

Ministère de l'Éducation Nationale

Ecole nationale de Médecine
et de Pharmacie du Mali

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

Année Universitaire 1989 - 1990

N° _____

**Contribution à l'Étude des masses volumineuses
de l'abdomen - Étude prospective de 20 cas dans
le service de chirurgie "A" de l'hôpital du point G**

THESE

Présentée et Soutenue publiquement le _____ devant
l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par

Mr Oumar Sassi Traoré
né le 25 Janvier 1962

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine
« Diplôme d'Etat »**

Examineurs

Président Professeur Abdou Alassane Touré

Assesseurs Dr Alain Gabriel Delaye

Dr Abdoulaye Diallo

Dr Hamar Alassane Traoré

Directeur de Thèse Professeur Sambou Soumaré

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1991-1992

LISTE DES PROFESSEURS

Professeur ISSA TRAORE	Doyen
Professeur BOUBACAR S.CISSE	Premier Assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième Assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Professeur Bakary M.CISSE	Secrétaire Général

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGRGES

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aloiu BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho.Traumat.Sécourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumato
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

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

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Path.
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Chef D E R Sciences Fond.

3. DOCTEURS 3°CYCLE

Professeur Moussa HARAMA	Chimie organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie analytique

Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Mahamadou CISSE	Biologie
Professeur Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Professeur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Professeur N'yenigue S.KOITA	Chimie organique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D E R MEDECINE
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBAMY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médec. Interne
Docteur Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matieres Médicales
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D E R SCES PHARM.

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Docteur Hubert BALIQUE

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

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Docteur Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
Docteur Bocar G. TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Docteur Mme CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Bouba DIARRA	Bactériologie
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Professeur Bakary I. SACKO	Biochimie
Professeur Yoro DIAKITE	Maths
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Docteur Aliou KEITA	Galénique
Docteur Boubacar KANTE	Galénique
Docteur Souléymane GUINDO	Gestion
Docteur Mrs Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mrs MAIGA Ftoumata SOKONA	Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro-enterologie
Docteur Abdel Kader TRAORRE	Medecine Interne
Docteur Drissa DIALLO	Matière Médicale
Docteur Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie
Docteur Saharé FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoît KOUMARE	Chimie Analytique

C. E. S

Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Georges YAYA (Centrafrique)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Amadou DIALLO (Sénégal)	Ophtalmologie
Docteur Askia Mohamed (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur N'DJIKAM Jonas (CAMEROUN)	Ophtalmologie
Docteur DEZOUNBE Djoro (TCHAD)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie Générale
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie Générale
Docteur Mohamed Ag BENEDECH	Santé Publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur J.P.BISSET	Biophysique
Professeur F.ROUX	Biophysique
Professeur G.FARNARIER	Physiologie
Professeur G.GRAS	Hydrologie
Professeur E.A.YAPO	Biochimie
Professeur Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIANE	Pharmacie Chimique
Professeur Issa LO	Législation

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Adama SANOGO	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur TRAORE J.THOMAS	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.

JE DEDIE

CE MODESTE TRAVAIL

- *A notre père Sassi TRAORE qui malgré la modicité de ses moyens n'a rien ménagé pour l'éducation, l'instruction et la réussite de ses enfants ; qu'il trouve ici la concrétisation de ces efforts et l'expression de notre éternelle et profonde gratitude.*
- *A notre mère Madame Fatoumata Barry dont l'affection et l'aide ne nous a jamais fait défaut ; qu'elle trouve dans ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.*
- *A notre père Ibréhima DOUMBIA, et sa famille dont l'affection, l'aide et l'assistance ne nous a jamais fait défaut ; qu'il trouve dans cette oeuvre nos sentiments de profond respect et notre profonde reconnaissance.*
- *A ma grand-mère Diary BAH nous vous remercions par votre amour pour nous.*
- *A mes oncles Boubacar Diaby BARRY (M.S.C), Moumouny BARRY, Bila SOW : nous vous serons reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour nous.*
- *A mes frères et soeurs pour leur affection et leur respect. Soyez assurés de notre amour et de notre disponibilité.*
- *A toutes nos tantes : recevez l'expression de notre profonde gratitude.*

A mes amis :

- *Fabou SOUMARE, et toute sa famille, Informaticien. Tu nous a assuré le secrétariat de ce travail avec tes collègues Cheickna TRAORE et Sali DEMBELE. Nous ne vous oublierons jamais. Nous admirons votre courage et votre simplicité. Nous vous serons reconnaissant.*
- *Modibo BAGAYOKO et à toute la famille BAKAYOKO rien ne peut nous séparer. Nous admirons votre courage. Bonne chance.*
- *Dosson DIARRA, nous vous serons toujours reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour nous. Nous vous remercions beaucoup ; bonne chance.*
- *Issa DIABATE : Ami exemplaire. Bon courage.*
- *Mahamadou TRAORE : Merci pour les bons conseils.*
- *Clotilde KEITA : Femme exemplaire ; nous ne t'oublierons jamais.*
- *Awa KONE, à sa grande-soeur Madame KONATE, son beau frère le Capitaine Adrien KONATE. Nous ne vous oublierons jamais quelque soit le lieu et le moment. Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.*

- *A Capitaine Djibril TRAORE : Merci pour les bons conseil et les encouragements.*
- *Lieutenant Adama TRAORE : MERCI.*
- *Moussa Boï COULIBALY : Bon courage et bonne chance.*
- *Boubacar Moussa KEITA et toute sa famille et ses amis.*
- *Mamou MAKASSOABA et ses amis.*
- *Docteur Seydou Naurou DIALLO, Alassi MAIGA, Charles DIARRA (Surveillant de l'hôpital de Kati). Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.*
- *Amara CISSOKO, toute sa famille et ses amis.*
- *Bourama DIABATE, Aide chirurgie à HPG, Merci.*
- *A tout le personnel du service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G.*
- *A Madame DELAYE Lili, Merci pour votre gentillesse.*

REMERCIEMENTS

Notre Président du Jury,

*Le Professeur Abdou Alassane TOURE,
Agrégé en Chirurgie Orthopédie-Traumatologie,
Chef de service de Traumatologie-Othopédie de l'hôpital Gabriel Touré.*

L'étendue de nos connaissances, la clarté de notre enseignement, votre rigueur scientifique, votre muncie dans le travail et votre dextérité chirurgicale sont celle parmi vos qualités reconnues unanimement. Malgré nos multiples occupations, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail.

Permettez nous cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et profond respect.

A notre Maître,

*Le Docteur Alain Gabriel DELAYE,
Chirurgien Thoracique et viscéral à l'hôpital du Point "G",*

Simplicité, compétence, disponibilité, gentillesse voilà quelques unes des qualités qui vous sont unanimement reconnues.

Malgré vos multiples occupations vous nous avez fait honneur de siéger dans ce jury.

A notre Maître et juge.

*Le Docteur Abdoulaye DIALLO,
Anesthésiste-Réanimateur,
Chef du service d'Anesthésie et de Réanimation de l'hôpital du Point "G".*

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être parmi les juges de ce travail, malgré vos multiples occupations. Nous avons bénéficié de votre collaboration, de notre disponibilité de votre compétence.

Simplicité, disponibilité, gentillesse, voilà quelques mots qui puissent qualifier votre personnalité.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et juges

*Le Docteur Hamar Alassane TRAORE,
Assistant Chef clinique Médecine interne à l'hôpital du Point "G",*

Votre simplicité et votre modestie font que vous êtes à un abord facile.

Nous avons eu à vous apprécier à l'hôpital comme un excellent clinicien, échographiste et endoscopiste. Vous avez fait l'échographie de beaucoup de nos patients. Nous sommes très honorés de vous compter parmi nos juges. Soyez assuré cher maître de notre respectueuse gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse,

*Le professeur Sambou SOUMARE,
Agrégé en Chirurgie Générale,
Chef de service de la chirurgie "A" à l'hôpital du Point "G",*

Nous sommes fier d'être parmi les élèves d'un maître résolument tourné vers les recherches et soucieux de former des jeunes médecins pour l'avenir du grand bien de ce pays.

Avec tous vos élèves nous sommes sensibles à votre dynamisme et votre rigueur dans le travail. Votre sagesse et votre grande expérience chirurgicale font de vous un grand Maître.

Cette thèse que vous nous avez confiée nous l'aurions voulue parfaite, afin d'être digne de votre confiance.

Puisse t-elle être un faible témoignage de votre reconnaissance et de notre fidèle attachement.

Au Professeur Abdoul Karim KOUMARE : Merci pour les différentes suggestions.

Au professeur Bakary M. CISSE : Merci.

Nous tenons à remercier très sincèrement tous les amis et promotionnaires : Bréma Yacouba TRAORE, N'Tji KEITA, Bourama TRAORE.

Aux Docteurs

- Mamadou Aguibou CISSE*
- Filifing SISSOKO*

Nous apprécions beaucoup, l'ouverture d'esprit, la compétence et la disponibilité dont vous faites preuve envers tous les stagiaires qui passent dans votre service.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Aux Docteurs

- Ogobara DOUMBO*
- Mamadou KANE*

Accepter l'expression de notre profonde reconnaissance.

A tous les travailleurs et étudiants ressortissant de Kati et de l'Ecole de Médecine et de la Pharmacie du Mali.

ABREVIATIONS

M.V.A. =	Masse Volumineuse de l'Abdomen
A.C.E. =	Arrière Cavité des Epiploons
A.M.S. =	Artère Mésentérique Supérieure
A.M.I. =	Artère Mésentérique Inférieure
H.T.A. =	Hypertension Artérielle
N.F.S. =	Numération Formule Sanguine
V.S. =	Vitesse de Sédimentation
T.S. =	Temps de Saignement
T.C. =	Temps Coagulation
Q.S.D. =	Quadrant Supérieur Droit
Q.S.G. =	Quadrant Supérieur Gauche
Q.I.D. =	Quadrant Inférieur Droit
Q.I.G. =	Quadrant Inférieur Gauche
T.B. =	Tumeur Bénigne
T.M. =	Tumeur Maligne
T.I. =	Tumeur de nature histologiques Indéterminée
A.S.A. =	American Society of Anesthesiologists
Echo. =	Echotomographie
L.B. =	Lavement Baryté
A.S.P. =	Abdomen Sans Préparation
H.S.G. =	Hystérosalpingographie
U.I.V. =	Urographie Intra-Veineuse
F.O.G.D. =	Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale
H.N.P.G. =	Hôpital National du Point G
Anapath. =	Anatomo-pathologie
A.E.G. =	Altération de l'Etat Général
T.R.A. =	Tableau Rappel Anatomique
T.Hb. =	Taux d'hémoglobine (g/100 ml)
G.R. =	Globule Rouge

S O M M A I R E

I. INTRODUCTION	1
1. Définitions et limites du sujet	2
a. Définitions	2
2. Intérêt du sujet	3
3. Objectifs	4
II. REVUE DE LA LITTERATURE	5
III. RAPPELS	8
A. <u>ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DE L'ABDOMEN.</u>	9
B. <u>SÉMIOLOGIE DE L'ABDOMEN NORMAL</u>	19
IV. METHODOLOGIE	24
V. NOS RESULTATS	30
A) <u>LE RESUME DE NOS OBSERVATIONS</u>	31
B. <u>NOS RESULTATS</u>	47
1°) Activités globales annuelles du service par rapport aux M.V.A.	47
2°) Répartition du nombre de cas d'hospitalisation par rapport au nombre de tumeurs selon les mois de l'année.	48
3°) Répartition par l'Age	49
4°) Répartition par sexe :	50
5°) Répartition selon les ethnies	50
6°) Répartition selon la Profession :	50
7°) Répartition selon l'alphabétisation :	51
8°) Répartition selon la résidence habituelle :	51
9°) La provenance des malades :	51
10°) Répartition selon le motif de consultation :	52
11°) Répartition selon la durée d'évolution de la maladie remarquée par le malade ou son entourage	52
12°) Répartition selon le motif du retard de consultation.	52
13°) Répartition selon la symptomatologie associée :	54
14°) Aspect sur la localisation des tumeurs :	55
15°) Répartition selon les qualités physiques de la masse déduite de l'examen physique combiné avec les résultats histologiques	55
16°) Répartition selon les dimensions de la masse à l'examen clinique et les différents organiques intéressés	59
17°) Examens complémentaires :	60
a) <u>Les examens radiologiques</u>	60
18°) La diagnostic pré-opératoire d'organe.	66
19°) Techniques opératoires	67
a) <u>Les voies d'abord (les incisions abdominales).</u>	67
b) <u>Les gestes opératoires ;</u>	68
20°) Suites opératoires immédiates :	68

21°) Anesthésie-réanimation	69
22°) Résultat des examens histopathologiques :	71
23°) Durée d'hospitalisation post-opératoire	74
RESUME DE NOS RESULTATS	74
VI.COMMENTAIRE ET DISCUSSION	77
Les examens complémentaires	80
A) <u>Les examens radiologiques</u>	81
a) <u>L'Echotomographie</u>	81
b) <u>Les autres examens radiologiques :</u>	83
c) <u>Autres explorations-radiologiques :</u>	86
<u>L'Algorithme des explorations radiologiques pratiqué devant une</u> <u>masse volumineuse de l'abdomen</u>	87
B) <u>Les examens biologiques</u>	89
C) <u>Le traitement</u>	89
VII.CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	93
A. CONCLUSION :	94
B. RECOMMANDATION	96
BIBLIOGRAPHIE	98

I. INTRODUCTION

1. Définitions et limites du sujet

a. Définitions

a₁ Notion de tumeur et de masse :

La définition de tumeur est fournie pour le dictionnaire médical Larousse qui dit que c'est "une masse constituée par un tissu de formations nouvelles ayant tendance à persister ou à s'accroître. Elle est due à l'activité anormale de certains éléments de l'organisme adulte ou embryonnaire et constitue en somme une sorte de monstruosité des dits tissus. Les tumeurs se divisent :

- en bénignes gênantes seulement par leur volume et les troubles de compression qu'elles entraînent,
- en malignes à marches plus progressive et à tendance ulcéreuse qui provoquent des hémorragies et après ablation récidivent parfois soit à la même place soit dans les ganglions voisins, soit enfin se généralisent.

On prendra le terme de tumeur dans un sens très général et nous utiliserons celui de masse; car il s'agit en fait soit de masse pleine tissulaire soit de masse liquidienne soit de masse à contenu mixte.

Définition selon GUIVARC'H (11) : < < chez un sujet maigre, la masse volumineuse de l'abdomen peut être visible à l'inspection surtout à jour frisant et à l'inspiration profonde, chez l'obèse c'est la palpation qui découvre la masse et précise ces caractères > > .

a₂ Notion de volume

Pour nous 2 facteurs semblent intervenir :

1°) La taille réelle de la masse.

2°) Le volume de la masse par rapport à l'abdomen du malade.

Ces 2 notions expliquent qu'une masse qui paraît volumineuse chez un enfant est considérée comme petite chez l'adulte maigre et disparaît complètement chez l'obèse.

Donc à la notion de volume visible il faut ajouter une notion de rapport de volume entre l'abdomen du patient et la masse. Faut-il ajouter la notion de poids qui va avoir des conséquences sur la déformation de l'abdomen selon la position du malade. Une quantification est proposée au chapitre méthodologie.

b. Limites du sujet :

Nous avons éliminé de notre étude :

- 1°) Les masses appartenant à la paroi de l'abdomen car ce sont des masses, de diagnostic plus facile que les masses intra abdominales et en outre leur traitement ne nécessite pas l'ouverture de la cavité abdominale.
- 2°) Les masses volumineuses rencontrées dans les abdomens aigus car ici c'est l'urgence qui prime, alors que notre étude porte sur les malades qui sont hospitalisés explorés et opérés à froid.

2. Intérêt du sujet

Pas d'étude précédente faite au Mali sur l'entité masse volumineuse de l'abdomen. Il s'agit d'une pathologie qui n'est pas rare au Mali et d'une manière générale en Afrique de l'Ouest et qui est très peu documentée.

Les M.V.A. posent un problème surtout étiologique aux cliniciens et thérapeutique aux chirurgiens.

Si le diagnostic clinique est facile la masse étant vue d'emblée, le diagnostic étiologique est plus difficile à établir (la palpation est souvent difficile à interpréter) et peut nécessiter des investigations complémentaires coûteuses.

Les masses volumineuses présentent une entité clinique mais leur approche est différente selon les spécialités des chirurgiens. Exemple : les tumeurs rétropéritonéales sont volontiers confiées aux chirurgiens urologues mêmes si elles ne relèvent pas d'une maladie concernant l'appareil urinaire comme le cas des tumeurs nerveuses, des tumeurs surrenaliennes.

Le traitement est donc d'autant plus difficile que le diagnostic étiologique est incertain pouvant même conduire à une laparotomie exploratrice.

La masse tumorale peut entraîner des phénomènes secondaires (compressions vasculaires et ou digestives) pouvant détériorer l'état général du malade compliquant ainsi le traitement.

En général, ces MVA sont bien supportées pendant longtemps par le malade ce qui retarde la consultation en milieu médical moderne.

Voilà donc les principales raisons de notre choix.

3. Objectifs :

- Déterminer la fréquence des masses volumineuses de l'abdomen dans un service de chirurgie de l'Hopital National du Point G (HNPG).
- Caractériser les motifs de consultation.
- Décrire les circonstances de découvertes, les aspects cliniques, les problèmes de diagnostic et thérapeutiques des masses volumineuses de l'abdomen.
- Etablir que les MVA peuvent former une entité nosologique malgré leurs étiologies diverses .
- faire des conclusions et des recommandations.

II. REVUE DE LA LITTERATURE :

Au Mali : il n'y a pas eu d'étude spéciale sur l'entité masse volumineuse de l'abdomen.

Nous avons relevé :

- La Publication de KOUMARE (20) : rates ectopiques. A propos d'une rate de la fosse iliaque droite en 1981 dans Mali Médical (20).

Plusieurs thèses sur les fibrome utérins, les kystes de l'ovaire, les splénomégalies :

- Mlle TRAORE B. (39) : les splénomégalies tropicales idiopathiques au Mali en 1986.

Sur 140 cas de splénomégalies elle trouve 78 volumineuses.

- TRAORE M. M. (41) en 1986 trouve sur 38 cas de tumeurs de l'ovaire 9 cas de tumeurs volumineuses de l'abdomen.
- TRAORE M. (40) : trouve en 1986 sur 100 cas de fibromes 35 cas de tumeurs volumineuses.

En Afrique : nous avons consulté le répertoire de thèses soutenues et disponibles dans les bibliothèques et établissement d'Enseignement supérieur de l'Afrique de l'Ouest Francophone, dans ce document on a pas trouvé de thèse sur l'entité masse volumineuse de l'abdomen. Néanmoins on y trouve des thèses sur les kystes de l'ovaire les fibromes utérins, le lymphangiome kystique de l'abdomen, les splénomégalies :

S. Bayo en 1973 au Sénégal (3) : sur une étude de 316 cas de fibrome il y a 171 fibromes volumineux (54 %).

- Koutouan J. C. (22) en Côte d'Ivoire trouve en 1986 que sur 315 cas de fibrome 22 % étaient volumineux.
- F. Kouadio ATTA (21) décrit une volumineuse masse d'origine parasitaire en côte d'Ivoire.

