

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2013

THESE N°: 192

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, ETIOLOGIQUES, CLINIQUES
ET EVOLUTIFS DE LA CIRRHOSE A L'HOPITAL YALGADO OUEDRAOGO
(A PROPOS DE 106 CAS)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :... ..

PAR

Mr. Cheick ismael abdel kader TRAORE

Né le 07 Janvier 1986 à Ouagadougou

De L 'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Cirrhose – Foie – Hépatite – Burkina Faso.

JURY

Mr. B. E. LMIMOUNI

Professeur de Parasitologie Mycologie

Mr. A. AOURARH

Professeur de Gastro-entérologie

Mr. A. ZENTAR

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. M. RABHI

Professeur de Médecine Interne

Mr. T. AMEZYANE

Professeur de Médecine Interne

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

17 JUIN 2013



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ

1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH

1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK

1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI

1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI

1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Mohammed AHALLAT

Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Jamal TAOUFIK

Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Jamal TAOUFIK

Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih

Chirurgie Cardio-Vasculaire

Pr. TAOBANE Hamid*

Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali*

Oto-Rhino-Laryngologie

Pr. BENSOUHA Mohamed

Anatomie

Pr. BENOSMAN Abdellatif

Chirurgie Thoracique

Pr. LAHBABI Naïma

Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad

Neurochirurgie

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI

Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSaid Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Pr. IRAQI Ghali

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-phthisiologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed
Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*

Médecine Interne
Cardiologie

Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENABDELLAH Chahrazad
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUHA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUHA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*

Cardiologie
Médecine Interne

Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. AGNAOU Lahcen
Pr. BENCHERIFA Fatiha
Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha

Ophtalmologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Biophysique

Pr. CAOUI Malika
 Pr. CHRAIBI Abdelmjid
 Pr. EL AMRANI Sabah
 Pr. EL AOUAD Rajae
 Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 Pr. EL HASSANI My Rachid
 Pr. EL IDRISSI Lamghari Abdennaceur
 Pr. ERROUGANI Abdelkader
 Pr. ESSAKALI Malika
 Pr. ETTAYEBI Fouad
 Pr. HADRI Larbi*
 Pr. HASSAM Badredine
 Pr. IFRINE Lahssan
 Pr. JELTHI Ahmed
 Pr. MAHFOUD Mustapha
 Pr. MOUDENE Ahmed*
 Pr. RHRAB Brahim
 Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
 Pr. ABDELHAK M'barek
 Pr. BELAIDI Halima
 Pr. BRAHMI Rida Slimane
 Pr. BENTAHILA Abdelali
 Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 Pr. CHAMI Ilham
 Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
 Pr. EL ABBADI Najia
 Pr. HANINE Ahmed*
 Pr. JALIL Abdelouahed
 Pr. LAKHDAR Amina
 Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
 Pr. AMRAoui Mohamed
 Pr. BAIDADA Abdelaziz
 Pr. BARGACH Samir
 Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*
 Pr. CHAARI Jilali*

Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Médecine Interne

Pr. DIMOU M'barek*
 Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
 Pr. EL MESNAOUI Abbes
 Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 Pr. FERHATI Driss
 Pr. HASSOUNI Fadil
 Pr. HDA Abdelhamid*
 Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 Pr. IBRAHIMY Wafaa
 Pr. MANSOURI Aziz
 Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 Pr. SEFIANI Abdelaziz
 Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
 Pr. BELKACEM Rachid
 Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 Pr. GAOUZI Ahmed
 Pr. MAHFOUDI M'barek*

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Radiologie

Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
 Pr. MOHAMMADI Mohamed
 Pr. MOULINE Soumaya
 Pr. OUADGHIRI Mohamed
 Pr. OUZEDDOUN Naima
 Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
 Pr. BEN AMAR Abdesselem
 Pr. BEN SLIMANE Lounis
 Pr. BIROUK Nazha
 Pr. CHAOUIR Souad*
 Pr. DERRAZ Said
 Pr. ERREIMI Naima
 Pr. FELLAT Nadia
 Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
 Pr. HAIMEUR Charki*
 Pr. KADDOURI Nouredine
 Pr. KOUTANI Abdellatif

Gynécologie-Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Neurologie
 Radiologie
 Neurochirurgie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie

Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. NAZI M'barek*
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENCHERIF My Zahid
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHAOUI Zineb
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. EL OTMANY Azzedine
Pr. HAMMANI Lahcen
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale

Pr. BENCHEKROUN Nabiha
 Pr. CHERTI Mohammed
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 Pr. EL HASSANI Amine
 Pr. EL IDGHIRI Hassan
 Pr. EL KHADER Khalid
 Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 Pr. HSSAIDA Rachid*
 Pr. LAHLOU Abdou
 Pr. MAFTAH Mohamed*
 Pr. MAHASSINI Najat
 Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 Pr. NASSIH Mohamed*
 Pr. ROUIMI Abdelhadi

Ophtalmologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 Neurologie

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
 Pr. BALKHI Hicham*
 Pr. BELMEKKI Mohammed
 Pr. BENABDELJLIL Maria
 Pr. BENAMAR Loubna
 Pr. BENAMOR Jouda
 Pr. BENELBARHDADI Imane
 Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUECHANE Thami
 Pr. BENYOUSSEF Khalil
 Pr. BERRADA Rachid
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUHOUCHE Rachida
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. CHELLAOUI Mounia
 Pr. DAALI Mustapha*
 Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*

Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie

Pr. GOURINDA Hassan
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBABH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 Pr. BERNOUSSI Zakia
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL BARNOUSSI Leila
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HADDOUR Leila
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. ISMAEL Farid
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique

Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KARMANE Abdelouahed
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. SASSENOU ISMAIL*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah

Cardiologie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie

Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENHALIMA Hanane
 Pr. BENHARBIT Mohamed
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. KARIM Abdelouahed
 Pr. KENDOUCI Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam
 Pr. ZERAIDI Najia

Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. AKJOUJ Said*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. ESSAMRI Wafaa
 Pr. FELLAT Btissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. GHADOUANE Mohammed*
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie

Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AMMAR Haddou
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZIANE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL BEKKALI Youssef*
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*

Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Anesthésier réanimation
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène

Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

PROFESSEURS AGREGES :

Mars 2009

Pr. ABOUZHAR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie

Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KADI Said *
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Pédiatrie
 Traumatologie orthopédique
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. CHERRADI Ghizlan
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. RAISSOUNI Zakaria*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Cardiologie
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. Ahmed JAHID
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Drissi*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique

Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. RAISSOUNI Maha*

Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Cardiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naïma
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès
Pr. HAMZA OUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRIS Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biotechnologie
Biologie
Chimie Organique
Biochimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

**Enseignants Militaires*

Mise à jour le 02/05/2013



Dédicaces



*Toutes mes pensées ne sauront trouver les humbles
mots qu'il faut... ..*

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
l'amour, le respect, la reconnaissance.*

Aussi, c'est tout simplement que :

Je dédie cette thèse

A mon pays le Burkina Faso,

Pays des hommes intègres, toi qui m'as vu naître et grandir, toi qui m'as donné une identité ; je te dois ce travail, soit fier de ton fils qui te représentera toujours valablement. J'espère participer à ton développement et réaliser de belles choses pour toi.

A la République du Mali

Mali Ba, tu es vraiment un grand pays, je te dois beaucoup ; tu m'as accueilli pour mes études et tu m'as permis d'apprendre beaucoup de choses. Je te dédie cette thèse et je ne t'oublierai jamais.

et

Au Royaume du Maroc,

Ce si beau pays qui me manquera ; Merci pour l'accueil et la formation de qualité dont j'ai bénéficié, j'espère t'honorer dans mon pays. Je te dédie cette thèse en témoignage de ma très grande satisfaction.

A son excellence Blaise Compaoré

*Président de la république du Burkina Faso et chef suprême des armées
En témoignage de notre grand respect et notre profonde considération*

A feu sa majesté HASSAN II

QUE Dieu l'accueille en sa sainte miséricorde

A sa majesté le Roi MOHAMED VI

*Chef suprême et chef d'Etat Major Général
des Forces Armées Royales.*

Que Dieu bénisse son règne et le préserve.

A

A Monsieur le Médecin Colonel Major

МОХАММЕД ХАЧИМ :

Professeur de Médecine Interne.

Inspecteur en second du Service de Santé des F A R

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération

A Monsieur le Médecin Colonel Major

AHMED MOUDEN :

Professeur de Traumatologie-Orthopédie

Médecin-chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération

A Monsieur le Médecin Général de Brigade

ALI ABRUQ :

Professeur d'oto-rhino-laryngologie.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération.

A Monsieur le Médecin Colonel Major

ABDELKRIM MAHMOUDI :

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération

A Monsieur le Médecin Colonel Major

HASSANE ISMAILI :

Professeur de Traumatologie-Orthopédie

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire Avicenne

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération

A Monsieur le Médecin Colonel Major

HDA ABDELHAMID:

Professeur de Cardiologie.

Directeur de l'E.R.S.S.M et de L'E.R.M.I.M.

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération

A Monsieur le Médecin-Lt-Colonel

ABDELAZIZ BOUSNANE :

Commandant le Groupement Formation et Instruction

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération

A ceux qui me sont les plus chers

A ceux qui ont toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragé

✍ Je dédie cette thèse à ... ✨

A mon Père Cheick Allamoussa

Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude

Vous avez été pour moi un bel exemple, vous m'avez donné tout ce dont un enfant peut rêver. L'éducation que j'ai reçue de vous a fait de moi l'homme que je suis. Je vous dédie cette thèse et j'espère que vous serez fier de votre fils.

Qu'ALLAH le tout puissant vous protège et vous comble de sa miséricorde.

A ma Mère Ramata Touré

Ma très chère mère adorée, toi qui as toujours été très proche de moi, toi qui m'as toujours aimé et chouchouté ; je voudrais te dire que tu es ma meilleure.

Je te dédie ce travail, accepte le et bénit moi ; j'espère que tu seras toujours fière de moi et saches surtout que je serai toujours là pour toi !

Qu'ALLAH le tout puissant te protège et te comble de sa miséricorde.

A ma Tantie Mme Dabo et son fils Aziz

Vous êtes pour moi plus qu'une tantie, vous avez toujours été présente pour nous ; je ne sais comment vous remercier, je vous dois beaucoup.

Pour un début, veuillez accepter ce travail qui témoigne de toute ma gratitude envers vous. Merci infiniment et Qu'ALLAH le tout puissant vous protège et vous comble de sa miséricorde.

Aziz, tu es, et tu resteras toujours pour moi un frère, je te dédie ce travail, accepte le et que Dieu te bénisse.

A mon Grand Frère AZIZ, sa femme Fatim

et ma jolie nièce Dania

Aziz et Fatimje vous dis merci pour votre soutien et je vous souhaite un heureux ménage. Dania bénéficiera de toute l'attention de son oncle que je suis.

A ma Sœur Fatou et mes Frères Jumeaux Faridh et Rafidh

Chère petite sœur et chers jumeaux, acceptez ce travail qui clôture de longues années d'éloignement.

Que Dieu vous protège.

A mes Grands Parents

Baba et « tante propre », grâce à vos bénédictions, j'arrive à réussir ; vous avez toujours été présents dans ma vie. Je vous dédie ce travail et Qu'ALLAH le tout puissant vous protège et vous comble de sa miséricorde.

A mes Tantes et oncles

Tonton Baba, Tantie Awa, Tantie Sita, Tonton Ismael, feu tonton Vier, feu tonton Papa.

Je vous dédie ce travail

A mes cousins et cousines

Dr Bakary et sa famille, Yasmina Sankara, Solo, Ibrahim, Kounso, Kader, Ahmed, Kady, Fatou, Maman, Aziz Compaoré.

A Mme Ouédraogo

Vous qui m'avez tenu à la maternelle, vous m'avez vu grandir et j'espère que vous êtes fière de moi.

Acceptez ce travail que je vous dédie et je vous dis infiniment merci.

***A mon Tonton Maḳamba Ousmane Doumbia
et toute la grande famille Doumbia au Mali***

Plus qu'une famille d'adoption, vous m'avez accueilli, vous vous êtes occupé de moi, je vous en suis très reconnaissant et je vous dis merci. Je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi. Qu'ALLAH le tout puissant vous protège et vous comble de sa miséricorde.

A ma Tantie Kady Seck au Mali

Vous avez été ma 2emère, grâce à vous je me suis bien senti sur ma terre d'accueil, je vous dis merci et qu'Allah le tout puissant vous protège et vous comble de sa miséricorde.

A toute la famille Paré

Cheick Ahmed Paré, mon compère de longue date, mon véritable partenaire je dédie ce travail à toi et à toute ta famille qui restera toujours une famille sœur à la mienne.

A toute la famille Coulibaly

Kader Coulibaly, un ami de longue date, mon premier véritable ami, je te dédie cette thèse de doctorat à toi et à toute ta famille. L'amitié est sacrée et merci pour tout.

A tous mon grand groupe d'amis

Paré Ahmed, Natacha Carine Compaoré, Kader Coulibaly, Aziz Compaoré, Olivier Tapsoba, Aziz Dabo, Kader Kaboré, José Sorgo, Honoré Rouamba, Silla Seydou, Souleymane Ouédraogo, feu Rodrigue Nana, SombdaIssouf, Christian Minoungou, Papi Ouattara, AllégraMinoungou, Sylvianne Kaboré, Yasmina Sanou, Omar Diallo, Adama, Fatou, AnaisZombilba, LaetyBéré, Charles Kaboré, Kisito, chouchou, Feu Dodo, Ari Wangrawa,

Nous avons passé de bons moments ensemble et puisse cela perdurer.

Je vous dédie cette thèse et que Dieu vous protège.

A tous les Voisins au quartier Ouidi

Je vous dédie cette thèse et que Dieu vous protège

A son Excellence Yero Boly

Ambassadeur du Burkina Faso au Maroc

En témoignage de notre grand respect et notre profonde considération

A monsieur le Général Ibrahim Traoré

(ancien ambassadeur du Burkina Faso au Maroc)

et sa famille

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération

A monsieur l'Intendant Militaire de 1re Classe

Sibidou Leonard Gambo

Attaché de défense près de l'ambassade du Burkina Faso au Maroc.

*Aucune dédicace, aucun mot, aucune expression ne pourrait traduire
à sa juste valeur le respect, la reconnaissance et l'admiration que je vous
porte. Votre soutien et votre aide ont été pour moi d'une grande
importance et j'espère que les résultats sont conformes
à vos attentes. Merci pour tout.*

*A monsieur le Colonel-Major Ali Paré (ancien Attaché de défense près de
l'ambassade du Burkina Faso au Maroc) et sa famille*

En témoignage de notre grand respect et notre profonde considération

*A tous les membres de la mission militaire et de l'ambassade du Burkina
Faso au Maroc et leurs familles respectives*

Profond respect

A monsieur le général de brigade Honoré Nabéré Traoré

Chef d'Etat major général des forces Armées du Burkina Faso

En témoignage de notre grand respect et notre profonde considération

A monsieur le médecin Colonel-Major Nazinigouba Ouédraogo

Directeur central du service de santé

des Forces Armées du Burkina Faso

En témoignage de notre grand respect

et notre profonde considération

A tous les médecins, dentistes, pharmaciens et personnel

du service de santé des Forces Armées Burkinabè

Merci pour tout

Aux officiers médecins en formation au Maroc:

Merci pour vos conseils tant précieux et votre soutien.

A tous mes anciens de l'ERSSM des pays amis,

Merci

A tous mes jeunes de l'ERSSM des pays toute nationalité confondue,

La communauté s'agrandit et munit, merci pour votre soutien.

A tous les officiers et élèves officiers médecins

et dentistes de la communauté Burkinabé au Maroc:

Col Traore Alain, Cne Lamine Ouédraogo, Cne Ibrahim Dao, Cne Jonathan Bassinga, Cne Raoul Karfo, S/lt Ali Barra, S/lt Arnaud Bonkounou, S/lt Hervé Ouédraogo, S/lt Elie Nassoum, S/lt Rachid Remen, S/lt Donald Zongo, S/lt Nasser Doukouré, EOM Mactar Cissé, EOM Soualo Ouattara, EOM Jonathan Ouédraogo.

A tous les officiers Médecins et Dentiste formés au Maroc:

Cne Isac Camille Yameogo, Cne Raoul Bationo, Lt Victor Gouba, Lt Samson Namoro, Lt Marc Forgo, Lt Ephraïm Drabo, Lt Hamidou Ouedraogo

A tous mes promotionnaires de l'ERSSM

OMAROU Mahamane Mamane Nassirou ; EBINI Ebozoa Claude ; Mfa Sandy Keith ; NDOUDOU MOU Jean-Jacques ; ABA'A ABA'A Roger ; OUEDRAOGO Cheick Oumar ; YO Moustapha Stéphane Louzoum ; SOME Blintim ; Traoré Cheick Ismael Abdel Kader ; MAKELE Lesly ; NGUIA Nzame Noella Mélodie ; MOKANDA Magali ; ODOUNGA Karen Flora ; MBOUMBA Ovenga Sergine ; NDONG NDOUTOUME Sévère Prince ; DOUMBIA Ibrahima ; ANON ADIKO Nicolas Fabrice ; DIEKOUADIO Fabrice Ariel Basile ; EMANE EYAH Salomon Arsène ; EBO'O François Bertin ; FEIMONAZAOUI Teddy Freddy Cheryl ; MAVITSY Ange Claude ; NGUEMA Leticia Dominique ; NGOMA SOUAMY Marielle Léida ; NDJIBI Bettina ; BEFIO SYONDONG Elysé Job.

La dream team ! Une des plus belles promotions de l'ERSSM. Nous partageons pleins de souvenirs inoubliables ; des courses de vitesse pour Jawal en passant par nos innombrables prises de photos, des compétitions Pro évolution soccer 6 et surtout de la fameuse sonnerie réveil du téléphone «SIRA KOGOMA».

Je vous dis bonne chance à tous.

A mes promotionnaires Burkinabè de L'ERSSM

Cheick Oumar Ouédraogo, Moustapha Yo, Blintim Somé.

J'ai appris qu'un Mossi pouvait être éleveur et docker à la fois, que des divisions pouvaient se faire avec tant de décimales et qu'un «enfant soubala» pouvait devenir «enfant yaourt».

« Nous sommes venus ensemble et nous repartons ensemble !!! »

*A tous mes anciens, promotionnaires et jeunes
des écoles de formation militaire au Maroc*

*Académie Militaire de Meknès, Ecole Royale de l'air,
Ecole de la Marine Royale*

Je vous rends un brillant hommage

A toute la communauté burkinabè vivant au Maroc

Je vous rends un brillant hommage

A tous mes promotionnaires des écoles

Cours Privé le Creuset 1994-1997

Prytanée Militaire de Kati 1997-2004;

Prytanée Militaire du Kadiogo 1997-2004.

Je vous rends un brillant hommage.

A Monsieur Robert Sangaré

Directeur général du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

Merci pour m'avoir permis de réaliser ce travail

A tout le service de gastro entérologie

de l'hôpital Yalgado Ouédraogo

Merci pour tout

A tout mon groupe d'interne de médecine au CHU YO

Boro Mariam le chef d'équipe, Gregoire, Freud, Bognini, Hamidou,

Vous nous avez parfaitement intégré à votre groupe je vous dis MERCI

A toute personne qui de près ou de loin m'a consacré un conseil, une

aide, ou qui m'a tout simplement redonné la force et la volonté de

continuer à travers un quelconque acte

A tous ceux et celles que j'ai omis de citer



Remerciements



A notre maitre Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur AZIZ AOURARH
Professeur de Gastro entérologie

Nous tenons à vous déclarer nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de diriger ce travail et avoir vérifié à son élaboration avec patience et disponibilité.

Votre dévouement au travail, votre modestie et votre gentillesse imposent le respect et représentent le modèle que nous serons toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de remerciements que nous vous adressons, nous voudrions louer en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité. Ce fut très agréable de travailler avec vous pendant cette période.

Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.

