



## Article Original

# La Cirrhose Alcoolique : Aspects Épidémiologiques, Diagnostiques et Évolutifs

*Epidemiology, diagnosis and evolution of alcoholic cirrhosis in a group of Gabonese patients*

Patrice Emery Itoudi Bignoumba, Ines Flore Maganga Moussavou, Tracy Alilangori, Ahoui Apendi Clausina, Arnaud Georgio Eyi Nguema, Monique Mbounja, Patrick Dieudonné Nzouto, Maryam Saibou, Jean Baptiste Moussavou Kombila.

## ABSTRACT

Service d'hépatologie, de gastro-entérologie et d'endoscopie digestive – CHU de Libreville.

Auteur correspondant : Itoudi Bignoumba Patrice Emery  
Tel : +24166906639  
e-mail : [ibpemery@yahoo.fr](mailto:ibpemery@yahoo.fr)  
BP : 4154 Libreville/Gabon

**Mots clés** : cirrhose alcoolique ; cirrhose non alcoolique ; hépatite virale chronique B et C

**Keywords**: alcoholic cirrhosis; non-alcoholic cirrhosis; chronic viral hepatitis B and C

**Introduction.** Alcoholic cirrhosis is a little-known condition in Africa. The purpose of this work was to determine the specificities of alcoholic cirrhosis compared to non-alcoholic cirrhosis. **Patients and methods.** This is a retrospective study conducted on a series of 167 patients regularly followed for decompensated cirrhosis between May 30, 2016 and September 30, 2018 patients were split into two groups, that of patients with alcoholic cirrhosis and that of patients with non-alcoholic cirrhosis. Alcoholic etiology was retained in the face of chronic alcohol consumption of more than 50g per day in the absence of other etiology. Using a standardized sheet, we collected socio-demographic, diagnostic and evolutionary data. **Results.** There were 33.5% alcoholic cirrhosis, and 66.5% non-alcoholic cirrhosis. The H/F sex ratio was 4.6 for alcoholic cirrhosis compared to 1 for other etiologies (p.001). The average age was 56 years versus 49 years (P-0.03). The most common mode of decompensation was ascites in 53.6% versus 51.4%. Child-Pugh C patients accounted for 64.3% versus 55%. The average length of hospital stay was 19days versus 21 days. The output against medical opinion was 10.7% versus 3.6% (p.001). The number of deaths was 26.8% versus 9%. (p.001). **Conclusion.** Alcoholic cirrhosis affects older, unemployed men and appears to be associated with higher mortality than non-alcoholic cirrhosis.

## RÉSUMÉ

**Introduction.** La cirrhose alcoolique est une pathologie peu décrite en Afrique. Le but de ce travail était de déterminer les spécificités de la cirrhose alcoolique en comparaison à la cirrhose non alcoolique. **Patients et méthodes.** Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une série de 167 patients régulièrement suivis pour cirrhose décompensée entre le 30 mai 2016 et le 30 septembre 2018 les patients ont été scindé en 2 groupes, celui des patients avec cirrhose alcoolique et celui des patients avec cirrhose non alcoolique. L'étiologie alcoolique était retenue devant une consommation chronique d'alcool de plus de 50g par jour en l'absence d'autre étiologie. A l'aide d'une fiche standardisée, nous avons recueilli les données sociodémographiques, diagnostiques et évolutives. **Résultats.** Il y avait 33,5% de cirrhose alcoolique, et 66,5% de cirrhose non alcoolique. Le sex-ratio H/F était de 4,6 pour la cirrhose alcoolique contre 1 pour les autres étiologies (p<0,001). L'âge moyen était de 56 ans contre 49 ans (P=0,03). Le mode de décompensation le plus fréquent était l'ascite chez 53,6% versus 51,4%. Les patients Child-Pugh C représentaient 64,3% contre 55%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 19j versus 21j. La sortie contre avis médical était 10,7% versus 3,6% (p<0,001). Le nombre de décès étaient 26,8% versus 9%. (p<0,001). **Conclusion.** La cirrhose alcoolique touche des hommes plus âgés et sans emploi et semble associée à une mortalité plus élevée que la cirrhose non alcoolique.

