

**Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique**

**République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi**

Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur

Année 1995

N° 2

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

TITRE :

**EVALUATION DE L'INTERET DE LA LAPAROSCOPIE
EN MEDECINE INTERNE A L'HOPITAL DU POINT "G"
BAMAKO**

THESE:

*Présentée et soutenue publiquement le 1995 devant
l'Ecole Nationale de médecine et de pharmacie du Mali.*

Par Monsieur

ALASSANE BALOBO DICKO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Professeur Aly GUINDO
Membres : Docteur DIALLO Fanta S. DIABATE
 Docteur Moussa Y. MAIGA

Directeur de thèse : Docteur Hamar A. TRAORE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995 - 1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR : BOUBACAR S. CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL : BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
ECONOME : MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-ptisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho.Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie animale
Chimie Organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Aly GUINDO

Med.Int. Chef de D.E.R
Gastro-Entérologie

Mr Mamadou K.TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Ali Nouhoum DIALLO
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M.KEITA

Cardiologie
Néphrologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Dapa Aly DIALLO

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Moussa Y.MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Hamar A.TRAORE
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY

Médecine Interne
Gastro-Entérologie
Dermato-Léprologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Adama D.KEITA
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA

Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacie Chimique Chef de D.E.R
Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matières Médicales
Galénique

5. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique Chef de D.E.R

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA

Santé Publique
Santé Publique .

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Daouda DIALLO
Mr Bakary I.SACKO
Mr Sidiki DIABATE
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme Sira DEMBELE
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Nyamanton DIARRA
Mr Moussa I.DIARRA
Mr Mamadou Bakary DIARRA

Botanique
Bactériologie
Physique
Chimie Générale et Min.
Biochimie
Bibliographie
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Mathématiques
Biophysique
Cardiologie

PERSONNEL D'ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE
Docteur Tahirou BA
Docteur Amadou MARIKO

H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.

Docteur Baidi KEITA
Docteur Antoine NIANTAO
Docteur Kassim SANOGO
Docteur Yéya I.MAIGA
Docteur Chompere KONE
Docteur Almahady DICKO
Docteur Mohamed TRAORE
Docteur Reznikoff
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE
Docteur Hamidou B.SACKO
Docteur Hubert BALIQUE
Docteur Sidi Yéhiya TOURE
Docteur Youssouf SOW

H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
P.M.I.SOGONINKO
KATI
IOTA
IOTA
H.G.T.
C.T.MSSPA
H.G.T.
H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO
Pr M.L.SOW
Pr S.S.GASSAMA
Pr D.BA
Pr M. BADIANE
Pr B.FAYE
Pr Eric PICHARD
Dr G.FARNARIER

HYDROLOGIE
MED.LEGALE
BIOPHYSIQUE
BROMATOLOGIE
PHARMACIE CHIMIQUE
PHARMACODYNAMIE
MEDECINE INTERNE
PHYSIOLOGIE

DEDICACES

A la mémoire de ma mère Aminata Kandido dite Oura

Votre grande affection pour moi , vos encouragements , vos bénédictions , votre soutien inconditionnel m'ont permis de réaliser cet travail.Vous pouvez dormir en paix maman car Allah a exhaussé votre voeux qui vous est plus cher.Que la terre vous soit légère pour l'éternité , que vous demeurez dans le paradis éternel « amen ».

A mon père Balobo Idrissa.

Vous m'avez initié très tôt au travail , au respect d'autrui et au sens de la solidarité. Votre préoccupation a été toujours la réussite de vos enfants. Ce modeste travail est aussi votre oeuvre.

A mon grand frère Abacar Sidibé

Plutôt je vous considère comme père.Vous avez compris l'importance de m'envoyer à l'école.

Vos sages conseils , votre soutien matériel et moral ne m'ont jamais manqué.Vous avez été quand la nécessité s'impose.Je vous en suis très reconnaissant en priant allah de ne jamais vous décevoir , en vous disant voilà le travail tant souhaiter

A la mémoire de mon oncle Houssouba Sidiki

Vous nous avez quitté très tôt. Nous nous réjouissons de l'oeuvre gigantesque que vous avez réalisée.Vos qualités intellectuelles étaient supérieures à celles de votre génération , nous y sommes fierts.Gabero n'est resté que de nom après vous.

REMERCIEMENTS

A mes frères et soeurs

Unis par les liens sacrés du sang , ce travail est notre fruit à partager.

A mes tantes et oncles.

Ce travail est le fruit de l'arbre que vous avez planté.

A mes nièces et neveux.

La réussite est au bout de l'effort. Je vous exhorte au travail.

A mes cousins et cousines.

Ce travail doit nous unir davantage.

A mademoiselle Siyatou Z. Touré étudiante en pharmacie

Vous êtes présente toujours à mes côtés. Votre soutien matériel et moral ne m'ont jamais manqué. Que ce travail consolide nos relations davantage.

A mes amis

Mohamed Houna
Idrissa Ah. Cissé
Halidou Sidibé
Mohamed Sadidi
Ahmadou Houna
Ahmadou b. Maiga
Ahmadou Diamounténe
Sidiki Konaté
Amirou Traoré dit Afrou
Abdou Ballo
Almouner Talibo
Samankou Keita

A tout le personnel de la clinique Kabala

A la famille Touré à lafiabougou

A la famille Diamounténe à l'hippodrome

A tous mes camarades et promotions de la Médecine Interne

Seydou Alassane Coulibaly
Issa Guindo
Gabriel Guindo
Ahmadou Bocoum
Charles Ayangna
Diahara Traoré
Sory Yorote
Zeinabou Yattara

A toute la promotion de 1987-1993

A Hamsatou Aliou Touré
Pour son affection fraternelle
A mon neveu Alassane Arouani Dicko
Je ne saurai te remercier pour ton dévouement inlassable à ma personne.

A mes cadets Gaberois étudiants en médecine

Modibo G. Dicko
Safi Bazi Dicko
Bouba Morou Dicko
Fatoumata Mahamoud Dicko
Daouda Seydou Dicko
Abdoulaye Chaibou Dicko
Alassane Mahamoud Dicko
Abdourhamane boncane Dicko
Sagadatou b. Maiga
Aminata b. Maiga
Fatou Sangare
Abdourhamane Diallo
Aliou Diallo

A ma fille chérie Fatoumata B. Maiga étudiante en médecine , je ne s'aurai te remercié pour tout ce que tu as fait pour moi.

AU Docteur Hammadoun Aly Sango de la cellule informatique de l'école de médecine.
Tu nous as aidé et formé pour l'analyse de nos thèses. Je te renouvelle toute ma sympathie.

A tout le personnel de la Médecine Interne

Major Oumar Dramé vous avez été agreable et disponible pour le travail.

Aux médecins

- Professeur Pichard Eric : vous êtes un grand maître pour votre enseignement de qualité , votre disponibilité totale pour les malades. Nous garderons longtemps votre souvenir.

- Professeur Aly N.DIALLO

Votre vaste culture générale est irréprochable et fait de vous un maître à envier

- Professeur Dappa Aly Diallo

Nous avons bénéficié de votre vaste culture Hématologique et histologique.

Votre calme et sérieux pour le travail sont remarquables.

- Docteur Mamadou Dembelé

Vos qualités humaines et votre disponibilité sont connues de tous.

- Docteur Sidibé Aissa Traoré

Votre secours ne nous a jamais fait défaut.

Au Docteur Yehia Issa Maiga pour son affection fraternelle

Au Docteur Mohamed M'bodery Dicko pour son affection fraternelle

Au Professeur Gaoussou Kanouté pour son affection fraternelle

A Monsieur Mohamoudou B. Maiga pour son soutien matériel et moral.

HIPPOCRATE : « La vie est courte , l'art est long , l'occasion fugitive , l'expérience trompeuse , le jugement difficile.IL faut non seulement faire soi-même ce qui convient , mais encore faire que le malade , les assistants et les choses y concourent »

AUX membres du jury :

A notre maître et président du jury.

Professeur Aly Guindo agrégé de Gastro-entérologie

Professeur à l'école Nationale de Médecine et de Pharmacie

Chef du service de Gastro-entérologie à l'hôpital Gabriel Touré

Président du comité scientifique de lutte contre le SIDA

C'est un grand d'honneur que vous nous faites en acceptant de présider de cette thèse , malgré vos multiples occupations .

Vous avons eu le bonheur , de profiter de votre enseignement de qualité , du confort de votre parole dynamique et éclairée.

Pour votre simplicité , votre accueil chaleureux , vos sages conseils et votre constante disponibilité à parfaire notre formation , veuillez accepter cher maître toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Moussa Maïga

Assistant chef de clinique en Gastro-entérologie à l'hôpital Gabriel Touré.

Spécialiste en Gastro-entérologie

C'est avec un plaisir que vous avez accepté de faire partie du jury .Vos qualité humaines et intellectuelles , votre disponibilité constante , font de vous un maître exemplaire.

Veillez trouver ici l'expression de toute notre admiration , de notre reconnaissance et profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Diallo Fanta Sambou Diabaté.

Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique

Assistante Chef de Clinique en Gynécologie et Obstétrique.

Médecin Chef de la Maternité de Hamdallaye

Nous avons apprécié la spontanéité avec laquelle , vous avez accepté de faire partie des juges de cette thèse. Nous avons été fasciné par compétence , votre courage , votre sérieux , mais aussi votre constante disponibilité et votre rigueur scientifique dans le travail. Vos qualités humaines sont connues de tous , veuillez bien accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et notre respect.

A notre maître , juge et directeur de thèse.

Hamar Alassane Traoré

Assistant chef de clinique en Médecine Interne

à l'hôpital National du Point G

Spécialiste en Gastro-entérologie et en Médecine Interne

Votre véracité , votre sincérité , votre rigueur dans la démarche scientifique , votre esprit d 'ouverture , la qualité de votre enseignement , font de vous un exemple à envier et à suivre.

Vous m'avez appris à observer , à réfléchir et à prendre des décisions. Nous pouvons que bien imparfaitement vous exprimer ici , notre profonde reconnaissance et notre fidèle attachement.

SOMMAIRE

Pages :

Chapitre 1:

I. Introduction	1
-----------------------	---

II. Rappels sur la laparoscopie

A. Historique	2
B. Matériel et technique laparoscopiques	3
C. Indications	3
D. Complications et effets secondaires	4
E. Corrélation de la laparoscopie aux autres morphologies	4
1. L' échographie	4
2. Radiologie	5
2.1. examen radiologique de l'examen sans préparation :ASP	5
2.2. scintigraphie	6
3. Anatomie pathologie	6

Chapitre 2 :

Malades et Méthode

1. Malades	7
2. Méthode	7
- Technique	8
a. préparation du malade	8
b. contre-indication	8
c. la laparoscopie comprend les étapes suivantes :	8
- premedication	8
- anesthésie locale	8
- création du pneumopéritoine	9
- introduction du laparoscope et l'examen proprement dit	9
Anatomie pathologie	9

Chapitre 3 :

RESULTATS

I. RESULTATS GLOBAUX

1. Nombre de malades inclus	10
2. Données socio-démographiques	10
2.1 Répartition des malades en fonction du service	10
2.2 Répartition des malades en fonction de l'âge et du sexe	11
2.3 Répartition des malades en fonction de l'ethnie	12
2.4 Répartition des malades en fonction de de leur profession... ..	12
3. Données laparoscopiques	13
A. Indication de la laparoscopie	13
1. Répartition desmalades en fonction des indications	13
B. Les principaux signes laparoscopiques observés	14
a. au niveau du foie	14
- Taille	14
- Consistance	14
- Surface.....	15
- Couleur	15
b. au niveau de la rate	16
c. au niveau du ligament rond	16
d. au niveau de la vésicule biliaire	17
e. au niveau du péritoine	17
- péritoine pariétal	17
- péritoine viscéral	17
f. Au niveau du petit bassin	18
g. Autres aspects laparoscopiques	18
4. Conclusion laparoscopique.....	19
5. Histologie	20
6. Résultats des affections rencontrées sur les résultats laparoscopiques et histologiques	21
7. Incidents et accidents	22

II. RESULTATS DESCRIPTIFS DES PRINCIPALES AFFECTIONS RENCONTREES

CIRRHOSE HEPATIQUE

1. Répartition socio-démographique	23
1.1 Répartition des cirrhoses en fonction de la tranche d'âge	23
1.2 Répartition des cirrhoses en fonction du sexe	23
1.3 Répartition des cirrhoses en de l'ethnie et de la profession	23
1.4 Répartition des cirrhoses en du service	23
2. Signes physiques.....	24
3. Données biologiques	24
4. Répartition des cirrhoses en fonction de l'aspect macroscopique et des modifications cytochimiques du liquide d'ascite.....	25
5. Autres examens complementaires.....	25
6. Aspects échographiques	25
6.1. au niveau du foie.....	26
6.2. au niveau de la rate.....	26

7. Aspects laparoscopiques.....	27
7.1. au niveau du foie.....	27
7.2. autres aspects laparoscopiques.....	28
8. Aspects histologiques.....	28
CANCER PRIMITIF du FOIE	
1. Répartition socio-démographique.....	29
1.1 Répartition du cpf en fonction de la tranche d'âge.....	29
1.2 Répartition du cpf en fonction de l'ethnie et de la profession.....	29
1.3 Répartition du cpf en fonction du service.....	29
2. Signes phisiques.....	30
3. Données biologiques.....	30
4. Autres examens complementaires.....	30
5. Aspects échographiques.....	31
6. Aspects laparoscopiques.....	32
6.1. au niveau du foie.....	32
6.2. autres aspects laparoscopiques.....	33
7. Aspects histologiques.....	33
TUBERCULOSE ABDOMINALE	
1. Répartitions socio-demographiques.....	34
1.1 Répartition des cas en fonction du sexe.....	34
1.2 Répartition des cas en de la tranche d'âge.....	34
1.3 Répartition des cas en fonction de l'ethnie et de la profession.....	34
1.4 Répartition des cas en fonction du service.....	34
2. Signes physiques.....	35
3. Données biologiques	35
4. Répartition des cas en des modifications cytochimiques du liquide d'ascite.....	35
5. Autres examens complementaires.....	36
6. Aspects échographiques.....	36
7. Aspects laparoscopiques.....	36
8. Aspects histologiques	37
PERIHEPATITE BACTERIENNE	
1. Répartitions socio-demographiques.....	38
1.1 Répartition des cas en fonction du sexe.....	38
1.2 Répartition des cas en fonction de l'âge.....	38
1.3 Répartition des cas en de l'ethnie et de la profession.....	38
1.4 Répartition des cas en fonction du service.....	38
2. Signes physiques.....	39
3. Données biologiques.....	39
4. Autres données biologiques.....	39
5. Aspects échographiques.....	39
6. Aspects laparoscopiques.....	40
7. Aspects histologiques.....	40
HEPATITES VIRALES	
1. Répartitions socio-demographiques.....	41
1.1 Répartition des cas en fonction du sexe.....	41
1.2 Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge	41
1.3 Répartition des cas en fonction de l'ethnie et de la profession.....	41
1.4 Répartition des cas en fonction du service.....	41
2. Signesphysiques.....	41
3. Données biologiques.....	42
4. Aspects échographiques.....	42

5. Aspects laparoscopiques.....	43
6. Aspects histologiques.....	43
CHOLESTASE INTRA et EXTRAHEPATIQUE	
1. Répartitions socio-démographiques	44
1.1 Répartition des cas en fonction du sexe.....	44
1.2 Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge.....	44
1.3 Répartition des cas en fonction de l'ethnie et de la profession.....	44
1.4 Répartition des cas en fonction du service.....	44
2. Signes physiques.....	44
3. Données biologiques.....	45
4. Aspects échographiques.....	45
5. Aspects laparoscopiques.....	45
6. Aspects histologiques.....	46
FIBROSE HEPATIQUE	
1. Répartitions socio-démographiques.....	47
1.1 Sexe et âge	47
1.2 Ethnie et profession.....	47
1.3 Service.....	47
2. Signes physiques.....	47
3. Données biologiques.....	47
4. Autres examens complémentaires.....	48
5. Aspects échographiques.....	48
6. Aspects laparoscopiques	48
7. Aspects histologiques.....	49
FOIE CARDIAQUE	
1. Répartitions socio-démographiques.....	50
1.1 Sexe et âge.....	50
1.2 Ethnie et profession	50
1.3 Service.....	50
2. Signes physiques	50
3. Données biologiques.....	50
4. Autres examens complémentaires.....	51
5. Aspects échographiques.....	51
6. Aspects laparoscopiques	51
III. RESULTATS ANALYTIQUES	
Valeur sémiologiques des principaux signes cliniques en fonction des résultats de la laparoscopie	
1. Altération de l'état général	52
2. Ascite.....	52
3. Fièvre au long cours plus AEG.....	53
4. Splénomégalie.....	53
5. Ictère.....	53
6. Douleur abdominale.....	54
7. Hépatomégalie.....	54
8. Hépatosplénomégalie.....	54
9. Hépatomégalie plus ascite.....	55
10. Masse abdominale.....	55
11 OMI.....	55

Chapitre IV : Commentaire et discussion	56
Chapitre V: conclusion et recommandations	60
Chapitre VI : Références bibliographiques	62
Annexes.	

ABREVIATIONS

AEG : altération de l'état général

OMI : oedemes des membres inferieurs

EF : effectif

% : pourcentage

n : nombre

GOT : transaminase glutamo-oxalo-acetique

GPT : transaminase glutamo-pyruvique

PAL : phosphatases alcalines

CPF : cancer primitif du foie

CHAPITRE I :

I. INTRODUCTION :

La laparoscopie est d'un apport diagnostique important en hépato-gastroentérologie (14, 15, 21, 25, 52)

Les études réalisées ont confirmé l'intérêt de la laparoscopie, sa rentabilité et sa spécificité sous ponction biopsie dirigée en milieu tropical (1, 4, 5, 25).