A notre maitre Président de thèse

Monsieur le Professeur BADR EDDINE LMIMOUNI

Professeur de Parasitologie Mycologie

Vous nous avez fait honneur en acceptant de bien vouloir présider cette thèse et nous tenons à vous exprimer nos plus vifs remerciements, tout en espérant être à la hauteur de vos attentes.

Votre compétence, votre dynamisme, votre modestie ainsi que vos qualités humaines et professionnelles exemplaires ont toujours suscité notre admiration et font de vous un encadrant sérieux et à grandes ambitions.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer nos remerciements chaleureux et les plus sincères.

A notre maitre et juge de thèse
Monsieur le professeur AMEZIANE TAOUFIK
Professeur de Médecine interne

Nous sommes profondément reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous avons apprécié votre accueil bienveillant, votre gentillesse ainsi que votre compréhension. Vos qualités humaines n'ont fait qu'agrandir l'admiration que nous avons déjà pour vous.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre grande attention et notre profond respect.

A notre maitre et juge de thèse
Monsieur le professeur AZIZ ZENTAR
Professeur en chirurgie générale

Permettez nous de vous remercier pour avoir si gentiment accepté de faire partie de nos juges.

En dehors de vos connaissances claires et précises, dont nous avons bénéficié, vos remarquables qualités humaines et professionnelles méritent toute admiration et tout respect.

Veillez trouver ici le témoignage respectueux de notre reconnaissance et admiration.

A notre maitre et juge de thèse
Monsieur le professeur MONCEF RABHI
Professeur en médecine interne

Nous sommes particulièrement touchés par la spontanéité et la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Nous avons toujours été impressionnés par vos qualités humaines et professionnelles,

Nous vous remercions ce grand honneur que vous nous faites.

Veillez accepter, cher maitre, ce travail avec toute notre estime et haute considération.



Table des illustrations



INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODES.....	4
1. PATIENTS	5
2. METHODOLOGIE.....	6
3. SUPPORT	8
4. FICHE D'EXPLOITATION	8
RESULTATS	9
1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	10
a. Age	10
b. Sexe	11
c. Profession	12
d. Statut matrimonial	13
2. ANTECEDENTS	14
3. MOTIFS DE CONSULTATION.....	15
4. CLINIQUE	16
a. Examen général	16
b. Examen physique	17
5. EXAMENS BIOLOGIQUES.....	19
a. Etude du Liquide d'ascite	19
b. Hématologie	20
c. Biochimie	22
d. Sérologie virale	24

6. EXAMENS MORPHOLOGIQUES et ENDOSCOPIQUES	26
a. Echographie	26
b. Endoscopie digestive haute	27
7. PRONOSTIC ET EVOLUTION	28
a. Classification de Child	28
b. Encéphalopathie hépatique	28
c. Décès	29
DISCUSSION.....	30
1. RAPPELS ET GENERALITES	31
2. LIMITES ET CONTRAINTES	33
3. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :.....	33
a. Age	33
b. Sexe	34
c. Profession	34
d. Durée d'hospitalisation	35
4. ANTECEDENTS	35
5. DIAGNOSTIC.....	37
a. Clinique	37
b. Paracliniques	39
c. Examens morphologiques et endoscopiques	39
6. ETIOLOGIES	40
a. Hépatite B.....	40
b. Hépatite C	42
c. Intoxication alcoolique	43
d. Autres étiologies	45

7. COMPLICATIONS	48
a. Hématologiques	48
b. Hémorragies digestives	48
c. Ascite et Infection du liquide d'ascite	48
d. Ictère	50
e. Encéphalopathie Hépatique	50
f. Carcinome hépatocellulaire	51
g. Autres complications	51
8. TRAITEMENTS	53
9. PRONOSTICS ET EVOLUTION	54
10. PREVENTIONS	56
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	58
RESUME	61
ANNEXE	64
BIBLIOGRAPHIE	70

LISTE DES ABREVIATIONS

Ac	: anticorps
ADN	: acide désoxyribonucléique
AFP	: alpha foeto protéine
Ag	: antigène
AINS	: anti inflammatoire non stéroïdien
ALAT	: alanine amino transférase
ARN	: acide ribonucléique
ASAT	: aspartate amino transférase
CHC	: carcinome hépato cellulaire
CHU	: centre hospitalier universitaire
CVC	: circulation veineuse collatérale
GGT	: gamma glutatyl transpeptidase
HTP	: hypertension portale
IHC	: insuffisance hépato cellulaire
IMC	: indice de masse corporelle
IRM	: imagerie par résonnance magnétique
NFS	: numération de la formule sanguine
OMS	: organisation mondiale de la santé
PAL	: phosphatase alcaline
PBF	: ponction biopsie du foie
PCR	: polymérase chain réactive
PNN	: polynucléaire neutrophile
SHR	: syndrome hépato rénal
SPSS	: statistical package for the social sciences
TDM	: tomodensitometrie
TP	: taux de prothrombine
VHB	: virus hépatite B
VHC	: virus hépatite C
V.O	: varices œsophagiennes

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1: REPARTITION EN FONCTION DES CARACTERES CLINIQUES DU FOIE	18
TABEAU 2: REPARTITION EN FONCTION DE L'ANALYSE CYTOBIOCHIMIQUE DU LIQUIDE D'ASCITE	20
TABEAU 3: REPARTITION EN FONCTION DES RESULTATS DE L'ECHOGRAPHIE.....	26
TABEAU 4:CLASSIFICATION DE CHILD ET PUGH	54

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE L'AGE.....	10
FIGURE 2:REPARTITION EN FONCTION DU SEXE.....	11
FIGURE 3:REPARTITION EN FONCTION DE LA PROFESSION.....	12
FIGURE 4:REPARTITION EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL.....	13
FIGURE 5: REPARTITION EN FONCTION DES ANTECEDENTS	14
FIGURE 6: REPARTITION EN FONCTION DU MOTIF D'HOSPITALISATION	15
FIGURE 7: REPARTITION EN FONCTION DES SIGNES RETROUVES A L'EXAMEN GENERAL	16
FIGURE 8: REPARTITION EN FONCTION DES SIGNES RETROUVES A L'EXAMEN ABDOMINAL	17
FIGURE 9: REPARTITION EN FONCTION DE L'ASPECT DU LIQUIDE D'ASCITE....	19
FIGURE 10: REPARTITION EN FONCTION DU TAUX D'HEMOGLOBINE.....	21
FIGURE 11: REPARTITION EN FONCTION DU TAUX DE PROTHROMBINE.....	21
FIGURE 12: REPARTITION EN FONCTION DES EXAMENS BIOCHIMIQUES.....	22
FIGURE 13: RAPPORT ASAT/ALAT	23
FIGURE 14: REPARTITION EN FONCTION DE L'AFP.....	23

FIGURE 15: REPARTITION EN FONCTION DE LA SEROLOGIE.....	24
FIGURE 16: REPARTITION DE L'AG HBS EN FONCTION DE L'AGE	25
FIGURE 17: VARICES OESOPHAGIENNES.....	27
FIGURE 18: SIGNES ROUGES ET GASTROPATHIE D'HTP	27
FIGURE 19: REPARTITION EN FONCTION DU SCORE DE CHILD PUGH	28
FIGURE 20: REPARTITION EN FONCTION DU STADE D'ENCEPHALOPATHIE	29
FIGURE 21: REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DE LEUR EVOLUTION	29
FIGURE 22 : SCHEMA D'UN FOIE CIRRHOTIQUE	32
FIGURE 23:COMPARATIF DES MOYENNES D'AGES OBSERVEES DANS DIFFERENTES ETUDES	34
FIGURE 24: CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES ADULTES DE 15 ANS OU PLUS [EN LITRE D'ALCOOL PUR PAR PERSONNE ET PAR AN] AU BURKINA FASO ET PAYS LIMITROPHE.2005.....	36
FIGURE 25: DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DE L'HEPATITE B DANS LE MONDE	41
FIGURE 26 : RISQUE RELATIF EN FONCTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL	44
FIGURE 27 : PATIENTS PRESENTANT UNE ASCITE ET DES ANGIOMES STELLAIRES	49



Introduction



La cirrhose est une maladie grave du foie qui demeure un problème de santé publique dans le monde et plus particulièrement en Afrique [1]. Elle représente le stade ultime de la fibrose hépatique. Selon l'OMS on compte plus de 25 000 décès liés à la cirrhose et sa prévalence pourrait atteindre 1 % de la population mondiale. En France, la prévalence de la cirrhose est environ de 1500 à 2500 cas par million d'habitants, le nombre de décès est d'environ 15000 par an [2].

Ses étiologies sont multiples et variables suivant les différentes zones géographiques. En occident la principale étiologie serait l'alcool puis l'hépatite C [3], dans les pays moins développés l'hépatite B serait la principale étiologie. Chez la majorité des patients, la progression vers la cirrhose intervient dans un délai de 15-20 ans [4].

Son évolution silencieuse rend son diagnostic ainsi que sa prise en charge tardive responsable du décès des patients ; L'évolution de la maladie passe par l'apparition de nombreuses complications traduisant une décompensation de la maladie. Plusieurs études réalisées en Afrique noire ont désigné la cirrhose comme constituant une grande part des pathologies dans les différents services de gastro entérologie et une cause non négligeable de décès [5, 6, 7,8].

Notre étude porte sur une série de 106 cas de cirrhose hospitalisés au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les patients hospitalisés durant la période allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012.

Objectif :

L'objectif de notre étude est d'approcher les différents aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques et évolutifs de la cirrhose au Burkina Faso à travers l'activité du service de gastro entérologie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo.



Matériel et méthodes



1. PATIENTS :

Notre étude est rétrospective et descriptive portant sur l'année 2012(1^{er} janvier au 31 décembre). Elle a été réalisée dans le service de gastro entérologie au Chu Yalgado Ouédraogo. Elle concerne tous les patients adultes hospitalisés pour cirrhose durant la période de l'étude et répondant aux différents critères d'inclusion.

➤ Critères d'inclusion :

Sont inclus dans notre étude :

Tous les patients dont le diagnostic de cirrhose est histologiquement prouvé après PBF.

Tous les patients hospitalisés pour une cirrhose compliquée ou non et chez qui au moins trois des critères non invasifs de diagnostic de cirrhose sont présents :

- Une hépatomégalie dure à bord inférieur tranchant à l'examen clinique.
- Des anomalies échographiques du foie évocatrices : dysmorphie et caractère hétérogène du foie.
- Un taux de prothrombine bas.
- Un taux d'albumine bas.
- Une sérologie virale hépatique positive et/ou une consommation régulière d'alcool.
- Critères de non inclusion :

Tous les patients ayant une absence des critères d'inclusion.

2. METHODOLOGIE :

Tous les patients ont bénéficié de :

- Un interrogatoire à l'admission qui précisait :
 - L'âge et le sexe
 - Les antécédents à type d'hépatopathie, de consommation alcoolique, de prise médicamenteuse et de facteurs prédictifs de contamination virale [transfusion sanguine, drogue intraveineuse, circoncision, tatouages].
 - Les signes cliniques : douleur abdominale, hématurie, méléna, œdème, amaigrissement, anorexie, asthénie.
- Un examen physique recherchant :
 - Une altération de l'état général, une obésité, une encéphalopathie, un ictère, des œdèmes des membres inférieurs, une fièvre, une circulation veineuse collatérale, des angiomes stellaires, un hippocratisme digital.
 - Des signes d'IHC et d'HTP.
 - Une hépatomégalie et ses différents caractères, une splénomégalie et une ascite.
- Des examens paracliniques comprenant :
 - Des examens hématologiques :
 - Une numération formule sanguine à la recherche d'anomalie [anémie, thrombopénie, leucopénie, hyperleucocytose].
 - Un dosage du taux de prothrombine.

- Des examens biochimiques :
 - Dosage de l'albumine.
 - Dosage des transaminases à la recherche d'une cytolyse.
 - Dosage de la bilirubine totale et conjuguée, des GGT et de la phosphatase alcaline à la recherche d'une cholestase.
 - Un dosage de l'urée et de la créatininémie.
- Un examen cytologique et chimique du liquide d'ascite : taux de protéines et de PNN pour caractériser l'ascite et rechercher une infection du liquide.
- Le dosage de l'alpha foeto protéine.
- Des examens sérologiques :
 - La recherche d'antigène Hbs et d'anticorps anti Hbc pour l'hépatite B
 - La recherche de l'anticorps anti VHC pour l'hépatite C.
- Des examens morphologiques :
 - Un examen échographique abdominal : à la recherche d'une dysmorphie hépatique, d'une ascite, ou de greffe néoplasique.
- Des examens endoscopiques :
 - Une fibroscopie oesogastroduodenale pour exploration du tractus digestif haut à la recherche de varices œsophagiennes ou de gastropathie.
- Certains examens n'ont pas pu être réalisés :
 - Bilans immunologiques.
 - Bilans de maladies de surcharge.
 - Dosage qualitatif ou quantitatif d'ARN du VHC ou d'ADN du VHB par PCR.

3. SUPPORT:

Les données ont été recueillies sur des fiches d'exploitation et reportées ensuite dans le logiciel Excel 2011. Les analyses statistiques ont été faites grâce au logiciel SPSS 20 ; Le logiciel Word 2011 a été utilisé pour représenter ces données et ces statistiques.

4. FICHE D'EXPLOITATION :

Voir annexes



Résultats



1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

a. Age :

La tranche d'âge de 40-49 ans était la plus touchée 28% des cas suivie par la tranche d'âge 30-39 ans avec 19%.

L'âge moyen des patients était de 46,66 avec un écart type de 15,43 ; un minimum de 14 ans et un maximum de 84 ans.

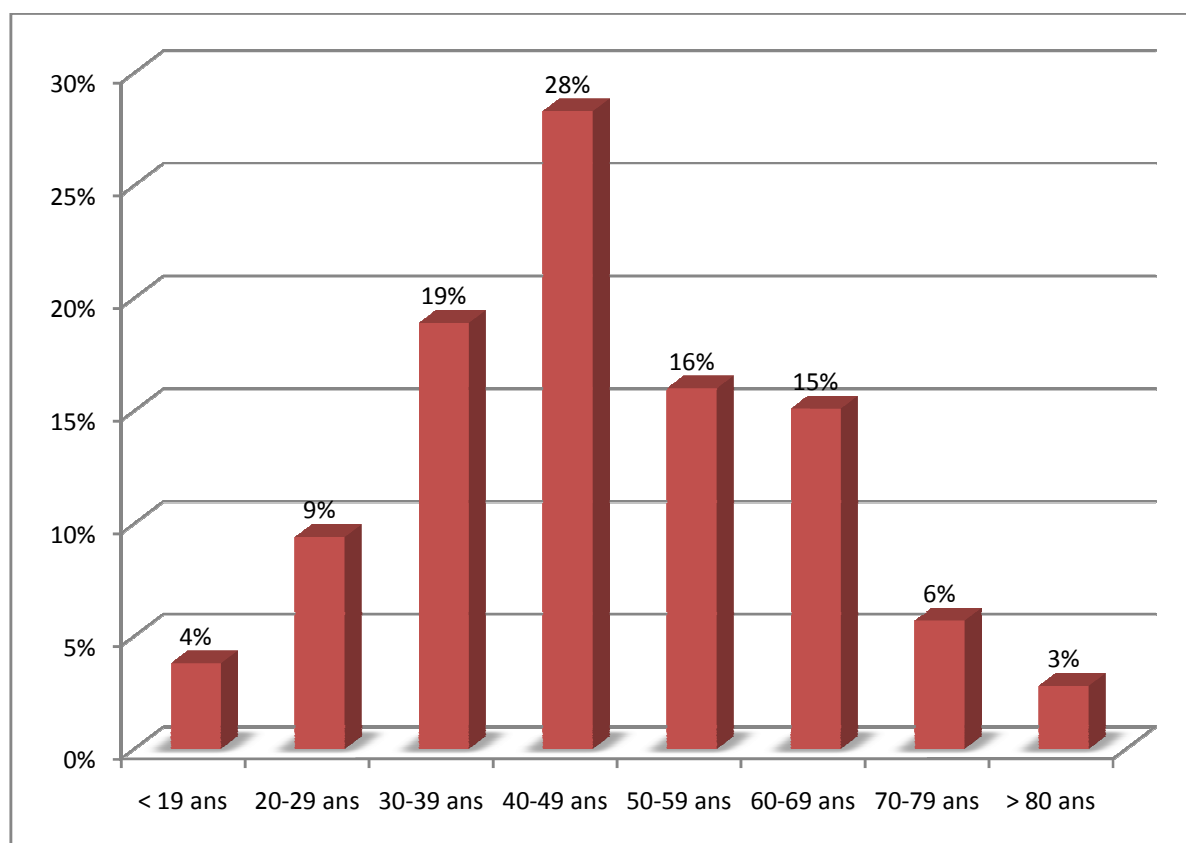


Figure 1: Répartition des patients en fonction de l'âge

b. Sexe :

Les hommes étaient les plus représentés avec 76% et les femmes 24%. Le sexe ratio était de 3,4.

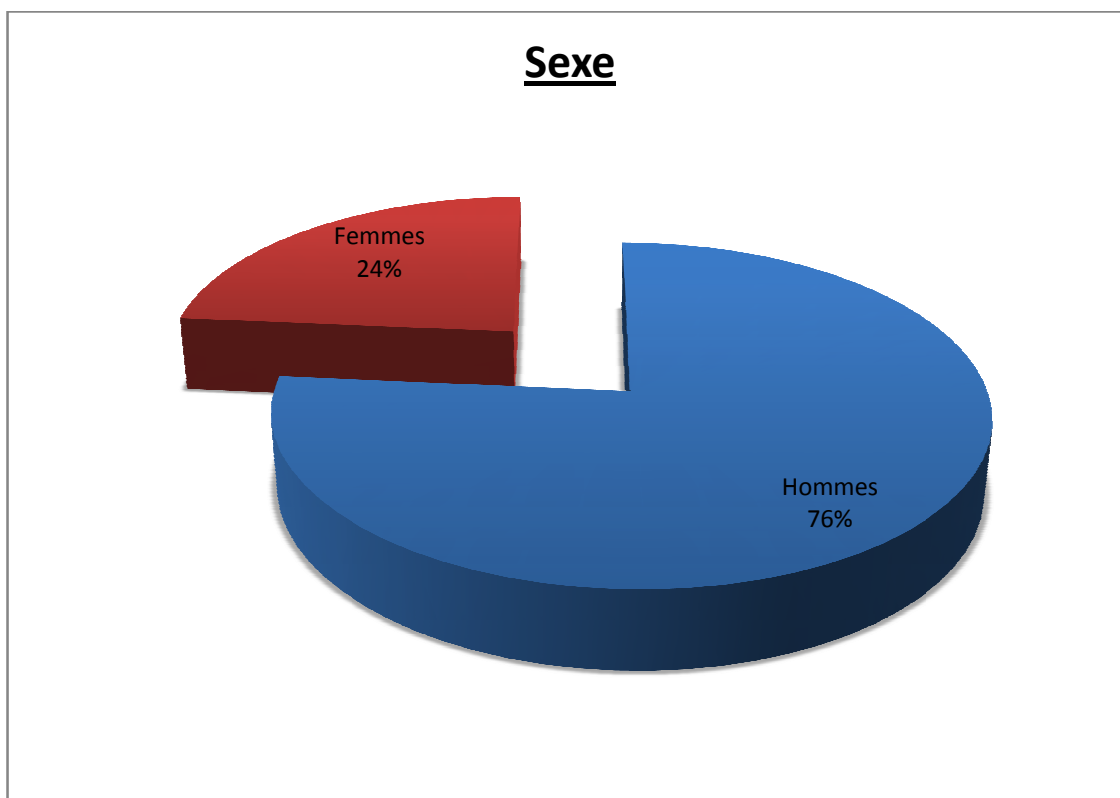


Figure 2: Répartition des patients en fonction du sexe

c. Profession :

Les cultivateurs avec 28,3% étaient les plus nombreux. Les ménagères qui représentaient presque la totalité des femmes hospitalisées (84%) représentaient 19,8% des patients.

