

LES HEPATOMEGALIES A L'HOPITAL DE L'AMITIE DE BANGUI

YASSIBANDA S1, KOFFI B2, YANGUE N.C3, SENEKIAN V.P1, CAMENGO-POLICE S.M1,
BOUA NI, SERVICE G1

1. Service d'Hépatogastroentérologie et de Médecine Interne Hôpital de l'Amitié Bangui

2. Service d'Anatomie Pathologique Laboratoire National Bangui

3. Service de radiologie Hôpital Communautaire Bangui

Correspondances : Docteur Simon YASSIBANDA Hôpital de l'Amitié BP 541 Bangui (Centrafrique)

Tél (D) : (236) 61 72 72 Cel : (236) 07 09 64

E.mail : syassibanda@yahoo.fr

RESUME

Dans le but de déterminer les étiologies des hépatomégalies, les auteurs ont mené une étude transversale dans les deux services de médecine interne de l'hôpital de l'Amitié durant une période de 10 mois. Cent cinquante deux patients hospitalisés pour hépatomégalie ont été inclus dans cette étude dont 63% d'hommes et 37% de femmes. L'âge moyen des patients était de 42 ans avec les extrêmes à 17 ans et 76 ans. Le diagnostic étiologique était basé sur la clinique, la biologie, mais surtout sur l'échographie et la cytoponction hépatique ou la ponction biopsie hépatique pour examen anatomopathologique. De cette étude il ressort que les principales étiologies des hépatomégalies sont représentées par : Les lésions inflammatoires du foie retrouvées dans 38,2% parmi lesquelles, 16,4% de cas d'amibiase hépatique, 13,8% de cas d'hépatite virale B et 2% de cas de bilharziose hépatosplénique ; les lésions tumorales du foie ont occupé 25,6% parmi les étiologies des hépatomégalies avec 11,2% de carcinome hépatocellulaire lié au virus de l'hépatite B, 7,2% de leucémie lymphoïde chronique, 2% de cancer secondaire du foie et 5,2% de causes indéterminées. Les cirrhoses du foie étaient présentes dans 15,1% avec 9,2% des cas de cirrhose post hépatitique B, 4% de cirrhose post-éthylrique et 4,6% de cirrhose de causes indéterminées. Ils ont noté 8,5% des cas de péricardite tuberculeuse et 6,6% de myocardiopathie congestive. Au total, l'hépatite virale B était impliquée dans 34,2% des étiologies des hépatomégalies, posant un problème de santé publique.

MOTS CLES : Hépatomégalie-Etiologies-Bangui.

INTRODUCTION

Les hépatomégalies sont l'une des principales causes d'hospitalisation dans les services de médecine. Leurs étiologies sont diverses et varient d'un pays à l'autre et constituent un sujet préoccupant du fait de leur gravité et de leur évolution. Si dans certains cas leurs causes peuvent être évidentes, dans la majorité des cas, le diagnostic étiologique fait appel à toute une gamme d'examen : clinique et paracliniques. Dans les pays développés la disponibilité de ces moyens d'exploration tels que le scanner, l'imagerie par résonance magnétique, la scintigraphie, l'artériographie et l'échographie un

SUMMARY

In the goal to determine the etiologies of the hepatomegalies, the authors led a transverse survey in the two services of internal medicine of the Hospital of the Friendship during one period of 10 months. Hundred fifty two patients hospitalised for hepatomegaly have been included in this survey of which 63% of men and 37% of women. The middle age of the patients was 42 years with a minimum of 17 years and a maximum of 76 years. The etiologic diagnosis was based on the clinic, the biopsy for exam anatomopathologic. Of this survey he/it comes out again that the main etiologies of the hepatomegalies are represented by : the inflammatory lesions of the liver recovered in 38,8% among which they recovered 16,4% of case of hepatic amibiase, 13,8% of case of hepatitis viral B and 2% of case of bilharziose hepatosplenic ; the tumors lesions of the liver occupied 25,6% among the etiologies of the hepatomegalies with 11,2% of carcinoma hepatocellular due to the virus of hepatitis, 7,2% of chronic lymphoid leukaemia, 2% of secondary cancer of the liver and 5,2% of indeterminate reason. They noted 8,5% of the cases of tubercular pericarditis and 6,6% of congestive myocardiopathy. To the total, hepatitis viral B was implied in 34,2% of the etiologies of the hepatomegalies, posing a problem of public health.

