externe, n'utilisant ni réactifs, ni frais collatéraux, elle représente le meilleur examen de dépistage morphologique des hépatopathies.

Sa fiabilité est surtout bonne au cours des abcès amibiens du foie et au cours du C.P.F.

Deux techniques complémentaires devraient dans l'avenir permettre d'améliorer sa fiabilité :

* L'échographie cardiaque au cours des foies cardiaques.

* La ponction biopsie dirigée sous échographie, en particulier pour le diagnostic des C.P.F. des métastases, des kystes et abcès.

- L'anatomopathologie est certainement l'examen le plus fiable pour un diagnostic précis, indispensable pour le diagnostic des cirrhoses et surtout des granulomatoses. Son principal inconvénient est de nécessiter un geste invasif.

Pour les autres diagnostics aux images histologiques, on peut substituer une image échographique de plus en plus fine grâce aux échographes modernes.



BIBLIOGRAPHIE

1. AGBETRA (M.A.)
Contribution à l'étude de l'immunité tissulaire dans la cirrhose commune de l'Africain.
Thèse : Doct. Med. 1974 Dakar.
2. BAGAYOKO (D.) :
Etude critique de l'activité d'un service de médecine interne à Bamako.
Thèse : Doct. Méd. 1984. Bamako.
3. BENHAMOU (J.P.), BERNARD (D.), VIALLET (A.)
L'exploration fonctionnelle hépatique dans les cancers du foie.
Entretiens de Bichat . Médecine 1961.
4. BENHAMOU (J.P.) BERNUAU (J.), DE GROOTE (J.), DESMET(V), DRUCKER(J), FREI (P.), GARDIO (D.), GOUDEAU (A), MAJPAS (P); MICHEL (H); OPOLON(P), RICHER(G.), TREPO (G.)
L'hépatite virale.
Masson ed. Paris. 1979. 184 p.
5. BENHAMOU (J.P.) FAUVERT (R.);
Le cancer primitif du foie en France à propos de 25 Observations.
Sem. Hôp. (Paris), 1958, 34, 121-134.
6. BLUMBERG (B.S.)
Hépatite B et prévention du carcinome hépatocellulaire (Editorial)
Mouv. Press. Med. 1982, 12, 903-95
7. BOUCOM (M.)
Etiologies des hépatomégalies chez l'adulte à Bamako, à propos de 158 cas.
Thèse : Doct. Med. 1979. Bamako.
8. BOISIN (P.), BESSON (R.), HARTMAN (L.), FAUVERT (R.);
Les transaminases du sérum en pathologie hépatobiliaire.
Rev. franç. et Clin. biol. 1959, 4, 349-362
9. BOURGOIN (J.J.)
Le cancer primitif du foie à Dakar à propos d'une statistique hospitalière de 1667 cas.
Thèse : Doct. Med. 1967 Dakar.
10. CAMARA (M) ;
Etude des marqueurs sériques de l'hépatite B à propos de 20 cas de cirrhose et 74 cas de C.P.F. à Dakar.
Thèse : Doct. Med. 1983. Dakar.
11. GAPDEVIELLE (P.), CONTE (F), AGBOREGBE (H), DELMARRE(B.) BAROUTI(H.)
Aspects médicaux de l'amibiase hépatique à Yaoundé, à propos de 23 cas.
Med. Trop. 1983, 43, 309-314.

...../.....

