

ASPECTS EVOLUTIFS DE LA MALADIE CIRRHOTIQUE DANS UN SERVICE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE AU MALI

Diarra M, Konaté A, Soukho A Epouse K, Dicko M, Kallé A, Doumbia K Epouse Samaké, Sow H, Traoré HA, Maiga M Y

Correspondant : Pr. Moussa Y MAIGA BP 2931 Bamako – Mali

E-mail : maigamoussay@yahoo.fr

RESUME

Le but principal de notre étude était d'évaluer l'évolution de la maladie cirrhotique à un an de suivi. Il s'agissait d'une étude prospective et longitudinale de Janvier 2005 à Décembre 2006 dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel TOURE. Les malades ont bénéficié d'un suivi d'un an au cours duquel ils ont été vus en consultation tous les 3 mois.

Au terme de l'étude 57 malades ont été colligés.

L'âge moyen des patients était de $41,5 \pm 15,3$ ans. L'ascite a été le motif de consultation dans près de la moitié des cas (49,1%). L'ascite et l'ictère étaient les signes les plus retrouvés à l'examen physique avec respectivement 70,2% et 54,4%. L'apparition ou l'aggravation d'une ascite a été la complication la plus retrouvée au cours de l'année avec 67,5% des cas ($p = 0,002$).

La mortalité globale a été de 82,5% et surtout élevée au cours des trois premiers mois, due en majorité au CHC, à l'hémorragie digestive et l'encéphalopathie hépatique avec respectivement 33,3%, 27,3% et 15,2%.

La douleur abdominale, l'ascite et l'ictère ont une valeur prédictive de mortalité élevée (p compris entre 3.10^{-3} et 10^{-7}).

Une consultation précoce, une observance thérapeutique et une prise en charge correcte des complications de la cirrhose pourraient réduire cette mortalité.

Mots clés : cirrhose, évolution, un an

SUMMARY

The main goal of our study was to evaluate cirrhosis course on one year.

The study was prospective and longitudinal from January 2005 to December 2006 in the center of hepatology and gastro-enterology of CHU Gabriel Touré. The patients had one year follow up and examined every three months.

In this study 57 patients were included. Mean age was $41,5 \pm 15,3$ years. Ascite and jaundice were the main clinical signs respectively 70.2% and 54.4%. Ascite or its increase was the most complication in 67.5% of cases ($p = 0.002$).

The global mortality was 82.5% and it was high in the three first months, caused by hepatocellular carcinoma, digestive bleeding and hepatic encephalopathy respectively 33.3%, 27.3% and 15.2%.

Abdomen pain, ascite and jaundice have an predictive value for high mortality (p between 3.10^{-3} et 10^{-7}).

Early examination, therapeutic observance and good management of cirrhosis complications could reduce the mortality.

Key words : cirrhosis, evolution, one year.

INTRODUCTION

La cirrhose, stade ultime de l'évolution de la plupart des maladies chroniques du foie, représente une préoccupation majeure pour les praticiens.

Le pronostic de cette affection tient à la survenue de complications graves, comme l'hypertension portale (HTP), l'insuffisance hépatocellulaire (IHC) et le carcinome hépatocellulaire (CHC).

Ce pronostic pourrait être amélioré si certains traitements spécifiques (pharmacologique, endoscopiques, radiologiques), plus appropriés, étaient disponibles dans notre contexte.

En France, la prévalence de la cirrhose est estimée à 1 500 à 2 500 cas par million d'habitants avec une incidence annuelle de

150 à 200 cas par million d'habitants. Sur cette population environ 100.000 malades sont symptomatiques [1]. Seule une petite proportion estimée à environ 6% des malades susceptibles de décéder de cirrhose alcoolique est transplantée [2].

Selon l'OMS 350 millions d'individus souffrent d'une hépatopathie chronique, dans le monde et l'Afrique en compterait 60 millions avec un quart de décès par an [3].

La cirrhose décompensée et le CHC ont représenté 10% du recrutement en médecine hospitalière au Gabon en 1993 [4].

En 1999 au Congo la cirrhose occupait le troisième rang (22,4%) des affections hépatiques après les hépatites virales (30,9%) et les abcès hépatiques (27,3%) [5].

En 2002 la cirrhose représentait 5,8% des hospitalisations au Burkina Faso [6].