KEY WORDS : Hepatomegaly-Etiologies-Bangui.

diagnostic facile. En Afrique, les hépatomégalies, sont fréquentes et représentent 16,45% de demandes d'exploration échographique à Cotonou (8). Cependant le diagnostic étiologique de ces hépatomégalies pose problème du fait de la diversité des étiologies, du nombre limité et du coût des moyens d'exploration les rendant inaccessibles à la plupart des malades. En Centrafrique, il n'est pas rare que les malades hospitalisés pour hépatomégalie sortent de l'hôpital sans diagnostic précis. Il est difficile de connaître la part de chaque étiologie de ces hépatomégalies dans nos services. Le but de notre travail est de déterminer les étiologies des hépatomégalies par les méthodes de diagnostic fiables et disponibles en Centrafrique, pour une meilleure prise en charge préventive et thérapeutique des patients.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale menée sur les malades hospitalisés pour hépatomégalie dans les deux services de médecine interne de l'hôpital de l'Amitié pendant la période allant de novembre 2001 en août 2002 soit dix mois d'étude. Durant cette période, 152 malades ont été enregistrés ont été inclus dans l'étude, tout patient âgé de

plus de quinze ans sans distinction de sexe et présentant une hépatomégalie supérieur à douze centimètres sur la ligne médioclaviculaire droite ou supérieur à trois centimètres sur la ligne xypho-ombilicale n'ont pas été inclus dans notre étude : les enfants, les patients avec hépatomégalie hétérogène nécessitant un diagnostic anatomopathologique, chez qui l'examen a été contre-indiqué et les malades ne pouvant payer les examens. Les malades répondant à nos critères d'inclusion étaient soumis à un examen clinique. L'examen clinique de chaque malade qui comprenait : l'interrogatoire et l'examen physique étaient suivis d'une échographie et des autres examens complémentaires en fonction des orientations cliniques. L'examen physique recherche surtout l'hépatomégalie et précise des caractères du foie. Cet examen permet de passer en revue les autres appareils afin d'orienter les examens paracliniques y compris le bilan d'hémostase avant les ponctions hépatiques échoguidées. La ponction était possible si le taux de prothrombine est supérieur ou égal à 50% et une numération des plaquettes supérieure ou égale à 80.000/mm³. Les malades ne devaient présenter aucune contre-indication à la ponction telle que : la dilatation des voies biliaires intra-hépatiques, l'hépatomégalie d'origine cardiaque, l'angiome et le kyste hydatique. Après l'anesthésie locale réalisée avec de la lidocaïne à 2%, l'aiguille adaptée sur une seringue de 10 ml contenant un peu d'air est introduite sous contrôle échographique jusqu'au niveau des lésions. Des mouvements de va et vient sont exécutés, jusqu'à ce que soit reflué dans la seringue un liquide (sang, pus, sérosité etc...). Le prélèvement obtenu est projeté sur 4 à 5 lames. Avec une cinquième lame libre, on étale soigneusement le prélèvement sur chaque lame pour en faire les frottis minces. Les lames sont séchées à l'air et transportées au laboratoire d'anatomie pathologique le même jour. Aucun incident ni accident n'a été observé dans notre série. Nous avons également réalisé des ponctions biopsies hépatiques (PBH) avec l'aiguille de Menghini à l'aveugle sur les hépatomégalies homogènes, et lorsqu'il s'agissait d'une hépatomégalie hétérogène la PPBH était échoguidée. Le fragment retiré déposé dans un flacon contenant du formol à 10% et amené au laboratoire pour étude histologique. Au laboratoire, les lames cytologiques étaient recouvertes au May-Granwald pur pendant cinq minutes puis sans rincées et recouvertes après élimination au Giemsa pendant vingt minutes. Après rinçage et séchage des lames à l'air libre, la lecture était faite au microscope photonique. Les carottes biopsiques ont été soumises aux techniques histologiques de routine avec coloration à l'Hémateine éosine.

RESULTATS

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Durant la période de notre étude nous avons dénombré 1060 cas d'hospitalisation parmi lesquelles 152 cas d'hépatomégalies soit 14,2% (15 cas d'hépatomégalie par mois).

L'âge moyen de nos patients était de 42 ans avec des extrêmes à 17 et 76 ans avec un sex-ratio de 1,7 en faveur des hommes. La tranche d'âge de 35 à 54 ans était la plus concernée dans une proportion de 56%. Toutes les couches socio-professionnelles étaient touchées avec une prédominance chez les cultivateurs et les fonctionnaires. 70% de nos patients résidaient à Bangui et 30% étaient référés par les formations sanitaires des provinces.

ASPECTS CLINIQUES

Tableau I : Motifs d'hospitalisation

Motifs d'hospitalisation	Nombre	%
Douleurs de l'hypochondre droit	92	60,5
Ictère	102	67,1
Ballonnement abdominal	97	63,8
Fièvre	60	39,4
Altération de l'état général	66	43,4
Dyspnée	10	6,5
Epigastralgie	12	7,9
Autres*	10	6,5

Autres : Céphalées, Vomissements

Les antécédents de nos patients étaient dominés par l'ictère dans 48,6% des cas, l'hépatite virale B confirmée dans 9,8% et l'amibiase intestinale dans 6,5% des cas. L'éthylisme chronique, l'hypertension artérielle et la bilharziose intestinale avaient représenté dans un faible proportion.