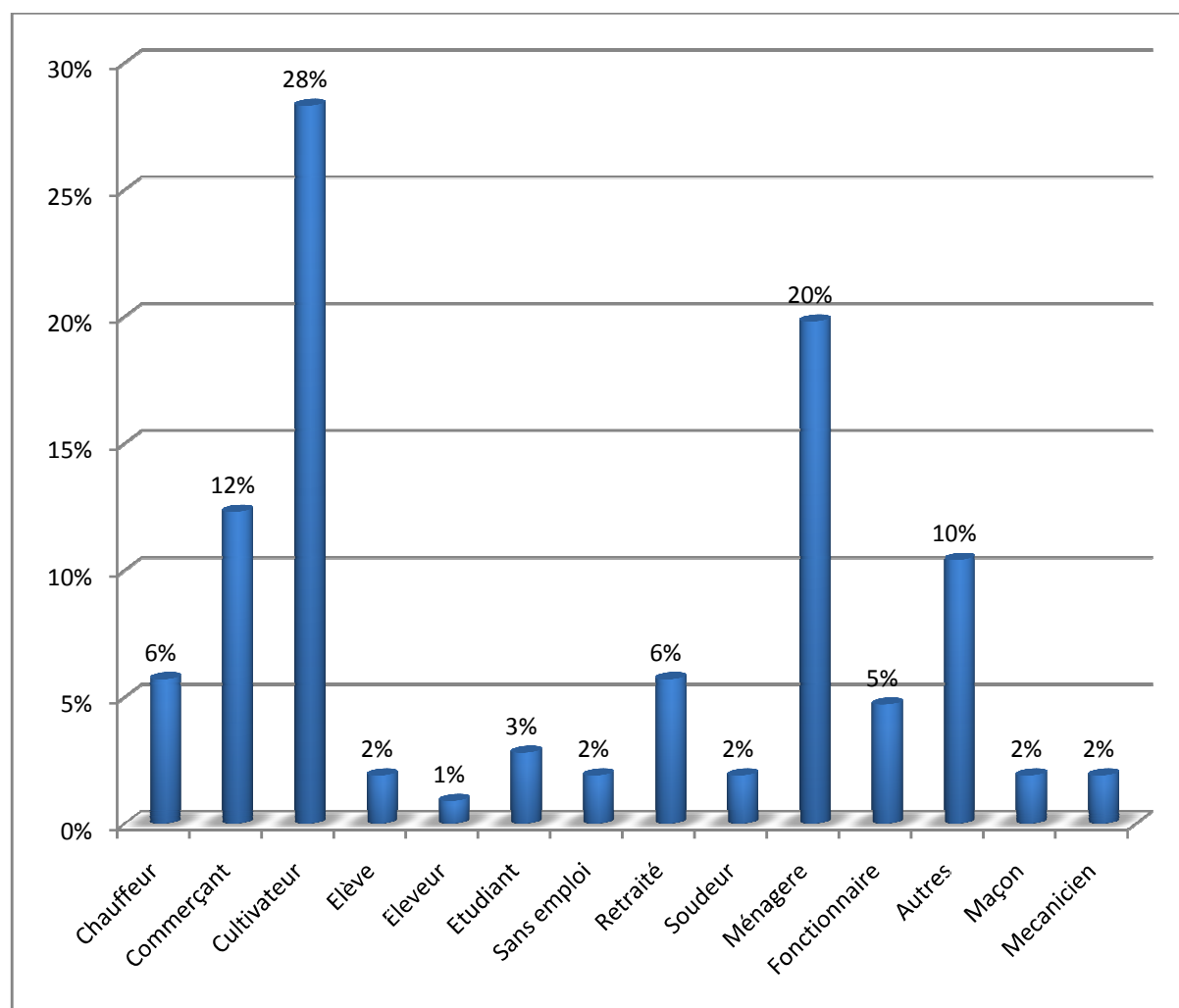


Figure 3:répartition des patients en fonction de la profession

d. Statut matrimonial :

Dans notre étude 87% des patients étaient mariés et seul 13% étaient célibataires.

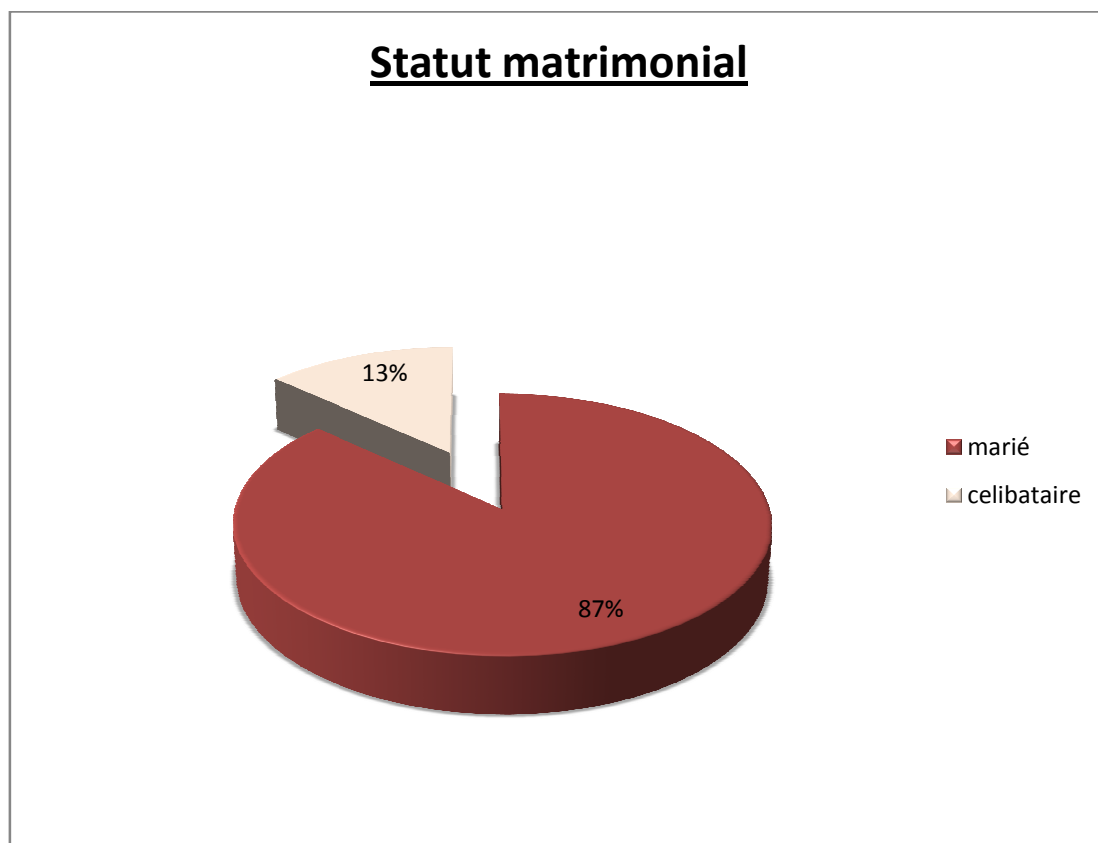


Figure 4: Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

2. ANTECEDENTS :

Parmi les antécédents, l'intoxication alcoolique était la plus fréquente avec 43 patients sur 106 qui reconnaissent avoir consommé régulièrement l'alcool. Les antécédents d'ictère étaient également fréquents 24,5%. Seuls 4,7% avaient déjà été transfusés. 10 patients avaient un antécédent d'hépatite aiguë et 8 patients rapportaient prise d'une médication au long cours.

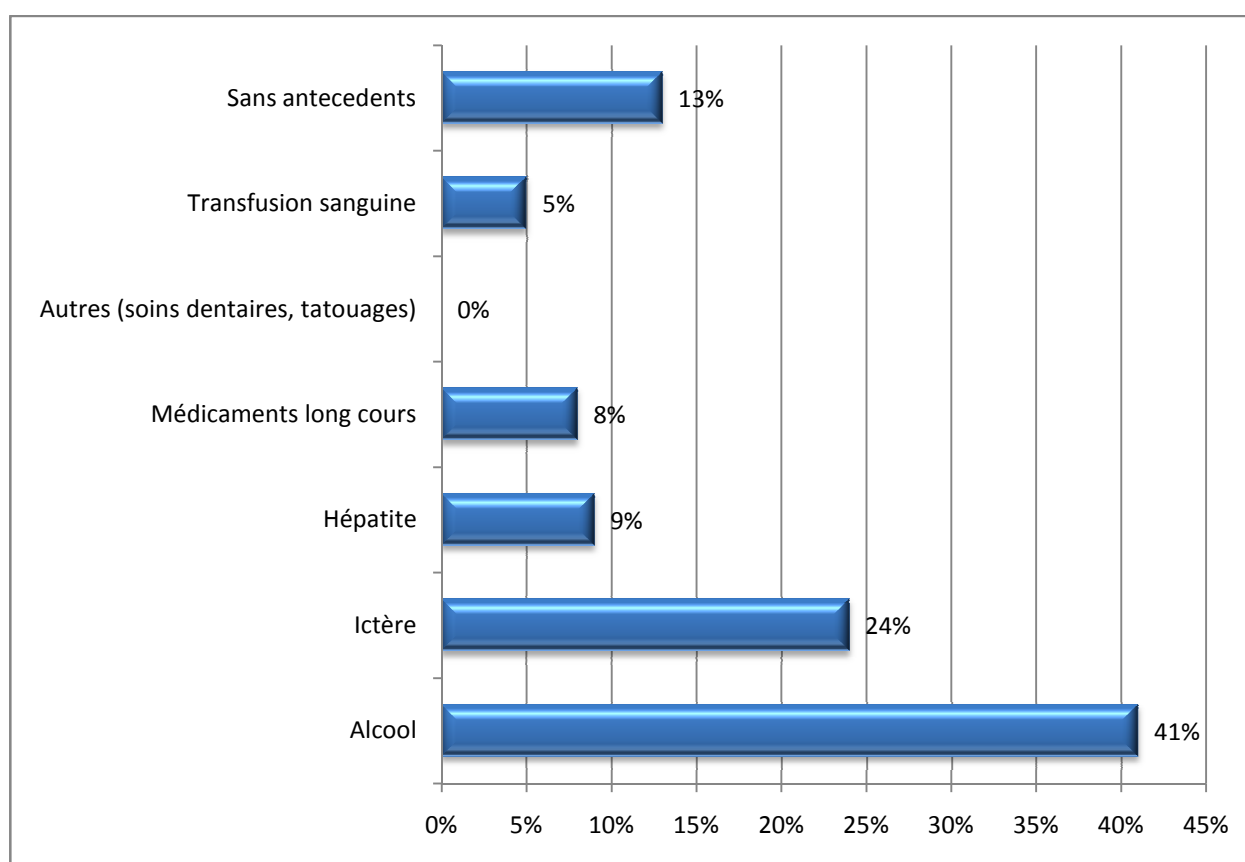


Figure 5: Répartition en fonction des antécédents

3. MOTIFS DE CONSULTATION:

Le premier motif de consultation était représenté par l'augmentation du volume de l'abdomen avec 54%; suivi de la douleur abdominale avec 37%. Les hémorragies digestives représentaient 4,7% et les troubles de conscience 3%.

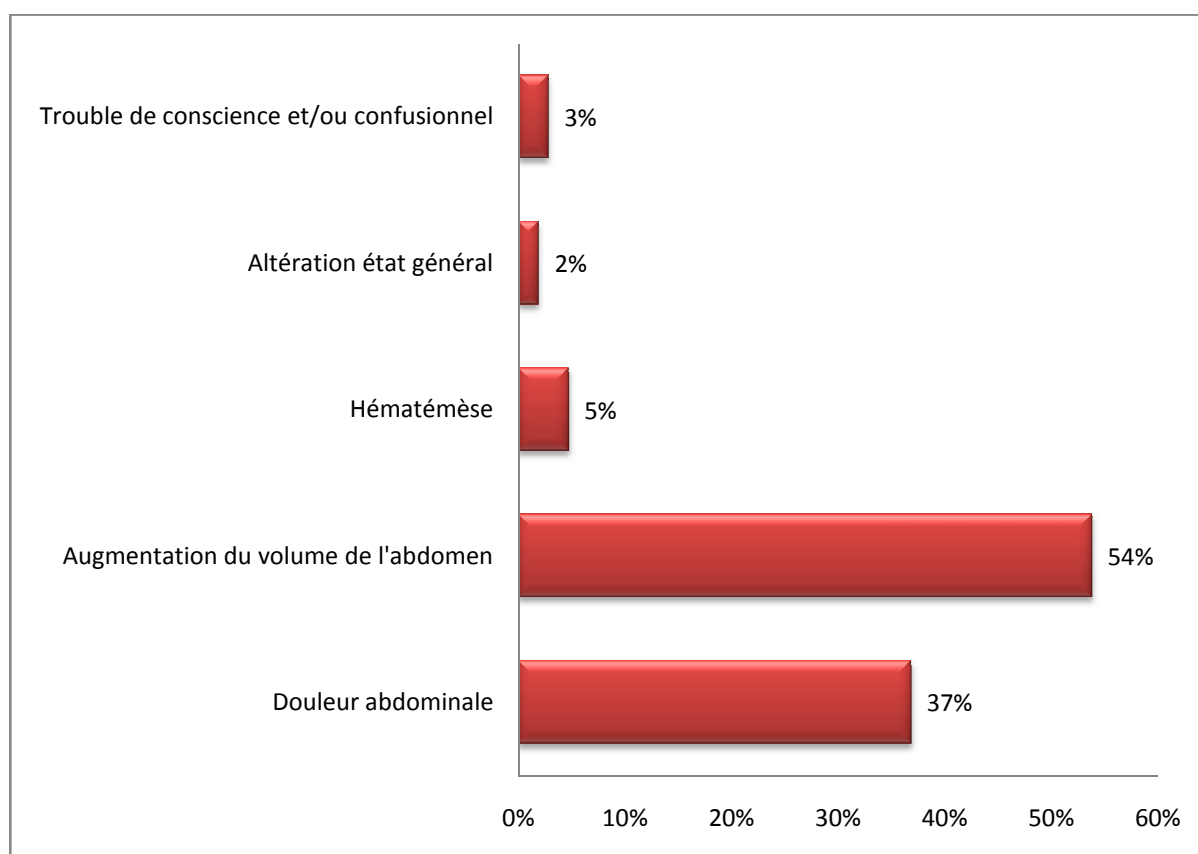


Figure 6: Répartition des patients en fonction du motif d'hospitalisation

4. CLINIQUE :

a. Examen général :

A l'examen général les œdèmes des membres inférieurs ont été retrouvés chez 54,7% des patients ; un ictère conjonctival chez 50,9%. 71,7% et 73,6% présentaient respectivement une fatigabilité et un amaigrissement. Seul un cas d'obésité a été retrouvé avec un IMC à 31.

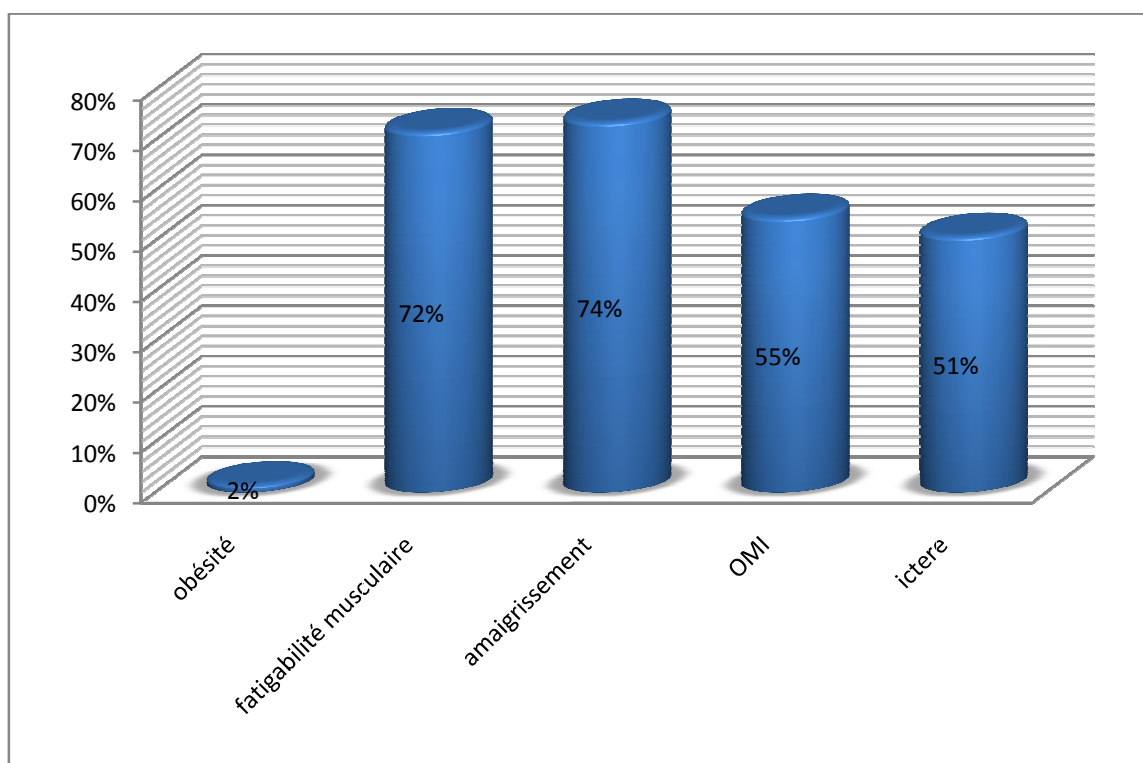


Figure 7: Répartition en fonction des signes retrouvés à l'examen général

b .Examen physique :

A l'examen physique la recherche de signes cliniques d'HTP a objectivé : une circulation veineuse collatérale dans 34,9% des cas, une splénomégalie était présente dans 30,2% des cas ; des mélénas au toucher rectal étaient présents chez 14,2% des patients. 94% présentaient une ascite libre.

Les angiomes stellaires, l'érythrose palmaire et la gynécomastie n'ont été retrouvés chez aucun patient

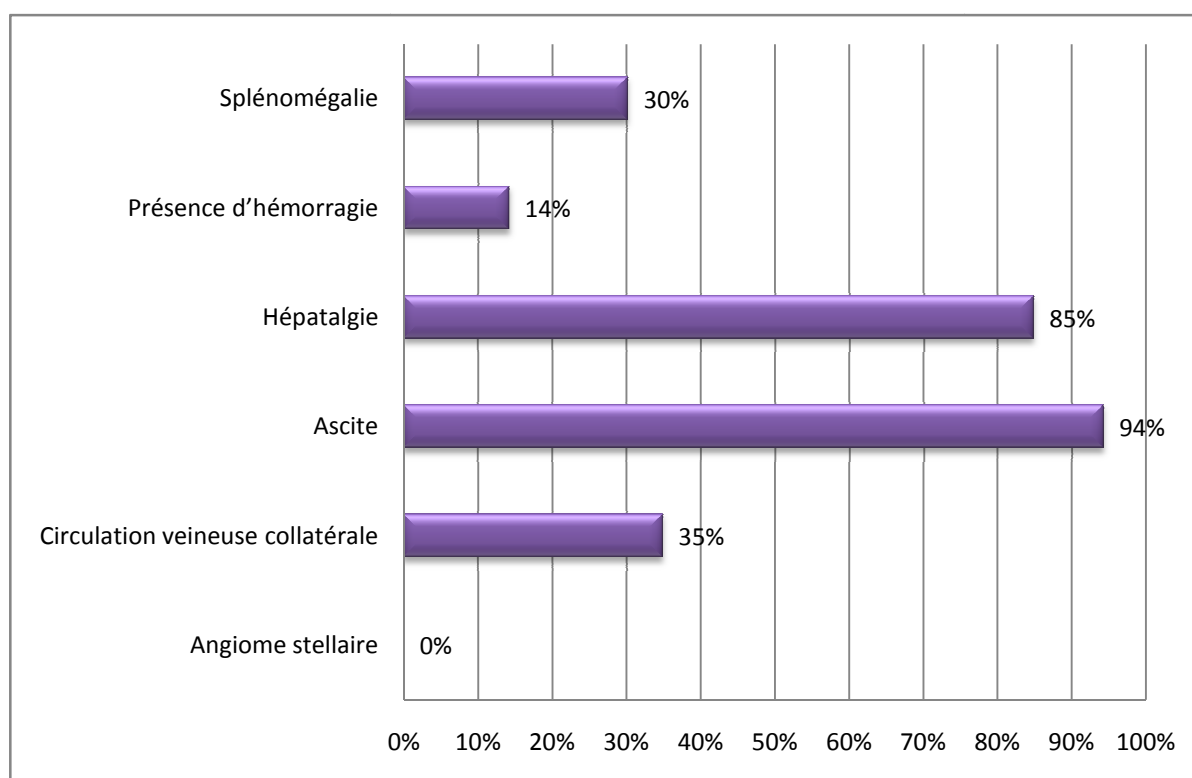


Figure 8: Répartition en fonction des signes retrouvés à l'examen abdominal

Les caractères du foie recherchés à la clinique montraient une hépatomégalie dans 85,6% des cas ; parmi les 60 patients chez qui on a pu apprécier la consistance et la surface hépatique, on avait un foie dur dans 70% et dans 73,3% une surface irrégulière. Le bord inférieur a été appréciable chez 57 patients du fait de l'ascite il était tranchant chez 86% d'entre eux. La sensibilité douloureuse était présente chez la plupart des patients (70/79).

