



Article Original

Cirrhose Décompensée : Aspects Épidémiologiques, Pronostiques et Évolutifs à Propos de 167 Patients

Clinical features and outcome of decompensate cirrhosis: a study of 167 Gabonese patients

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

RÉSUMÉ

Service d'hépatogastroentérologie –
CHU de Libreville

Auteur

correspondant :

Patrice Emery
Itoudi Bignoumba
Tel :
+241066906639
e-mail :
ibpemery@yahoo.fr

Introduction. La rareté des données gabonaises sur la cirrhose décompensée a justifié ce travail. L'objectif était d'établir le profil épidémiologique, pronostique et évolutif de la cirrhose décompensée. **Patients et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale rétrospective réalisée au service d'hépatogastroentérologie du CHU de Libreville du 30 mai 2016 au 30 septembre 2018. Nous avons inclus les patients cirrhotiques ayant présenté une décompensation ascitique, hémorragique, ictérique ou encéphalopathie hépatique. Les données sociodémographiques, diagnostiques et évolutives ont été recueillies sur fiches standardisées. **Résultats.** Nous avons colligé 167 patients avec un sex-ratio de 1,6 et un âge moyen de 50 ans (± 6 ans). Ils avaient un niveau d'étude secondaire dans 68,9% des cas. Le motif d'hospitalisation était l'ascite (51,1%), l'hémorragie digestive (32,3%), les troubles de la conscience (11,4%) et l'altération de l'état général (7,4%). Les syndromes d'hypertension portale (100%), d'insuffisance hépatocellulaire (81,4%) et un foie dysmorphique (92,2%) étaient présents. Les hépatites virales B et C (64,6%) et l'alcool (30,5%) étaient les étiologies principales. Les facteurs de décompensation étaient l'écart de régime (35,9%), l'interruption thérapeutique (30,5%), l'alcoolisme actif (22,1%), l'infection (21,4%) et la transformation maligne (19,8%). Nous avons enregistré 19,8% de décès liés à l'encéphalopathie hépatique (36,4%), au cancer primitif du foie (33,3%) et au syndrome hépatorénal (21,2%). **Conclusion.** La cirrhose décompensée touche l'homme quarantenaire avec un niveau d'étude secondaire. Elle se présente sous mode ascitique et hémorragique. Les étiologies sont principalement les hépatites virales chroniques et l'alcool. Son pronostic est redoutable.

ABSTRACT

Introduction. The scarcity of Gabonese data on decompensated cirrhosis justified this work. The objective was to describe the epidemiological, prognostic and progressive profile of decompensated cirrhosis. **Patients and methods.** It was a retrospective cross-sectional study that took place in the hepatogastroenterology department of the Libreville University Hospital Center between May 30, 2016 and September 30, 2018. We included cirrhotic patients who had ascites, digestive bleeding, jaundice, or hepatic encephalopathy. Sociodemographic, diagnostic and evolutionary data were collected on standardized sheets. **Results.** We studied 167 patients (sex ratio: 1.6). The mean age was 50 years (± 6 years). They had a secondary level of education in 68.9% of the cases. The reason for hospitalization was ascites (51.1%), digestive hemorrhage (32.3%), disturbances of consciousness (11.4%) and deterioration in general condition (7.4%). Syndromes of portal hypertension (100%), hepatocellular insufficiency (81.4%) and a dysmorphic liver (92.2%) were present. Viral hepatitis B and C (64.6%) and alcohol (30.5%) were the main etiologies. The decompensation factors were deviation from diet (35.9%), therapeutic interruption (30.5%), active alcoholism (22.1%), infection (21.4%) and malignant transformation (19.8%). We recorded 19.8% of deaths related to hepatic encephalopathy (36.4%), primary liver cancer (33.3%) and hepatorenal syndrome (21.2%). **Conclusion.** Decompensated cirrhosis affects the man on the fourth decade and a secondary level of education. It presents with ascites or digestive tract hemorrhagic. The main etiologies are chronic viral hepatitis and alcohol. The prognosis is poor.

INTRODUCTION

La cirrhose est le stade ultime de l'évolution des maladies chroniques du foie [1]. Elle répond à une définition anatomopathologique associant un processus nécrotico-inflammatoire chronique, une fibrose mutilante

et une désorganisation de l'architecture hépatique avec formation de nodules de régénération [1,2]. Elle est dite décompensée lorsqu'elle se présente par une ascite, une hémorragie digestive, un ictère ou une encéphalopathie hépatique [1-3].

Elle est responsable d'environ 1 million de décès par an dans le monde [4]. Si les données épidémiologiques sont bien connues dans les pays développés, en Afrique les données sont éparpillées [3-10].

Au Gabon, l'absence de données sur la cirrhose décompensée nous a conduit à réaliser ce travail. L'objectif était d'établir le profil épidémiologique, pronostique et évolutif de la cirrhose décompensée.

PATIENTS ET MÉTHODES

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.

