

Research

Profil étiologique des hépatomégalies au CHU campus de Lomé (Togo)

Etiological profile of hepatomegalies in the department of gastroenterology of the campus university hospital in Lome (Togo)

Oumboma Bouglouga^{1, &}, Laté Mawuli Lawson-Ananissoh¹, Aklesso Bagny¹, Laconi Kaaga¹, Datouda Redah¹

¹Service d'Hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier et Universitaire de Lomé, Togo

[&]Corresponding author: Bouglouga Oumboma, Service d' Hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier et Universitaire de Lomé, Togo

Mots clés: Hépatomégalie, étiologies, Togo

Received: 06/04/2014 - Accepted: 26/03/2015 - Published: 22/04/2016

Abstract

Introduction: Il était question ici de déterminer la fréquence, les caractéristiques cliniques et les particularités étiologiques des hépatomégalies (HMG) dans le service d'Hépatogastroentérologie (HGE) du CHU-Campus de Lomé. **Méthodes:** Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive et analytique sur 12 mois, ayant inclus les patients des deux sexes âgés de plus de 16 ans, hospitalisés dans le service pour une hépatomégalie et ayant réalisé au minimum un bilan hépatique et une échographie abdominale. **Résultats:** La fréquence hospitalière des HMG était de 24,14%, la sex-ratio 2,5 au profit des hommes. L'âge moyen de nos patients était de 44ans ± 16. Chez 6,4% des patients l'AgHBs était positif; 42,9% des patients consommaient régulièrement de l'alcool et 37,8% des infusions d'herbes. L'altération de l'état général était retrouvée chez 88,5%. Les caractères de consistance dure, surface lisse, indolore et à bord inférieur tranchant de foie étaient prédominants. Le syndrome de cytolysé était présent chez 52,6% des patients; 9% seulement avaient un bloc bêta-Gamma. L'échographie abdominale a retrouvé une HMG micronodulaire chez 30,8% des patients. La première cause des HMG était la cirrhose (53,2%) suivie du carcinome hépatocellulaire (CHC) (28,8%) et de métastase hépatique (5,7%). L'évolution a été marquée par le décès dans 41,7% des cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 14 jours. **Conclusion:** Les étiologies des HMG sont variées dans le service d'HGE du CHU- Campus de Lomé et dominées essentiellement par la cirrhose, le CHC et les métastases hépatiques.

Pan African Medical Journal. 2016; 23:218 doi:10.11604/pamj.2016.23.218.4327

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/218/full/>

© Oumboma Bouglouga et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Introduction: We have to determine the frequency, the clinical and etiological features of hepatomegalies (HMG) at the Department of Gastroenterology of the Campus University Hospital in Lomé. **Methods:** We conducted a 12-month descriptive and analytical retrospective study, which included patients of both sexes aged over 16 years, hospitalized in the department of hepatomegaly and having undergone at least functional testing and abdominal ultrasound. **Results:** Hospitalization rate for HMG was 24,14%, sex-ratio was 2,5 men. The average age of our patients was 44 ±16. HBsAg was positive in 6.4% of patients; 42.9% of patients regularly consumed alcohol and 37.8% herbal infusions. Deterioration of general condition was found in 88.5%. Physical examination showed a predominance of painless liver with hard consistency, a smooth surfaces and sharp lower edges. Cytolysis syndrome was found in 52.6% of patients; only 9% had a beta-gamma block. Abdominal ultrasound found Micronodular HMG in 30.8% of patients. The first cause of HMG was cirrhosis (53.2%) followed by hepatocellular carcinoma (HCC) (28.8%) and liver metastasis (5.7%). The evolution was marked by death in 41,7% of cases, with an average length of stay in hospital of 14 days. **Conclusion:** Etiologies of HMG are varied at the Department of Gastroenterology of the Campus University Hospital in Lomé and are essentially dominated by cirrhosis, HCC and liver metastases.