Tableau 1: Répartition des patients en fonction des caractères cliniques du foie

Paramètres		Effectif n/N	Pourcentage %
Taille	normal	10/90	11,1
	hypertrophie	77/90	85,6
	atrophie	3/90	3,3
Consistance	dure	42/60	70
	ferme	18/60	30
Sensibilité	indolore	16/106	15,1
	douloureuse	90/106	84,9
Bord inférieur	tranchant	49/57	86
	mousse	8/57	14
Surface	régulière	16/60	26,7
	irrégulière	44/60	73,3

5. EXAMENS BIOLOGIQUES

a. Etude du Liquide d'ascite :

94,3 % des patients présentaient une ascite, la ponction a été faite chez 72% d'entre eux.

Différents aspects du liquide ont été retrouvés.

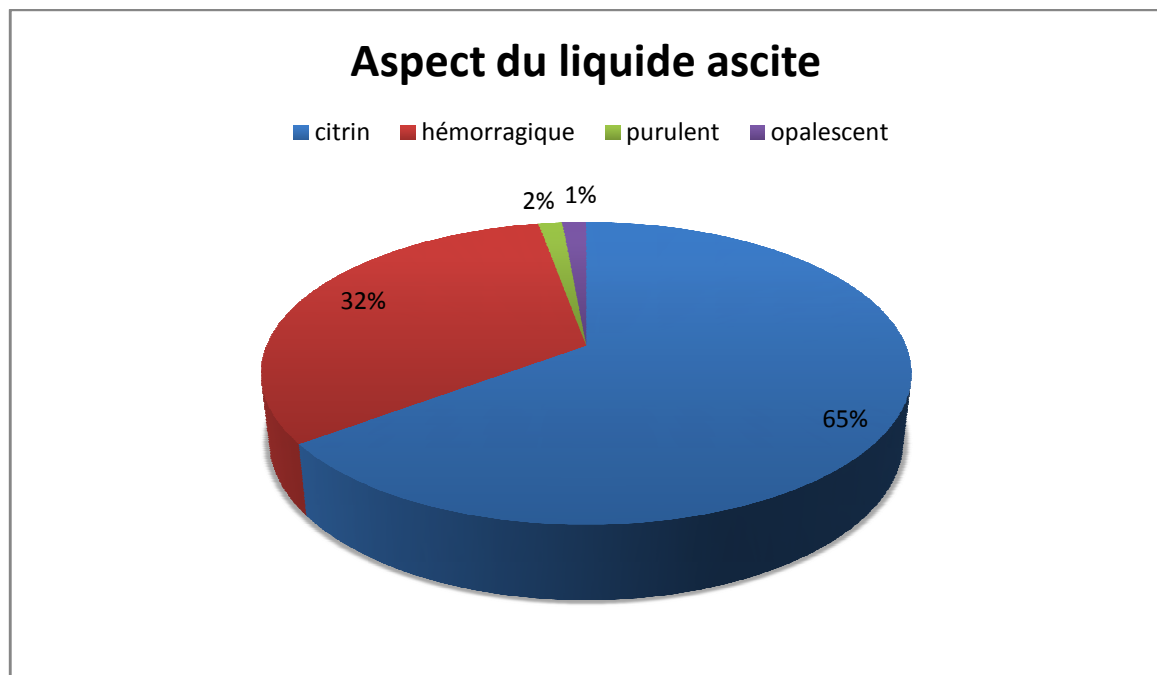


Figure 9: Répartition en fonction de l'aspect du liquide d'ascite

66% des patients ponctionnés ont bénéficié d'un examen biochimique du liquide d'ascite ; le liquide est exsudatif dans 63,6 % des cas et transsudatif dans 36,4 %. Sur les quelques examens cytologiques (28%) la moitié avait des leucocytes supérieurs à 250 éléments/mm.

Tableau 2: Répartition en fonction de l'analyse cyto biochimique du liquide d'ascite

		Effectifs n/N	Pourcentage %
Protéines de l'ascite	> 25 g/l	24/66	36,4
	< 25 g/l	42/66	63,6
PNN	< 250	14/28	50
	> 250	14/28	50

b. Hématologie :

La NFS a montré de nombreuses anomalies:

Une anémie normochrome normocytaire dans 51,5 % des cas, une thrombopénie dans 39,6%, une hyperleucocytose retrouvée dans 25,5% des cas ; 63,2% avaient un taux de leucocyte normal.

Quand au taux de prothrombine il est anormal chez 84,5% des patients testés.

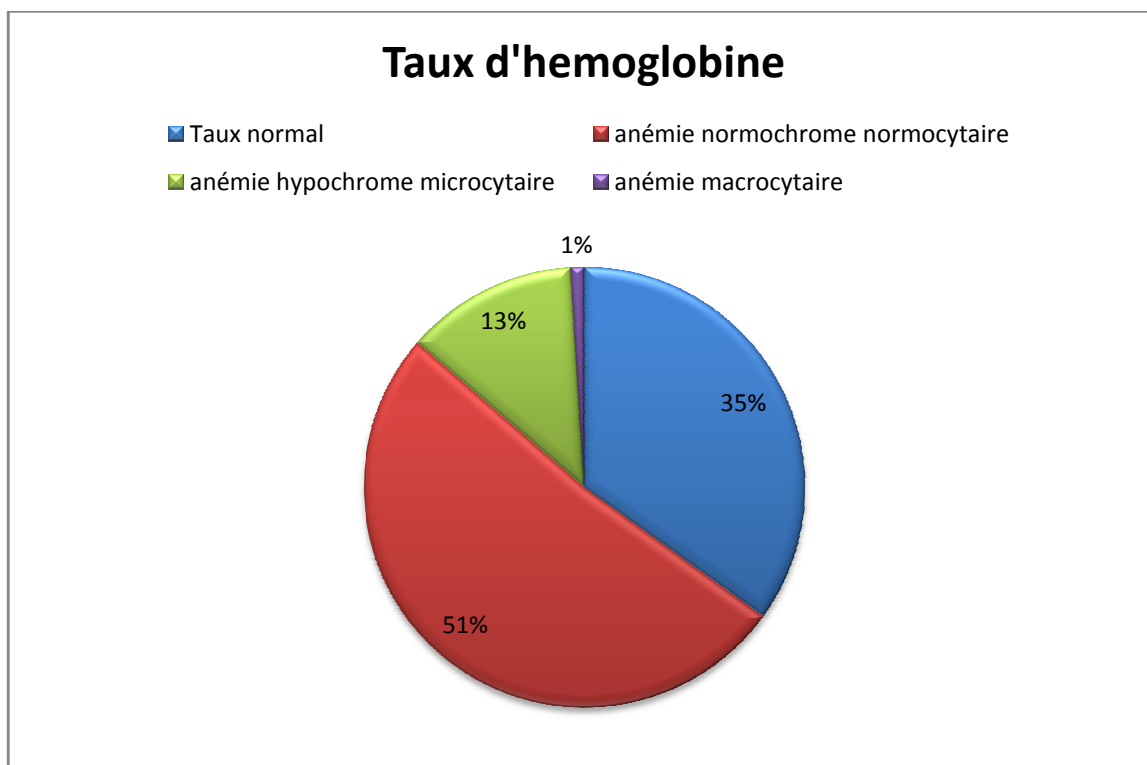


Figure 10: Répartition en fonction du Taux d'hémoglobine

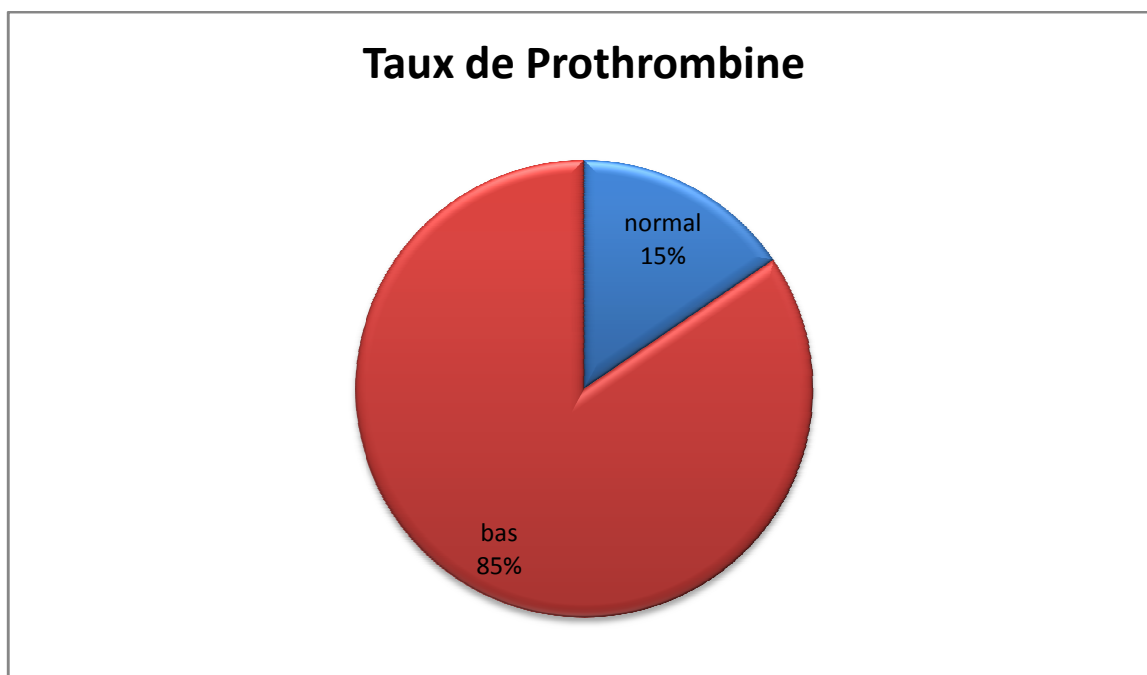


Figure 11: Répartition en fonction du Taux de prothrombine

c. Biochimie :

La majorité des paramètres recherchés à la biochimie est perturbée. Les transaminases élevées (88,2% pour les ASAT et 81,6% pour les ALAT). Un rapport ASAT/ALAT supérieur à 1 est retrouvé dans 81,6% des cas. 58 des 59 patients testés avaient une bilirubine conjuguée élevée. 33 cas sur 40 avaient une phosphatase alcaline élevée. 56 patients ont été testés au GGT avec une élévation chez 87,5%. Seuls 22 patients ont bénéficié du dosage d'albumine qui s'est révélé bas.

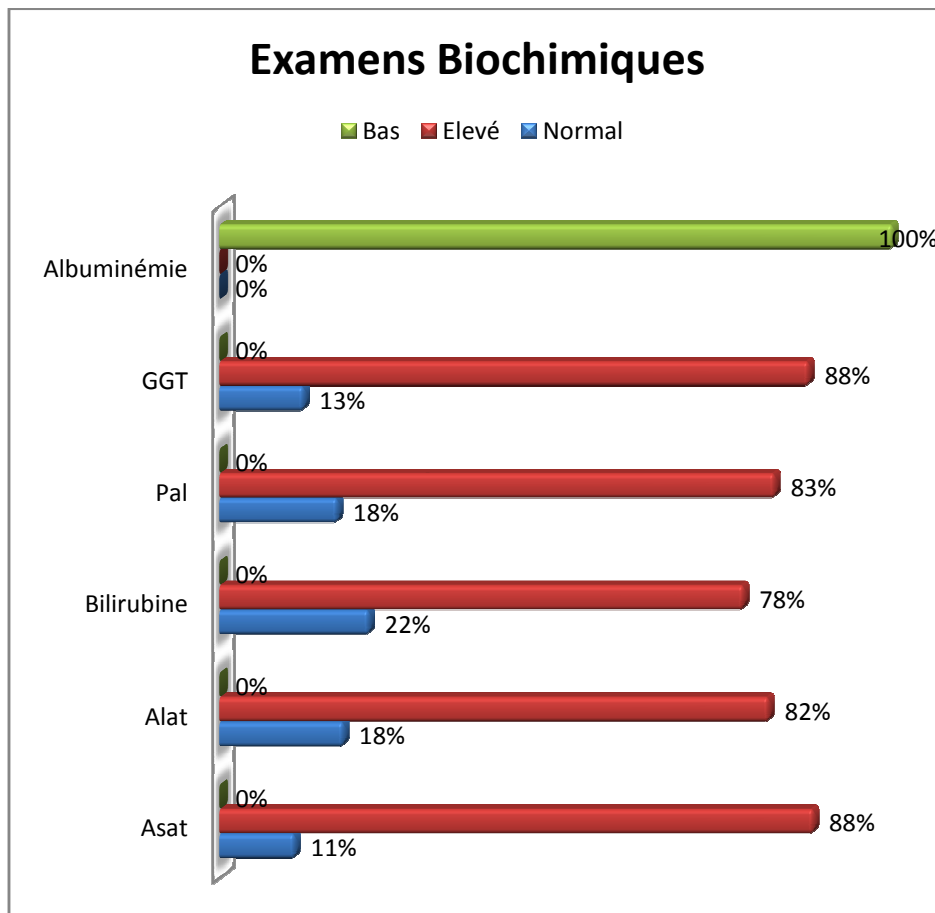


Figure 12: Répartition en fonction des examens biochimiques

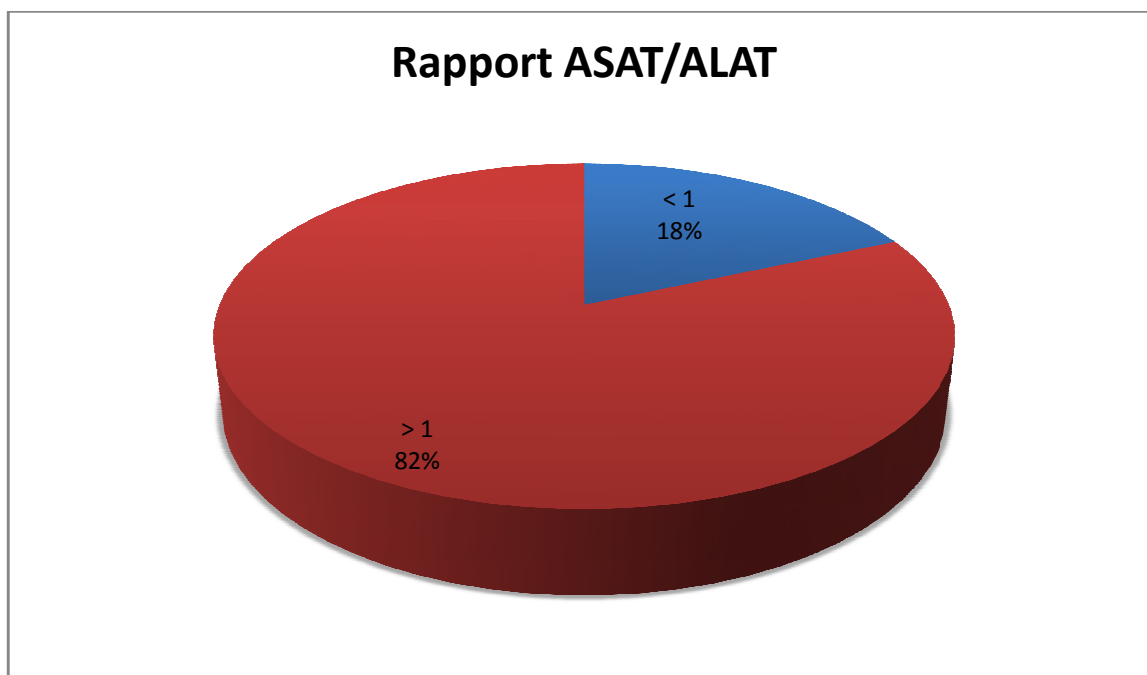


Figure 13: Rapport ASAT/ALAT

Parmi les 81 patients qui ont bénéficié du dosage de l'alpha foeto protéine, 35 avaient une valeur élevée supérieure à 400 UI/ml soit 43,2%.

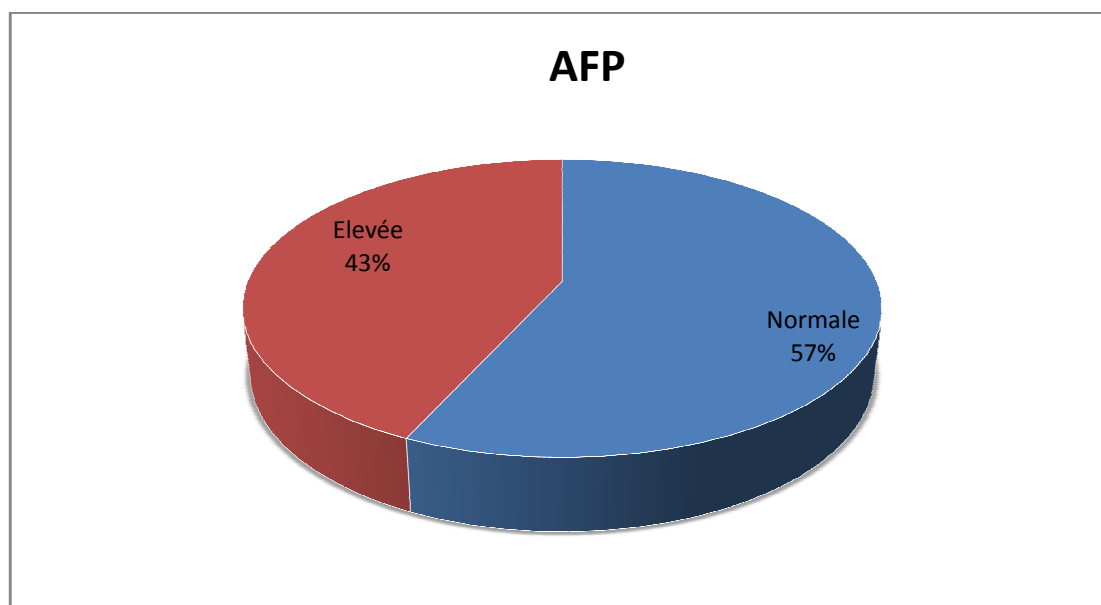


Figure 14: Répartition en fonction de l'AFP

D. Sérologie virale:

La sérologie effectuée a montré une infection à l'hépatite B chez la plupart des patients testés ; en effet 67% des patients testés à l'Ag Hbs étaient positifs. La recherche de l'Ac anti Hbc était positive à 92,8% ; Parmi les patients Ag Hbs négatifs (33/100) 31 ont été testés à l'Ac anti Hbc et 25 étaient positifs.

