
COLE NATIONALE DE MEDICINE
ET DE PHARMACIE

92-n-37

**APPORT A L'ETUDE DES MASSES ABDOMINALES DE L'ENFANT
A PROPOS DE 24 CAS COLLIGES A L'HOPITAL GABRIEL TOURE
ET A L'HOPITAL DU POINT G
DE SEPTEMBRE 1990 A SEPTEMBRE 1991.**



PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE.....1993

DEVANT

L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

PAR

M^{lle} COULIBALY ADAMA BALLA
NEE LE 9 NOVEMBRE 1968 A PARIS (FRANCE)

POUR OBTENIR LE GRADE DE **DOCTEUR EN MEDECINE**

DIPLOME D'ETAT

JURY:

PRESIDENT - PROFESSEUR BOCAR SIDY SALL
MEMBRE - PROFESSEUR SINE BAYO
- DOCTEUR MADANY TOURE

DIRECTEUR DE THESE: **PROFESSEUR TOUMANY SIDIBE**

DEDICACES

A mon père le Dr Balla Coulibaly

Votre vœux le plus ardent a toujours été de faciliter et de garantir la réussite de vos enfants. C'est grâce à vous que j'ai cherché à devenir médecin. Vous avez été pour moi un père et un maître. Vous n'avez ménagé aucun effort pour me donner des explications et des conseils à chaque fois que cela était nécessaire.

A ma mère Alima B. ~~traoré~~ Traoré

Je vous dois ma formation de base. Ce travail est le fruit de l'arbre que vous avez planté. Aussi vous m'avez toujours encouragé dans mes travaux menagés pendant les vacances scolaires. *d'étude* Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A ma grand mère Djibé Coulibaly

Pour l'affection que vous avez toujours éprouvée pour moi. Soyez en remerciée.

A mes frères et sœurs.

Merci pour tout le sacrifice consenti pour moi. Puisse ce travail vous servir d'exemple à suivre.

A mes tantes et oncles.

Trouvez ici le témoignage de ma profonde et respectueuse admiration.

A mes cousins et cousines

Je vous souhaite courage.

A mon fiancé Mantala Sangaré

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail. Merci pour le soutien indéfectible. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour le sacrifice consenti pour moi et de toute mon affection.

A mes beaux parents.

Merci pour toute l'affection que vous m'avez portée

A mon fils Gaoussou Sangaré.

Puisse ce travail te servir d'inspiration

A mes Amies :

Madina Diallo

Tu ne t'es jamais fatiguée à aller me voir à l'internat . Merci pour le soutien moral

Mastan et Marguërite Dembéle

Pour les bon moments de vie de l'internat passé ensemble que je regrette toujours

Dado Diarra

Pour toute l'affection que vous avez pour moi et les bons moments
passés ensemble à l'internat.

" L'amitié est une confiance " comme dit un proverbe bambara

Merci pour la confiance que vous placez en moi

A toute la promotion 1985-1991

Pour les moments passés ensemble

A Ali Houréina Sow et à mes aînés Chaïbou Iacko et Koubicou
Dembélé.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour mes réussites de
travail.

A tout le personnel du service de pédiatrie et de chirurgie
infantile.

Ce travail est aussi le vôtre

A la direction du Corps enseignant et à tout le personnel de
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP)

Toute ma reconnaissance.

A notre maître et président du jury: Le Pr Fouar Sidy Sall

C'est un grand bonheur que vous me faites d'accepter la présidence de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Merci pour les cours que vous nous avez donné durant notre formation, votre soutien indéfectible pour la réussite de ce travail et pour tout ce que vous avez fait pour et avec nous. Car avant d'être mon professeur vous avez d'abord été un bon père pour moi.

Trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et membre du jury : le Professeur Amé Bayo

Vos qualités de pédagogues et votre constante disponibilité ne laisseront le souvenir d'un maître assidu. En réalité ces quelques mots ne suffisent pas pour qualifier vos immenses qualités.

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance pour votre aide au cours de ce travail

Au Dr Madany Touré

Vous m'avez séduit pour l'amour que vous avez pour votre travail.

Vous ne vous êtes jamais fatigué de me donner des explications.

Vous vous êtes toujours occupé de nos malades dans les ^{plus} brefs délais même au risque de perturber votre propre programme.

Nous vous sommes très reconnaissant.

A notre maître et directeur de thèse : Le Pr Toumany Sidibé

Votre sens du travail bien accompli fait de vous un maître exemplaire. Je vous remercie de m'avoir accepté dans votre service et d'accepter de m'encadrer avec toutes vos occupations.

Trouvez ici le témoignage d'une sincère admiration d'un profond respect et de toute ma reconnaissance pour avoir conduit à bon port ce travail

ÉCOLE NATIONALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNÉE UNIVERSITAIRE 1992-1993

LISTE DES PROFESSEURS

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Professeur ISSA TRAORI | Doyen |
| Professeur BOURACAR S.CISSÉ | Premier Assesseur |
| Professeur Amadou DOLO | Deuxième Assesseur |
| Docteur Bernard CHANFREAU | Conseiller technique |
| Professeur Bakary M.CISSÉ | Secrétaire Général |

D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGRÉGÉS

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| Pr Abdel Karim KOUMARE | Chef D.E.R. de Chirurgie |
| Pr Mamadou Lamine TRAORE | Chirurgie Générale |
| Pr Aloori BA | Ophthalmologie |
| Pr Rocar SALL | Ortho-Traumat. Secourisme |
| Pr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| Pr Abdou Alassane TOURE | Ortho-Traumat. |
| Pr Amadou DOLO | Gynéco-Obstétrique |
| Pr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

| | |
|---------------------------|---------------------|
| Dr Madame SY Aida SOW | Gynéco-Obstétrique |
| Dr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| Dr Mamadou L. DIOMBANA | Odonto-Stomatologie |
| Dr Salif Diakité | Gynéco-Obstétrique |
| Dr Abdoulaye DIALLO | Ophthalmologie |
| Dr Alhousseïni Ag MOHAMED | O.R.L. |
| Dr Mme DIANE F.S. DIABATE | Gynéco-Obstétrique |
| Dr Abdoulaye DIALLO | Anesth.-Réanimation |
| Dr Sidi Yaya TOURE | Anesth.-Réanimation |
| Dr Gangaly DIALLO | Chirurgie Générale |
| Dr Sékou SIDIBE | Ortho-Traumatologie |
| Dr A.K. TRAORE DIT DIOP | Chirurgie Générale |

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGRÉGÉS

| | |
|---------------------|-------------------|
| Pr Brehima KOUMARE | Microbiologie |
| Pr Sino BAYO | Anatomie-Path. |
| Pr Gaoussou KANOUTE | Chimie analytique |
| Pr Yaya FOFANA | Hématologie |
| Pr Ogobara DOUMBO | Parasitologie |

2. DOCTEURS D'ÉTAT

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Pr Yéya Niémoko TOURE | Biologie |
| Pr Amadou DIALLO | Biologie - Chef D.E.R. Sc. Fond. |
| Pr Yémmeque A.DEMBELE | Chimie Organique |

Dr Elimane MARIKO
Dr Ousmane DOUMBIA
Dr Drissa DIALLO

Pharmacodynamie
Pharm.Chim Chef D E R SCES PHARM.
Matières Médicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE
1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Sidi Yaya SIMAGA
Pr Moussa A. MAIGA
Dr Hubert BALIQUE

Santé Publique (chef D.E.R.)
Santé Publique
Maitre de conf. Santé Pub.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Bernard CHANFREAU
Dr Jean Michel MOURILLE
Dr Bocar G. TOURE
Dr Sory I. KABA
Dr Sanoussi KONATE

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

CHARGES DE COURS

Dr Mme Cisse A. GAKOU
Pr N'Golo DIARRA
Pr Bouba DIARRA
Pr Salikou SANOGO
Pr Daouda DIALLO
Pr Bakary I. SAKKO
Pr Yoro DIAKITE
Pr Sidiki DIABATE
Dr Aliou KEITA
Dr Boubacar KANTE
Dr Souleymane GUINDO
Dr Mrs Sira DEMBELE
Mr Modibo DIARRA
Mrs MAIGA Etoumata SOKONA

Galenique
Botanique
Bactériologie
Physique
Chimie Générale et Min.
Biochimie
Maths
Bibliographie
Galenique
Galenique
Gestion
Maths
Nutrition
Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Dr Nouhoum ONGOIBA
Dr Sahare FONGORO
Dr Bakoroba COULIBALY
Dr Benoit KOUMARI
Dr Ababacar I. MAIGA
Dr Mamadou DEMBELE
Dr Sadio YENI
Dr Ibrahim ALWATA
Dr Adama D. KEITA
Dr Fatiana KEITA
Dr Massamba SAKKO

Chirurgie
Néphrologie
Psychiatrie
Chimie Analytique
Toxicologie
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Ortho-traumatologie
Radiologie
Pédiatrie
Santé Publique

C. E. S

Dr Georges TARA (CÔTE D'IVOIRE)
Dr Abdou ISSA (NIGER)
Dr Amadou DIALLO (Sénégal)
Dr Askia Mohamed (NIGER)
Dr Oumar FOFE
Dr N'DJIKAM Jonas (CAMEROUN)

Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie

P L A N :

INTRODUCTION

1

2

I RAPPELS

5

5

1 ANATOMIE

8

2 RAPPEL ETIOLOGIQUE

II METHODOLOGIE

32

1 LIEU

2 PERIODE

3 MATERIEL ET METHODE

4 ECHANTILLONNAGE

III RESULTATS

35

1 RESUME DE CHAQUE CAS

35

2 SYNTHESE DES DIFFERENTS PROBLEMES EN
RAPPORT AVEC:

90

- LE DIAGNOSTIC

- LE TRAITEMENT

- LE PRONOSTIC

- LE SUIVI

IV COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

93

V CONCLUSION

113

VI RECOMMANDATIONS

115

VII BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Nous définissons comme masse abdominale chez l'enfant toute tuméfaction palpable au niveau de son abdomen. Il s'agit d'une pathologie qui n'est pas fréquente.

Cependant cette fréquence est très variable suivant les statistiques à cause des recrutements préférentiels de certains cas et le rejet d'autres : les splénomégalies, les cirrheses hépatiques, les masses pariétales, les masses abdominales au cours des abdomens aigus.

C'est ainsi que de juillet 1983 à février 1984 (8 mois) 36 dossiers ont été recensés dans les services de pédiatrie, de chirurgie infantile des 2 CHU d'Abidjan par Zaka Bi Goore, 53 cas de 1981 à 1986 (5 ans) à la pédiatrie du CHU de Dakar, par Martin S.L et COLL., 165 cas en 15 ans de 1961 à 1975 par Rival, F.Milsant et R.Mainard dans les services de pédiatrie, de chirurgie et d'urologie du CHU de Nantes.

La découverte d'une masse abdominale de l'enfant pose toujours des problèmes diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Certaines tumeurs abdominales imposent une thérapeutique urgente qui nécessite un diagnostic rapide. Du fait du faible volume abdominal de l'enfant toute masse quelle que soit son origine se comporte rapidement comme étant intrapéritonéale.

Cependant, elle peut exister dès la naissance, rester latente et se révéler à une fréquence variable tout au long de l'enfance.

Le pronostic dépend évidemment de la nature bénigne ou maligne de la masse, mais aussi et surtout de son stade de

découverte. Et malheureusement, il se trouve que la plupart du temps il s'agit d'une malignité : 66% pour Chevrier, 63% pour Verger et 54% dans les statistiques du CHU de Dakar. En outre nos malades sont vus tard.

Le siège rétro-péritonéal est le plus fréquent et serait de 60 à 65 % tous âges confondus selon Rival et Coll.

D'importants progrès ont été réalisés ces dernières années dans le diagnostic et le traitement des masses abdominales, modifiant ainsi le pronostic. Notons l'avènement d'une technique nouvelle d'exploration inoffensive ne retardant, ni ne compliquant l'acte chirurgical et permettant très vite de circonscrire la discussion diagnostique : l'échographie.

L'association à la chirurgie de la radiothérapie et de la chimiothérapie a fait que le pronostic des tumeurs malignes a été amélioré. Ainsi en 1977 Rival et Coll. ont évalué le taux de guérison du néphroblastome à 60-70% alors qu'il était de 40 à 45% dans les années 50 à 60 selon SUTOW (W.W.) et Coll. Pour les tumeurs bénignes qui sont le plus souvent d'origine malformative le progrès réside dans leur découverte et la chirurgie avant l'installation de dégâts tissulaires irréversibles.

Au Mali, il y a eu une thèse sur les masses volumineuses de l'abdomen par Traoré Oumar Sassi en 1990.

Cette étude a concerné surtout les adultes (2 Enfants pour 18 adultes en une année d'échantillonnage).

Des travaux ont été réalisés sur quelques étiologies par l'équipe des assistants soviétiques au Mali et les chirurgiens de l'Hôpital Gabriel Touré en 1990 : notamment les néphroblastomes

les péritonites et les cas de splénectomie. Ces chirurgiens se sont penchés sur les cas cliniques observés avec les problèmes rencontrés au cours du diagnostic et du traitement.

Par ailleurs quelques masses abdominales ont été recensées dans les thèses réalisées sur les tuberculoses extra pulmonaires par Mme Coulibaly Kany Diabaté en 1979, les étiologies des ascites à Bamako par Coulibaly Cheick omar en 1979 et les invaginations intestinales aiguës par Touré Bréhima Y. en 1990.

Vu l'importance du sujet, les problèmes qu'il pose et l'absence d'étude au Mali nous avons abordé les masses abdominales chez l'enfant en nous fixant comme objectif à atteindre de :

- Faire le diagnostic de siège et d'organe ;
- Evaluer :
 - * La fréquence selon le siège ;
 - * Le coût du bilan et du traitement ;
- Repertorier les problèmes rencontrés au cours du bilan et du traitement.

I RAPPELS

A RAPPEL ANATOMIQUE :

1 L'Abdomen :

C'est la partie inférieure du tronc. Il est limité en haut par le muscle diaphragmatique qui le sépare de la cavité thoracique et par le plancher pelvien qui forme en bas le petit bassin.

1-1 Les Parois :

La cavité abdominale est délimitée par des parois ostéo-articulaire et musculaire :

- En arrière le rachis dorso-lombaire (D12- L5).
- En bas le bassin osseux.
- En haut la partie inférieure de la cage thoracique.
- Ces éléments squelettiques supportent un puissant dispositif musculo-aponévrotique constitué de chaque côté par les muscles abdominaux: le transverse, le grand et le petit oblique, en avant les grands droits et inconstamment le pyramidal.

La projection sur la paroi abdominale des divisions topographiques offre à l'étude neuf régions:

- A l'étage thoraco-abdominal l'épigastre au centre , de part et d'autre les deux hypochondres (gauche et droit).
- Immédiatement en dessous, la région péri-ombilicale séparant les deux flancs (gauche et droit).
- Plus bas, l'hypogastre est encadré par les deux fosses iliaques (gauche et droite).

1-2 Le Contenu :

- La cavité péritonéale proprement dite en avant
- L'espace retroperitonéal en arrière.

1-2-1 La Cavité Péritonéale :

Le péritoine avec ses 2 feuilles^t viscéral et pariétal délimite une cavité virtuelle qui est la cavité péritonéale.

Le mésocôlon transverse subdivise cette cavité en 2 étages :

- L'étage sus mésocolique avec le foie, la rate, l'oesophage abdominal, l'estomac, les deux premières portions du duodénum (D1 et D2) la quasi totalité du pancréas à l'exception du processus incinatus.

- L'étage sous mésocolique avec le colon droit et gauche , le jéjuno-iléon (relié à la paroi par le mésentère), le processus incinatus du pancréas et les deux dernières portions du duodénum (D3 et D4).

1-2-2 L'espace retroperitonéal :

C'est l'espace situé en arrière du péritoine pariétal postérieur.

Il contient englobé dans un tissu conjonctif cellulo-graisseux plus ou moins abondant :

- Latéralement : les reins, les uretères et les surrénales
- Dans les régions médianes les gros vaisseaux pré-vertébraux : aorte abdominale à gauche et veine cave inférieure à droite, les lymphatiques sous diaphragmatiques, les chaînes nerveuses ganglionnaires sympathiques.

2 Le Petit bassin :

Il est séparé de la cavité abdominale par le dédroit supérieur et contient :

- Chez le garçon la vessie et le rectum
- Chez la fille en plus de ces deux organes les ovaires ,
les trompes (annexes), l'utérus et le vagin.

3 Particularité chez l'enfant :

Comme annoncé dans l'introduction toutes tumeurs développées aux dépens des organes retro-peritonéaux, sous péritonéaux ou intra-péritonéaux se comportent cliniquement comme intra-péritonéales.

Donc les études sur les tumeurs abdominales engloberont les localisations intra-péritonéales, sous-péritonéales et retro-péritonéales.

B RAPPEL ETIOLOGIQUE

Nous étudierons les principales causes de masse abdominale rencontrées au cours de notre étude.

a LE NÉPROBLASTOME :

C'est une tumeur maligne d'origine embryonnaire. Il représente 90% des tumeurs du rein chez l'enfant et a fait l'objet de nombreuses études et de publications. Sa fréquence semble égale dans tous les pays et stable dans le temps. Elle est de 5 par million de sujets de moins de 15 ans à Manchester et 2,2 sur 100.000 enfants de 2 à 4 ans en Norvège. Son pic de fréquence se situe entre 1 et 5 ans. Mais on observe encore des cas chez le grand enfant et le vieillard (58).

La tumeur est bilatérale dans 5% de cas. L'atteinte du rein gauche est le plus fréquemment retrouvée.

On connaît des cas familiaux : 5 familles sur 600 de néphroblastome soit 1% des fratries (58).

La maladie peut survenir dans un contexte malformatif :

- Aniridie spasmodique : une fois sur 5000 naissances et 1/75 néphroblastomes.
- Trouble de la multiplication cellulaire : hémihypertropie corporelle, viscéromégalie, naevi pigmentaires ou malformations vasculaires.
- Duplicités pyélocalicielles et urétérales, rein en fer à cheval, rein ectopique.