Key words: Hepatomegaly, etiologies, Togo

Introduction

L'hépatomégalie est une augmentation de la taille du foie avec une hauteur de la flèche hépatique supérieure ou égale à douze centimètres sur la ligne médio-claviculaire droite et/ou à trois centimètres sur la ligne xypho-ombilicale [1,2]. Elle reste un signe précurseur d'une hépatopathie quelle que soit son origine. Son diagnostic est avant tout clinique. L'échographie abdominale et la tomodensitométrie permettent de confirmer l'augmentation de la taille du foie et parfois peuvent orienter le diagnostic étiologique [3]. La ponction biopsie hépatique (PBH) est réalisée soit pour confirmer le diagnostic étiologique, soit pour apprécier le caractère évolutif d'une maladie hépatique chronique. Mais sa réalisation est parfois difficile en raison du plateau technique limité. Plusieurs études ont été réalisées à travers le monde sur la recherche étiologique des hépatomégalies [1-3]. En France, les causes retrouvées étaient dominées par la cirrhose alcoolique et les tumeurs du foie [1]. Par contre, en Afrique subsaharienne, les études réalisées dans la recherche étiologique ont démontré une prédominance des hépatopathies chroniques (cirrhose, carcinome hépatocellulaire) et des pathologies infectieuses (abcès hépatique) [3-5]. Au Togo aucune étude n'a été menée sur les caractéristiques des hépatomégalies ainsi que leurs étiologies. Ainsi, il nous a paru nécessaire de réaliser une étude sur les patients présentant une hépatomégalie dans le but de déterminer la fréquence hospitalière des hépatomégalies, de décrire leurs caractéristiques cliniques et d'identifier leurs différentes étiologies dans le service d'Hépatogastroentérologie du CHU-Campus de Lomé.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique allant du 1er janvier au 31 décembre 2011, réalisée dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU Campus de Lomé. Ont été inclus, tous les patients des deux sexes âgés de plus de 16 ans, présentant une hépatomégalie dont la taille est supérieure à 12 centimètres sur la ligne médio-claviculaire droite et/ou à 3 centimètres sur la ligne xypho-ombilicale et ayant réalisé au minimum une échographie abdominale (modifications morphologiques du foie, et les signes d'hypertension portale), une fibroscopie œsogastroduodénale (pour rechercher les varices œsophagiennes et des signes de gastropathie d'hypertension portale) et un bilan hépatique complet. En raison du plateau technique limité, aucune ponction biopsie hépatique n'avait été réalisée. Nos données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête et analysées à l'aide de logiciel Epi Info3.5.1. Les résultats de l'association entre les différentes variables sont exprimés en risque relatifs avec un intervalle de confiance à 95%. La différence était considérée comme significative pour $p < 0,05$.

Résultats

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011, 646 patients avaient été hospitalisés dans le service, dont 156 patients présentaient une hépatomégalie soit une fréquence hospitalière de 24,14%. Sur les 156 patients, on retrouvait 111 hommes contre 45 femmes. On notait une prédominance masculine avec une sex-ratio (H/F) de 2,5.

