



**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007**

**ADMINISTRATION**

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFÉRENCES

SECRETARE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

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

### D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique

### **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie

Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

## 2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

## 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie

## 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Parasitologie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie - <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie

Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

### **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1. PROFESSEUR**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique

#### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Saibou MAIGA

Législation

Mr Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

#### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

##### **1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé-Publique **Chef de D.E.R**

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

##### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

##### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE

Santé Publique

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique

Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique

##### **4. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Oumar THIERO

Biostatistique

Mr Seydou DIARRA

Anthropologie



### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N’Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop	Biochimie.
Pr Lamine GAYE	Physiologie

# DEDICACES

**Après avoir remercié DIEU le tout puissant le miséricordieux,**  
Nous dédions ce travail à:

**Ma très chère mère Niamè KAMISSOKO :**

Nous saurions oublier cette chaleur maternelle et les mots nous manquent pour exprimer ce que nous ressentons. Tu es la clef de notre réussite. Que Dieu te donne longue vie afin que vous puissiez manger le fruit de l'arbre que vous avez planté et entretenu.

**Mon père feu Mamby DEMBELE :**

Très tôt le destin vous a arraché à notre affection. Ce travail est le fruit des efforts que vous avez consentis dans la famille. Dort en paix Papa, que la terre vous soit légère. Amen.

**Ma Grand-mère feu Souroumaha KAMISSOKO,**

Bien que nous ne t'ayons pas connu vivante tu resteras auprès de nous pour guider encore les pas. Nous ne saurions vous oublier et nous vous sommes reconnaissants. Repose en paix ma vieille chérie.

**A Mon Grand père feu Famakan Dembélé dit « BAMBOU »**

Bien que nous ne t'ayons pas connu vivant tu resteras auprès de nous pour guider encore les pas. Sache que nous honorerons partout ton nom, et trouve dans ce travail le tien.

**Toute ma famille à Sagabary (Kita) : Mes frères :** Bambou ; Kaba ; Baoulè ; Mady ; Sama ; Fassiriman ;

Singou ; Dantoumé ; Siaka ; Sambalimakan ; et leurs épouses.

**Mes sœurs :** Souroumaha dite Ya ; Dionkounda ; Siramissa ; Hilimba ; Gnoumaba ; Yégué ; Kandiaba ; et leurs époux.

**Toute ma famille à Bamako :**

- Mes Cousins : Kanti ; Sitafa ; Drissa.
- Mes Cousines : Ya ; Nandi ; Doussouba ; Sira.

**A Dantoumé Dembélé :** Pour vos conseils.

**Ma très Chère Fiancée Fatoumata .S. Maïga :**

Tu incarnes, pour moi, l'affection pure, naturelle de femme dévouée, gentille, généreuse respectueuse. Je ne saurais oublier tout ce que tu as fait pour moi sur le plan financier, moral, et sincère encouragement pour la finalisation de ce travail. Saches que je ne serai jamais ingrat. Merci sincèrement Chérie.

**Ses amis et cousines :** Aïcha Ali ; Aïssata Sadou ; Maïmouna Sadou ; Ina Maïga ; Hortens .B. Traorè ; Elisabeth Guindo, Clémencs ; Mami ; Nana.

# REMERCIEMENTS

**A mes oncles :** Madou Dembélé et Fadialla Dembélé et leurs familles à Sokorodji (Bamako). Pour votre assistance constante et votre aide surtout quand j'étais au Lycée Ibrahima Ly de Banankabougou.

**A mes tantes :** Goromakan kamissoko dite N'Na ; Mahati Fofana ; Mokoba Kamissoko ; pour votre concours et vos bénédictions.

**A mes amis d'enfance :** Sékou Dembélé ; Mahamadou Dembélé ; Bakary Dembélé, Fadilla Dembélé ; Niarga Salif Kamissoko ; Demba Kamissoko ; Mamoudou Kamissoko ; Mady Sissoko ; Morimakan Touré.

**A mes collègues du service :** Salif Ongoïba, Yaya Ongoïba; Eloi Darra ; Boubacar kéïta ; Ingré Keïta ; Ibrahim Kéïta dit IB ; Intimé Timbiné ; Ali Tembéli ; Mamadou F traoré ; Tchako Chamberlin, Papa Cheick Traoré Lamine Traoré; Cheick Koné ; Sory Ouologuème ; Samou Diarra ; Kolo Diamouténin ; Dialla Sissoko ; Seyba Kané ; Gaoussou Dramé , Fomba.

**A mes amis de la FMPOS :** Youssouf Kéïta ; Mecki Dian Diallo ; Fambougouri Diakité ; Lamine Diarra ; Ousmane Doumbia ; Kalil ; Moussa Camara ; Lamine Traoré ; Soma ; Cheick ; Singou Dembélé.

A mes deux collègues de la FMPOS ressortissant du même village (Sagabary): Chaka kamissoko et Salif KAMISSOKO.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère admiration et courage.

**A mes cadets :** Makandian Kamissoko, Aliou kamissoko ; Cheick Omar Kamissoko Emanuel Cissoko ; les choses n'étant pas toujours faciles ; je vous souhaite bonne chance et courage.

**A mon ami et petit frère :** Mahamadou Fadouba Keïta pour la franche collaboration qui a prévalu entre nous.

**A mes ex logeurs :** Gaïba Dansoko, Feu Bomadi Kamissoko, (à Sagabary) ; Madou Dembélé, Samakoun Dembélé (à Bamako) et leurs épouses pour tout ce que vous avez fait pour moi. Rassurez vous je ne serai jamais ingrat en vers vous ; que Dieu le miséricordieux vous récompense.

**Aux amis de Bamako :**

Hasseye Dicko ; Souleymane Diarra dit Singléton ; Karamoko Seydou Dao pour votre sérieuse collaboration Nofing Sangaré Famakan Bagui Dembélé ; Boubacar Yoro Sidibé : pour son apport informatique.

**A mon informaticien :** Abatina.

**A tout le personnel du service de chirurgie de l'hôpital national du point G.**

- **Lassine Traoré dit LT** : pour vos conseils et surtout d'être à l'origine de mon arrivée dans le service de chirurgie B.

- A Mme André Fatoumata Camara : Pour votre gentillesse, votre Patience ; votre totale disponibilité constante et permanente. Ceci est d'autant plus touchant que vous exprimez toujours la joie dans l'accueil et dans le travail. Soyez en remerciée et longue vie la secrétaire.

- Aux majors, infirmiers ; anesthésistes; aides de bloc ; techniciens de surface (Garçon de Salle) ;

- **Aux Chirurgiens et CES** : Guidéré ; Babou ; Bréhima coulibaly, Bréhima Togola ; Alassane ; Mouhidine ; Sangaré ; Drissa Traoré, Issa Traoré.

**A tous les étudiants de la FMPOS** : Courage et dévouement.

**Au personnel de la bibliothèque** : pour votre gentillesse.

**Aux personnels de la :**

- Clinique **KENEYA** à Faladié séma (Dr Camara Zoumana, Dr Kéïta Brino Job, infirmier Salif Diaby---)

- **Clinique Filany** (Dr Makalou Aliou Badra ; Diabaté, ---)

- **Clinique Seydou** à niamakoro Sièbogouni (Dr Coumba Thiam ; Dr Mané ; Infirmier Amidou Traoré ;---)

- Clinique **Avicène** (Dr Thiam ; ---)

- **ASACONA**

- **ANIASCO**

**A tous les amis et parents et que je n'ai pas nommés :**

Merci.

## **A notre Maître :**

**Professeur Abdel Karim KOUMARE**

**Spécialiste en Chirurgie Générale et vasculaire, Anatomie et Organogénèse,  
Pédagogie et en Recherche**

**Chef de service de Chirurgie B de l'Hôpital du point G**

**Chevalier de l'Ordre National du Mali**

**Membre associé de l'Académie Française de Chirurgie**

**Membre donneur de l'association française de chirurgie**

**Président de l'association de chirurgie d'Afrique francophone**

**Palme académique du conseil Africain et malgache pour l'enseignement  
supérieur**

**Directeur général de l'Institut Africain de Formation en Pédagogie**

**Recherche Evaluation en Science de la Santé (IAFPRESS)**

**Vous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.**

**.Nous sommes très fier de compter parmi vos élèves.**

**Trouver dans ce modeste travail Cher Maître, l'expression de notre profonde  
gratitude.**

**HOMMAGES**  
**AUX**  
**MEMBRES DU JURY**



## **A notre Maître et Président du jury :**

**Professeur Filifing SISSOKO**

**\* Maître de Conférence en Chirurgie générale à la FMPOS**

**\* Praticien hospitalier à l'hôpital du point « G »**

Vous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce membre de jury malgré vos multiples occupations. Nous gardons de vous l'image d'un maître rigoureux et surtout aimable. En témoignage de notre admiration pour votre simplicité, l'étendue de vos connaissances, et votre amour pour le travail bien fait.

Puissions nous suivre votre exemple.

Nous allons toujours se rappeler de l'une de vos expressions : « la médecine est d'abord un investissement personnel », daignez cher maître, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

## **A Notre Maître et juge :**

Pr Nouhoum ONGOIBA

- Spécialiste en chirurgie Générale, en Anatomie humaine et organogénèse
- Spécialiste en chirurgie pédiatrique
- Maître de conférence en anatomie et chirurgie générale.

Cher maître, nous avons été marqué par votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre sens élevé du respect de l'autre. La clarté, la concision de votre enseignement, le dogme de votre modestie et la rigueur dans le travail, font de vous un homme très admirable. D'une attention soutenue vous avez veillé à notre formation. Nous sommes fier d'avoir appris à vos côtés l'esprit d'équipe et le sens du pragmatisme.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect.

## **A Notre Maître et juge :**

Pr Mamadou DEMBELE

Maître de conférence agrégé en médecine interne

Chargé de cours de la sémiologie médicale et de la thérapeutique  
à la FMPOS

- Praticien hospitalier à l'hôpital national du point « G »

Pédagogue, Homme de recherche, vous nous avez procuré un  
encadrement et un enseignement de haute qualité.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

## **A Notre Maître et Directeur de thèse :**

**Professeur Abdoul Kader TRAORE dit Diop**

- **Maître de conférence agrégé en chirurgie générale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie**
- **Praticien hospitalier dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital national du Point G**
- **Fondateur du magazine « Sud Santé »**

Homme de science, de lettre et de culture, ancien député à l'assemblée nationale du Mali ; vous avez su nous faire bénéficier de vos connaissances inestimables dans divers domaines. Votre rigueur scientifique, votre paternalisme constant, votre amour pour le travail bien fait font de vous, un homme un homme très envié. Vous resterez pour nous l'exemple d'un homme d'une grande personnalité et d'une grande modestie. . Que Dieu vous donne une meilleure santé et une longue vie.

Veillez croire cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

## **SOMMAIRE**

**I – Introduction :**

**II – Généralités:**

**III – Méthodologie :**

**IV - Résultats**

**VI – Commentaire et discussion :**

**VI – Conclusion et recommandations :**

**VII – Références :**

**VIII – Annexes :**

- **Résumé.**
- **Serment d’Hippocrate.**

# **INTRODUCTION**

## **1 - INTRODUCTION**

Les affections hépatobiliaires chirurgicales sont des pathologies du foie ou de la vésicule biliaire potentiellement justiciables d'un acte chirurgical. Elles sont nombreuses et variées mais dans cette étude nous nous intéresserons délibérément à celles qui sont les plus couramment observées au Mali : la lithiase biliaire, l'abcès amibien du foie, le cancer primitif du foie, le kyste hydatique du foie.

Ce sont des pathologies relativement fréquentes, comme l'attestent les constats suivants :

Pour la lithiase biliaire : selon l'OMS elle atteint globalement 25 % de la population au-delà de 50 ans [44] ; une femme sur trois et un homme sur cinq est ou sera un jour lithiasique.

En France 10 à 20 % de la population souffre de lithiase biliaire [20].

Aux USA elle touche 12 % de la population adulte [25].

Au Mali sur une période de 15 ans (1979 à 1995), 74 cas de lithiases biliaires ont été recensés dans le service de chirurgie « B » de l'Hôpital National du Point-G [44].

Pour l'abcès amibien du foie : Selon l'OMS, 10 % de la population mondiale serait infectée soit 500 millions de personnes [7]. En Afrique inter tropicale, sa prévalence est de 1 à 2 % de la population générale [103]. L'amibiase hépatique concernerait 1 à 20 % des personnes atteintes d'amibiase invasive (intestinale) [108]. Elle est responsable de 1,9 % des hospitalisations à Abidjan [9] et 1,3 % à Bujumbura [10]. A Bamako au Mali, la dernière étude faite sur 4 ans (2000 à 2004) à l'Hôpital national du point « G » a permis de trouver 47 cas d'abcès hépatique [12] ; soit 0,61 % de la consultation globale [12] dans le service de médecine interne de l'Hôpital du Point « G ».

Le kyste hydatique hépatique est beaucoup plus fréquent en Afrique du Nord et au foyer de Turkana (nord du Kenya) dont la prévalence est la plus élevée du monde : 6,6 % de la population générale [79]. Au Mali entre 1968 et 1994 soit en espace de 27 ans, 8 patients porteurs d'hydatidose hépatique ont été répertoriés [55].

Le cancer primitif du foie est relativement fréquent, c'est le cancer le plus fréquent au Mali [93]. Une étude réalisée en 1982 dans le service de médecine interne de l'Hôpital national du Point G de Bamako a montré qu'il représente 7 % des hospitalisés de ce service soit 76 cas par an, et 20 % des décès [9].

A cause de l'amélioration du plateau technique au sein des hôpitaux en début des années 80 il y a eu une amélioration du dépistage et du traitement de ces affections. C'est à la faveur de cette amélioration de l'offre technique qu'il nous a semblé opportun d'entreprendre cette étude, première du genre au Mali, sur les pathologies hépatobiliaires chirurgicales.

## **OBJECTIFS :**

### **Objectif général:**

Etudier les affections hépatobiliaires chirurgicales dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital national du Point-« G » de Bamako au Mali.

### **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des affections hépatobiliaires chirurgicales dans le service de chirurgie « B ».
- Décrire l'évolution de cette fréquence en chirurgie B de 1979 à 2005.
- Identifier les problèmes diagnostiques de ces pathologies.
- Décrire les modalités thérapeutiques.



# **GENERALITES :**

## **II - GENERALITES**

### **1- RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES:**

#### **2- Le foie [16] :**

L'ébauche hépatique apparaît pendant la troisième semaine du développement embryonnaire sous la forme d'un bourgeonnement de l'endoblaste à l'extrémité distale de l'intestin antérieur.

La vésicule biliaire et les voies biliaires se développent à partir de cette ébauche hépatique.

Le foie est un organe thoraco-abdominal occupant tout l'hypochondre droit, une partie de l'épigastre, et une partie de l'hypochondre gauche. Chez le nouveau-né il occupe les 2/5 de l'abdomen.

C'est le plus volumineux des glandes annexes du tube digestif avec une forme ovoïde à la partie inférieure rétractée. Ses dimensions chez l'adulte sont d'environ : 28cm de long sur 10cm dans le sens antéropostérieur et 8cm d'épaisseur au niveau de la partie droite (28x10x8cm).

Sa consistance est ferme mais très fragile (risque de rupture traumatique).

Le foie est divisé en deux parties (foie droit et foie gauche) par un plan passant par le milieu du lit de la vésicule biliaire et le bord gauche de la veine cave inférieure (Couinaud). Il porte à décrire trois faces : une face diaphragmatique ou supérieure, une face viscérale ou inférieure, une face postérieure.