La recherche de l'Ac anti VHC était négative dans 90,7 % des cas testés.

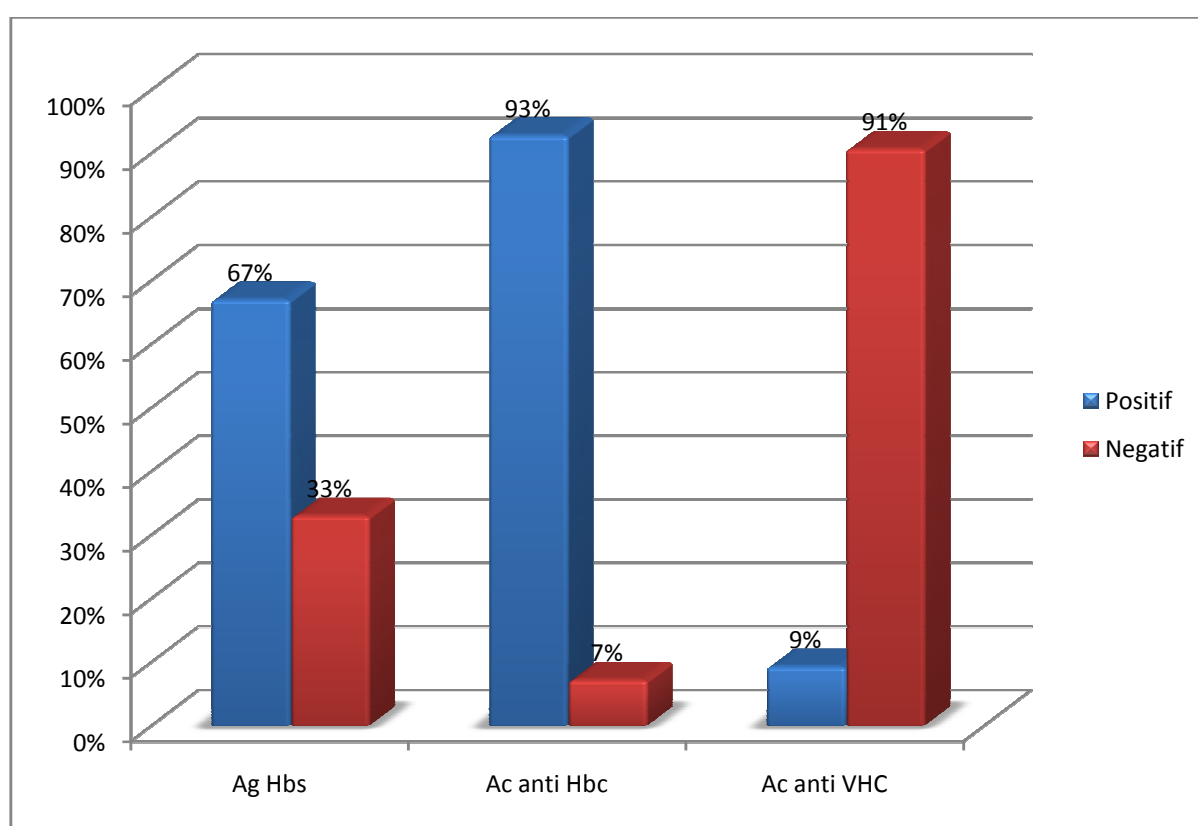


Figure 15: Répartition en fonction de la sérologie virale

Au total 31 % des patients Ag Hbs positif étaient compris dans la tranche d'âge 40-49 ans.

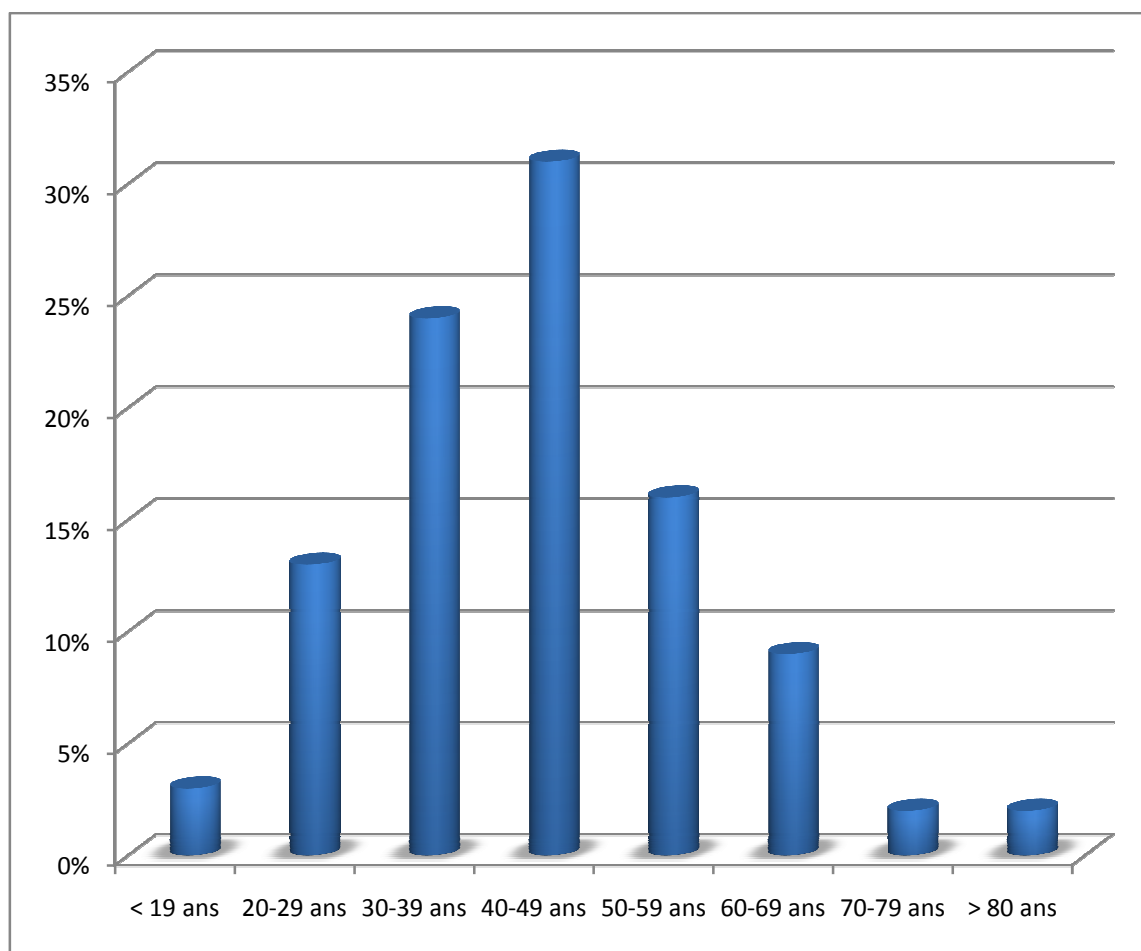


Figure 16: Répartition de l'Ag Hbs en fonction de l'âge

6. EXAMENS MORPHOLOGIQUES et ENDOSCOPIQUES:

a. Echographie :

Tous nos patients ont bénéficié d'une échographie abdominale. L'hypertrophie hépatique était présente chez 77,4% des patients, la structure hépatique était hétérogène dans 91,5%. Une dysmorphie hépatique était visible dans 62,3% des cas. Les nodules hépatiques ainsi que les différents signes directs ou indirects d'HTP étaient présents chez respectivement 72,6% et 46,2% des patients.

Tableau 3: Répartition en fonction des résultats de l'échographie

		Effectifs n	Pourcentage %
Taille	hypertrophie	82	77,4
	normale	18	17
	atrophie	6	5,7
structure	homogène	9	8,5
	hétérogène	97	91,5
morphologie	normale	40	37,7
	dysmorphie	66	62,3
Nodules	oui	77	72,6
	non	29	27,4
Signes d'HTP	oui	49	46,2
	non	57	53,8

b. Endoscopie digestive haute :

Au total 68 patients avaient bénéficié d'une endoscopie digestive haute, 48 présentaient des varices œsophagiennes dont la majorité [25 %] au stade III. 35,3 % des patients présentaient des signes rouges et 61,8 % une gastropathie d'HTP.

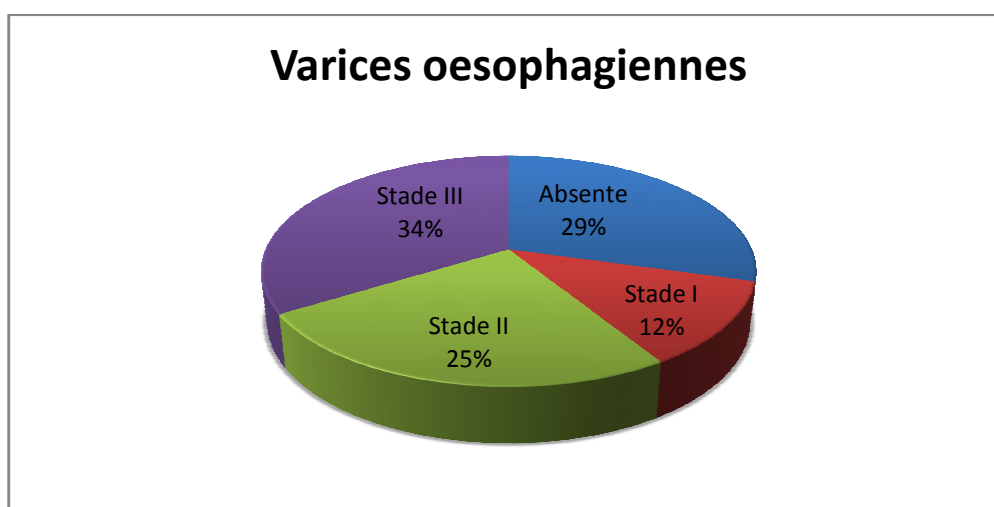


Figure 17: varices oesophagiennes

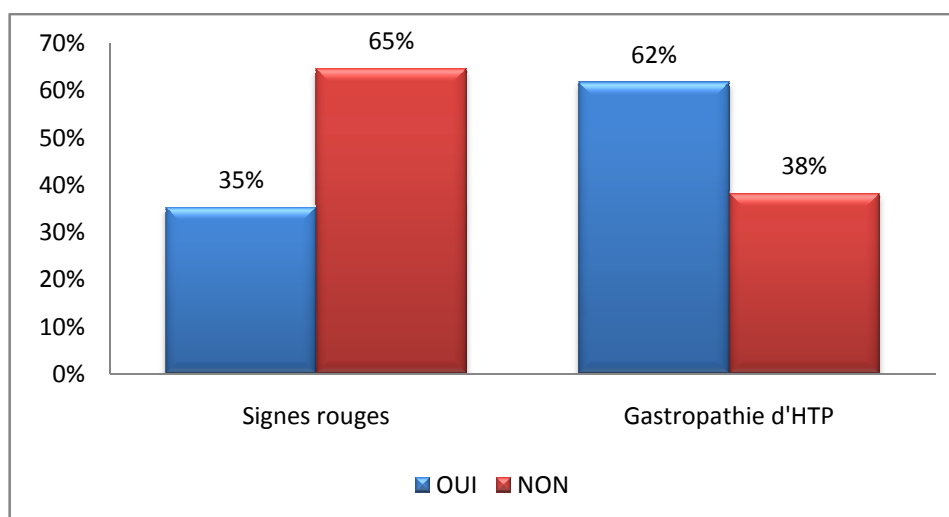


Figure 18: Signes rouges et gastropathie d'HTP

7. PRONOSTIC ET EVOLUTION :

a. Classification de Child :

La classification de Child Pugh n'a pu être appliquée que chez 21 patients. On a noté une prédominance du Child C dans 67% des cas.

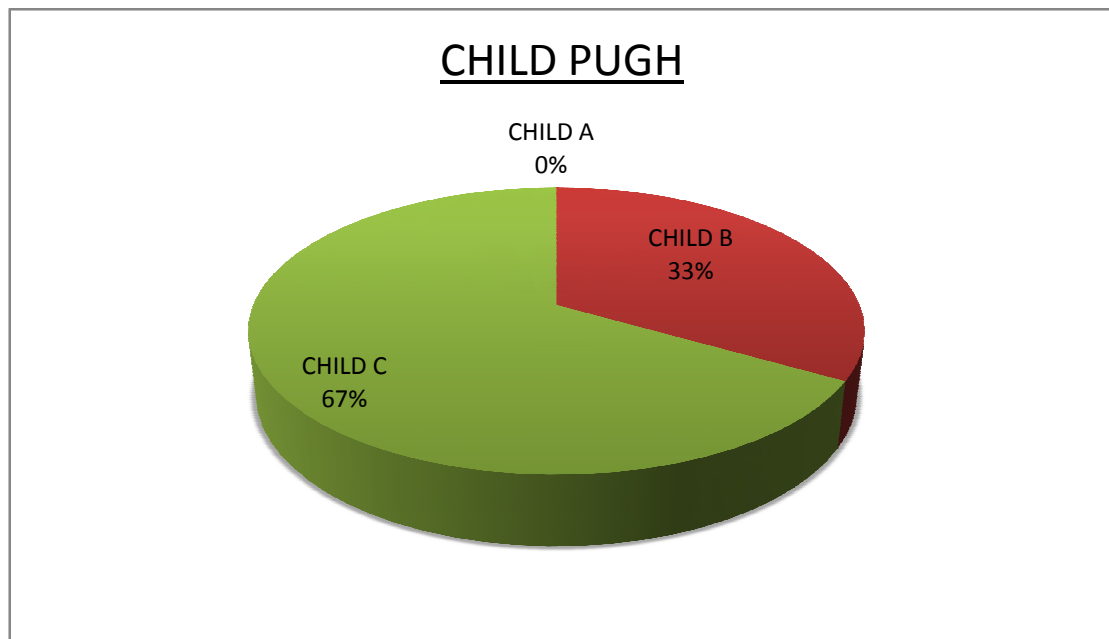


Figure 19: Répartition en fonction du score de Child Pugh

b. Encéphalopathie hépatique :

Les résultats obtenus font un état de 23 patients qui auraient des troubles de la conscience.

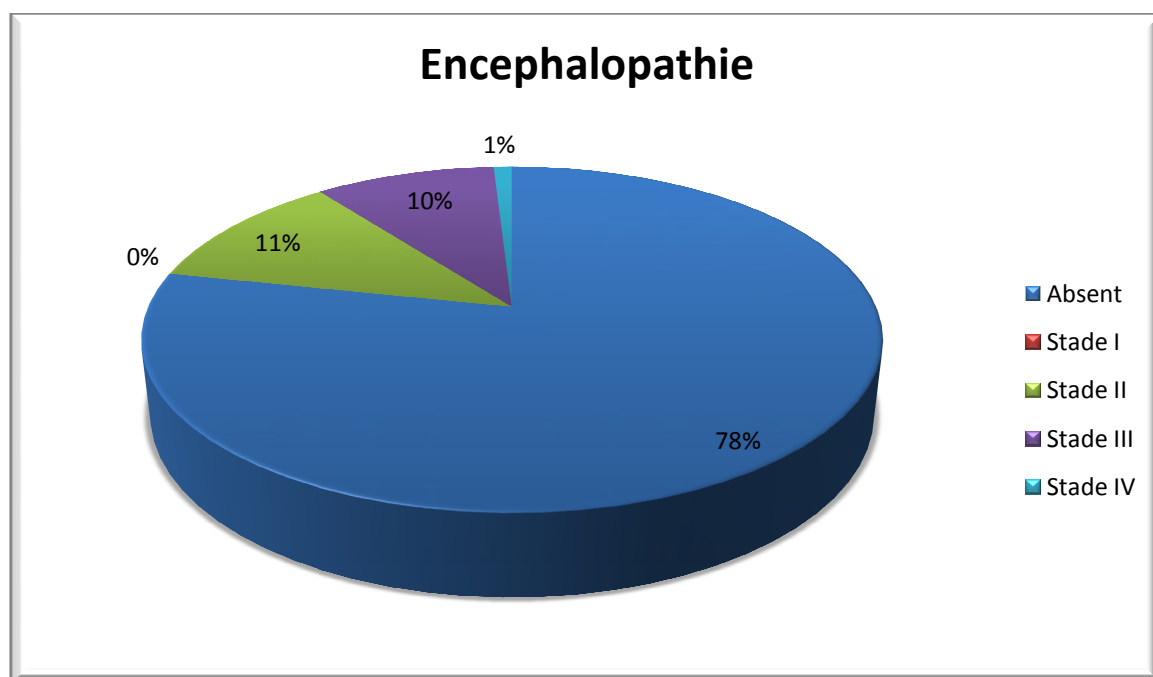


Figure 20: Répartition en fonction du stade d'encéphalopathie

c. Décès :

Le taux de décès était de 37% au cours de l'hospitalisation des patients.

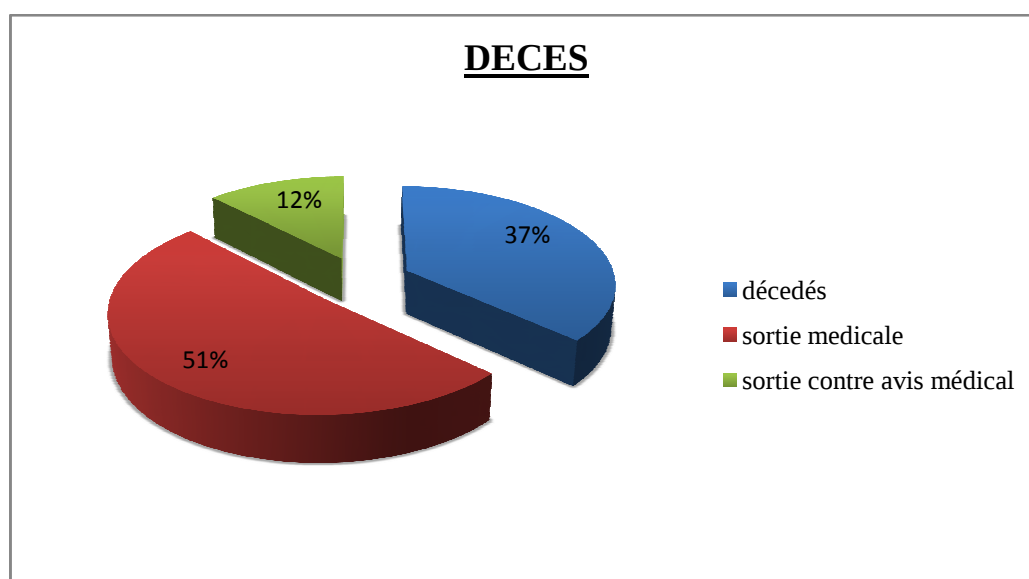


Figure 21: Répartition des patients en fonction de leur évolution



Discussion



1. RAPPELS ET GENERALITES :[9]

La définition de la Cirrhose du foie est anatomo pathologique [10], elle se définit comme étant une atteinte hépatique diffuse caractérisée par :

- Une fibrose
- Des nodules de régénérations
- Une disparition de l'architecture normale du foie

Elle correspond à l'évolution ultime de la plupart des maladies du foie. Il s'agit d'une évolution cicatricielle qui aboutit à une fibrose hépatique.

La fibrose hépatique est due à un dépôt de matériel fibreux et de protéines de la matrice dans le parenchyme hépatique associé à une diminution de la dégradation de ces protéines (fibrolyse). Au stade de cirrhose, on observe les principales conséquences suivantes [11]:

- **Insuffisance hépatocellulaire (IHC)**: Elle est due à la diminution de la masse fonctionnelle des hépatocyte (nécrose) et à la modification de la vascularisation qui gêne les échanges entre hépatocytes et système vasculaire.
- **Hypertension portale (HTP)**: Elle se définit soit par une augmentation de la pression de la veine porte au dessus de 10mmHg, soit par une élévation du gradient de pression entre la veine porte et la veine cave inférieure au delà de 5 mm Hg. Ses conséquences sont : Une splénomégalie et la formation de voies de dérivation anormales appelées « shunt ». Ces shunts permettent à une partie du flux sanguin venant du tube digestif d'atteindre directement la circulation générale sans passer par le foie, ce qui a pour conséquence une suppression de l'effet de premier passage.