Nous avons inclus les patients cirrhotiques anciens ou nouveaux présentant une ascite et/ou une hémorragie digestive haute et/ou un ictère et/ou une encéphalopathie hépatique. Le diagnostic de cirrhose était retenu soit sur preuve histologique, soit sur l'association syndrome d'hypertension portale et d'insuffisance hépatocellulaire.

Nous n'avons pas inclus les patients présentant une hépatopathie aiguë et les cirrhoses compensées.

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'étiologie virale B était retenue en présence de l'antigène HBs. Idem pour l'étiologie virale C en présence de l'anticorps antiviral de l'hépatite C. L'étiologie alcoolique était retenue en cas de consommation chronique d'alcool de plus de 40g par jour.

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 inférieure à 0,05.

RÉSULTATS

Parmi les 559 patients hospitalisés pendant la période d'étude, 167 patients présentaient une cirrhose décompensée soit une fréquence hospitalière de 29,8%. Il y avait 102 hommes et 65 femmes soit un sex-ratio était de 1,6. L'âge moyen était de 50 ans (± 6 ans) avec une différence statistiquement significative entre l'âge moyen des hommes qui était de 47 ans et celui des femmes qui était de 54 ans ($p=0,03$). Le niveau d'étude était primaire dans 3,6% des cas, secondaire dans 68,9% des cas et supérieur dans 27,5% des cas. Il y avait 47,3% de patients sans emploi ; 24,5% de fonctionnaires ; 11,5% d'étudiants et 16,7% de patients pratiquaient une autre activité professionnelle. Les comorbidités connues étaient l'hypertension artérielle (21,6%) et le diabète (9%). Les antécédents d'hépatite virale étaient présents chez 22,2% des patients soit 13,8% pour l'hépatite B et 8,4% pour l'hépatite C.

Le motif d'hospitalisation était le syndrome œdémato-ascitique dans 52,1% des cas, l'hémorragie digestive dans 32,3% des cas, les troubles de la conscience dans 11,4% des cas et l'altération de l'état général (7,4%).

A l'examen, l'ictère était présent chez 42,5% des patients. Le syndrome d'hypertension portale était

retrouvé chez 78,4% des patients. Le syndrome d'insuffisance hépatocellulaire était présent chez 51,5% des patients. L'hépatomégalie était présente chez 59,9% des patients et son bord inférieur était tranchant chez 66% des hépatomégalies.

Sur le plan biologique, le syndrome d'insuffisance hépatocellulaire était présent chez 81,4% des patients. Le bloc beta-gamma était présent chez 35,9% des cas.

A l'échographie, le foie était dysmorphique avec présence de signes d'hypertension portale chez 92,2% des patients. Les signes endoscopiques d'hypertension portale étaient présents chez 100% des patients.

Sur le plan étiologique, l'antigène HBs était présent chez 31,7% des patients, l'anticorps antiviral de l'hépatite C était retrouvé chez 34,1% des patients. Deux patients avaient une coinfection hépatique virale B et C. Une compliance à l'alcool de plus de 40g par jour était reconnue par 30,5% des patients. L'hépatite auto-immune était présente chez 1,2% des patients. Il n'y avait pas d'étiologie retenue chez 3,6% des patients.

Les facteurs de décompensation étaient souvent associés. Il s'agissait d'un écart de régime (35,9%), d'une interruption thérapeutique (30,5%), d'un alcoolisme actif (22,2%), d'une infection (21,4%) et de transformation maligne (19,8%).

Tableau 1: Profil diagnostique et évolutif de la cirrhose décompensée

	Paramètre	N	%
Motif d'hospitalisation	Ascite	87	52,1
	Hémorragie digestive	54	32,3
	Troubles de la conscience	31	18,6
Syndromes retrouvés	Hypertension portale	167	100
	Insuffisance hépatocellulaire	136	81,4
	Dysmorphie hépatique	154	92,2
Etiologie de la cirrhose	Virus de l'hépatite B	53	31,7
	Virus de l'hépatite C	57	34,1
	Alcoolisme chronique	51	30,5
	Autres	6	3,5
Facteurs de décompensation	Ecart de régime	60	35,9
	Interruption thérapeutique	51	30,5
	Alcoolisme actif	37	22,2
	Cancer primitif du foie	33	19,8
Score de Child-Pugh	Child-Pugh B	70	41,9
	Child-Pugh C	97	58,1
Décès	Par cancer primitif du foie	11	33,3
	Par encéphalopathie hépatique	12	36,4
	Par syndrome hépatorénal	7	21,2
	Par hémorragie digestive	3	9

Le score pronostic de Child-Pugh était classé C chez 58,1% des patients et B chez 41,9%. La cirrhose était compliquée d'un carcinome hépatocellulaire chez 19,8% des patients, d'un syndrome hépatorénal chez 12,6% des patients et d'une infection du liquide d'ascite chez 6,6% des patients.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 21 jours (± 3 jours). L'évolution était favorable pour 71,8% des patients. Nous avons enregistré 19,8% de décès, 3% de sorties contre avis médical et 5,4% d'évolution stationnaire. Les causes de décès étaient

l'encéphalopathie hépatique (36,4%), le cancer primitif du foie (33,3%), le syndrome hépatorénal (21,2%) et l'hémorragie digestive (9%).