## INTRODUCTION

La cirrhose est le stade ultime de l'évolution de toutes les affections chroniques du foie [1,2,3]. Elle correspond à une désorganisation de l'architecture lobulaire du foie par une fibrose annulaire mutilante avec des nodules de régénération en réponse à une inflammation chronique du foie [1,2,3]. Elle est dite alcoolique lorsque le processus inflammatoire hépatique est consécutif à une compliance chronique à l'alcool supérieure à 30g/j chez la femme et à 50g/j chez l'homme [4].

La cirrhose alcoolique est une entité bien décrite en occident car elle représente la première étiologie des cirrhoses dans ces régions [5,6]. En Afrique, où les étiologies de la cirrhose sont dominées par les hépatites virales B et C, les aspects cliniques, pronostiques et évolutifs de la cirrhose alcoolique sont peu décrits [3,7-12].

Le but ce travail était de comparer le profil épidémiologique, clinique et pronostique de la cirrhose alcoolique à celui des cirrhoses d'autres étiologies.

## PATIENS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective réalisée au service d'hépatogastroentérologie du CHU de Libreville entre le 30 mai 2016 et le 30 septembre 2018. A travers une cohorte de 167 patients régulièrement suivis pour cirrhose décompensée, nous avons réparti les patients en deux groupes : le groupe des patients avec cirrhose alcoolique et le groupe des patients avec cirrhose d'autres étiologies. Le diagnostic de cirrhose était retenu devant l'association syndrome d'hypertension portale et syndrome d'insuffisance hépato-cellulaire ou devant une preuve histologique après biopsie hépatique. L'étiologie alcoolique était retenue devant une consommation chronique d'alcool de plus de 50g par jour en l'absence d'autre étiologie. Les étiologies virales hépatites B et/ou C étaient retenues en présence de l'antigène HBs et/ou de l'anticorps antiviral de l'hépatite C. A l'aide d'une fiche standardisée, nous avons recueilli les données sociodémographiques (âge, sexe, profession), diagnostiques (mode de révélation clinique, score pronostic de Child-Pugh, étiologie, facteur de décompensation) et évolutives (décès, réhospitalisation, évolution favorable). L'analyse statistique a été réalisée via le logiciel staviw SAS version 5.0. La significativité statistique a été portée sur les variables dont l'association à l'évènement attendu avait une valeur de p inférieur à 0,05.

## RÉSULTATS

Parmi les 167 patients suivis pour une cirrhose décompensée, 56 présentaient une cirrhose alcoolique (33,5%), 109 présentaient une cirrhose virale B et/ou C (65,3%) et 2 patients avaient une cirrhose d'étiologie non alcoolique et non virale.

Les caractéristiques des deux groupes sont résumées dans le tableau I. Le sex-ratio était de 4,6 (46 hommes et 10 femmes) dans le groupe cirrhose alcoolique contre 1 (56 hommes et 55 femmes) pour le groupe de patients avec une cirrhose non alcoolique ( $p < 0,001$ ). L'âge moyen était de 56 ans ( $\pm 4$  ans) dans le groupe cirrhose