- **Etat précancéreux** : La cirrhose prédispose au développement du carcinome hépatocellulaire.

Les différentes complications découlent de ces principales conséquences.

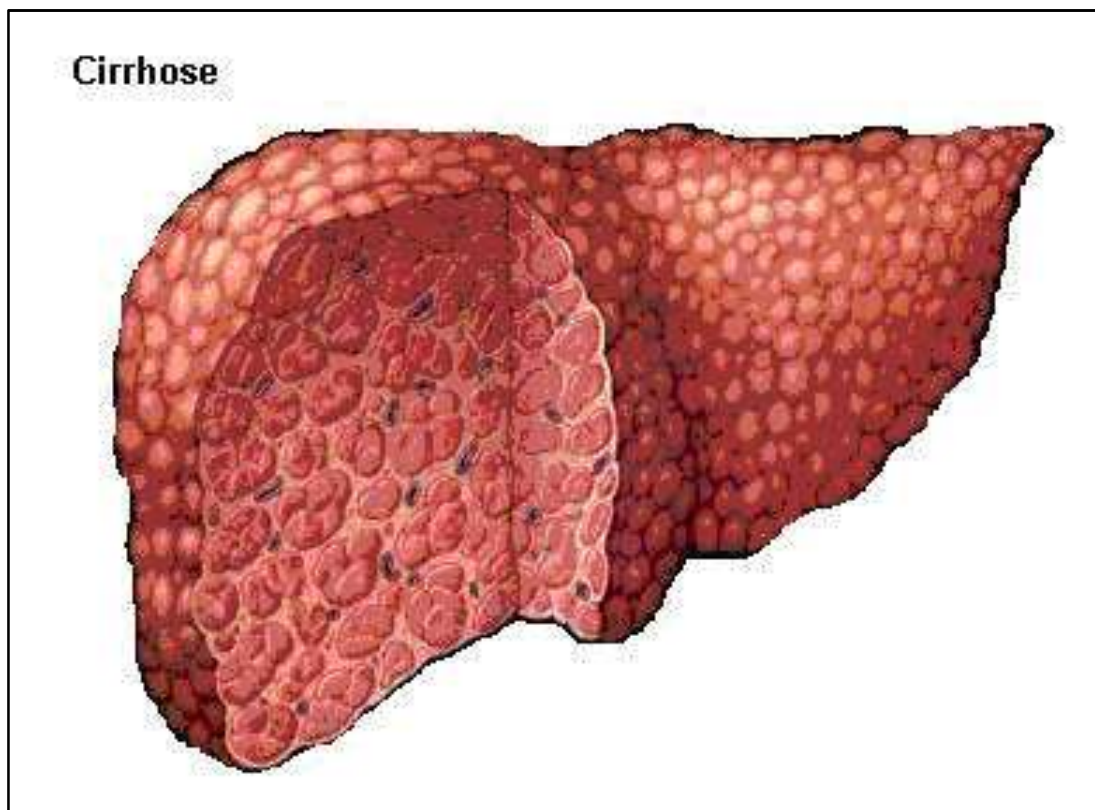


Figure 22 : Schéma d'un foie cirrhotique

2. LIMITES ET CONTRAINTES

Notre étude rétrospective a permis de retenir 106 cas sur la base des différents critères d'inclusion. Certaines données étaient manquantes lors de notre collecte, ceci est du soit à des dossiers non complétés par le personnel soignant soit à la non satisfaction de ces données par les patients ou tout simplement la non disponibilité de ces examens dans le milieu hospitalier; En effet du fait du coût élevé et du manque de moyens certains examens nécessaires au diagnostic, au suivi ou au pronostic n'ont pu être réalisés chez des patients. Ainsi donc aucun patient n'a bénéficié d'une PBF ; la classification Child n'a pu être faite que chez quelques patients. La prise en charge s'était soldée également par de nombreuses sorties contre avis médical.

L'hôpital Yalgado Ouédraogo est le plus grand en terme de lit et d'affluence des deux CHU que compte le Burkina Faso, de ce fait nous pouvons affirmer la représentativité de notre échantillon.

3. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

a. Age :

L'âge moyen de survenue de la cirrhose dans le monde est de 50 ans [12]. Dans notre cas l'âge moyen était de 46,66 ans avec un minimum de 14 ans et un maximum de 84 ans ; la tranche d'âge de 40-49 ans était la plus représentée. Elle est identique à la moyenne retrouvée par Sawadogo [14] au Burkina soit 46,45 ans.

D'autres études en Afrique [5, 6, 7, 8, 13,15] montrent les moyennes d'âges suivantes :

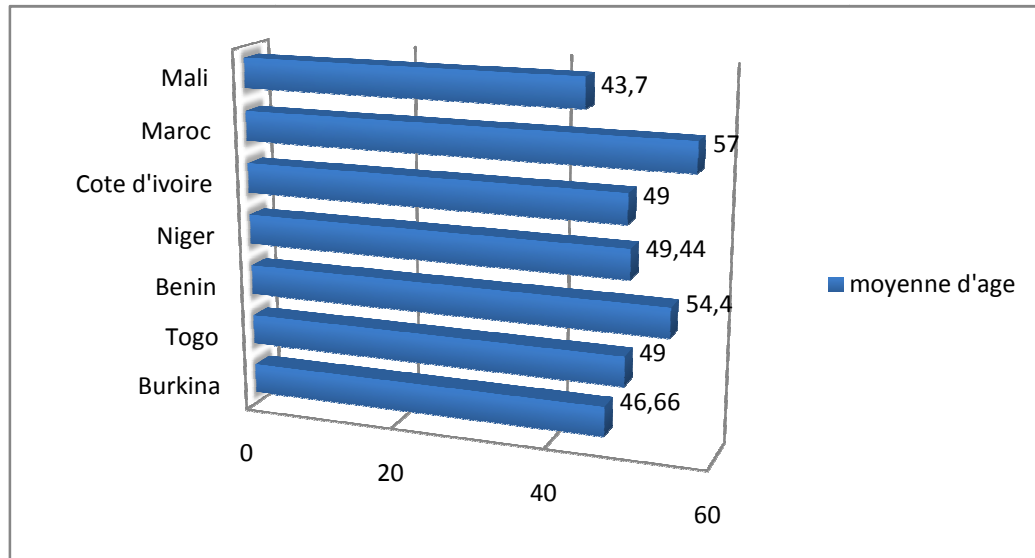


Figure 23:comparatif des moyennes d'âges observées dans différentes études africaines

b. Sexe :

Les hommes étaient les plus touchés avec sexe ratio de 3,24 en concordance avec El Moctar [8] 4,7 de ratio au Niger, Bouglouga [7] 2,3 de ratio au Togo et Louhoues Kouacou [15] 5,5 en cote d'ivoire. Au Maroc Atitar [13] retrouve un sexe ratio en faveur des femmes avec 0,85.

c. Profession :

Les cultivateurs étaient les plus touchés avec 30% des cas, en concordance avec El Moctar [8] qui retrouve au Niger 50,8% dans son étude. Ceci s'explique essentiellement par le fait que dans cette région sahélienne du monde la population est essentiellement agricole et rurale. Au Togo selon Bouglouga [7] les artisans sont les plus représentés (52%).

d. Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude était de 10 jours avec un minimum de 2 jours et un maximum de 31 jours. Sawadogo [14] retrouve la même moyenne. L'hospitalisation était souvent abrégée par des sorties contre avis médical ou par des décès, le plus souvent dues à un manque de moyens financiers. En effet les patients n'arrivant pas à honorer leurs examens et les frais d'hôpitaux préféraient sortir contre l'avis du personnel soignant.

4. ANTECEDENTS :

L'intoxication alcoolique, l'ictère, la prise médicamenteuse, les antécédents d'hépatites virales et des antécédents d'hémorragies sont les antécédents à rechercher en cas de cirrhose.

L'alcool figurait en première place des antécédents dans notre étude, suivi de l'ictère, 40,5% des patients déclaraient avoir une consommation régulière d'alcool dont la quantification était quasi impossible du fait de la méconnaissance des patients sur le degré et le type d'alcool consommé. Ceci s'explique en partie par l'intégration de la consommation d'alcool au mode de vie des burkinabé. D'autres études [5, 8] dans les pays voisins (Niger, Mali) ne retrouvent que peu d'antécédents d'intoxication alcoolique mais retrouvent plutôt l'ictère et la médication traditionnelle comme antécédents les plus fréquents. Au Togo Bouglouga [7] identifie l'hémorragie digestive comme principal antécédent.

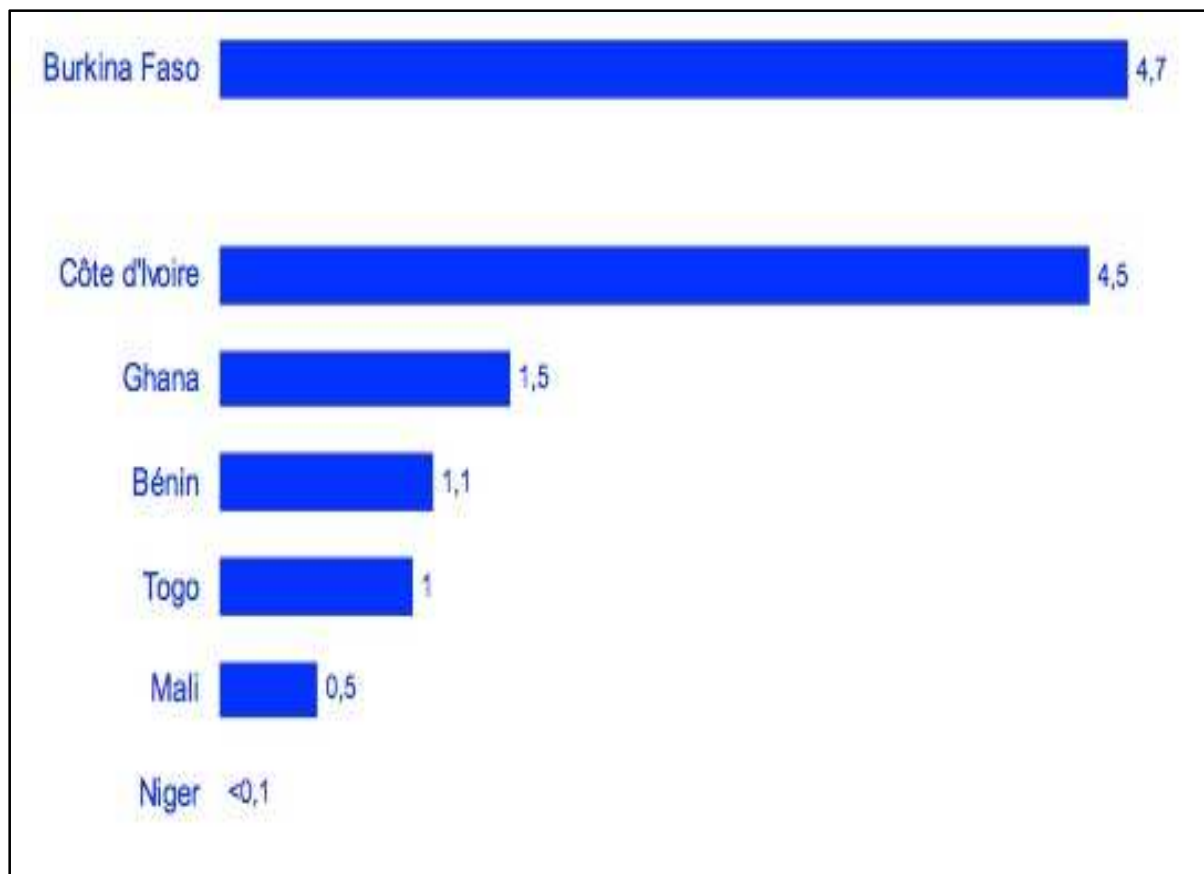


Figure 24: Consommation d'alcool chez les adultes de 15 ans ou plus (en litre d'alcool pur par personne et par an) au Burkina Faso et pays limitrophe. 2005[16]

5. DIAGNOSTIC :

La ponction biopsie hépatique est l'examen de référence pour le diagnostic de cirrhose [17]. D'après des recommandations françaises [18], américaines [19] et anglaises [20], la biopsie ne doit être réalisée que lorsque le bénéfice est supérieur au risque et que les résultats vont influencer le traitement ou la surveillance du patient, c'est-à-dire :

- ✧ à but étiologique lorsque l'étiologie ne peut être affirmée par d'autres examens non invasifs, ou lorsqu'il est nécessaire de rechercher une étiologie associée ;
- ✧ pour effectuer un bilan de sévérité de l'hépatopathie s'il n'y a pas d'autres alternatives.

Vu son coût élevé, sa faible disponibilité et ses différentes contre indications, aucune PBF n'a été faite chez nos patients.

D'autres examens tels que le Fibroscan et le Fibrotest qui mesurent ou évaluent le degré de fibrose du foie n'ont pu être réalisés car étant indisponibles au Burkina Faso.

Le diagnostic de cirrhose s'est fait alors sur la base de critères non invasifs et universellement reconnus. Ces différents critères comportent des examens cliniques, paracliniques et morphologiques.

a. Clinique :

Dans la cirrhose la clinique peut être strictement normale. Mais généralement selon qu'elle soit compensée ou pas elle présente différentes anomalies.

L'examen peut détecter :

- Des signes d'insuffisance hépatocellulaire (IHC) : ictère, angiomes stellaires, érythrose palmaire, ongles blancs, fœtor hépatique, astéraxis, hypogonadisme, féminisation.
- Des signes d'hypertension portale (HTP) : splénomégalie, ascite, circulation veineuse collatérale de type porto-cave.

La majorité de nos patients à l'entrée présentait une dégradation de l'état général traduisant le plus souvent une décompensation de la maladie. Dans le contexte burkinabé les patients en bon état général ne consultent que très rarement ; dans notre cas seuls 3,8% avaient un bon état général, le reste des patients avait soit un assez bon état général 49% soit un mauvais état général 47,2%.

Tout comme dans la littérature [21] l'ascite constituait le principal motif de consultation [54%] suivi de la douleur abdominale (37%). D'autres études en Afrique retrouvaient également des résultats similaires [15, 22, 8, 7].

50,9% présentaient un ictère ou subictère conjonctival, signe clinique de cholestase que nous pouvons lier à la maladie hépatique causale.

Une splénomégalie et une CVC étaient présentes respectivement dans 30,2% et 34,9% des cas traduisant la présence d'HTP.

Les caractéristiques du foie retrouvées sont celles citées par la littérature à savoir : une hépatomégalie douloureuse, un bord inférieur tranchant, une surface irrégulière et une consistance dure.

b. Paracliniques :

Les examens paracliniques sont le plus souvent perturbés lors d'une cirrhose. Par ailleurs en dehors de la PBF aucun examen n'est spécifique. Nos résultats ont montré une perturbation chez la totalité des patients. En effet à l'examen hématologique 65% des patients sont anémiques, et 39,6% ont une thrombopénie. Le TP qui constitue un excellent marqueur de fibrose comme le montre une étude [23] est bas dans 74% des cas. Ces anomalies sont surtout le fait des hémorragies digestives et de l'IHC [24]. A la biochimie les perturbations énoncées dans la littérature [24] ont été retrouvées : une cytolysé hépatique (ASAT, ALAT), une cholestase biologique (bilirubine, PAL et GGT élevés) et un taux d'albumine sérique bas.

Le rapport ASAT/ALAT < 1 est inversé chez 82% des patients ceci est quasi pathognomonique d'une cirrhose qu'elle qu'en soit l'origine [25].

Toutes ces anomalies témoignent d'une altération hépatique.

Les résultats de l'analyse du liquide d'ascite ont montré une infection du liquide dans 50% témoignant de complications.

c. Examens morphologiques et endoscopiques :

L'échographie abdominale et l'endoscopie digestive haute sont les examens morphologiques à réaliser dans le bilan d'une cirrhose [12]. Ces examens peuvent montrer des anomalies du foie, des signes d'hypertension portale et des complications (tumeur, V.O, hémorragie, gastropathie).

La majorité des échographies réalisées montrait un aspect typique du foie cirrhotique : une hépatomégalie, hétérogène, dysmorphique avec des nodules. Des signes d'HTP ont été retrouvés chez des patients.

68 patients ont bénéficié de l'endoscopie digestive, 70,6% présentaient des complications à type de varices œsophagiennes avec ou sans signes rouges et des gastropathies d'HTP. La présence de ces signes endoscopiques est très spécifique (98%) de l'existence d'une cirrhose [26].

6. ETIOLOGIES :

Les étiologies de la cirrhose sont nombreuses et variées en fonction des différents modes de vie. Toute hépatopathie chronique est susceptible d'évoluer vers la cirrhose [27].

Dans notre étude la recherche étiologique de la cirrhose s'est limitée aux étiologies les plus fréquentes à savoir les hépatites virales ; Elles représentent les premières causes dans les zones d'endémie. La sérologie permet de faire le diagnostic des hépatites virales; l'Ag Hbs est retrouvé en cas de cirrhose à virus B, et l'Ac anti VHC en cas de cirrhose à virus C [28].

a. Hépatite B :

350 millions de porteurs chroniques dans le monde. Elle est endémique principalement en Afrique noire et en Asie où sa prévalence reste élevée [6,29]. En Afrique du nord et en Europe de l'Est la prévalence est dite intermédiaire [13]; elle est faible aux Etats Unis et en Europe de l'Ouest.

Des travaux expérimentaux ont souligné un rôle direct de certaines protéines du virus de l'hépatite B notamment la protéine virale régulatrice Hbx qui posséderait des effets biologiques multiples et serait susceptible de modifier différentes fonctions cellulaires en interagissant avec des différentes voies de signalisation [30]. L'infectiosité du VHB s'explique par la grande quantité de particules infectieuses présentes dans les produits biologiques des sujets infectés (jusqu'à 10^9 par ml de sérum). Les modes de transmission du VHB peuvent être regroupés en trois catégories : parentéral, sexuel et mère-enfant.

La recherche de l'antigène de surface (Ag Hbs) est utilisée pour la détection du virus, mais ne préjuge pas de la présence d'une réplication virale. La détection de l'ADN viral par la réaction de polymérisation en chaîne (PCR) permet de mettre en évidence la présence de l'acide nucléique viral dans le sérum des sujets infectés par le virus de l'hépatite B même lorsque celui-ci est en très faible quantité [31].

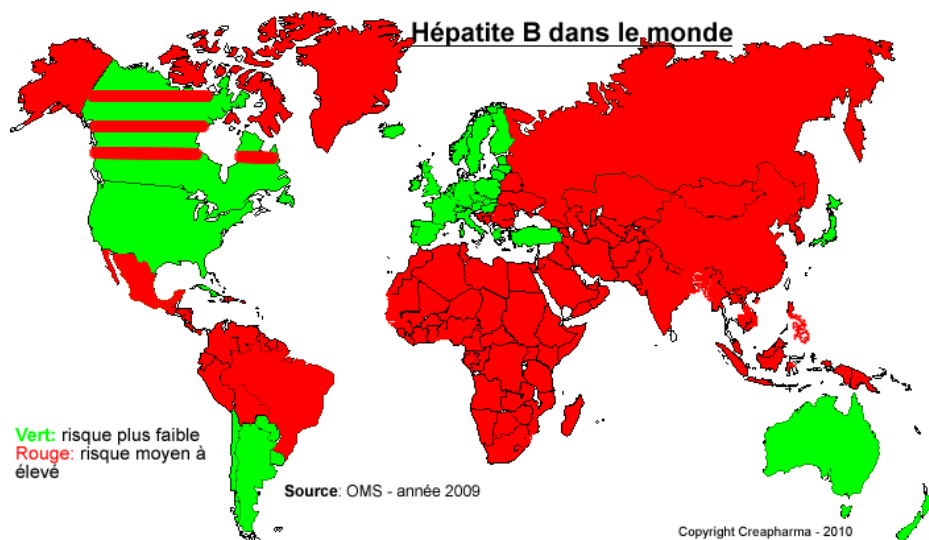


Figure 25: Distribution géographique de l'hépatite B dans le monde

Dans notre série seuls l'Ag Hbs et l'Ac anti Hbc ont été recherchés, aucune PCR n'a été faite vu le bas niveau économique de nos malades. On retrouve un Ag Hbs positif chez 67 patients sur un total de 100 testés soit 63,2% ; ce qui en fait la 1^{ère} étiologie en concordance avec une étude antérieure réalisée par Sawadogo [14] qui retrouve 64,7%. Au Niger El Moctar [8] retrouve 73,91%, 54% par Maiga [5] au Mali, Vignon [6] retrouve 57%. Ces différents résultats confirment la nette prédominance de l'hépatite B dans la cirrhose en Afrique noire. Par comparaison au Maroc qui est dans une zone d'endémie moyenne [32], une étude [13] a montré une étiologie virale B dans 21% des cas de cirrhose représentant la 2^e étiologie après l'hépatite virale C.