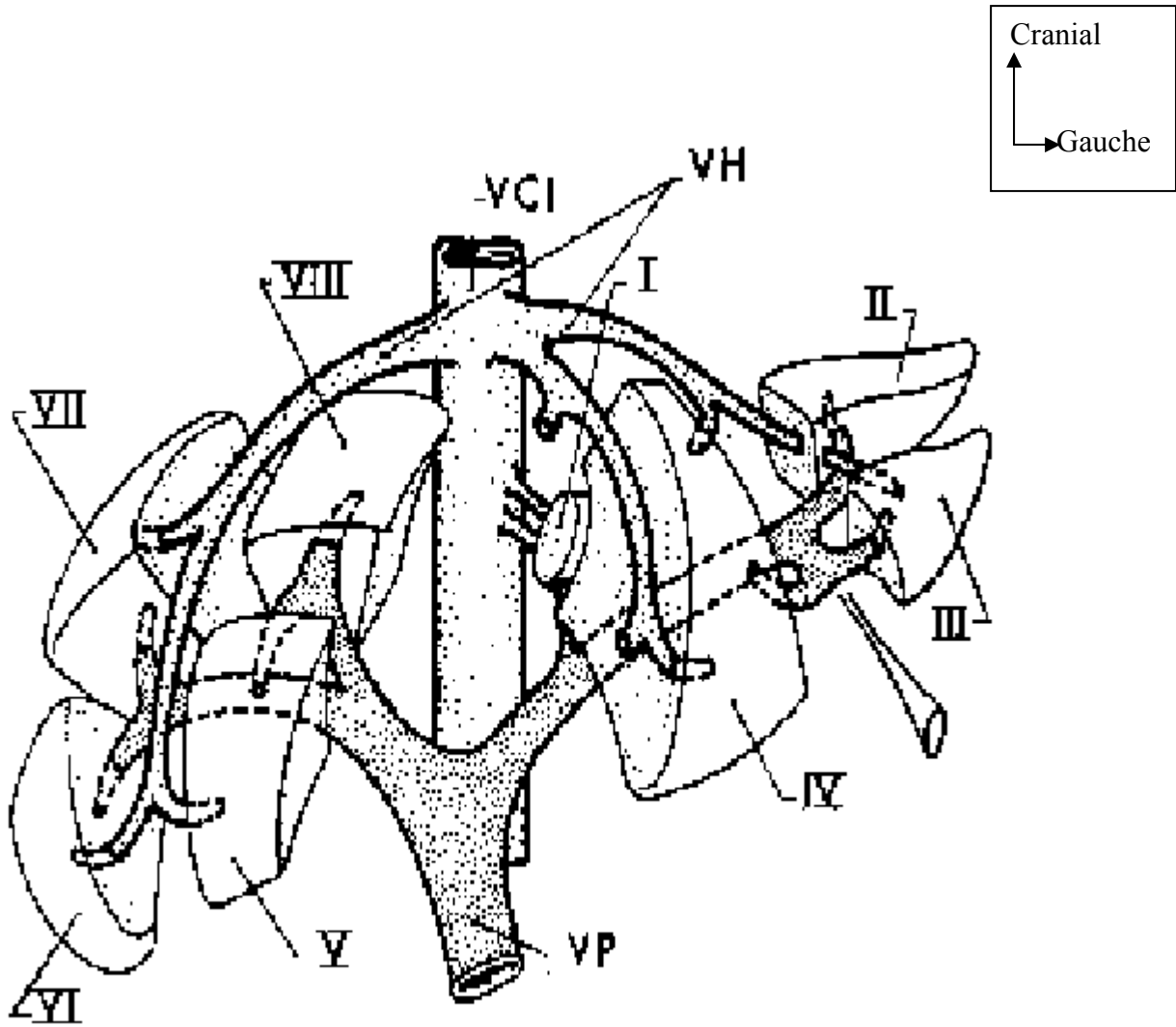
Le foie est un organe lourd avec un poids moyen de 1500g mais bien fixé par : le ligament falciforme : ou ligament suspenseur : il fixe le foie au diaphragme, le ligament coronaire : il fixe le foie à la paroi abdominale postérieure, l'appendice fibreux le petit omentum (épiploon) : unit le foie à l'estomac et duodénum, la veine hépatique : solidarise le foie à la veine cave inférieure.

Le foie a une vascularisation nutritive et une vascularisation fonctionnelle.

La vascularisation nutritive est assurée par l'artère hépatique, branche du tronc cœliaque. La vascularisation fonctionnelle est assurée par la veine porte qui pénètre dans le foie par le hile et se déploie dans le parenchyme hépatique. Ce sang quitte le foie par les veines hépatiques qui se terminent dans la veine cave inférieure.

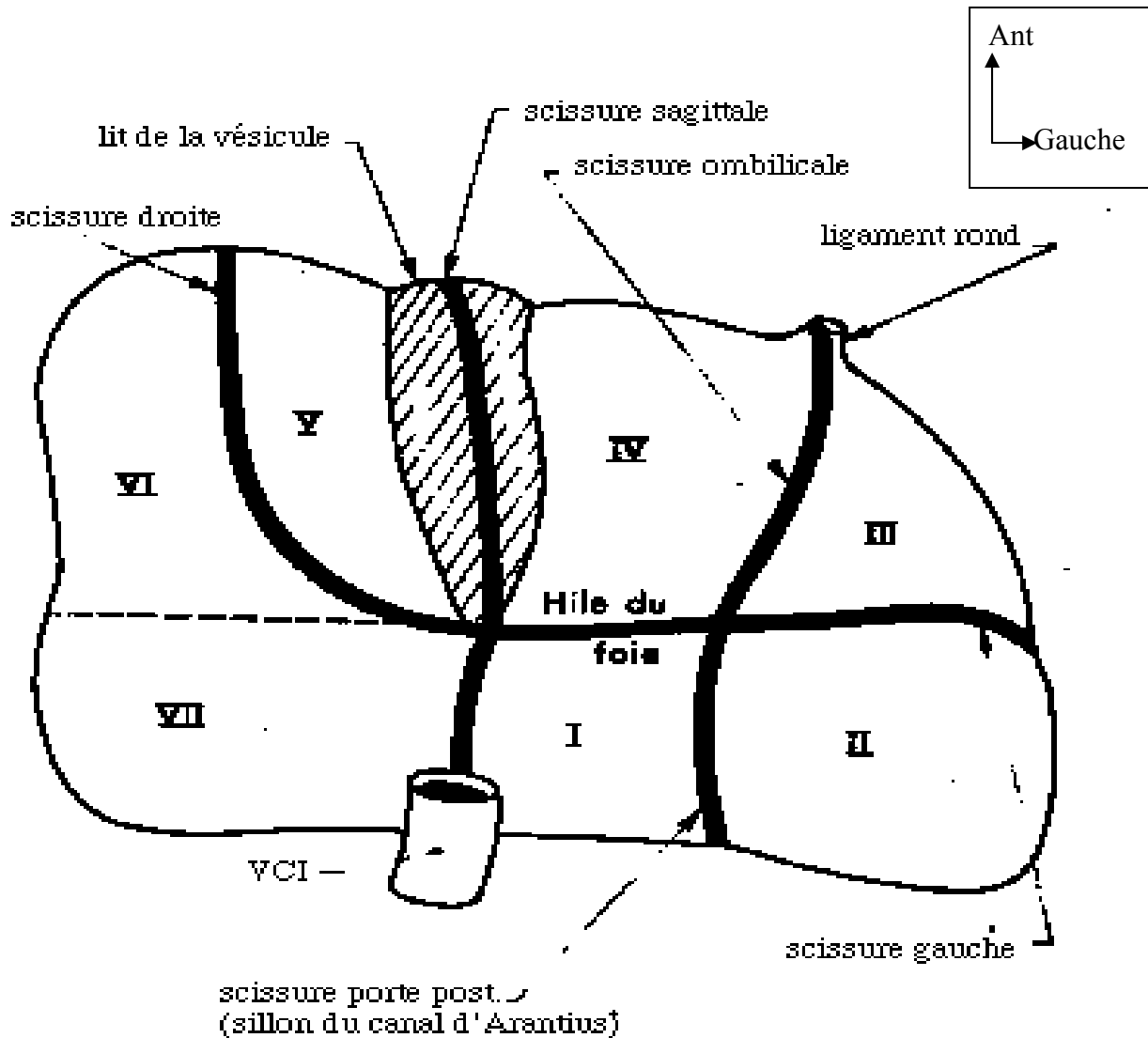
## **- SEGMENTATION HEPATIQUE : [104]**

La segmentation (figures 1, 2) a été établie grâce aux travaux anatomiques de Couinaud. Schématiquement, les veines hépatiques délimitent le foie en secteurs. On distingue ainsi la veine hépatique gauche qui sépare le secteur latéral du secteur paramédian gauche, la veine hépatique médiane qui sépare le foie droit du foie gauche c'est-à-dire le secteur paramédian gauche du secteur antérieur droit (appelé initialement secteur paramédian droit) et la veine hépatique droite qui sépare le secteur antérieur droit du secteur postérieur droit (encore appelé secteur latéral droit).



**Figure 1 : Segmentation hépatique : Foie éclaté. [104]**

La numérotation des segments est faite de I à VIII selon le sens contraire de l'aiguille d'une montre.



**Figure 2 : Segmentation hépatique. Foie vu par sa face inférieure [104].**

Les branches de division de la veine porte vont délimiter dans les secteurs du foie, des segments. Chaque secteur se divise en deux segments, sauf le secteur latéral gauche qui forme le segment II. Le secteur dit paramédian gauche est formé du segment III qui est situé à gauche de la branche gauche de la veine porte et du segment IV à droite de la branche gauche de la veine porte.

Les secteurs du foie droit sont divisés en segments de façon horizontale par un plan représentant schématiquement l'axe de la branche droite de la veine porte. On distingue ainsi dans le secteur antérieur droit, le segment VIII qui est supérieur et le segment V qui est inférieur. De même, dans le secteur postérieur droit on distingue le segment VII qui est supérieur et le segment VI qui est inférieur. De plus, il existe un segment appelé segment I ou lobe de Spiegel, qui est limité en avant par la bifurcation portale, en arrière par la veine cave inférieure et à gauche par le sillon d'Arantius.

Les huit segments du foie sont numérotés sur la face inférieure du foie dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

La séparation du foie droit et du foie gauche correspond à un plan passant par l'axe de la veine sus-hépatique médiane et de la veine cave inférieure en haut et correspondant à l'axe de la fossette vésiculaire et de la veine cave inférieure en bas. Le foie droit contient donc les segments V, VI, VII et VIII. Le foie gauche comprend les segments II, III et IV.

Le lobe droit comprend le foie droit plus le segment IV. Le lobe gauche est égal au foie gauche moins le segment IV, c'est-à-dire qu'il contient les segments II et III.

La séparation du foie droit et du foie gauche n'est pas visible macroscopiquement. En revanche, vu de l'extérieur, on peut séparer le lobe droit du lobe gauche par le ligament suspenseur.

La nomenclature anglo-saxonne est différente de la classification de Couinaud : par exemple right lobe = foie droit et left lobe = foie gauche.

### **- FONCTIONS DU FOIE :**

Le foie assure les fonctions suivantes :

- . Fonction glandulaire (élaboration de la bile : 800 à 1000 ml par jour)
- . Fonction métabolique (glycogénèse, uréogénèse, synthèse protidique)
- . Fonction sanguine (hématopoïèse, hématolyse, coagulation sanguine)
- . C'est aussi un carrefour veineux : ombilico-cave chez le fœtus et porto cave chez l'adulte

### **2-1- LES VOIES BILIAIRES :**

Les voies biliaires sont des canaux et un réservoir dans lesquels la bile coule et est stockée. Il existe : les voies biliaires intra hépatiques et les voies biliaires extra hépatiques.

- **Les voies biliaires intra hépatiques** : Elles sont formées par les canalicules transportant la bile sécrétée par les cellules du foie. Elles se réunissent en canaux plus ou moins volumineux qui arrivent jusqu'au hile du foie en formant alors le canal hépatique droit et le canal hépatique gauche.
- **Les voies biliaires extra hépatiques** : comprennent :
  - \* La voie biliaire principale ou canal hépato-duodéal : Elle se divise en 2 parties :
    - . Canal hépatique commun : qui est formée par le canal hépatique gauche et canal hépatique droit.
    - . Canal cholédoque : formé par le canal cystique et canal hépatique commun. Dans 90% des cas le canal cholédoque s'abouche dans le canal de Wirsung (canal pancréatique principal) pour former l'ampoule de Vater. A l'embouchure de l'ampoule de Vater dans le duodénum se trouve le sphincter d'Oddi. Dans 10% des cas, le cholédoque s'abouche seul dans le duodénum.
  - Une voie biliaire accessoire représentée par :
    - . La vésicule biliaire : qui est le réservoir de la bile à l'intervalle des repas,
    - . Le canal cystique : qui déverse la bile dans le cholédoque.

**2-1-3 COMPOSITION DE LA BILE** : Elle est composée de :

- Eau : 82%
- Sels biliaires 12%
- Phospholipide 4% dont 95% de lécithine
- Cholestérol 0.7%
- Autres : pigments biliaires, protéines, électrolytes ---1.3%

## **A - LITHIASE DES VOIES BILIAIRES :**

### **A-1 Définition :**

Du grec « lithos » signifie pierre. La lithiase biliaire est définie par la présence de calculs dans les voies biliaires.

### **A-2 Etiologies :**

Il existe classiquement 3 théories pour expliquer la formation des calculs :

- Théorie infectieuse
- Théorie de la stase biliaire
- Théorie hypercholestérolitique.

### **A-3- Epidémiologie et facteurs de risques :**

- **Age** : Les études ont montré que la prévalence et l'incidence de la lithiase augmentent avec l'âge. Le pic de la fréquence paraît se situer entre 40 et 60 ans [71]. Par contre les calculs biliaires sont très rarement observés avant l'âge de 10 ans [44].

- **Sexe** : La fréquence de la lithiase est beaucoup plus élevée chez la femme que chez l'homme avec un sexe ratio de 2/1. Cela s'expliquerait par les effets des androgènes et de la progestérone sur le métabolisme hépatobiliaire des lipides biliaires d'une part, et sur la motricité vésiculaire d'autre part.

- **La grossesse** : Facteur de risque de la lithiase biliaire dû à l'action de la progestérone par deux raisons : inhibition de la contractilité de la vésicule biliaire et augmentation du pool du cholestérol libre intra hépatique.

- **Obésité** : à cause des troubles cholestérolitiques.

- **Ethnie et race** : Les Indiens d'Amérique sont les plus touchés avec 75% des femmes de plus de 40 ans [44], 30% dans les pays scandinaves ; moins de 3% en Afrique noire.

- **Facteurs alimentaires** : Les régimes riches en cholestérol et en graisse insaturée ; riches en protéine animale et en sucre raffiné, et pauvre en fibre ; absence de consommation de légumes secs.

#### **- Facteurs pathologiques :**

. Le diabète : Du fait d'une augmentation de la sursaturation de la bile en cholestérol favorisée par l'insuline ou, la diminution de la contraction de la vésicule biliaire.

. Les maladies affectant l'iléon terminal : (maladie de Crohn, résection chirurgicale de l'iléon terminal), à l'origine de la malabsorption des acides biliaires.

. Mucoviscidose: car elle augmente la sursaturation de la bile en cholestérol.

. Hémoglobinopathies : par hémolyse à répétition (**drépanocytose**)

#### **Facteur iatrogène :**

. La vagotomie tronculaire : qui entraîne une paralysie de la vésicule biliaire avec comme conséquence une stase vésiculaire.



- **Facteurs médicamenteux** : certains médicaments comme la pilule ; la ciclosporine ; les barbituriques ...

**A -4 LES DIFFERENTES SORTES DE CALCULS** [25] : il en existe 3 :

- Les calculs pigmentaires : Noirs ou bruns, ils proviennent de la destruction de l'hémoglobine.
- Les calculs cholestérolitiques : couleur blanchâtre
- Les calculs lécithiniques : couleur blanche (très rares)

**A- 5 Fréquence** :

La lithiase biliaire est extrêmement fréquente, atteignant globalement 25% de la population aux delà de 50 ans selon l'O M S. Une femme sur trois et un homme sur cinq est ou sera un jour lithiasique. La lithiase biliaire est fréquente dans les pays occidentaux où elle touche la population adulte dans une proportion de 9 à 12% en France et de 15 à 20% aux Etats-Unis [22]. En Côte d'Ivoire, elle atteint environ 4,98% de la population adulte [17] et concerne surtout la vésicule biliaire.

Au Mali :

KOUMARE et collaborateurs en 1997 ont rapporté 66 cas de lithiase biliaire opérés en 15 ans dans le service de chirurgie « B » [84].

DIARRA a trouvé 44 cas de lithiase biliaire sur une période de 8 ans et 6 mois (du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 30 juin 1999) dans le service de chirurgie A [36].

Sa localisation dans la voie biliaire principale, semble assez rare en Afrique noire [3].

**A-5- Les aspects cliniques et lithogénèse** : Dans 80 à 90% des cas, la lithiase biliaire est asymptomatique, méconnue ou découverte fortuitement par échographie. Les éléments (pigments, cholestérol, lécithine) forment le triangle de SMALL et ils sont en proportion stables dans la bile. Une sursaturation de la bile par rapport à l'un de ces éléments entraîne un déséquilibre donc formation des calculs dans la vésicule biliaire habituellement (lithiase vésiculaire), ils peuvent migrer dans le canal cholédoque (lithiase cholédocienne).

## **I- LES CHOLECYSTITES LITHIASIQUES NON AIGUËS :**

Elles se définissent par la présence d'un ou de plusieurs calculs dans les voies biliaires intra ou extra hépatiques.

**1- Lithiase biliaire asymptomatique :** Elle ne provoque aucun symptôme, elle est découverte fortuitement lors d'un examen échographique ; elle représente 90% des lithiases des voies biliaires.