1 Diagnostic Positif :

Il est clinique et paraclinique.

1-1 Signes cliniques

Dans 60% des cas (10) la tuméfaction abdominale est le signe révélateur découverte par les parents ou le médecin lors d'un examen systématique.

La masse part de la fosse lombaire et se développe rapidement en avant dans l'hypochondre où elle peut être prise pour un gros foie ou une grosse rate. Elle se prolonge en bas sous les fausses côtes, peut dépasser la ligne médiane et son pôle inférieur descend souvent jusque dans la fosse iliaque. Elle donne le contact lombaire, sa consistance est ferme ou dure, sa surface lisse ou bosselée.

Il est nécessaire que cette palpation soit douce pour éviter le risque de dissémination des cellules néoplasiques à la faveur de manipulations trop brutales.

Elle peut être découverte à l'occasion de troubles digestifs vagues ou une asthénie ou quelques douleurs abdominales.

L'hématurie existe dans 20% (58) mais n'est révélatrice que dans 5 à 10% selon les statistiques et est de mauvais pronostic.

Elle doit faire pratiquer une UIV même si la palpation abdominale paraît normale. C'est ainsi qu'on a des chances de découvrir une petite tumeur. D'autres troubles urinaires sont possibles : infection urinaire au cours de laquelle la fièvre ne cède pas sous antibiothérapie. Ils doivent ainsi motiver une urographie intra veineuse. L'hypertension artérielle peut être le premier symptôme. On a décrit une hypersécrétion de rénine.

Certaines tumeurs sont découvertes à l'occasion des métastases pulmonaires surtout , hépatiques parfois.

Ces formes d'emblée métastatiques au moment du diagnostic représentent 10 à 15% des cas.

Au cours de cette affection, l'état général reste longtemps conservé.

1-2 Examens paracliniques :

1-2-1 Examens radiologiques :

Le diagnostic radiologique est déterminant et repose sur l'urographie intra veineuse (UIV).

1-2-1-1 UIV

Sur les radiographies sans préparation l'empreinte tumoral refoule les clartés gazeuses qui cernent la tumeur. Des calcifications sont visibles dans 5% des cas. On peut obtenir une opacification de la veine cave inférieure par injection du produit de contraste dans une saphène.

Celle-ci est refoulée par la tumeur ou non injectée et thrombosée ce qui n'est pas facile à affirmer chez l'enfant surtout si la

tumeur comprime les vaisseaux. Au temps néphrographique l'empreinte tumorale est déjà souvent visible sur le contour du parenchyme rénal sain. Le temps d'opacification corporelle totale permet de préciser le caractère vasculaire de la tumeur.

Enfin l'opacification des calices et du bassinet montre leur déformation, leur désorientation, et parfois leur aspect hydronéphrotique.

Ces caractères doivent être étudiés de face et de profil. Dans 10% des cas le rein tumoral est muet sur les clichés plus tardifs de 6 heures et même de 24 heures.

L'intégrité du rein controlatéral doit être vérifiée.

1-2-1-2 L'artériographie:

Elle est dangereuse. C'est la plus agressive des techniques radiologiques. L'artériographie sélective de l'artère rénale doit être réservée aux formes bilatérales où le problème de chirurgie conservatrice se pose.

1-2-1-3 La tomодensitométrie:

Elle n'est utilisée que dans le cas où le diagnostic reste incertain.

1-2-2 L'échographie:

L'échographie complète l'UIV pour le diagnostic. Elle peut repérer les tumeurs liquides (hydronéphroses, kystes multiloculaires du rein) qui donnent des échos intermédiaires alors que le néphroblastome est échogène.

Elle confirme l'origine rénale de la tumeur, précise sa nature solide et permet en outre de suivre facilement l'effet du traitement préopératoire par des mesures tridimensionnelles de la tumeur.

1-2-3 Anatomie pathologique:

1-2-3-1 Macroscopiquement, la tumeur naît dans le parenchyme rénal et se développe en refoulant les cavités pylocalicielles puis urétérales. Elle est séparée du parenchyme sain par une pseudocapsule fibreuse plus ou moins épaisse. La capsule entoure la tumeur elle-même.

Cette capsule peut se rompre ou se fissurer. Les cellules tumorales se disséminent alors dans la cavité péritonéale en avant ou dans la loge rénale postérieure.

L'envahissement ganglionnaire est rare et reste généralement local (15%) (58). La dissémination hémotogène est de règle : localement on peut retrouver une thrombose néoplasique de la veine cave inférieure. Les métastases hémotogènes à distance se font dans 80% des cas dans le poumon, parfois dans le foie et rarement dans le squelette.

Les tumeurs peuvent être énormes dépassant 1000g, hétérogènes surtout, partiellement nécrotiques et hémorragiques.

1-2-3-2 Microscopiquement, il reproduit l'aspect du métanéphros embryonnaire. Il est formé de trois composantes

principales: une blastématique faite de petites cellules jeunes, une épithéliale faite de cellules dont la différenciation est plus ou moins poussée formant des ébauches de tubules et de glomérules, une mésenchymateuse enfin comportant des différenciations musculaires parfois chondroblastiques ou même ostéoblastiques.

Les différents types cellulaires sont associés en quantité variable. Il existe des formes purement blastématiques ou en majorité épithéliales ou presque exclusivement conjonctives. Le traitement antimitotique préopératoire modifie ces structures. L'examen est alors délicat. On observe de larges zones tumorales nécrotiques ou formées de cellules xanthomateuses dans un stroma amorphe. les prélèvements doivent alors être multiples à la recherche de quelques rares tubules, de petites plages de cellules blastématiques permettant ainsi le diagnostic. Les zones conjonctives sont mieux conservées.

L'examen doit enfin préciser les zones d'extension tumorale au delà de la capsule par des prélèvements au niveau des zones suspectes (adhérences du hilum à la capsule, les ganglions s'ils sont augmentés de volume).

1-2-4 Bilan d'extension tumorale :

Doit comporter obligatoirement une radiographie du thorax de face et de profil bien pénétrée à la recherche de métastases.

Elle doit être précoce. Parfois les métastases pulmonaires situées dans les cul-de-sacs postérieurs sont déjà visibles sur les documents radiologiques de l'urographie.

L'échographie permet de déceler les métastases hépatiques, les récidives locales ainsi que les éventuelles adhérences aux organes de voisinage.

La scintigraphie ne permet de repérer que des masses dans un foie déjà cliniquement gros.

Enfin il faut faire une radiographie de tout le squelette à la recherche de métastases surtout dans les formes sarcomateuses ou les métastases osseuses sont très importantes

1-3 Formes particulières de néphroblastome :

1-3-1 Formes anaplasiques et sarcomateuses :

C'est Beckwith qui a isolé le premier un groupe de 10% remarquable par des aspects microscopiques particuliers et un pronostic très péjoratif

Ces formes à histologie défavorable représentent 50% des tumeurs dans les études américaines <<National Wilms' Tumor Study>> (N.W.T.S.).(45). Il s'agit de formes anaplasiques et sarcomateuses. Parmi ces dernières on distingue les formes rhabdoïdes, apanage du nourrisson, très graves fréquemment accompagnées d'une hypercalcémie. Elles peuvent s'associer à des

tumeurs intracrâniennes de la fosse postérieure, qui peuvent être des métastases ou secondes tumeurs indifférenciées.

Les formes sarcomateuses dites à cellules claires ont elles pour particularité de représenter la majorité des néphroblastomes avec les métastases osseuses primitives ou secondaires et sont vues chez le grand enfant.

1-3-2 Formes fibro-adénomateuses :

Ce sont les études de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique (SIOP) qui ont mis en évidence l'existence des formes à pronostic spécialement favorable: la forme fibroadénomateuse et les formes multikystiques.

Leur diagnostic est souvent difficile avec certains kystes bénins et elles représentent une faible proportion des cas.

1-3-3 La néphroblastomatose :

Il s'agit de lésions rénales qui peuvent être associées au néphroblastome notamment aux formes bilatérales et dont on soupçonne le rôle précurseur dans la genèse de la tumeur.

On distingue d'une part des formes nodulaires multi focales, les plus fréquentes, formées de petits nodules sous capsulaires de tissu embryonnaire métanéphritique (nodular rénal blastema, hamartome métanéphritique, Wilms tumerlets) et d'autre part la néphroblastomatose diffuse superficielle formant une gangue continue sous corticale toujours bilatérale.

Dans le matériel de la SIOP on retrouve une néphroblastomatose associée dans 8% des néphroblastomes unilatéraux et dans 27% des bilatéraux (Coubon B., Lemerle J.

,Tournade M. F et al.).

Ces faits incitent à renforcer la surveillance du rein restant en cas de découverte de lésions de néphroblastomatose sur le premier rein restant.

2 Diagnostic différentiel :

Se pose avec :

2-1 le neuroblastome ayant envahi le rein par contiguïté.

Alors le dosage des catécholamines urinaires doit être demandé. Les formes non sécrétantes posent problèmes.

Le diagnostic sera confirmé à l'histologie.

2-2 L'épithélioma à cellule claire du rein est souvent de diagnostic histologique chez l'enfant.

2-3 Les lymphomes malins non Hodgkiniens : leur localisation rénale est exceptionnelle (2%) ; ils envahissent l'organe ,volontiers de façon diffuse.

2-4 Le Kyste multiloculaire du rein: Très rare (1% des néphroblastomes ~~transférénciaux~~), peut être une surprise chirurgicale ou histologique.

La tomodensitométrie permettra de le reconnaître.

3 Traitement :

3-1 Moyens thérapeutiques

Le traitement comporte 3 volets : la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie.

3-1-1 La chimiothérapie :

Les produits utilisés sont :

- Actinomycine D : 15 ug/kg/24 h : A ;
- Vincristine : 1,5 mg/m²/24 h : V ;
- Epiandriamycine : 50 mg / m² / 24 h : E ;
- Ifosfamide : 3 g / m² / 24 h .

La chimiothérapie est utilisée en post-opératoire mais aussi en pré-opératoire dans le but d'obtenir une réduction du volume des grosses tumeurs.

3-1-2 Chirurgie :

Les tumeurs encapsulées doivent être enlevées en bloc si possible avec les éventuelles adhérences tumorales, le tissu adipeux. Le curage des ganglions suspects complétera cette exérèse. La surrenale est systématiquement enlevée dans les tumeurs polaires supérieures .

Si le rein est complètement envahi : La néphrectomie totale s'impose. Une rupture tumorale per-opératoire risque d'entraîner un ensemenement de la cavité abdominale. Il faut éviter de ponctionner ou de pratiquer une biopsie pour les mêmes raisons.

Enfin il faut explorer toute la cavité abdominale à la recherche de métastases : les ganglions lombo-aortiques, le foie, le rein controlatéral pour vérifier son intégrité.

3-1-3 Radiothérapie :

Peut être utilisée pour diminuer le volume tumoral rénal. La dose délivrée est de 20 GY (2000rad) en raison de 8 à 10 GY ou 800 à 1000rad par semaine.

En post-opératoire, l'irradiation est conduite selon les constatations opératoires et histologiques. Elle est enfin largement utilisée pour le traitement curatif des métastases surtout pulmonaires.

Notons que son utilisation doit être limitée chez l'enfant en raison de la radiosensibilité des tissus sains en plein développement.

3-2 Indications du traitement : (45)

Sont fondées sur les études et essais thérapeutiques effectués : elles sont fonction :

- Du degré d'extension de la maladie classé en 5 stades (SIOP) ;
- Du pronostic selon la nature histologique classé en 3 groupes (SIOP - NWTs)

3-2-1 Classification SIOP :

- * Stade I : Tumeur limitée au rein sans dépasser la capsule et enlevée en totalité
- * Stade II : Tumeur dépassant les limites du rein non rompue et complètement enlevée. On distingue l'envahissement ganglionnaire hilair ou périaortique (II N1).
L'envahissement d'autres structures telles que la graisse périnéale ou les vaisseaux sans atteinte ganglionnaire (II NO)
- * Stade III : Tumeur limitée à l'abdomen (sans métastase hémotogène) mais incomplètement enlevée par exemple par rupture tumorale pré ou per-opératoire spontanée ou par biopsie, métastases péritonéales ou ganglionnaires au delà des ganglions périaortiques.
- * Stade IV : Tumeur avec métastases à distance hémotogène : foie poumon, os ...
- * Stade V : Atteinte bilatérale d'emblée ou en 2 temps. Chacune d'elles prise isolement peut être classée en stade I , II ou III

3-2-2 Classification histologique : SIOP - NWTB

- Histologie favorable : • Néphroblastome fibro-adénomateuse
• Néphroblastome multikystique ;
- Histologie standard : • Néphroblastome typique ;
- Histologie défavorable : • Néphroblastome anaplasique
diffus ou focal;

• Tumeur sarcomatoïde à cellule
claire du rein.

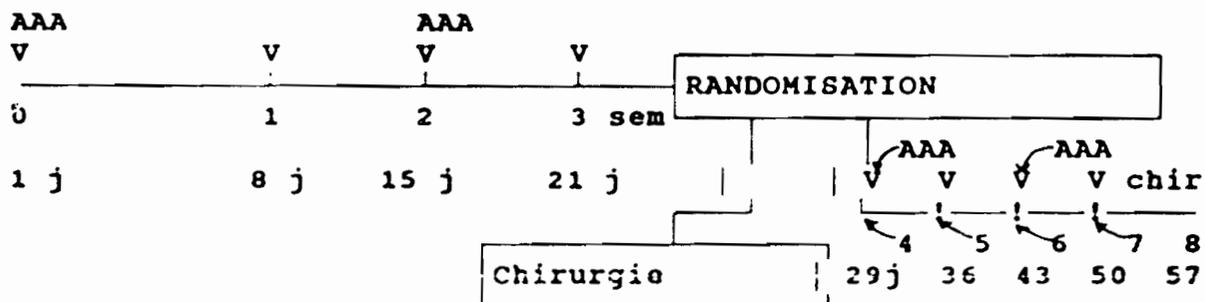
3-2-3 Pour les tumeurs de stade I, la chirurgie
seule suffit avant l'âge de 6 mois.

3-2-4 traitement préopératoire :

+ Plus de 6 mois : Si la tumeur est unilatérale non métastatique
on fait 4 à 8 semaines d'Actinomycine D et de Vincristine (A V)
)

Tumeur bilatérale (stade V) :

on fait une association Actinomycine D - vincristine pendant 8
semaines. Même s'il n'y a randomisation, il aura régression
maximale.



+Tumeurs métastatiques d'emblée (Stade IV) tout âge :

On utilise l'association Actinomycine D- Vincristine

- Epiandriamycine (A V E)

| AAA | | AAA | | AAA | | Chirurgie |
|------|----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| V | V | V | V | V | V | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 123j | 8j | 15j | 21j | 29j | 36j | 43j |

On dit qu'il y a randomisation :

S'il y a réduction tumorale de plus de 10% : $V_1 - V_2 > 10\%$

- V : Volume tumoral = $\frac{H \times L \times l}{2}$ (mesure échographique tridimensionnelle)

S'il y a absence d'intolérance majeure

- Surveillance de la tolérance :
- On fait une numération formule sanguine avant chaque cure associant AV ou AVE ou en cas de fièvre, d'hémorragie ou d'hépatomégalie
- Un bilan hépatique s'il y a thrombopénie ou hépatomégalie
- Un échocardiogramme avant chaque injection d'epiandriamycine
- Modifications du protocole :

+ Diminuer la dose d'Actinomycine D ou de Vincristine à 2/3 si l'âge du malade est inférieur à 6 mois ou si le poids est inférieur à 10 kg.

Limites hématologiques : Polynucléaire 1000, plaquette 100.000

+ Retarder la cure de 4 j si les chiffres sont inférieurs

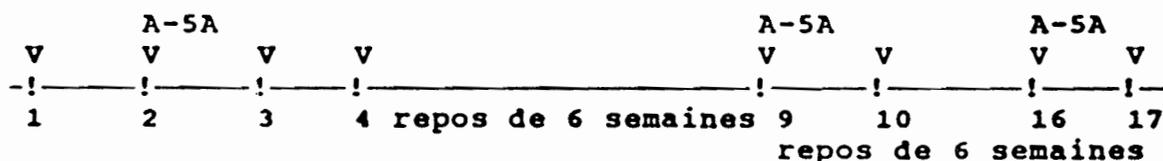
à la limite.

- Ne pas tenir compte de la numération pour les injections de vincristine seule.

3-2-5 Traitement post opératoire :

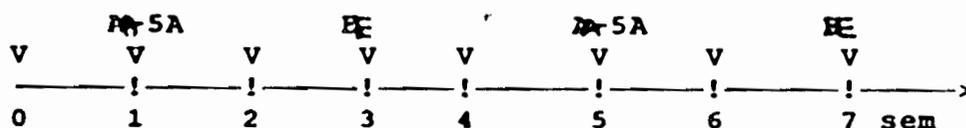
- Histologie standard et anaplasique.

- Au stade I on fait l'association Actinomycine D - Vincristine (A V).



- Stade II NO histologie standard :

On associe l'Actinomycine D à la Vincristine et à l'épiandiamycine (A V E) ;



Le schéma ci-dessus est celui du traitement pendant les 7 premières semaines.



Modifications du protocole :

- + Si l'âge est inférieur à 1 an ou si le poids est inférieur à 10 kgs la dose d'Actinomycine D et de Vincristine est réduite à 2/3
- + S'il y a intolérance majeure à la cure précédente les doses des

1-1 Signes cliniques

La moitié des cas sont reconnus durant les premiers jours de la vie avant que l'infection ne se développe. A ce stade il n'y a d'autres signes que la masse abdominale. Les reins hydronéphrotiques sont lisses, ronds, réguliers et profondément situés dans le flanc. Si l'obstacle est bas situé, on peut observer une faiblesse du jet urinaire, le débit intermittent. On peut aussi retrouver une masse arrondie sur la ligne médiane au dessus de la symphyse pubienne : la vessie. Plus tard, l'infection est la cause de fièvre, de stagnation pondérale, de vomissement.