En Europe notamment en France on cite l'article de M. Guivarc'h sur le diagnostic des masses palpables de l'abdomen.

L'article de Jeffrey D. (15) "Giant cystic Abdominal masses in children and Adolescent" Ultrasonic différential Diagnosis.

- J. Poncin (35) : Masses abdominales palpable de l'adulte en échotomographie. A propos de 92 observations.

L'article de Senecail B. (37) : Apport de l'échographie dans l'exploration des masses géantes de l'abdomen chez l'adulte.

Recemment en 1990 ; B. Fattus (8) rapportent le cas d'un kyste de l'ovaire qui a pesé jusqu'à 75 kg.

III. RAPPELS :

Nous envisageons successivement :

- A. anatomie topographique de l'abdomen
- B. sémiologie de l'abdomen normal

A. ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DE L'ABDOMEN.

L'abdomen représente la partie sous-diaphragmatique du tronc.

La limite supérieure de l'abdomen est difficilement appréciable par la seule clinique; et un certain nombre d'organes sont en projection thoracique en totalité ou en partie : les reins avec les surrénales, le foie, la rate, l'angle colique gauche.

L'abdomen est limité à la partie inférieure par le détroit supérieur qui le sépare du petit bassin.

Dans le petit bassin chez la femme il y a les organes génitaux comme l'utérus et les ovaires qui, quand ils sont le siège de masses volumineuses peuvent dépasser le détroit supérieur pour se loger dans la grande cavité péritonéale.

L'abdomen comprend des repères osseux, musculaires et cutanés.

1. Les repères osseux :

L'abdomen est limité :

- en arrière par le rachis qui s'étend de la 12^e vertèbre dorsale à la 5^e vertèbre lombaire.
- une partie supérieure limitée par la partie inférieure de la cage thoracique avec l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane et latéralement les rebords costaux.
- une partie inférieure le bassin avec les 2 os iliaques (avec les 2 épines iliaques antero-supérieures) réunis en avant par la symphyse pubienne et articulée en arrière avec le sacrum.

2. Les repères musculaires et cutanés

On représente les repères cutanés par :

- la verticale xypho-pubienne passant par l'ombilic et qui correspond à la ligne blanche aponévrotique qui sépare les deux grands droits. De chaque côté on a les muscles larges (grand oblique, petit oblique, le transverse) et leur aponérose.

A partir de ces repères (surtout cutanés : sillon médian antérieur l'ombilic et le pli inguinal) on divise l'abdomen :

1°) en 4 quadrants par 2 lignes perpendiculaires se croisant à l'ombilic : supérieur droit, inférieur droit, supérieur gauche, inférieur gauche. C'est la topographie que nous adoptons dans ce travail.

2°) En 9 secteurs ou division cliniques dont trois sont impairs et médians et trois autres sont pairs et latéraux (schema n°1).

a) Les régions impaires :

Elles sont étagées de haut en bas sur la ligne médiane

- la région épigastrique
- la région ombilicale
- et la région hypogastrique ou sus pubienne.

b) Les régions paires et latérales :

- Les hypochondres droit et gauche
- les flancs droit et gauche
- les fosses iliaques droite et gauche.

Cette division de la paroi antéro-latérale de l'abdomen est important en exploration clinique et radiologique.

A ces divisions cliniques de l'abdomen correspondent des loges viscérales (tableau rappel anatomique n°1 = TRA N°1).

Schéma :

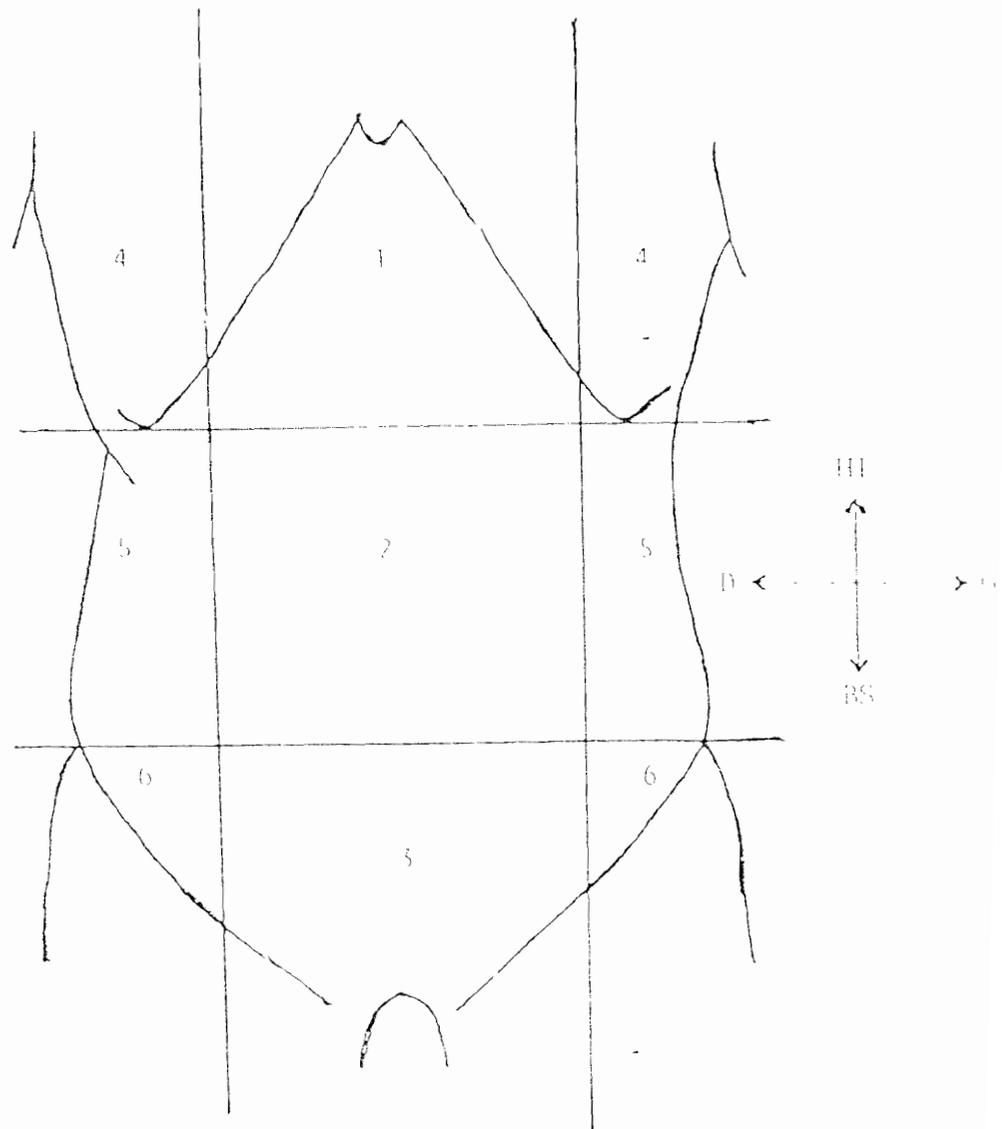


SCHÉMA n° 1 :

Divisions cliniques de la paroi antéro latérale de l'abdomen :

- 1 - la région épigastrique
- 2 - la région ombilicale
- 3 - la région hypogastrique
- 4 - les hypochondres Droit et Gauche
- 5 - les flancs Droit et Gauche
- 6 - les fosses iliaques Droite et Gauche

Région	Loges viscérales
Epigastrique	- Pancréas - Petite courbure de l'Estomac
Région ombilicale	- Estomac - Côlon transverse - Anses grêles
Région hypogastrique Région pelvienne	- Anses grêles - Utérus - Ovaire - Prostate - Vessie - Rectum
Hypochondre droit	- Foie - Vésicule biliaire - Arrière cavité des epiploons
Hypochondre gauche	- Fond et grande courbure de l'estomac - Rate
Flanc droit	- Colon ascendant
Flanc gauche	- Angle splénique des colons - Colon descendant
Fosse iliaque droite	- Coecun - Appendice
Fosse iliaque gauche	- Colon sigmoïde

TRA N°1 : Les 9 régions de la paroi antéro-latérale de l'abdomen et les loges viscérales correspondantes (43).

3. Les deux cavités abdominales :

Ce sont :

- Un espace antérieur correspondant à la cavité péritonéale.
- et un espace postérieur ou retroperitonéal.

1- La cavité péritonéale.

C'est une cavité délimitée, en avant par le péritoine pariétal antérieur, en arrière par le péritoine pariétal postérieur.

Un rapport intéressant dans le diagnostic des masses est celui du mésocolon transverse qui divise la cavité péritonéale en 2 étages :

- Un étage sus-mésocolique et un étage sous-mésocolique.

2) a) L'étage sus-mésocolique : Il est thoraco-abdominal et comporte cinq loges qui sont : (schema N°

- les loges inter hépato-diaphragmatique droite et gauche,

- la loge sous-hépatique,

- la loge péri-splénique

- et l'arrière cavité des épiploons (A.C.E).

L'arrière cavité des epiploons :

C'est un vaste diverticule de la cavité abdominale occupant essentiellement la loge sous-phrenique gauche.

Elle comporte deux parties séparées par le foramen bursae omentalis.

- à droite : la bourse du petit épiploon communique avec la grande cavité par le hiatus de Winslow.

- à gauche : la bourse du grand épiploon ou arrière cavité proprement dite qui comprend la poche rétrogastrique en haut, et la partie supérieure de la poche épiploïque en bas.

b) L'étage sous-mésocolique (schema N°3)

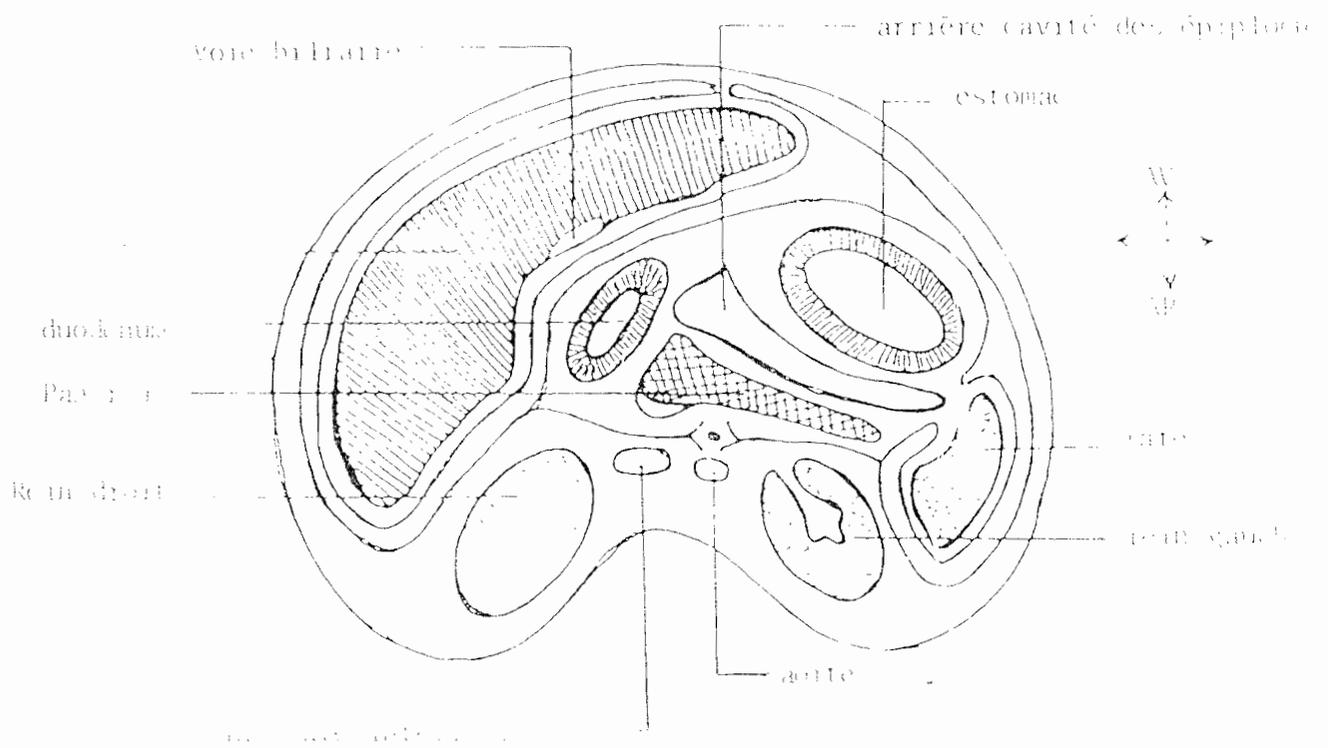
Il est divisé en 2 parties par la racine du mésentère et communique en bas avec le petit bassin par l'intermédiaire de ses différentes loges qui sont :

- la gouttière pariéto-colique droite,

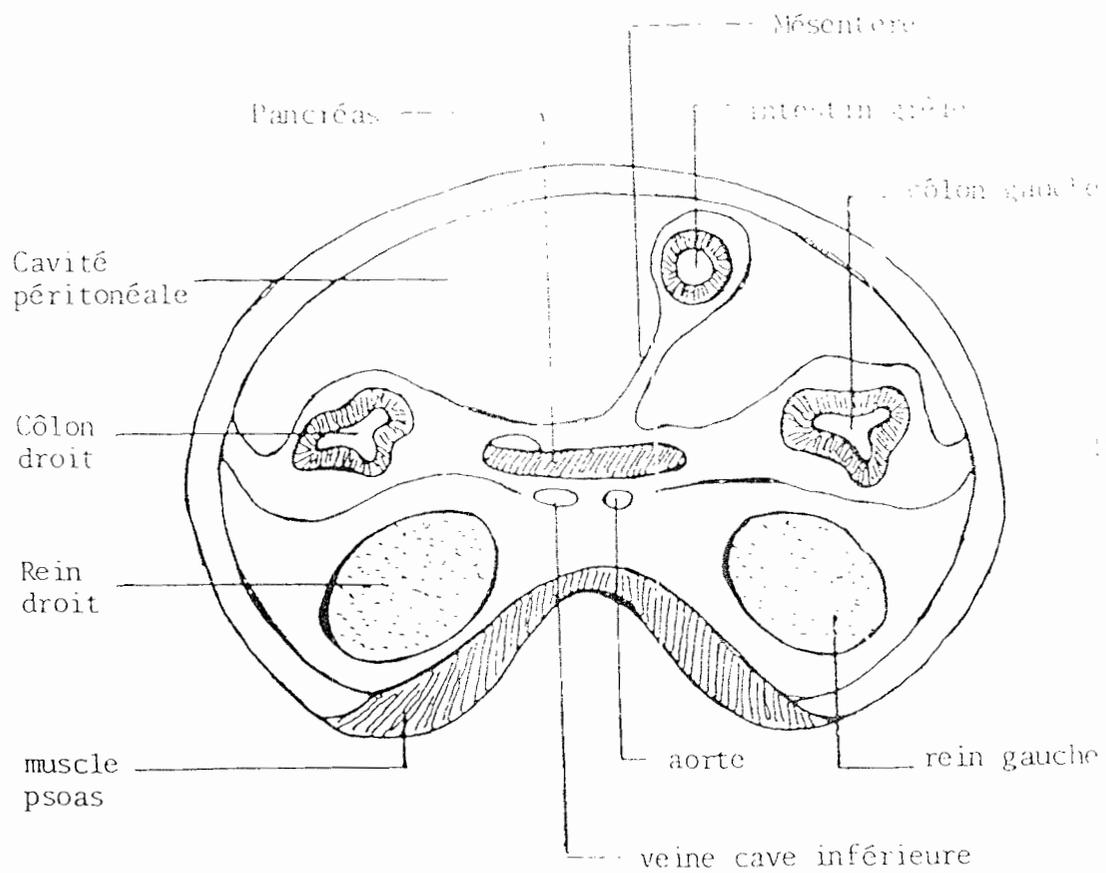
- la loge mésentérico-colique droite

- et la gouttière pariéto-colique gauche.

Les différents organes contenus dans les étages sus et sous-mésocolique sont rappelés dans le tableau rappel anatomique N°2 (TRA N°2).



Schema n°2 : Coupe transversale de l'abdomen passant par l'étage sus-mesocolique



Schema n°3 : Coupe transversale de l'abdomen passant par l'étage sous-mésocolique.

Etages	Organes abrités
Etage sus-mésocolique	<ul style="list-style-type: none"> - Foie - Vesicule Biliaire - Voie biliaire principale - Rate - Oesophage abdominal, estomac - les deux lères parties du Duodenum - Le Pancreas
Etage sous-mésocolique	<ul style="list-style-type: none"> - Colons - Anses grèles - Les deux dernières parties du Duodenum

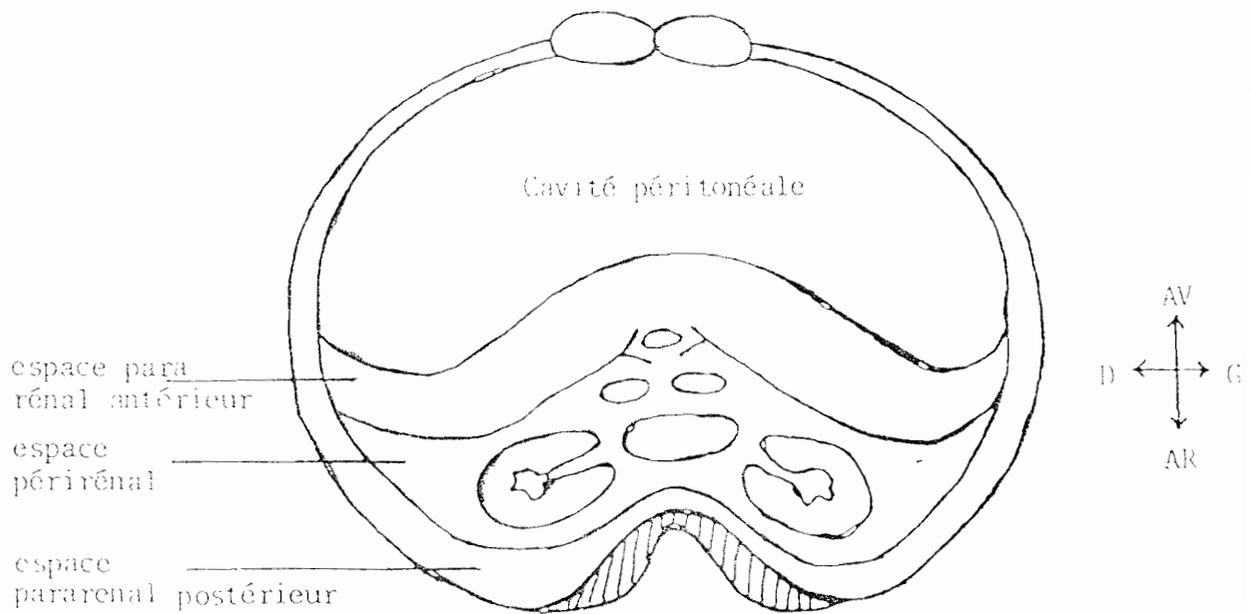
TRA N°2 : Les organes correspondants aux étages sus et sous mésocoliques de la cavité péritonéale.