**2 - Colique hépatique ou cholécystite chronique :** Elle est secondaire à une obstruction **transitoire** du canal cystique par un calcul.

### **2-1 Description de la douleur :**

- Siège : hypochondre droit habituellement, mais souvent épigastrique.
- Les circonstances de survenue : Le début est brutal volontiers nocturne et la crise est souvent déclenchée par un excès d'aliment surtout gras.
- Son irradiation : La douleur irradie d'emblée ou progressivement vers le dos avec deux types de trajets pouvant s'observer simultanément chez le même patient : soit en arrière et en haut « en bretelle » intéressant l'omoplate droite épaule droite et parfois la racine du bras ; soit en arrière « en ceinture » contournant la base de l'hémi thorax droit.
- Son intensité est variable ainsi que sa durée (10 s à 5 h).
- Les signes d'accompagnement : Angoisse, inhibition respiratoire, nausées, vomissements, ...).

Parfois on peut découvrir à la palpation une grosse vésicule sous forme d'une tuméfaction piriforme mate qui se continue avec la matité hépatique, mobile avec les mouvements respiratoires. Il n'y a généralement pas de fièvre.

### **2-2 Examens para cliniques :**

Les examens de laboratoire montrent une fonction du foie normale, parfois les transaminases et les phosphatases alcalines sont élevées de manière très transitoire.

La radiographie de l'abdomen sans préparation peut déjà montrer des calculs opaques dans la vésicule biliaire.

L'échographie est l'examen indispensable qui permet de confirmer la lithiase biliaire dans la presque totalité des cas.

La tomodensitométrie et la cholangiographie rétrograde sont indiquées en cas de doute diagnostique.

La cholécystographie par voie orale n'est pratiquée que pour l'étude de la vidange vésiculaire quand on envisage la dissolution des calculs par un médicament.

### 2-3 **Evolution :**

La colique hépatique peut déjà traduire une complication de la lithiase biliaire.

En effet, la colique hépatique traduit un blocage de la bile et une distension des voies biliaires en amont d'un calcul.

Ce blocage peut entraîner une inflammation et une infection :

- Au niveau de la vésicule biliaire : c'est la cholécystite aiguë.
- Au niveau des canaux intra-hépatiques : c'est l'angiocholite aiguë.
- Cancer de la vésicule biliaire dans quelques rares cas.

### 2-4 **Diagnostic différentiel :**

Dans certains cas, la douleur n'est pas aussi typique et le médecin se trouve confronté à des tableaux différents qui lui font évoquer toute la liste des causes de douleurs abdominales :

Chirurgicales : l'occlusion intestinale aiguë (ballonnement, arrêt des matières et des gaz) ; l'appendicite ; la péritonite par perforation ; infarctus mésentérique.

Non chirurgicales : l'ulcère gastroduodéal en poussée ; la pancréatite ; les affection du colon (angle droit) ; la colique néphrétique ; l'infarctus du myocarde ; la pneumonie ou la pleurésie de la base droite ; l'embolie pulmonaire, etc.

Les maladies hépatiques (hépatite virale, foie cardiaque, cancer du foie, cirrhose, abcès du foie, amibiase hépatique etc.)

### 2.5 **traitement :**

#### 2.5 .1 **Traitement de la colique hépatique :**

Il est général symptomatique :

Les antispasmodiques, les antalgiques non opiacés, les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont utilisés.

Le bilan de la lithiase décide de la conduite à tenir du traitement de la **lithiase biliaire** : Il peut être médical ou chirurgical.

### **2.5.1.1 Le traitement médical :**

- Les médicaments dissolvants biliaires : **Acide ursodexocholique** : à la posologie de 10mg par kilogramme par jour.

Les seuls calculs susceptibles d'être dissouts grâce à ces médicaments sont les calculs du cholestérol. Son efficacité est conditionnée à une série de facteurs :

- . La vésicule biliaire doit être fonctionnelle ;
- . Le calcul doit être radio-transparent,
- . La voie biliaire principale doit être libre,
- . La taille du calcul ne doit pas être trop grande (inférieure à 15mm de diamètre).

Le traitement doit être régulièrement suivi et d'une durée prolongée et proportionnellement à la taille des calculs ; six mois pour les calculs de moins de 5 mm ; deux ans pour les calculs de taille comprise entre 5 et 15 mm [40]. Dans ces conditions le taux de dissolution est observée dans 40 à 60% des cas pour les calculs de taille comprise entre 5 et 15 mm de diamètre ; et 70 80% des cas pour les calculs de moins de 5 mm [40]. Il est habituel de poursuivre le traitement trois mois après la dissolution complète (vérifiée par l'échographie).

- La lithotritie extra-corporelle : elle consiste à faire converger des ondes de choc sur les calculs afin de les fragmenter. Elle doit être accompagnée par un traitement au dissolvant biliaire. Cette méthode ne peut être proposée qu'à un nombre limité de malades ayant des calculs radio-transparents ou légèrement calcifiés, peu nombreux (moins de trois de préférence), et peu volumineux (diamètre inférieur à 30 mm), dans une vésicule fonctionnelle avec voie biliaire libre.

La place de la lithotritie extra-corporelle est actuellement très restreinte, la meilleure indication étant les calculs uniques radio-transparents de diamètre inférieur à 20 mm.

- La litholyse et lithotritie de contact :

. **La litholyse de contact** consiste à l'introduction d'un dissolvant (MTBE = le Metylterbutylèher) directement dans la vésicule biliaire, ou au moyen d'un cathéter introduit par voie trans-cutanée et trans-hépatique ou par voie retrograde par cathétérisme la voie biliaire ou encore par abord coelioscopie trans-cystique.

. **La litholyse intra-corporelle** consiste à fragmenter les calculs par contact direct dans la vésicule biliaire par différents moyens physiques.

Les indications de ces techniques sont très limitées.

### **2.5.1.2 Traitement chirurgical :**

L'ablation de la vésicule biliaire (cholécystectomie) demeure le traitement de la lithiase biliaire le plus pratiqué. C'est la seule méthode qui met définitivement les opérés à l'abri du risque de récurrence [40].

### **2.5.2 Traitement de la lithiase biliaire asymptomatique :**

La cholécystectomie est indiquée au cas où au moins l'une des conditions suivantes est présente :

- Diabète ;
- Hémoglobinopathie ;
- Calcification de la vésicule biliaire à l'échographie ou à la scintigraphie;
- Exclusion de la vésicule biliaire à la cholangiographie orale ;
- Taille du calcul : supérieure à 2 cm pour l'école américaine (car risque de cancer de la vésicule biliaire) ; petite taille pour l'école française (car risque d'angiocholite).

En dehors de ces conditions le traitement de la lithiase biliaire asymptomatique est l'abstention.

## II- CHOLECYSTITE AIGUË :

### 1- Définition :

La cholécystite aiguë est une inflammation aiguë de la paroi vésiculaire due à une obstruction **permanente** du canal cystique par un calcul dans plus de 90% des cas, et alithiasique dans quelques rares cas. Elle représente la complication la plus fréquente de la lithiase vésiculaire, c'est une urgence.

### 2- Facteurs favorisants :

- Le poly traumatisme,
- Les interventions chirurgicales lourdes
- Les brûlures étendues
- La fièvre typhoïde
- La grossesse
- Certains médicaments (narcotiques, sédatifs ...)

### 3- Les signes cliniques de la forme typique :

Au début, les signes se confondent avec ceux d'une crise de colique hépatique. Le plus souvent il est marqué par un tableau douloureux, fébrile et progressif associant :

- Une douleur vive prédominante à l'hypochondre ou à l'épigastre
- Irradiant typiquement à l'épaule droite mais aussi souvent dans le dos
- D'intensité variable, accrue par l'inspiration profonde, et pouvant persister plusieurs heures.

L'examen physique met en évidence :

- Le signe de **Murphy** : ce signe est recherché sur le malade en décubitus dorsal, relâché. Si la palpation profonde de l'hypochondre droit (de bas en haut) déclenche une vive douleur bloquant l'inspiration, le signe de Murphy est dit positif.
- Une vésicule biliaire douloureuse parfois palpable sous forme d'une masse arrondie débordant sous le rebord antérieur du foie.
- Une tachycardie en rapport avec la fièvre.

### 4- Examens complémentaires :

Comme dans les cholécystites non aiguës, avec échographie en première position qui mettra en évidence (les calculs, épaissement pariétal, sludge). La douleur provoquée par le passage de la sonde correspond au Murphy échographique.

### 5- Evolution : peut se faire vers :

- la résolution
- l'empyème
- perforation (péritonite localisée ou généralisée)

### 6-Traitement :

La cholécystectomie reste le traitement essentiel de la cholécystite aiguë.

**Indications :**

- Patient vu avant 3 jours : on fait une antibiothérapie suivie d'une Cholécystectomie en urgence une heure après.
- Patient vu après 3 jours : il faut une bonne réanimation ; une antibiothérapie (céphalosporine de troisième génération seule ou Amoxicilline + Gentamycilline + Metronidazol) ; glace sur l'abdomen. Si évolution favorable sous traitement médical, cholécystectomie 3 mois plus tard.
- Si absence d'amélioration au bout de 3 jours ou complication, une cholécystectomie en urgence sera nécessaire.
- Patient âgé en mauvais état général : cholécystotomie puis 3 à 6 mois après cholécystectomie.

### **III - LITHIASSE DU CHOLEDOQUE : [20, 62]**

#### **1 - Définition :**

Elle se définit par la présence de calculs dans la lumière de la voie biliaire principale.

#### **2 - Epidémiologie :**

Elle semble assez rare, elle représente 15 à 30% des cas de lithiase des voies biliaires. C'est la localisation la plus grave car elle retentit sur le foie et sur le pancréas. Il est nécessaire d'explorer en per-opératoire systématiquement le cholédoque lors de toute cholécystectomie car l'association lithiase vésiculaire et lithiase du cholédoque est fréquente.

#### **3 - Les signes cliniques :**

Typiquement la lithiase du cholédoque se manifeste par l'association de trois signes dans l'ordre appelé **triade de Charcot** (douleur, fièvre, ictère).

- La douleur : c'est l'élément initial ; présentant une caractéristique classique de la colique hépatique.

- La fièvre : modérée au début mais s'élève rapidement (39 à 40°C) et devient oscillante.

- L'ictère : type cholestatique ou obstructif, intensité variable d'un jour à un autre pouvant rétrocéder rapidement ou subir une nouvelle poussée après des nouveaux pics fébriles. Il apparaît dans les 24 à 36 heures. Il s'accompagne d'urines foncées, d'un prurit inconstant.

- Des troubles digestifs (nausées, vomissements, ballonnement) ; selles décolorées, stéatorrhée rarement.

L'interrogatoire recherchera des antécédents de lithiase vésiculaire, de cholécystectomie.

#### **4 - L'examen clinique:**

Il met en évidence un ictère, une douleur à la palpation de l'hypochondre droit, une légère hépatomégalie. Il n'y a pas de grosse vésicule palpable, ce qui permet de différencier cet ictère de celui provoqué par le cancer de la tête du pancréas.

Cependant dans de très rares cas, la vésicule biliaire est augmentée de volume mais sa taille varie d'un examen à un autre, alors qu'elle reste inchangée dans le cancer de la tête du pancréas (Courvasier Terrier).

#### **5 Examens complémentaires.**

- Abdomen sans préparation : recherche des calculs visibles dans la région du cholédoque.

- la cholécystographie et la cholangiographie intra-veineuse : sont les examens de choix pour visualiser le ou les calculs, mais ils sont impossibles en période ictérique. Il faut donc attendre une rémission de l'ictère.



- la ponction trans-hépatique pariétale à l'aiguille de Shibba : permet d'évacuer l'hypertension de la bile, permet d'opacifier les voies biliaires même si ictère, mais est dangereuse car plaie du foie et danger de péritonite biliaire.

- l'échographie : examen anodin, de bonne fiabilité, qui permet de voir les calculs même de petite taille, la taille de la voie biliaire principale et des voies biliaires hépatiques; c'est l'examen de choix .

#### 6- **Évolution.**

Faute d'intervention, l'ictère s'aggrave ainsi que la cholestase et on se dirige vers deux grosses complications :

- l'insuffisance hépatique et sa corollaire la cirrhose biliaire.
- l'angiocholite suppurée : grosse suppuration de toute la voie biliaire, qui peut créer une véritable septicémie avec atteinte rénale (angiocholite urémigène).

#### 7- **Traitement.**

Le seul traitement de la lithiase du cholédoque est chirurgical :

##### **Indications :**

- Sphinterectomie : Chez les vieillards en mauvais état général plus calcul dans le vater.
- Cholécotomie idéale : Chez les jeunes avec les critères de Malet Guy réunis (paroi saine, bile propre, et calcul unique).
- Anastomose bilio-digestive : dans les autres cas.

**Conclusion.** La lithiase du cholédoque est souvent secondaire à une lithiase vésiculaire. Son traitement est chirurgical. Il faut surveiller étroitement le drainage de la bile par le drain de Kehr.

## **B -CANCER PRIMITIF DU FOIE :**

### **1-Définition :**

Le CPF est un cancer prenant naissance dans le foie. Le carcinome hépatocellulaire est le CPF le plus fréquent. C'est une tumeur primitive développée au dépens des hépatocytes le plus souvent sur un foie cirrhotique (environ 90% des cas) [61, 88, 90]. Son pronostic reste encore sévère surtout dans nos contrées où le diagnostic est presque toujours tardif. Il ne sera question dans ce qui suit que du carcinome hépatocellulaire.

Les autres cancers primitifs du foie sont : le carcinome fibroblastique ; le carcinome cholangiocellulaire intra hépatique; l'hémangio-endothéliome épithélioïde ; l'angiosarcome primitif du foie.

### **2 - Fréquence :**

Le cancer primitif du foie (C P F) constitue un problème de santé publique. On lui décrit plusieurs zones de prévalence [94, 88]

- Zones de forte prévalence représentée par les pays d'Afrique subsahariennes, la Chine, le sud-Est Asiatique, où l'incidence du carcinome hépatocellulaire est de 50 à 350 / 1000000 habitants par an.
- Zone de prévalence moyenne : représentée par le bassin de la méditerranée où l'incidence est de 20 à 200 / 1000000 habitants par an.
- Zones de faible prévalence représentée par l'Europe de l'ouest ; l'Amérique du nord ; où l'incidence est de 10 à 50 cas / 1000000 habitants par an.

La fréquence du C P F par rapport aux autres tumeurs malignes varie d'un pays à un autre mais elle demeure élevée dans tous les cas.

Le carcinome hépatocellulaire affecte principalement l'homme avec un sexe ratio de 4 à 9 hommes pour une femme. Il est beaucoup fréquent après 50 ans.

Au Mali une étude réalisée au C H U Gabriel Touré dans le service de gastro-entérologie a trouvé 81 cas de carcinome hépatocellulaire en un an (Janvier 2003 à Décembre 2003).

### **3 - Facteurs de risque :**

#### **3- 1 Facteur infectieux :**

- Virus de l'hépatite B : De nombreux arguments établissent le lien entre le virus de l'hépatite B et le CPF [4, 7, 9, 48]. Le risque de CPF est multiplié par 200 chez les porteurs de l'AgHbs.
- Virus de l'hépatite C : le rôle direct du virus de l'hépatite C est actuellement admis bien que les mécanismes ne soient pas bien connus [4, 7, 48].

#### **3-2 Facteurs alimentaires :**

- Alcool : la cirrhose alcoolique se complique entre 15 à 55% des cas de carcinome hépatocellulaire. Le risque de carcinogenèse existe même après l'interruption de

l'alcool une fois la cirrhose installée. Par contre il n'existe pas à l'heure actuelle de preuves expérimentales du rôle directement carcinogène de l'alcool sur le foie [28 61].

- Aflatoxine : bien que cette toxine ait pu induire le carcinome hépatocellulaire expérimental chez l'animal, il n'existe pas de preuve permettant d'affirmer son rôle carcinogène chez l'homme [65].

- Hémochromatose héréditaire : elle se complique de carcinome hépatocellulaire dans 10 à 20% des cas [61].

#### **4 Carcinogènèse hépatique :**

Classiquement il existe 4 étapes :

- cirrhose;
- macro nodule ;
- macro nodule dysplasique ;
- carcinome hépatocellulaire.

#### **5 SIGNES :**

**5-1 Circonstance de découverte :** peuvent être

- un gros foie
- une douleur de l'hypochondre droit
- des métastases
- découverte fortuite.

Dans les pays développés, le diagnostic est en général précoce ; par contre dans les pays en voie de développement, vu les moyens diagnostiques et le niveau sanitaire de la population, le diagnostic est en général tardif. Ainsi plusieurs formes cliniques peuvent être observées.