1-2 Examens paracliniques :

1-2-1 Examen cytobactériologique des urines

A cet âge les germes les plus fréquemment rencontrés dans l'urine sont : *Eshérichia coli*, *Protéus mirabilis*, *Klebsiella* (50).

1-2-2 Urographie intraveineuse

Sur les clichés sans préparation, l'opacité hydrique refoule les clartés gazeuses intestinales. Des calcifications sont recherchées. L'aspect radiologique sur les clichés après opacification dépend de la sévérité de l'atteinte :

- soit rein exclu ou aspect délayé du produit de contraste avec dilatation du bassinnet et des calices ou même l'aspect d'un urétérocèle.

- Soit à un stade avancé : amincissement du parenchyme rénal en plus de la dilatation pyélo-calicielle. Les signes du

croissant et la coque n'échappent pas au radiologue averti en cas de mutité rénale.

1-2-3 La cystographie :

Recherche le reflux vésico-urétéral. Elle est également utile dans le diagnostic de l'uretérocele, de la valve de l'urètre postérieur.

L'examen est pratiqué par voie rétrograde (urétro-cystographie rétrograde) au mieux par ponction sus pubienne avec un produit de contraste iodé. Ainsi il permet de mettre en évidence 4 types de reflux.

- Stade I : Reflux de la partie pubienne de l'urètre.
- Stade II : Reflux vésico-urétéro-pyélo-caliciel sans dilatation.
- Stade III : Reflux vésico-urétéro-pyélo-caliciel avec dilatation.
- Stade IV : Reflux intra - rénal.

1-2-4 L'échographie :

Met en évidence la collection liquidienne correspondant au bassin dilaté. Cependant en cas d'hydronéphrose sévère avec néphropathie de reflux il est pratiquement impossible de faire la distinction avec un rein multikystique. On peut alors recourir à une injection du produit de contraste sous échographique. Dans la dysplasie kystique du rein seul un kyste est opacifié, l'uretère n'est pas perméable.

2 Causes des hydronéphroses :

Ce sont :

- Le syndrome de jonction : pyélo-urétérale ou urétéro-vésicale
 - La Valve de l'urètre postérieur
 - Les uretères multiples avec reflux dans le pyélon inférieur et stage du pyélon supérieur.
 - Les compressions extrinsèques ou intrinsèques de l'uretère
 - La Vessie immature : Les fréquentes contractions vésicales butant sur un sphincter volontairement fermé entraînant une vessie de lutte avec infections récidivantes et reflux.
 - La dyssynergie vésico-sphinctérienne isolée entraînant les conséquences d'une obstruction : vessie de lutte, infections, reflux et distension.
 - La lithiase : elle peut être localisée en amont de la sténose de la jonction urétéro-vésicale, au niveau vésical et en cas de vessie neurologique et exceptionnellement dans l'urètre.
- L'existence d'une calcinose vésicale peut faire discuter une bilharziose en zone d'endémie . Elle a été décrite dans le cadre du syndrome << Brune Belly syndrome >>. Cinq observations sont rapportées dans la période néonatale associées à une calcinose vésicale.
- Myélo-méningocèle avec troubles neurologiques

3 Thérapeutique :

La thérapeutique dépend de l'étiologie, mais il faut toujours stériliser les urines en présence d'infection .

- Education mictionnelle en cas de dyssynergie vésico-sphinctérienne et d'immaturité vésicale en l'absence d'atteinte neurologique organique.

- Reflux vésico - urétéral : Donner un trajet intra ~~ré~~^{mural} long en cas d'implantation ectopique de l'urété~~r~~^{er} créant ainsi un système anti-reflux.

- Lithiase : Utilisation d'ultrasons ou chirurgie selon le volume du calcul.

- Pour les syndromes de jonctions : urétérostomie

- Avant un an traitement médical . La chirurgie sera proposée en cas de récurrence infectieuse sous traitement correct.

- 1-5 ans: Chirurgie pour les infections récidivantes sous traitement, en cas de reins avec cicatrices cortico-papillaires, uretères dilatés à l'U I V, anomalies cystographiques graves, milieu socio-familial défavorable.

Sont à traiter médicalement, les enfants ayant des E C B U négatifs sous chimiothérapie et sans dilatation urétérale à la cystoscopie.

- Après 5 ans, la conduite est à peu près identique à la précédente.

c LA SPLENOMEGALIE PALUDEENNE :

Elle s'observe dans le cadre du paludisme viscéral.

La splénomégalie se voit chez 50% des jeunes enfants dont la plupart sont d'origine paludéenne et 5 à 10% des adultes dans un service de médecine interne (13).

1 Pathogenie

Elle est due à la séquestration des globules rouges parasités ou même sains ayant fixé des antigènes parasitaires solubles.

On sait que le paludisme chronique créé par inoculation répétée des sporozoïtes chez le sujet partiellement immun est relativement toléré. De ce fait ces apports successifs constituent l'étiologie de la majorité des splénomégalies du jeune enfant vivant en zone endémique.

2 Diagnostic positif :

2-1 Clinique :

Lorsque la splénomégalie est volumineuse, elle s'accompagne d'un retard staturo-pondéral et même de cachexie, de pâleur, d'hépatomégalie pour réaliser le tableau du paludisme viscéral évolutif. L'hépatomégalie serait de mauvais pronostic.

La survenue d'un accès pernicieux est toujours possible, la rupture traumatique de l'énorme rate est redoutée.

Plasmodium falciparum est le plus souvent en cause du moins en Afrique noire. La régression de la splénomégalie vers 10-15 ans témoigne de l'acquisition de l'immunité et du contrôle de la parasitémie qui reste sub-patente.

En cas d'infection par *Plasmodium vivax* l'enfant est pâle, hypotrophique, sub fébrile avec des montées thermiques irrégulières. Le tableau clinique est dominé par une anémie chronique avec asthénie, dyspnée d'effort, parfois oedème et souffle systoblique anorganique (47). La rate est volumineuse de façon constante.

2-2 Examens complémentaires

2-2-1 Goutte épaisse frottis :

Permet de mettre en évidence le parasite.

La parasitémie asexuée est de faible densité avec parfois des gamétocytes. Elle peut même être nulle.

2-2-2 La numération formule sanguine :

Montre une anémie hémolytique avec anisocytose, poïkilicytose, chromatophylie élevée, réticulocytose normale, élevée ou abaissée en cas d'hyposidérémie.

On peut observer également une leucopénie.

2-2-3 Diagnostic sérologique :

Dans tous les cas que la parasitémie soit positive ou non les anticorps antiplasmodium sont toujours très élevés.

3 La Splénomégalie tropicale idiopathique :

Ce syndrome a été décrit chez l'adulte. Son diagnostic repose sur

4 critères :

- Splénomégalie volumineuse;
- Environnement tropical;
- Age adulte;

- Absence d'étiologie démontrée.

Ce tableau se voit dans les zones hyper-endémiques :

Afrique noire, Péninsule Indochinoise, Nouvelle Guinée, chez environ 2% des adultes (13). Dans un service de médecine interne il représente 20 à 30% des splénomégalies chroniques.

On admet qu'il s'agit d'un syndrome "para-palustre" avec anticorps antipalustres plus élevés que chez les autres sujets vivant dans les mêmes conditions et traduisant une réaction immunitaire anormale car il n'y a pas d'autres causes évidentes (Gentilini M. et Danis M.).

Son mécanisme s'oppose à celui du paludisme viscéral évolutif qui survient chez le sujet partiellement ou non immunisé.

Ce tableau se voit chez le grand enfant et l'adolescent.

4 Diagnostic différentiel:

Se pose avec toutes les causes de splénomégalie notamment au cours:

- Des autres splénomégalies parasitaires;
- De la tuberculose;
- Des leucémies;
- Des lymphomes;
- Des septicémies ;
- Des tumeurs spléniques proprement dites.

Mais le contexte épidémiologique, la clinique et les examens complémentaires permettent d'étayer le diagnostic.

5 Traitement :

Pour le traitement de la splénomégalie paludéenne on utilise les amino-4-quinoléines; essentiellement la chloroquine et

l'amodiaquine si le sujet est allergique au premier produit.

La chloroquine se donne à 10 mg/kg/j pendant 5 jours puis 5 mg/j jusqu'à la régression totale de la splénomégalie. En règle elle est obtenue en quelques semaines.

La splénomégalie tropicale idiopathique réagit parfois à un traitement antipaludique prolongé pendant 6 mois. Mais la splénectomie est souvent le seul geste efficace en cas d'hypersplénisme.

L'amodiaquine est utilisée à la dose de 10 mg/kg/j pendant 3 jours

puis 5 mg/kg/semaine.

II Méthodologie

1 Type d'enquête - période et lieu de l'échantillonnage :

Au cours d'une étude prospective allant du 3 septembre 1990 au 3 septembre 1991 :

- 23 malades ont été recrutés au service de pédiatrie et de chirurgie infantile de l'Hôpital Gabriel Touré qui est un hôpital situé presque au centre du district de Bamako. Il est le seul à comporter un service de pédiatrie et de chirurgie infantile.

Le service de pédiatrie comporte quatre sous-unités allant de la pédiatrie I au IV, une salle de réanimation et un laboratoire. La chirurgie infantile est un service unique sans unité de soins intensifs.

- Un malade a été recruté au service de chirurgie générale "B" de l'Hôpital du point G qui est situé sur la colline à 8 km de la ville de Bamako.

Ces deux hôpitaux sont avec l'Hôpital de Kati les trois hôpitaux nationaux du Mali.

2 Echantillonnage-critères d'inclusion et d'exclusion :

L'échantillonnage a concerné les enfants de 0 à 15 ans porteurs de masse intra-abdominale ou pariétale palpable.

N'ont pas fait partie de notre étude:

- Les petites hépato-splénomégalias parasitaires pour restreindre notre spectre car beaucoup d'enfants de nos régions en portent.

- Les gros foies cardiaques et les splénomégalies drépanocytaires.

3 Méthode et traitement des données :

Une fiche d'enquête a été établie pour chaque malade. Les paramètres allaient de l'identification du malade aux suites opératoires en passant par l'interrogatoire, l'examen clinique complet et les examens complémentaires dont certains étaient systématiques (échographie abdominale, urographie intraveineuse, radiographie thoracique, numération formule sanguine et le test d'Emmel), d'autres selon l'orientation symptomatique :

Etaient pratiqués :

- Devant les signes d'atteinte rénale : l'azotémie-glycémie, l'examen cyto bactériologique des urines, la recherche de l'albumine et du sucre dans les urines.
- Devant les signes d'atteinte hépatique : L'examen parasitologique des selles, le culot urinaire, la sérologie amibienne, le taux de prothrombine, le temps de Céphaline Kaolin, la recherche et le dosage de l'HBs Ag.
- Devant une splénomégalie : Goutte épaisse-frottis, l'examen parasitologique des selles et des urines.
- Devant les signes de tuberculose : IDR, recherche de BAAR dans les crachats ou dans le pus abdominal.
- Devant une ascite : Ponction abdominale et examen du liquide d'ascite.

- Pour le bilan préopératoire : Groupe - rhésus, temps de saignement et de coagulation.
- L'examen anatomo-pathologique de toutes les pièces opératoires et biopsiques.

En plus de l'hospitalisation la majorité des analyses ont été gratuites. Cependant leurs prix ont été pris en compte lors du calcul du coût de revient des affections. Les dossiers dont les dépenses sont incomplètes du fait que les malades ont été perdus trop tôt de vue ou sont décédés tôt ont été rejetés.

Il faut noter que faute de confirmation, certains diagnostics ont été retenus grâce à l'épreuve du traitement.

Le traitement des données a été manuel.

4 Matériel :

- Un échographe pour les examens échographiques :

L'appareil utilisé est de marque française Philips muni de 2 sondes sectorielles de 3,5 Mg et 5 Mg Hz et d'une barrette de 4 Mg Hz. Il comporte un programme informatique.

- Pour les UIV:

L'appareil utilisé est de marque japonaise SCHIMADZU E.D.125 L.

- Pour les radiographies du thorax deux appareils ont été utilisés

+ Un premier appareil de marque soviétique avec une table Tablix-F et un pupitre Room (p y u).

+ Un second appareil de marque française dont la table est Dauphine et le pupitre est Atak 25 C-G-R (compagnie générale Radiologie).

NB : Tous les 2 appareils font scopie et graphie

III RESULTATS

1- PRESENTATION DE CHAQUE CAS :

Observation N°1

1 Identification du Malade :

T.B 4 mois sexe masculin, ethnie sarakolé

Résidence Bamako

Venu consulter au mois de septembre 1990, perdu de vue et revenu le 2 07 1991 date à laquelle il est hospitalisé.

2 Motif :

- Dysurie
- Tumeur palpée dans l'abdomen depuis la naissance

3 Antécédents :

- Agitation, fièvre à répétition, douleurs abdominales
- N'a pas fait de traitement

4 Examen physique:

- Poids : 8 kg 100
- Taille : 55 cm
- température : 38° à l'arrivée
- Etat général : bon, conjonctives bien colorées
- Siège de la masse et ses caractères :

Fosse lombaire gauche, consistance liquide, contours réguliers, non douloureuse à la palpation.

- Abdomen augmenté de volume
- Le reste de l'examen est normal

5 Examens complémentaires :

a) En septembre 1990

- U I V

* A.S.P : Hyperaération digestive opacité hydrique dans le flanc gauche.

* U I V : rein gauche augmenté de volume et muet

- Echo abdominale : Masse correspondante au rein gauche dilaté (

syndrome de jonction ?)

- Azotémie : Normale

- Rx du thorax : I T N

- N F S : Normale

- Urine Albumine : traces
Sucre : Néant

- T S - T C : normaux

- Test d'Emel : négatif

- E C B U : Normal

- Groupe sanguin rhésus : B positif

b) En juin 1991 avant l'intervention

- N F S : Eosinophilie sanguine à 6%

c) En juillet après l'intervention

- U I V : retard de sécrétion du rein gauche qui est par ailleurs augmenté de volume.

- Azotémie - Glycémie : Normales

6 Hypothèse diagnostique :

- Hydronéphrose du rein gauche

7 Evolution sous traitement :

Après néphrostomie le 2 07 1991 le malade allait bien jusqu'en février 1992 où il est perdu de vue.

8 Conclusion

Hydronéphrose du rein gauche

9 Dépenses :

- médicaments : 10.660 f
- Examens : 31.705 f
- Hospitalisation : 12.000 f
- Total : 54.365 f

Observation 21 IDENTIFICATION :

D.F 40 jours sexe féminin, ethnie Bagbara

Résidence Bamako

Venu consulté en janvier 1991 perdu de vue et revenue en juin date à laquelle elle est hospitalisée le 13 06 1991

2 MOTIF :

- Masse palpée par la mère depuis la naissance d'abord molle à l'épigastre puis ayant migré dans la région hypogastrique où elle est devenue plus ou moins dure, de volume inconstant.

- Douleurs abdominales

3 Antécédents :

Pas d'antécédents particuliers

4 Examen physique :

- Poids 3 kgs 100

- Taille 50 cm

- Température 37°1 à l'arrivée

- Etat général plus ou moins bon

- Volume abdominal : non augmenté

- Siège de la tumeur et ses caractères :

Hypogastrique consistance liquide, contours réguliers non douloureuse à la palpation.

Toucher rectal non réalisé.

Le reste de l'examen est normal.

5 Examens complémentaires :

A S P : Distension gazeuse digestive

U I V : Fonction rénale normale Urétéro-hydronephrose gauche, vessie oblongue latero déviée à gauche, uretère droit refoulé

- Echo : Masse Kystique non pure abdomino-pelvienne avec dilatation des cavités excrétrices rénales droites et gauches

- Créatininémie : normale

6 Hypothèses diagnostiques :

- malformation vésicale

- Hydronephrose

7 Evolution sous traitement :

Malade perdue de vue et revenue 5 mois plus tard dans un tableau de cachexie avec déshydratation et pyurie (infection urinaire).

Cette perte de vue est motivée par le manque de moyens financiers.

On a procédé alors à un traitement symptomatique. Le décès est survenu le 09 07 1991

8 Conclusion :

Diagnostic non confirmé, on est resté au stade d'hypothèses.

9 Dépenses :

| | |
|-----------------------------|--------------|
| - médicaments : | 4.590 f cfa |
| - examens complémentaires : | 14.225 f cfa |
| - Hospitalisation : | 20.250 f cfa |
| Total : | 39.090 f cfa |

Observation N°3

1 Identification du Malade :

observation N° 3

1 Identification du malade :

40

D.K 14 ans sexe masculin ethnie Bambara

Venu du cercle de Dioïla région de Sikasso

Hospitalisé le 15 01 91

2 Motif :

- Amaigrissement
- Gros ventre
- Tumeur palpée dans l'abdomen par les parents en Décembre 1990

3 Antécédents :

- Paludisme
- Traitement traditionnel fait sans succès

4 Examen Physique :

- Taille 139 cm
- poids : pèse personne hors d'usage
- Température à l'arrivée 37°2
- Etat général : altéré
- Volume abdominal: augmenté
- Siège de la masse et ses caractères

Va du flanc gauche, s'étend à l'hypochondre gauche à l'épigastre et à l'hypochondre droit donnant l'impression d'une hépatosplénomégalie, solides, contours irréguliers non douloureux à la palpation.

- Signes associés : lame d'ascite hypogastrique, tachycardie, collatérale thoraco - abdominale

5 Examens Complémentaires :

- U I V : Rein gauche muet
- Echo abdominale : rein gauche mal individualisé et semble le point de départ de la masse . Néphroblastome ?