alcoolique contre 49 ans ( $\pm 6$  ans) dans le groupe cirrhose non alcoolique ( $P = 0,03$ ). La répartition des patients selon le niveau d'étude scolaire dans les deux groupes était pour le niveau primaire 3,6% ( $n = 2$ ) contre 3,6% ( $n = 4$ ) ; le niveau secondaire 75% ( $n = 42$ ) contre 68,9% ( $n = 73$ ) et le niveau supérieur 21,4% ( $n = 12$ ) contre 27,5% ( $n = 34$ ). Les patients sans emploi représentaient 67,9% ( $n = 38$ ) dans le groupe cirrhose alcoolique contre 36,9% ( $n = 41$ ) dans le groupe cirrhose non alcoolique ( $p = 0,04$ ). Le mode de décompensation le plus fréquent était l'ascite chez 53,6% ( $n = 30$ ) des patients du groupe cirrhose alcoolique contre 51,4% ( $n = 57$ ) pour le groupe cirrhose non alcoolique. Les patients Child-Pugh C représentaient 64,3% ( $n = 36$ ) dans le groupe cirrhose alcoolique contre 55% ( $n = 61$ ) pour le groupe cirrhose non alcoolique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 19 jours versus 22 jours. Les patients du groupe cirrhose alcoolique avaient en moyenne 2,4 hospitalisation par an contre 1,3 hospitalisation par an pour les patients du groupe cirrhose non alcoolique ( $p = 0,09$ ). La sortie contre avis médical était le fait de 10,7% de patients ( $n = 6$ ) dans le groupe cirrhose alcoolique contre 3,6% de patients ( $n = 4$ ) dans le groupe cirrhose non alcoolique ( $p < 0,001$ ). Le nombre de décès étaient de 15 patients (26,8%) dans le groupe cirrhose alcoolique contre 10 patients (9%) dans le groupe cirrhose non alcoolique ( $p < 0,001$ ).

**Tableau I: Comparaison entre les sujets avec et sans cirrhose alcoolique**

	Cirrhose alcoolique	Cirrhose non alcoolique	P
Sex-ratio H/F	4,6	1	<0,001
Age moyen	56 ans	49 ans	<b>0,03</b>
Sans emploi	67,9%	36,9%	<b>0,04</b>
Ascite	53,6%	51,4%	0,28
Child pugh c	64,3%	55%	0,19
Duree en hospitalisation	19 jours	22 jours	0,56
Nombre d'hospitalisations	2,4 par an	1,3 par an	0,09
Sortie contre avis medical	10,7%	3,6%	<b>&lt;0,001</b>
Deces	26,8%	9%	<b>&lt;0,001</b>

## DISCUSSION

Dans notre série de 167 patients suivis pour cirrhose décompensée, 33,5% présentaient une cirrhose alcoolique faisant d'elle la 2<sup>e</sup> entité étiologique de la cirrhose derrière la cirrhose d'étiologie virale hépatite B et/ou C qui représentait 65,3% des patients. Cette observation est régulièrement rapportée dans les études africaines [3,7-12].

Les patients présentant une cirrhose alcoolique avaient un âge plus élevé et une prédominance masculine statistiquement significatifs comparativement aux patients ayant une cirrhose non alcoolique. En effet, l'exposition à une consommation régulière et

significative d'alcool débute au-delà de l'âge de 20 ans [4,13,14]. Le développement d'une cirrhose alcoolique se produit en moyenne après 20ans à 30 ans d'exposition, d'où un âge de survenu supérieur à 50 ans [4,13,14]. Par contre, la cirrhose virale hépatite B et/ou C en Afrique est souvent secondaire à une transmission dans la petite enfance, ce qui facilite la survenue d'une cirrhose avant l'âge de 50 ans [3,4,7-12]. La forte prédominance masculine est constante dans toutes les études sur la cirrhose alcoolique [4,5,13,14]. Elle semble liée à une compliance à l'alcool plus précoce et à dose plus élevée chez les hommes [4,5,13,14]. Les patients avec cirrhose alcoolique avaient une situation sociale précaire marquée par le chômage de façon statistiquement significative comparativement aux patients présentant une cirrhose non alcoolique. Cela est probablement lié à l'incapacité de maintenir un emploi stable du fait d'un état d'ébriété récurrent [4,5,13,14].

Il n'y avait pas de différence statistique de présentation clinique (ascite), de score pronostique Child et Pugh (score Child et Pugh C) et de durée d'hospitalisation. Les patients avec cirrhose alcoolique étaient plus fréquemment hospitalisés sans toutefois que cette différence ne soit statistiquement significative ( $p=0,09$ ).

