



Article original

Cirrhose du foie : caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et évolutives au service de médecine de l'hôpital régional de Kindia (Guinée)

Cirrhosis of the liver: epidemiological, diagnostic and progressive characteristics in the service of general medicine at Kindia Regional Hospital (Guinea)

AAS Diallo, C Meliho, AI Sylla, K Diallo, A Doumbouya, H Sow, AD Doumbouya, AG Diallo, A Diallo, O Sow

Résumé

Introduction : Le but de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et évolutives de la cirrhose du foie dans le service de médecine de l'hôpital régional de Kindia.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive, menée dans le service de Médecine de l'HRK du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2016

Résultats : Au terme de l'étude 53 malades ont été colligés avec un sex ratio de 2,8. L'âge moyen des patients était de 41,83 ans. La clinique était marquée par l'altération de l'état général (71,7%), l'ascite (71,7%), l'ictère (32,1%), l'hémorragie digestive (13,2%), l'encéphalopathie hépatique (9,4%). La biologie hépatique était le plus souvent perturbée avec des signes de cytolysse hépatique (54,72% pour ASAT et 72,15% pour ALAT). L'échographie abdominale objectivait le plus souvent un foie hypertrophique (62,5% des cas), nodulaire (37,5% des cas), aux contours irréguliers (50% des cas), associé à des signes d'HTP, avec

parfois une suspicion de carcinomatose (37,5%). La séroprévalence de l'antigène HBs était de 46,9%. La létalité a été de 9,4%, due essentiellement au carcinome.

Conclusion : Une consultation précoce et une prise en charge adaptée des complications de la cirrhose permettraient de réduire cette mortalité.

Mots clés: Cirrhose, Foie, Epidémiologie, Diagnostic, Evolution, Kindia

Abstract

Introduction: The purpose of our work was to study the epidemiological, diagnostic and progressive features of cirrhosis of the liver in the general medicine department of the Kindia Regional Hospital.

Methods : This was a descriptive retrospective study conducted in HRK's Medicine department from 1 January 2012 to 31 December 2016

Results: At the end of the study, 53 patients were treated with a sex ratio of 2.8. The average age of the patients was 41.83 years old. The clinic was

marked by the deterioration of the general condition (71.7%), ascites (71.7%), jaundice (32.1%), gastrointestinal haemorrhage (13.2%), hepatic encephalopathy (9.4%). Hepatic biology was most often disturbed with signs of hepatic cytolysis (54.72% for ASAT and 72.15% for ALAT).

Abdominal ultrasound was most commonly found in a hypertrophic liver (62.5% of cases), nodular (37.5% of cases), with irregular contours (50% of cases), associated with signs of portal hypertension, with sometimes a suspicion of carcinomatosis (37.5%). The seroprevalence of the HBs antigen was 46.9%. The lethality was 9.4%, mainly due to carcinoma.

Conclusion: Early consultation and appropriate management of complications of cirrhosis would reduce this mortality.

Keywords: Cirrhosis, Liver, Epidemiology, Diagnosis, Evolution, Kindia

Introduction

Le terme de cirrhose a été utilisé pour la première fois en 1818 par LAENNEC pour définir une lésion atrophique de la glande hépatique [1]. Mais plus tard elle sera définie comme un processus diffus caractérisé par une fibrose mutilante disséminée et une altération de l'architecture normale du foie dans des nodules ayant une structure anormale. C'est le stade terminal des grandes variétés des maladies chroniques actives du foie. La conséquence mécanique la plus évidente de cette maladie fibrosante est l'hypertension portale et la constitution en une dizaine d'années d'un shunt porto systémique [2]. On dit que la cirrhose est décompensée quand survient une complication liée à cette évolution hépatique: ascite, rupture de varice œsophagienne,

carcinome hépatocellulaire et encéphalopathie hépatique (EH) en sont les plus fréquentes [2]. La cirrhose est une maladie grave du foie qui demeure un problème de santé publique dans le monde et plus particulièrement en Afrique [3]. 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 [4]. Cependant la prévalence de la cirrhose dans la population n'est pas exactement connue. On estime qu'une cirrhose sur trois demeure méconnue. Cela est dû au fait que beaucoup de cas sont cliniquement latents [5]. L'alcoolisme chronique est l'une des principales causes de cirrhose du foie dans la plupart des pays.

En Europe, il représente l'étiologie la plus fréquente avec une estimation approximative de 3000 cas par million d'habitants en France. Près de 15% des personnes qui consomment beaucoup d'alcool depuis plus de dix ans sont sujettes à une cirrhose du foie [1]. Cependant, dans les pays de forte endémie virale B, B-D et C les infections virales représentent la principale cause de cirrhose. Son étiologie principale en Afrique est bien connue. Elle résulte essentiellement de la forte prévalence de l'hépatite B [1, 6, 7]. Camara M [8] en 2002 a rapporté que 35,56% de cas d'ascite était secondaire à la cirrhose du foie.