Tableau II : Signes cliniques

Signes cliniques	Nombre	%
Maigrissement	66	43,4
Reflux hépatojugulaire	23	15,1
Ascite	50	32,8
Oedèmes des membres inférieurs	43	28
Bruits anormaux du cœur	23	15,1
Rareté de la pilosité	27	17,7
Ongles blancs	27	17,7
Circulations veines collatérales	66	43,4
Adénopathies	14	9,2
Splénomégalie	50	32,8
Autres *	6	4

Autres* : Trémulation de la langue, varicosité des pommettes, lésions de grattage.

Tableau III : Caractéristiques cliniques et échographiques de l'hépatomégalie

Caractéristiques de l'hépatomégalie		Nombre	%
Flèche hépatique	> 3 cm sur LXO *	54	35,5
	>12 cm sur LMC	98	64,4
Sensibilité	Douloureuse	122	80,2
	Indolore	30	19,7
Surface	Régulière	83	54,6
	Irrégulière	69	45,3
Consistance	Dure	66	43,4
	Ferme	81	53,4
	Molle	5	3,2
Bord inférieur	Mousse	88	57,8
	Tranchant	66	43,4
Caractères échographique	Hépatomégalie homogène	47	30,9
	Hépatomégalie hétérogène	105	69

LXO : Ligne xypho-ombilicale

LMC : Ligne médio-claviculaire

ETIOLOGIES DES HEPATOMEGALIES**Tableau IV** : Etiologies des hépatomégalies

Types des lésions	Etiologies	Nombre	%
Lésions inflammatoires du foie N=58 (38,2%)	Amibiase	25	16,4
	Hépatite virale B	21	13,8
	Abcès hépatique à germes pyogène	9	6
	Bilharziose hépatosplénique	3	6
Lésions tumorales malignes du foie n = 39 (25,6%)	Cancer primitif du foie	25	16,4
	Métastase hépatique	14	9,2
Cirrhoses du foie n = 27 (17,8 %)	Cirrhose post hépatite B	14	9,2
	Cirrhose post éthylique	6	4
	Cirrhose de cause indéterminée	7	4,6
Foie cardiaque N=23 (15,1%)	Péricardite tuberculeuse	13	8,5
	Myocardiopathie congestive	10	6,6
Tumeurs bénignes du foie	Angiome du foie	2	1,3
Causes indéterminées		3	2
Total		152	100

Les abcès du foie représentaient 22,6% des étiologies. 73% de ces abcès du foie avaient une sérologie ambiante positive. L'examen bactériologique du pus et la culture chez 9 patients en itaque ont permis d'isoler 2 cas d'*Escherichia coli* (22,2%) et 4 cas de pneumocoque (44,4%) et 34,4% de causes inconnues. L'antigène HBs était positif chez les 21 cas d'hépatite virale ainsi que la sérologie bilharzienne chez 3 patients. Dans l'amibiase hépatique et l'hépatite virale B, les patients âgés de 15 à 34 ans étaient les plus touchés. L'abcès hépatique à germes

pyogènes a été noté dans toutes les tranches d'âge. La bilharziose hépatosplénique n'a été retrouvée que parmi les sujets âgés de 25 à 44 ans.

La recherche de l'antigène HBS est revenue positive dans 17 cas (68%) de cancer primitif du foie. La totalité des cas de cancer primitif du foie était représentée par le carcinome hépatocellulaire. Le cancer primitif du foie était observé chez les patients âgés de plus de 25 ans.

Le cancer secondaire du foie a été retrouvé chez les patients de plus de 45 ans. Parmi les 27 patients atteints de cirrhose du foie, 51,8% étaient porteurs de l'antigène HBs positif. Tous les cas de cirrhose du foie ont été observés chez les patients âgés de plus de 35 ans.

L'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque ont permis de mettre en évidence 13 cas (46,4 %) de péricardite tuberculeuse et 10 cas (35,8 %) de myocardiopathie congestive. Tous nos patients avaient un taux de prothrombine supérieur à 50 %. Dans 88,6 % des cas, les résultats de cytoponction-hépatique/ ponction biopsie-hépatique, concordaient avec les résultats de l'échographie.