2- Le Plan rétro-péritonéal (schema N°4)

Il se trouve en arrière de la cavité peritonéales. Ces limites sont :

- en haut, le diaphragme,
- en arrière les muscles psoas et le carré des lombes,
- lateralement, les muscles pariétaux (dedans en dehors, fascia transversalis, transverse, petit oblique et grand oblique)
- en bas, le détroit supérieur forme la limite avec l'espace sous péritonéal pelvien mais en fait les vaisceaux iliaques en sont la limite précise.

Les organes rétro-péritonéaux sont rappelés dans le tableau N°3 (TRA N°3)



Schema n°4: Les espaces rétro-péritonéaux

Les espaces rétroperitoneaux	
Espaces rétroperitoneal Postérieur	<ul style="list-style-type: none"> - Tissu conjonctif - Graisse - Muscle Psoas - Nerfs et éléments sympathiques dependant du rachis.
Espace Peri-renaux droit et gauche (communiquant avec les fosses iliaques)	<ul style="list-style-type: none"> - Surrenales - Reins - Aorte - Veine cave inférieur (VCI) - Chaine des ganglions lymphatiques
Espace Para-renal antérieur	<ul style="list-style-type: none"> - Colons ascendant et descendant - Duodenum - Pancreas - Veine porte

TRA N°3 : Le contenu des espaces rétro péri-tonéaux.

les territoires vasculaires viscéraux de l'abdomen.

La vascularisation des viscères abdominaux est faite d'une part par les branches du tronc coeliaque qui naît de la face antérieure de l'aorte abdominale au niveau de la 12e vertèbre dorsale, d'autre part par les artères mésentériques supérieures et inférieure. Les veines dépendent toutes de la veine porte. Quant aux lymphatiques ils sont satellites des veines et convergent d'une part vers le confluent gastro-hépatointestinal, d'autre part vers le confluent gastro-spléno-colique.

Voir TRA N°4.

Cavité Péritonéale	Artères	Viscères
Etage Sus-mésocolique	- Tronc coeliaque - Ses branches - Artère coronaire Stomachique - Artère splénique - Artère hépatique	Pancréas Estomac Grand épiploon Rate Foie
Etage sous-mesocolique	A.M.S. Branches gauches Branches droites A.M.I.	Anses Colon Ascendant Colon gauche Haut rectum

TRA N°4 : La vascularisation de la cavité Péritonéale :

En conclusion l'abdomen peut être étudié de 2 manières :

1) Par les zones de projection sur la paroi antéro-latérale avec les hypochondres, l'épigastre, les flancs, la zone ombilicale des fosses iliaques et l'hypogastre.

2) A l'intérieur du mur abdominal le péritoine permet de délimiter une cavité extensible. Cette cavité peut être divisée en plusieurs loges mais lorsqu'il existe une masse volumineuse de l'abdomen la disposition des loges est perturbée, seule compte pour le chirurgien l'appartenance ou la non appartenance de la masse à l'intérieur de la cavité intrapéritonéale. Ceci permet de distinguer les masses intra peritoneales des masses rétro péritonéales.

B. SÉMIOLOGIE DE L'ABDOMEN NORMAL

L'examen physique de l'abdomen ne se conçoit que dans le cadre d'un examen général. Il exige certaines conditions :

- Le patient doit avoir le tronc entièrement dévêtu sans avoir froid.

Il doit être étendu sur un lit résistant, la tête à plat, les jambes légèrement fléchies, les 2 mains étendues bien à plat sur le plan du lit, respirant calmement.

Le médecin placé à droite du malade doit avoir les membres supérieurs demi-flechis à la hauteur du plan de l'abdomen.

Inspection :

Il faut la faire débout et couché à jour frissant.

Elle peut déjà recueillir des signes de valeur :

- + L'état des téguments
- + L'état de la paroi
- + Les mouvements de l'abdomen au cours de la respiration
- + Le volume et la forme de l'abdomen.

Il peut exister une distension abdominale :

- . soit globale ou en rapport avec une masse, un météorisme, une ascite,
- . soit localisée provoquant une asymétrie qui peut être due à :
 - Une masse
 - Une hypertrophie d'un organe (foie, rate, rein, utérus, ovaire),
 - Un météorisme localisé (ballonnement sous-ombilical).

Palpation :

La palpation est le temps essentiel de l'examen physique de l'abdomen.

1°) Technique :

La palpation s'effectue avec les 2 mains réchauffées placées à plat sur l'abdomen avec douceur, de la pulpe des doigts.

Après avoir fait préciser la zone la plus sensible, il faut commencer la palpation par la région la plus éloignée de celle-ci et finir par elle après un trajet circulaire on n'omettra aucun secteur abdominal.

La palpation devra être superficielle pour la paroi puis profonde (points douloureux, tumeur) et bimanuelle pour les masses volumineuses de l'abdomen (Une main placée de chaque côté de la masse).

Pour les zones sous-costale, le patient devra respirer à fond, les organes mobiles à la respiration (foie, vésicule, rate, reins) seront ainsi plus accessibles lors de l'inspiration, On peut utiliser plusieurs positions :

a) Le décubitus latéral jambes fléchies.

- * droit pour la rate
- * gauche pour le foie

b) La position assise pour la face inférieure du foie et la vesicule avec les doigts recourbés vers le haut.

On n'omettra pas la palpation des reins que l'on ne sent pas à l'état normal. La technique de cette palpation est la suivante : la paume de la main gauche est placée au niveau du thorax sur la région médio-axillaire gauche, les doigts au niveau des 11^e et 12^e côtes. On demande au patient de respirer lentement et profondement bouche ouverte. Pendant l'inspiration on rapproche les deux mains en soulevant le mur postérieur de la main gauche tandis que les doigts de la mains droite sont poussés doucement mais fermement en haut et en arrière derrière le rebord costal. Cette technique est valable pour le rein gauche; mais quand il s'agit d'un rein droit la main droite occupe la place de la main gauche.

2°) Résultat :

On appréciera la résistance de la paroi qui est normalement souple et dépressible, une défense, une contracture.

- Palpation des organes abdominaux et recherche de déformations pathologiques :

- Empâtement profond

- Tumeur dont il faudra s'efforcer de préciser les caractères suivants :

- Siège

- Volume

- Limites

- Consistance

- Surface

- Sensibilité

- Mobilité

- Dépendance ou non avec un organe ou avec la paroi abdominale : lorsque la paroi se contracte (mise en position assise) et devient ainsi plus dure : une tumeur rétro-péritonéale devient plus difficile à palper ou cesse d'être perceptible alors qu'une tumeur intra péritonéale persiste.

- Rechercher les points douloureux comme le point appendiculaire, vésiculaire, urétéral.

- Terminer par mesurer les masses et les reporter sur un schéma

Percussion :

On pratique habituellement la percussion médiate en percutant la face dorsale du médius gauche intimement appliquée sur la paroi avec les quatres derniers doigts de la main droite recourbés en crochet.

Normalement les régions sonores sont :

- L'espace de Traube au niveau des fausses côtes gauches (grosse tubérosité gastrique).
- Le flanc et la fosse iliaque droite (caecum et colon descendant)

La région péri-ombilicale (grêle).

Les régions parfois mates :

- Sus-ombilicale si l'Estomac est plein
- Sous pelvienne si la vessie est pleine ou en cas d'un uterus gravide.

Anormalement : on peut avoir :

Une hypersonorité globale (meteorisme)

- Un matité.

. fixe en cas de tumeur, d'hyperthrophie hépatique et splénique où la percussion... permet de bien repérer la limite supérieure (rétro-costale).

. déclive et mobile en cas d'ascite.

- On peut avoir une disparition de la matité préhépatique recherchée en position demi-assise traduisant la présence d'un pneumopéritoine.

L'auscultation :

Permet parfois de percevoir un souffle en cas de tumeur d'origine vasculaire.

Les touchers Palviens :

Il doit systématiquement terminer tout examen de l'abdomen. Le toucher se fait avec l'index protégé par un doigtier et lubrifié. Il doit être doux et progressif. En cas de lésion anale il est parfois nécessaire de faire une anesthésie locale.

Le patient est placé :

Soit en décubitus dorsal, cuisses fortement flechies sur le bassin.

Soit en position genu-pectorale.

Le doigtier introduit on demandera au malade de pousser.

On associera au TR le palper abdominal et éventuellement le toucher vaginal.

La marge de l'anus sera examinée avec le TR et l'inspection. Le doigtier doit parcourir d'une façon circulaire la surface de la muqueuse ano-rectale : apprécier la sensibilité et la souplesse de la paroi.

Etant donné que la cavité péritonéale s'étend jusque dans le bassin, il est toujours nécessaire de palper les masses de la partie basse de l'abdomen au dessus et au dessous du détroit supérieur. Dans ce but on préfère la position gynécologique pour le TV et le TR car les masses de la cavité abdominale tendent à tomber sur le doigt du praticien et deviennent ainsi plus accessibles que dans les autres positions. Chez la femme il est recommandé de faire d'abord le TV puis le TR.

Le TV permet de savoir si la tumeur est solidaire au corps de l'utérus ou pas (La mobilisation du col utérin entraîne le corps de l'utérus et vis versa)

IV. METHODOLOGIE

Notre étude est faite à l'hôpital National du Point G (HNPG) dans le service de chirurgie A (service de chirurgie générale).

Il s'agit d'une étude prospective de Novembre 1989 à Octobre 1990 portant sur les masses volumineuses de l'abdomen consultées et hospitalisées dans le service de chirurgie "A".

Pour notre méthodologie nous adoptons les définitions de : Jeffrey (15) et de celle de Senecail (37).

Selon Jeffrey chez l'enfant ou l'adolescent : une masse est considérée comme volumineuse si elle occupe au moins un quadrant de l'abdomen.

Pour Senecail chez l'adulte : toute masse entraînant une déformation évidente de la paroi abdominale antéro-latérale à l'inspection avec sensation d'une masse à la palpation mesurant au moins quinze centimètres est considérée comme une masse volumineuse.

Nous adoptons donc la première définition chez les enfants ou les adolescents et la seconde chez l'adulte.

Chez les adultes de petite taille il peut être nécessaire de se référer aux critères utilisés chez l'enfant.

Nous avons exclus de notre étude :

Les tumeurs appartenant à la paroi de l'abdomen et les tumeurs abdominales découvertes au cours d'un syndrome abdominal aigu.

1°) L'interrogatoire a permis de déterminer chez chaque malade :

- a) La profession :
 - Menagère
 - Cultivateur
 - Fonctionnaire
 - autre à préciser
- b) L'âge et le sexe
- c) L'ethnie
- d) La résidence habituelle
- e) Le niveau d'instruction
 - Analphabète
 - Niveau primaire (1^{er} à la 6^e année fondamentale)
 - Niveau secondaire (à partir de la 7^e année)

f) Le motif de consultation :

Nous prenons comme motif de consultation le premier mot que le malade utilise quand on lui pose la question : qu'est ce qui vous amène à consulter ?. Il peut s'agir de :

- + douleur abdominale
- + augmentation du volume de l'abdomen
- + stérilité
- + grossesse arrêtée ou prolongée.
- + autre à préciser.

g) Les circonstances de découverte :

- Rarement au cours d'un examen systématique
- Augmentation du volume de l'abdomen
- Des signes de compression
- Hématurie
- HTA
- syndrome sub-occlusif
- Vague douleur
- Troubles digestifs ou urinaires
- Etat - fébrile - pâleur
- Amaigrissement récent
- Hémorragie : gynécologique, rectorragie, hématémèse.

h) Histoire de la maladie

- Date de début
- Mode de début
- Evolution
- Différent traitement : + médical conventionnel (moderne)
+ traditionnel

- i) Les ATCD :
- Médicaux
 - chirurgicaux
 - obstétricaux.

j) Motif du retard de consultation dans le service de chirurgie "A".

- Manque de moyens financier
- Absence de douleur
- Assimilation de la masse à une grossesse
- Assimilation de la masse à une prise de poids
- Espérance du traitement traditionnel.

2°) L'examen clinique nous a permis :

a) Par l'inspection :

- de voir la voussure abdominale
- de la localiser

b) Par la palpation

* de préciser au mieux le siège de la masse,

- sa taille
- ses limites
- sa consistance
- sa sensibilité
- sa mobilité

* de rechercher l'existence

- d'un gros foie
- d'une grosse rate
- d'une ascite

c) Par la percussion : de déterminer la nature de la matité.

- Matité tissulaire
- Matité liquidienne

d) Par l'auscultation à la recherche d'un souffle éventuel.

e) Par les touchers pelviens :

- Après rectum et vessie vide de chercher une éventuelle appartenance de la masse à un organe pelvien.

3°) Examens complémentaires :

Nous n'avons pas demandé systématiquement tous les examens complémentaires pour les raisons suivantes :

+ Les résultats de l'examen clinique sont évidents pour poser le diagnostic étiologique de la masse.

+ Les moyens de prise en charges ne permettent pas d'effectuer le bilan nécessaire.

Néanmoins certains malades ont bénéficié d'explorations complémentaires pour préciser le diagnostic qui sont :

a) Les explorations radiologiques :

* les explorations conventionnelles :

- ASP : l'Abdomen Sans Préparation
- Les opacifications urinaires ou digestives
- Le Téléthorax

* l'échotomographie :

b) les examens endoscopiques :

- Fibroscopie eoso-gastro-duodénale
- Colonoscopie
- laparoscopie
- cystoscopie.

c) les explorations biologiques :

Permettent d'apprécier le bilan de l'état général et de l'anesthésie réanimation.

Les examens demandés sont :

La NFS-VS , azotémie, glycémie, TS, TC, ... groupe sanguin + Rhésus

d) Parfois la laparotomie exploratrice est restée l'ultime moyen de diagnostic.

4°) consultation pré-anesthésique :

Elle a été demandée de façon systématique chez tous les patients qui doivent être opérés. Au terme de cette consultation la classification ASA (American Society of Anesthesiology) a été adoptée. Les patients seront donc classés en ASA1, ASA2, ASA3, ASA4, ASA5.

ASA1 : Patient sans pathologie associée;

ASA2 : Patient atteint d'une affection organique peu sévère;

ASA3 : Patient atteint d'une affection organique sévère limitant son activité sans entraîner une incapacité véritable;

ASA4 : Patient atteint d'une affection organique invalidante mettant constamment sa vie en danger;

ASA5 : Patient moribond, dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures avec ou sans intervention chirurgicale.

5°) L'appréciation des résultats chirurgicaux (morbidité et mortalité).

6°) Résultat d'anatomo-pathologie.

L'examen d'anatomie pathologie a été demandé de façon systématique chez tous les malades opérés ou biopsiés, effectué par le laboratoire d'anatomie pathologie de l'INRSP (prof Bayo).

V. NOS RESULTATS

Nous exposons successivement :

- A) Le résumé de nos observations
- B) Nos résultats

A) LE RESUME DE NOS OBSERVATIONS

Pré-nom et Nom	Age Sexe	Durée d'évaluation	Clinique	Examens complémentaires	Diagnostico-pré-op	Traitement	Anatomopathologie	Suite opératoire
obs n°1 S.S	38 ans F.	2 ans	Douleur abdominale Pollakiurie constipation, nausée, vertige Leucorrhée abondante oligoménorrhée Masse abdominale occupant tout l'abdomen indolore à la palpation, surface lisse fixe. Matité tissulaire à la percussion. TV = Masse indépendante de l'utérus Bon état général 47 x 64 cm	Echo: masse abdominale probablement utérine Kyste hydatique de l'hypochondre droit Rxpulm normale ASP = Abdomen globalement opaque et distendu ascite ? L'UIV = signes d'ascite abdominale et de compression tumorale pobable de la vessie Refoulement de l'uretère droit NFS = normale VS = 35/77 mm Azotémie et glycémie normales TS et TC normaux Groupe B+	Tumeur abdominale	Ovarectomie droite	Poids : 5,3 Kg Fibrome ovarien	Simple

obs n°2 N.D	60 ans F	3 ans	<p>Douleurs abdominales diffuses Pollakiurie Nausée Episodes d'augmentation du volume des jambes Enorme masse polylobée occupant pratiquement tout l'abdomen Immobi- le ferme surface irré- gulière, indolore à la palpation, limites im- precises Spéculum: Petit bour- geon cervical TV = Masse independante de l'uterus Mesures : 42 x 38 cm</p>	<p>ASP = Abdomen globale- ment augmenté de volu- me visibilité de la clarté digestive. Pas de calcul opaque visible Hematies = $3,32 \times 10^6 \text{ mm}^3$ THb=10,4 VS =80/110 mm Azotémie glycémie nor- males TCK 33' normal groupe AB+</p>	Tumeur abdomi- nale	Ovare- ctomie gauche	<p>Poids 15 l de liquide louche poids de la poche 3 kg Adeno fibrome mugueuse de l'o- vaire</p>	Simple
G.T n°3	58 ans F	6 mois	<p>Douleur du flanc gauche irradiant vers le bas ventre et les organes génitaux externes AEG. Pâleur conjonctivale amaigrissement, fièvre 39°. Déformation globa- le de l'abdomen. Masse prenant le contact lombaire gauche. Masse immobile avec les mou- vement respiratoire, indolore à la palpation Matité hydrique à la percussion circulation collaterale sus-pubienne gauche. TV = indolore Masse indépendante des orga- nes génitaux Mesures: 29 x 40 cm.</p>	<p>Echo. grosse structure anéchoïque à renforce- ment postérieur cou- tour bien limité le po- le sup. est très poche du foie. Cette masse fait discuter un gros kyste de la rate ou du rein, mais elle n'est pas d'origine gynecolo- gique intérêt d'une UIV ASP = syndrome de masse abdominale UIV = rein muet gauche téléthorax normal NFS = anemie THb=5,3 TCK 32" groupe O+ glycémie 4,34 m ml/l Azotémie 2,81 m ml/l</p>	Tumeur du rein	Réani- mation pré-opé- ratoire Neprec- tomie atypi- que	<p>Pyone- phrose 8 litres de pus</p>	Simple trans- feré en néphro- logie

Si sa n°4	40 ans F	5 ans	<p>Douleur hypogastrique Méno-métrorragie Stérilité primaire Leucorrhé Prurit vaginal Pollakiurie Tuméfaction hypogastrique dépassant l'ombilic de 4 cm de forme sphérique, indolore à la palpation, dure à surface lisse bien limitée Matité tissulaire HTA Spéculum : Hémorragie minim. TV : Tumeur solidaire à l'utérus. Mesures : 17 x 27 cm</p>	<p>Echo : Uterus polymyomateux. ASP = masse pelvienne donnant une opacité complète du pelvis UIV = urétéro-hydronephrose droite. La vessie est écrasée par une masse d'origine génitale: Fibrome probable GR = 2 390,00D THb=7,7 VS = 20/140 mm TS normaux TS</p>	Fibrome uterin	Reani- mation pre-op Equili- bration de l'HTA hyster- ctomie totale	1,300kg Leiomy- ome uterin	simples
-----------------	----------------	----------	--	---	-------------------	---	-------------------------------------	---------