DISCUSSION

Profil épidémiologique

L'âge moyen était de 50 ans \pm 6. Ce résultat est similaire à Mbendi et al au Congo et de Sehounou et al au Bénin qui retrouvaient respectivement un âge moyen de 51 ans et 49 ans [3,9]. Il se situe dans l'intervalle des âges moyens de la plupart des études africaines où il varie entre 45 ans et 52 ans [7-11]. Cet âge moyen, retrouvé dans les études africaines, reste inférieur à celui retrouvé en Europe où il varie de 56 ans à 65 ans [4,6]. La prédominance masculine est une constante dans la littérature aussi bien en Afrique que dans le reste du monde [1-11]. Les hommes présentaient un âge moyen significativement plus faible que les femmes (47 ans versus 54 ans). Cette observation déjà faite par Mbendi et al, les avait conduit à suggérer que le sexe masculin, au-delà des comportements à risque plus marqués comme l'éthylisme ou le tabagisme chronique, est un facteur de risque indépendant de la cirrhose. Le faible niveau social des patients, avec notamment 47,3% de patients sans emploi et 11,5% d'élèves, est un constat récurrent des études africaines [3,7-11].

Profil diagnostique

Les modes de décompensation de la cirrhose étaient le syndrome œdémato-ascitique (52,2%), l'ictère (42,5%), l'hémorragie digestive (32,3%) et l'encéphalopathie hépatique (11,5). L'ascite était également le mode de décompensation le plus fréquent rapporté dans la littérature [4-14]. Les facteurs de décompensation associés étaient similaires aux autres études africaines [3,7-11]. Il s'agissait notamment de l'écart de régime (35,9%), l'interruption thérapeutique (30,5%), l'infection et la compliance à l'alcool (22,1 %) étaient les facteurs de décompensation les plus fréquents [3,7-11]. Cela souligne la nécessité d'une sensibilisation et d'une éducation régulière des patients.

Sur le plan étiologique, l'hépatite C (34,1%), l'hépatite B (31,7%) et l'alcool (30,5%) étaient les causes les plus fréquentes. Ce constat est conforme aux données de la littérature africaine qui révèlent que les hépatites virales chroniques B et C sont les étiologies les plus fréquentes des cirrhoses en Afrique [3,7-14].

Sur le plan pronostic, le score pronostic de Child-Pugh était stade C chez 58,1% des patients. Il était aggravé par la survenue de complications notamment le carcinome hépatocellulaire (19,8%), l'infection du liquide d'ascite (6,6%) et le syndrome hépatorénal (12,6%). Cette observation est également faite par Mbendi et al au Congo et Diara et al au Mali [3,11].

Profil évolutif

Bien que 71,8% des patients avaient une évolution favorable, nous avons enregistré 19,8% de décès. Ce taux de décès se situe dans l'intervalle compris entre 15% et 65% de plusieurs études africaines [3,7,9,11]. Ces taux élevés de décès sont en rapport avec un diagnostic et une prise en charge tardive d'une part et par un plateau technique limité d'autre part [3,7,9,11]. Les principales

causes de décès étaient l'encéphalopathie hépatique (36,4%), le carcinome hépato-cellulaire (33,3%) et le syndrome hépatorénal (21,2%). Ces 3 situations témoignent d'une maladie hépatique avancée qui nécessite souvent le recours à la transplantation hépatique, encore inexistante dans notre pays [7-12].

CONCLUSION

La cirrhose décompensée est une pathologie de l'homme âgé de 50 ans, de faible niveau social qui se présente sous la forme d'un syndrome œdémato-ascitique. Son étiologie est souvent une hépatite chronique virale B ou C. C'est une affection au pronostic redoutable par ces complications dominées par le cancer primitif du foie et le syndrome hépatorénal.

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. 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
4. Byass P. The global burden of liver disease a challenge for methods and for public health. *BMC Med* 2014 doi:10.1186/s12916-014-0159-5.
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. Camengo M, Koffi B, Boua-Akelelo N, Mbeko M, Mossoro D et al. Les complications de la cirrhose à l'hôpital univésitaire de l'amitié de Bangui. *Médecine d'Afrique noire* 2014; 61(11): 537-42.
8. Camengo Police SM. Prévalence de la cirrhose en hospitalisation. *Méd Afr Noire* 2014; 61 (11): 537-542.
9. Sehounou 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. Poordad FF. Présentation et complication associées à la cirrhose du foie. *Med Research Op* 2015; 31(5): 925-37.
13. 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.
14. Wittenburg H. Complications de la cirrhose du foie. *Rev Méd interne* 2011; 52(9):1061-1070.