L'Ac anti Hbc a été retrouvé chez 90 patients sur 97 testés soit 84,9%. 25 patients sur 31 testés Ag Hbs négatif avaient l'Ac anti Hbc positif.

La tranche d'âge la plus touchée était la tranche d'âge des 40-49 ans, correspondant à celle la plus touchée par la cirrhose.

b. Hépatite C :

Le virus de l'hépatite C est présent dans toutes les régions du monde [33]. En Europe, où elle constitue la 2^e cause de cirrhose, la prévalence des sujets ayant une sérologie anti VHC positive varie selon un gradient Nord-Sud (0,1 % en Finlande, 0,7 % en France et 3 % en Italie); La prévalence en Afrique et en Asie est de l'ordre de 5% [34, 35]. L'hépatite C est la plus fréquente des hépatites post transfusionnelles. Le mode de transmission étant essentiellement sanguin, elle est fréquente chez les toxicomanes intraveineux. Les autres modes de transmission sont sexuels (rare) et la transmission mère-enfant avec un risque très faible. Dans notre cas seul 8 patients sur 86 testés soit 9,3% présentaient des

Ac anti VHC positifs. Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés par Sawadogo qui obtient 30,6%. Ceci s'explique par le fait d'une toxicomanie intraveineuse absente chez nos patients et une faible contamination sanguine. Par comparaison au Maroc, Atitar [13] a identifié l'étiologie virale C dans 70% des cas de cirrhose soit comme 1^{ère} étiologie au Maroc.

c. Intoxication alcoolique :

Elle est la 1^{ère} étiologie de cirrhose du foie dans les pays développés. En France environ 90 % des cas de cirrhose chez l'homme, 70 % des cas de cirrhose chez la femme. Le risque de cirrhose alcoolique dépend de la quantité d'alcool consommé et commence avec une ingestion quotidienne de 60 g d'alcool pour l'homme et 40 g pour la femme mais il est difficile de définir formellement un seuil toxique. La prévalence de la cirrhose symptomatique chez les buveurs excessifs est de l'ordre de 10 % [3,9].

Certains signes cliniques et biologiques orientent vers une origine alcoolique :

- Antécédents de consommation d'alcool.
- Tremblements.
- Alcoolémie élevée.
- Absences de marqueurs viraux à la sérologie.
- Macrocytose érythrocytaire.
- Taux sériques de GGT et immunoglobulines A élevés.
- Rapport ASAT/ALAT > 2 [25].

Dans notre série, des antécédents d'intoxication alcoolique à l'interrogatoire ont été retrouvés chez 36,8 % des patients ; ceux ci admettant une consommation régulière; à la biologie les GGT étaient élevées chez 87,5% des patients testés soit 49 patients sur 56.

L'origine absolue de l'alcool a été retenue chez 8 patients qui ne présentaient aucune hépatite virale, avaient un antécédent d'alcoolisme et dont le taux de GGT sérique était élevé. Les autres signes évocateurs n'ont soit pas été retrouvés, soit pas été recherchés.

L'association alcool et hépatite B est fréquente parmi nos malades en effet sur les 67 patients Ag Hbs positif 28 avaient un antécédent d'alcoolisme. L'alcool jouerait un rôle important dans la pathogenèse de la cirrhose virale B comme l'indique une étude Italienne [36]. Elle serait dans notre cas un cofacteur qui potentialise la survenue de la cirrhose de nos patients.

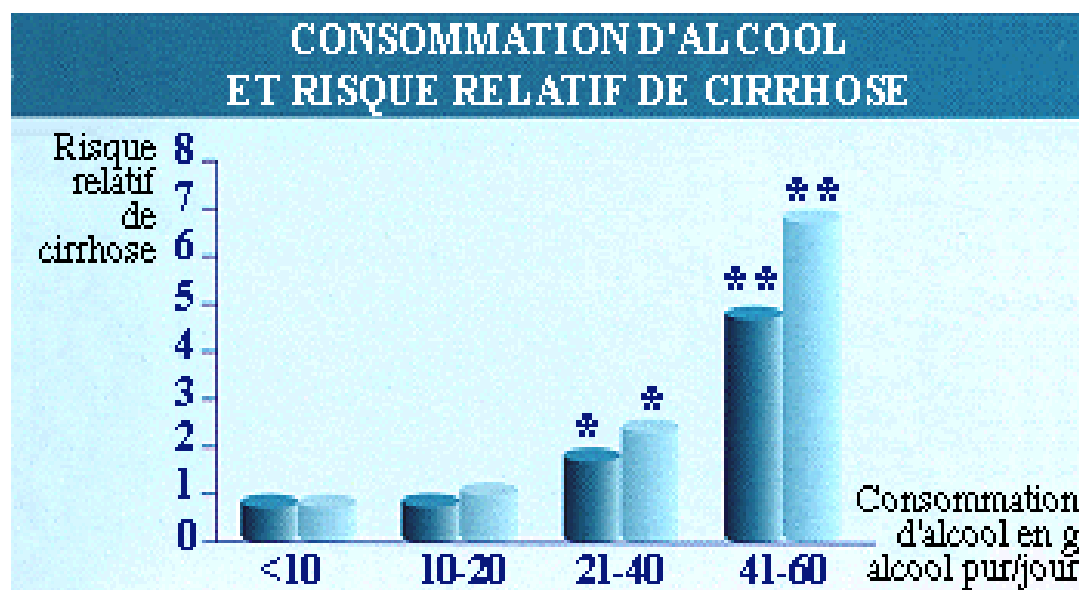


Figure 26 : risque relatif en fonction de la consommation d'alcool

d. Autres étiologies :

D'autres étiologies de cirrhose du foie ont été formellement identifiées dans la littérature [24]:

Les causes métaboliques :

- Hémochromatose : surcharge en fer génétique ou secondaire. Sa fréquence n'est pas vraiment connue en Afrique [37].
- Maladies de Wilson : elle est définie par une surcharge en cuivre. Elle est exceptionnellement recherchée, sa prévalence reste inconnue [37] en Afrique.
- Stéatohépatite non alcoolique (NASH) : hépatopathie d'origine métabolique.

Les causes toxiques :

De nombreux médicaments peuvent conduire à des hépatites et aboutir à une cirrhose ; les principaux sont : acide tiénilique, amiodarone, clométhacine, dantorlene, halothane, iproniazide, méthotrexate, alpha méthyldopa, nitrofurantoïne, papavérine et vitamine A [38]. Certains alcaloïdes de plantes peuvent être également responsables de cirrhose [39].

Une origine médicamenteuse doit être évoquée systématiquement dans les régions où la vente libre, l'auto médication et les prescriptions non conformes sont les causes majeures de toxicité accrue [39].

Les causes biliaires : [40]

- **Cirrhose biliaire primitive** : Son diagnostic repose classiquement sur la présence de 2 des 3 grands signes suivants :
 - Une cholestase chronique à la biologie.
 - La présence d'anticorps anti-mitochondries anti M2 à l'immunologie
 - Une cholangite destructrice lymphocytaire à l'histologie.
- **Cirrhose biliaire secondaire**: causées par les calculs de la voie biliaire principale, les sténoses congénitales et postopératoires du cholédoque, la cholangite sclérosante primitive et la pancréatite chronique.
- **La cholangite sclérosante primitive** : Le diagnostic repose sur 4 types de signes dont le principal est la présence d'anomalies radiologiques des voies biliaires :
 - biologie : cholestase chronique,
 - histologie : une cholangite fibreuse et oblitérante,
 - radiologie : des anomalies des voies biliaires intra et/ou extra hépatiques,
 - association à une autre maladie, et en particulier à une maladie inflammatoire du côlon.

Causes auto-immunes : ce sont les hépatites auto-immunes , en majorité les granulomatoses. Elles ne sont recherchées que s'il existe des éléments d'orientation clinique ou biologique en général des manifestations extra hépatiques [37].

Causes vasculaires□ :

- L'insuffisance cardiaque droite.
- Syndrome de Budd-Chiari.
 - Maladies veino-occlusives.

Causes rares : Le Déficit en Alpha 1 antitrypsine, la collagénose de type IV, la galactosémie, la tyrosinémie.

Cirrhose cryptogénétique : aucune cause de la cirrhose n'est retrouvée.

Aucune de ces autres étiologies n'a été recherchée dans notre étude car considéré comme étant rares dans notre contexte.

7. COMPLICATIONS :

L'apparition des complications chez le cirrhotique traduit la décompensation de la maladie. Les complications sont la conséquence de l'HTP, de l'IHC et du développement du CHC [24].

Les différentes complications rencontrées dans notre étude sont :

a. Hématologiques :

65% des patients marqués par :

- anémie macrocytaire par carence en folate
- anémie microcytaire par saignement
- anémie normocytaire par hémolyse
- Leucopénie et thrombopénie par hypersplénisme

b. Hémorragies digestives :

Elles se manifestent par des hématomèses ou des méléna. Les hématomèses représentaient 4,3% des motifs de consultation et 14,2% présentaient des méléna au toucher rectal. Ces hémorragies sont dues à la rupture des varices œsophagiennes, conséquence directe de l'HTP.

c. Ascite et Infection du liquide d'ascite :

L'ascite n'apparaît que si deux conditions sont réunies : une hypertension portale (HTP) et une rétention hydrosodée. 94,3 % des patients avaient une décompensation ascitique qui était la complication la plus fréquente corrélant ainsi les données littéraires [24] ; elle forme avec l'œdème des membres inférieurs, le syndrome œdémato ascitique que l'on retrouve chez 55% de nos patients. L'aspect jaune citrin prédominait corrélant ainsi la littérature [41]. En général le liquide d'ascite contient moins de 200 éléments/ μ l et moins de 10% de polynucléaires neutrophiles [41].

L'infection du liquide d'ascite est favorisée par un taux faible de protides dans l'ascite (10 g/l). Elle est évoquée, devant une fièvre, des douleurs abdominales ou une aggravation inexpliquée de l'encéphalopathie. Son diagnostic repose sur l'examen du liquide d'ascite qui montre une augmentation du nombre de polynucléaires neutrophiles $> 250/\text{mm}^3$ [42]. Les résultats de notre étude dénombrent 50% d'infection du liquide d'ascite.



Figure 27 : Patients présentant une ascite et des angiomes stellaires

d. Ictère :

Il est généralement en rapport avec une aggravation de l'IHC ou favorisé par une autre complication (hémorragie digestive, infection du liquide d'ascite). La recherche de l'ictère s'est faite principalement au niveau des conjonctives et des téguments. En effet chez le sujet de race noire l'ictère n'est franchement visible qu'au niveau des conjonctives, de la paume des mains et de la plante des pieds.

Les résultats montrent que 50,9% des patients ont une complication à type d'ictère.

e. Encéphalopathie Hépatique :

L'encéphalopathie est un syndrome neuro psychiatrique complexe qui complique l'insuffisance hépatique. Elle serait la conséquence de l'effet de substances neurotoxiques produites par l'intestin et normalement détruites par le foie, mais qui échappent à la destruction hépatique du fait de l'IHC ou en empruntant des anastomoses porto-caves.

20,7% des patients présentaient une encéphalopathie dont la majorité le stade 2. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé par El Moctar [8] au Niger 34,9%. Selon la littérature [43, 44] elle s'accompagne d'une morbi mortalité importante comme le confirme notre étude dans laquelle 16 patients sont décédés parmi les 23 atteints d'encéphalopathie. Certains facteurs aggravent l'encéphalopathie hépatique tels que l'hémorragie digestive, le carcinome hépato cellulaire, l'infection du liquide d'ascite.

f. Carcinome hépatocellulaire :

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est une tumeur primitive du foie, développée à partir des hépatocytes qui survient dans plus de 90% des cas chez un malade atteint de cirrhose. Elle est unique ou multiple, plus ou moins bien limitée, nodulaire ou massive [45]. Une augmentation progressive du taux d'AFP est un facteur prédictif important de CHC, mais il faut souligner qu'une augmentation plus ou moins intermittente de l'AFP sans CHC est possible, notamment en cas d'hépatite virale active (12 à 13 %) [46]. D'autre part, il est possible de diagnostiquer un CHC sans augmentation du taux d'AFP (10 à 20 % des cas) [46]. L'échographie constitue un examen important dans le diagnostic. Il n'existe pas d'aspect spécifique et caractéristique des petits CHC (en terme de taille, d'échogénicité, de vascularisation, etc.) permettant de les différencier de macronodules régénératifs [47].

Dans notre étude une transformation maligne a pu être suspectée chez plusieurs patients sans que le diagnostic formel ne puisse être posé. En effet les taux d'Alpha Foeto Protéine sont élevés chez 43 % des patients. Dans 72,6% des cas l'échographie a individualisé des nodules hépatiques dont les caractères micro ou macro n'ont été précisés ; Mais aucune TDM ou IRM n'a pu être réalisée pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

g. Autres complications :

Certaines complications de cirrhose décrites par la littérature n'ont pas été retrouvées dans notre cas :

Syndrome Hépatoprérenal : [48]

C'est une insuffisance rénale fonctionnelle due à la vasoconstriction des artères rénales lors des cirrhoses graves avec ascite. On distingue 2 types de SHR :

- Le type 1 est caractérisé par une insuffisance rénale aiguë rapidement évolutive avec une créatinémie supérieure à 230 μm [ou une clairance inférieure à 20 ml/min] dans les 15 jours suivant l'apparition des symptômes, sa mortalité à court terme est très élevée.
- Le type 2 concerne les autres avec un risque élevé de passer à un SHR de type 1 en cas d'agression.

Le syndrome hépato pulmonaire : [49]

Le syndrome hépato pulmonaire survient habituellement chez les malades atteints de cirrhose hépatique avec hypertension portale.

Il est défini par la présence :

- D'une maladie hépatique ou d'une hypertension portale isolée.
- De dilatations vasculaires intra pulmonaires.
- D'une hypoxémie inexpliquée par une maladie cardiovasculaire ou respiratoire associée.

Les complications endocriniennes :

Intolérance aux glucoses

Impuissance sexuelle, gynécomastie, atrophie testiculaire

Aménorrhée, stérilité

Les complications infectieuses : tuberculose, pneumopathie.

8. TRAITEMENTS:

Le traitement de la cirrhose passe par des mesures qui consistent à freiner ou à arrêter l'évolution de la maladie. Ces mesures sont essentiellement le traitement de la maladie causale et l'instauration de mesures générales pour une bonne hygiène de vie.

Des mesures générales sont été appliquées à nos patients à savoir:

- ✧ Le sevrage alcoolique quelle que soit l'origine de la cirrhose.
- ✧ L'arrêt de tous médicaments hépatotoxiques et à risque hémorragique (AINS, aspirine, paracétamol, neuroleptique, psychotrope, benzodiazépine).
- ✧ Le maintien d'un état de nutrition stable avec une simple réduction de la ration protidique en cas d'encéphalopathie et de la ration sodée en cas d'ascite.
- ✧ Le soulagement du patient par antalgique (Tramadol®) et par ponction évacuatrice du liquide d'ascite.
- ✧ La prévention de complications :
 - Lactulose pour prévenir l'encéphalopathie hépatique
 - Beta bloquants en cas de varices œsophagiennes pour prévenir le saignement.

Aucun patient n'a bénéficié d'un traitement étiologique lors de l'hospitalisation.

La transplantation hépatique :

Elle représente le seul traitement radical de la cirrhose. Elle comporte de nombreuses contre indications tels que l'âge avancé, certaines tares et une continuation de la consommation alcoolique. Son coût très élevé et son indisponibilité au Burkina en font un traitement sans aucun bénéficiaire dans notre étude.

9. PRONOSTICS ET EVOLUTION :

L'évolution et le pronostic de la cirrhose dépendent de la sévérité de la maladie. L'évaluation de la sévérité de la cirrhose est principalement réalisée à l'aide du score de Child pugh [50].

Tableau 4:Classification de Child et Pugh[50]

	1 point	2 points	3 points
Encéphalopathie	absent	Confusion Grade 1 et 2	Coma Grade 3 et 4
Ascite	absent	modéré	important
bilirubine	< 35 µmol/l	35 – 50 µmol/l	> 50 µmol/l
Albumine	> 35 g/l	35-28 g/l	< 28 g/l
Taux de prothrombine	> 50%	50% - 40%	< 40%

La gravité est croissante avec la valeur du score :

- Entre 5 et 6 points (classe A)
- Entre 7 et 9 points (classe B)
- Entre 10 et 15 points (classe C)

En cas de cirrhose compensée, la plupart des malades sont en classe A. La cirrhose décompensée correspond à une classe B ou C. Ce score ne prend pas en compte certaines complications de la cirrhose, tel que l'hémorragie digestive, le carcinome hépatocellulaire, l'infection du liquide d'ascite ou le syndrome hépato rénale qui témoignent de la gravité du pronostic.

La majorité de nos patients chez qui la classification Child a pu être réalisée [67%] avait un Child C, synonyme de mauvais pronostic.

Quant au décès 39 cas ont été enregistrés en tout, soit un total de 36,8% comparable à Sawadogo [14] avec 33,3%. Ce pourcentage élevé de décès est surtout lié à la découverte et à la prise en charge tardive de la maladie, responsable de l'état avancé de la fibrose et de l'apparition des différentes complications.

51% des patients avaient un état clinique jugé stable et avaient bénéficié d'une sortie médicale sous traitement.

12% des patients ont été perdus de vue.

10. PREVENTIONS :

La prévention de la cirrhose passe par les différentes mesures de prévention des différentes étiologies.

Arrêt de la consommation d'alcool :

- arrêter ou réduire fortement la consommation régulière d'alcool.
- Envisager un sevrage pour les alcooliques dépendants.

Hépatite B :

- **Vaccination :** L'OMS propose la vaccination universelle par trois doses du vaccin contre l'hépatite B, la première dose devant être administrée dans les 24 heures suivant la naissance [51]. La vaccination dès la naissance permet d'assurer une immunisation, même si le suivi médical est irrégulier par la suite (une seule injection induit en effet un taux protecteur d'anticorps anti Hbs chez 70 à 90% des enfants). Son efficacité est de 98% chez l'enfant et 94% chez l'adulte.
- Respect des précautions standard hospitalières :
 - Un patient = Un risque.
 - Port de gants.
 - Evacuation des objets vulnérants souillés.
 - Ne pas remettre le capuchon des seringues
 - Container à aiguilles à proximité.
 - Masque à visière.
 - Décontamination des surfaces et des instruments réutilisables.
 - Lavage des mains.

- **Rapports sexuels protégés** : utilisation de préservatifs.