Dans les pays développés les indications de la laparoscopie sont plus restreintes au profil de l'échographie et du scanner (6, 14, 15, 23). C'est le cas du diagnostic des ictères, des affections du pancréas, les masses et douleurs abdominales non expliquées.

En Afrique ; la laparoscopie en permettant des biopsies dirigées, confirme les principales étiologies des ascites dans 74,4% des cas, le diagnostic histologique de la tuberculose péritonéale dans 98,6% des cas, de cirrhose hépatique et cancer primitif du foie dans 80 à 90% des cas (1, 5, 17, 21, 38, 50, 52).

En hépatologie tropicale à cause de la limitation de nos moyens diagnostiques la laparoscopie garde toujours son intérêt diagnostique (1, 5, 17, 21, 25).

A Dakar : en 1989 (46) PEGHINI et coll. sur 600 examens laparoscopiques ; le diagnostic de cpf et de cirrhose hépatique est confirmé dans 52% des cas.

A Nairobi : en 1991 (33) sur 350 examens laparoscopiques pratiqués chez des patientes souffrant de douleur pelvienne, le diagnostic d'hydrosalpinx a été confirmé dans 65% des cas.

A Rabat : en 1988 (5) BENNA A et coll. sur 300 cas d'ascite. L'étiologie tuberculeuse des ascites est confirmée à la laparoscopie dans 94,4% des cas.

A Addis.Abeba en 1989 (65) TSEGA E à propos de 240 cas ; rapporte que la laparoscopie est une indication des ascites dans 62% des cas et des hépatomégalies dans 29% des cas

L'essor de l'imagerie médicale n'a pas complètement supplanté la laparoscopie dans les techniques d'exploration de la pathologie intra-abdominale notamment en milieu tropical (1, 5, 14, 15, 21, 37).

A Bamako en 1982 (25), la première thèse a été réalisée sur l'intérêt de la laparoscopie en Médecine Interne à l'hôpital National du Point G. Mais l'échantillon était petit et peu de biopsies ont été pratiquées.

La laparoscopie doit-elle garder encore son intérêt diagnostique en milieu tropical africain, Malgré l'essor de l'imagerie médicale?

Nous nous sommes fixés les objectifs suivants pour répondre à cette question :

Objectif général :

Evaluer l'intérêt de la laparoscopie en médecine interne à Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Identifier les indications
- Déterminer la fréquence des différentes anomalies rencontrées et leurs étiologies
- Décrire les incidents et accidents

II. RAPPELS SUR LA LAPAROSCOPIE

A. HISTORIQUE

Par définition la laparoscopie est l'examen de la cavité péritonéale et des viscères abdominaux au moyen d'un endoscope introduit sous anesthésie locale en général à travers la paroi abdominale (sous -ombilicale médiane) ; après une prémédication une asepsie et création d'un pneumopéritoine.

En **1901** un chirurgien à Desde en Allemagne KELLING a décrit l'exploration endoscopique des organes abdominaux du chien et l'appela **coelioscopie**. Il a envisagé son application chez l'homme dans son rapport au vingt-troisième congrès des sciences naturelles à Hambourg.

En **1910** JACOBBAUS à Stockholm ignorant les travaux de KELLING a publié une série de 19 examens de la cavité abdominale de l'homme au moyen d'un trocart combiné à un cystoscope rigide . Son examen s'intéressait tout particulièrement à la surface hépatique . Il donne le terme de **laparoscopie** à cette technique d'exploration. Une longue querelle l'opposa à KELLING quand à la priorité de l'invention de cette méthode .

En **1911** en Amérique BERNHEIM a expérimenté sur deux malades une méthode sensiblement identique qu'il nomme **organoscopie** .

En **1914** ROCCAVILLA a été le premier en Italie à utiliser la laparoscopie.

En **1928** avec KALK en Allemagne et RUDDOCK aux USA que la laparoscopie ou **peritonéoscopie** a été d'usage courant .

En Europe KALK a été le promoteur de la généralisation de l'examen laparoscopique .

RUDDOCK en **1934** a diffusé la technique en Amérique et les publications ont été multipliées avant la deuxième guerre mondiale.

En **1940** en Argentine ROGGER a précisé les indications , la technique , en mettant au point une méthode de cholangiographie sous contrôle laparoscopique.

En **1941** HORAN et UDDY , puis CATEX , MAGGI et STROCKERT ont fait des photographies endoscopiques en noir , puis en couleur réalisant ainsi des documents.

En France CAROLI et ses collaborateurs de l'école parisienne étaient les pionniers de la laparoscopie , mettaient au point un endoscope introduit dans un trocart .

Les travaux de l'école lyonnaise étaient l'oeuvre de GURARD MM et COULOT.

La laparoscopie a été introduite au Mali à Bamako en **1976** avec l'arrivée du coopérant français Professeur BERNARD DUFFLO ; médecin chef de la Médecine Interne à l'hôpital National du Point G de 1976 à 1983

B.MATERIEL ET TECHNIQUE LAPAROSCOPIQUES

Les laparoscopes les plus couramment utilisés sont les laparoscopes de MENGHINI(storz) à vision oblique ou laparoscopes de WOLF. à laparoscopie a été réalisée après un bilan d'hémostase notamment :le temps de saignement , le temps de coagulation , le taux de prothrombine , le taux d'hémoglobine et le taux des plaquettes. Leurs taux se situent dans les limites normales de leur valeurs usuelles. A travers la gaine du laparoscope peuvent être introduits : un palpateur et ou une pince à biopsie.

L'examen laparoscopique a lieu sous anesthésie locale . La porte d'entrée en général est sous ombilicale médiane ou latérale. La laparoscopie comprend les temps suivants :

- **l'anesthésie locale** plan par plan à la lidocaine 1% le plus souvent sans excéder la dose totale de 200mg(20cc) , après une prémédication et asepsie rigoureuse.
- **l'introduction de l'aiguille du pneumopéritoine** après incision au niveau de la région sous-ombilicale. On vérifie que le trocar est en place dans le péritoine.
- **enfin l'introduction du laparoscope** après création du pneumopéritoine au moyen d'insufflation d'air ambiant ou gaz carbonique , ou protoxyde d'azote. L'examen est ensuite standardisé, sont explorés :
 - le foie :la face antérieure , la face postérieure , le bord inférieur , la surface , la couleur et la consistance.
 - le ligament rond , la rate , le péritoine , le petit bassin.

L'examen est complété par une ou plusieurs biopsies dirigées à la pince à biopsiel .

C.INDICATIONS

Depuis l'utilisation en pratique courante de l'échographie , de la tomодensitométrie les indications de la laparoscopie ont beaucoup diminuées en hépatogastroentérologie.

Selon BUFFET C et ses collaborateurs(14) la laparoscopie doit être réservée dans les pathologies suivantes :

En pathologie péritonéale :

péritonite tuberculeuse
carcinomes péritonéales
maladie périodique

Les maladies diffuses du foie :

cancer secondaire du foie
cancer hépatocellulaire
cirrhose hépatique
hépatite alcoolique
hépatite chronique

Selon le même auteur les indications particulières restent :

le lymphome hodgkinien

la sarcoïdose et autres granulomatoses

les fièvres inexplicables et certains syndromes abdominaux aigus , la périarthrite noueuse , la pélioïse

Le diagnostic laparoscopique(7,14,15) des pathologies suivantes sont en cas d'abandon : les ictères , l'exploration du pancréas , les masses et douleurs abdominales inexplicables.

Les indications en milieu tropical africain ; selon les auteurs(21,24;50,51,52,55,68) restent en particulier dans le diagnostic de cirrhose hépatique , de cpf, de tuberculose péritonéale , de granulations parasitaires et mycosiques et des périhépatites .

D.COMPLICATIONS ET EFFETS SECONDAIRES

Selon BUFFET C (14) la prévalence des accidents est de 3,5 pour 1000 à 60 pour 1000 avec un taux de mortalité variant de 0,29 pour 1000 à 1,2 pour 1000.

Au Mali le taux de mortalité est 2/500 pour une série de 500 laparoscopies pratiquées dans le service de Médecine Interne de 1976 à 1983 (68)

les accidents peuvent être répartis en trois groupes(16). Ils sont liés soit à la création du pneumopéritoine(choc à la xylocaïne, choc à lors de l'insufflation , hémopéritoine par piqure vasculaire et abcès de la paroi) , soit à l'introduction du laparoscope(hémopéritoine , hématome du mésentère perforation du caecum) ou la ponction biopsie(hémopéritoine ,hématome sous-capsulaire ou sous-phrénique).

Certains accidents sont exceptionnels : emphysème médiastinal , le pneumothorax et le pneumopéricarde.

E. CORRELATION DE LA LAPAROSCOPIE AUX AUTRES EXAMENS MORPHOLOGIQUES

1.L'ECHOGRAPHIE

L'échographie est un examen non invasif contrairement à la laparoscopie sans contre-indication .TRAORE HA (64) a confirmé que l'échographie a une sensibilité identique à celle de la laparoscopie dans le diagnostic de cancer primitif du foie. Cette dernière a montré dans 86% des cas une hépatomégalie dure et /ou des nodules polychromes caractéristiques dans 80% des cas .

Selon le même auteur l'échographie a été moins performante que la laparoscopie dans le diagnostic des cirrhoses dans 66,66% des cas ; cette dernière dans 77,77% des cas a apporté le diagnostic des cirrhoses.

Au cours de la tuberculose abdominale (13,14,15,64) l'échographie ne montrait qu'une hépatomégalie homogène non spécifique associée à une splénomégalie.Le diagnostic a été fait par la laparoscopie qui a montré des granulations blanchâtres caractéristiques sur la surface du foie et du péritoine associées à des adhérences épaisses.

Au cours des périhépatites(50) l'échographie ne montre q'une hépatomégalie homogène non spécifique alors que l'aspect laparoscopique des adhérences en corde de violon ou en voile est caractéristique.

2. RADIOLOGIE

2.1 examen radiologique de l'abdomen sans préparation : ASP

L'ASP reste un examen de routine demandé systématiquement pour toute symptomatologie intéressant le foie et les voies biliaires : ictère , hépatomégalie , crise douloureuse , douleur chronique.

Contrairement à la laparoscopie selon NAHUM H(40) l'ASP donne une vue panoramique de l'ensemble de l'abdomen , permet de prescrire et d'orienter des examens plus sophistiqués.

La technique consiste à un grand cliché de face , en décubitus dorsal , complété si c'est nécessaire par des clichés de face , en oblique de l'hypochondre droit , pour un cliché de profil destiné à localiser une image dans le sens sagittal et par un cliché en position debout pour rechercher la mobilité d'une image gageuse ou opaque.

L'ASP garde(40) certes une grande valeur d'orientation mais en cas de doute , on ne s'attardera pas à discuter si une anse est sentinelle , apporte un argument en faveur d'une suspicion clinique de cholécystite ou si une image claire linéaire est intra-biliaire , intraportale ou intrapéritonéale.

La laparoscopie(40) est d'une fiabilité qu'on n'y aura recours si l'asp apporte un argument en faveur d'une symptomatologie hépato- biliaire. L'intérêt de la laparoscopie est double non seulement, elle permet de décrire les lésions rencontrées en pathologie hépato-bilio-péritonéale en affirmant le diagnostic mais surtout de réaliser de différentes biopsies pour la confirmation du diagnostic histologique dans 98,9% des cas(1,4,7,8,10).

L'aspect laparoscopique du cpf (64) le plus fréquent est celui , d'une hépatomégalie à bord inférieur tranchant à surface micronodulaire ou macronodulaire parsemée de nodules polychromes , ombiliqués bourgeonnants et abcédés.

Dans la plupart dans les cirrhoses hépatiques (5,13,64) , il s'agit d'une hépatomégalie dure, un foie atrophique ferme à bord inférieur tranchant ou mousse , de surface normale micronodulaire ou macronodulaire. Une splénomégalie est souvent associée avec un ligament rond et un péritoine normaux.

L'ASP apporte peu d'argument en faveur du cancer primitif du foie et des cirrhoses hépatiques.

Au cours du CPF elle montre:

- la mobilité de la coupole diaphragmatique droite. Le plus souvent existe une hypocinésie de l'hemicoupole droite dans son ensemble ou en partie.
- la surélévation de la coupole diaphragmatique droite , s'objective bien et est provoquée par la masse tumorale hépatique.
- le sinus costodiaphragmatique correspondant est toujours libre. Il n'existe pas de réaction pleurale de voisinage ce qui l'oppose à l'abcès du foie.

La déformation de la coupole diaphragmatique droite sur les clichés standards, peut être nette et la masse tumorale peut être elle même visible (30). Elle apparaît comme une zone opaque issue de l'hypochondre droit et refoulant les clartés intestinales vers le bas. Par contre le contour de la coupole bien que déformé reste parfaitement net : il n'existe pas de véritable atteinte diaphragmatique.

2.2 scintigraphie

C'est une technique qui permet la représentation visuelle de la distribution d'un isotope radioactif dans un organe.

Elle permet (30)

- une détection des métastases hépatiques et des abcès dans 80% des cas.
- l'orientation d'une ponction ou biopsie hépatique.
- de juger la possibilité d'une intervention chirurgicale et parfois de reconnaître des lésions supplémentaires méconnues.
- La surveillance thérapeutique dans certaines affections hépatiques telle que l'amibiase hépatique par traitement imidazolé, les lésions hépatiques par radiothérapie et chimiothérapie.
- intérêt aussi dans les traumatismes abdominaux.

Les avantages sont :

- sa simplicité d'exécution
- son examen indolore, d'une parfaite innocuité. Proposable à un malade en mauvais état général. C'est une méthode de diagnostic topographique et préopératoire car localisant l'abcès, précise la voie d'abord et éventuellement la multiplicité d'abcès. C'est une méthode de contrôle de l'évolution. Elle peut être répétée pour suivre l'évolution de l'affection.

Ses limites sont

La scintigraphie ne donne aucun argument étiologique. Cette limite n'est pas en fait très gênante, puisque que une scintigraphie n'est interprétée qu'en fonction de signes épidémiologiques cliniques et biologiques. La scintigraphie hépatique ne détecte pas des lacunes de 2 à 3mm et certaines lacunes profondes recouvertes de parenchyme sain fonctionnel.

La laparoscopie apporte le diagnostic (5,13,64) étiologique dans les affections hépatiques et péritonéales surtout si elle est complétée par des biopsies pour l'anatomie pathologie. Mais elle reste limitée par les modifications de la crase (13) sanguine pouvant devenir choquante pour le malade.

La laparoscopie (64) ne peut apporter aucun renseignement direct, dans les localisations d'abcès hépatiques postérieures ou diaphragmatiques.

3. ANATOMIE PATHOLOGIE

L'inspection laparoscopique du foie à l'avantage de fournir des renseignements anatomiques (4,8,50) même lorsque la biopsie ne permet pas le diagnostic de cirrhose et permet en outre de détecter les cas où l'aspect de cirrhose n'est pas diffus. A l'inverse, seule l'histologie permet le diagnostic de certitude des différentes affections hépato-péritoneales décrites au cours de la laparoscopie d'où intérêt toujours de pratiquer une biopsie hépatique ou péritonéale. Elle complète donc la laparoscopie.

CHAPITRE II :

MALADES ET METHODE

1. MALADES

L'étude s'est déroulée à Bamako au Centre National d'endoscopie de l'hôpital national du point G.

L'enquête est exhaustive descriptive rétrospective de 1976 à juin 1992 et prospective de Juin 1992 à Décembre 1993 .

Les malades proviennent du service de Gastro-entérologie de l'hôpital national de Gabriel Toure d'une part et d'autre part des différents services de l'hôpital national du point G : Néphrologie , Cardiologie , Pneumo-phtisiologie et médecines A.B.C.D et E.

Nous avons inclus tous les malades de l'enquête rétrospective ayant un dossier clinique.

Quant à l'enquête prospective n'ont été inclus que les malades chez lesquels les biopsies ont été pratiquées.

Sont exclus tous les malades de l'enquête rétrospective sans dossiers cliniques et ceux de l'enquête prospective chez lesquels des biopsies n'ont pas été pratiquées

3. METHODE

Nous avons utilisé :

- une table rigide orientable.
- une source de lumière froide Olympus CLE-4U COLD LIGHT Supply-Automatic
- exposure avec une sortie de lumière froide.
- seringues 10cc.
- lames de bistouri.
- gants chirurgicaux.
- flacons contenant du formol 10% pour fixer les biopsies pour l'anatomie - pathologie
- deux laparoscopes MENGHINI(storz) avec flou -oblique Olympus , stérilisés aux vapeurs de formol.
- de l'alcool à 90% , de l'alcool iodé.
- des champs opératoires , pinces , agrafes , aiguilles à pneumopéritoine tous stérilisés au poupinel et enfin des compresses stériles.

Pour la réalisation de notre méthode nous avons exploités les registres des comptes-rendus laparoscopiques , les résultats des comptes-rendus histologiques et l'exploitation des dossiers des malades.

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête(voir annexe).

L'examen clinique : son intérêt est de définir le motif laparoscopique ; pour déterminer son étiologie(voir annexe).

Les examens autres complètent l'examen clinique ; tels que : le bilan de l'hémostase , les tests hépatiques , les tests sérologiques , l'examen des liquides pathologiques et la protéinurie de 24 heures.

Ces examens ont été faits , soit au laboratoire de l'hôpital National du Point G , soit au laboratoire de l'école nationale de médecine et de pharmacie du point G.

L'échographie , la radiographie de l'abdomen sans préparation ont été effectuées au service de radiographie de l'hôpital National du Point G

La biopsie de la muqueuse rectale à la recherche des oeufs de Schistosomes a été faite au Centre National d'endoscopie de l'hôpital national du point G ; de même la fibroscopie oesogastroduodénale à la recherche des varices oesophagiennes (vo).

L'I.D.R à la tuberculine a été faite au service de médecine interne.

Technique de la laparoscopie

a. Préparation du malade :

Une préparation soigneuse est importante pour la réussite de l'opération. Le malade doit être hospitalisé ; l'examen est fait à jeun de puis la veille. La peau de l'abdomen doit être rasée ; nous nous sommes assurés des contre-indications : état cardiaque , respiratoire et l'hémostase.