Le nombre de sortie contre avis médical était statistiquement plus élevé chez les patients avec cirrhose alcoolique. Cela était probablement lié au profil psychologique de ces patients et à leur dépendance à l'alcool [4,5,13,14]. L'absence de prise en charge psychiatrique de ces patients pourrait également expliquer cette situation.

Il y avait une différence statistiquement significative de la fréquence des décès qui était plus élevée dans le groupe cirrhose alcoolique. Cette différence nous semble multifactorielle notamment en rapport à une mauvaise adhésion au traitement de ces patients, à la présence possible de tares associées chez des patients plus âgés et à la survenue d'une hépatite alcoolique aigue probablement sous diagnostiquée [4,5,13,14].

## CONCLUSION

La cirrhose alcoolique est une affection de l'homme de plus de 50 ans, sans emploi. Elle a une présentation clinique similaire à la cirrhose non alcoolique. Elle est toutefois associée à un nombre de décès plus élevé que dans la cirrhose non alcoolique.

## RÉFÉRENCES

1. Zhou WC, Zhang QB, Qiao L. Pathogenesis of liver cirrhosis. *World J Gastroenterol* 2014;20(23):7312-7324.
2. Romanelli RG, Stasi C. Recent Advancements in Diagnosis and Therapy of Liver Cirrhosis. *Curr Drug Targets*. 2016;17(15):1804-1817.
3. Itoudi Bignoumba PE, Nzouto P, Alilangori T, Maganga Moussavou IF et al. Cirrhose Décompensée : Aspects Épidémiologiques, Pronostiques et Évolutifs à Propos de 167 Patients. *Health Sci Dis* 2020;21(2):60-62.
4. Ndububa DA, Ojo OS, Adetiloye VA, Aladegbaiye AO, Adebayo RA, Adekanle O. The contribution of alcohol to chronic liver disease in patients from

- South-west Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2010;13(4):360-364.
5. Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, Shoham D et al. The epidemiology of cirrhosis in the United States: A population-based study. *J Clin Gastroenterol* 2015;49(8):690-696.
6. Condat B, Remy AJ, Jouannaud V, Lahmek P et al. Le recours aux soins pour cirrhose dans les services d'hépatogastro-entérologie des centres hospitaliers généraux Français, 2012. *BEH* 2015; (24-25): 450-456.
7. Mbendi CN, Nkodila A, Zingondo JCB, Manangama CN et al. Aspects épidémiologique et évolutif de la cirrhose du foie à Kinshasa : étude multicentrique. *Ann Afr Med* 2018;11(2):2814-2822.
8. Camengo Police SM. Prévalence de la cirrhose en hospitalisation. *Méd Afr Noire* 2014; 61 (11): 537-542.
9. Sehonou J, Kodjoh N, Sake K, Mouala C. Cirrhose hépatique à Cotonou en République du Bénin : Aspects cliniques et facteurs liés au décès. *Méd Trop* 2010; 70: 375-78.
10. Bouglouga O, Bagny A, Djibril A. Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la cirrhose hépatique dans le service d'Hépatogastro-Entérologie. Au CHU Campus de Lomé. *J Recherche Scientifique Université de Lomé*. 2012; 14(2): 1-7.
11. Diarra M, Konaté A, Soukho A, Dicko M et al. Aspects évolutifs de la maladie cirrhotique dans un service d'hépatogastroentérologie au Mali. *Mali Med* 2010 ;25(1) :42-46.
12. Comlan AD, Cossi AA, Kadidjatou Sake et al. Epidemiological, clinical and Para clinical aspects of cirrhosis at Borgou departmental university hospital center Benin. *Open J Internal Med* 2018; 113-122.
13. Askgaard G, Gronbaek M, Kjaer MS, Tjonneland A, Tolstrup JS. Alcohol drinking pattern and risk of alcoholic liver cirrhosis: a prospective cohort study. *J Hepatol* 2015;62(5):1061-1067.
14. Mellinger JL, Shedden K, Winder GS, Tapper E et al. The high burden of alcoholic cirrhosis in privately insured persons in the United States. *Hepatology* 2018;68(3):872-882.