DISCUSSION**Limites de l'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans les services de médecine interne à orientation hépatogastro-entérologique de l'hôpital de l'Amitié de Bangui, qui fait partie des services hospitaliers de références du pays. Par conséquent, ces résultats ne peuvent être extrapolés à tout le pays. Toutefois, le choix de ces services de médecine a le mérite de permettre de colliger en peu de temps un échantillon de taille assez importante. L'absence de certains moyens de diagnostic tel que l'imagerie par résonance magnétique, la tomodesitométrie et l'artériographie à limiter le diagnostic précoce des hépatomégalies. Le diagnostic de toutes les étiologies des hépatomégalies avec insuffisance hépatocellulaire n'a pas été possible pour les mêmes raisons. Le niveau socio-économique bas des patients, n'a pas permis la réalisation de certains examens pourtant disponibles. De même, les perturbations socio-politiques qui ont secoué le pays depuis ces dernières années, ont rendu inaccessibles pendant un certain temps les structures sanitaires. Par ailleurs, nous avons constaté que beaucoup de malades chez qui on suspectait un cancer de foie quittaient l'hôpital dès qu'ils étaient informés de leur maladie. Beaucoup de malades souffrant de cirrhose et du cancer du foie, arrivent à l'hôpital à un stade avancé de leur maladie. Ce qui a empêché l'usage des moyens de diagnostic tels que : la cytoponction et la ponction biopsie hépatique. Notre étude n'ayant pu être parfaitement exhaustive, nous ne pouvons pas faire une analyse approfondie des facteurs liés aux hépatomégalies.

Prévalence :

L'hépatomégalie est diversement appréciée dans les études africaines (4,9). Ces différences sont sans doute liées au type de pathologies rencontrées, mais également à la différence dans la mensuration du foie. Dans notre série nous avons une prévalence hospitalière de 14,3%. Boco et al (8) au CHU de Cotonou ont montré que les hépatomégalies représentaient 16,45 % de demandes d'exploration échographique en quatre ans tandis que Allah Kouadio (2) à Abidjan a trouvé que les hépatomégalies représentaient 36,60 % dans les indications de la ponction biopsie-hépatique. Ces résultats bien que non comparables du fait de la différence dans les méthodologies utilisées, de montrer que les hépatomégalies sont fréquentes en Afrique.

Données de l'interrogatoire :

La douleur de l'hypochondre droit, l'ictère et le ballonnement abdominal constituaient les principaux motifs d'hospitalisation chez nos patients. La fréquence élevée des douleurs était liée à la forte proportion des cas de cancer primitif du foie et abcès du foie (32,8 %) rencontrés dans notre échantillon. D'autre part le ballonnement abdominal qui est dû soit à une ascite, soit à une volumineuse hépatomégalie, traduit le fait que les malades se sont présentés tardivement en consultation, ou le fait que le personnel de santé ne prend pas correctement en charge ces pathologies avec hépatomégalies. En effet, les visites médicales correctement en charge ces pathologies avec hépatomégalies. En effet, les visites médicales systématiques sont du domaine des entreprises privées. La présence d'une hépatomégalie douloureuse, fait rechercher systématiquement un abcès du foie. C'est ainsi que BENAZZOZ et al. (3) en 1995 à RABAT ont trouvé la douleur dans 86,3 % des cas d'abcès du foie, tandis que MANLAN (16) l'a observé dans 93,45 % des cas d'abcès microbiens du foie à ABIDJAN

Données de l'examen clinique et échographique :

Comme dans la littérature (11,28), l'échographie a occupé une place de choix parmi nos moyens d'exploration. C'est ainsi que tous nos malades ont bénéficié de ce moyen de diagnostic. Dans notre série, l'hépatomégalie était douloureuse dans 80 % de cas, de surface régulière (54,6 %), de consistance ferme (53,4 %) et de bord inférieur mou (57,8 %) avec parfois association des signes cliniques.

Les données échographiques se rapprochent de celles de BOCO (8) qui a trouvé que le foie était homogène chez 47% des patients. Les hépatomégalies étaient souvent hétérogènes et corrélées avec un abcès ou un cancer du foie.

Principales étiologies des hépatomégalies :

Dans notre série, l'abcès hépatique représentait 22,4 % de toutes les étiologies des hépatomégalies, occupant ainsi la deuxième place et 43,1 % parmi les lésions inflammatoires du foie avec une prédominance de l'amibiase hépatique retrouvée dans 16,4 % des cas contre 6 % d'abcès à pyogènes. Sur les 25 cas d'amibiase hépatique, nous avons dénombré 68% d'hommes et 32% de femmes avec un pic de fréquence entre 25 et 34 ans.

Nous avons également observé cette prédominance masculine chez les patients atteints d'abcès à pyogènes avec un maximum de fréquence entre 35 à 44 ans.