**5-2 Forme tumorale :**

C'est la forme la plus fréquente en Afrique, elle est dominée par un gros foie, dur, le plus souvent douloureux, à bord inférieur tranchant ou mousse. L'auscultation de ce foie peut révéler dans quelques cas un souffle systolique en rapport avec une hyper vascularisation artérielle de la tumeur, ou la constitution d'une fistule artério-veineuse intra tumorale. L'ictère, l'ascite, l'altération de l'état général, la fièvre sont contingents. Le diagnostic est en règle évident.

**5-3 Forme pseudo cirrhotique :**

C'est la forme la plus fréquente en Europe, avec hépato-splénomégalie. L'ascite est fréquemment hémorragique avec signe de flot présent. L'asthénie, la fièvre l'anorexie, l'amaigrissement, l'ictère sont en général présents.

**5-4 Signes para cliniques :**

Les examens biologiques sont aspécifiques, sauf l'élévation de l'alphafoetoprotéine (AFP): dans 30 % des formes patentes, elle est supérieure à 500 ng/ml, ce taux étant pathognomonique; dans 20 % des cas, elle est normale;

dans les autres cas, les valeurs intermédiaires se chevauchent avec celles qui sont observées dans l'hépatite chronique ou la cirrhose.

Le dépistage chez les sujets à risque a été proposé mais n'a pas fait encore preuve de son intérêt. Il repose sur une échographie tous les six mois chez les sujets porteurs de cirrhose non décompensée. L'IRM est un examen plus coûteux, de seconde intention. Une biopsie dirigée par échographie est utile mais comporte un risque d'ensemencement sur le trajet [9, 65].

- Les syndromes paranéoplasiques : ils peuvent précéder souvent l'expression clinique du cancer primitif du foie. Ce sont : une polyglobulie, une hypercalcémie, une hypercholestérolémie, une hypoglycémie.

#### \* **Imagerie :**

- Echographie :

C'est l'examen essentiel. Lorsque la tumeur est de petite taille, unique, elle se traduit par une zone hypoéchogène nodulaire. Une tumeur de grande taille se traduit par une image hétérogène faite de zones hypoéchogènes qui alternent avec des zones hyperéchogènes.

- Tomodensitométrie :

Elle est importante et peut servir au bilan d'extension.

- Artériographie : sensible mais invasive.

C - Biopsie hépatique et ponction à l'aiguille fine : pour respectivement l'étude histologique et cytologique. Elles apportent le diagnostic de certitude.

Toutefois, la biopsie hépatique est controversée en raison de l'hyper vascularisation tumorale exposant à une hémorragie et du risque d'ensemencement tumoral du trajet de l'aiguille.

#### **6 - Diagnostic :**

**6-1 Diagnostic positif :** il est évoqué devant une hépatomégalie dure, à bord inférieur mousse ou tranchant avec un souffle ou non, une augmentation franche du taux d'alphafoetoprotéine et un aspect hétérogène à l'échographie. Mais la confirmation reste histologique ou cytologique. Cependant dans les zones à forte prévalence les critères cliniques et échographiques et le taux d'alphafoetoprotéine peuvent être utilisés pour étude épidémiologique.

**6-2 Diagnostic différentiel :** il peut se faire avec :

- Hépatite chronique hypertrophique: dont le diagnostic de certitude est uniquement anatomopathologique. Cliniquement le foie est gros, ferme mais non pierreux, surface dure et bord inférieur dur et tranchant.

- la localisation hépatique secondaire d'une tumeur (l'histologie fait la différence).

- Les tumeurs bénignes du foie : hémangiomes ; adénome etc. L'imagerie et la biopsie permettent de faire le diagnostic.

- Stéatose hépatique: ici l'hépatomégalie régresse en cours d'observation.

-L'abcès amibien du foie : valeur importante de l'échographie et de la sérologie amibienne; le pus est en général chocolat.

-Abcès du foie à germe banal: le pus est de couleur jaune verdâtre, l'examen bactériologique permet de mettre en évidence le germe.

Kyste hydatique du foie (demander la sérologie hydatique ou l'échographie).

### **7 - Le traitement du cancer primitif du foie :**

L'hépatectomie partielle est réservée aux tumeurs inférieures à 5 cm de diamètre chez des malades ayant une cirrhose Child A. L'alcoolisation, l'acétylisation ou la destruction par radio-fréquence, dans ces petites tumeurs donnent des résultats équivalents. De fait, la récurrence est fréquente du fait de métastases intra hépatiques méconnues ou de nouveaux foyers cancéreux. La transplantation hépatique, seul traitement vraiment curatif, n'est utile que pour les très petites tumeurs (risque de récurrence dans les autres cas). Les moyens médicaux sont palliatifs.

La chimio-embolisation peut parfois entraîner une nécrose tumorale partielle ou complète, mais son bénéfice en terme de survie n'est pas démontré. Il n'y a pas de chimiothérapie générale ou d'hormonothérapie utile.

### **Traitement prophylactique :**

Il passe par la prévention des infections par les virus de l'hépatite B et C et de la sensibilisation sur les dangers de l'alcool.

### **Le pronostic du cancer primitif du foie**

Lorsqu'il est asymptomatique, uni ou même pauci focal, le CHC évolue lentement, avec un temps de doublement estimé autour de 6 mois. Mais sans ou même après traitement, d'autres foyers carcinomateux se développent presque inexorablement dans les années à venir. Si le cancer est symptomatique, son pronostic est très péjoratif, avec une médiane de survie qui ne dépasse pas quelques semaines. Le décès survient par cachexie ou insuffisance hépatocellulaire car peu de cas sont accessibles à une thérapeutique. Il existe souvent une thrombose portale très étendue responsable d'hémorragie digestive.

## **C- KYSTE HYDATIQUE HEPATIQUE : [79]**

### **1-Definition :**

L'hydatidose ou kyste hydatique est une anthroponose due au développement chez l'homme de la larve d'**Echinococcus granulosus**.

Chez l'homme comme chez certains animaux, la lésion se présente sous la forme d'une « vésicule pleine d'eau ».

L'hydatidose est un problème de santé publique dans les zones d'élevage des PED. Son pronostic a été modifié par les possibilités thérapeutiques nouvelles et par les mesures prophylactiques.

Elle est cosmopolite sévissant en Amérique latine, en Océanie, dans les pays du pourtour méditerranéen, en Chine, en Afrique du nord et Afrique de l'est. Le principal foyer d'hydatidose humaine est africain au Kenya.

### **2. Epidémiologie : [5, 30, 56, 75]**

Le tænia *Echinococcus granulosus* est un cestode de la famille des plathelminthes. Il se présente sous trois formes : l'adulte qui vit fixé entre les villosités de l'intestin grêle de l'hôte définitif, l'œuf qui contient un embryon hexacanthé à six crochets et la larve ou kyste hydatique.

**3- Le cycle parasitaire :** il comprend deux hôtes : un hôte définitif (HD) et un hôte intermédiaire (HI). Le cycle classique est le cycle domestique : chien (HD) - mouton (HI). L'homme s'insère accidentellement dans le cycle du parasite : c'est une impasse parasitaire. Les œufs embryonnés, éliminés dans le milieu extérieur avec les selles du chien, sont ingérés, pénètrent la paroi digestive, gagnent par le système porte le foie, parfois dépassent le foie par les veines sus-hépatiques et parviennent aux poumons. Plus rarement, la localisation peut se faire en n'importe quel point de l'organisme par la circulation générale. Une fois dans le viscère, l'embryon se transforme en larve hydatide. Le cycle est fermé lorsque le chien dévore les viscères (foie, poumons) des moutons parasités. L'homme se contamine en ingérant les œufs par voie directe (chien : léchage, caresses), plus rarement par voie indirecte (eau, fruits, légumes souillés par les œufs). L'hydatidose est une maladie rurale.

### **4 - Facteurs favorisants :**

- climat : un climat chaud et sec ou au contraire un climat très humide.

-Profession : éleveur

### **5 - Fréquence [39]**

La prévalence est la plus élevée du monde : 6,6% chez l'homme (foyer de Turkana (Nord Est du Kenya)).

L'hydatidose est rare en Afrique de l'ouest ; rapportée au Niger, en Mauritanie Au Mali le kyste hydatique est sporadique ; sur une période de 27 ans (1968-1994) 19 patients ont été opérés du kyste hydatique, dont 8 patients avaient la localisation hépatique.[55]

## **6-Clinique**

Le kyste hydatique est le plus souvent asymptomatique, découvert par l'examen systématique (échographie) pour une symptomatologie banale. La forme habituelle est la forme tumorale avec une sensation de pesanteur de l'hypochondre droit, une hépatomégalie indolore lisse déformant la paroi.

La seule traduction clinique pathognomonique de l'hydatidose est la très rare extériorisation par les voies naturelles de matériel hydatique : **Vomique** de goût salé et contenant de scolex des débris des membranes ou de vésicule fille évoquant une peau de raisin ; **hydaturie**

## **7-Examens complémentaires**

\* Echographie : Le diagnostic est morphologique, basé sur l'échographie abdominale, selon la classification de GHARBI (1985) :

- type I : image liquide pure
- type II : décollement total ou parcellaire des membranes
- type III : présence de vésicules endo-cavitaires (aspect en « nid d'abeille »)
- type IV : lésion focale solide
- type V : lésion calcifiée.

L'échographie est l'examen de première intention, le scanner est l'examen fondamental en cas de décision chirurgicale.

## **7-1. Diagnostic biologique**

### **7.1.1. Diagnostic indirect :**

Hyper éosinophilie sanguine en phase d'invasion.

### **7.1.2. Diagnostic direct : réactions sérologiques**

- méthodes qualitatives : immunoélectrophorèse, électrosynérèse,

- méthodes quantitatives : hémagglutination indirecte, immunofluorescence, ELISA. Il faut coupler deux techniques, l'une qualitative, l'autre quantitative : la sensibilité et la spécificité sont de 90 à 95%. L'intérêt de la sérologie est de donner la notion de kyste viable ou de kyste inactif : en pratique, un kyste est dit inactif lorsqu'il est momifié, calcifié, < 5 cm, de découverte fortuite, à sérologie négative. Mais, les réactions sérologiques sont à interpréter avec prudence. Si elles sont positives, avec un taux significatif, le diagnostic est retenu, si elles sont négatives,

on ne peut pas conclure. Elles permettent de suivre l'efficacité thérapeutique : disparition après traitement en 12 à 18 mois ; si ré-ascension : craindre une récurrence ou une ré-infection.

## **8. Traitement [18, 31, 39]**

### **8.1. Traitement classique : il est chirurgical,**

C'est le seul traitement radical, et la meilleure alternative dans les formes compliquées. Mais, mortalité péri opératoire : 0,5 à 4% ; morbidité : 30 à 60% (infections, fistules biliaires, hémorragies, cholangite sclérosante) ; taux de récurrences : 2 à 10% ; durée d'hospitalisation : 15 à 30 jours.

La kystectomie avec résection du dôme saillant est la technique la plus utilisée. La prévention de la contamination per-opératoire par rupture accidentelle d'un kyste fertile (protection du champ, stérilisation du parasite) fait appel aux scolicides dont l'eau oxygénée qui est actuellement la plus utilisée avec une efficacité et une innocuité largement prouvée [79].

### **8.2. Traitements modernes**

---- avènement des benzimidazolés, en pratique de l'albendazole  
---- traitement percutané, expérience dans le K.H. du foie.

#### 8.2.1. Albendazole (Zentel ®) (OMS, 1989)

8.2.1.1. Dose : 10 mg/kg en 2 prises, par cure de 28 jours séparée de 14 jours

8.2.1.2. Efficacité : taux de réponse 75% ; mais durée longue du traitement : 3 à 4 cures ; délai pour juger l'efficacité : 9 à 18 mois ; taux de récurrence < 10% ; surveillance échographique à poursuivre > 5 ans.

8.2.1.3. Tolérance imparfaite : élévation des transaminases dans 15% des cas, neutropénie dans 1,2%, douleurs abdominales faisant craindre une fissuration dans 5,7%.

#### 8.2.2. Le traitement percutané (PAIR : ponction aspiration injection ré-aspiration)

8.2.2.1 Technique : ponction du KH du foie sous contrôle échographique, aspiration immédiate du liquide hydatique (10 à 15 mL), injection d'un scolicide : chlorure de sodium hypertonique à 20% ou alcool à 95% laissé en place 10 à 20mn, réaspiration du scolicide. On injecte également 1 à 2 mL de LIPIODOL ultrafluide pour repérer facilement le kyste lors des contrôles.

8.2.2.2. Critères d'efficacité jugés sur le bilan clinique, échographique, parasitologique, sérologique : disparition complète du kyste dans 20% des cas entre 10 et 48 mois, récurrences dans 1 à 2%.

8.2.2.3. Complications minimales (11%) : urticaire, malaise, douleur ; sévères (6%) : infection, hémorragie, fistule biliaire, exceptionnellement choc anaphylactique.



### 8.2.3. Les choix thérapeutiques (proposition de prise en charge)

Le KH compliqué relève de la chirurgie.

Le KH non compliqué :

---- s'il est asymptomatique : choix thérapeutique selon qu'il est viable ou non.

Kyste non viable : abstention ; kyste viable : choix entre abstention et surveillance, albendazole, PAIR ;

---- s'il est symptomatique : si le kyste est accessible et drainable, PAIR, sinon : albendazole ou chirurgie.

## **9. Prophylaxie**

L'hydatidose ne peut disparaître que grâce à des mesures prophylactiques strictes :

- . éducation sanitaire des populations,
- . surveillance de l'abattage des animaux de boucherie,
- . euthanasie systématique des chiens errants
- . traitement des chiens domestiques par praziquantel (DRONCIT®)
- . prudence dans les contacts homme chien (léchage, caresses, ...)
- . L'avenir : la vaccination des hôtes intermédiaires par un vaccin obtenu par génie génétique en cours d'évaluation (mais coût dans les PED ?).

## **D - ABCES AMIBIEN DU FOIE**

Complication redoutable de l'infestation colique, l'amibiase hépatique trouve son lieu de prédilection en zone tropicale et intertropicale.

### **1-Définition :**

C'est toute suppuration hépatique d'origine amibienne.

L'abcès amibien du foie est fréquent en Afrique [102] ; d'où notre champ d'étude.

### **-2 Etiologie :**

L'abcès amibien est dû à une amibe hématophage **Entamoeba histolitica** seule espèce pathogène pour l'homme qui peut revêtir trois aspects différents :

- La forme végétative hystolitica : C'est la forme pathogène virulente.
- La forme végétative minuta : elle n'a aucun pouvoir pathogène.
- La forme kystique : Représente la forme de résistance et de dissémination de la maladie.

### **3 - Cycle pathogène :**

Il résulte de la transformation accidentelle d'une forme *Entamoeba minuta* en *Entamoeba hystolitica* sous l'influence de multiple facteurs (exemple modification de la flore colique...) et aboutissant à un syndrome dysentérique. Dans certains cas ces formes hystolitica peuvent éroder les vaisseaux de la sous muqueuse intestinale et gagnent par le système porte le foie où elles exercent leur pouvoir nécrosant.

### **4 -Epidémiologie :**

#### **4 -1 Facteurs favorisants**

- Climat chaud et humide, favorise la survie des kystes
- Mauvaises conditions d'hygiène : défécation dans l'eau ; rassemblement des populations (prison, camp militaire, réfugiés ---), mains sales, eau et aliments souillés.

#### **4-2 Fréquence :**

L'infestation amibienne est cosmopolite et se rencontre généralement en zone tropicale. Selon l' O M S, 10% de la population mondiale serait infectée [108].

Il existe cinquante millions de cas annuel d'amoébose invasive et au moins cent milles (100000) décès par an. C'est la troisième cause parasitaire de décès dans le monde après le paludisme et la schistosomiase [108]

L'abcès hépatique est responsable de 1.9% des hospitalisations à Abidjan [58] ;

1.3% à Bujumbura [58] ; 0.5% à Karachi [58] pour les adultes. Au Mali la

dernière étude faite sur une période de quatre ans (2000 à 2004) dans 3 services du

C H U du « point G »: médecine interne ; hématologie et oncologie médicale ;

maladie infectieuse et un service du CHU de Gabriel Touré (hepato-

gastroentérologie) a permis de trouver 47 cas d'abcès amibien du foie [103].

L'homme est frappé 5 à 12 fois plus que la femme (la raison n'est pas claire). Dans les pays développés, les cas observés concernent le plus souvent des migrants ou des voyageurs provenant des pays d'endémie. Dans 95% des cas, la maladie se déclare dans les cinq mois suivant le voyage [108]. L'abcès amibien hépatique se constitue à la suite d'une amibiase intestinale aiguë par migration d'**Entamoeba histolitica** dans la circulation portale. Il peut passer inaperçu.