La cirrhose est une affection qui est souvent peu ou pas symptomatique au début. Il n'existe aucun signe clinique pathognomonique. C'est pourquoi, elle est surtout diagnostiquée au stade de complications [9]. 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 [7, 10-12]. L'ascite est la complication la plus fréquente de la cirrhose [13]. Dans tous les cas, le pronostic d'une décompensation chez le cirrhotique reste sévère: 50% de mortalité à cinq ans [2]. S'il est alors relativement aisé de faire le diagnostic, le clinicien a le sentiment d'arriver un peu tard. L'objectif de cette étude était d'étudier la cirrhose du foie au service de Médecine Interne à l'Hôpital Régional de Kindia.

Méthodologie

Le service de médecine interne de l'hôpital régional de Kindia a servi de cadre pour la réalisation de cette étude. Il est situé dans la préfecture de Kindia dans la basse Guinée. Les patients admis dans le service de médecine interne durant la période d'étude ont constitué notre matériel. Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive s'étendant sur une période de 5 ans, allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016. Elle a concerné tous les dossiers des patients hospitalisés dans le service de médecine interne pendant la période d'étude. Notre étude a porté sur les dossiers des patients hospitalisés pour cirrhose du foie dans le service de médecine interne pendant la période d'étude. Tous les dossiers complets des patients, de toute provenance sans distinction de sexe, dont l'âge est supérieur ou égal à 18 ans hospitalisés dans le service de médecine interne pour une cirrhose du foie ont été inclus. Ont été exclus tous les patients hospitalisés pour cirrhose du foie dans le service de médecine interne dont les dossiers sont incomplets ou hospitalisés pour autres pathologies dans le

service. Nous avons effectué un recrutement de type exhaustif par inclusion de tous les dossiers des patients répondant aux critères.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 2323 hospitalisations ont été enregistrées dans le service de Médecine de l'HRK. Parmi lesquels, 53 ont été étiquetées de cirrhose du foie, représentant alors 2,1% de l'ensemble des hospitalisations.

Caractéristiques sociodémographiques : L'âge moyen était de 41,83 ans avec des extrêmes 18 et 86 ans. La tranche d'âge de 28-37 ans était majoritaire et représentait 26,42% de l'échantillon suivie de celle de 38-47 ans qui représentait 24,53% ; 71% des patients avaient moins de 48 ans. La prédominance était masculine soit 73,58% contre 26,42% avec un sex-ratio de 2,8. Les cultivateurs étaient plus représentés avec 35,83% des cas suivis des femmes au foyer avec 26,42% ; les travailleurs libéraux 16,98% ; les fonctionnaires 15,05% et les /étudiants 5,66%.

La plus grande partie de nos patients venaient de la commune urbaine de Kindia soit 66% contre 34% qui provenaient des autres localités. Le niveau socio-économique était un aspect très important pour la prise des patients. 69,81% des patients avaient un niveau socio-économique moyen ou faible contre 30,19% pour le niveau bas.

Caractéristiques cliniques : Les antécédents et le mode de vie sont facteurs favorisant la survenu d'une cirrhose. Les antécédents les plus fréquemment rencontrés étaient la prise de médicament traditionnel au long cours soit 50,9%, l'ictère soit 41,51% ; l'hépatite B dans 16,98% et l'hépatite C dans 5,66%. Le mode de vie le plus rencontré était l'éthylisme chronique soit 30,2%

et l'alcoolisme occasionnel dans 18,9%. Une partie de nos patients étaient tabagique dans 20,75%.

L'asthénie physique soit 100%, l'anorexie soit 100%, l'ascite 77,36%, l'amaigrissement 71,7%, la douleur abdominale 58,49% ont été les motifs de consultation les plus fréquemment retrouvés dans notre échantillon.

Dans notre série, le délai moyen d'admission était de 9,7 semaines avec des extrêmes de 2 et 48 semaines. La moitié des patients avaient été admis dans les deux (2) mois suivant le début de la symptomatologie.

De nombreux signes généraux ont été notés. L'altération de l'état général était le principal signe d'examen général retrouvé chez les patients avec une proportion de 28,3% ; suivi de la tachycardie dans 26,42% ; de la fièvre soit 22,64% ; de la déshydratation soit 11,32%.

L'ictère est retrouvé chez la majorité des patients soit 32,1% des cas.

Les signes physiques s'associent chez la majorité des patients. L'ascite et les œdèmes de membres inférieurs étaient fréquents retrouvés dans **71,70%** suivi de l'hépatomégalie chez 60,38% ; de douleur abdominale chez 56,6% ; la circulation collatérale veineuse dans 50,94% et la splénomégalie chez 42% des patients.