- Rx du thorax : ITN
- N F S : anémie 2,4 M G R /ml Hb : 6,86 g/100 Hte 23%
Eosinophile à 7%
- Urée Glycémie : Normales
- Groupe sanguin rhésus : A positif
- I D R : négatif
- Goutte épaisse - frottis : négatif
- Culot urinaire : stérile
- Albumine - sucre : néant
- Selles P O K : Négatif

6 Hypothèse Diagnostiques :

Tumeur rénale gauche : Néphroblastome ?

Tumeur de la surrénale : Neuroblastome ?

7 Evolution sous traitement :

A été administré uniquement un traitement symptomatique car malade vu au stade tardif avec situation économique défavorable des parents.

Complications respiratoires et cachexie

Décédé le 06/04/91

8 Conclusion :

On est resté au stade d'hypothèses car vu au stade tardif. Les autres examens de suivi de l'évolution n'ont pas pu être réalisés faute de moyens financiers

9 Dépenses :

- Médicaments : 2.750 f cfa
- Examens ; 29.490 fcfa
- Hospitalisation : 39.000 f cfa
- Total : 93.740 fcfa

Observation N°41 Identification du Malade :

D.A 3 Ans sexe masculin, ethnique Bambara

Résidence Bamako

Hospitalisé le 26 2 91

2 Motif :

-Tumeur palpée dans l'abdomen par les parents il y a quelques jours (en début février 1991)

- Dysurie

3 Antécédents

- Hématurie totale il y a 6 mois

- n'a pas fait de traitement

4 Examen physique :

- Poids : 13 kg 900

- Taille : 92 cm

- Température : 37°7

- Etat général : bon, conjonctive bien coloré

- Volume abdominal : Augmenté

- Siège de la tumeur et ses caractères

Part du flanc gauche, atteint l'ombilic et l'hypochondre gauche, solide, irrégulière, non douloureuse à la palpation

- Signes associés ; Hémihypertropie corporelle intéressant la jambe et le pied gauches

- Le reste de l'examen est normal

5 Examens complémentaires :

a) Avant l'intervention (Mars 1991)

- A.S.P: opacité occupant tout le flanc gauche, refoulant les anses intestinales.

U.I.V : Rein gauche muet

- Echo abdominale : Gros rein gauche mal différencié, ni dilaté

(Néphroblastome ?)

- Rx pulmonaire : ITN

- NFS : Eosinophilie sanguine à 6%

- TS-TC : Normaux

- GE Frottis : négatif

- Urée-glycémie : Normales

- Groupe-rhésus : A positif

- Albuminurie massive +++

- Glycosurie : Néant

- Anapath : Les coupes examinées montrent une prolifération de petites cellules (blastème) aux noyaux denses, arrondis ou allongés au cytoplasme peu abondant. Ces éléments s'organisent en nodules ou lobes (glomérules) ou en coulées (tubes)

Conclusion : Néphroblastome

b°) Après l'intervention (juillet 1991)

- Echo : + Ascite de moyenne abondance

+ Ascite échogène d'une insuffisance rénale droite

+ Loge de néphrectomie libre

- Urée sanguine élevée : 0,70 g/l

- Créatininémie : Normale

- N F S, radiographie pulmonaire, dosage de l'albumine urinaire ont été demandés mais entre temps le malade est décédé et les parents n'avaient plus les moyens

6 Hypothèse Diagnostique :

Néphroblastome.

7 Evolution sous traitement :

Les suites opératoires furent simples après néphrectomie totale gauche. La chimiothérapie antimitotique a été proposée aux parents, mais malheureusement le malade a été perdu de vue. Deux mois plus tard il nous est revenu avec des signes d'atteinte pulmonaire et une ascite au début de moyenne abondance qui est devenue par la suite de grande abondance avec altération de l'état général. Le décès est survenu le 29 06 91 dans un tableau d'insuffisance rénale et d'atteinte pulmonaire bilatérale (Métastase pulmonaire)

8 Conclusion :

Néphroblastome

9 Dépenses

- Médicaments : 15.955 fcfa
- Examens : 35.270 f cfa
- Hospitalisation : 43.500 fcfa

- Total : 97.725 fcfa

Observation N°51 Identification du malade :

C.I 3 ans, sexe masculin, Bambara

Venu du cercle de Kati région de Koulikoro

Hospitalisé le 2 03 91

2 Motif

- Tumeur palpée dans l'abdomen par les parents il y a 9 jours dont la date d'apparition est inconnue

- Douleurs abdominales

3 Antécédents :

N'a pas fait de traitement et sans autres Antécédents particuliers.

4 Examens physiques :

- Poids : 12 kg 900

- Taille : 92 Cm

- Température à l'arrivée 36°7

- Etat général : Conservé, conjonctives bien colorées

- Volume abdominale : Augmenté

- Siège de la tumeur et ses caractères

Va du flanc gauche à l'ombilic, consistance solide, contours irréguliers, inodore à la palpation

- Signes associés : Pas de signes associés, le reste de l'examen est normal

5 Examens complémentaires :

U I V : Rein gauche muet

Echo : tumeur du rein gauche

Rx du thorax : ITN

NFS : Eosinophilie sanguine à 6%

TS-TC : Normaux

ECBU Normal

- Créatininémie Normale
- Groupe rhésus : B positif
- Albumine dans les urines : traces
- Sucre : Néant
- Urée Glycémie : Normales

6 Hypothèse Diagnostique :

Tumeur du rein gauche néphroblastome ?

Néphrectomie totale gauche réalisée le 2/03/91 rupture tumorale
per-opératoire (stade III SIOP)

Anapath : Carcinome embryonnaire ou néphroblastome

7 Evolution sous traitement :

Suite opératoires immédiates favorables, chimiothérapie antimitotique (Endoxan en perfusion unique par semaine à 12,5 mg/kg) pendant 6 semaines. Deux mois plus tard : récurrence locale avec adhérences aux organes de voisinage, vomissements incoercibles, déshydratation, douleurs abdominales. Reprise de l'Endoxan le 13 08 1991. Après 4 semaines de cure amélioration puis aggravation du tableau clinique et décès du malade le 12 09 ~~1994~~ 1991

8 Conclusion :

Néphroblastome

9 DEPENSES :

- Médicaments : 36.215 fcfa
-Examens : 34.655 fcfa
- Hospitalisation : 16.500 fcfa
Total : 87.370 fcfa

Observation N°61 Identification du malade :

D.B 18 mois sexe masculin ethnie Peuhl

Venu de l'arrondissement de Baguineda cercle de Kati région de Koulikoro

2 Motif :

- Amaigrissement
- Gros ventre de date d'apparition inconnue

3 Antécédents :

- Ballonnement .
- N'a pas fait de traitement

4 Examen physique :

- Poids 8 Kg 500
- Taille 76 cm
- Température à l'arrivée 37°2
- Etat général : Mauvais
- Siège de la masse et ses caractères

Flanc gauche, consistance liquide, contours réguliers

- Signes associés : Masse isolée

5 Examens complémentaires :

- U I V : Mutité rénale gauche. Hydronéphrose bilatérale plus marquée à gauche. Pas de calcifications visibles
- Echo : Masse abdomino-pelvienne kystique et multiloculaire, dilatation des cavités excrétrices rénales
- Rx du thorax : I T N
- N F S : normale
- E C B U : cellules épithéliales volumineuses GB: 4-6/champ

- Azotémie glycémie : normales
- Electrophorèse de l'hémoglobine : A/S
- I D R : négative
- Groupe sanguin et rhésus : B positif
- Goutte épaisse : positif
- TS - TC : normaux
- Selles P O K : négatifs
- Urine | Albumine néant
| Sucre
- Examen Anapth : Kyste dysplasique du rein

6 Hypothèses Diagnostiques :

- Malformation de la vessie
- Hydronéphrose
- Kyste du rein Gauche

7 Evolution sous traitement :

Bonne après néphrectomie totale gauche et extirpation du testicule gauche qui était ectopique (intra abdominal)

8 Conclusion :

Kyste du rein gauche avec hydronéphrose et urétérocèle
Sortie du malade le 07 03 91 et perdu de vue

9 Dépenses :

-Médicaments : 20.910 f cfa
- Examens : 35.280 f cfa
-Hospitalisation : 6.000 fcfa
Total : 62.190 fcfa

Observation N°71 Identification du Malade :

C.B 6 ans sexe masculin ethnique Bambara

Venu de la région de Sikasso

Hospitalisé le 19-3-91

2 Motif

- Amaigrissement
- Gros ventre depuis janvier 1991
- Tumeur palpée dans l'abdomen
- Signes urinaires (urines troubles) et respiratoires (toux)

3 Antécédents :

Traitements traditionnels faits sans succès

4 Examen physique :

- Poids : 14 kg' 800
- Taille : 109 cm
- Température : 38°
- Etat général : altéré conjonctives très pales
- Volume abdominal augmenté
- Siège de la tumeur et ses caractères

Hypochondre gauche n'atteint pas l'ombilic, irrégulière, non douloureuse à la palpation

- Signes associés : Tachypnée, tachycardie, ictère, diminution murmure vésiculaire à la base gauche.

5 Examens complémentaires : Non faits6 Hypothèses Diagnostiques :

- Splénomégalie parasitaire

- Lymphome

Sortie 5 jours après son admission (23 03 91)

sur demande des parents à cause des événements du mois de mars

7 Dépenses :

- Médicaments : 750 f

- Examen : 600 f

- Hospitalisation 3.750 f

Total : 5.100 f cfa

Observation N°8**1 Identification du Malade :**

-D.M 3 ans sexe masculin ethnique Sarakolé
Venu du cercle de Nara région de Koulikoro
Hospitalisé le 25/04/91

2 Motif :

- Gros ventre depuis la naissance
- Amaigrissement
- Oligurie

3 Antécédents :

Traitement médical moderne de nature inconnue et traditionnel
fait sans succès

4 Examen Physique :

- Poids : 18 kg
- Taille : 102 cm
- Température : 38°
- Etat général : Altéré, conjonctives bien colorées
- Volume abdominal augmenté
- Siège de la masse et ses caractères

Augmentation globale de tout l'abdomen avec ascite gênant la
palpation qui est indolore par ailleurs.

- Signes associés : Ascite de moyenne abondance, circulation
collatérale abdominale

Le reste de l'examen est normal

5 Examens Complémentaires :

- A S P : Opacité hydrique occupant la cavité abdominale
- U I V : Hydronéphrose droite, rein gauche muet

- Echo abdominale : Grosse masse kystique abdomino pelvienne
(Masse mésentérique ? lymphangiome kystique ?). Reins dilatés
avec réduction de l'index parenchymateux
- Rx du thorax : I T N
- N F S : Normale
- H B s Ag : négatif
- Transaminases : Normales
- Protides totaux : Normaux
- Urine | Albumine : Traces
 | sucre : néant
- E C B U : Présence de spores de champignon
- Examen du liquide d'ascite : Transsudat, absence de germes
- I D R : négative
- Groupe rhésus : O positif
- Glycémie Normale
- Urée sanguine élevée 0,39 g/l
- Créatininémie : Normale
- TS - TC : Normaux
- Examen anatomopathologique de la pièce opératoire :
 Parenchyme rénal histologiquement normal

6 Hypothèses Diagnostiques :

- Hydronéphrose bilatérale

7 Evolution sous traitement :

Le bassinnet gauche contenait plus de 2 l d'urine à l'intervention , une néphrectomie totale gauche fut faite avec appendicectomie. Le rein droit était macroscopiquement normal. Le malade est décédé dans les suites opératoires le lendemain de l'opération le 28 05 1991.

8 Conclusion :

Hydronéphrose gauche

9 Dépenses partielles :

| | | |
|----------------------------------|--|-------------|
| - Examens : 30.805 f cfa | | 56.305 fcfa |
| - Hospitalisation : 25.500 f cfa | | |

les médicaments n'ont pu être comptabilisés car le père a amené toutes les ordonnances avec lui après le décès avant leur enregistrement sur le questionnaire

Observation N°9**1 Identification du Malade :**

C.K 14 ans sexe féminin ethnie Bambara

Résidence Bamako

Hospitalisée le 23 05 1991

2 Motif :

- Tumeur palpée dans l'abdomen de date d'apparition inconnue
- Dysurie
- Douleurs Abdominales depuis 5 jours

3 Antécédents :

- Dysménorrhée
- Traitement traditionnel fait sans succès

4 Examen Physique :

- Poids 36 kg
- Taille 160 cm
- Température 37°3
- Etat général : Bon, conjonctive discrètement pâle
- Siège de la tumeur et ses caractères

Hypogastrique, consistance solide, contours réguliers, douloureuse à la palpation.

Toucher rectal douloureux et permettant de palper la tumeur en avant.

Toucher vaginal non réalisé car malade vierge

- La ponction abdominale ramène du liquide hémorragique (hémopéritoine)
- Volume abdominal non augmenté
- Signe associé : Tachycardie

5 Examens complémentaires :

Non réalisés car intervention faite en urgence. L'examen anatomopathologique n'a pas été réalisé car la pièce opératoire a été jetée.

6 Hypothèses diagnostiques :

Tumeur ovarienne

Tumeur utérine

7 Evolution sous traitement :

L'intervention chirurgicale a eu lieu 10 h 30 mm après l'admission à l'hôpital car les parents n'avaient pas eu les moyens de payer les produits. 4 h 30 mm plus tard la patiente est décédée.

8 Conclusion :

Torsion de kyste de l'ovaire

9 Dépenses

- Médicaments : 20.000 f cfa environ
- Examen : 600 f cfa
- Hospitalisation 750 fcfa
- Total 21.350 f cfa

Observation N°101 Identification du Malade :

C.A 14 ans sexe masculin ethnie Peuhl

Venu du village de Diona cercle de Douentza région de Mopti

Hospitalisé le 18 05 1991

2 Motif :

- Amaigrissement
- Gros ventre
- Tumeur palpée dans l'abdomen de date inconnue
- Douleurs abdominales

3 Antécédents :

- Paludisme à répétition
- Traitement traditionnel fait sans succès

4 Examen physique :

- Poids 27 kg
- Taille 145 cm
- Température 38°
- Etat général mauvais, pâleur conjonctivale
- Siège de la masse et ses caractères

Va du flanc gauche à l'ombilic, solide, régulière, non douloureuse à la palpation.

- Volume abdominal augmenté
- Signes associés: battement des carotides perceptible au cou, polyadénopathies disséminées

5 Examens complémentaires :

- Echo abdominale : Splénomégalie isolée non spécifique.
- Rx du thorax : ITN
- N F S : anémie GR : 2,82M/ml ; HB / 7,9 g/100 ml ; Hte 24%

- V S ; Accélérée : 137/138 mm
- Urines | Albumine : traces
 | sucre : néant
- E C B U : Présence d'Eshérichia coli en nombre supérieur à 100.000 /ml
- Goutte épaisse : négative
- I D R : négative
- Azotémie, créatininémie, glycémie : normales
- Selles POK : négatif

6 Hypothèses Diagnostiques :

- Splénomégalie idiopathique
- Lymphome

7 Evolution sous traitement :

Après un traitement symptomatique (antipaludéen, antiseptique urinaire, traitement martial, déparasitage systématique) le malade a été exéaté le 20 06 1991 avec un traitement antipaludéen. Il a été perdu de vue

8 Conclusion :

Stade d'hypothèse non confirmé de splénomégalie idiopathique

9 Dépenses :

- Médicaments 4.315 f cfa
- Examens : 15.495 f cfa
- Hospitalisation 25.500 f cfa
- Total 45.310 f cfa

Observation N°111 Identification du malade :

S.A 6 mois sexe féminin, ethnie bambara

Résidence Bamako, Hospitalisée le 24 05 91

2 Motif :

- Cris paroxystiques, Diarrhée sanglante

3 Antécédents :

Rhinobronchite

4 Examens physiques :

- Poids 5 kg 300

- Taille 60 cm

- Température à l'arrivée 37°3

- Etat général conservé, pâleur conjonctivale

- Siège de la masse et ses caractères

Abdominale transverse, solide, contours irréguliers, douloureuse à la palpation. Toucher rectal douloureux ramenant du sang.

- Signe associé : Tachycardie .

5 Examens complémentaires :

Intervention chirurgicale faite en urgence le même jour, pas d'examens complémentaires faits

6 Hypothèse diagnostique :

Invagination intestinales aiguë

7 Evolution sous traitement

Après désinvagination iléo-coeco-colique guérison

8 Conclusion :

Invagination iléo-coeco-colique aiguë

Sortie le 29 05 1991

9 Dépenses :

- Médicaments : 5.455 f

- Examen : 600 f

- Hospitalisation : 4.500 f

- Total : 10.555 f

Observation N°121 Identification du Malade :

S.B 13 ans sexe masculin ethnie Peuhl

Venu consulté le 18 05 91 (malade externe) Résidence Bamako

2 Motif :

Gros ventre découvert lors d'une consultation O R L pour hypoacousie par le médecin

3 Antécédents :

- Hypoacousie
- Retard du langage

4 Examen physique :

- Poids 31 kg
- Taille 130 cm
- Température 37°6 à l'arrivée
- Etat général : conservé, conjonctives bien colorées
- Volume abdominal augmenté
- Siège de la tumeur et ses caractères

Part de l'hypochondre gauche descendant jusqu'à l'ombilic consistance solide, contours réguliers non douloureuse à la palpation.

- Signes associés : Gingivite hypertrophique et hémorragique de l'hémiarcade dentaire supérieure et inférieure gauche, volumineuses adénopathies sous maxillaires.

5 Examens Complémentaires :

- Echo : Splénomégalie isolée

- N F S : Anémie Hb : 8,8 g/100 ml en mai 1991
Hb: 10,5 g/100 ml en juin

- Test d'Emel : négatif
- Selles POK : négatif en mai
- Selles POK : trichomonas intestinales en juin
- Culot urinaire : négatif

6 Evolution sous traitement :

Favorable avec diminution progressive de la rate et sa disparition en 4 mois plus apyrexie sous amodiaquine.