#### **5- Aspect clinique [108] :**

Dans sa forme typique il se présente par une triade dite de Fontan qui associe : hépatomégalie, douloureuse et fébrile. C'est le tableau le plus habituel en France (3/4) des cas. La douleur est le symptôme le plus constant en Afrique tropicale. Signes d'accompagnement : perte de poids, nausées ou vomissements, asthénie, sensation de malaise, plus rarement toux ou dyspnée. La diarrhée contaminante n'est présente que chez 1/10 à 1/13 des malades.

#### **6 - Examens para cliniques :**

\* L'échographie a une grande valeur d'orientation et permet d'affirmer le diagnostic de collection liquidienne évocatrice d'abcès. Mais le diagnostic d'amibiase hépatique est confirmé par la ponction échoguidée du foie à l'aiguille qui ramène du pus chocolat.

La sérologie amibienne : La mise en évidence des anticorps spécifiques dans le sérum apporte le diagnostic de certitude. La sensibilité de ce test varie selon le stade de la maladie. En effet, 90 à 100% des cas atteints d'amibiase extra-intestinale sont séropositifs alors que seulement 70 à 80% des cas de maladie invasive limitée à l'intestin sont positifs. Il reste à démontrer si un passage de kystes sans symptômes (sans invasion) induit une réponse d'IgG. A titre d'exemple, les individus infectés par la forme non-invasive mais morphologiquement identique (*Entamoeba dispar*) sont négatifs. Bien que la spécificité de ce test soit élevée, les données à partir de sérums d'individus infectés par d'autres espèces invasives d'*Entamoeba* (*Acanthamoeba*, *Naegleria*) sont limitées.

- Histologie : classiquement nous avons du pus chocolat d'odeur fade dépourvu ou presque de cellules, en règle abactérien.

**7 - Traitement** de l'amibiase repose essentiellement sur les amoebicides tissulaires (les imidazolés dont la référence est le métronidazole ou Flagyl\*).

Le traitement de l'amibiase hépatique est médical ou chirurgical (hépatotomie-drainage ou simples ponctions évacuatrices échoguidées).

La prévention individuelle s'appuie sur la boisson d'eau traitée par filtration ou ébullition, le lavage des fruits et légumes, le nettoyage systématique des mains au savon et à l'eau propre avant les repas et après passage aux toilettes. Les ongles doivent être régulièrement coupés.

La prophylaxie collective comprend l'assainissement du milieu (eau, déchets), le contrôle de l'hygiène alimentaire (personnes manipulant les aliments) et la lutte contre les mouches et les cafards. La construction des latrines est fondamentale pour empêcher les animaux domestiques de patauger dans la saleté.

# **METHODOLOGIE**

## METHODOLOGIE :

### **1 -Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur les aspects épidémiologiques et thérapeutiques des affections hépatobiliaires chirurgicales.

### **2 -Lieu de l'étude :**

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie B à l'hôpital du point G de Bamako au Mali.

### **Période de l'étude :**

Elle a porté sur une période de 26 ans allant de Décembre 1979 à Décembre 2005.

### **4- Echantillonnage :**

Tous les cas de lithiases biliaires, du cancer primitif du foie, d'abcès amibien du foie, de kyste hydatique du foie de Janvier 1979 à Décembre 2005.

### **5- Critères d'inclusion (si l'un des éléments suivants est présent)**

#### **- Pour les malades non opérés :**

##### **\* Pour la lithiase biliaire :**

. Présence de lithiase biliaire à l'échographie, la cholécystographie orale ou à la cholangiographie.

**\* Pour l'abcès amibien du foie :** Si en plus de la coloration chocolat du pus il y a au moins la présence de l'un des critères suivants:

. Un ou plusieurs abcès collectés à l'échographie avec ou sans ponction écho guidée.

. Sérologie amibienne positive.

. Présence des trois composantes de la triade de FONTAN (hépatomégalie douloureuse et fébrile).

**\* Pour le kyste hydatique du foie :** si l'un des critères suivants est présent :

. Présence de kyste hydatique hépatique à l'échographie.

. Sérologie hydatique positive.

**\* Pour le cancer primitif du foie :**

. Association d'une tumeur du foie et augmentation du taux d'alphafoetoprotéine supérieur à 200ng/ml.

. Carcinome hépatocellulaire à l'examen histologique.

#### **- Pour les malades opérés :**

En per-opératoire :

**\* Pour la lithiase biliaire :**

Présence de calcul ou de boue biliaire dans les voies biliaires.

**\* pour le cancer primitif du foie :**

Découverte d'une tumeur hépatique sans lésion primitive d'après les examens cliniques, para cliniques et l'exploration per-opératoire.

**\* pour le kyste hydatique du foie :**

Echographie en faveur d'un kyste hydatique du foie.

**\* Pour l'abcès amibien du foie :**

Présence d'abcès hépatique contenant du pus chocolat.

**6 - Critères d'exclusion :** (si l'un des éléments est présent)

-Tous les dossiers incomplets.

**\* Pour la lithiase biliaire :**

. Dans les cas où le diagnostic à l'échographie est douteux ; absence de calcul ou de boue biliaire.

**\* Pour le cancer primitif du foie :**

. Si le cancer est secondaire.

. Si l'examen anatomopathologique ne confirme pas la malignité de la tumeur du foie.

**\* L'abcès amibien du foie ou le kyste hydatique du foie :**

. Dans les cas où les résultats de l'échographie ne sont pas en faveur de l'un de ces diagnostics.

**L'enquête** était basée sur :

- les dossiers des malades,
- les registres de consultation,
- et les cahiers de compte rendu opératoire.

**Saisies et analyse des données :**

L'ensemble des données a été saisi et analysé sur SPSS11.0.

# **RESULTATS**



## RESULTATS :

### **4-1 Place des affections hépatobiliaires chirurgicales en chirurgie « B »**

**Tableau I : Répartition des consultations pour affections hépatobiliaires chirurgicales par rapport à l'ensemble des consultations :**

<b>Nombre de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
A H B C	<b>177</b>	<b>0,05</b>
Autres	361167	99,95
Total	361344	100

En 26 ans nous avons eu **177** cas soit en moyenne 7 cas par an dont 132 ont été opérés soit 74.6%.

Les consultations pour affections hépatobiliaires chirurgicales ont représenté 0.05% de l'ensemble de toutes les consultations dans le service de chirurgie « B » de 1979 à 2005.

**Tableau II : Fréquence des cas d'affections hépatobiliaires opérés par rapport à l'ensemble des interventions chirurgicales :**

<b>Nombre d'intervention</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
AHB	132	1,6
Autres	7881	98,4
Total	8013	100

132 des interventions chirurgicales effectuées soit 1,16% ont porté sur les 4 pathologies (lithiase biliaire ; C P F ; abcès amibien du foie ; et le kyste hydatique du foie).

#### **4 -2 Données socio administratives globales:**

**Tableau III : Répartition des malades selon la période de recrutement :**

<b>Année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Avant l'institution de l'écho (1979 – 1988)	32	18,1
Après l'institution de l'écho (1989 – 2005)	145	81,9
Total	177	100

Avant l'institution de l'échographie abdominale à l'hôpital du point « G » nous avons eu 32 cas soit trois par an en moyenne.

Après l'institution nous avons eu 145 malades soit 9 malades par an.

**Tableau IV : Répartition des malades selon la classe d'âge**

<b>Classe d'âge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 20	10	5,6
21-30	20	11,3
31-40	35	19,8
<b>41-50</b>	<b>48</b>	<b>21,7</b>
51-60	44	24,9
61-70	16	9,0
71-80	2	1,1
81-90	2	1,1
Total	177	100

L'âge moyen a été de 45,42 ans (Ecart type=5,23 ans).

**Tableau V: Répartition des malades selon le sexe :**

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Féminin</b>	<b>99</b>	<b>59,9</b>
Masculin	78	40,1
Total	177	100

Le sex ratio a été de 1,3 en faveur des femmes.

**Tableau VI : Répartition des malades selon la tranche d'âge et le sexe :**

Sexe Age	Masculin		Féminin	
	< 20	5	5,7	5
21-30	9	10,3	11	12,2
31-40	12	13,8	23	25,6
41-50	28	32,2	20	22,2
51-60	21	24,1	23	25,6
61-70	9	10,3	7	7,8
71-80	2	2,3	0	0
81-90	1	1,1	1	1
Total	87	100	90	100

Chez les hommes : la moyenne d'âge a été de 41,09 ans ; avec les extrêmes de 17 et 70 ans ; l'écart type a été de 11,99.

Chez les femmes : la moyenne d'âge a été 49,60 ; l'écart type 12,55 ; avec les extrêmes de 22 et 87 ans.

**Tableau VII : Répartition des malades selon la provenance :**

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	177	<b>62,7</b>
Kayes	19	10,8
Koulikoro	17	9,6
Sikasso	8	4,5
Ségou	8	4,5
Mopti	5	02,8
Tombouctou	3	1,7
Gao	6	3,4
Total	177	100

62,7% des malades résidaient à Bamako.

**Tableau VIII: Répartition des malades selon l'ethnie :**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bambara	77	43,5
Peulh	23	13
Sarakolé	41	23,2
Malinké	14	7,9
Sonrhäi	5	2,8
Autres	17	9,6
Total	177	100

43,5% des malades étaient des Bambara.

**Tableau IX : Répartition des malades selon la principale activité :**

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	59	<b>33,3</b>
Cadre supérieur	4	2,3
Cadre moyen	18	10,2
Commerçant	50	28,2
Cultivateur	29	16,4
Ouvrier	11	6,2
Elève	6	3,4
Total	177	100

Les ménagères étaient majoritaires dans notre série avec 59 cas (33,3%).

**Tableau X : Répartition des malades selon le mode de recrutement en chirurgie « B » :**

<b>Mode de recrutement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Urgence	<b>2</b>	<b>1,1</b>
Ordinaire	175	98,9
Total	177	100

2 malades soit 1,1% ont été reçus en urgence.

**Tableau XI : Répartition des malades selon la nationalité :**

<b>Nationalité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Maliennne	174	98,3
Non malienne	3	1,7
Total	177	100

3 malades n'étaient pas Maliens (1,7% des cas).

**Tableau XII : Répartition des malades selon la personne qui a orienté le malade :**

<b>Personne qui a orienté</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	<b>115</b>	<b>65</b>
Autre agent de santé	34	19,2
Venu de lui-même	28	15,8
Total	177	100

115 malades soit 65% des malades nous ont été adressés par un médecin.

#### **4 -3 Données cliniques :**

**Tableau XIII : Répartition des malades selon le motif principal de consultation :**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur hypochondre droit	108	61
Douleur épigastrique	58	32,8
Masse abdominale	18	10,2
Ictère	13	7,3
Prurit	9	5,1

Un malade peut avoir plusieurs signes.

**Tableau XIV: Répartition des malades selon leur état général :**

<b>Etat général du malade</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	107	60,4
Passable	61	34,5
Altéré	9	5,1
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

60,4% de nos malades avaient un bon état général.

**Tableau XV : répartition des malades selon les pathologies associées :**

<b>Pathologies associées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Aucune	151	85,3
Gastrite	12	6,8
Drépanocytose	7	3,9
Diabète	4	2,3
Hernie hiatale	1	0,6
Ulcère duodéal	2	1,1
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

151 malades soit 85,3 n'avaient pas de pathologies associées.

**Tableau XVI : Répartition des malades selon le diagnostic étiologique :**

<b>Diagnostic étiologique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Lithiase biliaire	102	57,7
CPF	51	28,8
Abcès amibien du foie	14	7,9
Kyste hydatique hépatique	10	5,6
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

Parmi les quatre pathologies la lithiase biliaire a été la plus fréquente avec 57,7% (102 cas).

**Tableau XVII : Répartition des pathologies selon la durée d'hospitalisation :**

<b>Pathologie Durée d'hospitalisation</b>	<b>Lithiase biliaire</b>	<b>CPF</b>	<b>Abcès amibien du foie</b>	<b>Kyste hydatique hépatique</b>
8 à 14 jours	58	9	5	7
15 à 21 jours	23	6	4	2
22 à 28 jours	6	3	2	0
Plus de 28 jours	3	1	2	0
Total	90	19	14	9

**Tableau XVIII: Répartition des pathologies selon les suites opératoires immédiates (pendant l'hospitalisation) :**

<b>Pathologies Suites opératoires immédiates</b>	<b>Lithiase biliaire</b>		<b>C P F</b>		<b>Abcès du foie</b>		<b>Kyste hydatique</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Simple	86	95,6	18	94,7	12	83,7	9	100
Complicées	4	4,4	1	5,3	2	14,3	0	0
<b>Décès</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
Total	90	100	19	100	14	100	9	100

Aucun malade n'est décédé en période post opératoire immédiate (pendant l'hospitalisation).

#### **4 -4 Données spécifiques**

##### **4 -4-1 Lithiase biliaire**

**Tableau XIX: Répartition des malades selon la tranche d'âge :**

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
10-20	4	3,9
21-30	12	11,7
31-40	20	19,6
<b>41-50</b>	<b>31</b>	<b>30,3</b>
51-60	25	24,5
61-70	8	7,9
71-80	1	0,9
81-90	1	0,9
Total	102	100

Moyenne=44,69 ans Ecart type=6,64ans.

**Tableau XX: Répartition des malades selon le sexe :**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	70	68,6
Masculin	32	21,4
Total	102	100

Le sex ratio a été de 2,2 en faveur des Femmes.



**Tableau XXI: Répartition des malades selon les signes cliniques :**

<b>Signes cliniques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur hypochondre droit	78	76,5
Douleur épigastrique	38	37,2
Signe de Murphy	28	27,5
Fièvre	19	18,16
Douleur du flanc droit	19	18,6
Vomissements	13	12,7
Ictère	13	12,7
Prurit	9	8,8
Urines foncées	9	8,8
Selles décolorées	6	5,9
Obésité	4	3,9
Frisson	2	1,9
Autres	22	21,5

Un malade peut avoir plusieurs signes.

**Tableau XXII : Répartition des malades selon le diagnostic étiologique :**

<b>Diagnostic étiologique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Cholécystite non aiguë	68	66,7
Cholécystite aiguë	18	17,6
Lithiase du cholédoque	16	15,7
Total	102	100

La cholécystite aiguë a représenté plus de la moitié des cas avec 66,6% des cas.

**Tableau XXIII : Modalités thérapeutiques des pathologies biliaires :**

Pathologies Modalités thérapeutiques	Cholécystite non aiguë		Cholécystite aiguë		Lithiase du cholédoque	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Cholécystectomie simple	39	67,2	6	37,5	0	0
Cholécystectomie avec drain sous hépatique	9	15,5	5	3,25	0	0
Cholécystectomie avec drain sous hépatique et drain trans-cystique	10	17,7	5	3,25	0	0
Cholécystectomie + cholédocotomie avec drain de Kehr	0	0	0	0	13	81,2
Cholécystectomie + cholédocotomie avec anastomose bilio-digestive	0	0	0	0	3	18,8
Total	58	100	16	100	16	100

- La cholécystectomie simple a été la technique la plus utilisée dans les cholécystites aiguës ou non aiguës.
- La cholécystectomie plus cholédocotomie avec drain de kehr a été la méthode la plus utilisée dans les cas de lithiase du cholédoque.

#### 4 -4-2 Cancer primitif du foie

**Tableau XXIV : Répartition des malades selon l'âge :**

Age	Effectif	%
21-30	3	5,9
31-40	11	21,6
41-50	15	29,4
51-60	<b>16</b>	<b>31,4</b>
61-70	6	11,8
Total	51	100

La moyenne d'âge a été de 47,65 ans ;      Ecart type=4,47      Mode = 51 - 60

**Tableau XXV : Répartition des malades selon le sexe :**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	38	74,5
Féminin	13	25,5
Total	51	100

Le sex ratio a été de 2,9 en faveur des hommes.

**Tableau XXVI : Répartition des malades selon la notion de consommation d'alcool.**

Notion de consommation d'alcool	Effectif	Pourcentage
Oui	6	11,7
Non	39	76,5
Indéterminé	6	11,8
Total	51	100

39 malades n'avaient pas une notion de consommation d'alcool (76,5%).

**Tableau XXVII : Répartition des malades selon le résultat de l'AgHbs :**

<b>AgHbs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Positif	12	23,5
Négatif	4	7,8
Non fait	35	68,6
Total	51	100

L'AgHbs a été recherché chez 16 malades, il a été trouvé positif chez 12 malades et négatif chez 4 malades.

**XXVIII:** Répartition des malades selon le taux d'alpha foetoprotéine

<b>Taux alphafoetoprotéine</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Elevé	31	60,8
Abaissé	7	13,7
Non fait	13	25,5
Total	51	100

Le taux alphafoetoprotéine a été élevé chez 31 malades soit 81,6 % des patients ayant fait cet examen.

**Tableau XXIX : Répartition des malades selon le résultat de la radiographie pulmonaire :**

<b>Résultat de la radiographie pulmonaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Métastases pulmonaires	3	5,9
Pas de métastases	48	94,1
Total	51	100

Trois malades sur 51 avaient des métastases pulmonaires.