L'hépatomégalie ferme dans 68,75%, lisse 56,25%, à bord inférieur tranchant 71,88%, indolore dans 75% ont été les signes physiques constamment rencontrés chez nos patients.

Parmi les 41 patients de notre échantillon qui ont bénéficié d'une ponction exploratrice d'ascite, 60,7% présentaient un liquide d'ascite jaune citrin. Parmi les 53 patients, 16 d'entre eux ont bénéficié d'une échographie abdominale. Un foie hypertrophique a été retrouvé dans 62,5% des cas. L'Ag HBs a été réalisé chez 49 patients et il était positif chez 46,9% des patients chez qui il a été recherché. Aucun cas de co-infection VIH/hépatite

virale n'a été retrouvée. Nous avons enregistré 11,11% de l'hépatite C et 5,66% de de VIH.

Tableau I : Répartition des 53 patients selon le Bilan Virologique (1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016, Service de Médecine Générale de l'Hôpital Régional de Kindia, Guinée)

Marqueurs viraux	Effectif	Pourcentage(%)
AC anti VIH positif	3/53	5,66
Ag HBs positif	23/49	46,94
Sérologie VHC positif	3/27	11,11

La sérologie VHB (Ag HBs) positive était à prédominance masculine.

Tableau II : Répartition des 23 patients ayant une sérologie VHB positive selon le sexe (1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016, Service de Médecine Générale de l'Hôpital Régional de Kindia, Guinée)

Sexe	AgHBs positif	Pourcentage(%)
Masculin	16/23	69,6
Féminin	7/23	30,4

Dans notre étude, 39,2% des cas d'Ag HBs positif appartenaient à la tranche d'âge [28-37] ans.

Tableau III : Répartition des 23 patients ayant une sérologie VHB positive selon l'âge (1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016, Service de Médecine Générale de l'Hôpital Régional de Kindia, Guinée)

Tranche d'âge	Ag HBs positif	Pourcentage (%)
18-27	5 /23	21,7
28-37	9/23	39,2
38-47	5/23	21,7
48-57	4/23	17,4
58-67	00/23	00
68-77	00/23	00
78ET+	00/23	00

Le syndrome de cytolysse était fréquent chez nos patients avec l'élévation de la transaminase (ASAT dans 54,72% et ALAT dans 64,15% des cas), plus de la moitié de l'échantillon présentait une anémie chez 57,69% des cas.

Tableau IV : Répartition des 53 patients selon les anomalies du bilan hépatique et biochimique (1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016, Service de Médecine Générale de l'Hôpital Régional de Kindia, Guinée)

Biologie	Oui		Non
	Négatif	Positif	Non réalisé
AFP	19(41,30%)	15(32,61%)	12 (26,09%)
RIVALTA	14(31,82%)	12(27,27%)	18 (40,91%)
	Normal	Elève	Non réalisé
ASAT	12(22,64%)	29(54,72%)	12 (24,64%)
ALAT	7 (13 ,21)	34(64,15%)	12 (22 ,64)
Urée	18(33,96%)	2 (3,77%)	33(62,26%)
Créatininémie	28(52,83%)	3 (5,66%)	22 (41,51%)
Hémoglobine	Normal	Diminué	Non réalisée
	19(36,54%)	30 (57,69%)	3 (5,77%)
	Normale	Diminuée	Non réalisée
Glycémie	29(54,72%)	6 (11,32%)	18 33,96%)

Les facteurs étiologiques étaient dominés par les médicaments traditionnels soit 50,9% ; l'hépatite virale B soit 43,4% et l'alcool soit 30,2% ; mais le plus souvent l'étiologie était mixte.

Tableau V : Répartition des 53 patients selon les facteurs étiologiques (1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016, Service de Médecine Générale de l'Hôpital Régional de Kindia, Guinée)

ETIOLOGIES	EFF	Pourcentage (%)
Médicaments Traditionnels	27	50,9
HEPATITE B	23	43,4
ALCOOL	16	30,2
HEPATITE C	3	5,7
AUCUN	3	5,7

La moitié des alcooliques était positif à l'Ag HBs chez 50% de nos patients

Tableau VI: Répartition des 16 cas d'éthylisme compulsif en fonction de la sérologie hépatique (1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016, Service de Médecine Générale de l'Hôpital Régional de Kindia, Guinée).

SEROLOGIE	Ethylisme	
	FREQUENCE	POURCENTAGE
Ag HBs+	8/16	50
Anti VHC+	1/16	6,25
Négative	4/16	25
Non Faite	3/16	18,75

Tableau VI: Répartition des 16 cas d'éthylisme compulsif en fonction de la sérologie hépatique (1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016, Service de Médecine Générale de l'Hôpital Régional de Kindia, Guinée).