L'âge moyen de nos patients était de 44 ans \pm 16 avec des extrêmes de 17 et 80 ans. La tranche d'âge 30-40 ans était la plus représentée (25,6%). Les antécédents de nos patients étaient dominés par la transfusion sanguine chez 12 patients (7,6%) suivis de la douleur abdominale (5,1%) et de l'ictère (3,8%). Les pathologies chroniques étaient dominées par l'hypertension artérielle (9,6%), l'infection au VIH1 (9%) et de l'hépatite virale B chronique (6,4%). La consommation chronique d'alcool et des infusions d'herbes étaient retrouvées dans respectivement 42,9% et 37,8% des cas. L'altération de l'état général, l'ascite, l'asthénie et la douleur abdominale ont constitué les principaux signes cliniques chez nos patients (Tableau 1). La consistance dure du foie (26,3%), à surface lisse (25%), de sensibilité indolore (33,9%) et l'aspect tranchant du bord inférieur (21,8%) étaient les caractères les plus fréquents de l'hépatomégalie (Tableau 2). Le syndrome de cytolyse était l'anomalie biologique hépatique la plus retrouvée chez nos patients (52,6%). L'hypoalbuminémie avec l'hypergammaglobulinémie sans bloc beta-gamma étaient plus représentées chez nos patients dans respectivement 35,9 et 38,5% des cas; avec un taux bas de prothrombine chez 27,6% des patients. L'anémie normocytaire normochrome était la perturbation hématologique la plus retrouvée dans 46,8% des cas. L'insuffisance rénale fonctionnelle a été retrouvée dans 34% des cas. Quarante-quatre (28,2%) patients avaient l'Ag HBS positif et 9 patients (5,8%) un anticorps anti-HVC positif. Vingt cinq patients (16%) avaient un trouble ionique à type d'hypokaliémie. Les aspects échographiques du foie étaient dominés par une hépatomégalie micronodulaire dans 30,8% des cas. Quarante-deux patients (26,9%) avaient des signes d'hypertension portale à l'endoscopie digestive (varices œsophagiennes et gastropathie hypertensive) et 37 patients (23,7%) des lésions inflammatoires gastroduodénales associées à la fibroscopie œsogastroduodénales. La radiographie du thorax était normale chez 11 patients (7,1%). La cirrhose hépatique était la principale cause des hépatomégalias chez nos patients (53,2%) (Tableau 3). L'évolution a été défavorable (décès) chez 41,7% des patients et favorable chez 29,5% des patients. Cent vingt-sept (81,4%) patients avaient une durée d'hospitalisation comprise entre 1 et 14 jours. On ne notait pas de différence significative entre les étiologies et l'âge de nos patients. (Tableau 4). La métastase hépatique a enregistré une différence significative entre les deux sexes avec $p=0,01$ (Tableau 5). Les caractères de l'hépatomégalie chez les cirrhotiques étaient statistiquement significatifs dans tous les cas (Tableau 6). Il n'y avait pas de différence significative entre les caractères de l'hépatomégalie selon l'existence ou non de l'hépatite virale B.

Discussion

Il s'agit de la première étude du genre au Togo. Notre étude s'était déroulée dans un service vers lequel étaient référés la plupart des malades souffrant d'hépatopathie dans le pays. Le caractère rétrospectif de l'étude a permis d'avoir accès à des dossiers incomplets, ne fournissant pas tous les renseignements cliniques et paracliniques indispensables au diagnostic étiologique des hépatomégalias. Par conséquent nos résultats ne pourraient être extrapolés à tout le pays. Le bas niveau socio-économique de nos patients n'a pas permis la réalisation de certains examens disponibles indispensables au diagnostic étiologique des hépatomégalias. A cela s'ajoute l'absence de réalisation de la ponction biopsie hépatique dans le service, associé au fait que la majorité des patients arrivaient à l'hôpital à un stade avancé de leur maladie, ce qui empêchait parfois l'usage des moyens de diagnostic précoce tels que l'examen physique, à cause de la présence de la douleur. L'ensemble de ces éléments pris en compte pourrait expliquer le biais inhérent à cette étude. Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois. Cette courte durée d'étude expliquerait en partie la taille réduite de notre échantillon qui paraît modeste mais semblable à celui de **Yassibanda et al** [6] au Mali en 2004. La fréquence de l'hépatomégalie est diversement appréciée dans les études africaines [7, 8]. Dans notre étude, la fréquence hospitalière sur un an était de 24,14 % et s'expliquerait par le fait que le service d'HGE du CHU-CAMPUS de Lomé était le seul service spécialisé de référence en matière de pathologies hépatiques. Cette fréquence était supérieure aux données de la littérature africaine [3,6,9,10] avec respectivement 16,45%, 14,3%, 9,6% et 3,6%. Toutefois, cette fréquence semble inférieure à celle de **Allah-Kouadio E. et al** [11] qui avaient trouvé une fréquence de 36,60% au cours d'une étude réalisée sur les indications de la ponction biopsie hépatique à Abidjan. Ces différences objectives dans la fréquence des hépatomégalias pourraient être dues au biais de sélections liées à la variabilité de la méthodologie de travail. L'âge moyen des patients était de 44 ans \pm 16 avec des extrêmes de 17 et 80 ans. Nos résultats sont similaires à ceux de **Yassibanda et al** au Mali en 2004, avec une moyenne d'âge de 42 ans [6], et à ceux de **Sang Soo Lee et al** [12] en 2010 en Corée, avec un âge moyen de 49,3 \pm 14,2. De même, **Konate A. et al** [3] dans une étude sur les valeurs comparées des explorations au cours de la pathologie hépatique ont rapporté un âge moyen de 45 ans chez l'homme et 40,5 ans chez la femme. Nous avons noté une prédominance masculine avec une sex-ratio de 2,5, en conformité avec les