Au Mali en 1996 la cirrhose et le CHC étaient les premières causes de mortalité chez l'adulte jeune (37,64%) en médecine interne [7]. D'autres études ont porté sur les aspects cliniques, épidémiologiques et diagnostiques de la cirrhose [8,9,10,11,12,13]. Toutes ces études avaient un caractère transversal et le devenir des patients après le diagnostic n'était pas évalué. Nous avons entrepris cette étude dans le but d'apprécier les aspects évolutifs de la cirrhose sur une période d'un an de suivi.

METHODE

1. Patients : L'étude longitudinale et prospective a porté sur les patients hospitalisés ou ayant consulté dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel de Janvier 2005 à Décembre 2006 pour cirrhose. Ont été inclus tous les patients ayant la preuve histologique de la cirrhose et/ou la présence de nodules de cirrhose au cours de la laparoscopie et/ou les critères suivants : foie ferme à bord inférieur tranchant, présence des varices œsophagiennes (VO) et/ou cardio tubérositaires (VCT), un taux de prothrombine (TP) inférieur à 54% et des anomalies échographiques des contours et du parenchyme évoquant une cirrhose. N'ont pas été inclus les malades ayant au moment du diagnostic un carcinome hépatocellulaire, une infection du liquide d'ascite, un syndrome hépatorénal.

2. Méthodes

L'interrogatoire minutieux a recherché les antécédents du malade et précisé les signes ainsi que le début approximatif de la maladie. L'examen physique complet a recherché une éventuelle hépatomégalie et ses caractères, les signes d'HTP et/ou d'IHC, une pathologie d'autres organes.

Les examens paracliniques ont comporté :

- L'échographie abdominale à la recherche des anomalies des organes pleins sus mésentériques, des signes d'HTP, un épanchement intra péritonéal.
- La fibroscopie œsogastroduodénale : à la recherche des varices œsophagiennes et/ou cardio tubérositaires, une gastropathie d'hypertension portale, des ectasies vasculaires antrales (EVA) et des érosions ou ulcères gastroduodénaux.
- La laparoscopie pour apprécier l'aspect macroscopique du foie et permettre des biopsies dirigées.

- Le taux de prothrombine, la bilirubinémie totale, l'électrophorèse des protides pour évaluer le score de CHILD PUGH.

- L'ionogramme sanguin et la créatininémie : à la recherche d'un syndrome hépato rénal et la surveillance du traitement diurétique.

- L'alpha foetoprotéine (AFP) au cours de la surveillance.

Un suivi régulier d'un an a été effectué pour chaque malade inclus. Les patients ont été vus en consultation tous les trois mois. L'échographie abdominale, l'évaluation du score de CHILD-PUGH et l'AFP ont été systématiques tous les six mois. Pour les personnes qui ne se sont pas présentées à la consultation, des sujets « contact » ont permis leur recherche.

Toutes les données ont été colligées sur une fiche d'enquête et analysées sur épi-info (version 6.0). Le test de Khi2 a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p < 0,05$.

RESULTATS

En 24 mois nous avons colligé 57 cas de maladie cirrhotique sur 2424 malades examinés pendant la période de l'étude soit une fréquence de 2,35%.

Dans l'enquête étiologique l'AgHBs était présent chez 12/39 malades testés et une intoxication alcoolique a été retrouvée chez 6 malades.

L'âge moyen était de $41,5 \pm 15,3$ ans avec des extrêmes de 12 à 72 ans. Le sex ratio était de 1,47 en faveur des hommes.

Les fonctionnaires, les cultivateurs et les commerçants ont représenté 70,2% de l'échantillon. L'ictère constituait 26,3% des antécédents (**tableau I**). L'ascite et l'ictère étaient les signes cliniques les plus fréquents, observés respectivement dans 70,2% et 54,4% des cas. (**Tableau II**). La majorité des patients avait un score de CHILD PUGH B et C (**Tableau III**). Les VO et les VCT ont représenté 82,4% des signes endoscopiques (**Tableau IV**).

L'ascite ou son aggravation était significativement retrouvée au cours de l'évolution de la maladie cirrhotique ($p = 0,002$) (**Tableau V**).

La mortalité globale était de 82,5% à un an. Cette mortalité a été respectivement de 21/45 patient soit 46,6% à 3 mois, de 31/45 patient soit 68,8% à 6 mois, de 31/40 patients soit 77,5% à 9 mois de 33/40 patients soit 82,5% à 12 mois.

Le CHC, l'hémorragie digestive et l'encéphalopathie hépatique étaient les principales causes de décès. (**Tableau VI**).