SEROLOGIE	Ethylisme	
	FREQUENCE	POURCENTAGE
Ag HBs+	8/16	50
Anti VHC+	1/16	6,25
Négative	4/16	25
Non Faite	3/16	18,75

La quasi-totalité des patients a bénéficié d'un traitement diurétique soit 71,7% suivi d'antalgique et les hématiniques dans 50,94% des cas, les hépatoprotecteurs dans 45,28% des chélateurs d'ammoniac soit 32,08% ; la ponction évacuatrice dans 30,19% ; les antibiotiques dans 20,73% ; la transfusion sanguine dans 13,21% ; les Béta bloquants et les hémostatiques ont un pourcentage commun soit 9,43%.

Dans notre série, 71,7% des patients ont présenté des complications. Sont décédés 9,4% des patients, tous dans la première semaine suivant leur admission.

La dégénérescence carcinomateuse et l'infection du liquide d'ascite étaient les deux complications les plus fréquemment rencontrées soit 31,6% des cas suivi des hémorragies digestives dans 15,8% et l'encéphalopathie hépatique dans 13,1%.

Tableau VII : Répartition des patients selon les différentes complications

déplétées au cours de l'hospitalisation (1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016,

Service de Médecine Générale de l'Hôpital Régional de Kindia, Guinée)

COMPLICATIONS	Effectif	pourcentage
Dégénérescence carcinomateuse	12	31,6
Infection liquide d'ascite	12	31,6
Encéphalopathie hépatique	5	13,1
Hémorragie digestive	6	15,8
Syndrome hépatorénal	3	7,9

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 7,7 jours.

Discussion

Au terme de cette étude qui a duré 5 ans (1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2016), 53 patients ont répondu à nos 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. La biopsie du foie, examen de référence pour le diagnostic n'a pas pu être effectuée à cause de son coût relativement élevé, sa faible disponibilité et ses différentes contre-indications. La classification Child également n'a pas été faite chez les patients. Au cours de l'hospitalisation, chez certains patients, il n'a pas toujours été possible d'avoir tout le bilan para clinique prescrit. Cela était dû au fait que

l'hôpital n'était pas en mesure d'offrir ces bilans, ou que les patients ne pouvaient pas honorer les frais inhérents à ces examens. En ce qui concerne le diagnostic étiologique, il aurait été intéressant de rechercher les autres marqueurs du VHB (Ag Hbe, Ac anti-Hbc, Ac anti-Hbs, Ac anti-Hbe) de même que le matériel génétique des deux virus. Néanmoins, cette étude a le mérite d'étudier une affection non encore explorée à KINDIA. Les résultats obtenus ont permis une appréciation significative des aspects épidémiologiques, cliniques et para cliniques de la maladie dans le contexte d'étude.

Au cours de notre période d'étude, 2523 patients ont été enregistrés dans le service de, médecine interne de l'HRK parmi lesquels 53 ont été étiquetés de cirrhose du foie, représentant alors 2,1% de l'ensemble des hospitalisations. Cette fréquence est proche de celles retrouvés par Diarra M au Mali [14] en 2010 qui a retrouvé une fréquence de 2,35% et de Toure au Niger [10] qui était de 2,87%. Cependant, elle est supérieure à celle retrouvé par Sylla M à Conakry [15] qui était de 1%, mais reste inférieure à celle de Bouglouga O en 2012 au Togo [11] qui était de 7,35%. L'âge moyen était de 41,83 ans avec des extrêmes de 18 et 86 ans. La tranche d'âge de 28 à 37 ans était majoritaire et représentait 26,42% de l'échantillon suivie de celle de 38 à 47 ans qui représentait 24,53%. 71,7% des patients avaient moins de 48 ans. Cette moyenne d'âge est proche de celle retrouvée par Moussa Y a 41,53 ans au Mali [16] et à celles de Saley qui était à 43,7 ans au Niger [5]. Elle est inférieure à celles de Touré qui était à 49,4 ans au Niger [10] et de Traore C au Burkina Faso [17] qui était de 46,6 ans. Le jeune âge dans ces différentes études africaines pourrait s'expliquer d'une part par l'infection par le virus de l'hépatite B transmis par voie maternofoetale dès l'enfance en milieu

africain, cause la plus fréquente de cirrhose dans ce contexte.