données de la littérature [3,10,13]. La cirrhose post-hépatitique B était la principale cause d'hépatomégalie retrouvée et est en accord avec les études précédentes réalisées dans le service [14,15]. Ceci pourrait être lié, d'une part, au fait que les femmes consomment moins d'alcool que les hommes dans nos régions, et d'autre part, au fait que les hommes sont plus sexuellement actifs donc plus exposés au virus de l'hépatite B. La répartition des patients en fonction du sexe montre que la métastase hépatique était plus fréquente chez la femme que chez l'homme avec un risque relatif (RR =0,45) pour un p=0,01. La douleur de l'hypochondre droit (HCD), l'ictère et le ballonnement abdominal constituaient les principaux motifs d'hospitalisation chez nos patients. La fréquence élevée de la douleur de l'HCD et de l'altération de l'état général était liée à la forte proportion des cas de cirrhose hépatique et de CHC rencontrés dans notre échantillon. Le ballonnement abdominal en rapport avec la distension abdominale due soit à la présence de l'ascite, soit à une volumineuse hépatomégalie, traduisait le fait que les malades venaient tardivement en consultation, ou le fait d'un retard de diagnostic pour une meilleure prise en charge. Dans notre série, l'hépatomégalie était indolore dans 33,9% des cas. Des cas d'hépatomégalie douloureuse ont été rapportés dans la littérature africaine [3,10] dans respectivement 71,8% et 70% des cas. Elle était de consistance dure dans 26,3 des cas. Ce résultat était similaire à celui de **Konaté A. et al** [3] à Bamako au Mali qui avaient retrouvé la consistance dure de l'hépatomégalie dans 92,7% des cas, contrairement à la série de **Kloz F. et al.** [10] au Gabon, où l'hépatomégalie était de consistance ferme dans 88,1% des cas. L'hépatomégalie dans notre série était régulière dans 25% des cas. Ce résultat était similaire à celui de **Klotz et al.** [7] au Gabon qui avaient retrouvé aussi une hépatomégalie de surface lisse dans 71,8% des cas, contrairement à celui de **Konaté A. et al** [3] chez qui l'hépatomégalie était irrégulière dans 59,1% des cas. L'aspect du bord inférieur tranchant de l'hépatomégalie retrouvé dans 21,8% dans notre série, est similaire aux résultats de **Klotz** et de **Konaté** dans respectivement [3,10] 57,2% et 59,1% des cas. Ces différences retrouvées selon les caractères de l'hépatomégalie pourraient s'expliquer par la variabilité étiologique retrouvée dans chaque série d'étude. La cirrhose hépatique était la première étiologie retrouvée dans notre série. Ce résultat était similaire à celui de **Lohoues Kouakou M.J. et al** [16] qui avaient retrouvé dans leur étude, la cirrhose hépatique comme première cause des hépatomégalies dans 35,2% des cas et de **Yassibanda S** [17] qui avait aussi retrouvé la cirrhose hépatique au stade décompensé comme première cause des affections hépatiques dans 50,49% des cas. Par ailleurs, la répartition des caractères des gros foies chez les