D'autres part amélioration de la gingivite avec bonne hygiène dentaire, correction de l'anémie sous traitement martial

7 Conclusion :

Splénomégalie paludéenne

8 Coût du traitement et des Examens complémentaires :

| | |
|---------------|----------|
| - Médicaments | 6.980 f |
| - Examens | 11.200 f |
| - Total | 18.180 f |

Observation 131 Identification :

K Z 10 ans sexe masculin ethnie malinké

Résidence Bamako

Hospitalisé le 25 05 1991

2 Motif :

- Gros ventre depuis 1 mois (avril 1991)
- Amaigrissement

3 Antécédents :

- Paludisme
- Vertiges
- Anémie
- Traitement traditionnel fait sans succès

4 Examen physique :

- poids 30 kg
- Taille 127 cm
- Température 38°1
- Etat général altéré
- Volume abdominal : Augmenté
- Siège de la masse et ses caractères

Ascite de grande abondance gênant la palpation au début. Après ponction évacuatrice palpation d'une hépatomégalie dure, régulière et inodore.

- Signes associés : En plus de l'ascite, diminution du murmure vésiculaire aux 2 bases pulmonaires, tachycardie, choc de pointe soulevant la paroi thoracique, circulation collatérale thoraco abdominale, oedème des membres inférieurs.

5 Examens complémentaires :

- Echo abdominale ; Hépatomégalie échogène non spécifique, ascite de grande abondance
- Rx du thorax : Volume cardiaque limite. Eponchement pleural droit pas de lésions parenchymateuses.
- N F S : Normale
- Transaminases modérément élevées : S G O T : 90 UI,
S G P T : 50 UI
- Urée - glycémie : normale
- Ionogramme sanguin : Normal
- TP : Abaissée 54% en juin et 70% après injections de vitamine K1 pendant 10 jours
- G E - Frottis ; négatif
- HBs Ag : négatif
- Anapath : ponction-biopsie hépatique réalisée pièce biopsique tombée à travers les mailles de l'appareil lors du traitement. Les parents n'ont pas voulu qu'on le prenne une seconde fois.

6 Hypothèses diagnostiques :

Cirrhose hépatique

7 Evolution sous traitement :

Tarissement de l'ascite et fonte des oedèmes des membres inférieurs sous diurétique. Exéaté le 3 07 1991, perdu de vue en septembre 1991 où il se plaignait de constipation uniquement.

8 Conclusion :

On resté au stade d'hypothèse faute de confirmation anatomopathologique.

9 Dépenses :

| | |
|-------------------|--------------------|
| - Médicaments : | 8.315 f |
| - Examens : | 27.645 f |
| - Hospitalisation | 28.500 f |
| TOTAL | 64.460 FCFA |

Observation N°14**1 Identification**

T.H 2 ans sexe masculin ethnie Dogon

Venu du cercle de Niono Région de Ségou

Hospitalisé le 29 05 1991

2 Motif :

- Amaigrissement
- Gros ventre
- Tumeur palpée dans l'abdomen
- Dysurie

3 Antécédents :

- Dysurie depuis 6 mois
- Traitement traditionnel fait sans succès, moderne de nature inconnue fait

4 Examen physique :

- Poids : 10 kg
- Taille : 73 cm
- Température 38°
- Etat général : altéré, cachexie, conjonctives pâles
- Volume abdominal augmenté
- Siège de la tumeur et ses caractères : part du flanc gauche gagne l'hypochondre gauche, traverse l'abdomen de part en part et entoure l'ombilic, solide, irrégulière.
- Signes associés : Geignements, dyspnée, tachycardie

6 Examens complémentaires :

Non fait, malade venu au stade tardif

7 Hypothèse Diagnostiques :

- Tumeur rénale maligne : Néphroblastome ?

- Tumeur maligne de la surrénale : Neuroblastome ?

8 Evolution sans traitement :

Traitement symptomatique fait et malade décédé le 09 06 1991

9 Conclusion :

On est resté au stade d'hypothèses diagnostiques non confirmées

10 Dépenses :

- Médicaments : 2.450 f

- Hospitalisation 9.000 f

Total : 11.450 f

Observation N°151 Identification du malade :

S.B 10 ans sexe masculin ethnique Peuhl
 venu du cercle de Bla, région de Ségou
 hospitalisé le 16/06/91

2 Motif :

- Fièvre
 - Hématurie terminale
 - Douleurs abdominales
- | de date d'apparition non connue par les
 | parents

3 Antécédents :

- Paludisme
- Bilharziose urinaire
- Traiter à Bla pour les mêmes motifs traditionnellement et
 médicalement sans succès (anti paludéen, biltricide,
 antispasmodique, antibiotique)

4 Examen physique :

- Poids 26 kg
- Taille 135 cm
- Température : 38°5
- Etat général : Profondément altéré, pâleur conjonctivale
- Volume abdominal augmenté
- Siège de la masse et ses caractères
 Hypochondre droit se prolongeant à l'épigastre, solide,
 irrégulière avec aspect multinodulaire, non douloureuse à la
 palpation circulation collatérale thoraco- abdominale
- Le reste de l'examen est normal

5 Examens complémentaires :

- Echo abdominale : Hépatomégalie avec macronodules hétérogènes

et adénopathies profondes, nodules multiples sur la rate.

Lymphome ou cancer primitif du foie plus abcès amibien du foie

- Rx du thorax : hépatomégalie ? pas de métastase pulmonaire visible

- TP : 82% de l'activité coagulante normale

- ECBU: Nombreux bacilles gram négatif non quantifiés. Les autres éléments sont normaux.

-N F S : normale

- G E frottis : négatif

6 Hypothèses diagnostiques :

- Lymphome

- Abcès amibien du foie

- Cancer primitif du foie

- Cirrhose hépatique

7 Evolution sous traitement :

Malade Venu à un stade très avancé avec cachexie et décédé le 26 07 1991 . Seul un traitement symptomatique a été administré.

8 Conclusion :

On n'a pas pu confirmer les hypothèses faute de moyens financiers. tout le bilan n'a pas pu être réalisé

9 Dépenses :

- Médicaments : 7.485 f cfa

- Examens : 17.045 fcfa

- Hospitalisation 9.000 f

Total : 33.530 fcfa

Observation N°16**1 Identification du malade :**

D.S 8 ans sexe masculin, ethnie Peuhl

Venu de Kayes

Hospitalisé le 02 07 1991

2 Motif :

- Amaigrissement
- Gros ventre il y a 6 mois (depuis janvier)
- Douleurs abdominales
- Constipation
- Fièvre

3 Antécédents :

- Toux
- Hospitalisé pour la même maladie en Mars à l'hôpital de Kayes sans amélioration
- Traitement déjà fait : Antibiothérapie, amaebicide, vitaminothérapie, antalgique - antipyrétique

4 Examens physique :

- Poids 15 kg
- Taille 115 cm
- Température 37°4
- Etat général : profondément altéré, discrète pâleur
- Siège de la tumeur et ses caractères
Périombilical, solide à droite, liquide à gauche, irrégulière,
non douloureuse à la palpation
- Volume abdominal : Augmenté
- Signes associés : circulation collatérale abdominale
- Le reste de l'examen est normal

5 Examens complémentaires :

- ASP : Absence de calcification
- UIV : Normale
- Echo abdominale : syndrome de masse liquidienne non pure évoquant une masse mésentérique ou collection intra-abdominale
- IDR : négative
- Urine | Albumine : traces
 | Sucre : Néant
- Groupe - rhésus : O positif
- Urée - glycémie : Normales
- TS - TC : Normaux
- La radiographie pulmonaire et la numération formule sanguine n'ont pas été réalisées par les parents.

6 Hypothèses Diagnostiques :

- Kyste du mésentère
- Tuberculose péritonéale

7 Evolution sous traitement :

Sous traitement anti-tuberculeux d'épreuve, fonte de la masse, reprise pondérale considérable et amélioration des autres symptômes. Exéaté le 26 08 1991 et rentré avec le reste du traitement.

8 Conclusion :

Tuberculose péritonéale

9 Dépenses partielles :

- | | | |
|----------------------------|--|----------------------|
| - Examen : 15.450 f | | total : 57.450 f cfa |
| - Hospitalisation 42.000 f | | |

Médicaments : Approvisionnement hebdomadaire à la division Anti tuberculeuse (D A T) difficile à comptabiliser

Observation N°171 Identification du malade :

K.S 5 mois sexe masculin, ethnie Bambara

Résidence Bamako, hospitalisé le 11 07 1991

2 Motif :

- Agitation, insomnie, vomissement, selles diarrhéique sanglantes depuis 24 h

3 Antécédents :

Rhinobronchite

4 Examens Physiques :

- Poids : 6 kg 750

- Taille : 58 cm

- Température à l'arrivée 37°5

- Etat général : conservé, conjonctives bien colorées

- Volume abdominal : non augmenté

- Découverte systématique d'une masse abdominale

- Siège de la tumeur et ses caractères

Siège dans la fosse iliaque droite consistance solide, contours réguliers, non douloureuse à la palpation (car période d'accalmie), toucher rectal douloureux ramenant du sang

- Signes associés : Sans signes associés.

Reste de l'examen normal

5 Examens complémentaires :

Intervention faite en urgence. Seul l'examen anapath d'un ganglion mésentérique hypertrophié a été prélevé au cours de l'intervention.

Il s'agissait d'une hyperplasie lymphoïde de type réactionnel

6 Hypothèses diagnostiques :

- Invagination intestinale aiguë

7 Evolution sous traitement :

Guérison après désinvagination iléo-coeco-colique entre deux doigts sans résection.

8 Conclusion :

Invagination iléo-coeco-colique aiguë suite à une adénopathie mésentérique.

Sortie du malade le 16 07 1991

9 Dépenses :

| | |
|-------------------|----------|
| - Médicaments : | 5.760 f |
| - Hospitalisation | 5.250 f |
| - Examens | 2.600 f |
| Total | 13.610 f |

Observation N°181 Identification du malade :

B.H 3 ans, sexe féminin, ethnie Bambara

Résidence Bamako, venue consulter le 15 08 1991

2 Motif :

- Tumeur palpée dans l'abdomen par les parents il y a quatre mois
- Douleurs abdominales

3 Antécédents :

Sans Antécédents particuliers

Traitement déjà fait : Quinimax, oracilline, maxilase, alphachymotrypsine

4 Examen physique :

- Poids 18 kg
- Taille 97 cm
- Température à l'arrivée 37°8
- Etat général conservé, conjonctive bien colorés
- Volume abdominal augmenté
- Siège de la tumeur et ses caractères

Flanc gauche consistance solide, contours irréguliers, douloureuse à la palpation, toucher rectal douloureux

- Signes associés: Sans signes associés

Reste de l'examen normal

5 Examens complémentaires :

- ASP : Stase stercorale, absence de calcifications
- UIV : Normale
- Echo : Normale, pas de syndrome de masse visible dans le flanc gauche.
- Rx du thorax : ITN

- NFS : Eosinophilie à 6%
- VS : Accélérée 24/36 mm
- ECBU : Normal
- Urine | Albumine traces
| Sucre néant
- Urée glycémie : Normales
- Groupe rhésus : A positif

6 Conclusion :

Masse d'origine pariétale ayant disparu avant le bilan. L'enfant se porte bien

7 Dépenses :

- Examens complémentaires : 20.705 f cfa
- Total : 20.705 f cfa

Observation N°191 Identification du malade :

S.M 5 ans sexe féminin ethnies Peuhl

Résidence Bamako, Hospitalisée le 16 07 1991

2 Motif :

Depuis 15 jours :

- Epigastralgies
- Hypothermie
- Vomissements incoercibles
- Toux
- Constipation
- Anurie depuis 24 h

3 Antécédents :

- Depuis 2 mois : oedème des membres inférieurs
- Oxyurose depuis 4 ans
- Céphalées
- Traitement traditionnel et moderne (antalgique-antipyrétique , antivomitif et antibiotique) faits sans amélioration.

4 Examen physique :

- Poids : ?
- Taille 113 cm
- Température : 36°2
- Etat général : Altéré, pâleur conjonctivale très marquée
- Siège de la tumeur et ses caractères

Deux hypochondres, consistance solide, contours réguliers
douloureuse à la palpation

- Signes associés

Tableau de détresse respiratoire avec dyspnée, agitation, yeux

cernés, tachycardie, turgescence des jugulaires

5 Examens complémentaires :

Non réalisés

6 Hypothèses Diagnostiques :

- Leucémie
- Lymphome
- Paludisme viscéral

7 Evolution sous traitement :

Un traitement symptomatique a été administré et la malade est décédée le lendemain de l'admission à l'Hôpital (17 07 1991)

9 Conclusion

On est resté ici aussi au stade des hypothèses diagnostiques

10 Dépenses :

| | |
|-------------------|-------------|
| - Médicaments | 1.330 f cfa |
| - Examens | 600 f cfa |
| - Hospitalisation | 750 f cfa |
| Total | 2.680 f cfa |

Observation N°201 Identification du malade :

T.A 6 ans sexe masculin ethnie Bambara

Venu de l'arrondissement Tabakoro cercle Bougouni Région de Sikasso. Hospitalisé le 15 07 1991

2 Motif :

- | | | |
|--------------------------------|--|----------------|
| - Amaigrissement | | |
| - Gros ventre | | depuis un mois |
| - Tumeur palpée dans l'abdomen | | |
| - Douleurs abdominales | | |

3 Antécédents :

- Diarrhée
- Traitement traditionnel fait sans succès

4 Examen physique :

- Poids 16 kg
- Taille 111 cm
- Température 36°5
- Etat général : Altéré
- Volume abdominal augmenté
- Siège de la tumeur et ses caractères

Va de l'hypochondre gauche à l'ombilic, consistance solide, contours réguliers non douloureuse à la palpation.

- Signes associés : circulation collatérale thoraco-abdominale, tumeur du maxillaire supérieur avec ulcérations buccales polyadénopathie, thyroïde hypertrophiée.

- Le reste de l'examen est normal

5 Examens complémentaires :

- Echo abdominale : Splénomégalie hétérogène adénopathie

profonde lymphome ?

- NFS : Normale
- VS : Accélérée 89/106 mm
- Echo Thyroïdienne : contours irréguliers et échostructure hypoéchogène, hypertrophie des lobes.
- TS - TC : Normaux
- Test D'Emmel : négatif
- Urée glycémie : Normales

6 Hypothèses diagnostiques :

- Lymphome généralisé
- Leucémie

7 Evolution sous traitement:

Traitement symptomatique et 5 jours après l'hospitalisation 19 07 1991 sortie du malade sur demande des parents désespérés et démunis.

8 Conclusion :

On est resté dans ce cas aussi au stade d'hypothèses non confirmées.

9 Dépenses :

| | |
|-------------------|----------|
| - Médicaments : | 2.400 f |
| - Examens | 15.750 f |
| - Hospitalisation | 3.750 f |
| Total | 21.900 f |

Observation N°21**1 Identification du malade :**

T.B 14 ans, sexe masculin ethnie Bambara

Venu de l'arrondissement Sirakoro cercle de Kati région de Koulkoro

Hospitalisé le 11 07 91

2 Motif :

- Amaigrissement
- Gros ventre depuis un mois
- Douleurs abdominales

3 Antécédents :

- Diarrhée à répétition avec prolapsus rectal
- Douleurs abdominales
- Traitement traditionnel fait sans succès, moderne fait de nature inconnue

4 Examen physique :

- Poids 27 kg
- Taille 137 cm
- Température à l'arrivée 37°7
- Etat général plus ou moins conservé, discrète pâleur conjonctivale
- Volume abdominal non augmenté
- Siège de la masse et ses caractères
Hypogastrique, consistance solide, contours mal limités douloureuse à la palpation.
- Au toucher rectal: empatement dans la loge vésicale (cul-de-sac antérieur) et douleur.
- Signes associés : pas de signes associés

Reste de l'examen normal

5 Examens complémentaires :

- UIV : Les 2 reins sécrètent en même temps dans les délais normaux
- Echo abdominale : Volumineuse tumeur rénale gauche pleine vessie d'aspect normal.
- NFS : Anémie G R : 2,73 M/ml ; Hb : 7,55 g/100 ml ; Hte : 24% hyperleucocytose GB : 16203 /ml
- GE - Frottis : négatif
- ECBU : Aspect légèrement trouble des urines, GB : 3-7/champ les autres éléments sont normaux
- Groupe sanguin et rhésus : 0 positif
- Test d'Emmel : négatif

6 Hypothèses :

Masse indéterminée

7 Evolution sous traitement :

Favorable sous chloroquine et nibiol (antipaludéen et antiseptique urinaire). Nette amélioration clinique à la sortie le 30-07-1991 avec masse abdominale restée inchangée

8 Conclusion :

Masse indéterminée avec faux résultat échographique

9 Dépenses :

| | | |
|-------------------|---------------|--------------|
| - Examens | 17.200 | f |
| - Médicaments | 2.630 | f |
| - Hospitalisation | 15.000 | f |
| Total | 34.830 | f cfa |

Observation N°221 Identification du malade :

D.F 15 ans sexe masculin ethnique Bambara

Venu du cercle de Kati

Hospitalisé le 12 07 1991

2 Motif :

- Gros ventre depuis 4 mois (mars 1991)
- Amaigrissement
- Douleurs abdominales
- Dyspepsie, hypersialorrhée, météorisme abdominal

3 Antécédents :

- Tuberculose pulmonaire il y a 13 mois mal traité
- A fait un traitement amoebicide

4 Examen physique :

- Poids 32 kg
- Taille 160 cm
- Température 37°1
- Etat général : très altéré, cachexie, pâleur très marquée
- Volume abdominal augmenté
- Siège de la masse et ses caractères

Hypochondre droit, irrégulière, douloureuse à la palpation

- Signes associés : Ascite de petite abondance, polyadénopathie disséminée, syphose dorsale avec aspect de tassement vertébral indolore.

Le reste de l'examen est normal

5 Examens complémentaires :a En juillet 1991

- Echo abdominale : présence de plusieurs structures liquidiennes

non pures sur le foie et intra péricitoneales pouvant correspondre à des collections purulents ou des adénopathies. Vésicule biliaire lithiasique.