D'autre part par une espérance de vie moins longue chez nous, due aux conditions socio-économiques défavorables de nos populations. La sex-ratio était de 2,8 avec une prédominance masculine de 73,58%. Ce résultat est comparable à celui de 2,12 trouvé par J O Ouavene et AL à Bangui [18] avec une prédominance masculine de 72,5 et de 2,3 trouvé par Bouglouga O au Togo. Touré [10] et Soumare [19] notaient des sex-ratios de 4,7 et de 6,1. Cette prédominance masculine s'expliquerait par le mode de vie de l'homme, l'exposant aux facteurs de risques plus souvent que chez la femme. La classe professionnelle la plus représentative était celle des cultivateurs (35,83%) suivie de celle des femmes au foyer (26,42%). Cette prédominance des cultivateurs se rattache au fait que dans cette région la population est essentiellement agricole et rurale. La fréquence de la cirrhose dans les couches sociales à faible niveau socio-économique à 69,81% a été trouvée. Ce fait peut être dû à une forte transmission inter humaine du virus de l'hépatite B en rapport avec la vulnérabilité sexuelle, voie non négligeable de transmission dans ces couches de la population. Dans notre série, 66% des patients venaient de la ville de Kindia contre 34% pour les autres localités. Cette proportion élevée de patients des milieux environnants pourrait relever du fait que l'agent de santé en périphérie référerait systématiquement tout cas de suspicion de cirrhose du foie à l'HRK.

L'antécédent le plus fréquemment rencontré était la prise de médicaments traditionnels au long cours à 50,9%. Cette proportion est inférieure à celle notée par Sawodogo W au Burkina Faso [20] à 63,2% et à celle de Touré au Niger [10] à 57,1%. Ces fréquences élevées sont liées à la culture africaine où le traitement traditionnel, facteur

aggravant, constitue souvent le premier recours, le traitement moderne n'intervenant que secondairement en cas d'échec de la tradithérapie. Un antécédent d'ictère a été retrouvé dans 41,5% concordant avec celui de Maïga [7] qui a retrouvé 42,9%. Cet ictère pourrait être lié à des phases aiguës d'hépatite virale, mais d'autres étiologies des ictères (tel que le paludisme) ne peuvent être exclues dans notre contexte. Un éthylysme a été noté chez 41,9% des patients superposable à celui noté par Bouglouga O [11] à 40,5% et J O Ouavene et al [18] l'ont retrouvé dans 34% des cas. Ceci s'explique en partie par l'intégration de la consommation d'alcool au mode de vie des Guinéens. Aussi une notion d'éthylysme non avoué n'est pas à négliger. Le délai moyen d'admission était de 9,7 semaines. La moitié des patients avait consulté après au moins deux mois d'évolution symptomatique. Ce long délai à l'hospitalisation est habituel dans les pays africains [21] et pourrait expliquer la présence au moment du diagnostic de certaines complications telles que l'encéphalopathie hépatique, le syndrome hépatorénal, le syndrome oedémato-ascitique. Dans notre échantillon, l'altération de l'état général était retrouvée chez 71,7% des patients. Sawadogo [20] avait trouvé 72,6% d'AEG au Burkina Faso et Touré [10] au Niger 87,3%. Cet état général altéré traduit le stade avancé de l'affection au moment du diagnostic, de même qu'une probable dégénérescence carcinomateuse qui a été noté dans 37,5% des cas. Une hémorragie digestive a été constatée dans 13,2% des cas. Cette fréquence est inférieure à celles retrouvées au Burkina Faso par Sawadogo [20] qui était de 21,8%, et par Saley [5] qui était de 32,35%. Le dépistage tardif des varices œsophagiennes explique le retard dans la prescription d'un traitement prophylactique de la rupture de ces varices. La douleur abdominale retrouvée dans

56,6% des cas pourrait être liée à une infection du liquide d'ascite ou à une dégénérescence néoplasique de la cirrhose, confortée dans notre étude par une infection du LA chez un quart des patients et un taux d'alpha-foetoprotéine élevé chez 44,1% des patients. Cette fréquence est proche de celle obtenue par Touré [10] au Niger qui était de 54% et inférieure à celle de Sawadogo [20] qui était de 72,4%. L'ascite a été fréquente et a été retrouvée dans 71,7% des cas. Cette fréquence élevée de l'ascite chez les cirrhotiques souligne le degré de sévérité de l'insuffisance hépatocellulaire et/ou de l'hypertension portale, donc d'un diagnostic tardif de la pathologie, rendant ainsi la prise en charge plus difficile. Trente-deux pour cent des patients présentaient un ictère conjonctival, proportion inférieure à celle de 62,1% rapportée par Sawadogo [20]. Pour Pariente [22] l'ictère est une complication fréquemment révélatrice de la maladie cirrhotique. Ces fréquences élevées de l'ictère et de l'ascite traduisent également le stade avancé de l'affection au moment du diagnostic. Une hépatomégalie a été palpée dans 60,4% des cas, témoignant en corrélation avec les données de l'échographie d'une fréquence élevée de cirrhose hypertrophique dans notre série. L'hépatomégalie ferme, plus ou moins bosselée, à bord inférieur tranchant, parfois douloureuse constamment rencontrée dans notre étude est habituellement rapportée [1, 20]. Nous avons enregistré une encéphalopathie hépatique chez 9,4% des patients. Diarra M [14] et J O Ouavene [18] l'ont retrouvée dans 34,9% et 19%. L'encéphalopathie semble ainsi relativement fréquente au cours de la cirrhose en Afrique occidentale. Un dépistage précoce ainsi qu'une prise en charge adaptée, pourraient réduire considérablement ces chiffres. Sur le plan clinique, l'étude macroscopique du liquide d'ascite a été dominée par l'aspect jaune citrin de l'ordre de 60,7%. Une ascite hématisée probablement en