L'ascite est vidée à la veille si elle existe ; de même un météorisme est corrigé s'il existe.

b. Contre-indications

Au cours de notre étude nous avons répartis les contre-indications en :

contre-indications absolues :

- un malade non coopérant
- les troubles sévères de l'hémostase , notamment un taux de prothrombine inférieur à 50%

un taux de plaquette inférieur à 50000 éléments /mm³ et un taux hémoglobine inférieur à 7g/dl.

- les tumeurs énormes occupant une vaste portion de la cavité abdominale .
- les processus inflammatoires aigus de l'abdomen avec des signes généraux fébriles et locaux péritonéaux diffus ou localisés.

contre-indications relatives :

les cicatrices de laparotomies sus et sous-ombilicales.

c. La laparoscopie comprend les étapes suivantes :

- La prémédication : Elle a été pratiquée chez tous nos patients. Nous avons utilisé du sulfate d'atropine 0,25mg ou 0,50mg ampoule de 2ml en sous-cutané en absence d'adénome de la prostate ou du glaucome de l'oeil.
- L'anesthésie locale : Le territoire à anesthésier est désinfecté par l'alcool à 90° puis à l'aide de l'alcool plus souvent il s'agit de la région médiane sous-ombilicale.

L'anesthésie a été obtenue par l'injection de la lidocaïne 0,5% ou 1% rarement 2%. L'anesthésie a été d'abord sous-cutanée réalisant l'aspect en peau d'orange, puis continue plan par plan jusqu'au péritoine à l'aide d'une seringue ordinaire 10cc montée d'une aiguille à injection intramusculaire. La quantité d'anesthésie utilisée est fonction de la paroi abdominale du patient. Nous n'avons jamais dépassé 20cc de lidocaïne 1%(200mg).

- création du pneumopéritoine : A défaut du protoxyde d'azote, du gaz carbonique, de l'oxygène. Nous avons utilisé de l'air ambiant propulsé à l'aide d'un poire manuel pour réaliser le pneumopéritoine.

A l'aide d'un bistouri on fait une ouverture de quelques millimètres au point d'injection à travers de deux doigts généralement sous-ombilicale médiane. A travers cette ouverture, l'aiguille à pneumopéritoine a été introduite après que le patient ait gonflé son ventre. Avant de créer le pneumopéritoine, on vérifie si l'aiguille est en place pour éviter une embolie gazeuse lors de l'insufflation. Cette vérification a été faite par la mobilisation, une aspiration puis en refoulant l'air à l'aide de la seringue. On gonfle très lentement au début si le patient ne se plaint de rien ; on réalise progressivement le pneumopéritoine. Le contrôle d'un bon pneumopéritoine est fait par des percussions thoraciques.

- L'introduction du laparoscope et examen proprement dit : A l'aide d'une lame de bistouri une incision verticale a été faite d'un centimètre environ à partir du point d'insufflation. On demande de nouveau au patient de gonfler le ventre ensuite avec précaution on fait passer le trocart combiné à une canule munie d'un système de valves empêchant de l'air insufflé. L'endoscope est ensuite introduit.

L'examen est ensuite standardisé.

sont explorés :

- le foie : la face antérieure, le bord inférieur de deux lobes, la surface, la couleur et la consistance.
- le ligament rond, la vésicule biliaire, la rate, le péritoine et le petit bassin.

A l'aide d'une table orientable le patient a pu être examiné en décubitus latéral gauche pour dégager et examiner au mieux les segments 4 et 7 du foie en position sémi-verticale ; afin d'examiner le dôme hépatique et TREDELENBURG pour le petit bassin. A travers le conduit du laparoscope, un palpateur a été introduit souvent pour apprécier la consistance du foie ou de toute masse. Des biopsies sont réalisées soit à l'aiguille de MENGHINI ou la pince à biopsie. Enfin l'examen se termine par l'ablation de l'endoscope et la fermeture de la paroi abdominale par des agrafes. Le malade reste à jeun pendant quatre heures avec un contrôle régulier permanent du pouls, de la tension artérielle et de la température. Les agrafes sont retirées sept jours après.

Anatomie pathologie

Les différentes biopsies péritonéales ou hépatiques effectuées, fixées au formol 10% sont envoyées ; soit à l'institut de Médecine Tropicale du service de santé des Armées (IMISSA) de Marseille en France.

Soit à l'institut national de recherche en Santé Publique (INRSP) de Bamako au Mali.

3. Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur logiciel "Epi.info" ordinateur "bull.micral" à la cellule informatique de l'école Nationale de Médecine et Pharmacie

Le traitement de texte a été fait sur Win Word.6

Nous avons utilisé les Khi2 pour l'étude analytique.

CHAPITRE III : RESULTATS

I. RESULTATS GLOBAUX

1. Nombre de malades inclus

Sur 1299 examens laparoscopiques réalisés de 19760 à 1993 , 551 dossiers répondaient aux critères d'inclusions 211 femmes et 340 hommes. Le sexe ratio est de 0,62

2. Données socio.démographiques

2.1 Tableau I : Répartition des malades en fonction du service

SERVICE	EFFECTIF	FREQUENCE %
Médecine C	160	29
Médecine D	139	25,2
Médecine B	110	20
Médecine A	96	17,4
Médecine E	25	04,5
H.G.T	13	02,4
Néphrologie	04	00,7
Cardiologie	03	00,5
Pneumologie	01	00,2
Total	551	100

Dans 505 cas (91,6%) nos malades venaient du service de médecine interne ABCD.

2.2 Tableau II : Répartition des malades en fonction de l'âge et du sexe

SEXE	HOMME		FEMME		TOTAL	
	EF.	FREQ%	EF.	FREQ %	EF.	FREQ%
AGE						
10-20	40	11,7	21	09,9	61	
20-30	49	14,4	43	20,4	11,1	
30-40	73	21,5	51	24,2	92	
40-50	76	22,4	34	16,1	16,7	
50-60	65	19,1	41	19,4	124	
60-70	24	07,1	18	08,5	22,5	
>70ANS	14	04,1	03	01,4	110	
TOTAL	340	100	211	100	106	
					19,4	
					42	
					7,6	
					17	
					3,1	
					551	100

Nos malades ont des âges extrêmes situé entre 10ans et 82ans. Les hommes les plus nombreux constituaient 61,6% de notre échantillon. L'âge médian était de 41ans et l'écart type 15,55.

2.3. Tableau III : Répartition des malades en fonction de l'ethnie

ETHNIE	EFFECTIF	FREQUENCE%
Bambara	164	29,6
Peulh	124	22,5
Malinke	87	15,8
Sarakole	76	13,8
Sonrhai	22	03,9
Senoufo	17	03,1
Kassonké	13	02,4
Minianka	10	01,8
Autres*	38	06,9
TOTAL	551	100

Autres* : Arabe(4) , Bobo(7) , Dogon(6) , Maure(5) , Haoussa(1) , Mossi(1) , Wolof(8) , Bozo(6)

NB :les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de cas.
L'ethnie Bambara venait en tête avec 164 cas sur 551 cas , puis suivaient l'ethnie Peulh , l'ethnie Malinké et l'ethnie Sarakolé

2.4 .Tableau IV : Répartition des malades en fonction de leur profession.

PROFESSION	EFFECTIF	FREQUENCE %
ménagère	188	34,1
paysan	127	23,1
fonctionnaire	63	11,4
commerçant	43	07,8
profession libérale	36	06,5
scolaire	34	06,2
forces armées	14	02,5
ouvrier	10	01,8
autres	36	06,5
TOTAL	551	100

Les ménagères et les paysans constituaient à eux seuls 315 cas (57,2) ; puis venaient les autres professions par ordre décroissant (voir tableau ci-dessus).

3. DONNEES LAPAROSCOPIQUES

Sur les 551 examens laparoscopiques réalisés la voie d'abord sous ombilicale médiane a été utilisée dans 100% des cas.

L'examen laparoscopique a été complet pour 428 malades(77,6%) et incomplet pour 123 malades(22,4%).

Le foie a été vu pour 527 malades , le lobe gauche pour 512 malades et le lobe droit pour 511 malades.

Le ligament rond a été vu pour 521malades(94,5%) , chez 442 malades(81,8%) la vésicule biliaire a été vue.

La rate a été examinée pour 435 malades(79,5%). Le péritoine viscéral a été examiné pour 490 malades(88,9%) et le péritoine pariétal pour 475 malades.

Le petit bassin a été examiné pour 424malades.

A.INDICATIONS DE LA LAPAROSCOPIE

Les hépatomégalies étaient au nombre de 310 cas(57,8% les indications) , dont 184cas d'hépatomégalie isolées et 135 cas associées.

Les ascites occupaient le deuxième rang avec 16,5% des indications , soit 50 cas d'ascites isolées et 41 cas d'ascites associées.

1. Tableau V : Répartitions des malades en fonction des indications

INDICATIONS	EFFECTIF	FREQUENCE %
hépatomégalie	184	33,4
hépatosplénomégalie	70	12,7
ascite	50	09,1
splénomégalie	45	08,2
ascite.omi	37	06,7
ictère	35	06,4
hépatomégalie.ascite	23	04,2
hépatomégalie.omi	18	03,3
masse abdominale	18	03,3
AEG	14	02,5
hépatosplénomégalie.ascit	09	01,6
hépatomégalie.ictère	08	01,5
douleur abdominale	08	01,5
hépatosplénomégalie.omi	05	00,9
OMI	05	00,9
autres*	22	04
TOTAL	551	100

Autres* :

ictère.ascite(4) , spénomégalie.omi(1) , splénomégalie.ascite(2) , aeg.fièvre au long cours(2) , aeg.hematemèse(1) , aeg.omi(1) , suspicion de cirrhose(2) , fièvre au long cours(1) , suspicion de granulation hépatique(1) , aeg.ascite(4).

NB : les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de cas.

B. LES PRINCIPAUX SIGNES LAPAROSCOPIQUES OBSERVES.

a. au niveau du foie :

Les différentes anomalies rencontrées étaient observées au niveau : de la taille ,de la consistance ,de la surface et de la couleur.

Tableau VII :Taille

TAILLE	2 LOBES		LOBE GAUCHE		LOBE DROIT	
	EF	FREQ %	EF	FREQ%	EF	FREQ%
augmentée	381	72,3	364	71,1	359	70,3
normale	116	22	121	23,6	122	23,7
atrophique	30	5,7	27	5,3	30	6
TOTAL	527	100	512	100	511	100

Quand le foie a augmenté de taille aux dépens deux lobes , son appréciation était plus aisée au lobe gauche que celle du lobe droit.

- Tableau VIII :Consistance

CONSISTANCE	2 LOBES		LOBE GAUCHE		LOBE DROIT	
	EF	FREQ%	EF	FREQ%	EF	FREQ%
normale	282	53,5	282	55,1	282	55,2
ferme	174	33	174	34	174	34,1
dure	66	12,5	56	10,9	55	10,7
pierreuse	5	01				
Total	527	100	512	100	511	100

La consistance normale et ferme demeuraient presque identique pour chaque lobe hépatique.

- Tableau IX : Surface

SURFACE	2LOBES		LOBE GAUCHE		LOBE DROIT	
	EF	FREQ%	EF	FREQ %	EF	FREQ %
macronodules normale	161	30,5	155	30,3	148	28,9
granulations	137	26	137	26,7	135	26,4
adhérences	52	9,8	50	9,7	47	9,2
nodules polychromes	41	7,8	40	7,8	43	8,4
capsulite	37	7	40	7,8	43	8,4
micronodules congestive	25	4,7	20	3,9	21	4,1
nodule tâche de bougie	24	4,5	22	4,3	19	3,7
hypervascularisée	12	2,3	12	2,4	17	3,3
micromacronodules vallonnée	8	1,5	5	0,9	7	1,4
tâche fibreuse	8	1,5	6	1,2	6	1,2
nodules ombiliqués inflammatoire	5	0,9	5	0,9	5	0,9
abcès	5	0,9	2	0,4	2	0,4
	5	0,9	3	0,7	4	0,8
	3	0,6	3	0,7	3	0,6
	3	0,6	3	0,7	3	0,6
	2	0,4	2	0,4	2	0,4
TOTAL	527	100	512	100	511	100

Les macronodules étaient les plus observées à la surface de deux lobes avec des proportions voisines à chaque lobe hépatique.

- Tableau X : Couleur

COULEUR	2 LOBES		LOBE GAUCHE		LOBE DROIT	
	EF	FREQ %	EF	FREQ %	EF	FREQ %
normale	383	72,8	382	74,6	383	75
verte	38	7,2	37	7,2	37	7,2
claire	37	7,1	33	6,6	30	5,8
rouge	32	6,1	26	5,1	24	4,7
grisâtre	28	5,3	25	4,8	27	5,3
aubergine	2	0,4	1	0,2	4	0,8
bigarrée	2	0,4	2	0,4	2	0,4
beige	2	0,4	2	0,4	1	0,2
brune	3	0,7	2	0,4	3	0,6
TOTAL	527	100	512	100	511	100

La couleur hépatique était normale dans la majorité pour chaque lobe hépatique. La couleur verte était la première modification avec une proportion identique aux deux lobes hépatiques.

b. Tableau XI : Au niveau de la rate

ASPECT LAPAROSCOPIQUE	EF	FREQ%	
TAILLE	normale	303	69,60
	hypertrophié	132	30,4
SURFACE	graisse	44	28,9
	homogène	37	24,7
	granulation	20	13,2
	lisse	20	13,2
	congestive	9	5,9
	grisâtre	9	5,9
	nodule	5	3,3
	épiplonite	2	1,3
	adhérence	1	0,6
	bilobée	1	0,6
	capsulite	2	1,3
	polylobée	1	0,6
tumorale	1	0,6	

Sur les 435 cas d'examens laparoscopiques de la rate ; l'aspect normal de la taille était plus fréquent. Les granulations étaient les lésions les observées au niveau de la surface splénique. Les granulations étaient miliaires diffuses dans 15 cas(75%) ; variables dans 5 cas(25%) (%). Leur aspect est blanchâtre dans 20 cas(100%).

c. Tableau XII :Au niveau du ligament rond

ASPECT LAPAROSCOPIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
normal	502	96,5
hypervascularisé	7	1,4
infiltré par métastases	4	0,7
varice	4	0,7
granulation	4	0,7
Total	521	100

L'aspect hypervascularisé du ligament rond était le plus observé ; après suivaient les autres lésions.(voir tableau ci-dessus).

d. Tableau XIII : Au niveau de la vésicule biliaire

VESICULE BILIAIRE	EFFECTIF	FREQUENCE%
normale	408	92,3
distendue	34	7,7
Total	442	100

La forme normale de la vésicule biliaire était prédominante . La forme inflammatoire de la vésicule biliaire n'a pas été retrouvée.

e. Au niveau du péritoine

- Tableau XI V : Péritoine pariétal

PERITOINE PARIETAL	EFFECTIF	FREQUENCE%
normal	419	88,2
granulations	34	7,2
nodules	20	4,6
Total	475	100

Les granulations les plus nombreuses ont des aspects différents. Dans 26 cas(76,5%) l'aspect était miliaire et variable 8 cas(23,5%).

Les nodules ont un aspect blanchâtre dans 11cas(55%) ; variable dans 6 cas(30%) et en tâche de bougie dans 3 cas(15%).

- Tableau XV : Péritoine viscéral

PERITOINE VISCERAL	EFFECTIF	FREQUENCE %
normal	450	91,8
granulations	22	4,5
nodules	18	3,7
Total	490	100

Les granulations sont miliaires dans 20 cas(81,5%) et variables dans 2 cas (18,5%). Les nodules sont blanchâtres dans 10 cas(55,5%) et variables dans 8 cas(44,5%).

f. Tableau XVI :Au niveau du petit bassin

PETIT BASSIN	EFFECTIF	FREQUENCE%
normal	420	99
granulations	2	0,5
nodules	2	0,5
Total	424	100

Sur les 424 examens laparoscopiques peu de lésions sont observées. Les granulations sont miliaries dans les 2 cas (0,5). Le nodule est métastatique avec métastase au niveau de l'ovaire gauche associé à une ascite hémorragique. Les adhérences ne sont pas retrouvées.

g. Tableau XVII :Autres aspects laparoscopiques.

Il s'agissait d'adhérences péritonéales, 87 cas étaient observées dans notre série de siège et d'aspect différent (voir tableau ci-dessous).

ADHERENCES PERITONEALES		EFFECTIF	FREQUENCE %
SIEGE	hépatopariétale	69	79,3
	pariétoviscérale	5	5,7
	péritonéale	5	5,7
	spléno pariétale	5	5,8
	hépatodiaphragmatique	3	3,5
ASPECT	blanchâtre	46	52,8
	corde de violon	36	41,4
	fibrineux	3	3,4
	variable	2	2,4

4. Tableau XVIII : CONCLUSION LAPAROSCOPIQUE

CONCLUSION LAPAROSCOPIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE%
cirrhose hépatique	164	29,7
périhépatite	43	7,8
hépatomégalie isolée	35	6,4
cpf	34	6,2
granulation hépatique	34	6,2
granulation péritonéale	29	5,3
splénomégalie isolée	22	4
cholestase hépatique	20	3,7
laparoscopie normale	18	3,3
cpf+cirrhose	17	3,1
hépatosplénomégalie isolée	15	2,7
granulation hépatopéritoneale	14	2,6
foie cardiaque	12	2
granulation hépatosplénique	12	2
cirrhose cholestatique	9	1,6
hépatite chronique	8	1,5
masse souspéritoneale	7	1,3
fibrose hépatique	5	0,9
autres*	48	9,7
Total	551	100

autres* : abcès hépatique(2) , adhérences hépatiques(2) , adhérences spléno pariétale(3) , capsulite(3) , cpf avec métastase péritonéale(1) , granulation spléno péri toneale(2) , granulation hépatospléno péri toneale(4) , cancer ovarien avec métastase péritonéale(2) , cancer péritonéale(1) , masse abdominale(2) , masse sous hépatique(2) , péritonite chronique(2) , sclérose hépatique(3) , suspicion de cirrhose(3) , suspicion de fibrose(1) , suspicion de cpf(3) , suspicion de périhépatite(1) , suspicion de tuberculose péritonéale(1) , suspicion de tuberculose hépatique(1) , tumeur de la rate avec métastase péritonéale(1) , granulation péritonéale plus lymphome(1) , tumeur abdominale(2) , tumeur bourgeonnante du foie(1) , tumeur splénique , tumeur musculaire(1) , cancer utérine avec métastase hépatique(1) , granulation splénique(4).