La distribution de l'abcès du foie semble varier d'une région à l'autre. C'est ainsi qu'au Maroc ABDELOUAF (1) en 1993 a trouvé autant d'abcès hépatique à pyogène que d'amibiase hépatique alors que BENAZZOZ (3) deux ans plus tard a rapporté plus d'abcès à pyogènes. MARJOU (17) a polynésie française en 1992 a retrouvé plus de cas d'abcès à pyogènes. En 1986 au CHU de Cocody en Côte d'Ivoire, MANLAN et al. (16) ont montré que l'incidence des abcès à pyogènes était extrêmement faible 0,01 pour 1 000 admissions en médecine et en chirurgie contre 20,6 pour 1 000 dans les abcès amibiens du foie. Il a enregistré 49 hommes et 7 femmes, âgés de 7 à 65 ans avec un pic maximum de fréquence entre 20 et 40 ans.

La forte prévalence des abcès du foie dans notre étude concorde bien avec celle de BENAZZOZ (3) et IBARA (9). La proportion réelle des abcès du foie qu'ils soient amibiens ou à pyogènes, en milieu hospitalier est sous-estimé par rapport à la réalité à cause de l'automédication à base d'amoebeicide tissulaire et d'antibiotiques appliqués en cas de douleur abdominale ou des prescriptions anarchiques par le personnel non qualifié.

La forte prévalence de l'amibiase hépatique dans notre série par rapport à la réalité à cause de l'automédication à base d'amoebeicide tissulaire et d'antibiotiques appliqués en cas de douleur abdominale ou des prescriptions anarchiques par le personnel non qualifié.

La forte prévalence des abcès du foie dans notre étude concorde bien avec celle de BENAZZOZ (3) et IBARA (9). La proportion réelle des abcès du foie qu'ils soient amibiens ou à pyogènes, en milieu hospitalier est sous-estimé par rapport à la réalité à cause de l'automédication à base d'amoebeicide tissulaire et d'antibiotiques appliqués en cas de douleur abdominale ou des prescriptions anarchiques par le personnel non qualifié.

La forte prévalence de l'amibiase hépatique dans notre série par rapport aux abcès à pyogène s'expliquerait par le fait que la Centrafrique est située dans la zone d'hyper endémicité d'amibiase. IBARA (9) au Congo en 2 000 a constaté également que les abcès du foie à germes pyogènes paraissaient rares en zone tropicale d'Afrique par rapport aux abcès amibiens du foie. La forte prédominance masculine retrouvée dans notre série, concorde avec les données de la littérature (3,25). Cependant, il nous a été difficile d'expliquer cette tendance.

Les germes isolés dans notre étude sont dominés par les pneumocoques, notamment en littérature il semble que *Escherichia Coli* est le plus fréquemment rencontré, notamment en Côte d'Ivoire et au Maroc, ou il a représenté la moitié des étiologies.

BENNCI (5) à Arezzo en Italie a trouvé des germes Gram négatifs (31 %), *Entamoeba histolytica* (20 %) et des causes inconnues chez 12% de ces patients.

IBARA (9) au Congo a isolé 36,8 % des Gram positifs (dont 9 cas de staphylocoques) et bacilles à Gram négatifs 28,9 % (9 cas d'entérobactérie).

Le diagnostic de l'abcès du foie dans notre étude était basé sur les arguments cliniques et paraclinique suivants : malade avec une hépatomégalie douloureuse et fébrile, chez qui la numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation ont montré un syndrome inflammatoire dans la majorité des cas. Les autres examens complémentaires étaient constitués du taux de prothrombine et de l'échographie abdominale. La cytoponction hépatique a été réalisée pour examen cyto-bactériologique et culture des prélèvements. Ces différents moyens d'exploration utilisés dans notre étude, ont été également employés par d'autres auteurs et constituent des moyens de diagnostic fiable (1,3,4,25).

L'hépatite virale B représentait 13,8 % de toutes les lésions et 36,2 % des lésions inflammatoires. Nous avons noté que ce virus atteignait souvent l'homme (76,2 %) adulte avec un pic de fréquence entre 15 à 24 ans. L'Institut Pasteur de Bangui a noté une fréquence de 6,6 % dans la ville de Bangui en 1972. VOHITO (24) toujours dans la même ville en 1980 a trouvé un chiffre de 4,75 % parmi les affections hépatiques.

Il faut noter que la fréquence réelle des hépatite en général est sous-estimée dans notre série, dans la mesure où nous nous n'avons pas pris en compte les hépatites virales sans hépatomégalie et les hépatites virales C.

La bilharziose hépatosplénique représentait 2 % des cas d'hépatomégalie et 5,2 % des cas parmi les lésions inflammatoires du foie surtout chez les patients âgés de 25 à 44 ans. Les études successives de LOHOUES (15) et ALLAH KOUADIO (2) en 1999 et 2000 montrent une prévalence assez proche de la nôtre.

Ce rapprochement des résultats, résiderait dans les méthodes de diagnostic utilisé. Les signes cliniques étaient complétés par des examens complémentaires suivants : la sérologie bilharzienne, l'échographie abdominale montrant des signes d'hypertension portale et une fibrose périportale. La ponction biopsie hépatique permet de mettre en évidence des granulomes bilharziens à l'examen histologique. Les données de la littérature ont montré une fiabilité de ces moyens de diagnostic (2,24).