- Rx du thorax : opacités en bandes horizontales de la base du poumon droit. Séquelle d'épanchement pleural ? pas de foyers évolutifs.
 - NFS : Normale
 - VS : Accélérée 61/72 cm
 - TP : 78%
 - Examen des crachats à la recherche de B.K : négatif
 - Transaminases : normales
 - Phosphatases alcalines : normales
 - ECBU : normal
 - TCK : normal
 - Sérologie amibienne : négative
 - Apha-foetoprotéine demandée : manque de réactif
 - Groupe rhésus : A positif
 - Rx du rachis dorsal : spondylodiscite de D8 D9 D10
 - Laparotomie exploratrice : mise en évidence de poches de pus intrapéricitoneales dont la principale qui était sous hépatique fut prélevée avec son contenu et examinée.
 - Anapth : Fragment d'un tissu conjonctif dans lequel on reconnaît quelques vaisseaux aux calibres importants et aux parois épaisses. On ne retrouve sur ce fragment aucune lésion spécifique en faveur de la tuberculose.
- En Septembre :
- Ponction abdominale l'examen du pus met en évidence des bacilles alcoolico-acido résistants

- Transaminases : Normales

- V S : 10/55 mm

6 Hypothèse Diagnostique :

- Tuberculose péritonéale

7 Evolution sous traitement :

Après confirmation du diagnostic, évolution favorable sous antituberculeux avec amélioration de l'état général ainsi que celle de tous les autres symptômes.

Sortie du malade qui est rentré avec le reste de son traitement

le 3 10 1991

8 Conclusion :

Tuberculose péritonéale

10 Dépenses partielles :

- Examens 33.645 f cfa

- Hospitalisation 62.250 f cfa

total 95.895 f cfa

Médicaments : comptabilisation difficile car approvisionnement hebdomadaire à l'ADAT.

Observation N° 231 Identification du Malade :

T.M 4 ans sexe masculin, ethnie Bambara

Résidence Bamako

Hospitalisé le 24 07 1991

2 Motif :

- Tumeur palpée dans l'abdomen par les parents il y a quatre mois
- Douleurs abdominales
- Fièvre

3 Antécédent :

- Paludisme à répétition
- Emission de parasite non spécifié par les parents dans les selles
- N'a pas fait de traitement au cours du dernier épisode de paludisme

4 Examens physiques :

- Poids 16 kg
- Taille 103 cm
- Température à l'arrivée 40°C
- Etat général : conservé, conjonctives bien colorées
- Volume abdominal : non augmenté
- Siège de la tumeur et ses caractères :

Hypochondre gauche, consistance solide, contours irréguliers, douloureuse à la palpation.

Toucher rectal douloureux.

- Signes associés : Splénomégalie stade II sans d'autres signes associés.

Reste de l'examen est normal

5 Examen complémentaire :

- ASP : Masse hydrique siégeant dans le flanc gauche, refoulant le colon transverse et gauche et non en rapport ni avec le rein gauche, ni avec la rate

- Echo : Splénomégalie aspécifique isolée

- NFS : Normale

6 Hypothèses diagnostiques :

Splénomégalie parasitaire : paludéenne et ou liée à la parasitose intestinale.

7 Evolution sous traitement :

Deffervescence thermique sous quinine et disparition des douleurs abdominales .

8 Conclusion

On est resté au stade d'hypothèse : splénomégalie parasitaire : paludéenne ?

Sortie du malade le 02 08 1991 avec chloroquine comprimés et rendez vous chaque mois.

Il a été perdu de vue.

9 Dépenses :

- Médicaments : 5.155 f cfa

- Examens : 10.750 f cfa

- Hospitalisation 5.250 f cfa

Total 21.155 f cfa

Observation N°24

1 Identification du malade :

C.A 10 mois sexe masculin ethnies Sonrhai
Venu du cercle de Kati région de Koulikoro
Hospitalisé le 27 8 91

2 Motifs :

- Vomissement
- Gros ventre depuis 7 mois
- Dysurie
- Impossibilité du décubitus latéral droit

3 Antécédents :

- Hématurie
- Angine
- Douleurs abdominales
- Paludisme

4 Examen physique :

- Poids 9 kg 200
- Taille 65 cm
- Température 37°
- Etat général : conservé, conjonctives bien colorées
- Volume abdominal : augmenté
- Siège de la masse et ses caractères

Hypochondre droit de consistance liquide de contours réguliers,
douloureuse à la palpation.

Toucher rectal douloureux

- Le reste de l'examen est normal

5 Examens complémentaires :

- ASP : pas de calcifications visibles

- UIV : absence de sécrétion du rein droit 30 mm après l'injection du produit de contraste
- Echo : Masse liquidienne sous hépatique. Rein droit dilaté
- NFS : Eosinophilie sanguine à 7%
- ECBU : présence de staphylocoque non pathogène
- Azotémie-glycémie : Normales
- Créatininémie : Normale
- Groupe-rhésus : o positif

6 Hypothèse diagnostique

Hydronéphrose droite

7 Evolution sous traitement

Après néphrostomie, suites opératoires immédiates simples.

Sortie du malade le 5 09 1991 et perdu de vue.

8 Conclusion :

Hydronéphrose droite

9 Dépenses :

| | |
|-----------------------------|--------------|
| - Médicaments : | 5.470 f cfa |
| - Examens complémentaires : | 20.650 f cfa |
| - Hospitalisation | 7.500 f cfa |
| Total | 33.620 f cfa |

2 SYNTHESE DES DIFFERENTS PROBLEMES RENCONTRES

Ces problèmes sont d'ordre diagnostique, pronostique et thérapeutique. Il en est de même pour le suivi.

2-1 Problèmes en rapport avec le diagnostic :

A) Avec le diagnostic positif :

2-1-1 Les signes cliniques :

Peu de renseignements sont obtenus du malade et de son entourage. Dans 5 cas sur 24 soit 20,83% l'existence de la masse abdominale était ignorée pendant qu'elle était bien palpable, dans 10 cas sur 24 soit 41,66 % la date d'apparition était inconnue.

L'existence d'une ascite ou d'un ballonnement gêne l'appréciation de la masse à la palpation. Malgré l'insistance à l'interrogatoire, la chronologie des signes associés est très difficile à préciser.

2-1-1-2 Les Examens paracliniques :

Devant l'impossibilité de pratiquer certaines techniques classiques (artériographie, lymphographie) chez l'enfant, le manque de disponibilité de certains examens spécialisés tels que la tomодensitométrie ou scanner et surtout les conditions socio-économiques défavorables, nous n'avons pas pu dépasser le stade des hypothèses diagnostiques restées sans confirmation.

2-1-2 Problèmes en rapport avec le diagnostic différentiel :

La modicité de nos moyens d'investigation paraclinique ne nous permet pas de passer en revue tous les diagnostics des masses abdominales. Toutefois, les problèmes de diagnostics différentiels concernent :

- Le néphroblastome
- La tuberculose péritonéale
- Les splénomégalies
- Les hépatomégalies

2-2 Problèmes en rapport avec le pronostic :

Il est le plus souvent défavorable (comme précité dans l'introduction). Le milieu médical moderne constitue l'ultime recours des parents . En effet c'est après l'échec du traitement traditionnel que les malades sont amenés à l'hôpital.

Ils sont vus au stade tardif et décèdent parfois même avant qu'on ait le temps de faire le bilan complet donc de poser le diagnostic étiologique.

Ce facteur est sans doute lié aux conditions socio-économiques

2-3 Problèmes thérapeutiques :

Ils concernent essentiellement les cas de tumeurs malignes où le problème de chimiothérapie antimitotique se pose.

En effet la politique des médicaments essentiels au Mali ne prévoit pas les antimitotiques. On est obligé de commander les drogues à l'étranger ce qui demande des moyens énormes dont ne disposent pas toujours nos malades.

2-4 Problème de suivi des malades :

Les rendez-vous ne sont pas respectés, les malades ne sont vus uniquement qu'en cas de problème dépassant la compétence du tradi-praticien ou des parents. Ces derniers essayent toujours de reconduire les traitements administrés précédemment.

On est souvent obligé de se déplacer pour aller les chercher à domicile pour ceux résidant à Bamako.

C'est devant la multitude des problèmes et leur complexité avec l'impossibilité de poser un diagnostic étiologique précis devant tous les cas de masse abdominale qu'on s'est fixé comme objectif de faire le diagnostic de siège et d'organe et non étiologique.

IV COMMENTAIRE ET DISCUSSION :

En vue d'une analyse de nos résultats, nous avons envisagé d'étudier nos masses abdominales suivant les paramètres suivants:

1 Selon l'ethnie :

Tableau N°1

Répartition des masses abdominales de l'enfant selon l'ethnie

| Ethnies | Nombre d'effectifs | Pourcentage |
|----------|--------------------|-------------|
| Bambara | 13 | 54,16 % |
| Peuhl | 6 | 25% |
| Sarakolé | 2 | 8,33% |
| Dogon | 1 | 4,17 % |
| Sonhrai | 1 | 4,17 % |
| Malinké | 1 | 4,17 % |
| Total | 24 | 100 % |

On note un pourcentage nettement élevé de Bambara .

Ceci est le reflet de la prédominance de cette ethnie au Mali.

Cette répartition n'a aucun caractère particulier.

2 Selon le sexe :**Tableau N°2 :**

Répartition des masses abdominales de l'enfant selon le sexe

| Sexe | Nombre | Pourcentage |
|---------|--------|-------------|
| Filles | 5 | 20,84 % |
| Garçons | 19 | 79,16 % |
| Total | 24 | 100 % |

On note une prédominance masculine 79,16 %. Cette prédominance masculine a été retrouvée par Wafi Ould 56,62% (75), Zaka Bi Goore 56% (76) Martin Sl et Coll. 62,26% (52).

3 Selon la Symptomatoologie d'appel :

Tableau N°3

Répartition des masses abdominales de l'enfant selon la symptomatologie d'appel :

| Signes d'appel | Nbres de cas | Pourcentages |
|---|--------------|--------------|
| Tumeur palpée dans l'abdomen ou gros ventre | 18 | 75,00 % |
| Amaigrissement | 8 | 33,33 % |
| Hyperthermie | 3 | 12,50 % |
| Hypothermie | 1 | 4,16 % |
| Signes digestifs | 15 | 62,50 % |
| Signes urinaires | 9 | 37,50 % |

- Soixante quinze pour cent de nos malades viennent pour tumeur palpée dans l'abdomen ou gros ventre. Ce chiffre est ~~va~~ **Supérieur** à celui retrouvé par Martin S.L et Coll. (52) 69,80% et à celui de Zaka Bi Goore 64% (76).

- Cinquante pour cent viennent pour des signes généraux. Ce pourcentage est plus élevé que celui de Zaka Bi Goore 45 % et inférieur à celui de Martin S.L et Coll. 60,36 %.

Parmi ces signes généraux prédomine l'amaigrissement qui représente 33,33% des motifs de consultations de nos malades dans notre étude. Cette même constatation a été faite par Martin S.L. pour qui ce chiffre est de 32,07 % (52).

- Les signes digestifs quant à eux représentent 62,50 %
Ce chiffre est nettement supérieur à celui de Zaka Bi Goore 45%
(76) et de Martin S.L et Coll. 56,59 % (52).

- De même que les signes digestifs le nombre de nos malades
venus pour signes urinaires est de 37,50% , nettement plus élevé
que celui des auteurs précédents pour lesquels il est
respectivement de 25 % et 3,77 %.

4 Répartition des masses abdominales de l'enfant selon l'âgeTableau 4 :

Répartition des masses abdominales de l'enfant selon l'âge :

| Age | Nbre de cas | Pourcentages |
|------------|-------------|--------------|
| 0-1 an | 5 | 20,83 % |
| 1-6 ans | 10 | 41,67 % |
| 7 - 15 ans | 9 | 37,46 % |

- De 0 à 1 an nous avons diagnostiqué 5 masses palpables sur 24 soit 20,83 % de toutes les masses. Ce chiffre est inférieur à celui de Rival et Van Kote selon Rival (63) pour lesquels il est respectivement de 50 % et 33 % . Il est supérieur à celui de Zaka 8 % (76) et Wafi 13,04 % (75).

- De 1 à 6 ans la fréquence des masses abdominales augmente pour atteindre son maximum qui est de 41,67% de toutes les masses. Il en est de même pour Van Kote selon Rival qui trouve un chiffre analogue au nôtre 42 % . Zaka (76) et Wafi (75) trouvent des chiffres nettement supérieurs qui sont respectivement de 56 % et 52,26 % .

Au contraire la fréquence des masses abdominales diminue pour Rival à cet âge. Il trouve 28 % (63)

- De 7 à 15 ans nous observons une baisse de la fréquence des masses abdominales 37,46 % . Il en est de même pour beaucoup d'auteurs mais qui en diagnostiquent moins que nous :
 ↗ Zaka 35% (76) Rival et Coll. 22 % , Van Kote 23 % (63) et
 Wafi 4,8 % (75).

5 Répartitions topographiques des masses abdominales de l'enfant :

5-1 Répartition topographique palpatoire selon l'âge :

Tableau N°5

Répartition topographique palpatoire des masses abdominales de l'enfant en fonction de l'âge :

| Age | Epig | Hypch D | Hypch G | Flanc D | Flanc G | Péri omb | Fid | Fig | Abdo Tran | Hypo Gast |
|-------|------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------|-----|--------------|--------------|
| 0-1 A | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 1-6 A | 0 | 1 | 4 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7-15A | 0 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 0 | 5 | 5 | 0 | 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| Fréq | 0 % | 20,83 | 20,83 | 0 % | 37,5% | 4,16 | 4,16% | 0 | 4,16 | 12,5% |

Les 11 sièges de masse abdominale de la tranche d'âge de 1 à 6 ans pour 10 malades au total s'expliquent par le fait qu'une de nos malades était porteuse d'une hépatosplénomégalie (occupant les hypochondres).

Dans notre série le flanc gauche est plus touché. En effet 9 de nos masses siègent dans le flanc gauche soit 37,50 % de leur totalité. Pour Martin S.L et Coll. (52), c'est le même siège qui prime avec un pourcentage voisin du nôtre 39,62 %.

Cette atteinte du flanc gauche selon notre étude est maximale dans la tranche d'âge de 1 à 6 ans : 6 cas sur 10 soit 60 % des masses de cette tranche d'âge ou 25 % de toutes les masses.

Les 2 hypochondres sont intéressés avec la même fréquence :

20,83 % pour chacun.

5-2 Répartition globale selon le site anatomique et l'organe

5-2-1 Tableau 6

Répartition des masses abdominales de l'enfant

selon le site anatomique :

| Siège | Nbre de cas/siège | % par siège |
|--------------|-------------------|-------------|
| Rétro périt. | 9 | 34,14 % |
| Intra périt. | 12 | 52,17 % |
| Sous périt. | 2 | 8,69 % |
| Total | 23 | 100 % |

NB : La masse pariétale a été exclue du calcul des fréquences.

- L'espace rétro-péritonéal est occupé par nos masses abdominales dans 34,14 % des cas . Ce chiffre est inférieur à celui rapporté par les autres études que nous avons observés : pour Rival et Coll. il serait de 68% , pour Neiman 67% (63) pour Verger 82% (63), pour Van Kote 58% (63) et pour Zaka 42% (76)

- L'espace intrapéritonéal est le plus occupé par nos masses : 52,17% . Ce chiffre est voisin de celui de Zaka qui trouve 50% au contraire il est nettement supérieur à celui retrouvé par les autres études que nous avons observé, notamment celles de Van Kote Chevrier Rival et Coll. qui trouve chacun 9% (63).

- Les masses sous péritonéales représentent pour nous 8,69%. Un même chiffre analogue a été rapporté par Rival et coll. (63) et Zaka (76) 8% pour chacun . Il reste supérieur à celui de Neiman 1% et à celui de Chevrier 6% (63), inférieur à celui de Van Kote 16 % (63).

5-2-2 Tableau N°7

Répartition des masses abdominales selon l'organe :

| Organe | Nbre de cas/org. | poucent./org. |
|-----------|------------------|---------------|
| Rein | 9 | 39,14 % |
| Foie | 3 | 12,50 % |
| Rate | 6 | 25,00 % |
| Intestin | 2 | 8,69 % |
| Péritoine | 2 | 8,69 % |
| Ovaire | 1 | 4,35 % |
| Vessie | 1 | 4.35 % |

NE : La masse pariétale est toujours exclue. Rappelons aussi la malade porteuse d'hépto-splénomégalie qui fait que nous avons 13 sièges d'organe pour 12 malades.

- Dans l'espace ^{plus}retropéritonéal, le rein est le touché dans notre série 9 cas sur 9 soit 100%.

Pour tous les autres cet organe est le principal touché : 13 fois sur 14 soit 93,33 % pour Zaka, 58 % pour Rival et Coll. , 50% pour Van Kote, 43 % pour Chevrier.

- Dans l'espace ^{des}intrapéritonéal, masses spléniques représentent 5 cas sur 12 soit 41,66%. La rate est l'organe le plus touché. Quant à Zaka c'est le foie qui est le plus touché avec 55% des cas alors que la rate l'est dans un cas sur 18 soit 5,55% (76)

- Dans l'espace sous péritonéal nous avons diagnostiqué au total 2 masses dont une ovarienne et une vésicale soit 50 % pour chacune. Pour Van Kote et Rival, l'ovaire serait le plus touché avec respectivement 53,50 % et 70 % (63).

Pour ces auteurs le sexe féminin serait le plus intéressé par ce siège sous péritonéal alors que nous avons une répartition égale dans les deux sexes.