rapport avec une dégénérescence carcinomateuse, a été observée dans 25%. Dans notre échantillon, l'échographie abdominale objectivait le plus souvent un foie hypertrophique (62,5% des cas), nodulaire (37,5% des cas), aux contours irréguliers (50% des cas), associé à des signes d'HTP. Ces données concordent avec celles de la littérature [1]. La suspicion de carcinomatose hépatique de façon globale à l'échographie a été de 37,5%. Les données de la littérature ont montré la fiabilité de l'échographie dans le diagnostic de la cirrhose du foie [23]. Les nouvelles méthodes non invasives de diagnostic de la cirrhose du foie présentent un intérêt particulier en ce sens qu'elles sont reproductibles avec une sensibilité proche de la PBH [24, 25]. Il s'agit notamment du fibroscan, du fibrotest et du fibromètre avec respectivement une sensibilité de 70%, 80% et 95% [24-26]. Il nous faudra donc travailler à diagnostiquer la cirrhose avec ces moyens non invasifs avant d'arriver à la nécessité de la PBH. Les examens para cliniques 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 63,5% des patients sont anémiques. Le TP qui constitue un excellent marqueur d'insuffisance hépatocellulaire n'a pas été réalisé. Aussi, une cholestase biologique (bilirubine, PAL et GGT élevés) et un taux d'albumine sérique bas témoin d'IHC n'a pas été prouvé.

11,32% des patients avaient une hypoglycémie, une cytolysé hépatique (ASAT, ALAT) a été également retrouvée respectivement à 54,72% et 64,15%. Toutes ces anomalies témoignent d'une altération hépatique. Dans un quart des cas une infection du liquide d'ascite avait été retrouvée, mais aucun germe n'a été isolé.

La prévalence des marqueurs viraux au cours des hépatopathies chroniques est variable selon les

auteurs. Dans notre série, la prévalence du portage de l'Ag HBs chez les porteurs de cirrhose était de 46,9%. Par ailleurs, on remarque une fréquence élevée de la cirrhose dans les tranches d'âge où la présence de l'antigène HBs était importante (28-37 ans) et (38-47 ans). Une étude antérieure réalisée par Sylla M [15] dans le service de médecine interne de l'HNDK en 2014 avait rapporté 50% de portage au cours de la cirrhose. Ce résultat pouvait être à la hausse si d'autres marqueurs du VHB tels que les anticorps anti HBc totaux avaient été recherchés chez les patients dont l'antigène HBs étaient négatifs. Ces données expliquent le rôle important que joue le virus de l'hépatite B dans la genèse de la cirrhose dans notre contexte. Cette relation a été étayée par plusieurs publications dans le monde [10, 20, 24, 27]. La vaccination contre l'hépatite virale B présente donc un intérêt considérable dans la prévention de la cirrhose du foie.

Bien que la sérologie de l'hépatite C ait été effectuée chez peu de patients (11,1% de l'échantillon), ce virus pourrait aussi jouer un rôle dans la genèse de la cirrhose en milieu tropical comme l'ont rapporté d'autres auteurs [5, 28, 29]. Le virus de l'hépatite C est associé au développement de la cirrhose du foie bien que ce rôle soit moins important que celui du virus de l'hépatite B. Dans notre étude, l'étiologie éthylique a été retenue chez 16 patients (30,2%) alcooliques de type compulsif. Mais bien que ce toxique soit cirrhogène, il ne peut être incriminé sans avoir éliminé la présence des marqueurs viraux. La moitié des éthyliques compulsifs de notre série était positif à l'Ag HBs, témoignant de l'étiologie mixte de la cirrhose dans notre série. Nous nous devons d'accorder un intérêt particulier au traitement traditionnel au long cours dans la mesure où 63,2% des patients de notre série en

sont concernés. Mais leur imputabilité reste également difficile à établir sur la base de nos données.

Le traitement a été seulement symptomatique dans notre série. Aucun de nos patients n'a reçu de traitement antiviral spécifique.