cirrhotiques était statistiquement significative dans tous les cas. Ce qui est conforme aux données de la littérature. Les tumeurs malignes représentaient 34,5% avec une prédominance des CHC (28,8%) dans notre série. En Afrique, la prévalence des CHC est très variable allant de 17,8% à 65% [18, 19]. Des fréquences inférieures ont été rapportées dans la littérature africaine [16,18,20]. Le taux de l'hépatite virale B a été de 5,1% dans notre série et est similaire à celui rapporté par **Vohito MD et al** [21]. L'incrimination du virus de l'hépatite B dans le développement des CHC a été rapportée par **Sarra. et al** [19] dans 52,8% des cas, par **Njoya N. et al** [22] dans 55% des cas et par **Ka MM. et al** [23] dans 65% des cas. La consistance ferme et la surface irrégulière de l'hépatomégalie étaient statistiquement significatives en faveur d'un CHC. L'hépatite toxique représentait 3,2% de l'ensemble des étiologies des hépatomégalies de notre série; nous avons également remarqué que 34% de nos patients avaient une perturbation du bilan rénal. Ceci pourrait s'expliquer par la consommation des infusions d'herbes retrouvées chez 37,8% des patients. L'abcès hépatique représentait aussi 3,2% de l'ensemble des étiologies des hépatomégalies de notre série. Son diagnostic dans notre étude était basé sur les arguments cliniques et para-cliniques. Nous n'avons pas réalisé la ponction biopsie hépatique qui était d'un grand apport dans le diagnostic de certitude. Par contre, **Abdelouafi A. et al** [24] en 1993, **Berzouz M. et al** [25] en 1995 avaient ajouté à leur bilan la cytoponction hépatique pour examen cyto bactériologique et culture des prélèvements ce qui leur avait permis de faire le diagnostic de certitude des abcès hépatiques. Nous avons également retrouvé le foie cardiaque dans 0,6% des cas. Ce faible pourcentage de cette affection dans le service s'expliquerait par le fait que c'est une pathologie souvent référée dans d'autres services. Dans notre série, 41,7% des malades étaient décédés, à savoir 35 pour cirrhose hépatique; 22 pour carcinome hépatocellulaire; 5 pour métastase hépatique; 1 pour infection au VIH1; 1 pour abcès hépatique et 1 pour hépatonéphrite. Cette forte mortalité pourrait s'expliquer par le fait que les patients arrivaient en consultation à un stade avancé de leur maladie, faute de moyens financiers pour la prise en charge médicale. Nous avons retrouvé que 81,4% de nos malades avaient une durée d'hospitalisation de 14 jours. Nous n'avons pas retrouvé de données sur l'aspect évolutif dans la littérature tant africaine qu'euro péenne.

Conclusion

Les hépatomégalies semblent fréquents chez la majorité des patients hospitalisés dans le service d'HGE du CHU Campus de Lomé. Leurs étiologies sont diverses et dominées essentiellement par la cirrhose, le CHC et les métastases hépatiques. Ces étiologies constituent un véritable problème majeur de santé publique du fait de leur gravité et de leur évolution d'une part et d'autre part du fait du coût élevé des moyens d'exploration de ces hépatomégalies chez nos patients.