KLOTZ (14) à Dakar en 1995 a montré également que l'échographie et la sérologie bilharzienne constituaient une méthode fiable de diagnostic de la bilharziose hépatosplénique. Cependant TRAORE (23) à Bamako en 1996 en utilisant la laparoscopie, a rapporté un résultat plus bas (0,90%).

Les tumeurs ont représenté 27 % de l'ensemble des étiologies des hépatomégalies avec une prédominance des cancers du foie. Les carcinomes hépatocellulaires, représentaient plus de la moitié des lésions tumorales (64,1%). Nous avons noté une prédominance masculine avec une survenue précoce entre 45 à 54 ans parmi ces carcinomes hépatocellulaires. L'antigène HBs y était associé dans 68 % des cas. Nous avons également remarqué que la leucémie lymphoïde chronique a représenté 3,9% des étiologies des hépatomégalies, 15,4 des lésions tumorales et 14,2 % des métastases hépatiques.

LOHOUES (15) à Abidjan en 2000, a rapporté une prévalence des carcinomes hépatocellulaire plus élevée que la nôtre soit 6,4% parmi les étiologies des hépatopathies chroniques. Le virus de l'hépatite virale B représentait la première cause de ces hépatopathies chroniques (76,5 %). BOCO (7) au Bénin en 1996 a obtenu quant à lui une proportion inférieure à la nôtre avec 5,06% de carcinomes hépatocellulaires dans une étude portant sur le bilan de quatre années d'exploration échographique.

En Afrique la prévalence des carcinomes hépatocellulaires est très variable allant de 17,8% à 65% (7,21).

L'incrimination de l'antigène HBs dans le développement des carcinomes hépatocellulaires a été rapporté par NJJOYA (19) à Yaoundé en 1996 dans 55% des cas, par SARR (21) à Dakar en 1996 dans 52,8% des cas et par KA (12) à Dakar en 1996 avec une proportion de 65,6%.

Il ressort de l'étude de IBARA (10) au CONGO en 1999 que le cancer primitif du foie est une affection fréquente en milieu hospitalier. Ce cancer représentait la première affections hépatiques avec 14,3% après les hépatites virales, les abcès du foie et les cirrhoses. Il s'observe chez le jeune (moyenne d'âge 47ans, de sexe masculin).

La prédominance masculine dans les carcinomes hépatocellulaires a été aussi notée par KA (12) à Dakar et BIWOLE (6) à Yaoundé. La prévalence du carcinome hépatocellulaire dans notre série concorde en partie avec les données de la littérature, mais elle reste inférieure aux données rapportées dans les études réalisées au Sénégal et en Côte d'Ivoire (15,21). L'âge de survenue des cancers du foie dans notre série concorde avec les données de la littérature (15,21).

La cirrhose du foie représentait 17,7% dans notre série. Les étiologies de ces cirrhoses étaient dominées par l'hépatite virale B dans 51,8% des cas contre 22,2% dans la cirrhose postéthylque. Dans 26% des cas l'étiologie était restée inconnue. L'âge des patients variait de 15 à 65 ans avec un pic de fréquence situé entre 45 à 54 ans. La prévalence de la cirrhose du foie dans notre série est inférieure à celle de LOHOUES (35,2%). Mais les étiologies sont les mêmes et sont dominées par le virus de l'hépatite B (82,4%), le virus de l'hépatite C (21%) et l'alcool (14%). BENAZZOUZ (4) à Rabat a retrouvé une proportion plus élevée que la nôtre (35,7%). YASSIBANDA (25) à Bangui la capitale en 1982 avait remarqué, que parmi les affections hépatiques, la cirrhose du foie au stade décompensé occupait à Bangui la première place (56,49%) et à Bouar (une ville de province) 10,32 % des affections hépatiques. Cette différence résulte du fait que nous n'avons mené notre étude que sur les patients porteurs d'hépatomégalie alors que dans la cirrhose, le foie peut être de volume normal ou atrophique (15). Ce qui écarte de notre échantillon tous les cas de cirrhose sans hépatomégalie. La seconde raison résiderait dans le fait que très souvent les malades consultent au stade de cirrhose décompensée. La prédominance masculine retrouvée dans notre série corrobore les données de la littérature (2,24). La forte proportion de cette affection dans la tranche d'âge de 45 à 54 ans a été observée également par d'autres auteurs (10,15). Cette manifestation tardive de la cirrhose du foie pourrait s'expliquer par le caractère chronique de cette pathologie.

La numération formule sanguine était normale ou perturbée avec une neutropénie, une thrombopénie ou une anémie. Les textes hépatiques étaient perturbés ou non.