K.C n°5	25 ans F	6 ans	<p>Douleur abdominale épigastrique Sensation de fièvre et d'échauffement des membres supérieurs Vomissements post prandiaux constipation (3 jours) Dyspnée d'effort Amaigrissement Déformation de l'abdomen. Masse abdominale occupant le coté gauche de l'abdomen mobile avec les mouvements respiratoires, rénitente à surface lisse régulière. Matité tissulaire à la percussion dure, douloureuse à la palpation. La rate est perçue sans qu'on puisse dire si elle est atteinte à la tumeur TV = Tumeur indépendante des organes génitaux Mesures = 13 x 31 cm</p>	<p>Echo : splénomégalie au contour régulier, le parenchyme est hétérogène en dehors de la présence de 2 petits kystes de 28 mm de diamètre au pôle supérieur ASP : calification bilharzienne de la vessie Syndrome de masse du flanc gauche refoulant la clarté digestive de la périphérie de l'abdomen et du pelvis UIV = Masse du flanc gauche refoulant les voies excrétrices vers le rachis Tumeur renale ou extrarenale. Fibroscopie OGD normale. Biologie GR = 3,23 THb=6,9 Azotémie glycémie normales</p>	Masse splénique	Splénectomie appendicéctomie de principe	Poids 3,200kg Lymphosarcome Lymphocytaire de la rate	Simples
------------	----------------	----------	---	--	-----------------	--	---	---------

FW n°6	4) ans F	1 ans	Douleur abdominale de siège péri-ombilical irradiant a tout l'abdomen. Vomissement postprandial precoce anorexie, amaigrissement. AEG. Paleur conjonctive visialisation d'une masse abdominale peri-ombilicale dure, mobile douloureuse à la palpation à surface irrégulière à limites imprécises. Matité tissulatoire. Mesures 17 x 17 cm	Echo : la masse du flanc droit semble être en rapport avec les structures digestives. ASP : Niveau hydro aérique au niveau de la FIG LB : Normal NFS : anémie THb = 6,8 VS : 146/150 mm	Masse abdominale	Reanination pré-op (transfusion surtout) Laparotomie exploratrice sans biopsie	Néo de l'estomac	Decès 12 jrs après l'intervention
M.F n°7	4) ans F	2 ans	Douleur abdominale hypogastrique permanente, nausée, vomissement, diarrhée, pollakiurie gêne respiratoire à l'effort amaigrissement Méno-metrorragie Stérilité primaire Masse abdominale occupant tout l'abdomen, indolore à la palpation ferme bord bien limité TV = Tumeur solide à l'utérus. Mesures 26 x 29 cm	NFS : normale VS : 70/109 Azotémie normale Glycémie normale Groupe A+ TCK 33'	Fibrome utérin	Hystérectomie totale	2kg 500 Leiomyome uterin	Decedée le lendemain de l'intervention

K.S n°8	42 ans F	2 ans	<p>Augmentation du volume de l'abdomen. Douleurs hypogastriques légèrement plus marquées à droite. Nausée, vomissement pollakiurie, vertige. Ménométrorragie, constipation, anorexie. Masse abdominale occupant tout l'abdomen indolore à la palpation molle fluctuante, matité hydrique à la percussion, contour régulier surface lisse Mesures 42 x 39 cm</p>	<p>Echo : volumineux kyste de l'ovaire droit ? ascite cloisonné ? kyste du mesentère ? Lymphangiome kystique ? A compléter par un ASP ou une UIV HSG : cavité utérine normale. Trompe droite incomplètement opacifiée salpingite ? Téléthorax : surélévation de l'hémicoupe d'ASP : abdomen globalement opaque. GR = 4,7 THb = 12 VS = 70/90 mm</p>	Kyste de l'ovaire droit	Ovarectomie droite	10 litre de liquide 1kg 200 Fibrome de ovaire	simples
------------	----------------	----------	---	---	-------------------------	--------------------	---	---------

D.G n°9	95 ans F	40 ans	<p>Masse abdominale douloureuse métrorragie, vomissement anorexie, constipation amaigrissement masse abdominale occupant tout l'abdomen Tumeur fixe, immobile dure, indolore à la palpation à limite imprécise, à surface irrégulière fixe. Matité tissulaire oedème des membres inférieurs Spéculum : Présence de sang noir dans le vagin 2 bourgeons dans le vagin se confondant avec le corps utérin : biopsie TV = RAS</p>	<p>Echo : Masse très probablement utérine, hétérogène LB = Abdomen globalement distendu et opaque : Ascite ? pas de tumeur développée au dépens du cadre colique ASP = opacité abdomino pelvienne de tonalité hydrique refoulant les anses digestives. Lésions d'arthroses lombaires UIV = syndrome de masse abdomino pelvien, compression des uretères maximale à droite avec stase pyelocaliciale téléthorax : normal NFS : anémie THb = 9,1 VS = 10/27 mm Azotémie normale glycémie normale</p>	Tumeur abdominale	Traitement RAS	Biopsie du bourgeon intravaginale de la tumeur : tumeur à cellule fusiforme dont la malignité est très probable	Sortie à la demande de son fils
------------	----------------	-----------	--	--	-------------------	-------------------	---	---------------------------------

A.S n°10	9 ans F	3 mois	Tumefaction hypogastrique constatée par la mère, dure, indolore fixe, surface lisse, matité tissulaire Mesure 12 x 10 cm	Echo : Tumeur pleine d'échos-structure hétérogène. NFS normale VS = 53/89 mm Azotémie et glycémie sont normales TS.TC normaux	Tumeur pelvienne	Hystérectomie totale + annexectomie bilatérale + appendicectomie normale	Poids carcino-indifférencié appendice normale	Simples
N.T n°11	46 ans H	8 mois	Douleur du flanc gauche permanente à type de pipûre sans facteur déclanchant, anorexie éructation constipation brûlure mictionnelle. Pallakiurie amaigrissement masse occupant le coté gauche de l'abdomen avec contact lombaire, Masse immobile avec les mouvements respiratoire à surface lisse régulière douloureuse à la palpation bien limitée Matité hydrique à la percussion TR = Prostate douloureuse. Mesures 30 x 15 cm	Téléthorax normal LB : refoulement en dedans du colon gauche processus expansif extracolique probable, grosse rate ou gros rein gauche ASP : Visibilité de plusieurs calculs opaques dans le petit bassin UIV = gros rein gauche d'origine infectieuse probable Calcul dans le petit bassin . NFS normale Azotémie et glycémie normale VS : 22/41 mm	Tumeur renale gauche calcul de la vessie	Tumorectomie partielle de la vessie Nephrectomie gauche	4 litres de pus dans la loge rénale carcino-cellulaire claire du rein	Suppuration pariétale

A.C n°12	30 ans F	2 ans	Stérilité Ire leucorrhée abondante pollakiurie nausée, vomissement méo-métrorragie. Masse hypogastrique, ferme, lisse, régulière à limite nette, bord pré- cis matité tissulaire à la percussion spéculum Leucorrhée abondante TV = Tumeur solidaire l'utérus Mesures 25 x 25 cm	Echos : syndrome de masse d'écho structure tissulaire en rapport avec l'utérus évoquant un fibrome utérin NFS normale VS = 3/7 mm groupe O+ Azotémie glycémie nor- males TCK normal	Fibrome utérin	Polymyo- mectomie Ap- pendice tomie de princi- pe	1,100kg Leiomy- ome utérin	Simple
M. DAO n°13	51 ans F	10 ans	Masse abdominale avec constipation-Pollakiurie vertige, amaigrissement sensations de fièvre aménorrhée de 2 mois Douleur abdominale à type de pesanteur Abdomen globalement augmenté de volume. Masse abdominale occu- pant tout l'abdomen, ferme, indolore à la palpation, limite impré- cise, matité tissulaire TV = RAS Mesures 42 x 70 cm	Echo : Tumeur tissulaire pleine en certains endroits et présentant de nombreux kyste au centre ? Impossible de rattacher la masse à un organe précis ASP = Absence d'opacité pouvant évoquer une calcification tumorale Test UCG négatif Azotémie glycémie nor- males NFS = normale TS-TC = normaux VS = 20/61 mm	Tumeur abdomi- nale	Ovarec- tomie gauche Hysté- recto- mie to- tale	Kyste serreux de l'o- vaire Leiomy- ome utérins = Poids = 8 kg	Simple

K.K n°14	30 ans F	2 ans	Stérilité primaire, douleur hypogastrique périodique, pollakiurie anorexie, constipation Masse hypogastrique, ferme a surface lisse regulière à bord net. Indolore à la palpation Matité tissulaire à la percussion Mesures 21 x 21 cm TV = Tumeur solidaire à l'utérus.	Echo : utérus augmenté de taille, de contour régulier porteur de plusieurs noyaux hypoé- chogène dont le plus gros fait 13 cm de grand axe évocateur d'un utérus polomyoma- teux. NFS normal Azotémie glycémie nor- males. TS-TC normaux VS = 45/90 mm (M1)	Fibrome utérin	Myomec- tomie appen- dicec- tomie de prin cipe	1,300kg Leiomy- ome utérin	Simple
F.C n°15	45 ans F	15 ans	Stérilité primaire dou- leur hypogastrique Ménométrorragie. Paleur conjonctivale. Masse hypogastrique ferme Surface lisse indolore à la palpation, bien limitée, matité tissu- laire. TV = Il existe entre l'utérus et la tumeur un sillon Mesures 19 x 17 cm	THb = 8,2 GR = 2 960 000 mm ³ VS 65/100 mm Azotémie glycémie nor- males TC-TS normaux	Tumeur pelvi- enne	Enucle- ation	Leiomy- ome utérin 3,600kg	Simple

DB n°16	50 ans F	7 mois	<p>Douleur abdominale diffuse nausée, vomissement anorexie, vertige, dyspnée d'effort Pâleur conjonctivale. Diarrhée glaireuse, sanguinolente AEG, fièvre, amaigrissement Oedème du membre inférieur gauche.</p> <p>Vous sure abdominale latéralisée à gauche de l'abdomen ne franchissant pas l'ombilic mobile, a limite imprécise, surface irrégulière dou loureuse à la palpation matité tissulaire à la percussion.</p> <p>TV = RAS TR = dououreux Mesures 21x21 cm</p>	<p>Echo : il existe une structure hétérogène aux contours irrégulier dont le centre contient du gaz, faisant évoquer une tumeur colique au mesentérique d'où l'intérêt d'une colonoscopie</p> <p>LB=arrêt de la progression du produit de contraste au niveau de l'angle colique gauche sans image d'aspect tumoral visible.</p> <p>GR = 3.210.000 THb= 5,2 VS = 8/16 cm</p> <p>Azotémie Glycémie normale TS TC = normaux</p>	Tumeur colique	<p>Réanimation préopératoire surtout transfusion colicectomie droite transverse + angle colique gauche emportant la queue du pancreas, la rate + Exérèse de l'anse jejunal</p>	<p>Adénocarcinome du colon Metastases splénique et pancréatique</p>	<p>Décédée 5 jours après l'intervention par lymphorragie</p>
------------	----------------	-----------	---	---	----------------	--	---	--

SD n°17	9a.15 F	1 mois	<p>Douleur abdominale siégeant au niveau de l'hypochondre droit irradiant vers l'hypogastre et le thorax.</p> <p>Hématurie totale vomissement, fièvre à 38°5, brûlure mictionnelle</p> <p>AEG - Paleur conjonctivale</p> <p>Masse thoraco-abdomino-lombaire droite à surface irrégulière, elle est immobile (fixe molle, douloureuse, mal limitée, matité liquidienne)</p> <p>Splénomégalie</p> <p>Mesure : 18 x 14 cm</p>	<p>Echo : gros rein droit splénomégalie homogène</p> <p>ASP=Syndrome de masse rénale droite refoulant les clartés digestives et partant de la paroi latérale droite de l'abdomen</p> <p>UIV = gros rein droit avec stase urinaire</p> <p>GR = 3.85.000/mm3</p> <p>VS = 140/154 mm</p> <p>THb = 8,6</p>	Tumeur du rein droit	<p>réanimation pré-opérée</p> <p>Nephrectomie droite</p>	Nephroblastome	<p>Métastase pulmonaire évacuée en médecine pour chimiothérapie décodée 9 mois après</p>
------------	------------	-----------	--	--	----------------------	--	----------------	--

M.D N°18	63 ans F	1 an	<p>Douleurs abdominales diffuses nausée-vomissement constipation, amaigrissement, asthénie, dyspnée d'effort, HTA. Paleur conjonctivale. Abdomen globalement augmenté de volume. Masse abdominale occupant tout l'abdomen, fixe, immobile avec la respiration, indolore à la palpation, limites imprécises, consistance dure, matité tissulaire à la percussion.</p> <p>TV : douloureux mais la masse ne semble pas avoir de rapports avec les organes génitaux les aires ganglionnaires sont libres</p> <p>Mesures : 34cm x33 cm.</p>	<p>Echo : le pancréas est occupé par une masse solide irrégulière. Fibroscopie OGD = antrite congestive - compression gastrique au niveau de la petite courbure par une tumeur extrinsèque</p> <p>G R = 3.300.000 VS = 126/132 mm THb = 11,5</p>	Tumeur du pancréas	Reanisation pre-op Biopsie du pancréas	Adenocarcinome du pancréas	Suppression partielle, persistance des vomissements 5 mois après
-------------	----------------	------	--	--	--------------------	--	----------------------------	--

A ka N°19	47 ans F	1 an	<p>Diabétique connue Splénomégalie découverte au cours d'un examen systémati- que indolore, à surface irrégulière, matité tissulaire. Aucune symptomatologie fonctionnelle associée Cependant : Altération de l'état général - Amaigrissement. Mesure 16 x 16 cm.</p>	<p>Echo : splénomégalie hétérogène avec de mul- tiples images hypoécho- gènes faisant évoquer un lymphome ou un lym- phosarcome. Fibroskopie oesogastro- duonale : antrite ery- themateuse Téléthorax: normal NFS : normale</p>	Tumeur de la rate	reanima- tion pré-opé- ratoire splénecto- mie totale	poly- kystose spléni- que Poids : 1,40 kg	simple
--------------	----------------	------	---	---	-------------------------	--	--	--------

KD N°20	60 ans F	7 mois	<p>Douleur abdominale vomissement, arrêt des matière et des gaz, amaigrissement, vertige Hépatosplénomégalie volumineuse tumeur hypogastrique évoquant une grossesse de 6 mois à surface irrégulière limites imprécises, parsemées de nodules TV = Tumeur confondue avec le corps utérin Multiples adénopathies inguinales Mesures 35 x 35 cm</p>	<p>Echo : Il existe une hépatomégalie irrégu- lière hétérogène avec des calcifications visibles et une ascite de moyenne abondance. Il existe une compres- sion du tronc porte et une déviation des vei- nes sous hépatiques. Grosse rate hétérogène Il existe un syndrome de masse pelvienne en rapport avec l'utérus dont l'échostructure est hétérogène avec des nodules hypoéchogènes Téléthorax : Suréléva- tion importante de l'hémicoupe droite associée à une petite réaction pleurale gros foie probable ? GR = 3 190 000/mm³ VS = 38/77 mm THb = 8,0</p>	Tumeur utérine proba- ble	Réani- mation perfu- sion Refus de tout acte chirur- gical	Non opérée	Decedée 1 mois après
------------	----------------	-----------	---	--	------------------------------------	--	---------------	----------------------------

B.NOS RESULTATS**1°) Activités globales annuelles du service par rapport aux M.V.A. :**

Entre Novembre 1989 et Octobre 1990, c'est à dire en une année le service de chirurgie "A" de HPG a fait 946 consultations. Ce chiffre est un peu biaisé car :

Il y a des consultations qui ne sont pas enregistrées dans le cahier de consultation c'est le cas des malades vus en dehors des jours de consultations, de certains malades envoyés de grés à grés, de certaines urgences.

Pendant la même période il y a eu 20 cas de M.V.A.

Activités du service	Nombre total de malades	Nombre de malades présentant une masse volumineuse de l'abdomen	Pourcentage
Consultations	946	20	2,11%
Hospitalisations	362	20	5,52%
Interventions chirurgicales dont le K opératoire est supérieur à K50	364	18	4,94%
Laparotomie moins les appendicites et les hernies	184	18	9,78%
Laparotomie à froid	112	18	16,07%
Malades hospitalisés et non opérés	21	2	9,52%i

Tableau N°1 : Activité globale du service par rapport aux M.V.A. en une année

2°) Répartition du nombre de cas d'hospitalisation par rapport au nombre de tumeurs selon les mois de l'année.

graphique : **NOMBRE DE M.V.A PAR RAPPORT AUX PATIENTS HOSPITALISES
PAR AN**

On voit que les masses volumineuses de l'abdomen se rencontrent pratiquement à tous les mois de l'année sauf pendant les mois de février et de juin où on ne voit pas de cas.

3°) Répartition par l'Age

Age	Nombre de cas	Pourcentage
0 - 9 ans	2	10 %
10 - 19	-	
20 - 29	1	5 %
30 - 39	3	15 %
40 - 49	7	35 %
50 - 59	3	15 %
60 - 69	3	15 %
70 - 79	-	
80 - 89	-	
90 - 99	1	5 %
Total	20	100 %

Tableau N°2 : Répartition par âge

Si on fait une répartition entre avant 50 ans et après 50 ans on se rend compte que 65% de nos patients ont moins de 50 ans.

La plupart de nos patients sont de sexe féminin et si on compte le nombre de cas entre 15 et 50 ans (période d'activité génitale) on trouve 55% de nos patients.

On a plus de cas entre 20 et 70 ans (85%).

L'âge de la moitié des malades varie de 30 à 50 ans.

L'âge moyen est de 44,1 ans avec des extrêmes de 9 à 95 ans. Les masses volumineuses sont rares aux âges extrêmes de la vie d'après notre série.

4°) Répartition par sexe :

La répartition par sexe montre une énorme disparité avec un homme pour 19 femmes soit un sexe ratio de 0,05.

5°) Répartition selon les ethnies

Ethnie	Nombre de cas	Pourcentage
Bambara	7	35 %
Peuhl	1	5 %
Sonrhaï	1	5 %
Sarakolé	4	20 %
Dogon	1	5 %
Minianka	1	5 %
Wolofe	2	10 %
Kansonké	1	5 %
Malinké	2	10 %
Total	20	100 %

Tableau N°3 : Répartition selon les ethnies.

L'ethnie Bambara est la plus représentée mais elle est l'ethnie la plus nombreuse au Mali.

6°) Répartition selon la Profession :

Elles sont toutes ménagères l'unique homme est un commerçant.

7°) Répartition selon l'alphabétisation :

Niveau	Effectif	Pourcentage
N.A.	17	85 %
1 ^{er} cycle	3	15 %

NB : N.A. = Non alphabétisés

Tableau N°4 : Répartition selon l'Alphabétisation.

La plupart ne sont jamais allés à l'école (85 %).

8°) Répartition selon la résidence habituelle :

Dans la plus part des cas les malades viennent des lieux éloignés des chefs lieu de cercle (surtout dans les villages dans un rayon minimum de 20 Km des chefs lieu de cercle).

9°) La provenance des malades :

Il s'agit des malades qui ont consulté dans le service de chirurgie "A" de HNPG de Novembre 1989 à Octobre 1990.

Parmi ces consultations 20 ont présenté une masse volumineuse de l'abdomen.

On peut les classer en 3 groupes de provenance.

- a) Les malades venus directement dans le service de chirurgie généralement accompagnés d'un agent de la santé ou par un membre de la famille.
- b) Les malades adressés au service par les services de médecine de l'hôpital du Point G.
- c) Les malades adressés par d'autres médecins qui ne sont pas de l'HNPG.

No groupe	Nombre de cas	Pourcentage
No a	10	50 %
No b	5	25 %
No c	5	25 %

Tableau N°5 : Répartition selon la provenance des malades.