Le stade C du score de Child PUGH, la douleur abdominale, l'ictère, l'ascite et la

présence de VO étaient significativement associés à la mortalité (Tableau VII, VIII et IX).

DISCUSSION

Cette étude longitudinale et prospective a permis de colliger 57 cas de cirrhose sur une période de deux ans.

Quelques examens n'ont pas pu être réalisés chez tous les patients. Cependant notre échantillon était cliniquement représentatif dans notre contexte.

Au cours du suivi quelques malades étaient perdus de vue et 40 malades ont été suivis jusqu'à un an. Le taux élevé de perdus de vue pourrait s'expliquer soit par le fait que la plupart de nos cas venait de l'intérieur du pays, soit parce que certains préférèrent consulter un tradithérapeute, soit par décès non signalé.

La cirrhose a représenté 2,35% des malades examinés au cours de l'étude. Cette fréquence est concordante avec celle trouvée par Soumaré [13] à 2,5% dans une étude sur l'hémorragie digestive par rupture de VO.

L'âge moyen de nos patients était de $41,5 \pm 15,3$ ans, ce qui superposable à celui rapporté par Maïga et al [12] et qui était de 41,4 ans dans une étude sur l'endoscopie digestive au cours de la cirrhose.

Le sex-ratio était de 1,47 en faveur des hommes, inférieur à ceux trouvés par Maïga et al [12] et Soumaré [13] qui étaient respectivement de 2,6 et 6,1.

Un antécédent d'ascite a été retrouvé chez 26,3% des patients et pose encore le problème des hépatites dans notre contexte.

Les antécédents d'ictère et d'éthylisme étaient respectivement de 26,3% et 10,5%. Maïga et al [12] ont retrouvé l'ictère chez 42,9% des patients, l'alcool dans 1,8% des cas. Cette différence de la consommation alcoolique pourrait suggérer une intoxication de plus en plus fréquente dans notre milieu.

La fréquence de l'ascite (70,2%), de l'ictère (54,4%), le score CP aux stades B (39,2%) et C (51%) chez nos patients traduit le stade avancé de l'affection au moment du diagnostic. Pour Pariente [14] l'ictère est une complication fréquemment révélatrice de la maladie cirrhotique. Karoui et al [15] ont trouvé l'ascite dans 46% des cas, le CP B dans 63% des cas, le CP C dans 17% des cas. Maïga et al [12] ont rapporté 73,2% pour l'ictère, 58,9% pour l'ascite.

Les VO ont été retrouvées chez 82,4% de nos patients, cette fréquence est comparable à celles rapportées par Maïga et al [12] et

Coulibaly [9] qui étaient respectivement de 82,4% et 86%.

Au cours du suivi, l'apparition ou l'aggravation d'une ascite a été la complication la plus retrouvée au cours de l'année 67,5% ($p = 0,002$). Cette constatation est nettement supérieure à celles rapportées par Ismaël [16] et Pariente [14] qui étaient respectivement de 4% et 50%. Cette fréquence peut être expliquée dans notre contexte par le non respect du traitement et aussi par l'absence d'alternative thérapeutique en cas d'ascite réfractaire.

La mortalité globale a été de 82,5%. Cette mortalité est nettement supérieure à celle rapportée par Karoui et al [15] qui était de 24% sur une période de 30 mois.

Dans notre étude cette mortalité est élevée au cours des trois premiers mois, pouvant être due à la consultation tardive des patients ou à la difficulté de prise en charge des complications.

Les circonstances de décès étaient principalement le CHC (33,3%), l'hémorragie digestive (27,3%), l'encéphalopathie hépatique (15,2%). Cet ordre est différent de celui rapporté par : Karoui et al [15] qui était de 58% d'encéphalopathie hépatique, 23% d'hémorragie digestive et 11% de CHC. Selon Castera et al [17] les circonstances de décès étaient essentiellement l'infection bactérienne à 33%, l'insuffisance hépatique à 23,9% et l'hémorragie digestive à 21,6%.

La mortalité était significativement élevée lorsque les malades avaient un score CP au stade C avec 63,3% ($p = 0,008$), contrairement à celle retrouvée par Castera et al [17] qui n'était que de 34%.

La douleur abdominale, l'ascite et l'ictère étaient prédictifs de mortalité élevée (p compris entre 3.10^{-3} et 10^{-7})

Karoui et al [15] et Castera et al [17] ont rapporté que l'existence de complications initiale était un important facteur prédictif de décès.