12. CHEVASSUS (G.)
Les tuberculoses extrapulmonaires à Bamako, à propos de 89
malades dépistés en un an.
Thèse : Doct. Méd. Lyon 1979.
13. CISSE (A.A.)
Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose en
Médecine interne à l'hôpital du Point-"G" à propos de 160 cas.
Thèse : Doct. Med. 1985. Bamako.
14. CONDAT (J.M.) LEGESNE (J.L.), TICOLAT (R.), NIEMKEY (E), SOUBEYRANP (J),
MERRIEM (Y), CHARMOT (G.);
L'Amibiase hépatique: Aspects actuels 161 Observations.
Sem. Hôp. (Paris), 1982, 58, 579-589.
15. COOK (G.C.);
Tropical gastroenterology oxford university.
Press. éd. Oxford, 1980. 484 p.
16. DIALLO (A.N.), PICHARD (E.), MAYENTAO (M.), NIAMBELE (I), B. DUFLO-
MOREAU, DUFLO (B), TRACRE (H.A.), DIALLO (D.A.) MAIGA (I.I.)
Les Splénomégalias en Médecine interne à Bamako à propos de
235 cas .
Bull. Soc. Path. Exot. 1986, 79, 670-675.
17. DIEBOL (D.J.), CAMILLERI (I.P.),
Foie et affections du sang.
Masson Ed. Paris 1974. 205 p.
18. DIOP (B.) LEBLANC (L.)
L'alphafoetoprotéine dans le cancer primitif du foie.
Med. Afr. noire, 1972, 19, 853-855.
19. DUFLO (B.) COCHETON (J.J.), CHRISTOFOROV (B.) GUERRE (J.), LOUVEL (A),
PEQUIGNOT (H.);
Intérêt de la ponction biopsie hépatique dans les tuberculoses
de diagnostic difficile.
Entretiens de Bichat Med. Paris.
Expan sion scientifique Française, 1973, 225-228.
20. DUFLO MOREAU (B.) , MAGASSA (M.), DIALLO (A.N.) , DEMBELE (E),
DUFON (G), GOUSSIRA(T), SIDIBE (S.) RHALY (A.AG), DUFLO (B.);
Le cancer primitif du foie au Mali .
A propos de 116 cas examinés à l'hôpital du point-"G" (Bamako)
Mali Méd. 1982, 5, 26-28.
21. GENDRON (Y.) JOSSERAND (G), CONDAT (M.), LAROCHE (R.), SIROL (I),
Le cancer primitif du foie dans un hôpital rural en Haute-volta
Med. Trop. 1974, 34, 91-98.
22. GENDRON (Y), PEGHINI (M.),
Ponction biopsie hépatique au cours des tuberculoses évolutives
de l'adulte africain à propos de 142 cas.
Med. Trop. 1982, 42, 43-46.

23. GENTILINI (M.), DUFLO (B.)
Medecine Tropicale.
Flammarion Médecine-Sciences, 4è édition 1986.
24. HOLM (H.) KRISTENSEN (J.) RASMOSSEN (S), PEDERSEN (J.), HANGKE (S),
JENSEN (F.), GAMME (L.) GAARD (J), SIMITH (E.);
Ultrasonographie abdominale.
Echographie statique et dynamique.
Simep. ed. Willem banre, 1980, 276 p.
25. LAROCHE (R.) MOLARD (D.) NDABANELE (E), NGAMIYE (E.), AUBRY (P.)
L'amibiase hépatique à Bujumbura (Burundi) à propos de 27
cas observés en 16 mois.
Bull. Soc. Path. Exot. 1987, 80, 196-201
26. LAROUZE (B), DUFFET (C);
Epidémiologie des hépatites virales A et B.
Rev. Prat., 1978, 28, 1883-1893.
27. LAVERDANT (C), DENEÉ (J.M.) ROUE (R.)
L'amibiase hépatique: étude de 152 observations.
Gastro-enterol Clin. Biol., 1984, 8, 838-844.
28. MAUPAS (P.), CHIRON (J.p), GOUDEAU (A.), COURSAGET (P.), PERRIN (J),
BARIM (F.), YVONNE (B.), DUBOIS (F.) DUFLO (B), DUFLO MOREAU (B.),
SIDIÈBE (S.), DIALLO (A.N.)
Epidémiologie et conséquences pathologiques du portage chronique
du virus de l'hépatite B au Mali.
Bull. Soc. Path. Exot. 1981, 74, 722-732.
29. PAYAM (M.Y.)
Aspects anatomopathologiques des cancers du foie.
Med. Afr. Noire 1984, 31, 8-9
30. PAYET (M.), CAMAIN (R.), ARMENGAUD (R), ;
Anatomie pathologique microscopique des cirrhoses des Africains.
Med. Afr. Noire, 1958, 5, 199.
31. PAYET (M.), CAMAIN (R), PENE (P.), ARMENGAUD (R.)
Les cirrhoses en A.O.F.
Med. Afr. Noire 1958, 5, 1.
32. PAYET (M.), SANKALE (M.), DIOP (B.), FRAMENT (V.), ANGELLE (J.P.),
La tuberculose de l'adulte africain dans un service de médecine
générale à Dakar.
Med. Afr. Noire, 1967, 14, 613-623.
33. PHILIPPE (E.), KHALIL (A.), CHAMLIAN (A.), MENYE (P.A.), NDONG-NGUEMA
DIANE (C), WALTER (P.)
L'hépatocarcinome au Gabon.
Med. Afr. Noire, 1984, 31, 303-305.
34. RICHARD (E.), GISSE (H.), SIDIBE (A.), FIS (H.A.)
Prévalence des marqueurs de l'hépatite virale B chez les
nourrissons en milieu rural africain.
Med. Hyg. ; 1987, 45, 2925-2926.