Vaccin Engerix

Hépatite C :

- Utilisation de seringue individuelle.
- Lutter contre les drogues en générale et les drogues intraveineuses en particulier.
- Une sécurité transfusionnelle
- Des soins dentaires médicalisés
- Limiter la transmission nosocomiale

Conclusion et

Recommandations

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 12 mois réalisée au CHU Yalgado Ouédraogo. Elle permet de mettre en exergue l'incidence toujours élevée en 2012 de la cirrhose du foie au Burkina Faso et ce malgré les nombreux efforts dans ce domaine.

Les patients ne sont généralement diagnostiqués qu'au stade de complication ce qui a pour conséquence un nombre élevé de décès ; la douleur abdominale et l'augmentation du volume abdominale constituent les principaux motifs de consultation.

La pléthore d'examen à réaliser en hospitalier ainsi que la pauvreté des patients compliquent la prise en charge.

L'hépatite B très fréquente serait alors la principale étiologie sans oublier l'alcool qui serait dans ce cas un facteur et pourrait jouer un rôle très important dans la survenue de la maladie.

Principales recommandations :

- Un dépistage systématique du virus de l'hépatite B et C chez tout donneur de sang.
- Vaccination contre hépatite B chez toutes personnes exposées.
- Large sensibilisation sur les méfaits de l'alcool.
- Instaurer un suivi chez tous les patients victimes d'hépatopathies.
- Baisser les couts d'hospitalisation et si possible les rendre gratuits.
- Former plus de spécialistes en gastro-hépto-entérologies.
- Doter l'hôpital de moyens plus adéquats.



Résumés



Résumé

Titre : Aspects épidémiologiques, étiologiques, clinique et évolutifs de la cirrhose au CHU YALGADO OUEDRAOGO

Auteur : TRAORE CHEICK ISMAEL ABDEL KADER

MOTS CLES : cirrhose- foie-hépatite-Burkina Faso

Introduction :

La cirrhose est une maladie fréquente dans le monde et particulièrement en Afrique. Ses principales étiologies sont dominées par l'hépatite B, l'alcool et l'hépatite C. Elle est asymptomatique quand elle est compensée et l'apparition de signes traduit le plus souvent la décompensation de la maladie à l'origine des décès.

But de l'étude :

Approcher les différents aspects épidémiologiques, étiologiques, diagnostic et évolutifs de la cirrhose au Burkina Faso.

Patients et méthode :

Etude rétrospective durant la période 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012 portant sur 106 cas atteints de cirrhose. Les paramètres recueillis comportaient : l'âge, le sexe, les antécédents. Les patients ont bénéficié d'un examen physique complet, des examens biologiques, morphologiques et endoscopiques.

Résultats :

Nos résultats ont montré une prédominance masculine avec une tranche d'âge de 40-49 ans. L'hépatite B constituait la principale étiologie et l'alcool jouait un rôle de cofacteur. L'ascite constituait la principale complication ainsi que le principal mode de révélation de la maladie. L'hépatomégalie douloureuse à bord inférieur tranchant était le plus souvent retrouvée à la clinique. Le taux de décès était de 37%.

Conclusions

La cirrhose est une maladie pourvoyeuse de décès. Son diagnostic se fait le plus souvent au stade de complication. Sa prise en charge consiste au traitement de ses complications et au traitement étiologique.

SUMMARY

Title: Epidemiological, etiological, evolutionary and clinical aspects of cirrhosis at Yalgado Ouedraogo hospital. (Concerning 106 cases)

Author : Cheick Ismael Abdel Kader Traore

Key words : Cirrhosis-liver-Hepatitis-Burkina Faso

Introduction

Cirrhosis is a disease, which is frequent world-wide, particularly in Africa. It is mainly caused by Hepatitis B, alcohol and hepatitis C. It is clinically silent when it is compensated. The appearance of signs often means the disease is no longer compensated.

Goal of this study

Approach the different epidemiological, etiological, diagnostic and evolutionary aspects of cirrhosis in Burkina Faso.

Patients and method

Retrospective study between 1st January 2012 and 31st December 2012 concerning 106 cirrhosis cases. The parameters gathered consisted of: age, sex, and patient history. The patients underwent complete physical examination plus biological, morphological and endoscopy exams.

Results

Our results show a masculine predominance within the age group of 40-49 years. The main cause was hepatitis B and alcohol was a cofactor. Dropsy was the main complication and the main sign revealing the ailment. Painful hepatomegaly with a sharp inferior border was frequently found during physical examination. The death rate was 37%.

Conclusions

Cirrhosis is a disease that causes death, mostly diagnosed at complicated stages. The medical care consists of treating it's complications and it's causes.

ملخص

العنوان: الجانب الوبائي والمسبب والسرييري والتطوري لتشمع الكبد بمستشفى يالغادو ويدراوغو (بخصوص 106 حالة)

من طرف : شيخ إسماعيل عبد القادر

الكلمات الأساسية: تشمع الكبد ، وبوركينا الكبد ، التهاب الكبد ، فاسو

مقدمة:

تشمع الكبد مرض متردد في العالم وخاصة بأفريقيا. من بين أهم أسبابه التهاب الكبد B والكحول والتهاب الكبد C. إنه بدون أعراض حينما يكون معوضا ويدل ظهور أعراض في الغالب على انهيار معاوضة المرض.

هدف الدراسة:

نهج مختلف الجوانب الوبائية والمسببة والسرييرية والتطورية لتشمع الكبد ببوركينا فاسو.

مرضى وطرق:

دراسة استرجاعية خلال فترة من 1 يناير 2012 إلى 31 دجنبر 2012 تخص 106 حالة مصابة بتشمع الكبد. تضمنت المعلومات المجمعة: العمر والجنس والسوابق. استفاد المرضى من فحص جسدي كامل وفحوص أحيائية وتشكلية وتنظيرية.

نتائج:

أظهرت نتائجنا غلبة ذكرية مع فئة أعمار 40-49 سنة. شكل التهاب الكبد B السبب الرئيسي ولعب الكحول دور عامل مساعد. شكل الحبن المضاعفة الرئيسية وكذا نمط الكشف الرئيسي للمرض. عند الفحص السرييري، كان يكتشف تضخم الكبد المؤلم ذو حافة سفلى حادة في الغالب. كان معدل الوفاة 37%.

خاتمة:

تشمع الكبد مرض ممون للوفاة. ينجز تشخيصه في الغالب في مرحلة المضاعفة. تنطوي رعايته على علاج مضاعفاته والعلاج المسبب.



Annexe



FICHE D'EXPLOITATION

Date d'enquête : /_/_

Nom et Prénom : /_/_

Date de naissance : /____/

Sexe : /____/

Ethnie : /____/

Région : /____/

Profession : /____/

Statut matrimonial /____/

Motif d'hospitalisation : /____/

Début d'hospitalisation: //

Durée d'hospitalisation : / _____/

Antécédents

Médicaux : /____/

Alcool: /_/_ [O/N] Durée expo : /____/ Quantité : /____/

Transfusion : /_/_ [O/N] Hépatites : //

Accident d'exposition au sang : /_/_ [O/N] Notion d'ictère : /____/ [O/N]

Médicaments : DCI /_/_ Durée d'expo : /_/_

Chirurgicaux: /_/_

Obstétricaux: /_/_

Parité: /_/_ Autres : /____/

Familiaux: /____/

Obésités : // Soins dentaires : //

Maladies auto-immunes : //

Signes Fonctionnels

Asthénie : / __/[O/N] perte de poids : / __/Anorexie: / _/[O/N]

Douleur abdominale: / __/[O/N] Ascite: / __/[O/N]

Œdème des membres inférieurs: // [O/N]

Hémorragies: // [O/N] type : / __/

Examens Physique

Examen Général

Etat général: / ____/[1=Bon,2=Assez bon, 3=Mauvais] Température: // °c

Pression artérielle: / __/ mm Hg Conjonctives : / __/

Fréquence cardiaque: / __/[1=normale,2=bradycardie,3=tachycardie]

Pouls: / ____/ Hippocratisme digital: / __/[O/N]

Angiomes stellaires: / __/[O/N] Pigmentation cutanée: / _/[O/N]

Abdomen

Ascite: // aspect liquide : / __/

Quantité: / __/[1=faible,2=moyenne,3=grande abondance]

Volume abdominal: // C.V.C.: // [O/N]

Douleur: // [O/N] P.A : // cm

Foie

Taille: //

Consistance: /____/[1=dure,2=ferme]

Sensibilité: /_[1=indolore,2=douloureux]

Bord inférieur: /___/

Surface: /____/[1=lisse,2=nodulaire]

Rate

Volume: /___/

Sensibilité : /_____/

Adénopathies

Adénopathies: Taille: /_____/mm Siège: /_____/

Consistance: /_____/Sensibilité: /___/

Appareil respiratoire

Fréquence respiratoire: /___/cycles/mn

Atteinte parenchymateuse : /___/[O/N]

Appareil urogénital

Menarches: DDR : //jours Notion d'aménorrhée: /_[O/N]

Grossesse évolutive: /___/[O/N] Stérilité: // [1=primaire,2=secondaire]

Examens complémentaires

Transaminases: ALAT: /___/u/l ASAT : /___/u/l

Phosphatase Alcalin: /___/ Taux de prothrombine: /___/

Gamma glytaryl transpeptidase : /___/

Marqueurs viraux: Ag Hbs: // Ag Hbe : / / Ac anti Hbc://

AC anti VHC : //

Alpha foeto proteines: /___ / Lipasemie: //

Electrophorèse des protides: Albumine: /___/ y globine: /_ /

Creatinémie: /___/ Uricémie: // Kaliémie: /___/

Bilirubinémie :Totale; /___/Conjugée : /___/ Non conjugée: /___/

Exploration du liquide d'ascite:

Polynucléaires: /___/

Lymphocytes: /___/ Germes: ___/ Protide: /___/

Hémogramme

GR : /___/ Plaquettes : /___/

GB: /___/ CCMH: /___/

Hb: /___/ VGM: /___/

Endoscopie digestive haute: /___/

Radio pulmonaire de face: /___/

Ponction biopsie hépatique: /___/

TDM : //

Complications

Œdème des membres inférieurs: /___/[O/N] CVC : /_/[O/N]

Ascite: /___/[O/N] Hémorragie digestive: /___/[O/N]

Encéphalopathie: /_/[1=absence, 2=convulsion, 3=coma]

Score CHILD : //[1=A, 2=B, 3=C]

Etiologies

Alcool: /____/[O/N]

VHB: /[O/N] VHC: /__/[O/N]

Autres: /____/

Traitements

Diurétiques: /_/_/

Bêta Bloquants: /__/_/

Ponctions: //

Laxatifs: /____/

Antalgiques: /____/

Traitements endoscopiques : /__/_/

Autres: /_____/

Evolution



Bibliographie



[1] Cales P.

Epidémiologie et pronostic de la cirrhose

Concours Med 1994 ; [4] :117-134

[2] Helene V.

Biologie et cirrhose

Elsevier Masson SAS revue francophone de laboratoire [2006]

[3] Philipe M, Marcel A, Jean Claude P.

Hépatite alcoolique : Physiopathologie

Prat Med Gen 2002 : 1188-1192

[4] Bataller R, Brenner DA.

Liver Fibrosis.

J Clin Invest 2005, 115 : 209-218

[5] Maiga MY, et all.

Valeur diagnostic de l'endoscopie digestive haute au cours de la cirrhose

Acta Endoscopica 2002 ; 32[2] : 211-215

[6] Vignon K.

Aspect thérapeutique et évolutif des ascites cirrhotique dans le service d'hépatogastroentérologie du centre hospitalier et universitaire [CNHU] Cotonou.

Thèse, Med Benin 2003

[7] Bouglouga O, et all.

Aspects épidémiologiques, diagnostic et évolutifs de la cirrhose dans le service d'hépatogastrologie du CHU campus Lomé.

Lomé 2012 série D ; 14[2] : 1-7

[8] El Moctar ST.

Aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques et thérapeutiques de la cirrhose à l'hôpital National de Niamey.

Thèse, Med Mali 2008

[9] Lamare L.

Cirrhose et complications

La collection d'Hippocrate : épreuves classantes nationales

Paris 2005, 11-228

[10] Mouand R, Deugnier Y.

Prise en charge et surveillance de la cirrhose.

Encyclchir [Editions scientifiques et médicales]

Elsevier SAS Paris 2000

[11] Sawadogo A, Dib A, Cales P.

Physiopathologie de la cirrhose et de ses complications

Elsevier Masson. Réanimation [2007] 16, 557-562

[12] Haute Autorité Sanitaire

Surveillance des patients atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications

Septembre 2007

[13] Atitar I, et all.

Les cirrhoses : profil étiologique et évolutif à travers l'expérience d'un service marocain [résumé].

SNFGE 2011

[14] Sawadogo AI.

Aspects épidémiologiques, diagnostic et évolutifs des cirrhoses décompensées et des carcinomes au CHU YO

Thèse, Med Burkina FASO

[15] Lohoues Kouacou MJ, et all.

Les cirrhoses : profil étiologique et évolutif à travers l'expérience d'un service marocain [résumé]

SNFGE 2011

[16] OMS

Fiche d'information des statistiques sanitaires 2010

Burkina Faso

[17] Trenchet JC, Grando Lemaire V.

Diagnostic de cirrhose

Masson Paris

Gastro enterol clin bio 2004 ; 28 : D121-D128

[18] Association française pour l'étude du foie

Société nationale Française de gastro-entérologie.

Recommandations pour la pratique clinique pour la réalisation de la ponction-biopsie hépatique. Paris: AFEF; 2001

[19] Gebo KA, Herlong HF, Torbenson MS, Jenckes MW, Chander G, et al.

National Institutes of Health,

Role of liver biopsy in management of chronic hepatitis C: a systematic review. National Institutes of Health Consensus Development Conference: management of Hepatitis C: 2002. Hepatology 2002;36[5 Suppl 1]:S161-72.

[20] Neuberger J, Grant A, Day C, Saxseena S.

British Society of Gastro enterology, British Association for the Study of the Liver,

Guidelines on the use of liver biopsy in clinical practice. London: BSG; 2004.

[21] Pilette C, et all.

Diagnostic précoce et non invasif de la cirrhose

Masson Paris

Gastro enterol clin bio 1999 ; 23 : 657-665

[22] Sehonou J, Kodjoh N, Sake K, Mouala C.

Cirrhoses hépatiques à Cotonou : aspects cliniques et facteurs liés au décès

Med Trop 2010 ; 70 : 375-378

[23] Croquet V, et all.

Le taux de prothrombine est un marqueur de fibrose hépatique très performant [résumé]

Gastro enterol clin bio 1998 ; 22-A82

[24] Balian A.

La cirrhose et ses complications

Doin 2005 ; P.171

[25] Williams A, Hoofnagle JH.

Ration of serum aspartate of alanine amino transferase in chronic hepatitis

Relationship to cirrhosis

Gastro enterol 1988 ; 95 : 734-9

[26] Oberti F, et all.

Gastroesophageal endoscopic signes of cirrhosis : independent diagnostic accuracy inter association and relation ship to etiology and hépatic dysfunction

Gastro intest Endosc 1998 ; 48 : 148-57

[27] Naveau S, Perlemuter G, Balian A.

Épidémiologie et histoire naturelle de la cirrhose.

Rev Prat 2005;55[14]:1527-32.

[28] Bedossa P.

Fibrose du foie hepatite B

2010

[29] Mbaye PS, et all.

Virus de l'hépatite C et hépatopathie chronique à Dakar études cas témoins.

Med Trop 2000 ; 60 [1] : 47-52

[30] Bouchard MJ, Scheinder RJ.

The enigmatic X gene of hepatitis B virus

J. virol 2004

[31] Ayari R, et all.

La PCR dans la detection de l'ADN du virus hepatite B choix des amorces.

Elsevier Masson 2006

[32] Benhamou JP.

Une vue d'ensemble sur les hépatites virales

Med Trop 1994 ; 54 : 79-85

[33] Diagnostic et suivi virologique des hepatites virales

Masson Paris

Gastro enterol clin bio 2003 ; 27 : 177-200

[34] Gross B.

Clinician's guide to hepatitis C

May clin proc 1998 ; 73 : 335-361

[35] Buffet C.

Hépatites virales chroniques B et C

Rev Prat [Paris] 1997 ; 47 : 791-797

[36] Corrao G, et coll.

Attributable risk of symptomatic liver cirrhosis in Italy

Journal of Hepatology 1998 ; 28 : 608-614

[37] Debonne JM, Guisset M, Klotz F.

Le syndrome de cytolysé hépatique chronique en Afrique noire

Médecine d'Afrique Noire 1992

[38] Larrey D.

Maladies hépatiques dues aux médicaments

Concours Med 1989 ; 111 : 1881-7

[39] Cook GG.

Tropical Gastroenterology

Oxford Medical Publications 1980 P.484

[40] Chazouillieres O.

Maladies auto immunes des voies biliaires

Masson Paris

Gastro enterol clin bio 2001 ; 25 : B113-B116

[41] Pariente A.

Decompensation ascitique

Hepatogastroenterologie centre hospitalier

Masson Paris

Gastro enterol clin bio 2006 ; 30 : 870-874

[42] El Younsi M.

Histoire naturelle de la cirrhose du foie : indicateur pronostique et complication.

Esp Med 2006 ; 13[129] : 375-378

[43] Gitlin N.

Hépatic encephalopathy in : Zakin D, BOYER TD, Eds, Hepatology.

A text book of liverdisease

Philadelphia 1996 : 605-17

[44] Blei A, Cordoba J.

Hepatic encephalopathy .Am J

Gastro enterol 2001 ; 96 : 1968-76

[45] Ganne-Carrié N, et all.

Diagnostic et traitement du CHC chez les malades cirrhotiques

Masson Gastro enterol clin bio 2002 ; 26 : 73-77

[46] The national Academy of clinical biochemistry laboratory guidelines for Screening, diagnosis and monitoring of hepaticinjury, hepato cellular carcinoma 2000

www.nacborg/impj/hepaticLMPGPDF.stm

[47] Haute autorité sanitaire

Diagnostic et prise en charge de la cirrhose non compliquée

2008

[48] Arroyo V, et all.

Définition and diagnostic criteria of refractory ascite and hepato renal syndrome in cirrhosis hepatolgy 1996 ; 23 : 164-176

[49] Cadranel J, Taillé C.

Complications pleuro pulmonaire prise en charge thérapeutique du syndrome hépato pulmonaire.

Masson Paris

Gastro enterol clin bio ; 28 : B 301-311

[50] Erlinger S, Benhamou JP.

Cirrhose : aspects cliniques. In:

Benhamou JP, Bircher J, McIntyre N, Rizzetto M, Rodès J. Hépatologie clinique, 2e édition, dirigé par Jean-Pierre Benhamou.

Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2002. p. 629-41

[51] Core information for the development of immunization policy.

2002 update.

Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Serment

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم ابقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - أبأن أأحترم أساتذتي وأأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - أبأن أأمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدى الأول.
 - أبأن لا أفشى الأسرار المعهودة إلى.
 - أبأن أأحافظ بكل ما لدى من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - أبأن أأعتبر سائر الأطباء إخوة لى.
 - أبأن أقوم بواجبى نحو مرضاى بدون أى اعتبار دينى أو وطنى أو عرقى أو سياسى أو اجتماعى.
 - أبأن أأحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - أبأن لا أستعمل معلوماتى الطبية بطرىق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقى من تهديد.
 - أبأن بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفى.
- والله على ما أقول شهيد.

أطروحة رقم: 192

سنة : 2013

فائدة الجراحة في علاج أمراض
الغدة الدرقية عند الطفل
دراسة رجعية بصدد 13 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

الآنسة : مليكة بن يشو

المزادة في: 31 يوليوز 1987 بسيدي قاسم

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية - الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: درقية - طفل - علاج - جراحة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: محمد نجيب بنحماموش

أستاذ في جراحة الأطفال

السيد: منير كسرى

أستاذ في جراحة الأطفال

السيد: أمبارك عبد الحق

أستاذ في جراحة الأطفال

السيدة: نازك علالي

أستاذة في طب الأشعة

السيدة: نجاة المعلمي

أستاذة في التشريح الدقيق