Etat des connaissances sur le sujet

- Des études antérieures sur les étiologies des hépatomégalies font état de la prédominance des lésions inflammatoires du foie (amibiase hépatique, les hépatites virales B, la bilharziose hépatosplénique) et de lésions tumorales du foie (Carcinome hépatocellulaire lié au virus de l'hépatite B, la Leucémie lymphoïde chronique et les cancers secondaires du foie).
- En Afrique en général et plus particulièrement en Afrique Occidentale les hépatomégalies sont fréquentes et **représentent 16,45% des demandes d'exploration échographique à Cotonou, capitale frontalière avec la nôtre Lomé (Togo).**

Contribution de notre étude à la connaissance

- Il s'agit de la première étude du genre au Togo.
- La diversité des étiologies des hépatomégalies, le coût élevé des explorations paracliniques rendent difficile la recherche du diagnostic étiologique des hépatomégalies dans notre pratique hospitalière au CHU Campus de Lomé.
- Cette étude nous a permis de comparer nos données cliniques à celles de la littérature mondiale sur les hépatomégalies.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Oumboma Bouglouga et Laté Mawuli Lawson-Ananissoh sont les initiateurs et les coordonnateurs de la rédaction du manuscrit dans sa version finale. Ils ont participé à la recherche bibliographique et à l'adaptation de la version finale aux instructeurs de la revue. Aklesso Bagny, Laconi Kaaga et Datouda Redah ont participé à la collecte des données, à la synthèse et la saisie des données sur l'ordinateur. Ils ont effectué aussi des recherches bibliographiques et participé à la préparation de la rédaction.

Tableaux

Tableau 1: Répartition des patients selon les signes cliniques

Tableau 2: Répartition des patients selon les caractères de l'hépatomégalie

Tableau 3: Répartition des patients selon les étiologies

Tableau 4: Répartition des patients en fonction des étiologies et selon l'âge

Tableau 5: Répartition des patients en fonction des étiologies et selon sexe

Tableau 6: Répartition des patients selon les caractères de l'hépatomégalie chez les cirrhotiques

Références

1. Pillegrabd B, Sauteral D. Hépatomégalie-orientation diagnostique. Rev Prat. 1993; 43(15) : 2021-4. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Dharancy, Couignoux. Polycopié, Hépatomégalie. Service d'Hépatogastro-entérologie, Lille. 2001-2002. **Google Scholar**
3. Konate A, Diarra M, Soouk ? Diarra A et al. Aspects sémiologiques et étiologiques des hépatomégalies. Médecine d'Afrique Noire A. 2008; 55(7): PP 393-397. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Algayres J P, Andre J L, Ehre P et al. Hépatomégalie fébrile et anémie. Rev Med Int. 1999; Volume 20(2): Pages 308s-310s. **PubMed** | **Google Scholar**