L'échographie abdominale mettait en évidence une hépatomégalie de contour déformé avec une échogénéité augmentée et des signes d'hypertension portale. La ponction biopsie hépatique met en évidence une fibrose et des nodules de régénération à l'examen histologique. Les données de la littérature ont montré la fiabilité de l'échographie abdominale et de la ponction biopsie hépatique dans le diagnostic de la cirrhose post-hépatitique B a été posé sur la notion d'ictère et par la positivité de l'antigène HBs. Le diagnostic de la cirrhose post-éthylque était revenu devant un aveu d'éthylisme chronique, des signes d'imprégnation éthylque, une macrocytose et une augmentation de la gammaglutamyl transpeptidase.

Autres étiologies des hépatomégalies :

Le foie cardiaque dans notre série représentait 15,1 % des étiologies des hépatomégalies repartis entre la péricardite tuberculeuse 8,5 % et la myocardiopathie congestive 6,6%. Le diagnostic du foie cardiaque était retenu devant la présence d'une hépatomégalie molle, douloureuse, à bord inférieur moule, accompagnée des signes d'insuffisance cardiaque avec reflux hépatojugulaire et des œdèmes des membres inférieurs.

L'électrocardiogramme et l'échographie cardiaque ont permis de poser le diagnostic de la péricardite tuberculeuse et de la myocardiopathie congestive.

Les tumeurs bénignes du foie ont été dénombrées dans 1,3 % des cas, représentées essentiellement par l'angiome du foie. Le diagnostic de l'angiome du foie était évoqué à l'échographie mais sans manifestation clinique notable.

Concordance des données fournies par l'échographie et l'anatomie pathologique

Dans notre série sur les 25 cas de carcinome hépatocellulaire évoqués à l'échographie, 20 ont été confirmés par la cytologie et/ou l'histologie. Les 30 cas de cirrhose du foie évoqués ont été confirmés à l'examen histologique. Ces résultats nous montrent que l'échographie et les résultats anatomo-pathologique est important pour la confirmation du diagnostic.

CONCLUSION

L'hépatomégalie est une situation à laquelle le clinicien est fréquemment confronté. Si dans certains cas le diagnostic est facile par les seules données cliniques et biologiques, le plus souvent il faut s'aider des examens complémentaires au premier rang desquels l'échographie. La biopsie hépatique et la cytoponction du foie contribuent très largement au diagnostic des étiologies des hépatomégalies. Le virus B de l'hépatite est impliqué dans 34,2 % des étiologies des hépatomégalies occupant ainsi la première place suivi de l'abcès du foie. Cela pose un problème majeur de santé publique, eu égard à l'évolution chronique de cette affection virale et le mode de transmission qui est identique à celui du VIH d'où la nécessité d'un traitement préventif par la vaccination de masse contre l'hépatite virale B.

REFERENCES

- 1- ABDELOUAFI A., OUSEHAL A., KADIRI R. Apport de l'échographie dans le diagnostic des abcès du foie, à propos de trente deux cas. Annales de radiologie 1993 ; 36 : 286-292.
- 2- ALLAH LOUADIO E., LOHOUES KOUAKOU M.J., ASSI C., BA N., TROH E., BATHAIX F. et al. Quelles indications de la ponction biopsie hépatique en 1999-2000 ans dans un service de médecine et d'hépatogastroentérologie en milieu africain, à propos de 57 cas. Rev. Int.Méd. 2000 ; 2 : 126-132.
- 3- BERZZOUZ M., AFITI R., IBRAHIMI A., ESSAID A., SEBTI MF. Abcès du foie : diagnostic et traitement. Etude d'une série de 22 cas. Ann Gastroentrol Hépatol 1995 ; 31 : 333-336.
- 4- BENAZZOUZ M., IBRAHIMI A., AFITI R., ESSAID., SEBTI MF., Apport de biopsie échoguidée dans le diagnostic des masses hépatiques, étude d'une série de 98 ca. Med Chir Dig 1996 ; 25 : 221-223.
- 5- BENCI A., CAREMANI M., MAESTRINI R., ACCORSI A., PAPA F, Lapini du foie. Méd Chir Dig. 1996 ; 213-223.
- 6- BIWOLE SIDA M., NKO'O AMVENE, ESSAME OYONO, MBAKOP A., MANFO C., TAKPA JB et al. Dépistage du carcinome hépatocellulaire au sein d'une population de sujets à haut risque au Cameroun. Ann Gastroentéro hépato 1992 ; 28 : 213-216.