En dehors d'une transplantation hépatique, il n'existe pas de traitement qui permette la guérison d'une cirrhose car les lésions du foie sont irréversibles. Cependant, pris tôt et après traitement de la cause initiale (alcoolisme, hépatite, etc.), le foie se régénère et les lésions peuvent se stabiliser. L'évolution dans la majorité des cas a été émaillée de complications dans 71,7% des cas. Le CHC en a représenté 31,6%, l'infection du LA 31,6%, l'hémorragie digestive 15,8%, l'encéphalopathie hépatique 13,1% et le syndrome hépatorénal 7,9%. Karoui [30] a rapporté que l'existence de complications initiales était un important facteur prédictif de décès. Trinchet [31] a trouvé que le CHC est une complication majeure très fréquente au cours de la cirrhose du foie et qu'il faut insister à cet égard sur le développement de la surveillance échographique périodique chez les malades atteints de cirrhose. La létalité a été de 9,4%. Tous les cas de décès sont survenus dans la première semaine suivant l'admission. Cette létalité est superposable à celle trouvée par Sawadogo [20] qui était de 13,8% et nettement inférieure à celles rapportées par Karoui [30] qui était de 24%. Le CHC et l'encéphalopathie hépatique ont été les principales circonstances de décès. Ce taux de létalité précoce relativement élevé pourrait être dû à la consultation tardive des patients ou à la difficulté de prise en charge des complications dans notre contexte. Sont sortis contre avis médical 3,8% des patients, ce qui n'a pas permis de statuer sur leur profil évolutif. Le bas niveau socio-économique de nombreux

patients dans notre série expliquerait cette sortie prématurée. La durée moyenne du séjour a été de 7,7 jours délai assez court pour une prise en charge adaptée.

Conclusion

Notre étude rétrospective menée pendant une période de 5 ans a permis de mettre en évidence l'importance de la cirrhose à l'hôpital Régional de Kindia. Les signes d'appel étaient marqués par l'altération de l'état général, le syndrome oedémato-ascitique. L'hémorragie digestive et l'encéphalopathie hépatique.

La fréquence élevée de l'infection du liquide d'ascite chez nos patients, le taux élevé d'alpha foeto-protéine (AFP) confirment la découverte de cette pathologie à un stade tardif ainsi que sa gravité. Cela explique la difficulté de prise en charge de cette pathologie dans notre pays. La prévalence de la cirrhose du foie pose un énorme problème de santé publique dans nos hôpitaux. Elle est associée au portage chronique du VHB dans près de la moitié des cas.

Ces complications chez l'adulte jeune sont si redoutables qu'aujourd'hui il faut des actions de santé publique, au nombre desquelles la vaccination contre l'hépatite virale.

*Correspondance

Aboubacar I Sylla
(drsylla1@gmail.com)

Reçu: 1^{er} Avril, 2018 ; Accepté: 17 Mai, 2018; Publié: 07 Juin, 2018

Service de Médecine, Hôpital National Donka, Conakry, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Benhmou J P, Erlinger S. Maladie du foie et des voies biliaires. Paris: Flammarion, 2000: 223p.
- [2] Palmier B, Meaudre E, Boret H, Gaillard P, Kaizer P, Cantais E. Trouble de la conscience chez le cirrhotique. Médecine d'urgence 2005. Elsevier SAS p. 69-82.
- [3] Cales P. Epidémiologie et pronostic de la cirrhose, Concours Med. 1994 ; [4] :117-134
- [4] Helene V. Biologie et cirrhose, Elsevier Masson SAS revue francophone de laboratoire [2006].
- [5] Saley M. Prévalence des hépatopathies chroniques à l'hôpital national de Niamey. Aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques et étiologiques, Thèse Med, Niamey, 2004; 1074.
- [6] Kramvis A, Kew M. Epidemiology of hepatitis B virus in Africa, its genotypes and clinical associations of genotypes. Hepatol Res 2007; 37: S9-S19
- [7] Maiga, M Y, Dembele M, Maiga I, Sanago B, Traore H A. Etude de l'Ag HBs et l'Ac anti VHC au cours des hépatopathies chroniques. Bull Soc Pathol Exot 2002; 12(4): 389-392.
- [8] Camara M. Aspect épidémiologique, étiologique et évolutif de l'ascite au service de médecine interne de l'hôpital national Donka. Thèse de Doctorat d'Etat en médecine, Faculté de médecine, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry 2002. N° 35/2002,
- [9] El Younsi M. Histoire naturelle de la cirrhose du foie: Indicateurs pronostiques et complications. Esp Med 2006; 13 (129): 375-378.
- [10] Toure E S. Aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques et thérapeutiques de la cirrhose à l'hôpital national de Niamey. Thèse Med, Bamako, 2008 ;90.
- [11] Bouglouga O, et all. Aspects épidémiologiques, diagnostic et évolutifs de la cirrhose dans le Service d'hépatogastrologie du CHU campus Lomé2012 série D; 14[2] : 1-7.
- [12] Vignon K. Aspect thérapeutique et évolutif des ascites cirrhotiques dans le service d'hépatogastroentérologie du centre national hospitalier et Universitaire [CNHU] Cotonou. Thèse, Med Benin 2003 ; 1079.
- [13] Amiot X. Comment traiter une première poussée d'ascite ? Gastro enterol Clin Biol 2004; 28: B 118-B122.
- [14] Diarra M, Konate A, Soukho A Epouse K, Dicko M, Kalle A, et Coll. Aspects évolutifs de la maladie cirrhotique dans un service d'hépatogastroentérologie au mali. Mali Médical 2010 Tome 25.1 première et dernière pages.
- [15] Sylla M. Cirrhose du Foie : Aspect épidémiologique, clinique et évolutif. Thèse de Médecine Conakry 2014 nombre de pages
- [16] Dicko MY. Aspect évolutif de la maladie cirrhotique au CHU Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako, 2008 ; 79.
- [17] Traore Cheick Ismaël A. Aspects épidémiologiques, étiologiques, clinique et évolutifs de la cirrhose au CHU Yalgado OUEDRAOGO. Thèse de médecine. Rabat, 2013; 130: 33.