NB : les chiffres entre parenthèse représentent le nombre de cas.

La laparoscopie a été concluante dans 464 cas(80,6%) et non dans 87 cas(15,8%).

L' examen laparoscopique était normal dans 18 cas.

5. Tableau XIX :HISTOLOGIE

HISTOLOGIE	EFFECTIF	FREQUENCE %
cirrhose hépatique	76	26,1
résultat normal	49	16,8
hépatite	28	9,6
tuberculose	23	7,9
résultat insuffisant	22	7,6
hépatocarcinome	22	7,6
résultat subnormal	19	6,5
résultat non retrouvé	17	
granulome centré autour d'un oeuf de schistosoma	10	5,8
mansoni		3,4
fibrose périportale	7	2,4
stéatose	5	1,5
périhépatite	5	1,5
autres*	8	2,7
Total	291	100

Autres* : cancer plus fibrose(1) , cancer plus cirrhose(2) , cirrhose plus cholestase(1) , hépatite chronique(1) , pigment palustre(2) , granulome plus nécrose(1).

L'histologie a confirmé le diagnostic des lésions rencontrées dans 184 cas(64,3%)
Le diagnostic histologique était douteux dans 58 cas(19,9%) et normal dans 49 cas.

6. Tableau XX : Résultats des affections rencontrées sur les résultats laparoscopiques et histologiques

AFFECTIONS RENCONTREES	EFFECTIF	FREQUENCE %
cirrhose hépatique	174	31,9
cpf	65	11,8
tuberculose péritonéale	44	7,9
périhépatite	38	6,9
tuberculose hépatique	35	6,4
hépatite virale	26	4,7
hépatite choléstatique	22	3,9
hépatomegalie isolée	18	3,3
splénomégalie isolée	14	2,5
insuffisance cardiaque droite	12	2,2
bilharziose hépatique	11	1,9
fibrose hépatique	7	1,3
hépatosplénomégalie isolée	7	1,3
fièvre typhoïde	6	1,1
fièvre typhoïde	6	1,1
cirrhose plus cholestase	5	0,9
amibiase hépatique	66	11,9
autres*		
Total	551	100

Autres* : granulation hépatosplénique(4) , hémoglobinose SS plus fibrose(1) histoplasmosse splénique(1) , hodgskin(1) , hypothyroïdie plus infection urinaire(1) , ictère non spécifique(1) , cancer ovarien avec métastase péritonéale(2) , cancer péritonéale(2) , cancer utérine avec métastase hépatique(1) , lithiase vésicale , lymphosarcome(1) , tumeur abdominale(2) , nanisme hypophysaire(1) , paludisme viscéral(3) , cancer pulmonaire plus cirrhose(1) , polykystose hépatorénale(1) , stéatose hépatique(4) , syndrome néphrotique(2) , tumeur colique à 80cm(1) , tuberculose multifocale(1) , tumeur musculaire droite(1) , transfert en chirurgie(11) ; tuberculose hépatosplénique plus hiv(1) , tuberculose ganglionnaire(1) , tuberculose spléno-péritonéale(2) , tumeur rénale gauche(1) , adhérence spléno-pariétale(1) ; aeg(3) , tumeur sous-hépatique(1) , insuffisance rénale(1) , lupus érythémateux disséminé , masse abdominale non.pécifique(1) , masse pancréatique(1) tuberculose splénique(4).

7. Tableau XXI : INCIDENTS ET ACCIDENTS

INCIDENTS ET ACCIDENTS	EFFECTIF
hémorragie vasculaire	3
vomissement	2
nausée	2
blessure de la rate	1
perforation intestinale	1
Total	9

Nous avons observé peu d'incident et accident au cours de notre étude. L'accident prédominant était l'hémorragie vasculaire ; les incidents étaient représentés par les vomissements , les nausées.

II. RESULTATS DESCRIPTIFS DES PRINCIPALES AFFECTIONS RENCONTREES

• CIRRHOSE HEPATIQUE

1. REPARTITIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 Répartition des cirrhoses en fonction du sexe

113 hommes et 61 femmes constituaient notre échantillon. Les hommes étaient les plus atteints avec 64,9 % des cas. Le sexe ratio (rapport femmes sur hommes) était de 0,54

1.2 Tableau XXII : Répartition des cirrhoses en fonction de la tranche d'âge.

TRANCHE D'ÂGE	EFFECTIF	FREQUENCE
10-20	12	6,9
20-30	26	14,9
30-40	36	20,7
40-50	41	23,6
50-60	29	16,6
60-70	23	13,2
>70ans	7	4,1
Total	174	100

Les enfants n'échappaient pas à la cirrhose, car la tranche d'âge 10-20 ans était touchée. La classe modale était 40-50. Les âges extrêmes étaient 10 - 81 ans. L'âge médian était de 42,74 ans.

1.3 Répartition des cirrhoses en fonction de l'ethnie et de la profession.

Les bambaras étaient les plus atteints dans 46 cas (26,4%). Les peulhs constituaient 37 cas (21,3%) ; puis suivaient : les sarakolés 31 cas, les malinkes 27 cas, les sonrhais 12 cas, les seroufos 4 cas, les miniankas 2 cas et les autres.

Les ménagères étaient les plus atteintes dans 55 cas. On a remarqué par ordre décroissant :

- les paysans 43 cas
- les fonctionnaires 20 cas
- les professions libérales 14 cas
- les commerçants 13 cas
- les scolaires 9 cas
- les forces armées 8 cas
- les ouvriers 3 cas
- les autres 9 cas

1.4 Répartition des cirrhoses en fonction du service

Les malades du service de médecine C 65 cas, médecine D 46 cas, médecine A 27 cas, médecine B 24 cas étaient les plus touchés. Les autres se classaient comme suit : médecine E 6 cas, hôpital Gabriel TOURE 5 cas et Néphrologie 2 cas.

2. Tableau XXIII : SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE %
hépatomégalie	108	62,1
ascite	52	29,8
splénomégalie	50	28,9
ictère	33	18,9
adénopathie	19	10,9

L'hépatomégalie était le signe physique prédominant. Il s'agissait d'une hépatomégalie lisse dans 24,7 % des cas et nodulaire dans 75,3% des cas. L'ascite était moyenne dans 41 cas(78,8%). L'ictère était franc dans 15 cas(45,5%). Les adénopathie étaient périphériques (axillaires 11 cas et inguinales 8cas).

3. Tableau XXIV : DONNEES BIOLOGIQUES

BIOLOGIE	TAUX NORMAUX	TAUX BAS	TAUX ELEVES
transaminases GOT	n=66		n=59
transaminases GPT	n=73		n=52
bilirubine totale	n=32		n=45
bilirubine conjuguée			n=24
phosphatases alcalines	n=40		n=50
protides totaux	n=37	n=16	
taux prothrombine	n=174		

L'hypoalbuminie était présente dans 16 cas et un bloc bêta- gamma dans 6 cas. Sur les 17 cas de sérologie amibienne il y avait 4 cas positifs. Sur les 71 cas d'antigène Hbs il y avait 21 cas positifs. Quant à l'alphafoetoprotéine a été positif dans 8 cas sur 82 cas.

4. Tableau XXV : Répartition des cirrhoses en fonction de l'aspect macroscopique et des modifications cytochimiques du liquide d'ascite.

ASPECT MACROSCOPIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
jaune citrin	42	87,5
trouble	4	8,4
hémorragique	1	2,1
lactescent	1	2,1
teneur en protides <=30 g/l	33	75
>30g/l	11	25
taux de lymphocyte <50%	28	71,8
>50%	11	28,2

La ponction d'ascite était réalisée 48 fois. L'aspect jaune citrin était le plus fréquent. Dans 33 cas la teneur en protéine du liquide d'ascite était inférieure ou égale à 30g/l et pauvre en cellules dans 28 cas.

5. Autres examens complémentaires

La fibroscopie digestive était réalisée dans 136 cas à la recherche des varices oesophagiennes. 61 fois des varices étaient découvertes soit 44,8 % des cas :

- 31 cas de varices grade II
- 14 cas de varices grade III
- 12 cas de varices grade I
- 3 cas de varices grade II plus grade III
- 1 cas de varices grade I plus grade II.

6. Aspects échographiques

L'échographie était pratiquée 84 fois :
 hépatique 44 cas
 hépatosplénique 26 cas
 abdominale 14 cas

6.1 Tableau XXVI : Au niveau du foie

ASPECT ECHOGRAPHIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE %
taille	augmentée	55	65,5
	normale	15	17,7
	atrophique	14	16,7
parenchyme	hétérogène	47	55,9
	homogène	36	42,8
	hypoéchogène	1	1,2
contour	régulier	52	61,9
	irrégulier	24	28,6
	clouté	6	7,2
	bosselé	2	2,4
tronc	normal	66	78,6
porte	dilaté	18	21,4
vésicule biliaire	normale	83	98,8
	lithiase	1	1,2
vaisseaux hépatiques	normaux	84	100

6.2. Tableau XXVII : au niveau de la rate

ASPECT ECHOGRAPHIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE %
taille	augmentée	24	60
	normale	16	40
parenchyme	homogène	39	97,5
	hétérogène	1	2,5
vaisseaux	normaux	26	65
	dilatés	14	35
autres	ascite	36	42,8
	pleurésie	1	1,2

L'image caractéristique des aspects échographiques de la cirrhose , décrits aux tableaux ci-dessus était celle d'une hépatomégalie hétérogène et /ou irrégulière , associée à une hypertension portale dans 32 cas(38,1%) , une splénomégalie et une ascite.

7. Aspects laparoscopiques

L'examen laparoscopique est complet dans 142 cas (81,6%) et incomplet dans 32 cas (18,4%).

7.1 Tableau XXVIII :Au niveau du foie

ASPECT LAPAROSCOPIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE%
taille	augmentée	138	79,3
	atrophique	26	15
	normale	10	5,7
consistance	ferme	127	72,9
	dure	28	16,1
	normale	19	11
surface	macronodules	136	78,2
	micronodules	12	6,9
	normale	9	5,2
	granulations	6	3,4
	micromacronodules	4	2,3
	nodules polychromes	4	2,3
	capsulite	2	1,1
	adhérences	1	0,6
couleur	normale	124	71,2
	claire	18	10,3
	grisâtre	12	6,9
	verte	12	6,9
	rouge	8	4,7

7.2. Tableau XXIX :Autres aspects laparoscopiques

ASPECT LAPAROSCOPIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE%
ligament rond	normal	159	94,1
	hypervascularisé	8	4,7
	varice	2	1,2
vésicule biliaire	normale	143	95,9
	distendue		
rate augmentée	normale	6	4,1
		138	80,3
péritoine	normal	34	19,7
		173	99,4
autres	granulation	1	0,6
	adhérences	4	100

L'image caractéristique de la cirrhose au cours de la laparoscopie , était celle d'une hépatomégalie de consistance ferme , de surface macronodulaire et/ou micronodulaire , ou les deux dans 152 cas (87,4%).

Ces aspects souvent étaient associés à un ligament rond hypervascularisé , à une vésicule biliaire distendue et/ou une rate normale ou augmentée.

8. Tableau XXX : Aspects histologiques

87 cas de biopsies hépatiques ont été pratiquées à la pince à biopsie.

ASPECT HISTOLOGIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
cirrhose	65	74,8
insuffisant	6	6,9
fibrose	4	4,6
hépatite	4	4,6
normal	3	3,4
non retrouvé	3	3,4
stéatose	2	2,3
Total	87	100

Le diagnostic formel de la cirrhose hépatique n'était porté à l'histologie que dans 71cas (81,7%) sur des lésions spécifiques et apparentées(stéatose et fibrose).

CANCER PRIMITIF DU FOIE : CPF

1. REPARTITIONS SOCIO.DEMOGRAPHIQUES

1.1 Répartition du cpf en fonction du sexe

49 hommes et 16 femmes constituaient notre échantillon. Les hommes étaient les plus touchés dans 75,4% des cas. Le sexe ratio(rapport femmes sur hommes) était de 0,33.

1.2 Tableau XXXI : Répartition du cpf en fonction de la tranche d'âge

TRANCHES D'AGE	EFFECTIF	FREQUENCE %
20-30	3	4,6
30-40	9	13,8
40-50	18	27,7
50-60	20	30,7
60-70	11	17
>70ANS	4	6,2
Total	65	100

Le cpf frappait toutes les tranches d'âge représentées. Les âges extrêmes étaient 24 - 79 ans. La classe modale était 40-50 ans. L'âge médian était de 47,27 ans .

1.2 Répartition du cpf en fonction de l'ethnie et de la profession

Les bambaras étaient prédominants avec 22 cas ; les malinkés occupaient le deuxième rang avec 17 cas. Les ethnies suivantes étaient touchées par ordre décroissant : les peulhs 10 cas , les sarakolés 9 cas , les senoufos 3 cas , les sonrhais 1 cas et les autres 3 cas.

Les paysans étaient premiers dans 18 cas et suivies par les ménagères dans 14 cas. On constatait par ordre décroissant : les commerçants 8 cas , les fonctionnaires 5 cas , les professions libérales 4 cas , les scolaires 2 cas , les forces armées 1 cas et les autres 13 cas.

1-3 Répartition du cpf en fonction du service

Les malades du service de la médecine A étaient les plus atteints avec 17 cas ; puis suivaient ceux des autres services : médecine B 16 cas , médecine C 15 cas , médecine D 15 cas , cardiologie 1 cas et hôpital Gabriel Toure 1 cas.

2. Tableau XXXII : SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE %
hépatomégalie	54	83,1
amaigrissement	29	44,6
ascite	10	15,4
splénomégalie	9	13,8
ictère	5	7,7
adénopathie	3	4,6

L'hépatomégalie était prédominante , sa surface était nodulaire dans 28 cas(51,8%) , tumorale dans 20 cas (37,1%) et lisse dans 6 cas (11,1%). Le bord inférieur du foie était tranchant dans 48 cas et mousse dans 6 cas. Un souffle hépatique était présent dans 37 cas(68,5%).

L' hépatomégalie était associée à un amaigrissement , parfois à une ascite , une splénomégalie et un ictère. Les adénopathies sont périphériques (axillaire 2 cas et inguinale 1 cas).

3. Tableau XXXIII : DONNEES BIOLOGIQUES

BIOLOGIE	TAUX NORMAUX	TAUX ELEVES
transaminases GOT	n=16	n=33
transaminases GPT	n=24	n=25
phosphatases alcalines	n=14	n=23
bilirubine totale	n=10	n=7
bilirubine conjuguée		n=5
protides totaux	n=4	
taux de prothrombine	n=79	

L' alphafetoprotéine a été positive dans 24 cas sur 46.

4. Autres examens complémentaires

La ponction du liquide d'ascite était effectuée 8 fois. Dans 4 cas l'aspect du liquide d'ascite était jaune citrin et hémorragique dans les autres cas. La teneur en protéine du liquide d'ascite dans 5 cas était supérieure à 30 g/l. La cytologie était réalisée dans 4 cas et avait un taux de lymphocyte supérieur à 50 % par millimètre cube dans 3 cas.

La fibroscopie digestive était pratiquée dans 44 cas. Elle était normale dans 28 cas(63,6%). Les anomalies suivantes ont été décrites dans 16 cas (36,4) :

- 6 cas de varice oesophagienne grade II
- 4 cas de varice oesophagienne grade I
- 3 cas de gastrite congestive
- 1 cas d'ulcère gastrique
- 1 cas de duodénite congestive
- 1 cas de varice oesophagienne grade III

5. Tableau XXXIV :Aspects échographiques

L'échographie était pratiquée 36 fois. Elle était hépatique dans 27 cas(75%) ; hépatosplénique dans 5 cas (13,8%) et abdominale dans 4 cas.

ASPECT ECHOGRAPHIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE %
taille du foie	augmentée	35	97,2
	normale	1	2,8
parenchyme hépatique	hétérogène	20	83,4
	homogène	5	13,8
	hypoéchogène	1	2,8
contour hépatique	irrégulier	17	47,3
	bosselé	10	27,7
	régulier	9	25
tronc porte	normal	35	97,2
	dilaté	1	2,8
vésicule biliaire	normale	36	100
rate	normale	6	66,6
	augmentée	3	33,4
autres	ascites	6	16,6
	pleurésie	1	2,8

L'image d'hépatomégalie à surface hétérogène à contour irrégulier et/ou bosselé décrite(voir tableau ci-dessus) était en faveur du cpf.

6. Aspects laparoscopiques

L' examen laparoscopique était complet dans 43 cas(66,2%) et incomplet dans 22 cas (32,8%)

6.1 Tableau XXV :Au niveau du foie

ASPECT LAPAROSCOPIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE %
taille	augmentée	60	95,3
	atrophique	2	3,1
	normale	1	1,6
consistance	dure	41	65
	ferme	18	28,6
	normale	4	6,4
couleur	normale	27	42,8
	grisâtre	17	27,1
	claire	9	14,3
	rouge	5	7,9
	verte	5	7,9
surface	nodules polychromes	33	52,4
	macronodules	11	17,5
	hypervascularisée	4	6,4
	nodules ombiliqués	3	4,7
	micronodules	3	4,7
	nodules bourgeonnants	2	3,2

6.1 Tableau XXXVI : Autres aspects laparoscopiques

ASPECT LAPAROSCOPIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE%
ligament	normal	44	84,6
rond	hypervascularisé	4	7,7
	infiltré	3	5,7
	varice	1	2
vésicule	normale	37	86,1
biliaire	distendue	6	13,9
rate	normale	37	86,1
	augmentée	6	13,9
péritoine	normal	52	92,8
	nodule métastatique	1	1,8
	nodule en tâche de bougie	3	5,4

L'aspect laparoscopique caractéristique du cpf était celui d'une hépatomégalie dure et de surface parsemée de lésions spécifiques (nodules : polychromes, ombiliqués, bourgeonnants et hypervascularisés) dans 45 cas (80,4 %).