5-3 Répartition selon le site anatomique et l'âge :Tableau N°8

Répartition des masses abdominales de l'enfant selon le site anatomique et l'âge :

| Siège | 0 - 1 an | 1 - 6 ans | 7 - 15 ans |
|---------------------|----------|-----------|------------|
| Retropérit | 3 | 5 | 1 |
| Intra péritonéal | 2 | 4 | 6 |
| Sous Péritonéal | 0 | 0 | 2 |
| pariétal | 0 | 1 | 0 |
| Total | 5 | 10 | 9 |
| Pourcentage | 20,83 % | 41,67% | 37,50% |

- De 0 à 1 an selon notre étude c'est la topographie retropéritonéale qui domine : 3 cas sur 5 soit 60 %.

La même constatation a été faite par Van Kote (63) avec un chiffre nettement supérieur au nôtre 82% (63).

- De 1 à 6 ans le siège retropéritonéal prime et représente 50%. Le même constat a été fait par Rival et Coll. et Van Kote qui trouvent des chiffres nettement supérieurs au nôtre et qui sont respectivement de 70% et 74,69% (63). Mais c'est dans cette tranche d'âge que nous avons rencontré notre maximum de fréquence de la totalité du siège retropéritonéal des 3 tranches d'âge : 5 cas sur 9 soit 55,55% .

- De 7 à 15 ans : nous observons une régression de la topographie retropéritonéale qui chute à 11,11% (1 cas sur 9)

et une augmentation de celle intrapéritonéale qui atteint son maximum de fréquence : 66,66% (6 cas sur 9).

Cette fréquence du siège intrapéritonéal est nettement supérieure à celle de Van Kote 18% et Rival et Coll. 27,77% (63).

Ce dernier note une recrudescence des masses intrapéritonéales après la première année de vie avec prédominance des masses rétropéritonéales (55,55%). C'est le siège sous péritonéal qui domine pour Van Kote avec 40 % .

Les masses génito-pelviennes y trouvent leur maximum dans notre série ainsi que dans celle de Rival et Coll. et Van Kote .

Elle représente 2 cas sur 9 soit 22,22% de toutes nos masses à cet âge. Ce chiffre est superposable à celui de Rival et Coll. qui trouvent 22 % . Il est nettement inférieur à celui de Van Kote : 40 % (63).

NB :

On note une seule masse pariétale dans toute notre série dans la tranche d'âge de 1 à 6 ans soit 1 cas sur 24 ou 4,16% de toutes les masses .

Van Kote en rencontre un seul cas dans cette tranche d'âge et un second entre 7 et 15 ans soit 2 cas sur 209 cas au total ou 0,95% des masses (63)

Résumé de la répartition des masses abdominales de l'enfant selon les topographies et l'âge :

-Au cours de la première année dans notre série, les masses abdominales nous ont paru moins fréquentes (20,83%).

Il en a été de même pour Zaka avec 8% , Wafi 13,04% , Van Kote 33% . Au contraire elles ont été fréquentes pour Rival et Coll. atteignant 50% (63).

Nous avons observé une prédominance du siège retropéritonéal avec une fréquence de 60% des cas . Ce constat a été identique à celui de Van Kote avec 50% et Verger 82% (63).

-De 1 à 6 ans les masses abdominales ont atteint leur fréquence maximale avec 41,67% .

Il en a été de même pour Van Kote :42% (63), Zaka : 56% (76) et Wafi : 52,26% (75).Au contraire leur fréquence a diminué pour Rival et Coll.: 28% (63).

Nous avons une prédominance du siège retropéritonéal à cet âge atteignant 50% des cas. Pour Rival et Van Kote c'est la même topographie qui domine avec respectivement 70% et 74,69% (63). Mais c'est dans cette tranche d'âge que nous avons rencontré la fréquence maximale pour la totalité du siège retropéritonéal avec 55,55% (5 cas sur 9).

-De 7 à 15 ans nous avons observé une baisse de la fréquence des masses abdominales 37,5% .Le même constat a été fait par beaucoup d'auteurs : Zaka, Rival et Coll. , Van Kote et Wafi à des fréquences respectives de 35% , 22% , 23% , 4,8% .

Nous avons en outre une régression de la topographie retropéritonéale (11,11%) au profit de la localisation intrapéritonéale (66,66%) . Rival et Coll aussi selon leurs études ont remarqué une recrudescence de la fréquence du siège intrapéritonéal atteignant 27,77% . Pour eux, c'est le siège retropéritonéal qui domine avec 55,55% des cas.Quant à Van Kote c'est le siège sous péritonéal qui prédomine avec 40% (63).

6 Répartition des masses abdominales de l'enfant selon la nature tumorale:

6-1 Selon la nature hypothétique

Tableau N° 9 :

Répartition des masses abdominales de l'enfant selon la nature hypothétique :

| Nature Tumorale | Nombres de cas | Pourcentages |
|------------------|----------------|--------------|
| Tumeurs Bénignes | 16 | 66,66% |
| Tumeurs Malignes | 8 | 33,34% |
| Total | 24 | 100% |

b) Selon la nature tumorale confirmée:

Tableau N°10 :

Répartition des masses abdominales de l'enfant selon la nature tumorale confirmée:

| Nature Tumorale | Nombres de cas | Pourcentages |
|------------------|----------------|--------------|
| Tumeurs Bénignes | 11 | 84,62% |
| Tumeurs Malignes | 2 | 15,38% |
| Total | 13 | 100% |

Dans les deux cas (nature hypothétique ou confirmée) nous avons une forte proportion de masses abdominales bénignes. Mais ce sont les chiffres des hypothèses diagnostiques qui sont comparables aux résultats des études des autres auteurs. En effet selon la nature hypothétique nous avons 66,66% de masses bénignes. Ce résultat va dans le même sens que celui de Rival et Coll qui trouvent 70% et de Van Kote 67% (63). Quant aux masses malignes nous avons une proportion de 33,34% assimilable à celle du dernier auteur qui trouve 33% , voisine

de celle Rival et Coll. : 30% .Par contre dans beaucoup de séries, ce sont des masses malignes qui prédominent ; Zaka: 53% (76) ; Chevrier selon Zaka : 66% (76) ; Verger selon Rival : 63% (63) ; Wafi: 60,87% (75) et enfin Martin S.L. et Coll.: 54,71% (52).

7 Répartition des étiologies des masses abdominales de l'enfant selon l'âge :

7-1 Selon les hypothèses diagnostiques:

Tableau N°11 :

Répartition des hypothèses diagnostiques des masses abdominales de l'enfant selon l'âge :

| Hypoth.Ddiag. | 0 - 1 an | 1 - 6 ans | 7 - 15 ans | pourcent. |
|---------------|----------|-----------|------------|-----------|
| Néphrob. | 0 | 3 | 1 | 16,67% |
| Hydronéph. | 3 | 2 | 0 | 20,84% |
| Périt.Tuberc. | 0 | 0 | 2 | 8,34% |
| I I A | 2 | 0 | 0 | 8,34% |
| Spléno.Palu. | 0 | 2 | 2 | 16,67% |
| Hépatocarc. | 0 | 0 | 1 | 4,16% |
| Cirrh.Inf. | 0 | 0 | 1 | 4,16% |
| Kyste Ov. | 0 | 0 | 1 | 4,16% |
| Lc.ou Lp.mal. | 0 | 2 | 0 | 8,34% |
| M. Pariétale | 0 | 1 | 0 | 4,16% |
| M non spé. | 0 | 0 | 1 | 4,16% |
| Total | 5 | 10 | 9 | 100% |

NB : Seulement 13 ont été confirmés sur 24 soit 54,16% de toutes les masses. Onze hypothèses sont restés sans confirmation (45,84%) dont 5 dans la tranche d'âge de 1 à 6 ans et 6 entre 7 et 15 ans.

- De 0 à 1 an l'étiologie malformative domine : 3 cas d'hydronéphroses sur 5 soit 60%. Ce résultat est inférieur à celui de Rival et Coll. pour lesquels elle serait de 65 %. Ces hydronéphroses représentent 100 % des gros reins dans notre série alors qu'elles serait de 80% pour Rival et Coll. dans cette tranche d'âge.

- De 1 à 6 ans nous avons eu 3 cas de néphroblastomes sur 10

soit 30%. Ce chiffre peut être rapproché de celui de Van Kote : 28,40% , et de celui de Rival et coll. 32,60% (63)

Au total nous avons retenu 4 cas de néphroblastomes sur 24 soit 16,6% . Ce chiffre est superposable à celui de Martin S.L et Coll. qui trouvent 16,92% (52), nettement inférieur à celui de Wafi Ould 21,73% (75) et Zaka 22 % (75)

Les splénomégalies paludéennes et les hydronéphroses dans notre série ont la même fréquence : 2 cas sur 10 ou 20% chacune.

- De 7 à 15 ans : cette tranche d'âge est l'âge de prédilection des splénomégalies parasitaires (paludéennes) qui représente 22,22% (2 cas sur 9) dans notre série. Ce même constat a été fait par Rival et Coll. sans préciser leur fréquence (63).

Un seul cas de kyste de l'ovaire a été diagnostiqué au cours de notre étude (1 cas sur 9) : c'était dans cette tranche d'âge à une fréquence de 11,11% .

7-2 Selon l'étiologie confirmée

Tableau N°12 :

Répartition des diagnostics confirmés des masses abdominales de l'enfant selon l'âge :

| Diag.conf. | 0 - 1 an | 1 - 6 ans | 7 - 15 ans | pourcent. |
|--------------|----------|-----------|------------|-----------|
| Néphrob. | 0 | 2 | 0 | 15,38% |
| Périt.Tuberc | 0 | 0 | 2 | 15,38% |
| Hydronéph. | 3 | 2 | 0 | 38,48% |
| I I A | 2 | 0 | 0 | 15,38% |
| Spléno.Palu. | 0 | 0 | 1 | 7,69% |
| M. Pariétale | 0 | 1 | 0 | 7,69% |
| Total | 5 | 5 | 3 | 100% |

- De 0 à 1 an nous rejoignons le commentaire sur les hypothèses car à cet âge les étiologies de toutes nos masses ont été confirmées.

- De 1 à 6 ans nous avons une codominance des hydronéphroses et des néphroblastomes 2 cas sur 5 pour chacune de ces pathologies, soit une fréquence de 40% . Ce chiffre est nettement supérieur à ceux de Rival et Coll. et Van Kote qui trouvent respectivement 32,60% et 28,40% pour le néphroblastome (63). Quant aux hydronéphroses ces mêmes auteurs trouvent respectivement 20,87% et 15,90% (63).

- De 7 à 15 ans nous avons une prédominance des tuberculoses péritonéales les^z cas diagnostiqués dans notre série sur 3 soit 66,66% . Cette même prédominance a été retrouvée par Wafi avec une fréquence nettement inférieure à la notre qui est de 37,7% (75).

Au total nous avons eu 2 cas de tuberculose péritonéale sur 13 diagnostics confirmés soit 15,38% . Ce chiffre est nettement

inferieur à celui de Wafi 20,08% (75) et à celui de Martin S.L.
: 20,75% (52).

8°) Répartition du montant des dépenses des masses abdominales de l'enfant en fonction des étiologies.

Tableau 13 :

Répartition du montant des dépenses en fonction des étiologies

| Etiologies | Effectifs | Dépenses (F CFA) | Moyennes des dépenses | Ecart type (F CFA) |
|---------------|-----------|--------------------|-----------------------|----------------------|
| Hydronéph. | 1 | 54.365 | 47.316 | 11.469,21 |
| | 1 | 39.090 | | |
| | 1 | 33.620 | | |
| Néphrob. | 1 | 97.725 | 85.445 | 8.627,69 |
| | 1 | 87.362 | | |
| | 1 | 71.240 | | |
| Spléno. palu. | 1 | 21.155 | 28.215 | 19.222,50 |
| | 1 | 18.180 | | |
| | 1 | 45.310 | | |
| Périt.tub | 1 | 95.895 | 76.672 | 19.222,50 |
| | 1 | 57.450 | | |
| I I A | 1 | 10.555 | 12.080 | 1.527,50 |
| | 1 | 13.610 | | |
| M.pariétale | 1 | 20.705 | - | - |
| Hépatocar | 1 | 33.530 | - | - |
| Cirrh. Hép. | 1 | 64.460 | - | - |

Le coût moyen des Dépenses pour un néphroblastome (85.445 F CFA) est plus élevé que celui des autres maladies parce qu'il nécessite un traitement onéreux et long.

En revanche, l'ivagination intestinale aiguë dont le traitement se fait en urgence avec un bilan minimum nous est revenue moins chère avec un coût moyen de 12.082 fcfa.

Le montant élevé de la prise en charge de la tuberculose péritonéale (76.672 fcfa) s'explique par le fait qu'elle a

imposé un long séjour à l'hôpital pour les malades.

Le grand écart entre les dépenses de nos 2 tuberculeux trouve son explication dans le refus par le premier malade de prendre ses médicaments à notre insu. L'hypothèse diagnostique est donc restée longtemps sans confirmation car jusque là nous n'avions pas pu isoler le BK dans le pus abdominal. Ce qui a allongé sa durée d'hospitalisation.

La grande différence des dépenses entre le troisième cas de splénomégalie paludéenne et les deux premiers est dû au fait que ce malade est resté longtemps à l'hôpital car son séjour a coïncidé avec les événements du mois de Mars avec l'insécurité et les grèves.

Conclusion :

Au cours de notre étude nous retenons que :

- Dans la première année de vie, les masses abdominales sont moins fréquentes. Le siège rétropéritonéal domine avec la nature tumorale bénigne. L'étiologie est surtout malformative, il s'agit le plus souvent d'hydronéphrose.

- De 1 à 6 ans : les masses abdominales augmentent de fréquence et atteignent leur pic. C'est l'âge de prédilection des tumeurs malignes telles que le néphroblastome.

La topographie rétropéritonéale domine.

- De 7 à 15 ans les masses abdominales diminuent de fréquence avec prédominance des splénomégalies parasitaires (paludéennes).

Leur siège est surtout intrapéritonéal. C'est à cet âge que se révèlent les localisations génito-urinaires.

Les différences de nos résultats avec ceux des autres auteurs

s'expliquent par le fait de la durée brève de notre échantillonnage (1 an) et surtout de nos critères de sélection car nous avons inclu les splénomégalies (à partir du stade II), les masses pariétales et les cirrhoses infantiles qui sont rejetées par beaucoup de ces auteurs.

En outre la prise en charge d'un néphroblastome est la plus chère alors qu'à l'opposé l'Invagination Intestinale aiguë revient moins chère.

V CONCLUSION :

D'après notre étude sur les 24 cas observés il ressort que les masses abdominales ne sont pas fréquentes en pathologie pédiatrique du moins compte tenu de nos critères de sélection. Le sexe masculin est le plus touché (79,16%) . Elles sont rares au cours de la première année de vie (20,83%), leur fréquence augmente et atteint son maximum entre 1 et 6 ans (41,67%) et diminue chez le grand enfant : 7-15 ans (37,46%) .

L'espace intra-péritonéal est le plus occupé : 52,17%.

L'organe le plus touché est le rein : 39,14% , la rate vient en second lieu : 25% .

Les tumeurs bénignes sont les plus fréquentes : 66,66% .

L'espérance du traitement traditionnel retarde la consultation en milieu médical moderne : 50% des malades viennent déjà avec des signes généraux.

Les malades sont reçus surtout pour tumeur palpée dans l'abdomen par les parents ou apparition d'une augmentation anormale du volume abdominal : 45,83% . Les signes digestifs occupent une place non négligeable dans la symptomatologie d'appel de nos masses abdominales avec 66,50% de même que l'amaigrissement (33,33%) et les signes urinaires (37,50%) .

L'examen de première intention doit être l'échographie qui permet de poser le diagnostic de siège et d'organe dans la plupart du temps (93,75% dans notre série) et de donner les caractères échographiques de la masse (degré d'échogénéicité), ses rapport avec le voisinage, ses dimensions et enfin d'orienter le diagnostic étiologique. Notons que ses résultats dépendent des performances de l'appareil et des qualités de l'échographiste. Elle est complétée par d'autres examens au besoin selon l'orientation diagnostique.

La chirurgie a un double intérêt : diagnostique et thérapeutique.

VII RECOMMANDATIONS :

Vu la non disponibilité des antimitotiques au Mali;

Vu le niveau socio-économique bas au Mali;

Vu le temps pris par les rendez-vous pour l'exercice du bilan par insuffisance des centres d'échographie et de personnel qualifié ainsi que de ceux des autres examens paracliniques;

Vu le retard de la consultation en milieu médical moderne ;

Vu qu'il arrive souvent que le diagnostic soit posé ou étayé en per-opératoire; nous recommandons :

- L'introduction des antimitotiques dans la liste des médicaments essentiels ;
- La gratuité de la prise en charge des cas de masse abdominale ;
- La multiplication des centres d'échographie ainsi que de ceux des autres examens paracliniques avec un personnel suffisant et qualifié ;
- L'éducation des populations pour la santé afin qu'elles amènent tôt les malades en milieu médical moderne approprié avant que les complications ne se déclarent;

L'intervention chirurgicale par un chirurgien qualifié.

Nous recommandons en outre :

- La palpation minutieuse systématique de l'abdomen de tout enfant lors d'une consultation pédiatrique quelque soit le motif ;
- L'examen anatomopathologique devant tous les cas le nécessitant afin de confirmer le diagnostic et d'établir le pronostic histologique.

VII Bibliographie

- 1 Auzerie J. , Boit J.L. et Battin J
Hépatites à virus B du grand enfant , formes cliniques
Médecine infantile Décembre 1979 N°8

- 2 Bamberger J. et Odile Schweisguth
Les sympathomes de l'enfant
Médecine infantile Août septembre 1960 N°7

- 3 Benz-Lemoine E. , Olive D. , Bordigoni P
Les rechutes des leucémies aiguës lymphoblastiques de l'enfant
Médecine infantile Avril 1984 N°4

- 4 Bernard Hoerni et Maurice Tubiana
Encyclopédie des cancers
Cancers de l'enfant
Edité par Lemerle
Flammarion Médecine Sciences c 1989

- 5 Bernard J.L , Nathanson E . Lachassine E
Muller J. , Gaudelus J.' , Vinos A. et Peler mank
Une cause non exceptionnelle de la douleur abdominale de la
jeune fille : l'hématocolpos
Médecine infantile Novembre 1975 N°7

- 6 Bousser J. , Bilski-Pasquier G. , Zéttoun R.,
Samama M. , Bernadou A.
Abrégé d'hématologie Octobre 1970 2 ème édition Rolland SA.