35. PICHARD (E.), DUFL0 (B.), SANGARE (S.), NACO (A), DIALLO (A.N.)
L'histoplasmosse africaine au Mali.
Ann. Med. interne: 1987, 138, 278-281.
36. PICHARD (E.), TRAORE (T.) MAIGA (Y.) LE DU (Y), DIALLO (A.), TRAORE(HA)
Les splénomégaties tropicales avec macroglobulinémie au Mali.
Med. Afr. Noire 1987, 34, 275-284.
37. SHERLOCK (S.),
Diseases of the liver and biliary System.
Blackwell Scientific Publications Ed.
Oxford, 1975, 821 p.
38. SCHEL (M.)
Etude de la gammaglutamyl-Transpeptidase dans le carcinome primitif du foie et la cirrhose commune chez le noir africain à Dakar.
Thèse : Doct. Med, 1977, Dakar.
39. TIMBO (S.),
Contribution à l'étude des cancers primitifs du foie à propos de 100 cas dans le service de médecine interne au Point "C"
Thèse : Doct. Med. 1982. Bamako.
40. WHITTLE (H.G.), BRADLEY (A.K.), Mc LAUHLAN (K) AJDUKIEWICK (A.),
HOWARD (G.R.), ZUGKERMANN (A.J.);
Hepatitis B virus infection in two Gambian villages.
Lancet 1983, 1, 1203-1206.
41. WRIGHT (R.) , ALBERTI (K), KARRAN (S.), MILLWAR (D)- SÄDLER (G);
Liver and biliary Disease.
Saunders ed. London, 1979, 1345 p.

FICHE D'ENQUETE SUR LES ASPECTS
ULTRA SONOGRAPHIQUES DES HEPATOPATHIES

Numero :

Hospitalisé:

Sal.e :

Renseignements Personnels !

Nom :

PRENOM :

Age :

Ethnie :

Domicile:

Sexe :

Profession :

Alcoolisme:

Tabagisme :

Prise du Médicaments !

Nature

Dose

Durée

Antecedents d'ictère !

Date :

- Etiologie

- Evolution:

Antecedents de Diarrhée !

Date :

- Etiologie

- Evolution:

Antecedents de Bilharziose !

Date :

- Etiologie

- Evolution

Antecedents Personnels !

- Medicaux

- Chirurgicaux

- Obstetricaux

Antecedents familiaux :

CLINIQUE :

Date de debut des signes :

Temperature :

F O I E :

- Hauteur
- Bord inferieur
- Face anterieure
- Sensibilite
- RHJ
- Consistance
- Souffle

- C.V.C
- Ascite
- Pleuresie
- Perte de Poids
- Diarrhee

Oedemes

Ictere

Prurit

Arthralgie

Urines

Selles

Autres Signes cliniques:

R A T E :

Stade

Sensibilite

Aspect.

C O E U R :

F C G

B I O L O G I E

Valeurs

Valeurs

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| * <u>S G O T</u> | * <u>Foeto-Protrine</u> |
| * <u>S G P T</u> | * <u>HBS antipene</u> |
| * <u>Fer serique</u> | * <u>Serologie ambiene</u> |
| * <u>Phosphatases alcalines</u> | * <u>Ferologie hydatique</u> |
| * <u>Bilirubine libre</u> | * <u>Amylases</u> |
| * <u>Bilirubine conjugee</u> | * <u>Electrophorese des protides</u> |
| * <u>Taux de prothrombine</u> | * - <u>Albumine</u> |

- 1
- 2
- _____
- _____

Numeration formule Sanguine

PARASITOLOGIE

- Selles
- Urines
- B M R
- Frottis G.Epaisse.

* Ascite

* Autre liquide

FIBROSCOPIE

- * Duodenum
- * Estomac
- * Oesophage
- * Biopsie n°

II- CHOGRAPHIE //

1°) FOIE

2°) R A I E

3°) Autre organe

RADIO-SCOPIE //

- * Coupoles diaphragmatiques droites
- * Pleuresies
- * Poumons
- * Autres.

PONCTION A L'AIGUILLE FINE //

LAPAROSCOPIE // DATE :

- Foie
- Voies biliaines
- Ligament rond
- Peritoine
- Rate
- Biopsie N°

Date

Resultat.

T R A I T E M E N T S // DATE

Nature

DOSES

Durée

E V O L U T I O N . // DUREE

- * Clinique
- * Biologique
- * Radio
- * Echographique.
- * Deces.

D I A G N O S T I C D E C E R T I T U D E

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

NOM :

PRENOMS :

TITRE DE LA THESE :

ANNEE :

VILLE DE SOUTENANSE :

PAYS D'ORIGINE :

LIEU DE DEPOT :

SECTEUR D'INTERET :

RESUME :

MOTS - CLES :