**Tableau XXX : Distribution des types histologiques :**

Type histologique	Effectif	Pourcentage
Carcinome hépatocellulaire	10	52,6
Pas d'anapath	9	47,4
Total	19	100

Le carcinome hépatocellulaire a été trouvé chez tous les 10 malades chez qui un examen anatomopathologique a pu être réalisé.

**Tableau XXXI: Répartition des malades selon le siège de la tumeur :**

Siège	Effectif	Pourcentage
Lobe gauche	23	45
Lobe droit	15	29,5
Les deux lobes du foie	13	25,5
Total	51	100

La tumeur siégeait au niveau du lobe gauche du foie dans 23 cas soit 45%.

**Tableau XXXII : Répartition des malades selon les modalités thérapeutiques :**

Modalité thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Abstention sans biopsie	9	47,4
Hépatectomie gauche	5	26,3
Hépatectomie droite	3	15,8
Abstention avec biopsie	2	10,5
Total	19	100

#### **4-4-3 Abscès amibien du foie**

**Tableau XXXIII : Répartition des malades selon la tranche d'âge :**

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
< 20	3	21,4
21-30	3	21,4
31-40	<b>4</b>	<b>28,5</b>
41-50	1	7,1
51-60	1	7,1
61-70	1	7,1
71-80	1	7,1
Total	14	100

La moyenne d'âge de nos patient était de 35,05 ans ; Ecart type = 6,5 ans.

**Tableau XXXIV: Répartition des malades selon le sexe :**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	5	35,7
Féminin	9	54,3
Total	14	100

Le sexe ratio a été de 1,8 en faveur des femmes.

**Tableau XXXV : Répartition des malades selon la notion d'antécédent de dysenterie :**

Notion d'antécédent de dysenterie	Effectif	Pourcentage
Oui	3	21,5
Non	6	42,8
Indéterminé	5	35,7
Total	14	100%

Trois malades sur six interrogés avaient une notion de dysenterie.

**Tableau XXXVI : Répartition des malades selon le résultat de la sérologie amibienne :**

Sérologie amibienne	Effectif	Pourcentage
Positive	4	28,6
Négative	0	0
Indéterminée	10	71,4
Total	14	100

La sérologie amibienne effectuée chez 4 malades est revenue positive dans tous les cas.

**Tableau XXXII : Tableau de répartition des malades selon le mode de recrutement :**

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Ordinaire	13	82,9
Urgence	1	7,1
Total	14	100

Un seul malade a été reçu en urgence.

**Tableau XXXIII: Répartition des malades selon les modalités thérapeutiques :**

Modalité thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Ponction évacuatrice écho guidée	9	64,3
Drainage chirurgical avec cathéter à demeure	5	45,7
Total	14	100

La ponction évacuatrice écho guidée a été la méthode la plus utilisée avec 64,3% des cas.

#### **4 -4-5 Kyste hydatique du foie :**

**Tableau XXXIX: Répartition des malades selon la tranche d'âge :**

Tranche d'âge	Effectif	%
< 20	2	20
21-30	2	20
31-40	1	10
41-50	1	10
51-60	3	30
61-70	1	10
Total	10	100

La moyenne d'âge de nos patients était de 38,4 ans ; Ecart type = 4,3

**Tableau XXXX : Répartition des malades selon le sexe.**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	6	40
Masculin	4	60
Total	10	100

Le sex ratio a été de 1,5 en faveur des femmes.

**Tableau XXXXI : Répartition des malades selon le résultat de la sérologie hydatique :**

Sérologie hydatique	Effectif	Pourcentage
Positive	1	10
Négative	3	30
Indéterminée	6	60
Total	10	100%

La sérologie hydatique effectuée chez 4 malades est revenue positive chez un seul malade.



**Tableau XXXXII: Répartition des malades selon le mode de recrutement :**

<b>Mode de recrutement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ordinaire	10	100
Urgence	0	0
Total	10	100

Aucun malade n'a été reçu en urgence.

**Tableau XXXXIII : Répartition des malades selon la technique opératoire :**

<b>Technique opératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Kystectomie simple	2	22,2
Aspiration + résection partielle de la poche	2	22,2
Hépatectomie partielle	1	11,1
Ponction évacuatrice	1	11,1
Kystectomie + résection du dôme saillant	3	33,4
Total	9	100

La kystectomie avec résection du dôme saillant a été la technique la plus utilisée avec 30,4% des cas.

# **COMMENTAIRES**

## **ET**

# **DISCUSSION**

## **5 - COMMENTAIRES - DISCUSSIONS**

### **5-1- Méthodologie :**

Notre étude, rétrospective, a consisté en un recensement des patients qui ont consulté ou qui ont été traités pour affection hépatobiliaire dans le service de chirurgie « B » dans le CHU du Point-« G » de Janvier 1979 à Décembre 2005.

### **5-2- Fréquence des affections hépatobiliaires au Mali :**

Notre étude a porté sur les cas d'affections hépatobiliaires recensés exclusivement en chirurgie « B ». La chirurgie « B » est un service de chirurgie viscérale et endocrinienne.

La fréquence globale des affections biliaires chirurgicales est estimée à **0,05%** par rapport à l'ensemble des consultations dans ce service et **1,6%** des interventions chirurgicales.

La lithiase biliaire a représenté **0,03%** de nos consultations ; et **1,1%** des interventions chirurgicales. Baye H a trouvé 0,5% des consultations et 2% des interventions. JAMES au Togo [52] a trouvé une fréquence hospitalière de 0,11% et TAKONGMO au Cameroun [95] a trouvé une fréquence de 2,21%.

- Le CPF a représenté **0,01%** de nos consultations et 0,2% des interventions. Dans le registre des cancers, le CPF a été le plus fréquent avec 18,5% de tous les cancers diagnostiqués au Mali [24]. Ce même rang a été trouvé au Sénégal avec une forte prévalence de 42,3% des tumeurs malignes [88]. Ces taux sont supérieurs à ceux observés en Europe avec 3 à 6% de l'ensemble des cancers [63].

- L'abcès amibien du foie a représenté **0,04%** de nos consultations et **0,2%** de nos interventions chirurgicales. Ce résultat est inférieur à celui de Traoré ou il représentait 0,6% de la consultation globale [106].

- Le kyste hydatique du foie a représenté **0,003%** de nos consultations et **0,2%** de nos interventions chirurgicales. PIERE AUBRI au Kenya a trouvé 6,6% de la population générale.

### **5-3- Age de survenue :**

- Pour la lithiase biliaire l'âge moyen de nos malades est de 44,7 ans; semblable à celui d'autres séries africaines [359, 93] mais inférieur à l'âge moyen des séries Européennes ou les patients ont en moyenne 60, 80 ans [89, 106, 93].

- Pour le CPF l'âge moyen de nos patients a été de 47,7 ans ; semblable à celui d'autres séries Africaines [99, 88] mais inférieur à celui retrouvé en Europe 54 à 62,7[14, 90].

- Pour l'abcès amibien du foie l'âge moyen a été de 35,1 ans, Traoré M trouve 37 ans [102].

- Pour le kyste hydatique du foie, l'âge moyen a été de 38,4 ans .AUBRY P trouve une moyenne de 28 ans [79].

Le jeune âge de nos malades serait lié au jeune âge de la population Africaine au sud du Sahara ou seulement 3,6 à 6 % de la population vivent au delà de 60 ans [28].

**5-4- Sexe :**

- Pour la lithiase des voies biliaires la prédominance féminine (68,93 % soit 3 femmes pour un homme) a été retrouvée par beaucoup d'auteurs [44, 52, 71].

**Répartition des malades atteints de lithiase biliaire en fonction des auteurs et du sexe.**

**Tableau XXXXIV :**

Auteurs	Sexe		Sexe	
	Femme	%	Homme	%
Baye A (Mali)	32	69,5 %	14	30,5 %
Lagache (France)	139	68 %	64	31 %
James (Togo)	21	80,7 %	5	19,2 %
Billa (Cameroun)	16	61,5 %	10	38,4 %
<b>Notre série</b>	<b>71</b>	<b>68,93</b>	<b>32</b>	<b>31,07%</b>

La prédominance féminine a été retrouvée par l'ensemble des auteurs.

- Pour le CPF :

Répartition des malades en fonction du sexe et des auteurs.

**Tableau XXXXV :**

Auteurs	Sexe		Sexe	
	Hommes		Femmes	
Sissoko M. Mali 1998	27	77,1 %	8	22,9 %
Diop et Coll Sénégal 1977	727	84,8 %	7	15,2 %
Segal, France 1988	37	86 %	6	14 %
Bismuth France 1984	20	74 %	7	26 %
<b>Notre série</b>	<b>38</b>	<b>74,5 %</b>	<b>13</b>	<b>25,5 %</b>

La prédominance masculine a été retrouvée par l'ensemble des auteurs.

- Pour l'abcès amibien du foie, la prédominance masculine a été de 54,3%.

-Pour le kyste hydatique hépatique dans notre série nous avons trouvé une prédominance féminine avec un sex ratio de 3 /1. Cette prédominance féminine a été retrouvée par beaucoup d'autres auteurs [79; 80,108].

### **5-5- Mode d'orientation :**

La prise en charge chirurgicale des affections hépatobiliaires n'étant pas possible dans les centres médicaux secondaires, plus de la moitié des malades (82 %), nous ont été adressés par le personnel médical. Ainsi 18 malades soit 15,8% sont venus d'eux-mêmes. Cela s'expliquerait par le fait que l'hôpital du point G est la première référence au Mali.

### **5-6- Mode de recrutement.**

Dans notre série, nous avons reçu 98,9 % des patients en consultation ordinaire et 1.1% en urgence. BARON en France sur 104 malades atteints de lithiase biliaire a reçu 5 malades en urgence soit 4% [11].

### **5-7 - Symptomatologie :**

Dans notre étude comme dans celles d'autres auteurs [35, 61] la douleur au niveau de l'hypochondre droit a été le signe le plus fréquent. Cela est en rapport avec la situation anatomique du foie.

### **5-8- Facteurs favorisants :**

#### **\* Pour la lithiase biliaire :**

- L'obésité : nous avons observé 9,12 % de malades obèses contre 11,8 % chez BEYE.
- Les hémoglobinopathies : Nous avons eu 11,42 % de drépanocytose. Des rapports semblables ont été rapportés par certains africains comme BILLA au Cameroun avec 28,8 % ; BAYE A. 10,8 % [44] ; ceci pourrait être en rapport avec la forte prévalence des maladies hémolytiques chroniques (drépanocytose) dans notre milieu.
- Les œstrogènes : Dans nos observations 3,9 % de nos patients ont utilisé des œstroprogestatifs. Ce résultat est superposable à celui de NDJITTOYAP au Cameroun qui trouve 3 % [71] et BAYE A. 4 % [44].

#### **5-8-8- Pour le CPF :**

- L'hépatite virale observée dans 25,81 % des antécédents de nos malades est en faveur de l'avis de certains auteurs [64, 87; 94]. qui considèrent que le virus de l'hépatite et le développement d'une hépatite chronique feraient le lit du cancer primitif du foie.

Par contre en Europe la prévalence de l'hépatite B est de l'ordre de 0,1 à 1 % [90].

L'ictère, a été retrouvé dans 25,81 % des antécédents ce taux est supérieur à celui de DIENG [62] et inférieur à celui de MAGASSA [61] respectivement 15 % et 42 %. Ces taux restent superposables à celui de la littérature où en zone tropicale (30 à 50 %) des malades atteints de CPF ont des antécédents d'ictère [61].

### **5-9- Echographie :**

Effectuée chez 83 % de nos malades opérés, elle reste un examen clé dans la démarche des diagnostics des affections hépatobiliaires.

Dans notre série, l'échographie a permis de poser le diagnostic de lithiase biliaire chez tous les patients qui en ont bénéficié (100 %). Ces résultats sont superposables à ceux de BEYE A. et Doly qui ont trouvé respectivement 100 % et 96 %.

L'échographie permet de distinguer les masses pleines des collections liquidiennes [61,89].

Elle est donc d'un plus haut intérêt pour différencier l'amibiase hépatique ou le kyste hydatique du foie du CPF ; par contre elle ne permet pas de différencier les cirrhoses non compliquées des hépatomes. Dans tous les cas c'est un examen anodin, peu onéreux et efficace.

#### **5-10-Transaminases :**

Dans notre série 28,2 % de nos patients atteints de lithiase biliaire avaient un taux de transaminases élevé contre 32,6 % chez BAYE A. [44] et 17 % chez SANLORENZO [86].

#### **5-11- AgHbs (pour le CPF) :**

Il a été recherché 16 fois, et a été retrouvé dans le sang 12 fois soit 75 %, contre 90,90 % pour Sissoko M [94] et 62,7 % des cas pour MAGASSA N [61].

La prévalence élevée de l'antigène Hbs dans notre série comme dans celle de Sissoko pourrait s'expliquer par le fait que notre pays fait partie des zones à forte prévalence de l'antigène Hbs (5 à 20%) où l'incidence du CPF est élevée ; l'hépatite virale quand à elle est quasi obligatoire avant 20 ans et les portages chroniques de l'AgHbs sont très fréquents [21].

#### **5-12- Alpha foeto protéine :**

Elle a été retrouvée chez 81.6 % de nos malades, contre 60% pour SISSOKO [29]. Sa répartition dans le sérum des sujets adultes peut se voir dans divers affections : hépatite chronique, hépatite aiguë, cancers digestifs.

Le seuil diagnostique étant fixé à 500 ng/ml, la spécificité de l'alpha foeto-protéine est satisfaisante (exception faite des tumeurs embryonnaires), mais sa sensibilité chute aux alentours de 40 à 85%. Si sa mise en évidence n'est pas rigoureusement spécifique, elle est en outre elle est inconstante, elle est présente chez 70 à 80 % des hépatomes africains et 50 % des hépatomes européens [65,95].

#### **5-14- Anatomie pathologique :**

Dans notre série, dans 100 % des cas, l'examen d'anatomie pathologique de la tumeur a révélé un carcinome hépatocellulaire.

Sanou [88] sur 24 hépatectomies a trouvé dans 20 cas un carcinome hépatocellulaire soit 83,3 %, Diop B et Coly D [32] ont trouvé 97,2%.

#### **5-15- Métastases pulmonaires :**

Elles ont été décelées dans 3 cas sur 51 cas de CPF dans notre étude 5,9%.

Par contre SISSOKO M [29] a trouvé dans 2 cas des métastases pulmonaires sur 36 cas de CPF (5,6%).

Ces faibles cas de métastases pulmonaires pourraient s'expliquer par le fait que les métastases extra hépatiques du CPF s'expriment rarement [61].

**5-16- Sérologie amibiennne :**

Elle a été recherchée chez 4 malades et le résultat est revenu positif dans tous les cas soit 100% ; LAROCHE a trouvé 98% à Bujumbura [58]. Dans tous les cas la mise en évidence des anticorps spécifiques dans le sérum apporte le diagnostic de certitude.

**5-16- Sérologie hydatique :**

Elle a été cherchée chez 5 patients et trouvée dans le sérum sanguin de 3 malades soit 60 % des cas. Le recours à la sérologie est rare. Plusieurs raisons expliquent cette attitude : l'imagerie est le plus souvent suffisamment parlante ; et la sérologie est relativement onéreuse.

La sérologie est utilisée pour la surveillance évolutive post opératoire. La négativité de la sérologie se produit en 18 à 24 mois. La persistance d'un taux élevé d'anticorps ou une nouvelle positivité de la sérologie pourrait signifier la présence d'un kyste méconnu ou d'une contamination per-opératoire [86].

**5-17- Traitement :**

**- Pour la lithiase biliaire**

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 90 malades parmi les 102 soit un taux d'opération de 88.2%. BAYE a trouve un taux d'opération de 89,1 % (35).

**- Pour le CPF.**

Technique opératoire :

Auteurs	Chir à visée curative	Chir palliative	Transplantation hépatique	Chimio-embolisation	Non traités	Nombre de cas
HERFAN Allemagne 1995	48	10	47	26	109	204
SISSOKO M. Mali (1998)	5	5	0	0	25	35
Notre série	8	11	0	0	32	51

La chirurgie a est le traitement de choix du CPF, (38). Le progrès de l'imagerie médicale et la richesse du plateau chirurgical ont fait augmenter les résections à visée curative [36].

La transplantation hépatique, longtemps utilisée dans le traitement des pathologies bénignes du foie, influence aujourd'hui l'indication opératoire des CPF.

Le faible taux d'opération (37,25%) en général et la résection à visée curative 8 sur 51 en particulier est lié à la prise en charge tardive de nos malades.

L'hépatectomie droite a été la technique la plus pratiquée dans notre série, ainsi que dans celle de Sissoko M [94].