- 7- BOCO V., HOUTONDI A. Bilan de quatre années d'exploration échographique de la pathologie hépatique au CNHU de Cotonou. A propos de 632 examens. Cahier de santé 1996 ; 6 : 151-155.
- 8- BOCO V., KODJOH N., HOUNTONDI A. Echographie et abcès amibien au CNHU de Cotonou : à propos de 33 cas. Cahier de santé 1996 ; 6 : 157-160.
- 9- IBARA JR., OLLANDZOBO IKOBO LC., ATIPO IBARA BI., ITOUA NGAPORO A. Abcès du foie à germes pyogènes. Aspects cliniques, morphologiques et étiologique. A propos de 38 cas. Médecine d'Afrique noire 2000 ; 47 : 92-96.
- 10- IBARA JR., OSSSENDZA A., OKOUM M., DEBY GASSAYE, NGOMA PH, MANIBOUANA. Les cancers primitifs du foie au Congo, étude hospitalière de 558 cas. Médecine d'Afrique Noire 1999 ; 46 : 394-397.
- 11- GBALA SAPOULOU E. Prévalence des marqueurs des virus des hépatites B, C et d dans une population de femmes enceintes. Thèse de Médecine à Brazzaville (Congo) 1992, p 75.
- 12- KA MM., HERVE PH., LEGUENNO B., NDIAYE MF., DIOP B. et al. Faible prévalence des anticorps anti VHC dans le carcinome hépatocellulaire au Sénégal. Ann Gastroentérol Hépatol 1995 ; 31 : 329-332.
- 13- KLOTZ F., MBAYE PS., RENAUDINEAU Y., DILLO A, RAPHENON G. Maladies hépatiques chroniques et virus des hépatites B (VHB), C (VHC) et D (VVHD) à l'hôpital principal de Dakar (à propos d'une étude de cas-témoin). Gastroentérol Clin Biol 1996 ; 20 : 84.
- 14- KLOTZ F. La bilharziose hépatosplénique en Afrique. Méd chir Dig 1996 ; 25 : 215-217.
- 15- LOHOUES KOUAKOU MJ., CAMARA BM., BAN, AMADOU Z, AMADOU Z, ALLAH-KOUADIO E, ASSIC et al. Etiologies des hépatopathies chroniques : à propos de 162 cas colligés à Abidjan. Rev Sci Méd 2000 ; 2 : 115-118.
- 16- MANKAN K, NDRI N, D'HORPOCK A, KOUASSI JJC, CAMARA BM, NDRI-YOMAN TH, et al. Les abcès microbiens du foie : à propos de 52 cas. Revue Médicale de Côte d'Ivoire 1986 ; 77 : 6-14.
- 17- MARJOU F, LE GALL R, LE BOT Y. Abcès du foie : Imagerie et radiologie interventionnelle en polynésie française. Médecine Tropicale 1992 ; 52 : 81-86.
- 18- NDRI K, D'HORPOCK AF, KONAN A, ATTIA A, GBAZI GC, MENSAH GD et al. Cytoponction à l'aiguille fine échoguidée dans le diagnostic des tumeurs malignes du foie. Médecine Tropicale 1996 ; 56-53.
- 19- NJOYA N, CHICHOM MEFIRE A, NDJITTOYAP NDAM EC, TZEUTON C. Séroprévalence des hépatites B et C dans le carcinome hépatocellulaire au Cameroun, étude de cas-témoins. Gastroentérol Clin Biol. 1996 ; 20 : 100.
- 20- NKO'O AMVENE S, KKOKI NDOMBO P, BIWOLÉ SIDA M, AFANE ELA A, AFANE ZE E, KAYEMB TANGA L et al. Valeur diagnostique de l'échographie abdominale dans la cirrhose du foie du noir africain ; une étude de 99 cas. Ann Gastroentérol Hépatol 1992 ; 28 : 61-64.
- 21- SARR A, SOW AM, DIALLO A, MENDEZ V, KA-CISSE M. Séroprévalence du VHC et VHB au cours de l'hépatome. Méd Chir Dig. 1996 ; 25 : 215-217.
- 22- TAUREL P, BENKIRANE K, BARNEON G, LARREY D, BLANC F, PRADEL J et al. Facteurs d'échec de la ponction guidée.
- 23- TRAORE HA, MAIGA MY, SOGODOGO S, DEMBELE M, TRAORE SIDIBE A, DIALLO D et al. Place de la bilharziose hépatique au cours des hépatopathies en médecine interne à l'hôpital national du point « G » Méd Chir Dig 1996 : 215-217.
- 24- VOHITO MD, VOHITO-MBOMY JA, IVANOVA L. Hépatites virales. Etudes de 90 cas hospitalisés à Bangui. Méd Afr Noire 1980 ; 27 : 5.
- 25- YASSIBANDA S Cirrhose du foie décompensée et compensée : Aspects épidémiologiques et cliniques dans des villes centrafricaines. Thèse Médecine Bangui (Centrafrique) 1982 : p 53.