7. Tableau XXXVII : Aspects histologique

Les biopsies étaient pratiquées à la pince à biopsie : hépatiques dans 25 cas (83,4%), hépatopéritonéales 2 cas (6,6%) et nodules hépatiques 3 cas (10 %).

ASPECT HISTOLOGIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
hépatocarcinome	19	63,4
cirrhose	5	16,7
insuffisant	3	10
hépatite	1	3,3
normal	1	3,3
non retrouvé	1	3,3
Total	30	100

Sur les 30 biopsies réalisées le diagnostic de certitude du cpf était apporté dans 63,4 % des cas

TUBERCULOSE ABDOMINALE

Elle regroupe essentiellement la tuberculose péritonéale et hépatique

1 REPARTITIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 Répartition des cas en fonction du sexe

44 hommes et 35 femmes constituaient notre échantillon. Les hommes étaient les plus frappés dans 55,7% des cas. Le sexe ratio (rapport femmes sur hommes) était 0,79.

1.2 Tableau XXXVIII : Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	FREQUENCE %
10-20	11	13,9
20-30	13	16,6
30-40	21	26,6
40-50	17	21,5
50-60	8	10,1
60-70	6	7,5
>70ans	3	3,8
Total	79	100

Toutes les tranches représentées d'âge étaient atteintes. La classe modale était 30-40. Les âges extrêmes étaient 14 - 85 ans. L'âge médian était 36,11 ans.

1.3 Répartition des cas en fonction de l'ethnie et de la profession.

Les bambaras 24 cas, les peulhs 20 cas, les sarakolés 15 cas, et les maliakés 12 cas étaient les plus représentés. Les autres ethnies étaient les senoufos et sonrhais 3 cas chacun et les miniankas 2 cas.

Les ménagères 29 cas, les paysans 19 cas, et les fonctionnaires 12 cas étaient prédominants. Les scolaires constituaient 7 cas, les commerçants 5 cas et les autres 7 cas.

1.4 Répartition des cas en fonction du service

Le service de médecine C 28 cas, de médecine B 20 cas, de médecine D, 15 cas, et celui de médecine A 11 cas étaient touchés par ordre décroissant. Le service de médecine E était touché dans 4 cas et celui de Néphrologie 1 cas.

2. Tableau XXXIX: SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE %
amaigrissement	62	78,4
ascite	50	60,7
hépatomégalie	31	39,2
adénopathie	21	26,5
splénomégalie	18	22,7
râles pulmonaires	7	8,8
ictère	3	3,7

L'amaigrissement était prédominant , associé à une ascite et ou une hépatomegalie Les adénopathies étaient périphériques(axillaires dans 18 cas et inguinales dans 3 cas).

3. Tableau XXXX : DONNEES BIOLOGIQUES

BIOLOGIE	TAUX NORMAUX	TAUX ELEVES
transaminases GOT	n=32	n=4
transaminases GPT	n=19	n=17
phosphatases alcalines	n=11	n=10
bilirubine totale	n=14	n=2
taux de prothrombine	n=79	

Dans 2 cas sur 9 l'antigène Hbs testé était positif. L'alphafeotoprotéine était négative dans tous les cas.

4. Tableau XXXXI : Répartition des cas en fonction des modifications cytochimiques du liquide d'ascite.

CARACTERISTIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE %
aspect jaune citrin	44	88
trouble	5	10
hémorragique	1	2
teneur en protéines		
$\geq 30\text{g/l}$	37	74
$< 30\text{g/l}$	13	26
taux de lymphocytes		
$\geq 50\%$	38	92,7
$< 50\%$	3	7,3

On observe que le liquide d'aspect jaune citrin dans sa majorité était riche en protéines dans 37 cas et en cellules lymphocytes dans 38 cas.

Ces modifications cytochimiques étaient en faveur d'un exsudat compatible avec une origine infectieuse.

La recherche du bacille alcoolocido-résistant dans le liquide d'ascite sur les milieux spéciaux de culture notamment le loewensten n'a pas été faite.

5. Autres examens complémentaires

L'I.D.R à la tuberculine était positive dans 25 cas (6-20mm) et négative dans 30 cas. La radiographie thoracique était normale dans 13 cas. On note dans les autres cas :
 une cardiomégalie dans 4 cas
 une pleurésie droite dans 3 cas
 une ascension de l'hémicoupe droite dans 1 cas
 un comblement du cul-de-sac droit dans 1 cas.

6. Aspects échographiques

L'échographie est effectuée dans 51 cas : abdominale dans 24 cas, hépatique dans 16 cas et hépatosplénique dans 11 cas.

L'examen échographique conclut à :

une hépatomégalie homogène non spécifique dans 17 cas
 une ascite dans 9 cas
 une hépatosplénomégalie homogène non spécifique dans 9 cas
 un examen normal dans 6 cas
 une cirrhose dans 4 cas
 une calcification hépatique dans 3 cas
 une hépatomégalie homogène non spécifique associée à une ascite dans 2 cas.
 une hypertension portale dans 1 cas.

7. Tableau XXXII: Aspects laparoscopiques

L'examen laparoscopique était complet dans 48 cas et incomplet dans 31 cas. Le tableau ci-dessous résume surtout les lésions observées à la surface hépatique et au péritoine.

ASPECT LAPAROSCOPIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE%	
surface du foie	granulations	37	47,4
	normale	21	26,9
	micronodules	11	14,2
	macronodules	7	8,9
	adhérences	2	2,6
	capsulite		
ligament rond	normal	68	97,2
	granulations	2	2,8
vésicule biliaire	normale	53	67,9
	non vue	25	32,1
péritoine	granulations	36	46,2
	nodules	22	28,2
	adhérences	20	25,6

L'aspect laparoscopique évocateur de la tuberculose hépatique était celui d'une hépatomégalie de surface recouverte de granulations miliaires dans 76,9% des cas.

L'aspect laparoscopique de la tuberculose péritonéale était celui d'un péritoine parsemé de granulations miliaires dans 34 cas associées à des adhérences épaisses et nodules blanchâtres (95,5%) péritonéaux fréquents.

8. Tableau XXXIII : Aspects histologiques

63 biopsies étaient pratiquées : hépatiques 38 cas ; lésions péritonéales 23 cas et hépatopéritonéales 2 cas.

ASPECT HISTOLOGIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
tuberculose	21	33,4
normal	10	15,8
granulome inflammatoire		12,7
non spécifique	8	11,2
subnormal	7	9,5
non retrouvé	6	4,7
cirrhose	3	4,7
hépatite	3	3,2
stéatose hépatique	2	3,2
nodule inflammatoire	2	1,6
ininterprétable	1	100
Total	63	

Les lésions histologiques évocatrices de tuberculose péritonéale ont été retrouvées 15 cas , couplées aux lésions dont la nature tuberculeuse était possible mais non certaines 8 cas ; confirmaient le diagnostic dans 57; 5% des cas .

Dans 6 cas(26,1%) l'histologie a confirmé le diagnostic de tuberculose hépatique.

PERIHEPATITE BACTERIENNE

Il s'agissait de périhépatite à chlamydiae et de la fièvre typhoïde

1.REPARTITIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 Répartition des cas en fonction du sexe

30 femmes et 14 hommes constituaient notre échantillon. Les femmes étaient les plus atteintes. Le sexe ratio (rapport hommes sur femmes) était de 0,46.

1. 2 Tableau XXXIV : Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge

TRANCHES D' AGE	EFFECTIF	FREQUENCE %
10-20	2	4,5
20-30	6	13,6
30-40	10	22,7
40-50	6	13,6
50-60	13	29,5
60-70	4	9,1
>70 ANS	3	6,8
Total	44	100

La classe modale était 50-60 ans. Les âges extrêmes étaient 12 - 77 ans. L' âge médian était de 44, 56 ans .

1. 3 Répartition des cas fonction de l'ethnie et de la profession

Les bambaras 14 cas , les peulhs 8 cas , les malinkés 5 cas étaient les plus atteints. On notait parmi les ethnies suivantes :

les sarakolés 4 cas

les senoufos 3 cas

les sonrhais 2 cas

les autres 6 cas.

Toutes les catégories socioprofessionnelles représentées étaient atteintes. Les ménagères étaient prédominantes avec 35 cas , puis venaient par ordre décroissant les paysans 8 cas , les scolaires 4 cas, les professions libérales 2 cas et les autres 5 cas.

1-4 Répartition des cas en fonction du service

Les services de médecine C et D étaient représentés à égalité 14 cas pour chacun. Nous avons trouvé en médecine A 6 cas , en médecine B 5 cas , en médecine E 3 cas , en cardiologie 1 cas et en Néphrologie 1 cas.

2. Tableau XXXV : SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE %
hépatomégalie	24	54,5
splénomégalie	18	40,9
bon état général	10	22,7
ascite	6	13,6
adénopathie	5	11,4
ictère	4	9,1
souffle mitrale	2	4,5
râles pulmonaires	2	4,5

L'hépatomégalie était prédominante , sa surface était lisse et son bord inférieur était mousse. Elle pouvait être souvent associée à une splénomégalie. Les adénopathies étaient périphériques(axillaires dans les 5 cas). L'ictère était subictérique dans tous les cas.

3. Tableau XXXVI : BIOLOGIE

BIOLOGIE	TAUX NORMAUX	TAUX ELEVES
transaminase GOT	n=29	n=6
transaminase GPT	n=32	n=3
phosphatases alcalines	n=12	n=5
bilirubine totale	n=15	n=6
protides totaux	n=16	n=1
sérologie à taux de prothrombine	n=44	

La sérologie à chlamydiae 15cas était positive dans tous les cas.

4. Autres données biologiques:

La sérologie widal était positive dans 3 cas sur 4 cas. L'hémoculture a été positive dans 3 cas(100%) à salmonella typhi. La ponction du liquide d'ascite faite dans 3 cas a montré un liquide d'aspect jaune citrin dans tous les cas. La teneur du liquide en protéines était supérieure à 30g/l et aussi riche en cellules lymphocytaires.

5. Aspects échographiques

L'échographie était effectuée dans 32 cas. Elle était hépatosplénique dans 17 cas , hépatique dans 12 cas et abdominale dans 3 cas.

L'échographie a abouti aux conclusions suivantes :

une hépatomégalie homogène non spécifique 11 cas

une hépatosplénomégalie homogène non spécifique 10 cas

un examen normal 5 cas

une hypertension portale 3 cas

une splénomégalie homogène non spécifique 3 cas

une cirrhose hépatique 1 ca

6. Tableau XXXXVII : Aspects laparoscopiques

L'examen laparoscopique était complet dans 33 cas et incomplet dans 11 cas .

ASPECT LAPAROSCOPIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE %
taille du foie	augmentée	30	69,7
	normale	13	30,3
consistance du foie	normale	42	97,7
	ferme	1	2,3
surface du foie	adhérences	24	55,8
	normale	9	20,9
	capsulite	5	11,6
	granulations	4	9,3
	micronodules	1	2,3
autres	adhérences	36	100

Les images laparoscopiques spécifiques étaient les adhérence de siège variable et surtout d'aspect en corde de violon dans tous les cas.

7. Tablea XXXXVIII : Aspects histologiques

ASPECT HISTOLOGIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
normal	13	46,4
périhépatite	5	17,8
insuffisant	3	10,7
non retrouvé	3	10,7
hépatite	2	8,7
subnormal	2	8,7
Total	28	100

Sur les 28 biopsies pratiquées dont 20 sur le foie et 8 sur les adhérences, le diagnostic de périhépatite a été confirmé histologiquement dans 17,80% des cas.

HEPATITES VIRALES

1 REPARTITIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 Répartition des cas en fonction du sexe

18 hommes et 8 femmes constituaient notre échantillon. Les hommes étaient les atteints. Le sexe ratio (rapport femmes sur hommes) était de 0,44.

1.2 Tableau XXXIX : Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge

TRANCHES D'AGE	EFFECTIF	FREQUENCE %
20-30	10	38,5
30-40	5	19,3
40-50	6	23,1
50-60	3	11,5
60-70	2	7,6
Total	26	100

La classe modale était 20-30 ans. Les âge extrêmes étaient 13 - 60 ans

1.3 Répartition des cas en fonction de l'ethnie et de la profession.

Les bambaras étaient atteints avec 10 cas. Les malinkés et les peulhs étaient à égalité 5 cas chacun. Les sarakolés et les sonrhais constituaient 1 cas chacun. Les autres professions constituaient 4 cas.

Les paysans étaient prédominants avec 7 cas. Les ménagères occupaient la deuxième place avec 6 cas. On a trouvé par ordre décroissant :

forces armées 5 cas

fonctionnaires 4 cas

commerçants 3 cas

scolaires 1 cas

1.4 Répartition des cas en fonction du service

Le service de médecine E occupa la première place avec 6 cas. Les autres services par ordre décroissant étaient :

hôpital Gabriel Touré 5 cas , médecine A 4 cas , médecine B 4 cas , médecine D 4 cas , médecine C 2 cas et pneumologie 1 cas.

2. Tableau L : SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE %
hépatomégalie	11	42,3
altération de l'état général	10	38,5
ictère	9	34,6
splénomégalie	5	19,2
tachycardie	2	7,7
adénopathie	2	7,7
ascite	1	

L'hépatomégalie dominante a une surface lisse avec un bord inférieur mousse. L'ictère était franc dans 8 cas et subictérique dans 1 cas. Les adénopathies étaient périphériques (axillaires dans 2 cas).

3. Tableau LI :DONNEES BIOLOGIQUES

BIOLOGIE	TAUX NORMAUX	TAUX ELEVES
transaminases GOT	n=7	n=13
transaminases GPT	n=9	n=11
phosphatases alcalines	n=10	n=7
bilirubine totale	n=5	n=8
bilirubine conjuguée		n=7

L'antigène Hbs effectué dans 19 cas avait été positif dans les cas d'hépatites virales.

L'alphafoetoprotéine pratiqué dans 21 cas a été négative dans tous les cas.

4. Aspects échographiques

L'échographie était effectuée dans 17 cas : hépatique dans 14 cas , hépatosplénique dans 2 cas et abdominale dans 1 cas.

L'échographie a conclu dans 14 cas à une hépatomégalie homogène non spécifique , à une hépatosplénomégalie homogène non spécifique dans 2 cas et à un examen normal dans 1 cas.

5. Tableau LII : Aspects laparoscopiques

L'examen laparoscopique était complet dans 20 cas et incomplet dans 6 cas

ASPECT LAPAROSCOPIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
taille augmentée	22	84,6
du foie normale	4	15,4
consistance normale	25	96,2
du foie ferme	1	3,8
couleur normale	23	88,5
du foie verte	3	11,5
ligament rond normal	26	100
vésicule normale	24	92,3
biliaire distendue	2	7,7
rate normale	22	84,6
augmentée	4	15,4
péritoine normal	24	92,3
adhérences	2	7,7

La surface hépatique était normale dans 21 cas , couverte d'adhérences dans 3 cas. Une capsulite était trouvée dans 2 cas.

Les lésions fréquentes au cours d'hépatite virale étaient celles d'une hépatomégalie dans 84,6% , de couleur et de surface normales , associées à un ligament , une vésicule biliaire normale , une rate et un péritoine normaux.

6. Tableau LIII : Aspects histologiques

ASPECT HISTOLOGIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
hépatite	11	57,9
normal	3	15,8
insuffisant	3	15,8
subnormal	2	10,5
Total	19	100

Le diagnostic histologique d'hépatite virale était confirmé dans 57,9% des cas.

CHOLESTASE INTRA ET EXTRAHEPATIQUE

1. REPARTITIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 Répartition des cas en fonction du sexe

16 hommes et 6 femmes constituaient notre échantillon. Les hommes étaient les plus atteints dans 72,7% des cas. Le sexe ratio(rapport femmes sur hommes) était t de 0,37.

1.2 Tableau LIV : Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge.

TRANCHES D'AGE	EFFECTIF	FREQUENCE %
20-30	4	18,2
30-40	4	18,2
40-50	4	18,2
50-60	6	27,3
60-70	3	13,6
>70 ans	1	4,5
Total	22	100

La classe modale était 50-60 ans. Les âges extrêmes étaient 14-72 ans. L'âge médian était 36,22 ans

1.3 Répartition des cas en fonction de l'ethnie et de la profession

Les bambaras et les peulhs étaient les plus atteints dans 6 cas chacun. Les malinkés constituaient 5 cas , les sarakolés 2 cas et les sénoufos 1 cas

Les ménagères occupaient la première place avec 6 cas et étaient suivis par les fonctionnaires 5 cas. Les paysans constituaient 4 cas , les commerçants 3 cas , les scolaires 1 cas et les autres 3 cas.

1.4 Répartition des cas en fonction du service

Les services de médecine A et D constituaient 6 cas chacun. Le service de médecine B avait 5 cas , celui de médecine C 3 cas , de médecine E 1 cas et de pneumologie 1 cas.

2. Tableau LV : SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE %
ictère	18	81,8
hépatomégalie	11	50
ascite	2	9,1
splénomégalie	1	4,5
adénopathie	1	4,5

L'ictère prédominant était associé à une hépatomégalie lisse. L'ictère était franc dans 16 cas et subictérique dans 2 cas. L'adénopathie était périphérique(axillaire).