Cette attitude s'expliquerait par le fait que dans notre série la tumeur siégeait le plus souvent dans le lobe droit du foie.

**- Pour le kyste hydatique du foie :**

La kystectomie avec résection du dôme saillant a été la technique la plus utilisée dans notre série avec 33.4 % des cas ; Kayo a trouvé 50% [55].

**- Pour l'abcès amibien du foie :** le drainage chirurgical avec cathéter à demeure a été la technique la plus pratiquée avec 57,15 % des cas alors que dans beaucoup d'autres séries [29,72, 79, 82] la ponction évacuatrice écho-guidée est la méthode la plus utilisée. Cela s'expliquerait par le fait que notre service est un service de chirurgie, la plus part des malades nous arrivent après échec des méthodes non chirurgicales.



**CONCLUSION**  
**ET**  
**RECOMMANDATIONS**

## **6 - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

Les affections hépatobiliaires chirurgicales, bien que n'étant aussi fréquentes dans notre pays comme dans les pays développés connaissent une incidence digne d'intérêt. Le nombre de patients hospitalisés pour ces pathologies est en hausse depuis l'institution de l'échographie abdominale en 1988 à l'hôpital national du point « G ». La prise en charge des patients atteints de ces affections est fonction du stade d'évolution de la maladie et du diagnostic. Ainsi nous recommandons :

### **1- Aux médecins :**

- Que devant toute douleur de l'hypochondre droit, il faut penser à la possibilité d'une affection hépatobiliaire et demander une échographie systématique quel que soit son âge, surtout si le malade présente un ictère.
- D'adresser le plus précocement que possible tout patient porteur de CPF aux chirurgiens pour qu'il puisse bénéficier d'une éventuelle résection chirurgicale.
- De donner aux patients porteurs de lithiase biliaire silencieuse des informations sur les aspects évolutifs de l'affection.

### **2 – Aux Autorités :**

- L'introduction de la vaccination anti- virale B dans le programme élargi de vaccination (PEV).
- Vulgarisation de l'échographie sur toute l'étendue du territoire national.
- De doter l'hôpital du point G d'échographes suffisants en nombre et de bonne qualité.
- De doter l'hôpital national du point « G » d'amplificateur de brillance pour la radiographie per opératoire.

### **3 – Aux populations :**

- De consulter un médecin à temps en cas de constatation d'une masse et ou de douleur au niveau de l'hypochondre droit.
- D'éviter le contact direct avec le chien (caresse, léchage).
- Une bonne hygiène alimentaire.

# **REFERENCES :**

## **7 – REFERENCES :**

**1 – AARWAL DK, BAIJAL SS, MITTAL BR, GUPTA R, CHODHURI G.**

Percutaneous catheter drainage of amoebic liver abscesses with and without intrahepatic biliary communication: a comparative study.

Eur J Radiol 1995;20:61-64.

**3 –ABD-ALLA MD, JACKSON TF, GATHHIRAL V, EL-HAWEYE AM, RAVDIN JL.**

Differentiation of pathogenic *Entamoeba histolytica* infections from non pathogenic infections by detection of galactose-inhibitable adherence protein antigen in sera and feces.

J Clin Microbiol 1993; 31:2845-2850.

**4 – AHMED L, SALMA ZA, EL ROBY A, STRICLAND GT.**

Ultrasonographic resolution time for amebic liver abscess.

Am J Trop Med Hyg 1989;41:406-410.

**5- Amrani M, Zouaidia F, Belabbas M A, Labrousse F, Catanza G, Elhachimi A. Hydatidose : à propos de quelques localisations inhabituelles.**

Med. Trop., 2000,60,271-272.

**6- AIDO E.**

Lithiase biliaire au Sénégal. Réflexion à propos de 25 observations.

Thèse, Méd. Dakar, 1990 ; 8.

**7 – AUCOTT J, RADIN JL.**

Amebiasis and « non pathogenic » intestinal protozoa.

Infect Dis Clin North Am 1993;7:467-486.

**8 - AND REWK D.**

Cholécystectomie laparoscopie : le mieux est l'ennemi du bien ?

JAMA 1994 ; 298 : 18-19.

**9 - AURC, ARC, ACAPEM, CHIPPONI J, HUGNIER M.**

Les kystes hydatiques du foie opérés en France.

Epidémiologie, attitudes diagnostiques et thérapeutiques.

Etude de 306 cas.

Gastroenterol Clin Biol 1986 ; 10 : 419- 423

**10- BANQUE MONDIALE.**

Structure et dynamique de la population.

Rapport sur le développement dans le monde : 1993 ;8p.

**11 -BARON J C, KOYAZOUDA A, ABE N, DAUSSY D, PISAMD M, LAPARIEE M.**

Lithiase biliaire compliquée du malade âgé : proposition d'une stratégie thérapeutique.

Med chir Dig 1986; 15:153-155.

**12- BAYEYTOUT J, DELMONT J; MARCHOU B, PICHARD E.**

Amoebiose tissulaire In Malintrop Afrique 2003,539-43.

**13- BIAVA M-F, DAO A, FORTIER B.**

Laboratory diagnosis of ciystic hydatid disease.

World J Surg 2001; 25: 14 -15.

**14- BISMUTH, CASTAG D, HOUSSIN D.**

Chirurgie des carcinomes hépatocellulaires, une nouvelle approche.

Chirurgie, 1984;110:509-516.

**15 – BISMUTH H, CHICHE L, ADA R, CASTAING D, ET AL.**

Lever resection virus transplantation for hepatocellular in carcinoma in cirrhotic patients.

Ann Surg, 1993;218:145.

**16 – BOUCHET Y, PASSAGIA J C, LOPEZ J F.**

Anatomie des voies biliaires extra hépatiques.

Ecycl Med Chir. (Paris-France), Techniques chirurgicales, Appareil Digestif, 40900, 10-1990, 16p.

**17 - BOURGEADE A, BARABE P, VINCENTELLI JM, DEMARRE B, MIR F.**

L'amibiase hépatique dans les hôpitaux de Marseille de 1974 à 1982.

Med Mal Inect 1986;16:374-377.

**18- BOUREE P.**

Hydatidosis: dynamics of transmission.

World J Surg 2001;25:4-9.

**19- BOUREE P, GAYRAL F.**

Diagnostic et traitement du kyste hydatique.  
Encycl Med chir, paris, foie-pancreas, 7023A10,6.1982.

**20 – BOUTELIER J, LAUROY, CHAMPAULG, KIKASSA J C.**

Lithiase de la voie biliaire principale.  
Analyse du traitement chirurgical de 130 cas consécutifs.  
Presse médicale, 1995 ;24,3:164–168.

**21- BRET P M, FOND A, BRET A GNOLLLE M, LABADIE M, BRET P, BUFFARD, P.**

Une technique simple de guidage des ponctions percutanées par l'échographie temps réel.  
J Radiol, 1982 ; 63:363-366.

**22 - BRETTER R.**

La lithiase biliaire.  
Cah Med, 1983, 27:1627.

**23– BUVET B BRETTER.**

Symptômes et complications de la lithiase biliaire.  
Encycl. Med. Chir, (Paris- France) Foie – Pancréas, 1997,70 B,7,10P.

**24- -BRUCKNER DA.**

Amebiasis. Clin Microbiol Rev 1992 ; 5:356-369.

**25 - CAPRON J. P.**

Qui forme des calculs de cholestérol ?  
Gastroenterol clin Biol 1994; 18:998-995.

**26 - COUINAUD C.**

Le foie, études anatomiques et chirurgicales.  
Masson Paris, 1955;3:47-50.

**27 - CRONINK K.**

Pyogenic abscess of the liver.  
Gut 1961; 2: 53-59.

**28 - DARNIS F.**

Rôle des facteurs alimentaires dans la genèse des cancers primitifs du foie.  
Gaz med Fr, 1980; 87:2863–2870.

**29- DE LA REY NEL J, SMJEE AE, PATEL A.**

Indications for aspiration of amoebic liver abscess.  
S Afr Med J 1989;75:373-376.

**30- Debonne J M, Rey P, Coton T, Le Gall P, Carre D, Guisset M, Klotz F.**  
Modalités thérapeutiques du kyste hydatique du foie : avancée ou révolution. Med.  
Trop., 1997,57,327-334.

**31-Develoux M.**

L'hydatidose en Afrique en 1996 : aspects épidémiologiques.  
Med. Trop,1996,56,177-183.

**32- DIOP B, COLY D, AGBETRA M, SANKALE M.**

Aspects anatomo-cliniques du cancer primitif du foie.  
Med Afri Noire, 1997; 24 (12): 826-830.

**33-DIARRA EL S.**

Contribution à l'étude de l'hydatidose humaine (à propos des premiers cas observés au Mali).  
Thèse Med, Bamako:1983-M-2.

**34 - DUQUESNE J, NGIRABANYGINYA A.**

Evolution échographique des abcès amibiens hépatique. Place actuelle de la ponction évacuatrice.  
J Radiol 1990 ; 71 :279-285.

**35-Elhachimi A. Hydatidose** : à propos de quelques localisations inhabituelles.  
Med. Trop, 2000,60, 271-272.

**36– GENDRON Y, CHAHTOURA F, GRAS C.**

L'amibiase hépatique en polynésie Française : étude de 42 cas.  
Med Trop 1992;52:29-33.

**37 – GENTILINI M, DUFLO B.**

Affections bilio-pancréatiques.  
Med Trop 4<sup>ème</sup> Edition Paris: Flammarion 1986 ;928p.

**38- GORDON A B, BATE S, FDDIAN R V.**

A controlled trial of drainage after cholecystectomy.  
Brit J Surg 1976; 63: 278-82.

**39- Gharbi H A, Hassine W, Abdesselem K.**

L'hydatidose abdominale à l'échographie. Réflexions, aspects particuliers. Ann. Radiol., 1985, 28, 31-34.

**40 - GOUILLAT C.**

Complication de la lithiase biliaire.  
Etiologie, diagnostic, traitement.  
Rev Prat 1996; 46: 1157-62.

**41- GOGIC N, FREYC F, GAINES R.**

Acute cholecystitis  
Surg. Gynecol. Obstet., 1975; 140:868-874.

**42- GUENARD H.**

Controle de la secretion biliaire.  
Physiologie humaine 2<sup>ème</sup> Edit. Paris : Pradel, 1996.570

**43- GUPTA RK, PANT CS, PRAKASH R, BEHL P, SWAROOP K.**

Sonography in complicated hepatic amoebic abscess.  
Clin Radiol 1987;38:123-126.

**44- HABOU BEY DIT BABOU BA.**

Lithiase des voies biliaires dans le service de chirurgie « B » à l'hôpital national du point « G » de 1979-1994.  
Thèse de Méd: Bamako : 97 M -23.

**45 – HAI AA, SINGH A, MITTAL VK, KARAN CC.**

Amoebic liver abscess. Review of 220 cases.  
Int Surg 1991;76:81-83.

**46- HEPP J, BISMUTH H.**

Problèmes généraux de la lithiase biliaire.  
EMC Paris, France) 40915, 1977,16p.

**47- HERFATH CH, HEUCHEN U A, LAMADE W, LEHNERT TH UND OTTO G.**

Rezdiv –resektionen on der leber bei primaä und sekundadaren iebermanlignomen.  
Chirurgie, 1995; 66 949-958.



**48 –HERFATH CH, HEUSCHE U A, LAMDE W, LEHNERT T H UND OTTO G.**

Reziev-resektionen ander leber bei primaäen und sekundären lebermalignomen. Chirgie? 1995,1988.

**49- HOFFMANN J,LORENTZEN M.**

Drainage after cholecystectomy.  
Bry surg 1990;159:241-5.

**50- IBARRA-PEREZ C.**

Thoracic complication of amoebic abscess of the liver. Report of 501 cases.  
Chest 1981;79:672-677.

**51- ISHIKURA H, KIRIMOTO M ET AL.**

Hepataid adenocarcinomas of the stomach: an anlysis of seven case.  
Cancer, 1986,58:119-126.

**52– JAMES K, SODJI A, KPOSSOH, A OUN, G, HOMAWOK.**

La lithiase biliaire au CHU de Lomé.  
Publication médicale Africaine 1989 ; 97:43-50.

**53– JUIMO AG, GERVEZF, ANGWAFO FF.**

Extra intestinal amibiasis.  
Radiology 1992;182:181-183.

**54- KADI J, KRON B.**

Les voies biliaires :  
Anatomie du corps humain. Abdomen .Paris :Maloine, 1970.129p.

**55-KAYO A.**

L'hydatidose au Mali, à propos de 19 cas.  
Thèse Med, Bamako ; 1995-115P ; 14.

**56- Klotz F, Nicolas X, Debonne J M, Garcia J F, Andreu J M.**

Kystes hydatiques du foie. Encycl.  
Med. Chir., Hépatologie, 7-023-A-10,2000,16p.

**57- LAGACHE G, VANKEMMEL M. TRIBOULET JP.**

Lithiase de la voie biliaire principale.  
Académie de chirurgie Masson (Paris) ; 1993;109:288-290.

**58– LAROCHE R, MOLAR D, NDABANELE E, NGAMIYE E, AUBRY P.**  
L'amibiase hépatique à Bujumbura (Burundi). A propos de 27 cas observés en 16 mois.

Bull Soc Pathol Exot 1987; 80:196-201.

**59– LAVERDANT C, DENEÉ JM, ROUE R, MOLINIE C, DALY JP, FLECHAIRE A et al.**

L'amibiase hépatique : étude de 152 observations.

Gastroenterol Clin Biol 1984; 8: 838-844.

**60- LIN TY.**

The results of hepatic lobectomy for primary carcinoma of the liver.

**61 - MAGASSA NANA.**

Le cancer primitif du foie à Bamako.

Thèse, Med ,Bamako, 1981;3.

**62- MALVYP, LEBORGNE J, LGNEEL JC.**

Etude rétrospective d'une suivie de 250 observations de la lithiase de la voie biliaire principale.

Academie de chirurgie. Masson (Paris), 1993,109:268-273.

**63– MAMADOU MOUSTAPHA DIENG.**

La chirurgie du CPF à Dakar, 1991, à propos de 52 observations.

Thèse, Médecine, Dakar, 1991,52.

**64– MAUPAS PH, GOUDEAU A, DRUCKER J, COUSAGET P.**

Virus de l'hépatite B et cancer primitif du foie.

Institut de virologie, Tours, 1974.

**65- MC INTTRE KR, WALDMANN TA, MEERTEL CG, GOW.**

Serum alpha foeto-protéine in patients with neoplasm of the gastrointestinal tract.

Cancer Res, 1975; 35: 991-996.

**66– MEENSOCK C.**

Apha-fetoprotein in amebic liver abscess.

Am J Gastroenterol 1987;82:386-388.

**67– MOLINIE C et MENNECI .**

Amibiase hépatique.

Encycl.Méd. Chir (Elsevier, Paris) Hépatologie, 7-027-A-10,1997,6P.

**68- MONOD C, DUHAMEL B.**

Vésicule biliaire.

Schema d'anatomie. Abdomen N°7. Paris:

Vigot, 1983.251p.

**69- MOREAUX J.**

Traitement chirurgical et non chirurgical de la lithiase biliaire: évolutions et orientations.

EMC (Elsevier, Paris), techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-

**70- MOUMEN M.**

La resection du dôme du kyste hydatique du foie.

93<sup>e</sup> congrès français de chirurgie paris 30 sept-3 oct 1991.

**71 - NDJITTOYOP E C, GONSU F J. SOSSO A M, ABOLOMBENML, NGONDE C, NJOYAO, MASSOMISSE, MONTVYLOBE M, HAGBE P.**

Lithiase biliaire de l'adulte camerounais.

Aspect épidémiologique et morphologique.

Méd tropicale. 1990 ; 50:403-406.

**72- N'GBESSO R, KEITA K, DJEDJE AT.**

Critères de l'indication des abcès amibiens du foie: 228 patients.

J Radiol 1993 ; 74:575-780.

**73 NJOYA O, NDJITTOYAP NDAM EC, NGOUE N, NGONDE SENDE C.**

Abcès amibien du foie à Yaoundé.

Cahier santé, 1999;9:122.

**74- NOZAIS J.P.**

L'hydatidose dans le bassin méditerranéen. Historique, répartition actuelle.

Med Mal infec 1989;19:439-443.

**75-Pecarrere J L, Anandra R, Raharisolo C, Esterre P, Huerre M.**

Hydatidose hépatique à Madagascar : à propos d'un cas d'origine autochtone. Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 1994, 61, 103 -104.

**76- PELLETIER G, SALLES J.P.**

Indication des méthodes thérapeutiques de la lithiase biliaire

EMC (Elsevier, Paris) Hépatologie 1997,7,047.E10,4p.