Le groupe a est le plus nombreux.

10°) Répartition selon le motif de consultation :

Nous considérons comme motif de consultation le premier mot que le malade emploie lorsqu'on lui demande "quel est le but de votre visite ?".

Motif de consultation	Nombre de cas	Pourcentage
Douleur abdominale	10	50 %
Impression de masses abdominales	7	35 %
Stérilité	2	10 %
Découverte fortuite	1	5 %
Total	20	100 %

Tableau N°6 : Répartition selon le motif de consultation.

La douleur apparaît comme le motif de consultation le plus fréquent (50% des cas); mais à l'interrogatoire elle existe plus ou moins dans 75% des cas

11°) Répartition selon la durée d'évolution de la maladie remarquée par le malade ou son entourage :

Durée	Nombre de cas	Pourcentage
Moins de 1 an	6	30 %
de 1 à 3 ans	9	45 %
de 4 ans à 5 ans	1	5 %
plus de 5 ans	4	20 %
Total	20	100 %

Tableau N°7 : Répartition selon la durée de la maladie.

On trouve le plus grand nombre entre 1 à 3 ans.

La durée moyenne d'évolution de la maladie est 4,73 ans avec des extrêmes de 1 mois à 40 ans.

12°) Répartition selon le motif du retard de consultation.

Nous appelons motif du retard de consultation le premier mot que le malade emploie quand on lui pose la question "pourquoi êtes-vous restés si longtemps sans vous faire consulter à un centre de santé de médecine conventionnelle (médecine moderne)?"

A la question nous avons les différentes reponses avec leur pourcentage.

Réponse	Nombre de cas	Pourcentage
Absence de douleur	5	25 %
Espérance du traitement traditionnel	8	40 %
Assimilation de la masse à une grossesse prolongée	1	5 %
Manque de moyens financier	2	10 %
Pas de retard de consultation	4	20 %
Total	20	100 %

Tableau N°8 : Répartition selon le motif du retard de consultation.

L'espérance du traitement traditionnel est le motif du retard de consultation, le plus frequent 40 %.

Nous admettons dans le lot "pas de retard de consultation" tous les malades qui ont consulté a environ 1 an du début de la maladie.

Tous nos malades ont fait un traitement traditionnel plus ou moins long.

13°) Répartition selon la symptomatologie associée :

Nous faisons une repartition des différentes manifestations accompagnatrices de la formation tumorale.

Symptomologie	Nombre de fois	Pourcentage
Amaigrissement	14	70%
Sensation de fièvre	7	35%
Douleur	12	60%
Syndrome oedémato ascitique	3	15%
Troubles digestifs	17	85%
Gênes respiratoires	5	25%
Hémorragie gynécologique	5	25%
Stérilité	6	30%
Troubles de la miction	9	45%

Tableau N°9 : Répartition selon la symptomatologie associée :

Plusieurs de ces signes peuvent se retrouver chez un même patient. Les troubles digestifs apparaissent comme le symptôme majeur ensuite viennent l'amaigrissement.

14°) Aspect sur la localisation des tumeurs :

Nous divisons l'abdomen en quatre quadrants par 2 lignes perpendiculaires se croisant à l'ombilic comme Geffrey (15).

Différents quadrants	Nombre de cas	Pourcentage
Quadrant supérieur droit (QSD)	1	5%
Quadrant supérieur gauche (QSG)	2	10%
Quadrant inférieur droit (QID)	-	
QSD + QID Coté droit	-	
QSG + QID Coté gauche	2	10%
QSD + QSG Région sous-ombilicale	-	25%
QID + QIG Région sous-ombilicale	5	15%
Région péri-ombilicale	1	1%
Tout l'abdomen	9	45%
Total	20	100%

Tableau N°10 : Répartition selon la localisation.

Les tumeurs occupant tout l'abdomen sont les plus fréquentes 45 %.

15°) Répartition selon les qualités physiques de la masse déduite de l'examen physique combiné avec les résultats histologiques

Nous apprécieront ici successivement en fonction de la nature histologique :

- l'état de la surface de la tumeur ;
- la consistance de la masse: dure ferme molle ;

- la mobilité à la palpation bimanuelle : mobilisable, fixe
- la nature de la matité (liquidienne ou tissulaire) ;
- la sensibilité de la tumeur à la palpation ;
- les limites de la tumeur : bien limitée, mal limitée.

Etat de la surface de la masse	Masse benigne	Masse maligne	Masse de nature indéfinie	Total
Lisse	9	4		13
Irregulière	2	4	1	7
Total	11	8	1	20

Tableau N°11 : Répartition selon l'état de la surface en fonction de la nature histologique de la masse.

Consistance de la masse	TB	TM	TI	Total
Dure	3	5	1	9
Ferme	6	1		7
Molle	2	2		4
Total	11	8	1	20

Tableau N°12 : Répartition selon la consistance de la tumeur en fonction de la nature bénigne ou maligne de la masse.

Facilité de mobilisation	TB	TM	TI	Total
Mobilisable	8	3		11
Fixe	3	5	1	9
Total	11	8	1	20

Tableau N°13 : Repartition selon la facilité de mobilisation à la palpation bimanuelle en fonction de la nature histologique de la masse.

Sensibilité de la tumeur à la palpation	TB	TM	TI	Total
douloureuse		3		3
indolore	11	5	1	17
Total	11	8	1	20

Tableau N°14 : Répartition selon la sensibilité de la tumeur à la palpation en fonction du type histologique de la tumeur.

Limites de la tumeur	TB	TM	MI	Total
bien limitées	9	3		12
mal limitées	2	5	1	8
Total	11	8	1	20

Tableau N°15 : Répartition selon l'état des limites de la tumeur en fonction de la nature histologique de la tumeur.

Nature de la matité	TB	TM	TI	Total
liquidienne	2	2		4
tissulaire	9	6	1	16
Total	11	8	1	20

Tableau N°16 : Répartition selon la nature de la matité en fonction de la nature histologique de la tumeur.

16°) Répartition selon les dimensions de la masse à l'examen clinique et les différents organiques intéressés

Mesures en Cm	0 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	Moyenne
Nbre de cas		6	8	2	4			
VERTICALE		rate _ovaire+ _utérus _utérus _rein _utérus _estomac	rein rein utérus utérus utérus colon utérus rate	utérus pancréas	ovaire ovaire ovaire ovaire			$V = \frac{536}{20} = 26,8 \text{ cm}$
Nbre de cas	1	4	7	6			2	
HORIZONTALE	ovaire + utérus	rein rein utérus estomac	utérus utérus utérus utérus colon utérus rate	rein rate ovaire utérus ovaire pancréas			ovaire ovaire	$H = \frac{596}{20} = 29,6 \text{ cm}$

Tableau N°17 Répartition selon les dimensions.

Les dimensions des masses varient verticalement de 12 cm à 42 cm avec une moyenne de 26,8 cm. Les masses les plus volumineuses sont les masses ovariennes. Horizontalement la taille varie de 10 cm à 70 cm avec une moyenne de 29,6 cm. Les masses ovariennes sont les plus volumineuses.

17°) Examens complémentaires :

Nous distinguons les examens radiologiques, endoscopiques et biologiques.

a) Les examens radiologiques :

Les examens radiologiques pratiqués sont : l'échotomographie, l'abdomen sans préparation, l'urographie intraveineuse, le lavement baryté, le téléthorax.

a,) les résultats de l'échotomographie :

Parmi les 20 malades 16 ont bénéficié d'une exploration échotomographique de la masse.

Ces résultats concernent essentiellement les critères suivants :

- la localisation (intra péritonéale ou retropéritonéale)
- le diagnostic d'organe de la tumeur
- l'échostructure
- le volume de la tumeur
- son extension s'il s'agit d'une masse maligne.

Ces critères ne sont pas tous définis dans les 16 cas. Ce qui fait que nous nous sommes limités aux seuls critères décrits chez tous les patients : localisation (intra ou retro-péritonéale), diagnostic d'organe, échostructure.

* Localisation

On retrouve :

- 12 tumeurs intrapéritoneales dont 10 ont été confirmées par la chirurgie, (les 2 autres n'ont pas été opérées, observation 9 et 20)
- 2 tumeurs rétro-péritoneales ont été confirmées par la chirurgie;
- Dans 2 cas l'échotomographie n'a pas pu préciser la localisation de la tumeur (observation 3 : masse renale et 13 : masse de l'ovaire).

Donc l'échotomographie a pu préciser la localisation de la masse confirmée par la chirurgie dans 12 cas sur 14 (2 malades n'ont pas été opérés). Cela représente un pourcentage de succès diagnostique échotomographique de la localisation de la masse selon le plan anatomique de 80%.

* Diagnostic d'organe

Sur le plan de diagnostic d'organe nous résumons nos résultats dans le tableau suivant:

Nombre de tumeurs	Hypothèses diagnostic d'organe confirmées	Pourcentage de succès
3 tumeurs utérines	3 cas	100%
3 tumeurs ovariennes	1 cas	33%
2 tumeurs spléniques	2 cas	100%
1 tumeur pancréatique	1 cas	100%
3 tumeurs rénales	2 cas	66%
(1 estomac + 1 colon) 2 tumeurs digestives	2 cas	100%
14 tumeurs	11 cas	78%

Tableau N°18 : Répartition du succès diagnostique échographique selon l'organe.

Ce tableau concerne les 14 résultats échographiques ayant bénéficiés d'un acte chirurgical .

Dans 3 cas (observation 1, 10 et 13) l'hypothèse diagnostique d'organe n'est pas évoquée. Il s'agit respectivement de 2 kystes de l'ovaire et d'un carcinome indifférencié de l'utérus et des annexes.

Pour les 2 tumeurs digestives l'échographie n'a pas porté exactement le diagnostic d'organe mais a rapporté la tumeur à des structures digestives.

* Echostructure

Sur le plan de la structure de la tumeur, nous avons trouvé

- 2 cas de structure liquidienne pure (aneéhogène).
- 4 cas de structure solide (échogène).
- 10 cas de structures mixtes.

Nous faisons le tableau ci-après :

Nature de la masse	Type histologique
liquidienne	Kyste : 1 cas Pyonéphrose : 1 cas
solide	- Carcinome indifférencié : 1 cas - Fibrome : 4 cas - Adénocarcinome : 1 cas
Mixtes	Néphroblastome : 1 cas Kyste : 2 cas Tumeur maligne à type histologique inconnu : 2 cas Lymphosarcome : 1 cas Adénocarcinone : 1 cas

Tableau N°19 : Classification des masses selon la nature solide, liquide ou mixte.

*Nature bénigne ou maligne de la masse :

Nous faisons une répartition du succès d'approche diagnostique selon la malignité ou la bénignité de la masse.

- Nous retenons comme critères de malignité à l'échographie d'une tumeur :

Structure hétérogène à contours irréguliers.

- Nous retenons comme critère de bénignité à l'échographie d'une tumeur :

Structure homogène régulière

Nombre de cas dans l'ensemble de la serie	Hypothèses diagnostiques confirmées	Pourcentage de succès diagnostique
7 Tumeurs malignes	7 cas	100 %
8 Tumeurs bénignes	5 cas	62,5 %
1 Tumeur de nature non définie	1 cas	100 %
Total 16	13 cas	81,25 %

Tableau N°20 : Répartition selon le pourcentage de succès d'approche diagnostique selon la malignité ou la bénignité de la tumeur.

Ce pourcentage est de 81,25 % d'après notre série.

L'échotomographie a suggéré un complément d'investigation par d'autres examens dans 6 cas dont :

- 4 U.I.V. (Ob : 8, 3, 19, 17)
- 1 L.B un cas de tumeur du colon, (ob n°6)
- 1 colonoscopie : dans un cas de tumeur du colon (ob n°6)

a.) La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

L'A.S.P. - 13 malades ont bénéficié d'un A.S.P.

Cet examen a été demandé soit de façon isolé ou marquant le 1er temps d'une urographie intra veineuse (UIV)

Nous avons eu les résultats suivants

- Présence d'une opacité de taille variable plus ou moins homogène dans 13 cas.
- Des calcifications dans 3 cas.
- Refoulement des clartés digestives à la périphérie de l'opacité tumorale dans 4 cas.
- Niveau hydroaérique dans un cas.

Plusieurs anomalies peuvent se voir sur le même cliché.

a.) Radiographie du thorax

- Elle n'a été pratiquée que chez 10 malades, et n'a montré qu'une seule image pathologique : surélévation importante de l'hémicoupe droite avec petite réaction pleurale chez une patiente présentant un kyste de l'ovaire homolatérale (de 42 Cm de diamètre vertical).

a.) Les opacifications urinaires et digestives :

* L'U.I.V : (Urographie intra-veineuse) pratiquée ;

- Soit pour un diagnostic de tumeur rétropéritonéale, soit pour un bilan de retentissement de la tumeur sur les reins et le système urinaire dans tous les cas :

Elle permet aussi de déterminer le siège intra ou rétropéritonéal de la masse.

Elle a été pratiquée dans 9 cas sur 20.

Elle a montré les résultats suivants :

- Suspicion du diagnostic d'organe de la tumeur dans 7 cas.
- Un gros rein dans 4 cas.
- Ecrasement de la vessie dans 3 cas
- Stases pyélocalicielles dans 2 cas.
- Un rein muet dans 2 cas
- Refoulement urétéral dans 2 cas
- Compression urétérale dans un cas.
- Urétérohydronéphrose unilatérale dans un cas.
- Retard de sécrétion dans un cas

Plusieurs anomalies peuvent se voir sur le même cliché

* Opacification digestives :

Il n'y a pas eu de cas où on a fait un transit oeso-gastro-duodéno (TOGD). Le lavement baryté (L.B) a été pratiqué chez 4 malades ; en effet le LB permet éventuellement de connaître si le processus tumoral est intrinsèque ou extrinsèque au colon.

On a eu les résultats suivants :

- Arrêt de la progression du produit de contraste au niveau de l'angle colique gauche sans image d'aspect tumoral dans un cas.
- Absence de tumeur développée au dépend du cadre colique dans un cas (obs n°9).
- Réfoulement en dedans du colon gauche. Processus colique ou extra-colique probable; grosse rate ? ou gros rein gauche ? dans un cas : tumeur de rein gauche (obs n°11).
- Elle n'a révélé aucune anomalie morphologique visible dans un cas : cancer de l'estomac au stade terminal.

a₃) Hystérosalpingographie : (HSG)

Elle a été demandée une seule fois et a montré une opacification incomplète de la trompe droite chez une malade porteuse d'un gros kyste de l'ovaire homolatérale.

b) Les examens endoscopiques :

- Fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) pratiqué chez 2 malades avec les résultats suivants.

1°) + Antrite congestive (obs n°18) : chez une patiente présentant un cancer du pancréas.

+ Compression gastrique au niveau de la petite courbure par une tumeur extrinsèque (obs n°18).

2°) Antrite érythémateuse (obs n°19) : chez une patiente présentant une volumineuse splénomégalie (polykystose de la rate)

- Colonoscopie : Elle a été demandée une seule fois, le défaut de préparation a rendu l'examen inutile.

- Laparoscopie : masse retro-péritoneale : rein ? (pratiqué une fois) (obs n°5) : chez une patiente présentant une splénomégalie de dimension énorme (13 x 31 cm).

c) Les examens biologiques

* NFS :

Elle a été normale dans 5 cas dont 3 tumeurs bénignes et 2 tumeurs malignes.

Elle a révélé une anémie dans 15 cas dont 6 tumeurs malignes, 8 tumeurs bénignes et une tumeur de nature indéfinie.

* La VS :

Elle a été normale dans un seul cas de tumeur bénigne (Fibrome utérin).

Elle est accélérée dans les 8 cas de tumeurs malignes, 10 cas de tumeurs bénignes et dans le cas de tumeurs de nature histologique indéterminée. On ne peut pas tirer argument de cet examen.

* Les dosages de l'azotémie, de la glycémie et la crase sanguine n'ont pas révélé d'anomalie.

18°) La diagnostic pré-opératoire d'organe.Définition :

Nous appelons diagnostic pré-opératoire d'organe, l'organe auquel la tumeur est rattachée à la suite de l'examen clinique et para clinique.

En pré-opératoire :

- Le diagnostic d'organe a été posé avec certitude et confirmé par laparotomie dans 9 cas sur 18 opérés (50 %) dont :

- x. une tumeur du pancréas
- x. une tumeur colique
- x. trois tumeurs utérines
- x. deux tumeurs du rein
- x. une tumeur de la rate
- x. une tumeur de l'ovaire.

- Le diagnostic pré-opératoire d'organe a été fortement suspecté dans 3 cas (16,66 %) dont :

- une tumeur du rein
- une tumeur de la rate
- une tumeur de l'utérus

- Le diagnostic pré-opératoire d'organe a été incertain dans 6 cas (33,33 %) dont :

- une tumeur de l'estomac au stade terminal
- 3 tumeurs de l'ovaire
- 2 tumeurs de l'utérus.

Le diagnostic pré-opératoire doit être comparé au diagnostic per-opératoire. Ce qui permet d'évaluer la performance des investigations cliniques et paracliniques.

19°) Techniques opératoires

a) Les voies d'abord (les incisions abdominales).

Elles sont diverses suivants les cas. Le tableau ci-dessus résume les différentes incisions pratiquées.

Incision	Nombre de cas
Médiane sus et sous ombilicale	9 cas
Médiane sous ombilicale	5 cas
Médiane sus ombilicale	1 cas
Lombotomie	1 cas
Laparotomie transverse	1 cas
Voie sous-coscotale gauche	1 cas
Total	18

Tableau N°21 : Répartition selon les voies d'abord.

b) Les gestes opératoires ;

+ Nous avons opéré 18 malades sur les 20.

Nous avons fait :

- 16 exérèses totales de la tumeur sur les 18 malades dont 5 cas de tumeurs malignes et 11 cas de tumeurs bénignes .
- 2 laparotomies exploratrices dont 1 avec biopsie et 1 sans biopsie (simple).

+ On a pratiqué un drainage de sécurité chez les 16 malades qui ont tous bénéficié d'une exérèse totale de la tumeur. Ces drains ont été enlevés au 3^e, 4^e jours.

+ La fermeture de la paroi a été facile dans tous les cas.

20°) Suites opératoires immédiates :

Sur les 18 malades opérés nous avons déploré :

3 cas de décès post-opératoires immédiats. Il s'agit de :

- Un cas de cancer du colon (obs n°16) décédé après réintervention précoce pour lymphorragie. Il s'agit du seul cas de réintervention précoce pratiquée après chirurgie d'exérèse pour MVA. En effet, cette malade a été opérée en mauvais état général pour colectomie emportant le colon droit et tout l'angle gauche jusqu'au colon descendant et le colon transverse ainsi que la queue du pancréas, la rate et une anse jejunaie prise dans la tumeur. Cette intervention a été délabrante et suivie d'une lymphorragie importante aggravant le déséquilibre hydro-électrolytique. La réintervention a été pratiquée au cinquième jour car la tension artérielle de la malade, malgré toute la réanimation restait basse. Les suites de cette réintervention ont été mauvaises puisque la malade est décédée 72 heures après la réintervention.
- Un cas de fibrome utérin volumineux (obs n°7) opéré sans difficulté. Elle est décédée dans le service probablement par défaut de surveillance et d'hémorragie interne.
- Un cas de cancer de l'estomac (obs n°6) chez une malade ayant subi une simple laparotomie exploratrice. Elle est décédée dans les 72 heures post-opératoire.