3. Tableau LVI : DONNEES BIOLOGIQUES

BIOLOGIE	TAUX NORMAUX	TAUX ELEVES
transaminases GOT	n=6	n=12
transaminases GPT	n=10	n=8
phosphatases alcalines	n=7	n=7
bilirubine totale	n=1	n=18
bilirubine conjuguée		n=9
taux de prothrombine	n=22	

L'alphafoetoprotéine pratiquée dans 11 cas était positive dans 2 cas. L'antigène Hbs effectué dans 11 cas était positif dans 2 cas.

4. Aspects échographiques

L'échographique était effectuée 11 fois : 7 fois hépatique ; 3 fois hépatosplénique et 1 fois abdominale.

Les aspects échographiques de lithiase des voies biliaires intra et extrahépatiques et de dilatations n'étaient pas rencontrés.

L'échographie a conclut : à une cirrhose dans 3 cas , à une hépatomégalie homogène non spécifique dans 4cas , à une hépatosplénomégalie homogène non spécifique dans 2 cas et à un examen échographique normal dans 2 cas.

5. Tableau LVII :Aspects laparoscopiques

L'examen laparoscopique était complet dans 20 cas et incomplet dans 2 cas.

ASPECT LAPAROSCOPIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %	
taille du foie	augmentée normale	15 7	68,2 31,8
consistance du foie	normale ferme	20 2	90,9 9,1
couleur du foie	verte normale	19 3	86,4 13,6
surface du foie	normale macronodule adhérences capsulite	15 3 3 1	68,2 13,6 13,6 4,6
ligament rond	normal	22	100
vésicule biliaire	normale non vue	20 2	90,9 9,1
rate	normale augmentée	20 2	90,9 9,1
péritoine	normal adhérences	19 3	86,4 13,6

Une vésicule biliaire distendue n'était pas trouvée. L'aspect laparoscopique caractéristique était celui , d'une hépatomégalie , de consistance normale , de surface normale et de couleur verte dans 86,4 % des cas.

6. Tableau LVIII : Aspects histologiques

ASPECT HISTOLOGIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE%
normal	3	37,5
cholestase	2	25
hépatocarcinome	1	12,5
résultat insuffisant	1	12,5
non retrouvé	1	12,5
Total	8	100

L'histologie a confirmé le diagnostic dans 25 % des cas sur les 8 cas de biopsies hépatiques.

FIBROSE HEPATIQUE

Il s'agissait de la bilharziose hépatique 11 cas et les autres étiologies 7 cas

1.REPARTITIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 Sexe et âge

10 hommes et 8 femmes constituaient notre échantillon. Les hommes sont les plus touchés avec 55,6% des cas. Le sexe ratio (rapport femmes sur hommes) était de 0,8. La classe modale était 30-40 .18 - 65 ans étaient les âges extrêmes. L'âge médian avait été 39,36 ans.

1.2 Ethnie et profession

Les bambaras étaient les plus touchés dans 9 cas. Les malinkés avec 3 cas occupaient le deuxième rang. Les miniankas 2 cas , les sarakolés 1 cas , les sonrhais 1 cas et les bozo 1 cas étaient classés par ordre décroissant.

Les ménagères étaient les plus frappées dans 8 cas. Les paysans constituaient 3 cas , les ouvriers 2 cas , les fonctionnaires 1 cas , les commerçants 1 cas et les autres 3 cas.

1.3 Service

La majorité de nos malades étaient du service de médecine C avec 8 cas. Le service de médecine D avec 4 cas occupait le deuxième rang. Le service de médecine A , de médecine B et de l'hôpital Gabriel Toure avaient 2 cas chacun.

2. Tableau LIX : SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE%
hépatomégalie	13	72,3
splénomégalie	5	27,7
bon état général :	4	22,2
ictère	2	11,2
ascite	1	5,6

L'hépatomégalie prédominante était isolée ou associée à une splénomégalie.

3. Tableau LX : DONNEES BIOLOGIQUES

BIOLOGIE	TAUX NORMAUX	TAUX. ELEVES
transaminases GOT	n=9	n=7
transaminases GPT	n=9	n=7
phosphatases alcalines	n=5	n=6
bilirubine totale	n=5	
taux de prothrombine	n=18	

4. Autres examens complémentaires

La biopsie de la muqueuse rectale pratiquée dans 13 cas a mis en évidence des oeufs vivants de *Schistosoma haematobium* dans 7 cas , des oeufs clairs et noirs de *Schistosoma mansoni* dans 5 cas , des oeufs vivants de *Schistosoma mansoni* et *haematobium* dans 1 cas.

La fibroscopie digestive pratiquée dans 15 cas était normale dans 12 cas et a montré dans 3 cas des varices oesophagiennes grade II.

5. Aspects échographiques

L'échographique était effectuée dans 9 cas : hépatosplénique 6 cas , abdominale 2 cas et hépatique 1 cas.

L'échographique a montré une hépatosplénique homogène non spécifique dans 4 cas , une hypertension portale dans 1cas ; une splénomégalie non spécifique dans 1 cas , une fibrose périportale dans 1 cas , une ascite dans 1 cas et normale dans 1 cas.

6. Tableau LXI : Aspects laparoscopiques

L'examen laparoscopique est complet dans 17 cas et incomplet dans 1 cas.

ASPECT LAPAROSCOPIQUE		EFFECTIF	FREQUENCE %
taille du foie	augmentée	15	83,4
	normale	3	16,6
consistance du foie	normale	16	88,8
	ferme	2	11,2
couleur du foie	normale	16	88,8
	claire	2	11,2
surface du foie	normale	7	44,3
	fibrose	5	27,7
	capsulite	2	11,2
	vallonée	2	11,2
	nodule blanc	1	5,6
ligament rond	normal	18	100
vésicule biliaire	normale	17	94,4
	non vue	1	5,6
rate	normale	11	61
	augmentée	7	39
péritoine	normal	18	100

L'aspect laparoscopique d'hépatomégalie de consistance et de couleur normales avec des lésions de fibrose dans 27,7 % des cas était en faveur de fibrose hépatique.

7. Tableau LXII : Aspects histologiques

ASPECT HISTOLOGIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %
granulome centré autour d'un oeuf de Schistosome	10	58,8
fibrose	7	41,2
Total	17	100

Le diagnostic de la bilharziose hépatique était apporté par l'histologie dans 62,5% des cas.

Dans 7 cas l'histologie décrit une fibrose limitée aux espaces portes.

FOIE CARDIAQUE

1 REPARTITIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 Sexe et âge

6 femmes et 6 hommes constituaient notre échantillon. Les deux sexes étaient touchés à égalité. Le sexe ratio (rapport femmes sur homme) était de 1. 10-35 ans étaient les âges extrêmes. La classe modale était 30-40 ans.

1.2 Ethnie et profession

Les bambaras étaient atteints dans 6 cas, les malinkés, les peulhs et les autres dans 2 cas chacun.

Les ménagères étaient touchées dans 6 cas, les commerçants dans 2 cas, les fonctionnaires dans 2 cas et les scolaires dans 1 cas.

1.3 Service

5 cas étaient du service de médecine B, 3 cas de médecine D, 2 cas de médecine A et 2 cas de cardiologie

2. Tableau LXIII : SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	FREQUENCE%
hépatomégalie	9	75
splénomégalie	5	41,6
souffle cardiaque	4	33,4
râle pulmonaire	2	16,6
ascite	2	16,6

L'hépatomégalie était le signe physique le plus fréquent, sa surface était lisse. Elle pouvait être isolée ou associée aux autres signes physiques

3. DONNEES BIOLOGIQUES

Les transaminases (GOT, GPT) effectuées dans 5 cas étaient normales.

Les phosphatases alcalines pratiquées dans 2 cas, étaient normales dans 1 cas et augmentées dans l'autre cas. La bilirubine totale faite dans 1 cas était normale. Les protides totaux effectués dans 5 cas étaient normaux. Dans les 12 cas le taux de prothrombine était normal.

4. Autres examens complémentaires

La radiographie thoracique pratiquée dans 5 cas, a montré une image de cardiomégalie dans tous les cas.

La fibroscopie digestive faite dans 9 cas, était normale dans 8 cas et dans 1 cas une varice oesophagienne grade I était trouvée.

5. Aspects échographiques

L'échographie était effectuée dans 5 cas : hépatique dans 4 cas et hépatosplénique dans 1 cas.

L'échographie a montré dans 4 cas un foie cardiaque et dans 1 cas une hépatosplénomégalie homogène non spécifique.

6. Tableau LXIV : Aspects laparoscopiques

L'examen laparoscopique est complet dans 10 cas et incomplet dans 2 cas.

ASPECT LAPAROSCOPIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE %	
taille du foie	augmentée normale	11 1	91,6 8,4
consistance du foie	rouge normale	11 1	91,6 8,4
surface du foie	congestive normale	11 1	91,6 8,4
ligament rond	normal	12	100
vésicule biliaire	normale non vue	10 2	83,4 16,4
rate	normale augmentée	7 5	58,4 41,6
péritoine	normal	12	100

Une hépatomégalie de surface congestive dans 91,6% des cas était évocatrice de foie cardiaque.

Une biopsie hépatique pratiquée dans 1 cas était normale.

III. RESULTATS ANALYTIQUES

Valeur semiologique des principaux signes cliniques en fonction des resultats de la laparoscopie

1. Tableau LXVI : Altération de l'état général

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	+	AEG	-	TOTAL
+	8		424	432
-	6		113	119
TOTAL	14		537	551

Khi2 =3,83

P < 0,05

Il existe une liaison statistiquement significative pour une probabilité (p < 0,05) entre l'altération de l'état général et le résultat laparoscopique. L'altération de l'état général est une indication de la laparoscopie.

2. Tableau LXVII : Ascite

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	+	ASCITE	-	TOTAL
+	35		397	432
-	15		104	119
TOTAL	50		501	551

Khi2 = 2,29

P < 0,13

La liaison statistique pour la probabilité (p < 0,13) n'est pas significative entre l'ascite et le résultat laparoscopique. L'ascite isolée ou associée n'est spécifique d'aucune affection.

3. Tableau LXVIII : Fièvre au long cours plus A.E.G.

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	FIEVRE LONG COURS		TOTAL
	+	-	
+	2	340	432
-	0	119	119
TOTAL	2	549	551

Khi2=0,55

p<0,46

Pas de liaison statistiquement significative entre le résultat laparoscopique et la fièvre au long cours associée à une alteration de l'état général. La fièvre au long n'est pas une bonne indication de la laparoscopie.

4. Tableau LXIX : Splénomégalie

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	SPLENOMEGALIE		TOTAL
	+	-	
+	31	401	432
-	14	105	119
TOTAL	45	506	551

Khi2=2,26

P<0,10

Pas de liaison statistiquement significative entre la splénomégalie et le résultat laparoscopique. La splénomégalie isolée est une mauvaise indication laparoscopique.

5. Tableau LXX : Ictère

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	ICTERE		TOTAL
	+	-	
+	13	419	432
-	22	97	119
TOTAL	35	516	551

Khi2=37,50

P<0,000000001

Il existe une liaison statistique hautement significative pour une probabilité (p<0,000000001) entre l'ictère isolé et le résultat laparoscopique. L'ictère est une bonne indication de la laparoscopie.

6. Tableau LXXI : Douleur abdominale

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	DOULEUR ABDOMINALE		TOTAL
	+	-	
+	4	428	432
-	4	115	119
TOTAL	8	543	551

Khi²=14,63

P<0,001

L'analyse de ce tableau montre une liaison statistique hautement significative pour une probabilité (p<0,001) entre la douleur abdominale et le résultat laparoscopique. La douleur abdominale est une bonne indication pour la laparoscopie.

7. Tableau LXXII : Hépatomégalie

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	HEPATOMEGALIE		TOTAL
	+	-	
+	162	270	432
-	22	97	119
TOTAL	184	367	551

Khi²=15,16

P<0,00009

Il existe une liaison statistique pour une probabilité (p<0,00009) hautement significative entre l'hépatomégalie et le résultat laparoscopique. L'hépatomégalie est une bonne indication laparoscopique.

8. Tableau LXXIII : Hépatosplénomégalie

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	HEPATOSPLENOMEGALIE		TOTAL
	+	-	
+	49	383	432
-	21	98	119
TOTAL	70	481	551

Khi²=3,34

P<0,06

Pas de liaison statistiquement significative (p<0,06) entre le résultat laparoscopique et l'hépatosplénomégalie. L'hépatomégalie n'est pas une indication pour la laparoscopie.

9. Tableau LXXIV : Hépatomégalie plus ascite

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	HEPATOSPLENOMEGALIE		TOTAL
	+	-	
+	2	340	342
-	7	112	119
TOTAL	9	452	551

Khi2=17,05

P<0,00003

La liaison statistique pour une probabilité(p<0,00003) est hautement significative entre l'hépatomégalie associée à l'ascite et le résultat laparoscopique. L'hépatomégalie associée à l'ascite est une bonne indication pour la laparoscopie.

10. Tableau LXXV : Masse abdominale

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	MASSE.ABDOMINALE		TOTAL
	+	-	
+	3	429	432
-	15	104	119
TOTAL	18	533	551

Khi2=41,88

P<0,00000001

L'analyse de ce tableau montre une liaison statistique hautement significative(p<0,00000001) entre la masse abdominale et le résultat laparoscopique. La masse abdominale est une bonne indication pour la laparoscopie.

11. Tableau LXXVI : OMI

RESULTAT LAPAROSCOPIQUE	OMI		TOTAL
	+	-	
+	3	429	432
-	2	117	119
TOTAL	5	546	551

Khi2=1,01

P<0,32

Il n'existe pas de liaison statistiquement significative(p<0,32) entre les oedemes des membres inférieurs et le résultat laparoscopique. L'omi est une mauvaise indication pour la laparoscopie.

CHAPITRE IV :

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Notre étude porte sur 551 cas. Malgré la difficulté du recueil des données en particulier pour les cas rétrospectifs, notre population étudiée est représentative, car elle a permis d'identifier de la laparoscopie de décrire les incidents et accidents et enfin de déterminer la fréquence des affections rencontrées.

Notre méthode a consisté à exclure les cas de malades sans dossiers cliniques observés à la laparoscopie pour les cas rétrospectifs et à inclure exclusivement les cas prospectifs biopsies.

Cette approche nous permet d'une part de définir le motif laposcopique ; d'autre part d'établir la relation entre les données de la laparoscopie et l'histologie

- Les principales indications.

Dans notre série l'hépatomégalie isolée 184 cas(33,4%) est la première indication. Elle est suivie par : l'hépatosplénomégalie 70 cas(12,5%), l'ascite isolée 50 cas(9,1%), la splénomégalie 45 cas(8,2%), l'ascite associée à des omi 37 cas(6,7%), l'ictère 35 cas (6,4%), l'hépatomégalie associée à des omi 18 cas(3,3%), la masse abdominale 18 cas (3,3%) l'altération de l'état général 14 cas(2,5%) et une douleur abdominale 8 cas(1,5%)

Elles sont caractéristiques de nos pathologies rencontrées et comparables aux indications générales de la laparoscopie.

TSEGA en Ethiopie(69) a pour indications : ascites(62%), hépatomégalie(29%), splénomégalie(22%) et masse abdominale(6%). Les formes associées décrites dans notre série sont absentes chez TSEGA.

GUINDO(25) trouve comme indications : hépatomégalie(29,5%) isolée et ou associée à une ascite ou à une splénomégalie, une ascite(21,2%) isolée ou associée à une splénomégalie, une splénomégalie(4,1%) et un ictère(10,6%). Les formes associées décrites dans série se rencontrent chez GUINDO.

BUFFET et coll.(15) considèrent les ictères les masses et douleurs abdominales comme des formes abandonnées d'indications laparoscopiques. Dans notre étude la probabilité de trouver une anomalie laparoscopique lorsqu'il y a une masse abdominale, un ictère et une est hautement significative ($p < 0,0000001$ pour les masses, $p < 0,000000001$ pour les ictères et $p < 0,0001$ la douleur abdominale). Contrairement à BUFFET et coll. nous disons que les ictères les masses et douleurs abdominales sont des bonnes indications pour la laparoscopie.

En milieu tropical en particulier en Afrique les indications(51,49) de la laparoscopie restent larges pour le diagnostic des cirrhoses hépatiques, des tuberculoses péritonéales, des granulomatoses parasitaires et mycosiques et des périhépatites.

En Europe et aux U.S.A en particulier (6,12,18, 26,41, 65) la laparoscopie permet d'effectuer des actes thérapeutiques sans laparotomie : cholécystectomie ; appendicectomie, résection du côlon, adhésiolyse.

ISHIDA H à Tokyo(31) montre les performances de la laparoscopie dans le diagnostic des affections pancréatiques à propos de 124 cas, avec 85 % de carcinomes pancréatiques. ROSENOFF et coll.(59) soulignent l'indication de la laparoscopie dans l'évaluation de la chimiothérapie des patientes ayant des carcinomes ovariens.

* Les incidents et accidents

La fréquence des accidents et incidents rencontrée est relativement faible par rapport aux données de la littérature(16)

Dans notre série , une rupture des gros vaisseaux 3 cas , une perforation intestinale 1 cas et une blessure de la rate 1 cas sont observées. Les incidents sont présentés par des nausées 2 cas et de vomissements 2 cas également signalés par BAILEY et coll (2).

PICHARD et coll. (51) dans une série de 495 examens laparoscopiques font cas , d'une péritonite mortelle à bacille gram négatif et d'une éventration bénigne.

GUINDO(25) n'a constaté qu'un accident de rupture vasculaire liée au trocart. L'emphysème médiastinal et le pneumothorax considérés comme rares par SHAH P et RAMAKANTAN à Bombay (63) ne sont pas observés dans notre série.

* Les principales affections rencontrées:

Bien que le diagnostic de ces affections rencontrées soit porté un faisceau d'arguments. Nous n'insisterons que sur les résultats laparoscopiques et l'histologie comparés à ceux des autres auteurs.

La cirrhose hépatique dans 174 cas(31,9%) est prédominante .