5. Daali M, Hssaid R, Zoubir M et al. L'expérience Marocaine dans le traitement Chirurgical des kystes hydatiques multiples du foie: à propos de 94 cas. Cahier de Santé. 2001; 11:177-84. **PubMed | Google Scholar**
6. Yassibanda S, Koffi B, Yangue NC et al. Les hépatomégalies à l'Hôpital de l'Amitié de BANGUI. Mali Médicale. 2004; T XIX N° 3 et 4. **PubMed | Google Scholar**
7. Benazzouz M, Ibrahimi A, Afiti R, Essaid, Sebti MF. Apport de la biopsie écho-guidée dans le diagnostic des masses hépatiques, étude d'une série de 98 cas. Med Chir Dig. 1996; 25: 221-223. **PubMed | Google Scholar**
8. Ibara JR, Ollandzobo Ikobo LC, Atipo Ibara BI, Itoua Ngaporo A. Abcès du foie à germes pyogènes: Aspects cliniques, morphologiques et étiologiques: à propos de 38 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2000; 47: 92-96. **PubMed | Google Scholar**
9. Boco V, Kodjoh N, Hountondji A. Echographie et abcès amibiens au CNHU de Cotonou : à propos de 33 cas. Cahier de santé. 1996; 6: 157-160. **PubMed | Google Scholar**
10. Klotz F, Sanou S, Walter P et al. Diagnostic de l'hépatomégalie au GABON (à propos de 110 cas). Médecine et Chirurgie digestives (Paris) A. 1987; vol 6(5): 309-312. **PubMed | Google Scholar**
11. Allah Kouadio E, Lohoues Kouakou M, Assi C et al. Quelle indication de la ponction hépatique en 1999-2000 dans un service de médecine et d'hépatogastro-entérologie en milieu africain, à propos de 57 cas. Rev Int Méd. 2000; 2: 126-132. **PubMed | Google Scholar**
12. Sang Soo Lee, Young-Sang Byoun, Sook-Hyang et al. Type and cause of liver disease in Korea: Sing-Center, experience 2005-2010. Clin Mol Hepatol. 2012 Sep; 18(3): 309-315. **PubMed | Google Scholar**
13. Maiga MS. Les hépatomégalies de l'adulte en milieu hospitalier Bamakoïse. Thèse Med, Bamako. 1979 ; N°15. **PubMed | Google Scholar**
14. Djibril AM, M'ba KB, Bagny A, et al. Profil nutritionnel du cirrhotique. J Rech Sci Univ Lomé (Togo). 2008; 10: 45-8. **PubMed | Google Scholar**
15. Djibril AM, M'ba K.B, Bagny A et al. Profil étiologique des hépatopathies cytolytiques au CHU-Campus de Lomé: A propos de 37 cas. J Rech Sci Univ Lomé (Togo) 2008 ; Série D, 10(2) : 133-136. **PubMed | Google Scholar**
16. Lohoues Kouakou MJ, Camara BM, Ba N et al. Etiologies des hépatopathies chroniques : à propos de 162 cas colligés à Abidjan. Rev Sci Méd. 2000; 2 : 115-118. **PubMed | Google Scholar**
17. Yassibanda S. Cirrhose du foie décompensée dans des villes centrafricaines. Thèse de médecine, Bangui (Centrafrique). 1982 ; P 53. **PubMed | Google Scholar**
18. Boco V, Hountondji A. Bilan de quatre années d'exploration échographique de la pathologie hépatique au CNHU de Cotonou : à propos de 632 examens. Cahier de santé. 1996 ; 6: 151-155. **PubMed | Google Scholar**
19. Sarr A, Sow AM, Diallo A et al. Séroprévalence du VHC et VHB au cours de l'hépatomégalie. Méd Chir Dig. 1996; 25: 215-217. **PubMed | Google Scholar**
20. Ibarajr Ossendza A Okouo M et al. Les cancers primitifs du foie au Congo, étude hospitalière de 558 cas. Médecine d'Afrique Noire. 1999; 46: 394-397. **PubMed | Google Scholar**
21. Vohito MD, Vohito- Mbomy JA, Ivanova L. Hépatites virales: études de 90 cas hospitalisés à Bangui. Médecine d'Afrique Noire. 1980; 27: 5. **PubMed | Google Scholar**
22. Njoya N, Chichom Mefire A, Ndjitoyap Ndam EC, Tzeuton C. Séroprévalence des hépatites B et C dans le carcinome hépatocellulaire au Cameroun, étude de cas-témoins gastro-entérologie. Clin Biol. 1996; 20: 100. **PubMed | Google Scholar**
23. Ka MM, Herve PH, Leguenno B et al. Faible prévalence des anticorps anti VHC dans le carcinome hépatocellulaire au Sénégal. Ann gastroentérol Hépatol. 1995; 31: 329-332. **PubMed | Google Scholar**

24. Abdelouafi A, Ousehal A, Kadiri R. Apport de l'échographie dans le diagnostic des abcès du foie, à propos de 32 cas. Annales de radiologie. 1993; 36: 286-292. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

25. Berzzouz M, Afitir R, Ibrahim A et al. Abcès du foie: diagnostic et traitement, étude d'une série de 22 cas. Ann Gastroentérol Hépatol. 1995 ; 31 : 333-336. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