7 Brauner M et Hassan J.

L'échographie abdomino-pelvienne en pédiatrie (2 ème partie)
Médecine infantile Janvier 1983 N°1

8 Buzelin J.M. , Etienne P. , Cohen J.Y.

Pathologie fonctionnelle vésico-sphinctérienne de l'enfant
Médecine infantile Mai-Juin-Juillet 1980 N°5

9 Buzelin J.M. , David A , Rival J.M.

Exploration radiologique du bas appareil urinaire de l'enfant
Médecine infantile Mai-Juin-Juillet 1980 N°5

10 Cadudal J.L , J.M Rival , Mainard R.

Masses abdominales de l'enfant : depistage et manifestations
cliniques
Médecine infantile Février 1977 N°2

11 Choouchi B. , Ben Salah S. , Lakoua R.

Hammou A. , Gharbi H.A , Saied H .

Les kystes hydatiques chez l'enfant . Aspects diagnostiques et
thérapeutiques à propos de 1195 cas
Annales de pédiatrie septembre 1989 N°7 vol 36

12 Chaouchi B. , Ben Salah S , Cherif M. ,

Hammou A. , Gharbi H.A. , Saied H. (Sidi Bou Saïd) Tunisie
Nephrome mésoblastique congénital. A propos d'une observation
diagnostiquée en prénatal
Annales d'urologie 1987 N°3 vol 2 1

- 13 Charmot : Les splénomégales tropicales
Population et santé tropicale Février 1988 N°31
- 14 Chevalier C. , Bidat E. , Ladjabi A. , et Lagadère B
Leishmaniose viscérale infantile
Médecine infantile Janvier 1988 N°1
- 15 Cohen M. , Lemont JP. , Cohen JV.
Exploration échographique des masses abdominales de l'enfant
Médecine infantile Février 1977 N°2
- 16 Cohen J.Y , Rival J.M. , Mainard R.
Exploration radiologique des masses abdominales de l'enfant
Médecine infantile Février 1977 N°2
- 17 Coulibaly Cheick O
Contribution à l'étude des ascites à Bamako
Thèse Médecine 1979 N°23 ENMP Bamako (Mali)
- 18 Mme Coulibaly Kany Diabaté
Tuberculose extra-pulmonaire à Bamako
Thèse de Médecine 1979 N° 29 ENMP (Bamako - Mali)
- 19 Daniel Beck
L'enfant et la guerre contre le cancer
Revue Médecine de la Suisse Romande 111 , 619 , 623 , 1991
- 20 David A. , Faye R. , Mouzard A. , Mainard R
Malformations et tumeurs de la vessie de l'enfant
Médecine infantile Mai-juin -juillet 1980 N°5

21 Diance J , Gilles Nohum

Splénomégalies chez l'enfant africain : aspects cliniques
étiologiques et pathologiques

Facultés de Médecine et de Pharmacie de Dakar 1982 N°5

22 Dechelette E., Faure G., Baudoin PH., Blouoing A.

Le reflux vésico ureteral de l'enfant de ~~de~~ années
actuelles. Proposition thérapeutiques.

Médecine infantile Mai_Juin_Juillet 1982 N°5.

23 Delarue A., Lebraul G., et Carcosonne M.

Les tumeurs renales malignes de l'enfant (Néphroblastome
excepté)

Médecine infantile Décembre 1982 N°8

24 Derred Bn , Padovani J., Faure F., et Gaugier ML

Exploration radiologique des masses rétro-péritonéales chez
l'enfant

Médecine Infantile *Décembre 1982 N°8*

25 Diard F et Guibert F,

Les uretères multiples chez l'enfant

Médecine infantile Février 1978 N°2

26 Dicko (Boubacar Samba)

Intérêt de la serologie du paludisme à propos des 2 enquêtes
épidémiologiques

Thèse Médecine 1981 N°8 ENMP Bamako (Mali)

27 Diebold J., Audouin J.

Classification des lymphomes malins par Hodgkinien

La revue de médecine interne Juillet - Août 1991 Tome XII N°4

28 Dodet H., Beck F., EL Khoury G., Takvorian P.

Evolution du diagnostic et du traitement des dydicités pyélo-
uretérales chez l'enfant reflexion à partir de 179 cas

Pédiatrie (1990) 45,115;122 c Elsevier , Paris

29 Doumbia Yaya

Kystes dermoïdes de l'ovaire à propos de 9 cas et revue générale
de la littérature

Thèse Médecine 86-M-8-89000.109 ENMP (Bamako Mali)

30 Duman H., Quilici M

Hydatidose chez l'enfant : aspects statistiques et
épidémiologiques récents

Annales de pédiatrie 1988 N°1 vol 35

31 Dyan J.F., Sabatien E., Jouk P.S., P.Baudoun

Images kystiques abdominales de diagnostic anténatal

A propos de 9 cas

Pédiatrie 1990 45 , 857-868 C Elsevier Paris

32 Estable C., M.Nathanson

Lymphome de Burkitt non endémique associé au Epstein-Barr Virus

Médecine infantile Avril 1984 N°4

33 Fayard Guillaume F. et Martin TH.

Péritonite encapsulente à propos d'une observation chez une
jeune fille

Médecine infantile Janvier 1998 N°1

34 Flammant F., Gérard Marchand R.

Schwaab G. et Kodary C.

Les rhabdomyosarcomes de l'enfant

Médecine infantile Novembre 1978 N°7

35 Galifier R.B , Nouri A., Sayed S., Saïed H (TUNIS Tunisie)

Anomalies congénitales de la fonction pyélo-urétérale chez

l'enfant. Etude multicentrique de 985 observations chez 883

enfants. Annales de pédiatrie 1988 N°1 Vol 35

36 Gentet J.C et Raybaud C.

Dépistage et diagnostic précoce des tumeurs solides de l'enfant

Médecine infantile Novembre 1975 N°7

37 Gropin C., E. Chartier K- Kastler , Audry G

Geroud M., Bruezière J. , Gruner M.

Echecs observés après une cure de jonction pyélo-urétérale chez

l'enfant à propos de 13 cas.

Annale de pédiatrie janvier 1990 N°1 vol 37

38 Guédiouna Dembélé

Place du paludisme dans les hospitalisations pédiatriques de

l'hôpital Gabriel Touré de Bamako durant 12 mois (janvier-

Décembre 1990) Thèse Médecine 1990 N°25 E.N.M.P (Bamako MALI)

39 Hartman O., Cantex A.M : Les neuroblastomes

Médecine infantile Novembre 1978 N°7

40 Héloury Y , Gurnes T.,Cohen J.Y, Quere M.P

Maignier Y. le Neel J.C.

Reflexion à partir de 118 invagination intestinales aiguës

Annales de Pédiatrie Juin 1988 N°6 Vol 35

41 Henry M., cholet P., Pétel B. et Juskievenski I

Tuberculose abdominale de l'enfant

Médecine infantile Novembre 1975 N°7

42 Jean Noël P., Dechette E., Caravel J-P., Bost M

Indications d'explorations fonctionnelles renales au cours des uropathies de l'enfant

Médecine infantile Mai-juin - juillet 1982 N°5

43 Jeantet Ph., Theillet C., pujol H.

Oncogènes , antioncogènes et leurs altération dans les tumeurs humaines

La revue de médecine interne Mai-juin 1990 Tome XII N°3

44 Joffe F ., Rousseau H.,Durand D., Sanaman JP

Plante P., Suc J-M

Diagnostic des affections de l'appareil urinaire

La revue du praticien (Paris) 1989 , 59 , 9

45 Journée Franco - Africaine D'oncologie Pédiatrique:

La tumeur de Wilms

Institut Gustave Roussy Hopital Saint Vincent De Paul 11 octobre

1990

46 Kéita (Adama Diama) Contribution à l'étude des abcès
ambiens du foie à Bamako (A propos de 10 cas) Traitement
court par le tinidazole thèse Médecine 1989 N°13 KNMP Bamako
Mali

47 Lagadère B., Chevalier B et Bidat E
Paludisme de l'enfant et son traitement Médecine infantile
Janvier 1988 N°1

48 Lagadère B., Cheriet R., Chevalier B et Bidat E
Kyste hydatique de l'enfant.
Médecine infantile Janvier 1988 N°1

49 Lemerle J., Tournade M.F, Bernard A.,patte C et Sanazin D
Les tumeurs malignes du rein de l'enfant
Acquisitions récentes
Médecine infantile Novembre 1978 N°7

50 Mainard K., Nemballais F., Milsant F
Masses abdominales de découverte néonatale
Médecine infantile Février 1977 N°2

51 Margault C., Heran F., Brugières P, le Bros F.
Castec carpo A.
Les nouvelles techniques d'imagerie : principes théoriques ,
limites , notion de coût.
La revue du praticien 16 Mars 1989 N°9

52 Martin S.L., Kuakuvi N.K.L., Sall M.G.Sy

Signate M.; M'Baye / Diak A., N'Dour A.,

M'Baye Na et Fall M.

Les tumeurs abdominales de l'enfant dans le service de pédiatrie

du CHU de Dakar ~~Médecine infantile Avril 1988 N°4~~ à propos de 53 cas
de 1981 à 1986

53 Milsant F., Beutter D., Chen J.Y

Exploration biologique des masses abdominales de l'enfant

Médecine infantile Février 1977 N°2

54 Mouzard A., Cohen J.V., Cohen J.V., Mainard R

Cystites et cystalgies de l'enfant

Médecine infantile Mai juin juillet 1980 N°5

55 Mouriquand P., Mollard P. (Lyon)

Les dysplasies kystiques du rein

Annales d'urologie 1987 N°3 Vol 21

56 Nathanson M. et Delmotte F

Kyste hydatique du mésentère apparemment primitif chez une jeune
fille

Médecine infantile Avril 1982 N°4

57 Odiène .M , Laburve Ph., Huguet p (Claart)

Hépatites aiguës virales de l'enfant: conduite à tenir

Annales de pédiatrie Novembre 1989 N°9 vol 36

58 Odile Schweisguth

Tumeurs solides de l'enfant

Flammarion Médecine-Sciences 1979

59 Olive D.

Epidémiologie des cancers de l'enfant.

Médecine infantile Avril 1984 N°4

60 Du Pasquier P. et Mersnier F.

Notions récentes sur l'hépatite B.

Médecine infantile Décembre 1979 N°8

61 Plantoz D., Harturam O., Kalifa C.,

Sainte Rose C., Passagia J.G., Kalifa C.,

Neuroblastome en sablier

Expérience de l'institut Gustave Roussy sur 38 cas traités de
1982 à 1987

Archives françaises de Pédiatrie 1991 ; 48- 52933

62 Raybaud C. et Bernard J.L.

Epidémiologie des tumeurs solides de l'enfant

Neuroblastome : étude clinique et thérapeutique

Médecine infantile Décembre 1982 N°8

63 Rival J.M., Milsant F, Mainard R

Découverte d'une masse abdominale chez l'enfant. Probabilités
diagnostiques à propos de 165 cas

Médecine infantile Février 1977 N°2

64 Stago.D, Auge B. Philippe E., Cherrard M.P

Sauvage P., Pusel J., Methlin G.

Térotomes gastriques du nouveau né

Annales de pédiatrie avril 1990 N°4 vol 34

65 Touré (Bréhima Y.)

Invagination intestinale aigue de l'enfant et de l'adulte à
propos de 62 cas à Bamako

(Etude retrospective de 1985 à 1990)

Thèse Médecine 1990 N°8 ENMP (Bamako Mali)

66 Madani Touré , Josné Keita , Vagui Abourbekov Mevloudi
Aslanikachvili

A propos de 11 cas de splenectomie réalisées à l'hôpital
Gabriel Touré au service de chirurgie infantile

Travaux de la conférence internationale sur les problèmes
théoriques et pratiques de l'assistance soviétique au Mali
Bamako 1990 (Mali)

67 Touré Madani , Vaguif Achourbekov , Josné Keita , Nicolai
Khantchenko

Néphroblastome à propos de 10 cas à l'hôpital Gabriel Touré
Travaux de la conférence internationale sur les problèmes
théoriques et pratiques de l'assistance soviétique au Mali
Bamako 1990 (Mali)

68 Tournade M.F., Brugière L., Dalteau D

Habraud J.L , Gauthier f., Tenier - Lacombe M.J Leclere J.

Les tumeurs du rein de l'enfant

Médecine infantile Décembre 1988 N°8

69 Traoré Bintou dite Tine

Splénomégalies tropicales idiopathiques au Mali

Thèse Médecine 86 - M - 2 89000 104

ENMP Bamako (Mali)

70 Traoré Mamadou Namory

Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire en milieu
hospitalier Bamakois à propos de 28 cas

Thèse Médecine 86 - M - 18 89000 121

ENMP Bamako (Mali)

71 Traoré Oumar Sassi

Contribution à l'étude des masses volumineuses de

l'abdomen : étude prospective de 20 cas dans le service
de chirurgie " A " de l'hôpital du point G

Thèse Médecine Bamako 1990 ; 8

72 Triebel F., Hercend T.

L'interleukine 2 en cancérologie

La revue du praticien 11 Mars 1991 N°8

73 Tubiana M., Tursz T.

Maladie de Burkitt

Annales de pédiatrie Avril 1987 N°4 vol 34

74 Vilgrain V., Menu Y.

Stratégie diagnostique lors de la découverte

échographique d'une lésion évoquant un angiome du foie

Revue du praticien 8 octobre 1990 N°109

75 Wafi Ould sidi Boubacar

Apport de l'échographie dans le diagnostic des tumeurs
abdominales en pathologie pédiatrique

Thèse Médecine 1988 N° 15 Dakar (Sénégal)

76 Zaka Bi Goore (Freddy)

Apport de l'imagerie ultrasonore dans le diagnostic et
le bilan préthérapeutique des tumeurs abdominales chez
l'enfant

Thèse Médecine 1985 N°648 Abidjan (Côte D'Ivoire)

/-)NNEXE

N° du dossier :

Malade externe :

Malade hospitalisé :

- Lieu d'hospitalisation :

- Date d'hospitalisation :

1. IDENTIFICATION DU MALADE

Nom :

Prenom :

Sexe : M. F.

Age :

ETHNIE

Bambara : Dogon : Sonrai

Sarakolé : Boko : Bozo :

Malinké : Sôhoufo : Autres :

Adresse :

COMMUNES DE BAHAKO:

- Commune I[°]
- Commune II :
- Commune III :
- Commune IV :
- Commune V :
- Commune VI :

REGIONS

- Kayes :
- Koulikoro :
- Sikasso :
- Ségou :
- Mopti :
- Gao :
- Tombouctou :

2. PARENTS

Père : Age : Profession :

Niveau d'instruction : (I
(II
(III

Mère : Age : Profession :

Niveau d'instruction : (I
(II
(III

3. A.T.C.D. PERSONNELS :

Médicaux :

Hospitalisation : Oui ! ! Non ! !

Chirurgicaux :

Déjà opéré : Oui ! ! Non ! !4. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

- Découverte systématique :

- Orientée par des signes :

5. SIGNES D'APPEL :

- Troubles digestifs :

- H.T.A. :

- Amaigrissement :

- Gros ventre :

- Tumeur palpé dans l'abdomen :

- Signes urinaires :

- Douleurs abdominales :

- Signes respiratoires :

6. CLINIQUE :A. INTERROGATOIRE :

Date d'apparition de la tumeur ou du gros ventre :

Traitement déjà fait :

Médical : moderne :

Traditionnel :

. EXAMEN PHYSIQUE :

Poids :

Taille :

T. A. :

T°

a. E.G. : (Altéré :
(Conservé :

Volume abdominale : (augmenté
(non augmenté :

b. Siège de la tumeur :

Grande cavité abdominale

Epigastre :

Hypocondre : Droit
Gauche

Périombilicale :

Abdominale transverse :

Retropéritonéal et sous péritonéal :

F I : (Droit :
(Gauche :

F L : (Droit :
(Gauche :

Hypogastre :

c. Caractères de la tumeur :

- Consistance : (Solide
(Liquide

- Comptours : (Réguliers
(Irréguliers

- Douleurs à la palpation : Oui ! ! Non ! !

- T. R. Palpation de la tumeur : Oui ! ! Non ! !
Douleur : Oui ! ! Non ! !

d. Signes associés

Ascite : Oui ! ! Non ! !

Splénomégalie : Oui ! ! Non ! !

Hépatomégalie : Oui ! ! Non ! !

O. M. I : Oui ! ! Non ! !

Signes respiratoires : Oui ! ! Non ! !

Signes C.V. : Oui ! ! Non ! !

Ictère : Oui ! ! Non ! !

Circulation collatérale : Oui ! ! Non ! !

Signes de déshydratation : Oui ! ! Non ! !

Atteinte ostéo-articulaire : Oui ! ! Non ! !

Examen Gynéco : (Normal
(Anormal Tumeur ovaire
Autres :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- U I V + ASP
- Echo abdo.
- Radio Thorax :
- NFS-VS
- L B
- Autres

apath. :

ultats :

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| - Néphroblastome | Symphoblastome : |
| - Hydronéphrose : | Tuberculose péritonéale : |
| - Abscès de foie : | Tumeur génitale : |
| - Lymphome : | Autres : |
| - Malformations vésicales : | |

TRAITEMENTMédical :Chirurgical :10. COUT DU TRAITEMENT + EXAMENS COMPLEMENTAIRES11. EVOLUTION SOUS TRAITEMENT :

Guérison :

Complications :

Décès :

12. DATE DE SORTIE

DATE DE DECES :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, 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 se 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.