La laparoscopie a évoqué le diagnostic de cirrhose dans 87,4% des cas et la confirmation histologique est faite dans 81,7% des cas , ce qui démontre une parfaite concordance entre ces deux examens. Selon GUINDO (25) le diagnostic laparoscopique de la cirrhose hépatique est évidente dans 80% des cas ; il est de 52% à Dakar selon PEGHINI et coll(48) sur une série de 600 examens laparoscopiques.

En Italie ORLANDO et coll(42) sur une série de 1003 examens laparoscopiques confirment le diagnostic final de la cirrhose hépatique dans 78,4% des cas à la laparoscopie et 78,4% des cas à l'histologie.

Le cancer primitif du foie est présent dans 65 cas avec une fréquence relative de 11,8 % des cas. Le rendement de la laparoscopie dans notre série est de 80 ,4 % des cas pour le cpf et celui de l'histologie est de 63,4%des cas. TRAORE HA et coll (68) montrent que dans 95,23% des cas le diagnostic de cpf est apporté par la laparoscopie. Ce résultat s'éloigne du rendement laparoscopique dans notre série. BHARGAVA et coll (8) à New Delhi dans 12 cas rapportent le diagnostic laparoscopique du cpf dans 70,6% des cas et le diagnostic histologique dans 100% des cas. Le rendement histologique du cpf chez BHARGAVA est excellent par rapport au notre qui diffère de celui de PEGHINI et coll. à Dakar rapportant le diagnostic histologique du cpf dans 52 % des cas.

La tuberculose abdominale est rapportée dans 79 cas soit 14 ,3% des cas. Elle est péritonéale dans 44 cas(7,9%) et hépatique dans 35 cas(6,4%). La laparoscopie en décrivant des granulations péritonéales (n=36) et des adhérences épaisses(n=20) gênant quelquefois l'examen laparoscopique , pose le diagnostic de tuberculose péritonéale dans dans 94,5 % des cas. Le diagnostic histologique a été confirmé dans 57,5% des cas sur des lésions spécifiques et des lésions dont la nature tuberculeuse est possible. Les granulations péritonéales étant plus spécifiques que les adhérences sont miliaires dans 34 cas(94,5%).

BHARGAVA BK et coll(7) à New Delhi en plus des granulations péritonéales miliaires blanc-jaunâtres et des adhérences(n=25) décrivent des formes fibroadhésives(n=5) non rencontrées dans notre cas. Selon eux la laparoscopie confirme le diagnostic de tuberculose péritonéale dans 95% des cas et l'histologie dans 82% des cas. GENDRON et coll(23) rapportent le diagnostic macroscopique de tuberculose péritonéale , chaque fois qu'il existe des granulations péritonéales isolées ou associées à des adhérences ou à une congestion vasculaire.

BENNA et coll(5) à Rabat en 1988 démontrent que la laparoscopie constitue à l'heure actuelle l'exploration principale , de loin la plus performante , tant il est vrai qu'il n'est plus possible à présent d'étudier la tuberculose péritonéale sans y avoir recours. Son rendement est excellent , de l'ordre de 80% des cas pour cette pathologie.

La tuberculose hépatique son diagnostic laparoscopique est porté sur granulations(n=37) couvrant la surface hépatique, miliaires(n=29) soit 78,4% des cas et histologique dans 28,6 % des cas. PIERON (52) trouve que la laparoscopie et surtout la PBH sont les temps essentiels du diagnostic de granulomatose hépatique dont il faut préciser l'étiologie. La laparoscopie n'apporte pas le diagnostic de certitude étiologique , mais évalue l'extension des lésions du foie. Certains auteurs(15,36) soulignent que le diagnostic clinique est extrêmement difficile , la laparoscopie a peu d'intérêt. La biopsie hépatique est décisive lorsque elle ramène un fragment de follicules de koester typique ; si elle ne montre que de granulome non spécifique la tuberculose hépatique reste probable.

La périhépatite bactérienne est rapportée dans 44 cas(7,9%). Elle est à chlamydiae dans 38 cas et dans 6 cas il s'agit d'une fièvre typhoïde. La sérologie à chlamydiae réalisée dans 15 cas confirme le diagnostic de périhépatite à chlamydiae sauf dans 1 cas ou le prélèvement génital (vaginal) a mis en évidence le gonocoque. A souligner que dix hommes sont atteints dans notre série ; remarque faite par PICHARD et coll (52) qui rapportent trois hommes. La périhépatite considérée comme une maladie exclusive de la femme frappe les hommes aussi. La sérologie typhique dans 3 cas(75%) apporte le diagnostic de fièvre typhoïde et l'hémoculture dans 3 cas met en évidence des Salmonella typhi.

Le diagnostic laparoscopique est fait sur des adhérences en corde de violon entre la face antérieure du foie et le péritoine pariétale(n=36). La laparoscopie apporte le diagnostic dans 83,4 % des cas et l'histologie dans 5 cas (17,8%). Dans la fièvre typhoïde la laparoscopie a peu d'intérêt , car elle ne montre que des granulations hépatiques non caractéristiques dans 4 cas. Le rendement de la laparoscopie pour les périhépatites notamment à chlamydiae est excellent dans notre série. Notre résultats est comparable à celui de TOKI et coll. au japon (68) montrant que dans 3 cas(100%) le diagnostic de périhépatite infectieuse a été laparoscopique.

Par contre PEGHINI et coll.(48) à Dakar et PICHARD et coll.(51) trouvent une fréquence supérieure à la notre respectivement 11 cas pour chacun.

Selon GORDON et coll. à Michigan (27) la laparoscopie est valable dans le diagnostic étiologique de la périhépatite infectieuse même si les prélèvements histologiques , immunologiques et les cultures microbiologique sont négatives.

Les hépatites virales sont rapportées dans 26 cas(4,7%) .La laparoscopie n'est pas généralement utile pour le diagnostic. L'examen biologique est suffisant car l'antigène hbs réalisé dans 19 cas est positive dans 100% des cas.

Dans 86,6% le foie est gros et de surface normale à la laparoscopie ; donc a peu d'intérêt diagnostique. BUFFET C(15) rapporte que dans les hépatites virales ; l'indication de la laparoscopie mérite une discussion .Une ponction biopsie par voie intercostale est habituellement suffisante quand elle est nécessaire .

La cholestase intra et extrahépatique 22 cas(3,9%).

L'apport diagnostique de la laparoscopie est basé sur la couleur verte du foie vue dans 86,4% des cas. L'histologie dans 1 cas confirme le diagnostic étiologique d'hépatocarcinome avec cholestase. Nous nous sommes limités aux aspects hépatiques sans chercher à situer le niveau de la cholestase à savoir si elle est extrahépatique ou intrahépatique. Par contre certains auteurs(17,25) argumentent que la laparoscopie ne permet d'établir un diagnostic étiologique certain dans la majorité des cas de cholestase extrahépatique , exception faite des vésicules tumorales indiscutables. Ces mêmes auteurs démontrent dans le diagnostic étiologique des cholestases intrahépatiques par cancers primitif ou secondaire du foie , est facilement fait à la laparoscopie dans 86% des cas. La laparoscopie a donc un meilleur rendement diagnostique dans les cholestases intra et extrahépatiques.

La fibrose hépatique est retrouvée dans 18 cas(3,3%) dont 11 cas de fibrose bilhazienne et 7 cas d'étiologies inconnues. Au cours de la bilharziose hépatique , la laparoscopie montre une hépatomégalie à surface régulière dans 7 cas et dans 4 cas la était vallonnée avec un aspect de capsulite. L'histologie a confirmé le diagnostic dans 10 cas et dans 1 cas le diagnostic est sur une hépatosplénomégalie associée à des oeufs de Schistosoma haematobium à la biopsie de la muqueuse rectale et des varice oesophagiennes gradell. Dans les 7 cas d'étiologies inconnues une fibrose est notée dans 4 cas à la surface du foie à la laparoscopie et l'histologie dans 7 cas décrit une fibrose limitée aux espaces portes. L'apport diagnostique de la laparoscopie est faible , seule histologie est excellente PIERON (56) rapporte 3 cas , mais trouve que seule l'histologie est décisive dans le diagnostic de bilharziose hépatique. MEYNIEL et coll(38) ont confirmé le diagnostic sur des oeufs des shistosomes à la biopsie de la muqueuse rectale , des granulations à la surface hépatique et des fibroses portales à l'histologie.

Le foie cardiaque est rapporté dans 12 cas(2,2%). La laparoscopie dans 91,6% des cas confirme le diagnostic dans notre cas. Dans notre série l'histologie faite une fois a été normale. La laparoscopie a un bon rendement dans le diagnostic de foie cardiaque. GUINDO (25) fait cas de 21 foies cardiaques. Madame BOCOUM(36) trouve que la laparoscopie n'est indiquée au foie cardiaque que si on suspecte une cirrhose.

CHAPITRE V :

CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

De 1976 à décembre 1993 , nous avons recensé 551 examens laparoscopiques au cours desquels, les indications ,les incidents et accidents, de même la fréquence des affections rencontrées ont été répertoriées.

Sur les 551 laparoscopies l' examen a été complet dans 428 cas(77,6%) et incomplet dans 123 cas (22,4%)

Les principales indications ont été : l'hépatomégalie isolée dans 184 cas(33,4%) , l'hépatosplénomégalie dans 70 cas(12,7%) , l'ascite isolée dans 50 cas(9,1%) , la splénomégalie 45 cas (8,2%) , l' ascite plus OMI 37 cas (6,7%) , l'ictère isolé 35 cas(6,4%) , l'hépatomégalie plus ascite 23 cas(4,2%) , masse abdominale 18 cas(3,3%) , AEG 14 cas(2,5%) , hépatosplénomégalie plus ascite 9 cas(1,6%) , hépatomégalie plus ictère 8 cas(1,5%) , douleur abdominale 8 cas(1,6%) hépatosplénomégalie plus OMI 5 cas(0,9%) , L'OMI 5 cas(0,9%).

Les incidents et accidents décrits sont : l'hémorragie vasculaire 3 cas , vomissements 2 cas , nausées 2 cas , blessure de la rate 1 cas perforation intestinale 1 cas.

Les principales affections rencontrées sont : la cirrhose hépatique 174 cas(31,9%) , la tuberculose abdominale 79 cas(14,3%) , le cpf 65 cas(11,8%) , la périhépatite 44 cas(7,9%) , les hépatites virales 26 cas(4,7%) , la cholestase intra et extrahépatique 22 cas(3,9%) , la fibrose hépatique 18 cas(3,3%) , le foie cardiaque 12 cas(2,2%).

L'analyse des principaux cliniques montre que l'ascite isolée n'est spécifique d'aucune affection.La splénomégalie isolée($p < 0,10$) , l'hépatosplénomégalie($p < 0,06$) , l'OMI($p < 0,32$) et la fièvre au long($p < 0,46$) sont des mauvaises indications pour la laparoscopie.

L'hépatomégalie isolée ($p < 0,0009$) , l'AEG($p < 0,05$) , l'hépatomégalie plus ascite ($p < 0,00003$) , la masse abdominale($p < 0,00000001$) , la douleur abdominale($p < 0,001$) , et l' ictère isolé($p < 0,0000000001$) constituent des bonnes indications pour la laparoscopie.

Si les aspects laparoscopiques ne sont pas spécifiques d'une affection , car il faut toujours une confirmation histologique , la laparoscopie garde des bonnes indications qui sont : l'AEG , les ictères , les douleurs abdominales , l'hépatomégalie isolée ou associée à une ascite et les masses abdominales

La rentabilité de la laparoscopie paraît différente , selon les circonstances ou cet examen est indiqué , en fonction des signes cliniques et du terrain. L'évolution médicale s'est toujours fait dans le sens d'examen moins agressif. Malgré cela la laparoscopie garde , un certain nombre d'indications en milieu tropical africain , notamment la tuberculose abdominale , la cirrhose hépatique , le cpf , les masses et douleurs abdominales

Nous disons que dans le diagnostic de cirrhose hépatique , de cpf , de masse abdominale et douleur abdominale , d'amibiase hépatique , de foie cardiaque l'échographie doit être pratiquée de première intention .Lorsque le diagnostic de celle-ci est incertain , la laparoscopie à l'avantage d'apporter le diagnostic., surtout si elle est couplée à l'anatomie pathologie.

La laparoscopie est un outil diagnostique et thérapeutique et doit la rester. Les indications d'aujourd'hui ne peuvent pas être celles de demain , car la technique et le matériel ne vont cesser d'évoluer.

Nous devons intégrer la laparoscopie dans notre approche diagnostique en pathologie abdominale dans un souci d'efficacité et non plus comme une mode.

Nous recommandons ce qui suit :

- * la laparoscopie doit être vulgarisée en milieu tropical , compte tenu de nos faibles moyens diagnostiques , de son faible coût , de sa simplicité d'exécution et surtout de son avantage diagnostique en pathologie abdominale , en particulier dans la tuberculose péritonéale.

- * une collaboration étroite doit exister entre tous les gastro entérologues africains pour être informer régulièrement sur les atouts diagnostiques de la laparoscopie -

- * la formation des endoscopistes doit être permanente pour minimiser les accidents et incidents et la morbidité de la laparoscopie qui demeurent encore faibles

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AUBRY P, CAPVEVIELLE PT, GENDRON Y.

La tuberculose péritonéale en Afrique.
Médecine Tropicale 1979 ; 39(1) : 165-171.

2. BALEY PL, STEISAND JB, PACE NL, BUBBERS SJ, EAST KA, MULDER S, STANLEY TH.

Transdermal scopolamine reduces nausea and vomiting after outpatient laparoscopy
Anesthesiology 1990 ; 72(6) : 977-80.

3. BEATTIE WS, LINDBLAD T, BUCKLEY DN, FORREST JB.

The incidence of post operative nausea and vomiting in women undergoing laparoscopy is influenced by the day of menstrual cycle.
Can J Anaesth 1991 ; 38(3) : 298-302.

4. BELAICHE J, COMPAIN P, CHAPUT JC, BUFFET C, MARTIN E.

Comparaison entre l'efficacité de la laparoscopie et de la ponction biopsie dirigée à l'aiguille de Menghini dans le diagnostic de cirrhose du foie.
Sem Hop Paris 1976 ; 52(12) : 751-56.

5. BENNANI A, OUZZANI H, FADU F, DAFIRI N, OUZZANI L.

Aspects diagnostiques et thérapeutiques au Maroc des tuberculoses péritonéales. A propos de 300 cas.
Ann Gastroentéro Hépatol 1988 ; 24(7) : 347-354

6. BERGI G.

Extracorporeal shockwave lithotripsy of gallstones and the importance of operative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy
Surg Endosc 1990 ; 4(3) : 131-3 discussion 136-40.

7. BHARGAVA DK, SHRINIWAS, CHOPRA PN, JHAWAN S, DASARATHY S, KUSHWAHA AK.

Peritoneal tuberculosis : laparoscopic patterns and its diagnostics accuracy.
Am J Gastro enterol 1992 ; 87(1) : 109-12.

8. BHARGAVA DK, VERMA K, DASARATHY S.

Laparoscopic and histological features of hepatic carcinoma.
Indian J Med Res 1991 ; 94 : 424-5

9. BODNER M, WHITE PF.

Antiemetic efficacy of ondansetron after outpatient laparoscopy.
Anesth Analg 1991 ; 73(3) : 250-4.

10. BRADY PG , PEEBLES M , GOLDSCHONID S.

Role of laparoscopy in the evaluation of patients with suspected hepatic or peritoneal malignancy

Gastrointest Endosc 1991 ; 37(1) : 27-30.

11. BRANDON JC , VELEZ MA , TEPLICK SK , MUELLER PR , PATNER DW , BROADWATER JR , LANG MP , EIDT JF.

Laparoscopic cholecystectomy : evolution early results ; and impaction non surgical gallstone therapies(see comments).

Ajr Am J Roentgenol 1991 ; 157(2) : 235-9.

12. BRETON G , POULIN E , FORTIN C , MAMAZZA J , ROBERT J.

Clinical and hemodynamic evaluation of cholecystectomies

Ann Chir 1991 ; 45(9) : 783-90

13. BOURGOIN JEAN JACQUES.

Le cpf : A propos d'une étude statistique hospitalière de 1667 cas.

Thèse Méd Dakar 1967 ; N°10 . 100p

14. BUFFET C.

Laparoscopie

Encycl Méd Chir(Paris , France) , foie-pancréas7008A10 , 3-1987 ; 4p.

15. BUFFET C , PELLETIER G , ETIENNE JP.

Que reste-t-il des indications de la laparoscopie en 1983?

Gastroentérol Clin Biol 1983 ; 7 : 134-140.

16. CHAPUT JC , LABAYE D , LECOMTE MV , CACHIN M , GUERRE J , PEQUIGNOT H , ETIENNE JP , PERGOLA F , BUFFET C , MAECHEL H , GUEROULT N.

Accidents de la laparoscopie

Le Risque diagnostic 1980 5 : 67-70

17. CHOUSTERMAN M , CHAPUT JC , BUFFET C , GUEROULT N , ETIENNE JP.

Analyse critique des résultats de la laparoscopie.Dans 100 cas d'ictère cholestatique.

Gastroentérol Clin Biol 1977 ; 1 : 319-330.

18. COOPERMAN AM , KATZ V , ZIMMAN D , BOTERO G.

Laparoscopic colon resection : a case report

J Laparo Endosc Surg 1991 ; 1(4) : 221-4.

19- EDGE SB , SCHIRMER BD , DIX J.

New for gallstones :violetlaparoscopy for cholecystectomy.

Va Med Q 1990 ; . 117(8) : 366-369.

20. ETIENNE JP , CHAPUT JC , JOST B , GUEROULT N.

Les aspects actuels des péritonites tuberculeuses de l'adulte

La Nouvelle Presse Médicale 1973 ; 2(6) : 371-374.

21. FORNANI F , RAPACCINI GL , CAVANNA L , CIVARDI G , ANTI M , FEDELI G BUSCARINI L.

Diagnostis of hepatic lesions : ultrasonically guided fine needle biopsy or laparoscopy?