Si Pariente et al [14] et Amiot [18] ont rapporté que le taux de survie à un an, du malade cirrhotique avec ascite était de 50%, nous avons trouvé dans le délai un taux de mortalité à 87,9% donc un taux de survie de 22,1%. Ce résultat s'explique dans notre étude par la consultation tardive et la difficulté de prise en charge correcte des complications dans notre contexte.

CONCLUSION

La cirrhose demeure pour tout médecin et mieux encore pour l'hépatogastroentérologue une affection très fréquente. La prise en charge reste très délicate.

Une stratégie de prise en charge efficace de la cirrhose et des complications doit être élaborée pour espérer diminuer la mortalité.

REFERENCES

1. BENHAMOU J P, ERLINGER. Maladie du foie et des voies biliaires. 4. Paris : Flammarion, 2000, 223p.
2. LEBREC D, VINELE JP, DUPDS JL. Complications de l'hypertension portale : un consensus. Gastroenterol Clin Biol 2004 ; 28 : B5.
3. Cirrhose : OMS. www-who-int/fr
4. PENET JL, NGNEMBY – MBINA C. Aspect de la morbidité rencontrée en Médecine interne au Gabon. Sem Hop Paris ; 69 :71-4.
5. TALANI P, NZABA P, BOLANDO D, AMBEDET A, MOYEN G. Affections hépatiques à Kouilou au Congo. Med Afr Noire 2000 ; 05 : 207-210.
6. SERME AK, ILBOUDO D. Cirrhose au centre national Yalgado Ouédraogo. Med Afr Noire 2002 ; 11 : 481-486.
7. KEITA S Prévalence de l'Ag HBs, de l'anti VHC et de alpha foeto-proteine au cours des cirrhoses et des CPF à propos de 65 cas à Bamako. Thèse Med, Bamako, 1996 ; 1.
8. BAGAYOGO M Intérêt de l'échographie dans le diagnostic de la cirrhose. Thèse Med, Bamako, 1996 ; 48.
9. COULIBALY A. Elément de diagnostic non vulnérant de la cirrhose. Thèse, Med, Bamako, 1996 ; 24.
10. MAIGA SM. Place de l'hépatite virale C dans les hépatopathies chroniques au Mali. Thèse Med, Bamako, 2001 ; 118.
11. DEMBELE M, MAÏGA I, MINTA I, KONATE A, DIARRA M, SANGARE D et al Etude de l'Ag HBs et l'AC anti VHC au cours des hépatopathies chroniques dans des services hospitaliers à Bamako, Mali. Bull Soc pathol Exot 2004 ; 97 (3) : 161-164.
12. MAIGA MY, DEMBELE M, DIALLO F, TRAORE HA, TRAORE AK, GUINDO A. Valeur diagnostique de l'endoscopie digestive haute au cours de la cirrhose. Acta Endoscopica 2002 ; 32 (2) 211-215.
13. SOUMARE G. Hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes. Thèse Med, Bamako, 2006 ; 98.
14. PARIENTE A. Décompensation ascitique. Gastro enterol clin Biol 2006 ; 30 : 870-874
15. KAROUÏ S, HAMZAOUÏ S, SAHLI F, MATRI S, BOUBAKER J et FILALI A. Mortalité au cours des cirrhoses : prévalence, causes et facteurs prédictifs. Tunis Med 2002 ; 80 (1) : 21-25
16. ISMAEL R. La cirrhose du foie : diagnostic et complications. Esp Medical 2006 ; 13 (129) : P 349
17. CASTERA L, PAUWELS, LEVY VG. Indicateurs pronostiques chez les malades atteints de cirrhose admis en service de réanimation. Gastro enterol clin Biol 1996 ; 20 : 263-268.
18. AMIOT X. Comment traiter une ascite réfractaire. Gastro enterol Clin Biol 2004 ; 28 : B123-B129.