Nous avons eu :

* 2 cas de suppuration pariétale. Il s'agit de:

- Un cas de cancer du pancréas (obs n°18) chez qui il a été pratiqué un simple biopsie, décédé plus de 3 mois après l'intervention.
- Un cas de cancer du rein (obs n°11).

* Un cas de flambée tumorale avec métastase pulmonaire (obs n°17 néphroblastome), évacué et traité en médecine. Elle est décédée plus de 9 mois en cours de chimiothérapie. Mais en fait cette patiente n'avait pas bénéficié d'une radiographie pulmonaire avant l'intervention.

Dans les autres cas les suites opératoires immédiates ont été simples.

21°) Anesthésie-réanimation

Dix huit patients ont été vus en consultation pré-opératoire d'anesthésiologie réanimation au terme de laquelle la classification ASA a été appliquée :

Selon la classification ASA (American society of Anesthesiologist) :

- 2 patients appartiennent à la classe (1) ASA (1)
- 12 patients appartiennent à ASA2
- 4 patients appartiennent à ASA3.
- On n'a pas eu de patient de ASA4 ni de ASA5.

L'état général de 7 patients jugés mauvais a nécessité une prise en charge en service de réanimation (rééquilibration pré-opératoire : sang, électrolytes, macromolécules.

L'anesthésie générale "balancée" a été adoptée avec la prémédication classique, (atropine, diazepam).

L'induction, la curarisation et l'intubation oro-tracheale ont été sans particularité et bien supportées par l'ensemble de nos patients mêmes ceux de la classe ASA3.

L'entretien a été fait classiquement aux halogénés. Quelques chutes tensionnelles ont été observées en rapports avec soit la chirurgie (hémorragie, les manoeuvres chirurgicales, ablation de la tumeur décomprimant brutalement les gros vaisseaux), ou soit avec la durée de l'anesthésie.

Une compensation des pertes a toujours été faite à la demande ; transfusion, remplissage.

Le réveil a été facile dans tous les 18 cas en dehors de quelques légers retards de réveil des sujets ASA3.

La durée moyenne de l'intervention est de 123 mn avec des extrêmes de 40 à 180 mn.

La surveillance post opératoire en réanimation a consisté en une surveillance rigoureuse des constantes : tension artérielles, température, diurèse, état de conscience, et un contrôle biologique quand cela est nécessaire et possible.

Le traitement post opératoire a consisté en un apport hydrique électrolytique avec parfois transfusion au besoin.

+ . En une antibiothérapie systématique de couverture.

+ . En un traitement antipalustre préventif.

22°) Résultat des examens histopathologiques :

Nous résumons dans les tableaux ci après nos résultats d'anatomie pathologie.

Organes	Nature de la tumeur		Total
	Tumeur bénigne	Tumeur maligne	
Utérus	5		5
Ovaires	4		4
Rein	1	2	3
Rate	1	1	2
Pancréas		1	1
Colon + métastases		1	1
Estomac		1	1
Ovaire + utérus		1	1
Organe inconnu		1	1
Nature indéfinie	Pas de biopsie		1
Total Biopsie : 19	11	8	20

Tableau N°22 : Répartition selon la nature bénigne ou maligne de la masse en fonction de l'organe.

Deux malades n'ont pas été opérés, mais chez l'un d'eux a été réalisée la biopsie d'une tumeur de site vaginale. Il s'agit d'une lésion maligne dont l'origine tissulaire n'a pu être précisée (obs n°9).

Leiomyome utérin	5	25 %
Fibrome ovarien	3	15 %
Carcinome indifférencié de l'ovaire et de l'utérus	1	5 %
Pyonéphrose	1	5 %
Kyste serreux de l'ovaire	1	5 %
Adénocarcinome du pancréas	1	5 %
Néphroblastome	1	5 %
Lymphosarcome de la rate	1	5 %
Adénocarcinome du colon avec métastases spléniques et pancréatiques	1	5 %
Tumeur maligne de nature indéterminée	2	10 %
Tumeur dont la malignité n'est pas confirmée	1	5 %
Polykystose splénique	1	5 %
Carcinome à cellule claire du rein	1	5 %
Total	20	100 %

Tableau N°23 : Répartition des 20 tumeurs abdominales selon les résultats histologiques

Age	Tumeur maligne	Tumeur benigne	Total
0 - 9 ans	2		2
10 - 19 ans	-		
20 - 29 ans	1		1
30 - 39 ans		3	3
40 - 49 ans	2	5	7
50 - 59 ans	1	2	3
60 - 69 ans	1 + 1 ?	1 + 1 ? 1	3
70 - 79 ans			
80 - 89 ans			
90 - 99 ans	1		1
Total	8	11	20

Tableau N°24 : Répartition selon la nature bénigne ou maligne en fonction de l'âge

Le 1 ? indique la tumeur dont la malignité n'est pas confirmée

23°) Durée d'hospitalisation post-opératoire (date d'intervention - date de sortie)

Durée (j)	Nombre de cas	Pourcentage
0 - 7	3	20 %
8 - 15	8	52 %
16 - 23	1	7 %
24 - 31	1	7
32 - 39	1	7 %
40 - 47	-	
48 - 55	-	
56 - 63	-	
64 - 71	1	7
Total	15	100 %

Tableau N°25 : Répartition selon la durée d'hospitalisation en chirurgie.

La moyenne de la durée d'hospitalisation post-opératoire est de 17 jours avec des extrêmes de 7 à 65 jours.

RESUME DE NOS RESULTATS

Ces 20 patients représentent annuellement : 2,11 % de nos consultations ; 5,52 % de nos hospitalisations ; 9,7 % de nos laparotomies en hors des appendicites et des hernies ; 16,07 % de nos laparotomies à froid.

Il s'agit de 19 femmes et un homme dont l'âge moyen est de 44,1 ans avec des extrêmes de 9 à 95 ans.

L'ethnie dominante est le bambara (35 %).

Les patients sont analphabétisés à 85 %.

Dans 25 % des cas les patients nous viennent d'un service de médecine général.

Les organes d'origines sont les suivants :

- L'utérus (5 cas), l'ovaire (4 cas) le rein (3 cas) la rate (2 cas) le pancréas (1 cas) l'estomac (1 cas) le colon (1 cas) l'ovaire et l'utérus (1 cas), dans 2 cas l'organe d'origine de la masse est resté inconnu.

Dans 50 % des cas le parenchyme d'origine de la masse est du petit bassin (utérus, ovaire).

Ces tumeurs ce sont révélées bénignes dans 11 cas (5 utérus, 4 ovaires, un rein, une rate) et malignes dans 8 cas (2 reins, une rate, un pancréas, un colon, un estomac, un ovaires + utérus, un cas où le parenchyme d'origine est resté inconnu) Dans un cas on n'a pas fait de biopsie.

Le principal motif de consultation est la douleur (50 %) suivie par l'impression d'une masse abdominale (35 %). La douleur est en faite retrouvée dans 75 % des cas à l'interrogatoire ou et à l'examen.

Parmi les symptômes d'accompagnement, les troubles digestifs (85 %) et l'amaigrissement (70 %) sont les plus fréquents.

Dans moins d' 1/3 des cas les patients ont consultés dans l'année qui a suivi le début de la symptomatologie ; dans plus des 2/3 des cas au delà de 1 an.

L'histoire de la maladie s'étale sur plus de 5 ans dans 20% des cas (jusqu'à 40 ans).

Au point de vue volume tumorale : près d'une fois sur 2 (45 %) la tumeur occupe la quasi totalité de l'abdomen.

Au plan de l'examen clinique :

- L'état de la surface tumorale s'est avéré lisse dans 13 cas dont 9 T.B et 4 T.M et irrégulière dans 7 cas dont 4 T.M et 3 T.B et une tumeur de nature inconnue.

- La consistance a été :

- * dure dans 9 dont 5 T.M et 3 T.B et une tumeur nature inconnue,
- * ferme dans 7 cas dont 6 T.B et 1 T.M,
- * molle dans 4 cas dont 2 T.B et 2 T.M.

- La masse est :

- * mobilisable dans 11 cas dont 8 T.B et 3 T.M,
- * fixe dans 9 cas dont 3 T.B et 5 T.M et la T.I.

- La palpation s'est avérée douloureuse dans 3 cas (3 T.M) et indolore dans 17 cas dont 11 T.B et 5 T.M et 1 T.I.

- Les limites de la masse ont été précises dans 12 cas dont 9 T.B. et 3 T.M et imprécises dans 8 cas dont 5 T.M et 2 T.B et 1 T.I.

- La matité à la percussion de la masse a été liquidienne dans 4 cas dont 2 T.M et 2 T.B et tissulaire dans 16 cas dont 9 T.B et 6 T.M et 1 T.I.

EXAMENS PARACLINIQUES

- Echotomographie :

16 malades sur les 20 ont bénéficié de cet examen.

Elle a permis de rattacher la masse à son parenchyme d'origine dans 78 % des cas dont 3 tumeurs utérines, 1 tumeur ovarienne, 2 tumeurs spléniques, une tumeur du pancréas, 2 tumeurs rénales, 2 tumeurs digestives.

L'échographie a permis de trouver 2 cas de masses liquidiennes, 4 cas de structures solides et 10 cas de structures mixtes.

Le diagnostic de malignité a été évoqué par l'examen échotomographique dans 7 cas et s'est avéré exact dans les 7 cas et le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 8 cas et s'est avéré exact dans les 7 cas ; et le diagnostic de bénignité a été évoqué dans 8 cas et s'est avéré exact dans 5 cas.

Parmi les autres examens radiologiques l'U.I.V. a été demandée 4 fois sur orientation clinique.

Sur les 12 patients qui ont été vus en consultation pré-anesthésique : 2 patients sont de la classe ASA1, 12 de la classe ASA2 et 4 de la classe ASA3.

Au point de vue traitement : sur les 20 patients 2 ont refusé l'intervention chirurgicale. Sur les 18 patients opérés il y a eu 16 exérèses totales dont 11 T.B (5 utérus, 4 ovaires, un rein, une rate) et 5 tumeurs malignes (T.M) (2 reins, une rate, un ovaire + utérus, un colon) et 2 laparotomies exploratrices (cancer du pancréas, cancer de l'estomac). Dans les suites post-opératoires immédiates on a constaté 3 décès (un cancer du colon, un cancer de l'estomac, un fibrome utérin).

La durée d'hospitalisation post-opératoire est en moyenne 17 jours avec des extrêmes de 7 à 65 jours.

VI.COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Les MVA représentent 5,52 % de nos hospitalisations pendant l'étude qui sert de base de ce travail. Elles se rencontrent dans les consultations pratiquement à toutes les saisons de l'année dans notre étude.

En effet les malades viennent consulter pour 3 raisons :

- 1) ils supportent mal leur douleur (surtout pendant la saison sèche).
- 2) pendant la saison des pluies la tumeur les rend invalides aux travaux champêtres et les pousse à aller consulter;
- 3) échec du traitement traditionnel : ce traitement est poursuivi d'autant plus longtemps que le malade a peu d'argent pour faire face aux frais d'hospitalisation et d'intervention.

Au point de vue âge : si nous faisons une répartition entre avant 50 et après 50 ans on se rend compte que 65 % de nos malades ont un âge inférieur à 50 ans. Les masses volumineuses de l'abdomen prévalent généralement avant 50 ans. Nous avons fait cette répartition car nous pensons que l'espérance de vie du malien est aux alentours de 50 ans. La plupart de nos malades sont des femmes et si nous faisons une répartition selon la période d'activité génitale (15 - 50) on trouve 55% de nos malades.

La répartition par sexe montre une énorme disparité (19 femmes pour un homme) avec un sexe ratio de 0,05. Cela peut être expliqué par le nombre élevé de cas de tumeur gynécologiques (10 cas = 50 %). Senecail (37) ont eu un sexe ratio de 0,25 (7 hommes pour 28 femmes); Jeffrey (15) ont trouvé un sexe ratio qui est égal à 1.

Chez les patients de sexe masculin, on trouve des tumeurs rénales et rétropéritonéales primitives qui sont adressées de préférence au service d'urologie.

Une étude multicentrique et prospective pourrait confirmer ou infirmer notre sexe ratio.

La répartition par ethnie montre la plus grande représentativité des Bambara (35 %).

La répartition selon l'alphabétisation montre que ce sont les non alphabétisés qui sont les plus touchés.

Dans notre série la plus part de nos patients sont des femmes non alphabétisées qui ont une mauvaise compréhension de la notion de maladie. Cela peut expliquer en partie la difficulté d'accès aux soins médicaux.

Dans les pays développés la facilité d'accès aux examens fait que les masses volumineuses de l'abdomen ne se rencontrent plus ou sont très rares. Les quelques cas décrits récemment font l'objet de publications et constituent donc une curiosité médicale.

Les vingt huit femmes de Senecail (37) étaient recrutées en milieu rural européen. Beaucoup de nos malades résident loin des chefs lieu de cercle (dans les villages) dans un rayon d'environ 20 Km (en zone sous médicalisée). La répartition par profession montre que nos patients appartiennent à la catégorie des personnes à faible revenu économique.

Dans notre série la présence de la masse ne constitue pas le motif impératif de consultation. D'autres problèmes sont souvent plus préoccupants chez ces patients (la douleur, la stérilité, l'amaigrissement, les troubles digestifs).

La masse abdominale peut être mal interprétée (prise de poids) ou bien supportée (absence de douleur). Cela peut être à l'origine des retards de consultation.

La longue durée d'évolution de la maladie s'explique par :

- l'absence de douleur,
- espérance du traitement traditionnel,
- assimilation de la masse à une grossesse prolongée, et
- le manque de moyens financiers.

Nous considérons comme retard de consultation toute masse ayant évolué jusqu'à au moins une année au su du malade.

Dans notre série elle présente 60 % de nos cas. Tous nos malades ont suivi un traitement traditionnel plus ou moins long. Trop souvent, les malades ne viennent consulter qu'à un stade très avancé de la maladie. Ce qui rend les conditions d'intervention plus difficile.

Certains malades habitent loin, dans les villages où l'infrastructure sanitaire est presque inexistante. Il leur faut venir en ville pour se faire examiner. Dans ce cas aussi il se pose souvent le problème d'hébergement et de nourriture.

Le plus souvent aussi les malades s'adressent aux tradipraticiens avant d'aller à l'hôpital. Dans la plupart des cas ils pensent que la masse est due au fait que quelqu'un leur a jeté le mauvais sort et ne peut se traiter que traditionnellement.

La masse abdominale chez les enfants est rapidement prise en considération (3 mois chez les deux enfants de notre série) pour la raison suivante :

le faible volume de la cavité abdominale de l'enfant rend toujours précoce la perception de toute masse abdominale anormale (7).

Il y a aussi un retentissement local du fait de l'exiguïté de leur abdomen.

Au point de vue symptomatologie associée, les troubles digestifs viennent en première position, ils entraînent une dénutrition et un amaigrissement.

85% de nos patients se plaignent de troubles digestifs.

Les masses occupant tout l'abdomen sont les plus fréquentes (45 % dans notre série) alors que Jeffrey (15) a trouvé 25 %.

En effet la localisation de la masse à une importance capitale. Elle a souvent une valeur d'orientation pour S.NZIN GOULA (33) : On pense avant tout devant une tumeur de l'hypochondre droit, au foie et au colon ; devant une tumeur de l'hypochondre gauche à la rate, au niveau du creux épigastrique au foie, à l'estomac, au duodéno-pancréas et au méso colon ; devant une tumeur du flanc, à un processus rétro-péritonéal et plus particulièrement au néphroblastome et au neuroblastome ; devant une tumeur péri-ombilicale ou hypogastrique, à l'ovaire où à un processus ouraquien, à une malformation digestive ou à un dysembryome.

Mais cette notion reste schématique car toutes les tumeurs peuvent déborder leur territoire d'origine et conduire alors à ces erreurs de diagnostic.

Pour le même auteur si une tumeur est fixe, arrondie, mal limitée, ligneuse elle a des chances d'être maligne. Si elle est mobile fluctuante bien limitée elle évoque la benignité.

D'après notre série une tumeur a plus de chances d'être bénigne quand elle est régulière facilement mobilisable, indolore à la palpation bien limitée et présentant une matité tissulaire.

Les examens complémentaires

Ils sont pratiqués dans 2 ordres d'idées :

- 1°) les examens complémentaires à visée étiologique
- 2°) les examens complémentaires à titre de bilan préopératoire.

Les premiers sont faits à titre de diagnostic étiologique, mais quand la tumeur occupe tout l'abdomen il est difficile de faire un diagnostic étiologique (la laparotomie exploratrice devient alors un examen diagnostique). Dans les autres cas le bilan est incomplet pour 2 raisons :

- a) soit parce que l'examen n'est pas pratiqué en raison de la faiblesse du plateau technique de l'hôpital.
- b) soit parce que le coût de l'examen est hors de portée de la bourse du malade (qui sont dans notre série tous pauvres).

Les 2èmes sont faits pour juger du retentissement de la masse sur l'état général du malade. Ils permettent de guider la réanimation pré, per et post-opératoire.

Ces examens complémentaires doivent être demandés en fonction des données de l'examen clinique. Ils comprennent 2 volets : radiologiques et biologiques.

A) Les examens radiologiques

a) L'Echotomographie : Il s'agit d'un examen facilement supporté par le malade non invasif et répétitif. Cependant son coût reste élevé pour le pouvoir d'achat de nos malades.

Elle permet de fournir à elle seule certains renseignements sur la masse qui sont :

- la localisation (intra-péritonéale, rétropéritonéale)
- la topographie (organe d'origine de la tumeur)
- l'échogénéicité de la masse
- l'état des autres organes : les rapports de la masse avec les autres organes
- le volume de la masse et ses extensions.

Au point de vue localisation selon le plan anatomique le diagnostic échographique a été confirmé par la chirurgie dans 80%.

Zaka BIGOORE Fredy (43) a trouvé 100 % de succès diagnostic confirmés par la chirurgie.

Au point de vue topographie d'organe on a trouvé 78 % de succès alors que Zaka BIGOORE (43) a trouvé 86 %.

J. Poucin (35) ont trouvé également 86 % chez l'adulte.

Holm (13) ont trouvé 97 %.

Dans une étude qui se trouve beaucoup plus proche de la nôtre est celle de Senecail (37) qui a trouvé 34 % sur l'étude des masses géantes de l'abdomen (sup à 15 cm). En effet il est difficile de déterminer la topographie d'une masse quand elle est volumineuse.

Pour J. Poucin (35) "une masse est d'autant plus difficile à localiser qu' elle est plus volumineuse car elle désorganise d'autant plus l'anatomie abdominale".

La solution consiste à explorer toute la cavité abdominale à la recherche de l'identification des organes et des vaisseaux refoulés loin de leur siège normal.

Les signes comme le centre et l'interface nous aident au diagnostic d'organe.

Si le centre de la masse est compris à l'intérieur d'un organe la masse est issue de l'organe et s'il est en dehors, la masse n'en est pas issue (35). Ce signe a des limites ; le centre de la masse ne se conçoit que comme un centre volumétrique et est difficile à apprécier par une étude en coupe. Certaines masses ont des développements essentiellent extra-parenchymateux : le signe de l'interface paraît plus faible.