Gast Intest Endosc 1988 ; 34(3) : 231-4.

22. FUKUMOTO Y , OKITA K , KODOMA T , NODA K , HARADA T , TAKEMOTO T.

Peritoneoscopy finding and liver function in chronic liver disease

Endoscopy 1980 ; 12(2) : 68-75.

23. GENDRON Y , AUBRY P , PEOHINI M.

Les aspects actuels de la tuberculose péritonéale en Afrique. Etude de 77 observations.

Médecine Tropicale 1982 42(3) : 307-313.

24. GRAHAM A , HENLEY C , MOBLEY J.

Laparoscopic evaluation of acute abdominal pain.

J Laparo Endosc Surg 1991 ; 1(3) : 165-8.

25- GUINDO MOUSSA M.

Interêt de laparoscopie en médecine interne à Bamako.

Thèse Méd Bamako 1982 n°7 80p

26- GORDON SC , WATTS JC , VENERI RJ , CHANDLER FW.

Focal hepatic candidiasis with perihepatic adhesions : laparoscopic and immunohistologic diagnosis.

Gastro.enterology 1990 ; 98(1) : 214-7.

27. GOTZ F , FIER A , BACHER C.

Modified laparoscopic appendectomy in surgery .A report on 388 operations.

Surg Endosc 1990 ; 4(1) : 6-9.

28. HARIHARA S , MANNA T , YAMAMOTO S.

The prognostic value of periteoscopic findings in patients with liver cirrhosis

Gastro.enterol Jpn 1980 ; 15(4) : 380-4

29- HERRERA JL , BREWER TG , PERERA DA.

Diagnostic laparoscopy : a prospective review of 100 cas.

Am J Gastro.enterol 1989 ; 84(9) : 1051-4

30. HOBALLAH HASSAN.

Interêt de la scintigraphie hépatique dans le diagnostic des abcès du foie .A propos de 30 observations.

Thèse Méd Dakar 1981 n°46 80p

31. ISHIDA H.

Peritoneoscopy and pancreas biopsy in the diagnosis of pancreatic diseases.

Gastro.intest Endosc 1983 ; 29(3) : 24-8

32. JACOBS M , VERDEJA JC , GOLDSTEIN HS.

Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis.
J Laporo Endosc Surg 1991 ; 1(3) : 175-7.

33. KASULE J.

Laparoscopic evaluation of chronic pelvic pain in zimbabwean women.
East Afr Med J 1991 ; 68(10) : 807-11.

34. KAWAGUCHI K , ITOSHIMA T , HATTOU S , KITADAI M , MIZUTANI S , NAGASHIMA H.

Peritoneoscopy of the liver after abdominal surgery .
Acta Med Okayama 1983 ; 37(1) : 67-72.

35. KITADAI M , HATTOU S , ITOSHIMA T , UKID A M , ITO T , OGAWA H , MIZUTANI S , KITA S , TANAKA R , NAGASHIMA H.

Peritoneoscopy of alcoholic liver cirrhosis in compararision with nonalcoholic liver cirrhosis.
Acta Med Okayama 1985 ; 39(2) : 105-12.

36. Madame BOCOUM MAIGA MARIAM SUZANE.

Les hépatomégalias de l'adulte en milieu hôpitalier Bamakoi.
Thèse Méd Bamako 1979 ; n°15 185p

37. MARTIN DC.

Laparoscopic and vaginal colpotomy for the excision of infiltrating cul-de-sac endometriosis
J Reprod Med 1988 ; 33(10) : 806-8

38. MEYNIEL , PIERON R , FAVRE M , CHATELET F , MORERE JF.

Granulomatoses hépatiques : aspects anatomo-cliniques .A propos de cinquante cinq cas.
Sem Hop Paris 1981 ; 57(1-2) : 30-33.

39. NAFEH MA , SHAHWAN MM , MOHAMMED SS , RASHWAN NM.

Endoscopic diagnosis of ascites in assint province ; upper Egypt.
Endoscopy 1983 ; 15(6) : 347-9

40. NAHUM H.

L'examen radiologique sans préparation de l'abdomen. In : BISMUTH henri ; GASTAING denis , les examens morphologiques dans le diagnostic de la pathologie du foie et des voies biliaires n°3606 Paris , flammariion 1985 , 10 -16

41. NOWZARADAN Y , WEST MORELAND J , MC CAVER CT , HARRIS RJ.

Laparoscopic appendisectomy for acute appendicitis : indications and current use.
J Laparo Endosc Surg 1991 ; 1(5) : 247-57.

42. ORLANDO R , LIRUSSE F , OKOLIC SANYI L.

Laparoscopy and liver biopsy : further evidence that the two procedures improve the diagnostic of liver cirrhosis .A retrospective study of 1,003 consecutive examinations.

J Clin Gastroenterol 1990 ; 12(1) : 47-52.

43. OTOCORIN EO ,DJENGBEDE O , FALASE AO.

Lapascopic evaluation of the tubo.peritoneal, factor infertile nigerria women.

Int J Gynaecol obset. 1987 ; 25(1) : 47-52.

44. OTUBU JA , SAGAY AS , DAUDA S.

Hysterosalpingogram ; laparoscopy and hysteroscopy in assessment of the infertile nigerian female.

East Afr Med J 1990 ; 67(5) : 370-2.

45. OWEN S , YEKO TR , BLOY R , MAROULI GB.

Laparoscopic treatment of painful perihepatic adhesions in fitz.hugh.curtis syndrome

Obset Gynecol 1991 ; 78(3) : 542-3.

46. PEGHINI M , BARABE P , JEAN P , GRIFFET P , MORCILLO R , EYNARD JP , MBAYE PS , WABE B.

Importance of laparoscopy.Results of 600 examinations performed in the internal Medecine Department of the hopital Principal of Dakar.

Dakar Med 1989 ; 34(1-4) : 107-15

47. PERISSAT J , COLLET O , BELLIARD R , DOST C , BIKANDOU G.

Cholecystectomy by laparoscopy Operative technic.Results of the first 100 cases.

J Chir (Paris) 1990 ; 127(6-7) : 347-55.

48. PICCIGALLO E , JIFFERS LJ , REDDY KR , GALDIRONI MW , PARENTI A , SCHIEFF ER.

Malignant peritoneal mesothelioma. A clinical and laparoscopic study of ten case.

Dig Dis Sci 1988 ; 33(5) : 633-9.

49. PICHARD E , SIDIBE S , TRAORE HA.

La tuberculose péritonéale chez l'africain de l'Ouest.

Ann Gastroentérol Hépatol 1988 ; 24(4) : 209

50. PICHARD E , TOURE A , SOULA S , TRAORE HA , SAMAKE S.

Le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis au Mali.A propos de 11 cas.

Méd Mal Infect 1990 ; 20 : 555-8.

51. PICHARD E , TRAORE HA , DEMBELE M.

Que reste.t.il des indications de la laparoscopie en hépatologie tropicale?

Ann Gastroentérol 1990 ; 26(1) : 7.

52. PIERON R , MARFART Y , LESOBRE B , ARGENTIN F , DEVELOUX M.

La laparoscopie chez le noir Africain transplanté.A propos de 60 observations.

Sem Hop Paris 1979 ; 55(3-4)

53. PRAT FREDERIC ; PELLETIER GILLES , ETIENNE JP.

Diagnostic et traitement de la lithiase de la voie biliaire principale à l'époque de la chirurgie laparoscopie .

Gastroentérol Clin Biol 1992 ; 16 : 865-868.

55. REDA H , AMEDEGNATO D , NAPOKOURA G , DOE H , SANNI S , CARSUZAA M , KPODZRO K , AGBETRA A .

La tuberculose péritonéale au CHU de Lomé.Tokoin

Méd Chir Dig 1993 ; 22 : 104-106

56. REDWINE DB , SHARPE DR.

Laparoscopic segmental resection of sigmoid colon for endometriosis.

J Laparo Endosc Surg 1991 ; 1(4) : 217-8.

57. REICH H , Mc GLYNN F , Dc CAPRIO J , BUDIN R .

Laparoscopic excision of benign liver lesions

Obstet Gynecol 1991 ; 78(5) : 956-8.

58. ROBERT GY , GOODMAN NW.

Gastro.oesophageal reflux during elective laparoscopy.

Anaesthesia 1990 ; 45(12) : 1009-11.

59. ROSENOFF SH , YOUNG RC , CHOBNER B HUBBARD S , DE VITA VT Jr , SCHEIN PP.

Use of peritoneoscopy for initial staging and posttherapy evaluation of patients with J Nate cancer Inst Mogr 1975 ; 42 : 81-6.

60- SHAH P , RAMAKANTAN R.

Pneumoperitoneum and pneumomediastinum :unusual complications of laparoscopy.

J Post grad Med ; 36(1) : 31-2

61. SHETH SS.

The place of laparoscopy in women with ascites.

Br J Obstet Gynaecol 1989 ; 96(1) : 105-6.

62. SEKIYA C , YASAKI Y , NUMAZAKI A , TAKANASHI A , TAKASUGI Y , NAMUKI M , MIMA S , HANYU T, TANABE Y.

Mitochondrial glutamic oxaloacetic , transaminase and its clinical significative.

Hokkaido Igaku Zanshi 1979 ; 54(3) : 245-51.

63. SOGODOGO SIAKA

Etude histologique et échographique de la bilharziose hépatique à Bamako.A propos de 19 cas.

Thèse Méd Bamako 1992 n°54 74p

64. SCHREIBER JH.

Laparoscopic appendectomy in pregnancy.

Surg Endosc 1990 ; 4(2) : 100-2.

65. STAHEL E , ROBYN L , BURHIER E , GYR K , STALDER G , BRANCHI L , BETSCHART B , WEISS N , DEGREMONT A , TANNER M.

Liver disease in rural Tanzania a diagnostic approach.
East Afr Med J 1989 ; 66(10) : 693-9.

66. TAMEDA Y , YOSHIZARVA N , TAKASE K , NAKAMO T , KOSAKA Y.

Prognostic value of peritoneoscopic findings in cirrhosis of the liver.
Gastro Intest Endosc 1990 ; 36(1) : 34-8.

67. TOKI T , HOSHIM H , CHAN WI , YAJIMA A.

Fitz hugh curtis syndrome : three cases confirmed by laparoscopy.
Asia Oceania J Obstet Gynaecol 1990 ; 16(2) :105-10.

68. TRAORE HA , PICHARD E , KONATE A , DEMBELE M , DIALLO AN.

L' échographie au cours des hépatopathies à Bamako.
Méd Chir Dig 1990 ; 19 : 303-305.

69. TSEGA E.

Laparoscopic evaluation of ascites and other abdominal conditions in Ethiopia.
Trop Geogr Med 1989 ; 14(4) : 341-5.

ANNEXES

HOPITAL NATIONAL DU POINT "G"

FICHE D'ENQUETE

Service : Sexe : Lieu de naissance : Profession :
Ethnie :
Nom : Age : N° du lit : Service d'origine :
Prénom : domicile : date d' hospitalisation :

1.MOTIF LAPAROSCOPIQUE

- Hépatomegalie
- Splénomégalie
- Hépatosplénomégalie
- Hépatomegalie plus ictère
- Ictère
- Hépatomegalie plus ascite
- Ascite
- Masse abdominale
- Cachexie ou altération de l'état général.
- Autres
- O.m i

2.EXAMEN CLINIQUE

- Etat général
- Poids
- Température

.FOIE

- Taille
- Surface
 - .Lisse
 - Nodulaire
 - Tumorale
- Bord inférieur
- Souffle
- Vésicule

.RATE (cm):.

ICTERE:

- Absent :
- Subictère :
- Franc :
- Couleur des urines :

.ASCITE.

- Absente :
- Présente :
- Moyenne :
- Abondante :

AUTRES SIGNES CLINIQUES

- Appareil cardio-vasculaire :
- Appareil pleuropulmonaire :
- Ganglions :
- Thyroïde :

3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

3.1 BILAN HEPATIQUE

TCK :

Taux de prothrombine TP :

Temps de saignement TS :

Temps de coagulation TC :

Transaminases GOT/GPT :

Phosphatases alcaline :

Bilirubinémie T/C :

Taux des protéides totaux :

Electrophorèse des protéides

3.2 BILAN HEMATOLOGIQUE

Numération formule sanguine NFS :

Reticulocytes :

Plaquettes :

Vitesse de sédimentation :

3.3 BILAN SEROLOGIQUE

Sérologie amibienne

Sérologie à chlamydiae :

Alphafoetoprotéine :

Antigène Hbs :

Autres :

3.4 BILAN PARASITOLOGIQUE

Selles P.O.K :

Urines :

Biopsie de la muqueuse rectale :

3.5 Liquide d'ascite :

Aspect :

Jaune citrin :

Hémorragique :

Purulent :

Serofibrineux :

Lactescent :

Chimie :

Albumine :

Sucre : °

Cytobactériologie :

3.6 GLYCEMIE :

3.7 Protéinurie de 24 heures :

3.8 Créatinémie :

3.9 Autres examens complémentaires :

Echographie : date

abdominale ;

hépatique :

Splénique :

hépatosplénique:

Conclusion :

ASP : date résultat :

Fibroscopie OE.G.D : date résultat :

ECG : résultat :

IDR à la tuberculine :

Radiographie du thorax : résultat :

3.10 .N° de la laparoscopie :

Voie utilisée sous ombilicale :

Autres voies :

Examen : complet : incomplet : échec:

FOIE:

Non vu :

vu :

volumé:

Hépatomégalie sur les 2 lobes :

Aspects macroscopiques :

Consistance :

ferme :

dure :

normale:

Couleur:

normale :

rouge :

verte :

autres :

Surface :

micronodulaire:

micromacronodule:

nodules en formes de bougie :

granulations: fines : variables:

aspect tumorale :

nodules polychromes:

nodules bourgeonnants :

autres :

LOBE GAUCHE

non vu:

vu :

volumé:

Couleur :

normale :

ectasie :

claire :

rouge :

verte :

autres:

Surface :

normale : irrégulière :

micronodulaire:

macronodulaire:

nodules en tâche de bougie :

granulations : fines : variables :

aspect tumorale :

nodules polychromes

nodules bourgeonnants:

autres:

LOBE DROIT:

non vu :

vu :

volume:

Couleur :

normale :

ectasie :

claire :

rouge :

verte :

autres:

Surface :

normale:

micronodule

macronodule:

nodule en tâche de bougie:

granulations : fines : variables :

aspect tumorale:

nodules polychromes :

nodules bourgeonnants :

autres :

LIGAMENT ROND :

non vu :

vu :

normal :

hypervascularisé :

infiltré :

varices :

granulations : fines : variables :

VESICULE BILIAIRE :

non vue :

vue :

normale :

distendue :

inflammatoire :

RATE :

non vue:

vue:

normale :

hypertrophie:

Surface :

lisse :

nodulaire :

congestive :

capsulite :

épiplonite :

granulations: taille : aspect :

autres :

PERITOINE:

pariétal :

normal

nodule :

granulations : taille : aspect :
viscéral :

normal :

nodule :

granulations:

taille :

aspect :

ADHERENCES:

siège :

aspect :

PETIT BASSIN:

normal :

granulations:

tumeurs :

CONCLUSION DE LA LAPAROSCOPIE :

ACCIDENTS OU INCIDENTS à PRECISER :

BIOPSIE:

N°:

Nature :

Résultat :

Evolution :

CONCLUSION DIAGNOSTIC RETENU :

LOCALISATION et RESUME

LOCALISATION

Nom: **DICKO**

Prénom : **Alassane Balobo**

Titre de la thèse : **Evaluation de l'intérêt de la laparoscopie en médecine Interne à l'hôpital du point « G » Bamako**

Année universitaire : **1993-1994**

Ville de soutenance : **BAMAKO (MALI)**

Pays d'origine : **MALI**

Lieu d'étude : **Médecine Interne A, B ,C, D Hôpital National du point"G"**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de l'ENMP. BAMAKO.MALI**

Secteur d'activité : **Médecine Interne ; endoscopie.**

RESUME

Le but de ce travail , est d'identifier les indications de la laparoscopie , de décrire ses incidents et accidents et de déterminer la fréquence des affections rencontrées.

Les principales indications rencontrées sont , les hépatomégalies isolées 184 cas(33,4%) ; l'hépatosplénomégalie 70 cas(12,7%) l'ascite isolée 50 cas(9,1%) ; la splénomégalie 45 cas(8,2%) ascite plus omi 37 cas(6,7%) l'ictère isolé 35 cas (6,4%) l'hépatomégalie plus ascite 23 cas(4,2%) l'hépatomégalie plus omi 18 cas(3,3%) ; masse abdominale 18 cas (3,3%) ; A.E.G. 14 cas(2,5%) ; l'hépatosplénomégalie plus ascite 9 cas(1,6%) douleur abdominale 8 cas(1,5%) ; l'hépatomégalie plus ictère 8 cas(1,5%) ; l'hépatosplénomégalie plus omi 5 cas (0,9%) et l'omi 5 cas(0,9%).

Les incidents et accidents décrits sont : l'hémorragie vasculaire 3 cas(33,4%) ; vomissement 2 cas , nausée 2 cas ; blessure de la rate 1 cas et perforation intestinale 1 cas

Les principale affections rencontrées sont : la cirrhose hépatique 174 cas(31,9%) ; la tuberculose abdominale 79 cas(14,3%) ; le cpf 65 cas(11,8%) ; la périhépatite bactérienne 44 cas(7,9%) ; les hépatites virales 26 cas(4,7%) ; la cholestase intra et extrahépatique 22 cas(3,9%) ; la fibrose hépatique 18 cas(3,3%) et le foie cardiaque 12 cas(2,2%).

La laparoscopie est un examen de haut intérêt diagnostique en milieu tropical africain , en raison de la diversité des affections rencontrées.Elle est moins coûteuse et son rendement diagnostique est irremplaçable pour la tuberculose péritonéale.

Mots clés : laparoscopie; indications ; incidents et accidents anatomie pathologique ; Mali.

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'Etre 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs 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.