Tableau I : Aantécédents des malades

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Ictère	15	26,3
Tabac	7	12,3
Alcool	6	10,5
Transfusion	4	7
Medicaments au long cours	2	3,5
Aucun	23	40,4
Total	57	100

Tableau II : Signes cliniques retrouvés à l'examen du malade à l'inclusion

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage (%)
Ascite	40	70,2
Ictère	31	54,4
Troubles endocriniens	9	15,8
Hématémèse	8	14
Splénomégalie	7	12,4
Pâleur	6	10,5
Hépatomégalie	4	7
Circulation Veineuse Collaterale	4	7
Œdèmes des Membres Inférieurs	3	5,3
Encéphalopathie	2	3,5
Mélena	2	3,5
Lesions de grattage	1	1,8
Douleur abdominale	15	26,3

Tableau III : Répartition des patients selon le score de Child Pugh à l'inclusion

Child-Pugh (CP)	Effectif	Pourcentage (%)
A	5	9,8
B	20	39,2
C	26	51
Total	51*	100

* L'albuminémie n'a pas pu être dosée chez 6 patients.

Tableau IV : Répartition des patients selon la présence des signes endoscopiques

Signes endoscopiques	Effectif	Pourcentage (%)
Varices Œsophagiennes et/ou cardio-tubérositaire	47	82,4
Gastropathie d'Hypertension Portale	9	15,8
Erosions	1	1,8
Total	57	100

Tableau V : Complications survenues au cours du suivi en dehors du décès

Evolution	3 mois N = 45	6 mois N = 45	9 mois N = 40	12 mois N = 40	Probabilité
Complications					
Encéphalopathie hépatique	10 (22,2%)	15 (33,3%)	15 (37,5%)	15 (37,5%)	p = 0,37
Carcinome Hépatocellulaire	5 (11,1%)	6 (13,5%)	6 (15%)	12 (30%)	p = 0,092
Hémorragie digestive	7 (15,5%)	10 (22,2%)	10 (25%)	12 (30%)	p = 0,45
Infection	2 (4,4%)	3 (6,7%)	3 (7,5%)	4 (10%)	p = 0,79
Syndrome hépatorenal	2 (4,4%)	3 (6,7%)	3 (7,5%)	3 (7,5%)	p = 0,93
Ascite ou aggravation d'une ascite	13 (28,9%)	19 (42,2%)	23 (57,5%)	27 (67,5%)	p = 0,002
Hernie ombilicale	1 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2,5%)	2 (5%)	p = 0,85
Ictère	0	3 (6,7%)	3 (7,5%)	5 (12,5%)	p = 0,13
Splénomégalie	0	2 (4,4%)	2 (5%)	3 (7,5%)	-
Pancytopenie	0	0	0	1 (2,25%)	-

Tableau VI : Répartition des patients selon les circonstances de décès

Circonstances de décès	Effectif	Pourcentage (%)
Carcinome Hépatocellulaire	11	33,3
Hémorragie digestive	9	27,3
Encéphalopathie hépatique	5	15,2
Syndrome Hépatorenal	3	9,1
Infection	1	3
Encéphalopathie hépatique+infection	1	3
Inconnu	3	9,1
Total	33	100

Tableau VII : Répartition des patients vivants à 6 mois selon le CP

CP à 6 mois	Effectif	Pourcentage (%)
	3	21,14
B	5	35,7
C	6	42,9
Total	14	100

X² = 9,44

p = 0,0088

Tableau VIII : Mortalité à 12 mois selon les signes cliniques

Evolution	Vivant N = 7	Décédé N = 33	Total	Probabilité
Signes cliniques				
Douleur abdominale	1(9,1%)	10 (90,9%)	11	p = 0,003
Hépatomégalie	1(50%)	1 (50%)	2	-
Splénomégalie	1(25%)	3 (75%)	4	p = 0,304
Ascite	4 (12,1%)	29 (87,9%)	33	p = 10 ⁷
Circulation Veineuse Collatérale	0	4 (100%)	4	p = 0,057
Ictère	2 (8,3%)	22 (91,7%)	24	p = 0,000001
Trouble endocrinien	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6	p = 0,1
Encéphalopathie	0	2 (100%)	2	-
Hématémèse	0	4 (100%)	4	p = 0,057
Mélena	0	1 (100%)	1	-
Pâleur	1 (20%)	4 (80%)	5	p = 0,17
OMI	0	2 (100%)	2	-
Lésions de grattage	0	1 (100%)	1	-

Tableau IX : Mortalité des patients à 12 mois selon la présence de Varices Œsophagiennes (VO) à l'inclusion

Mortalité	Vivant	Décédé	Total	Probabilité
VO				
Présence VO	5 (14,7%)	29 (85,3%)	34 (100%)	p = 0,0000001
Absence VO	2 (40%)	4 (60%)	6 (100%)	p = 0,33
Total	7	33	40	