**77- PICHARD E, TRAORE H A, DEBE LE M, DOUMBO O, PENE P.**

Traitement court de l'amibiase hépatique par le tinidazole.

Bull Soc Path Exo 1991;84:94-100.

**78- PICOT S, AMBROISE-THOMAS P.**

Facteurs et conditions de la pathogénicité d'Entamoeba histolitica.

Lettre Infectiol 1994;9:317-322.

**79- PIERE AUBRY.**

Hydatidose ou kyste hydatique.

Actualité 2004.

Mise à jour le 20 / 07 /2004.

**80 - RAPIN M.**

La lithiase biliaire.

Le grand dictionnaire encyclopédique médical.

Paris : Flammarion, 1986.1394p.

**81- RAVDIN JI.**

Diagnosis of invasive amoebiasis- time to end the morphology era.

Gut 1994, 35: 1018-1021.

**82 - REED SL.**

Amebiasis: an update.

Clin Infect Dis 1992;14:385-393.

**83 - REYS LL, PURCELL RM, HOLLAN PV, ALTER H.**

The relation ship between hepatitis B virus infection and hepatic cell carcinoma in Mozambique.

Trop Geogr Med, 1977;29:251-256.

**84- ROCHE J, FRAIROT A, BE RAUD G, VOLLE L.**

Sémiologie de la lithiase biliaire.

Concours médical 1989:1249-1254.

**85- SAIMOT A-G.**

Medical treatment of liver hydattidosis.

World J Surg 2001;25;15-20.

**86- SANLORENZO M, CALDERA D, RANDRIAMMITANT S, RAKOTONDRAO J, FRAZANADRAMAIVO.**

Lithiase biliaire dans le sud de Madagascar.

Med d'Afr Noire 193;40:585-588.

**87 - SANKALE M, AM SOW.**

Cancer primitif du foie et de l'hépatite B en Afrique Noire.  
Med Afr Noire, 1977;24(12):820-823.

**88- SANOU A.**

Contribution à l'étude du traitement médical et chirurgical des cancers primitifs du foie observés en Afrique de l'ouest.  
Thèse, Médecine, Dakar, 1974;24.

**89- SAYERK I, ONAT D.**

Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid.  
Cyst of the liver. World J, Surg 2001;25:21-7.

**90 - SEGOL PH.**

Cancer primitif du foie.  
Thèse Médecine, Caen, 1988.

**91- SEKGE ELLINGEK.**

Physiopathologie, Epidémiologie et histoire naturelle de la lithiase biliaire.  
Encycl. Med. Chir. (Paris – France), foie – Pancréas, 7047A°, 9,1986,10P.

**92- SIDIBE E.**

Les marqueurs sérologiques de l'hépatite B au Mali.  
Thèse, Med, Bamako, 1980-18.

**93- SINE B; KOUMARE A K, BA T, DIOMBANA ML; KANE S.**

Registre du cancer du Mali ,87-89.In :PARKIN DM ,MUR CS , WHEL AN SL,GAO YT, FERLAY , et POWEL J.(eds).Cancer incidence in five continents ,volume IV CIARC scientific publications N°120, Lyon , iarc, 1992.

**94- SISSOKO M.**

Cancer primitif du foie, étude clinique et traitement dans le service de chirurgie « B » à l'hôpital national du point G : 35 cas.  
Thèse de médecine Bamako. 98-M-48.

**95 – STOPPA R, MAUGER.**

L'heur de la chirurgie dans le traitement des cholécystites aiguë lithiasiques.  
Med Chir. Dig HGE 1999;20:(8):59-60.

**96- TAKONGMO S, GAGGIINI J MALONGA E, EDZOA T, OSSODO M, ESSAME OYONO, NKO'O MAVEME.**

Lithiase biliaire au CHU de Yaoundé.

Publ Med Afr 1990;114:36-39.

**97- TIMBO. S. K.**

Nouvelle contribution à l'étude du CPF à Bamako.

Thèse, Méd, Bamako 82- M -9.

**98- TON-THA-TUNG, GUYEN DUONG.**

Bilan d'une espérance de la chirurgie d'exérèse du foie.

Chirurgie, 1970;96:836-840.

**99- TOURE ABDOULAYE.**

Contribution à l'étude des cancers primitifs du foie au Mali (à propos d'une étude statistique de 1378 cas).

Thèse Med, Bamako, 1985, 6.

**100- TRAORE H.**

Contribution à l'étude de l'amibiase à Bamako,

Thèse, Med, Bamako, 1978;12.

**101- TRAORE H, TRAORE A K, MAIGA M J, DICKO A M, DEMBELE M, KANE M, DIALLO D, KOUMARE A K, DIALLO A N, PICHARD E, TRAORE I.**

La lithiase biliaire en milieu tropical.

Aspects cliniques biologiques, échographiques à l'hôpital national du point « G ».

Med Chir Dig 1993,22:247-249.

**102-TRAORE M I.**

Les abcès du foie en milieu hospitalier de Bamako.

Thèse med; Bamako: 2006 – 83P; 63.

**103- TRAORE M I.**

Abcès du foie en milieu hospitalier.

Thèse Médecine Bamako Mali 2006 M 63.

**104 - TRINHVAN MINTH, GALIZIA G.**

Segmentation du foie et les variations du système porte.

Ann Chir, 1990; 44:561-569.

**105- TRONCY P.M.**

Echinococcose-Hydatique dans le bassin tchadien.

Thèse de Médecine vétérinaire, Maison Alfort, France, 1968.

**106- WAY W, SLEISENGER M.**

Acute cholecystitis.

Gastro-intestinal disease, 1983:1374.

**107- WEPSIC H T, KIKPATRICK A.**

Alphafoetoprotein and its relevance to hum and disease,

Gastroenterology, 1997:77:787-796.

**108- YAHCHOUCI E et CHERQUI D.**

Abcès non parasitaires du foie. Diagnostic et conduite à tenir.

Encycl. Med. Chir (Elsevier, Paris), Hépatologie, 7-015 C-15, 1998, 8P.

**109- YUSTE M.G, DUQUE J.L, HERAS F, ET AL.**

Evolution thoracique des kystes hydatiques du foie et ses complications. A propos de vingt et une observations.

Ann chir 1984, 38:153-157.

**110- Zaouche A, Haouet K, Jouini M, El Hachaichi A, Dziri C.** Management of liver hydatid cysts with a large biliocystic fistula multicenter retrospective study.

World J Surg 2001;25:28-39.

**111-ROUVIERE H.**

Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle.

Tome II Paris: Masson, 1976-[4]- 916p.

-

# **ANNEXES :**



## 8 - ANNEXES

### 8 -1 ABREVIATIONS:

Ag = antigène

CPF = cancer primitif du foie

HI = hôte intermédiaire

HD = hôte définitif

% = pourcentage

FMPOS = Faculté de médecine pharmacie et odontostomatologie.

VCS = veine cave supérieure

VCI = veine cave inférieure

VP = veine porte

< = inférieur

## 2 - RESUME :

NOM: **DEMBELE**

PRENOMS: **BAKARY MAMBY**

TITRE: AFFECTIONS HEPATOBILIAIRES CHIRURGICALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE "B" A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G A PROPOS DE 177 CAS (1979 A 2005).

ANNEE : 2005 – 2006

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

SECTEUR : CHIRURGIE

### CONTENU :

Les affections hépatobiliaires étaient considérées comme rares en Afrique. Mais l'avènement de l'échographie a tendance à modifier cet état de fait.

En Afrique ; particulièrement au Mali : peu de travaux chirurgicaux ont été publiés sur les quatre principales affections hépatobiliaires auxquelles nous sommes intéressés dans notre études (Lithiase biliaire, CPF, Abscès amibiens du foie et kyste hydatique).

Les objectifs de cette étude ont été les suivants :

- objectif général : étudier les affections hépatobiliaires chirurgicales dans le service de chirurgie « B » à l'hôpital du point G (Bamako- Mali).
- Objectifs spécifiques : déterminer la fréquence de ces affections dans le service de chirurgie « B », décrire l'évolution de cette fréquence de 1979 à 2005, décrire les problèmes diagnostiques de ces pathologies, décrire les modalités thérapeutiques.

Il s'agissait d'une étude rétrospective. Elle a porté sur 177 cas d'affections hépatobiliaires. Sur les 177 malades répertoriés, 102 (57,7%) étaient des lithiases biliaires, 51 (28,8%) étaient des CPF, 14 (7,9%) étaient des abcès amibiens du foie et 10 (5,6%) étaient des kystes hydatiques du foie.

Le sexe ratio a été de 1,3 en faveur des femmes ; l'âge moyen des malades a été de 45,42 ans.

Le motif de consultation le plus fréquent a été la douleur de l'hypocondre droit.  
132 malades ont été opérés, 45 malades n'ont pas été opérés.  
La modalité thérapeutique est fonction du diagnostic.  
Le taux de mortalité post-opératoire immédiat a été de 0%

## **FICHE D'ENQUETE :**

### **I – IDENTIFICATION DU MALADE :**

- Q1 – N de la fiche d'enquête \_\_\_\_\_ / / / /  
Q2 numéro du dossier \_\_\_\_\_ / / / / / / / /  
Q3 Nom et prénom-----  
Q4 Age -----  
Q5 sexe : ...../.../  
1-masculin 2-féminin  
Q6- Ethnie-----/ /  
1-Bambara 2-malinké 3-Sarakolé 4- peuhl 5-dogon 6-bozo 7-somono 8-sonrhaï 9-autre  
Q7-principales occupations-----/----/  
1-ménagère 2-cultivateur 3-cadre supérieur 4-cadre 5-commerçant 6-élève ou étudiant 9-  
autres  
Q8 Nationalité -----/---/  
1-malienne 9-autres  
Q9 Date de consultation –jour –mois –année -----/---/  
Q10 Adressé(e) par -----/---/  
1-médecin 2-Autres agents de santé 3-venu de lui même 9-autres  
Q11 Provenance-----/---/  
1-Kayes 2-Koulikoro 3-Sikasso 4-Ségou 5-Mopti 6-Tombouctou 7-Gao 8-Kidal 10-  
Bamako 9- autres  
Q12 Adresse dans Bamako -----  
Q13-catégorie d'hospitalisation:-----/---/  
1- 1<sup>ère</sup> 2- 2<sup>ème</sup> 3-3<sup>ème</sup> 4-VIP 9 indéterminé

### **II- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

#### **A- INTERROGATOIRE**

- Q14- Motif de consultation-----/---/  
1- Douleur de l'hypochondre droit 2- Douleur épigastrique 3- Masse abdominale 4- Toux  
5- Prurit 6- Ictère 7- Amaigrissement 9- Autres  
Q15- Mode du début-----/---/  
1- Brutal 2- Progressif 9- Autres  
Q16- Durée d'évolution de la maladie-----/---/  
1- Heure 2- Jour 3- Mois 4-Année 9-Autres  
Q17- Circonstance de découverte-----/---/  
1- Post-prandial précoce 9- Autres  
Q18- Notion de contact avec le chien-----/---/  
1- Oui 2- Non 9-Indéterminé  
Q19 – Notion de contraception -----/---/  
1- Oui 2- Non 9-Indéterminé  
Q20- A déjà consulté -----/---/  
1- Médecin 2- Infirmier 3- Tradithérapeute 9- autres  
Q21- Signes d'accompagnement-----/---/  
1- Selles décolorées 2- Urines foncées 3- Nausées ou vomissements 4-Fièvre ou frisson  
5-pesanteur 6 : 1+2 7 : 12+3 8 : 1+2+3+4 10 : 3+4 9- autres.  
Q22- Traitement reçu avant consultation-----/---/

1- Antalgique 2- Anti-inflammatoire 3- Antibiotique 4- Morphine 5- Médicament traditionnel  
6- 1+2 7- 1+2+3 8 -2+3 9- 2+6+4 10- 1+4 19- Autres

Q23- Antécédents chirurgicaux-----/---/

1- Jamais été opéré 2- opéré [pourquoi ?]

Q24- Antécédents médicaux-----/---/

1- Drépanocytose 2- Dysenterie amibienne 3- Ictère 4- Diabète 5- Aucun 6- HTA 9- Autres

Q25- Habitudes socio alimentaires-----/---/

1- Alcool 2- Tabac 9- Autres

## B- EXAMEN PHYSIQUE

Q26-Etat général -----/---/

1-Bon 2-altéré

Q27-Température (°C) -----/---/

Q28-Pouls (pulsation / minute) -----

Q29-Taille (m) -----

Q30-Conjonctives -----/---/

1- Colorées 2-pales

Q31-Tension artérielle maximale (mmhg) -----

Q32-Tension artérielle minimale (mmhg) -----

Q33-Abdomen -----/---/

1-Respire bien 2-Respire mal

Q34-Masse abdominale palpable -----/---/

1-Oui 2-Non

Q35-Signe de Murphy -----/---/

1-Présent 2-Absent

Q36-Auscultation pulmonaire-----/---/

1-Normale 2-Anormale

Q37-Auscultation cardiaque-----/---/

1- Normale 2-Anormale

## II- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

\_\_\_Q38-Echographie abdominale- -----/---/

1-faite 2-non faite

Q39-A-S-P -----/---/

1-faite 2-Non faite

Q40-Cholécystographie orale-----/---/

1-Faite 2-Non faite

Q41-Cholangiographie intraveineuse-----/---/

1-faite 2-Non faite

Q42-Scanner abdominal-----/---/

1-Fait 2-Non fait

Q43-F O G D-----/---/

1-Faite 2-Non faite

Q44-T O G D-----/---/

1-Faite 2-Non faite

Q45-Lavement baryté-----/

1-Faite 2 -Non faite

- Q46-C P R E-----/---/  
1-Fait 2-Non fait
- Q47-Cholangiographie per-opérateur-----/---/  
1-Faite 2-Non faite
- Q48-sérologie amibienn-----/---/  
1-Positive 2-Négative 3-Non faite
- Q49-Sérologie hydatique-----/---/  
1- Positive 2-Négative 3-Non faite
- Q50-Alphafoeto-proteine-----/---/  
1- Positive 2-Négative 3-Non faite
- Q51-Transaminases-----/---/  
1-Normales 2-Augmentées 3-Non faites
- Q52-AgHbs-----/---/  
1- Négatif 2 –positif 3-Non fait
- Q53-phosphatases alcalines-----/---/  
1-Normales 2 Augmentées 3- diminuées 4-non faites
- Q54 –T P -----/---/  
1-Normale 2-Diminuée 3- Augmentée 4-Non faite
- Q55-Glycémie -----/---/  
1- Normale 2-Elévée 3- Abaissée 4-Non faite
- Q56- N F S -----/---/  
1-pas d'anémie 2-Anémié 3-Non faite
- Q57- V S -----/---/  
1-Normale 2-Accélérée 2-Non faite
- Q58-Triglycéride -----/---/  
1- Normale 2-Augmentée 3-Diminuée 4-Non faite
- Q59-Cholestérol -----/---/  
1-Normale 2-Augmentée 3 Diminuée 4-Non faite
- Q60-Lipides totaux-----/---/  
1-Normaux 2-Augmentés 3-Diminués 4-Non faits
- Q61-Amilasémie -----/---/  
1\_Norrmale 2-Augmentée 3-Diminuée 4-Non faite
- Q62-Bilirubine directe-----/---/  
1-Normale 2-Augmentée 3-Diminuée 4-Non faite
- Q63-Bilirubine indirecte -----/---/  
1-Normale 2- Augmentée 3-Diminuée 4-Non faite
- Q64-bilirubine totale-----/---/  
1-Normale 2-Augmentée 3-Diminuée 4-Non faite
- Q65 – Selles POK-----/---/  
1-Fait 2-Non fait 9-Indéterminé
- Q-66- Radiographie thoracique : 1-Faite 2-Non faite-----/---/

#### IV- DIAGNOSTIC

- Q67-Lithiase biliaire-----/---/  
Q68-Abcès du foie-----/---/  
Q69-Cancer du foie-----/---/  
Q70-Kyste hydatique hépatique-----/---/

## V- TRAITEMENT

Q71-Traitement médical reçu avant l'intervention-----/---/

1-Oui 2-Non 9-Indéterminé

Q72-Nature du traitement médical -----/---/

1-Antalgique 2-Anti-spasmodique 3-Antibiotique 4-Morphine 5-1+3 6-2+3  
7-3+4 9-Autres

Q73-Evolution du traitement médical -----/---/

1-Avec succès 2-Sans succès

Q74-Technique opératoire –C R O-----

Q75- Durée d'hospitalisation post opératoire (jour) -----/---/---/

Q76-Suites opératoire pendant l'hospitalisation-----/---/

1-Simples 2-Complication 3-Décès

Q77-Etat général le jour de sortie-----/---/

1- Bon 2-Mauvais 3-Passable

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.**

**Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.**

**Admis 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 mœurs ni à favoriser le crime.**

**Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe 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 d'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 !**

**Je le jure.**