La présence d'une interface échogène entre la masse et l'organe est un argument pour l'indépendance de la masse par rapport à l'organe.

Pour le même auteur (35) : certaines masses bénignes kystiques mais aussi solides se séparent de l'organe dont elles sont issues par une interface qui est leur propre paroi ou seulement par une ligne de raccordement brutale entre la masse et l'organe de départ si leurs structures sont très différentes.

L'absence d'interface entre la masse et un organe sur une multitude d'incidence est un argument pour penser que la masse appartient à l'organe. Mais cet argument n'est pas non plus formel et la visibilité des interfaces peut être impossible à obtenir dans les régions difficiles tel l'hypocondre gauche (4 ; 42).

Il ressort de ces trois remarques que aucune théorie n'est formelle pour le diagnostic topographique d'une masse volumineuse de l'abdomen, aucune théorie n'est pathognomonique. En raison même de leur volume les M.V.A bouleversent les repères anatomiques, en particulier vasculaires et rendent difficile voire impossible la détermination de l'appartenance à un parenchyme rétro-péritonéal ou à un viscère intra-péritonéal. Les organes sont refoulés, le plus souvent laminés, et l'interface entre la tumeur et son environnement viscéral n'est pas toujours retrouvée d'où de nombreuses images de pseudo-accolement (35).

Certains arguments de fréquence peuvent aider à l'approche du diagnostic étiologique (35) : le pancréas et l'ovaire sont les plus gros pourvoyeurs des masses géantes surtout de masse à contenu liquidien, ensuite viennent l'utérus et les mesos péritoneaux et les tissus retroperitoneaux enfin les reins et plus rarement le foie.

Au point de vue échostructure : il est classique de répéter que l'échographie ne saurait prétendre à un diagnostic histologique. Cependant l'approche de ce diagnostic est possible par l'examen échographique dans la mesure où cette technique renseigne sur la nature liquide ou solide du contenu avec un excellent coefficient de fiabilité.

Dans notre série, les tumeurs à structures solides sont soit des fibromes soit des tumeurs malignes. Les tumeurs à structures mixtes sont toutes malignes. Les tumeurs à structure liquidienne pure sont toutes bénignes.

B. Senecail (37) trouve 97,28 % de résultats révélés exacts à l'intervention. Dans notre série on trouve 81,25 %.

Pour J. Poncin l'appréciation de l'échostructure est fiable à 100 % à condition que l'échographiste connaisse les difficultés suivantes :

- les masses solides hypoéchogènes qui peuvent en imposer pour un kyste mais où manque le renforcement postérieur.
- l'aspect faiblement échogène homogène que prennent certains liquides épais (pus, sang et surtout mucus)
- L'échographie permet aussi de guider une éventuelle ponction biopsie.

Le manque de plusieurs spécialistes en échographie fait que les rendez-vous sont éloignés. En effet à l'HNPG il n'existe que deux échographes pour deux spécialistes de radiologie. La demande est nettement supérieure à l'offre.

b) Les autres examens radiologiques :

* L'ASP (Abdomen sans préparation) = Pour M'Boyez, (6), l'ASP tente d'apprécier le siège intra ou rétropéritonéal de la masse, essaie de préciser le rentissement de voisinage, permet d'avoir une idée du contenu de cette masse.

L'appréciation du siège intra ou rétro-péritoneal est souvent difficile : l'effacement du bord externe du psoas par une masse rétro-péritonéale est un signe de valeur en l'absence de scoliose et de contracture, à condition qu'il soit unilatéral et segmentaire.

Le refoulement des clartés digestives et des opacités parenchymateuses voisines permet peut-être mieux de situer le point de départ d'un processus expansif ; ainsi une masse refoulant le rein en bas ou en dehors est en principe rétropéritonéale, une opacité abaissant l'angle colique gauche et refoulant l'estomac en dedans correspond à la rate, l'estomac est refoulé en avant par une grosse surrénale ou une tumeur pancréatique. Le contenu de la masse : l'ASP permet de reconnaître les densités :

- Lorsqu'une masse contient du gaz il s'agit le plus souvent d'un abcès (multiples bulles) ou d'un lymphome digestif ou d'un énorme diverticule.

- Lorsqu'une masse est de densité graisseuse il s'agit d'un lipome ou d'un tératome (kyste dermoïde) ; dans ce dernier cas il s'y associe assez souvent des calcifications (dent, fragment d'os).

- Les masses calcifiées en leur périphérie : il peut s'agir d'une vésicule porcelaine d'un kyste hydatique (foie, rate, rein) d'un kyste ou d'un pseudo-kyste de pancréas, plus rarement d'un kyste ovarien, d'un cancer du rein, d'une mucocelle appendiculaire.

- Les masses contenant des calcifications plus ou moins centrales sont nombreuses, les calcifications doivent être recherchées et analysées avec soin. Les plus fréquentes sont les kystes dermoïdes de l'ovaire, les fibromes utérins. Nos résultats figurent au chapitre : résultat de l'ASP.

L'ASP est moins fiable que l'échotomographie mais il donne une bonne orientation.

* L'U.I.V : Autrefois l'U.I.V. était l'examen de première intention devant une masse abdominale ne faisant pas sa preuve (16).

Elle permet de préciser le point de départ rénal, rétropéritonéal ou intra-abdominal de la plupart des masses abdominales ; d'apprécier le retentissement urinaire des masses rétropéritoneales.

En cas de masse pelvienne : elle intervient à titre de bilan pré-opératoire pour l'appréciation du retentissement urétéral. Elle est classiquement systématique dans les tumeurs gynécologiques.

Le retentissement sur la vessie est fréquent, les tumeurs réalisent une compression extrinsèque de la face postérieure de la vessie ou du dôme vesical d'autant plus marquée que la tumeur est de volume important.

Sur les clichés de cystographie en réplétion on appréciera avec soin l'état de la paroi vesicale, une vessie déformée rigide évoque un envahissement par une tumeur maligne. En cas de masse rétropéritonéale : l'urographie donne des images d'anomalies topographiques des reins et des urètres. Il peut s'agir d'un refoulement externe dans les tumeurs médianes ou d'un refoulement interne dans les tumeurs rétropéritonéales primitives. Ces anomalies peuvent s'accompagner d'un syndrome de stase d'amont (voir nos résultats : chapitre résultat UIV).

* Les opacifications baryté : elles montrent des images de refoulement, de compressions ou de lésions extrinsèques au niveau du tube digestif.

- Le transit oesogastro-duodéal :

Il permet de visualiser un déplacement de l'estomac et de suspecter l'origine de la masse.

Les déplacements par refoulement sont liés à l'empreinte d'organes volumineux tumoraux ou hypertrophiés. Les organes qui entraînent des déplacements et des refoulement de l'estomac sont:

- la rate qui provoque un refoulement de la partie haute de l'estomac en cas de splénomégalie avec conjointement un abaissement de l'angle splénique.

- le rein gauche : tumoral ou hydronéphrotique refoule en avant et déprime la portion verticale de la grande courbure d'où l'intérêt d'un cliché de profil. Le rein et la surrénale gauches peuvent écraser la partie interne de la grosse tubérosité (déplacement vers la gauche de l'estomac).

- le Pancréas : les kystes et les pseudo-kystes du corps du pancréas soulèvent la portion horizontale de la grande courbure, ceux de la queue du pancréas compriment le corps gastrique à sa partie haute. En cas de cancer pancréatique on peut avoir une infiltration gastrique de l'antrum. Les tumeurs rétro-péritonéales refoulent l'estomac en avant.

- la foie : les hépatomégalies ouvrent l'angulus et refoulent la portion verticale de la grande courbure. Dans notre série nous n'avons pas fait de transit oesogastro-duodéal.

- Quant au lavement baryté : il peut donner des images de refoulement du colon comme par exemple dans les kystes de l'ovaire qui entraînent des refoulements arciformes réguliers du sigmoïde moulé sur la masse ovarienne. Dans les cancers de l'ovaire on a des images de sténose extrinsèque du sigmoïde qui est fixé et dont le glissement est irrégulier et l'interpli épais. En cas de lymphangiome kystique du mesentère, le colon descendant et le sigmoïde sont refoulés en dehors et en bas sur la volumineuse masse dont les limites sont visibles car elle est cernée par la graisse dont la tonalité est différente. En cas de splénomégalie : l'angle du colon dessine une boucle refoulée vers le bas contrairement aux tumeurs du rein gauche où on a une ouverture de cet angle (voir nos résultats : chapitre résultat TOGD et LB).

* L'hystérosalpingographie (HSG) : elle est importante surtout pour les masses gynécologiques : les masses utérines (fibromes utérins, cancer utérin), les masses de l'ovaire. Elle permet aussi de différencier une tumeur de l'utérus d'une tumeur de l'ovaire.

En présence d'un fibrome utérin : les contours sont parfaitement nets, on a un étirement, un refoulement et une déformation de la cavité utérine à cause de l'effet de masse

- A l' HSG on peut avoir des signes qui sont évocateurs de cancer de l'utérus. Ce sont : l'irrégularité des contours utérins, des encoches, des images lacunaires et des images d'addition.

En présence d'une tumeur de l'ovaire : la masse est contournée par une trompe allongée, déformée étirée caractéristique.

L'HSG permet aussi d'apporter des arguments décisifs pour le diagnostic et le choix du mode de traitement en relevant l'existence de lésions associées : chez la femme ménopausée il est indispensable de rechercher un cancer associé à un kyste de l'ovaire oestrogéno-sécrétant (15% des cas (12)). De même chez une femme jeune désirant procréer il faut rechercher les lésions associées à un kyste de l'ovaire (obstruction tubaire) de façon à les traiter dans le même temps opératoire.

Dans notre série nous avons pratiqué l'HSG une seule fois: chez une patiente présentant un gros kyste de l'ovaire droite et a montré une opacification incomplète de la trompe homolatérale (obs n°8).

* La radiologie pulmonaire : elle est utile pour détecter d'éventuelles métastases (36): et une éventuelle surélévation du diaphragme en relation avec le volume de la masse comme le cas de l'obs n°8; elle sert aussi dans le bilan anesthésiologique où elle montre l'état des poumons.

* En cas de suspicion de malignité, les radiographies du squelette peuvent déceler des métastases.

c) Autres explorations-radiologiques :

1) Tomodensitometrie (TDM) : selon Kané (19).

Les insuffisances de l'échographie dans l'exploration des MVA et l'imprécision des rapports avec les anses digestives font de la TDM un complément d'appoint.

Elle apprécie avec précision la taille de la masse.

Elle précise mieux les rapports avec les anses digestives et l'estomac opacifiés, le pancréas et les reins.

Elle confirme la nature kystique de la masse par la mesure de la densité qui est alors voisine de celle de l'eau (la nature liquidienne est prouvée après injection de produit de contraste).

L'opacification vasculaire réalisée pendant l'examen détermine les rapports avec les vaisseaux et permet de localiser la lésion plus facilement.

L'approche diagnostic de malignité ou de bénignité est plus fiable; en faveur de la bénignité nous avons : absence d'adénopathie profonde; absence d'envahissement des organes adjacents et des métastases.

La TDM permet enfin la surveillance post-opératoire.

2) Les opacifications vasculaires renseignent sur la vascularisation de la masse et la mise en évidence éventuelle de néovascularisation en cas de tumeur maligne et permet d'avoir un bilan préthérapeutique (36). Entre autres citons l'aortographie, la cavographie. Dans notre obs n°9 ces examens auraient permis d'affirmer le diagnostic de néphroblastome et d'affirmer l'extension de la tumeur à la veine cave inférieure.

3) La lymphographie : elle n'opacifie la masse que s'il y a une communication entre la masse et le lymphatique. Elle répond à un double but :

- le bilan d'extension pour guider le geste opératoire ;
- permet de déceler une reprise évolutive avant l'apparition des signes cliniques et biologiques (30,31).

Elle est de mise en oeuvre délicate.

L'Algorithme des explorations radiologiques pratiqué devant une masse volumineuse de l'abdomen :

D'une manière générale pour certains auteurs (11, 15, 35, 43, 37) en présence d'une tumeur abdominale l'échotomographie doit être l'examen de première intention. Elle doit être complétée au besoin par d'autres examens radiologiques.

Pour B. SENECAIL (37) en présence d'une tumeur à développement abdomino-pelvien, l'échographie réalisée dans de bonnes conditions (patient à jeun, en réplétion vésicale et après préparation colique) donne une approche diagnostique suffisante. S'il s'agit d'une tumeur exclusivement abdominale, on s'aidera d'un index baryté de manière à étudier le sens du refoulement du colon transverse : si le colon transverse est refoulé vers le bas on suspectera avec une forte probabilité un point de départ sus-mésocolique et intra-mésocolique.

Si le refoulement est vers le haut (dessinant une convexité supérieure de l'anse transverse) : le point de départ est alors sous-mésocolique ou un organe pelvien ayant perdu droit de domicile.

En cas de doute sur le point de départ intra ou rétropéritonéal on s'aidera de l'urogramme pour apprécier le type de refoulement des uretères sur un cliché oblique ou de profil.

En cas de masse à prédominance sus-ombilicale on pratiquera une opacification gastrique pour l'appréciation du type de refoulement de l'estomac.

En cas de tumeur pleine ou à contenu mixte à développement abdomino-pelvien, on s'aidera de l'hystérogaphie pour rattacher la masse à l'utérus ou aux annexes.

En cas de tumeur solide on peut être amené à pratiquer l'artériographie pour redresser le diagnostic étiologique et pour connaître le nombre et la nature des pédicules vasculaires avant l'exérèse.

En particulier chez l'enfant :

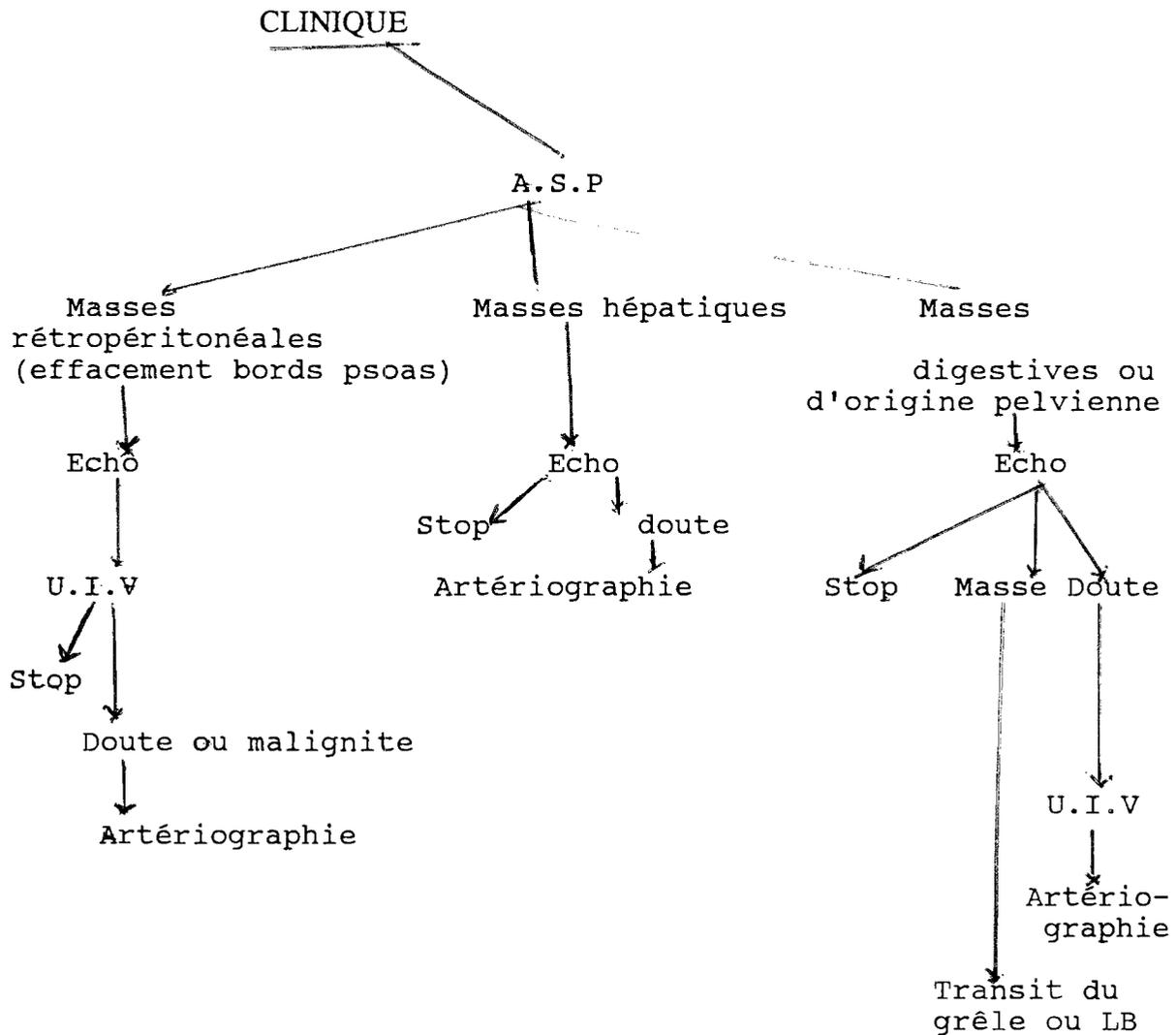
Pour La Brune (24) au terme de l'urographie et de l'échotomographie, dans 80 % des cas le diagnostic du siège et de la nature de la masse est possible.

Pour Garel (10) dans 95 % des cas le diagnostic des masses peut être affirmé par l'association de l'abdomen sans préparation avec l'urographie et l'échotomographie.

Pour Mage K (27) : la performance dans le diagnostic de siège dans la méthode ultrasonore jointe à l'abdomen sans préparation et à l'urogramme peut être estimée aux environs de 80 à 85 %.

Pour Zaka BIGOORE Fredy (43) l'approche du diagnostic final est obtenue dans 85 % par l'association échotomographie et urographie.

Pour Zaka Bi GOORE FREDY (43) l'algorithme des examens radiologique à pratiquer devant une masse abdominale de l'enfant est le suivante :



Cette chaîne séquentielle d'explorations radiologiques dans la conduite à tenir devant une masse abdominale chez l'enfant est discutable. Dans un cadre général, l'ordre de ces diverses explorations radiologiques est variable selon les cas, souvent dépendant de l'habitude des équipes et plus encore de la disponibilité des équipements.

Nos malades souvent très pauvres ne peuvent pas bénéficier d'exams coûteux tels que l'UIV (14015 f), le LB (9740 f), le transit du grêle, le TOGD (8800 f). Ceci nous oblige le plus souvent à pratiquer seulement une échographie (6750 f) ou une laparotomie exploratrice.

Nous avons choisi de présenter ce schéma car il répond aux soucis d'exploration pré-opératoire des MVA dans un contexte de pays moins avancés en occurrence la Côte d'Ivoire.

Pour nous il semble correct de faire en première intention une échotomographie et selon le résultat on demandera une U.I.V. avec comme 1er temps ASP et complété au besoins par des opacifications digestives (hautes en cas de tumeur à prédominance sus-ombilicale et basses en cas de tumeur en prédominance sous-ombilicale) et une hystérogographie quand on suspecte une étiologie gynécologique surtout chez une jeune femme désirant procréer.