- [18] Ouavene JO, Koffi B, Mobima T, Bekondji C, Massengue A, et Coll : Cirrhoses du foie a l'hôpital de l'amitié de Bangui, Aspects épidémiologiques, cliniques, échographiques et Problèmes de diagnostic ; Journal Africain d'imagerie, Vol. 5, No 1 (2013)12 :4.
- [19] Soumare G : Hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes. These Med, Bamako, 2006; 98.
- [20] Sawadogo WA. Étude des aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques, étiologiques et évolutifs de la cirrhose du foie au CHUSS. Thèse de doctorat d'état en médecine, Unité de formation et de recherche en sciences de la sante section médecine, Université de ouagadougou . 2012 N°117/2012
- [21] Hien A. Analyse socio-terminologique contrastive: cas du julakan et du français de la santé. Íkala, revista de lenguaje y cultura. 2010;15 (25): 43-7
- [22] Pariente A. Décompensation ascitique. Gastro enterol clin Biol 2006; 30: 870-874.
- [23] Keita N. Intérêt de l'échographie dans le diagnostic de la cirrhose Thèse Med, Bamako, 2003; 34
- [24] Bonnard P, Sombie R, Lescure F. Comparison of Elastography, Serum Marker Scores, and Histology for the Assessment of Liver Fibrosis in Hepatitis B Virus (HBV)-Infected Patients in Burkina Faso. Am J Trop Med Hyg. 2010 March; 82 (3): 454-458.
- [25] Boursier J, Vergniol J, Sawadogo A, Dakka T, Michalak S et al. The combination of a blood test and Fibroscan improves the non-invasive diagnosis of liver fibrosis. Liver int 2009; 1507-1515.
- [26] Cales P, Boursier J, Oberti F, Hubert L, Gallois Y et Coll. Fibro Meters: a family of blood tests for liver fibrosis. Gastroentérol Clin Biol 2008; 32: 40-51.
- [27] Mbaye P S, Diallo A, Renaudineau Y, Haudrechy D, Sane M et al. Virus de l'hépatite C et hépatopathie chronique à Dakar: Etude cas témoins Med Trop (Mars) 2000; 60(1): 47-52.
- [28] Maiga S. Place de l'hépatite virale C dans les hépatopathies chroniques au Mali. Thèse Med, Bamako, 2001; 118.
- [29] Perret J, Matton T, Moussavou-Kombila J B, Delaporte E, Pemba L F, et coll. HBS Ag and antibodies to hepatitis C virus in complicated chronic liver disease in Gabon : A case control study. Gastro enterol clin Biol 2002; 26 (2): 131-135
- [30] Karoui S, Hamzaoui S, Sahli F, Matri S, Boubaker J, Filali A. Mortalité au cours des cirrhoses : prévalence, causes et facteurs prédictifs. Tunis Med 2002; 80 (1): 21-25
- [31] Trinchet J C. Carcinome hépatocellulaire. Gastroenterol Clin Biol 2009; 33 (8-9) 830-839.

Pour citer cet article:

Diallo Alpha Amadou Sank, Meliho Christian , Sylla Aboubacar I et al. Cirrhose du foie : caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et évolutives au service de médecine de l'hôpital régional de Kindia (Guinée). *Jaccr Africa* 2018 ; 2(2):240-250.