B) Les examens biologiques

L'interprétation de la numération formule sanguine et de la vitesse de sédimentation a été difficile du fait de l'interférence de plusieurs facteurs (carenciels immunitaires, infectieux et parasitaires).

Néanmoins nous dirons que souvent l'anémie constatée traduit la gravité d'une tumeur maligne (6 fois sur 8) et la longue évolution d'une tumeur bénigne avec saignement gynécologique prolongé. Ce qui est relatif au délai moyen écoulé avant la consultation (4,73 ans dans notre série).

En principe l'anémie sévère et l'accélération de la vitesse de sédimentation en l'absence de fièvre est en faveur de la malignité.

La glycémie permet de détecter un éventuel diabète quant à l'azotémie elle permet de se faire une idée de l'état fonctionnel des reins.

Ces examens biologiques (NFS azotémie glycémie) sont importants aussi dans le bilan anesthésiologie-réanimation.

Au terme des explorations complémentaires radiologiques et biologiques on n'arrive pas toujours à poser le diagnostic final d'une volumineuse masse abdominale et c'est la laparotomie exploratrice qui fait alors le diagnostic.

C) Le traitement

Le traitement des (MVA) est chirurgical sauf en cas exceptionnels : quand il s'agit d'une masse ayant une étiologie spécifique comme par exemple les infections pelviennes, gynécologiques et de certaines masses d'origine parasitaire où le traitement médical peut amener à la guérison totale.

Le traitement chirurgical doit être précédé d'un traitement médical visant à corriger les éventuels déficits sanguins dus au volume de la masse et au rétentissement de la masse sur l'état général du malade. Ce traitement doit être de courte durée.

Le principe du traitement chirurgical repose sur trois piliers :

^ Ablation totale de la masse

* Ablation si possible de l'organe tumoral.

* Prévention de la récurrence.

le traitement chirurgical doit être entrepris sous anesthésie générale ; le malade en décubitus dorsal.

1°) Les voies d'abord : La voie d'abord d'une MVA doit être la plus large possible pour permettre l'exposition complète de la masse et l'exploration de toute la cavité abdominale.

la voie d'abord la plus fréquemment utilisée est la médiane dépassant l'ombilic, pouvant aller jusqu'à l'incision xypho-pubienne.

Les voies bi-sous-costale et transverse de l'abdomen sont réservées aux tumeurs de l'étage sus-mésocolique.

Les voies paramédianes sont réservées aux tumeurs de l'hypochondre. Ces voies peuvent être agrandies en sous costale.

Dans tous les cas la voie d'abord doit permettre l'ablation de la tumeur et une révision complète de la cavité abdomino-pelvienne.

2°) Les techniques : les techniques employées peuvent varier selon les circonstances :

- a) Chaque fois que l'exérèse est possible, il faut pratiquer un véritable accouchement de la tumeur en sachant que la levée de la compression des gros vaisseaux abdominaux peut amener une chute brutale de la tension artérielle.
- b) L'hystérectomie totale avec annexectomie pour les fibromes volumineux (surtout chez les femmes ménauposées ou proche de la ménopause) et les kystes de l'ovaire ayant plus de 10 cm de diamètre et dont le contenu n'est plus seulement liquidien.

- c) Les tumeurs malignes qui ont un volume important sont difficilement extirpables et souvent le chirurgien est réduit à pratiquer des interventions palliatives ou simplement une biopsie.
- d) Lorsque la tumeur est rétropéritonéale et que l'on a pratiqué un abord médian, paramédian ou sous-costal, il faut décoller le côlon de son attache au fascia postérieur pour aller en rétropéritonéal et pratiquer une exérèse en contrôlant soigneusement l'hémostase veineuse et artérielle. Ceci allonge le temps opératoire mais permet d'avoir un aperçu global du volume de la masse sur les organes intra ou rétropéritonéaux.

Après l'ablation de la tumeur au moment de la fermeture de la paroi, l'abdomen devient flasque et l'on peut fermer sans tension.

Une précaution est nécessaire c'est d'assurer une hémostase parfaite. Dans certains cas le doute peut persister sur la qualité de l'hémostase, il est alors recommandé de mettre en place un drainage "espion" dont l'ablation sera faite le plus précocement possible (avant soixante douze heures). En cas de masses rétropéritonéales nous drainons toujours la loge tumorale après exérèse.

Lorsque la masse n'a pu être enlevée et que l'on a pratiqué un geste palliatif nous pensons que le drainage est un facteur de morbidité surajouté et qu'il vaut mieux l'éviter.

Toute pièce dont on a procédé à l'ablation doit faire l'objet d'un examen d'anatomie pathologique systématique car la frontière entre la bénignité et la malignité peut être difficile à établir à l'examen macroscopique.

Les précautions d'anesthésie et de réanimation doivent être rigoureuses surtout au moment où l'on procède à l'ablation de ces masses qui ont longtemps comprimé les gros vaisseaux de l'abdomen. Cette ablation peut être responsable d'une chute de la tension qu'il faut maîtriser par un remplissage accéléré et adéquat (sang, grosses molécules, solutés simples)

Dans le contexte du Mali : la longue évolution de la maladie; la pauvreté des malades et la difficulté d'accès aux examens complémentaires, sont des handicaps qui nous forcent à pratiquer la laparotomie exploratrice à visée diagnostique et thérapeutique.

Les principales étiologies des MVA relevées dans la littérature sont les suivantes :

Les tumeurs de l'ovaire : (8, 14, 32, 41), les fibromes utérins : (3, 22, 40), les splénomégalies : (39), rate ectopique (20), les lipomes rétropéritonéaux (25), le liposarcome myxoïde et le schwannome (18), le lymphangiome kystique du mésentère (9, 19, 23, 38), le rein pelvien (5), les parasitoses (21), les pseudokystes spléniques (28), le kyste entéroïde rétropéritonéal (34), les tumeurs solides abdominales de l'enfant (36), les masses du pancréas (1, 2, 26), la tuberculose abdominale (29), les lymphangiomes kystiques (1).

La majorité des publications récentes concernent un organe ou une étiologie et ne permettent pas ainsi une comparaison avec notre propre série. Les seules études d'ensemble que nous avons trouvées sont celles de Senecail (37) et de Jeffrey (15). Pour Senecail l'ovaire et le pancréas sont les plus grands pourvoyeurs de ce type de pathologie chez l'adulte. Pour Jeffrey c'est l'ovaire et la rate chez l'enfant ou l'adolescent. Pour nous, ce sont par ordre de fréquence : Utérus (5 cas), ovaire (4 cas), rein (3 cas), rate (2 cas); ensuite viennent le colon, l'estomac, le pancréas (un cas de chaque), un cas de l'utérus et de l'ovaire.

VII. CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

A. CONCLUSION :

Il apparaît qu'au terme de ces 20 observations et d'une revue de la littérature, les points suivants méritent une attention particulière :

Les masses volumineuses de l'abdomen chez l'enfant et chez l'adulte ne sont pas rares dans un service de chirurgie générale à Bamako. Elles représentent une véritable entité nosologique. Ces tumeurs peuvent se voir à toutes les périodes de l'année.

Elles peuvent se voir à tous les âges et le sexe féminin est le plus atteint à cause des tumeurs gynécologiques.

Elles peuvent se rencontrer dans toutes les ethnies mais avec une prédominance pour l'ethnie Bambara dans notre série (l'ethnie la plus nombreuse à Bamako).

Elles se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez les habitants des villages situés loin des centres de santé modernes.

En général c'est la douleur qui motive la consultation. Le délai d'évolution de la maladie avant la consultation est long à cause le plus souvent de l'espérance du traitement traditionnel ou de la longue indolence de la masse : ce sont après la douleur les troubles digestifs qui amènent le malade à consulter.

Chaque quadrant de l'abdomen peut être occupé par la masse; dans notre série ce sont les masses occupant la plus grande partie de l'abdomen qui dominent.

Ces tumeurs peuvent atteindre des dimensions énormes, la plus importante de notre série mesure 42 cm x 70 cm.

Au point de vue examen clinique, la percussion permet de savoir si la matité est liquidienne ou tissulaire.

La palpation permet d'apprécier les caractères de la masse, sa localisation précise, sa taille, sa forme, ses limites, sa mobilité, sa consistance, sa sensibilité.

On ne négligera pas l'existence d'une circulation collatérale d'un oedème des membres inférieurs d'un ictère ou d'une ascite, d'un gros foie, d'une grosse rate associée à la tumeur principale; la palpation de toutes les aires ganglionnaires doit être systématique.

A l'exploration paraclinique radiologique, l'échotomographie doit être l'examen de 1ère intention complétée au besoin par d'autres explorations radiologiques.

La biologie permet de quantifier le retentissement de la maladie sur l'état général et de guider la réanimation pré-opératoire et postopératoire.

Au terme de l'examen clinique et complémentaire le diagnostic exact n'est pas toujours posé; on pratiquera alors une laparotomie exploratrice qui a l'avantage de faire le diagnostic et de permettre la décision thérapeutique. Dans notre série l'ovaire et l'utérus sont les plus atteints. La préparation du malade à l'intervention permet de déterminer le risque opératoire. Dans notre série l'état général de 43% de nos patients a nécessité une réanimation préopératoire.

La durée de l'hospitalisation est longue et la bourse de nos malade est faible pour la plupart.

L'examen histopathologique doit être systématique pour établir un pronostic postopératoire.

Les tumeurs malignes peuvent récidiver à plus ou moins long terme; les tumeurs bénignes ne présentent aucune évolution après leur ablation totale.

B. RECOMMANDATION

Les masses volumineuses de l'abdomen peuvent être considérées comme une entité nosologique bien définie dont le diagnostic et le traitement exigent la mise en place des mesures propres à cette entité. Ainsi nous pouvons recommander les précautions suivantes:

1°) Consultation précoce en milieu médical pour que l'on puisse établir un diagnostic au moment où la masse est facilement extirpable.

Cette consultation précoce exige la collaboration du patient (autopalpation) mais surtout la formation des personnels paramédicaux dans les centres périphériques et l'information du personnel médical pour procéder à une évacuation vers les centres de recours (Hopitaux centraux, hopitaux de district).

2°) La palpation de l'abdomen devrait être un geste systématique lors de toute consultation médicale.

En présence d'une masse abdominale même de petit volume, l'échotomographie devrait être demandée obligatoirement. Ceci nécessite non seulement une multiplication des centres d'échographie mais aussi la qualification des médecins à interpréter une échographie.

Au moment où l'A.U.PELF a désigné Abidjan comme un centre excellent en matière de radiographie, la proximité de ce centre doit inciter les médecins maliens à se former davantage à cette technique d'exploration qui par sa simplicité et sa fiabilité est l'examen qui doit être immédiatement entrepris après un examen clinique.

3°) Avant tout acte chirurgical :

a) Il faut cerner au plus près le diagnostic étiologique de la masse abdominale.

b) Evaluer le retentissement de la masse sur l'état général et corriger les tares éventuelles.

c) Il faut prévoir une réanimation assez lourde en per-opératoire et en post- opératoire immédiat.

4) L'acte chirurgical lui même doit être pratiqué par un chirurgien expérimenté ayant l'habitude de ce genre de chirurgie; car bien souvent le diagnostic étiologique est fait en per-opératoire et l'indication du geste à effectuer n'est posée qu'en ce moment.

5) Il faut faire des examens d'anatomie pathologie en coupes sériées pour ne pas passer à côté d'une tumeur maligne débutant au sein d'une formation bénigne. Etant donné le volume de ces tumeurs ceci nécessite des moyens humains et matériels lourds. Nous recommandons donc d'étoffer le service d'anatomie pathologie.

6) Etant donné le contexte de pauvreté des malades la prise en charge par un organisme de recours est nécessaire pour mener à bien le traitement complet.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLOUIS M. BABUT J.M.
Faux Kyste du Pancréas. Analyse de 6 cas chez l'enfant. Annales médicales de Nancy et de l'Est 1981 ; 20 : 379 -386.
2. AMAR. A.
Trois cas de tumeurs solides papillaires du Pancréas chez la femme de race noire. An. chir 1991 ; 45 : 33 - 37
3. BAYON. S.
Contribution à l'étude des fibromyome uterin à Dakar. A propos de 316 observations. These Med. Dakar 1973 n°11.
4. BERMAUD OME.
Gray Scale ultrasonography of adrenal neoplasms. Am. I Roentgenol 1978 ; 130 : 741-744.
5. BOUJNAH. H.
Le rein pelvien à propos de cinquante cas. Ann. Urol 1989 ; 23 : 11 - 16
6. BOYEZ M., SEBAG A. , VALETTE M.
L'abdomen sans préparation chez l'adulte (III)
Rev. Prat.1981 ; 34 : 1503 - 1506
7. CHAVRIER Y.
Approche du diagnostic des tumeurs abdominales de l'enfant
Cahier de Med. Lyon 1975 ; 51 : 193 - 203.
8. FATTON B., MAROUBY D., VASSEL B., MAGNE J.
Ascite contre ovaire : un K.O. historique.
J. chir 1990 ; 127 : 492 - 493.
9. FUSSI A. SOLAINI L. PODDIE D. RIBICHINI P.
Kyste géant de l'abdomen.
Lyon chir 1984 ; 80 : 46-48

10. GAREL L, LALLEMAND D.

Exploration radiologique des masses abdominales de l'enfant (communication faite aux journées nationales de radiologie). Cours de perfectionnement Post-universitaires, 1980 ; 4 : 5 - 6

11. GUIVARC'H M.

Diagnostic des masses palpables de l'abdomen.
Rev. Prat. 1984 ; 34 : 2381 - 2390

12. HAZEBROUCQ V., BENMUSSAM M.

Hystérosalpingographie : Pathologie tubaire, ovarienne et obstétricale.
Encycl Med Chir Radiodiagnostic V-34620 A¹⁰, 3-1989, 20 p.

13. HOLM HH., GAMELGAARD J.

Ultrasound in the diagnosis of a palpable abdominal mass. A prospective study of 107 patients.
Gastro-intest radio 1982 ; 7 : 1949 - 1951.

14. INBAUD P.

Métastase ovarienne d'une tumeur carcinoïde de l'estomac. J. chir 1988 ; 125 : 44 - 45

15. JEFFREY D. WICKS,

Giant cystic abdominal Masses in children and Adolescents : Ultrasonic Differential Diagnosis.
Am. J. Roetgenol 1978 ; 130 : 853 - 857.

16. JOFFRE F. JOURDIN M.

L'urographie intraveineuse.
Encycl Med chir Radiodiagnostic 34030 B¹⁰ et B₂₀, 9 - 1985, 38 P.

17. JOUNE P. DALMAS J.

Les anomalies globales de l'estomac
Encycl Med chir Radiodiagnostic IV - 1978 ; -33107 A¹⁰

18. JOUVE. J. Tumeurs rétropéritonéales de l'adulte.

A propos de 2 cas. Un liposarcome myxoïde et un schwannome. Ann. Urol 1990 ; 24 : 215 - 218.

19. KANÉ M.
Lymphangiome kystique du mesentère et des mésos chez l'adulte.
A propos d'un cas de petit épiploon.
These Radiodiagnostique Université de Bordeaux II 1989.
20. KOUMARE AK. BAYO S.
Rate ectopique. A propos d'une rate de la fosse iliaque droite.
Le Mali médical 1981 ; 4 : 42 - 44.
21. KOUADIO A.
Volumineuse masse abdominale d'origine parasitaire Med d'Afrique Noire 1988 ; 35
: 955.
22. KOUTOUAN J. C.
Contribution à l'étude des fibromes uterins. A propos de 515 cas observés au CHU
de Cocody Abidjan.
These med. Abidjan 1985 n°662.
23. KUGANBIRWA E.
Lymphangiome kystique du mesentère. A propos d'un cas.
These méd. Dakar 1981 n°2.
24. LABRUNE M. PLAINFOSSE MCH.
Conduite à tenir devant une tumeur abdominale chez le nourrisson et l'enfant.
Encycl Med chir Radiologie Fascicule 33489 - D - 10 - 1977.
25. LAGAUSIE P.
Lipome rétropéritonéaux de l'enfant. A propos d'un nouveau cas et revue de la
littérature.
Ann Urol. 1990 ; 24 : 477 - 480.
26. LETOQUART JP.
Un nouveau cas de lymphangiome kystique du Pancréas
J. Chir 1989 ; 126 : 650 - 658
27. MAGE K. BRETAGUE Mcl. BOURGOIN H.
Place de l'échographie dans l'approche diagnostique des tumeurs abdominales de
l'enfant.
Ann. Radiol 1977 ; 20 : 609 - 624.

28. MARESCAUX J. ANSELM Y.
Les pseudokystes spléniques. A propos d'un cas.
J. Chir 1986 ; 123 : 352 - 357.
29. MERIOUNA M.
Les manifestations tumorales des localisations abdominales de la tuberculose.
Remarques relatives à quelques aspects particuliers (à propos de 7 observations).
Algérie Médicale 1968 ; 5 : 99 - 103.
30. MORKOVITES P.
La lymphographie dans les tumeurs abdominales solides de l'enfant.
Ann. Radiol 1968 ; 11 : 913 - 915.
31. MORKOVITES P.
Etude lymphographique des tumeurs solides malignes chez l'enfant.
GMF 1968 ; 75 : 315 - 330.
32. MULLER D.
Tumeur de Krukemberg. A propos d'un cas et revue de la littérature.
J. Chir 1987, 124 : 527 - 532.
33. NZINGOULA S.
Conduite à tenir devant une masse abdominale de l'enfant.
Afrique Méd. 1988 ; 27 : 205 - 207.
34. PATEL J CL.
Kyste enteroïde rétropéritonéal
J. Chir 1975 ; 109 : 457 - 464.
35. PONCIN J., BOUQUET JC., HASSAN M.
Masses abdominales de l'adulte en échographie. A propos de 92 observations.
J. Radiol 1989 ; 65 : 137 - 143.
36. QUENU WASTHIE A.
Les tumeurs solides abdominales de l'enfant.
These Med. Dakar 1980 n°35.

37. SENECAIL B. MENANTEAU B.

Apport de l'échographie dans l'exploration des masses géantes de l'abdomen chez l'adulte.

Ann. Radiol. 1980 ; 23 : 41 - 44.

38. STROHL L.

Lymphangiome kystique de l'abdomen chez l'adulte (apport de l'échographie et de la tomодensitometrie. A propos d'un cas).

J. Radiol. 1984 ; 65 : 197 - 200.

39. TRAORE BINTOU

Les splénomégalies tropicales idiopathiques au Mali.

These Méd Mali 1986 n°2.

40. TRAORE MAHAMANE.

A propos de 100 cas de fibrome uterin à l'HGT, HPG à la PMI centrale et à la maternité d'Hamdallaye.

These Méd. Bamako 1986 n°19.

41. TRAORE MAMADOU NAMORY

Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire en milieu hospitalier Bamakois, à propos de 38 cas.

These med. Mali 1986 n°18

42. YEH MC., MITTY H., ROSE J.

Ultrasonography of adrenal masses unusual manifestations.

Radiology 1978 ; 127 : 475 - 483.

43. ZAKA BI GOORE FREDY

Apport de l'imagerie ultrasonore dans le diagnostic, le bilan préthérapeutique et la surveillance évolutive des masses abdominales de l'enfant.

A propos de 36 cas observés dans les deux CHU d'Abidjan.

These Méd., Abidjan 1985 n°648.