Tableau 1: Répartition des patients selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Altération de l'état général	138	88,5
Asthénie	128	82,1
Ascite	103	66,0
Douleur abdominale	70	44,9
OMI*	64	41,0
Ictère	54	34,6
Sensibilité de l'HCD*	46	29,5
Splénomégalie	45	28,8
Fièvre	44	28,2
Hippocratisme digital	29	18,6
Circulation veineuse collatérale	23	14,7
Voussure de l'HCD*	12	7,7
Turgescence jugulaire	1	0,6
Grosse vésicule palpée	2	1,3
Reflux hépato-jugulaire	1	0,6

OMI= œdèmes des membres inférieurs, HCD= hypocondre droit

Tableau 2: Répartition des patients selon les caractères de l'hépatomégalie

Caractères de l'hépatomégalie	Effectif (n)	Pourcentage (%)	
Consistance	Dure	41	26,3
	Ferme	17	10,9
Surface	Lisse	39	25
	Irrégulière	15	9,6
Sensibilité	Indolore	53	33,9
	Douloureuse	11	7
Bord inférieur	Tranchant	34	21,8
	Mousse	15	9,6

Tableau 3: Répartition des patients selon les étiologies

Etiologies	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Cirrhose hépatique	83	53,2
Carcinome hépatocellulaire	45	28,9
Métastase hépatique	9	5,8
Hépatite Virale B	8	5,1
Hépatite toxique	5	3,2
Abcès Hépatique	5	3,2
Foie Cardiaque	1	0,6
Total	156	100

Tableau 4 : Répartition des patients en fonction des étiologies et selon l'âge

Age	<30		[30 - 60[>60		Khi2	P
Etiologies	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		
CHC	9(39,1)	14(60,9)	27(24,8)	82(75,2)	9(37,5)	15(62,5)	2,92	0,22
HVB	2(8,7)	21(91,3)	6(5,5)	103(94,5)	0(0)	24(100,0)	3,1	0,36
Cirrhose hépatique	11(47,8)	12(52,2)	61(56)	48(44)	11(45,8)	13(54,2)	1,12	0,57
Abcès hépatique	1(4,3)	22(95,7)	4(3,7)	105(96,3)	0(0)	24(100,0)	0,96	0,61
Hépatite toxique	0(0)	23(100,0)	4(3,7)	105(96,3)	1(4,2)	23(95,8)	0,9	0,63
Métastase hépatique	0(0)	23(100,0)	7(6,4)	102(93,6)	2(8,3)	22(91,7)	1,78	0,4

Tableau 5: Répartition des patients en fonction des étiologies et selon sexe

Sexe	Masculin (N= 111); n(%)		Féminin (N= 45); n(%)		Khi2	RR	P
Etiologies	Oui	Non	Oui	Non			
CHC	36(32,4)	75(67,6)	9(20)	36(80,0)	1,84	1,18	0,17
HVB	6(5,4)	105(94,5)	2(4,4)	43(95,6)	0,003	0,83	0,45
Cirrhose hépatique	59(53,2)	52(46,8)	24(53,3)	21(46,7)	0,02	0,99	0,87
Abcès hépatique	4(3,6)	107(96,4)	1(2,2)	44(97,8)	0,003	1,12	0,55
Hépatite toxique	3(2,7)	108(97,3)	2(4,4)	43(95,6)	0,003	0,83	0,44
Métastase hépatique	3(2,7)	108(97,3)	6(13,3)	39(86,7)	4,84	0,45	0,01

Tableau 6: Répartition des patients selon les caractères de l'hépatomégalie chez les cirrhotiques					
Caractère de L'hépatomégalie	Cirrhose		Khi 2	RR	p
	Oui	Non			
Consistance					
Dure	21(51,2)	20(48,8)	8,65	8,7	0,003
Ferme	1(5,9)	16(94,1)			
Surface					
Irrégulière	1(6,7)	14(93,3)	5,7	0,14	0,01
Régulière	18(46,2)	21(53,8)			
Sensibilité					
Douloureuse	0(0,0)	11(100)	5,6	0	0,004
Indolore	23(43,4)	30(56,6)			
Bord Inferieur					
Mousse	1(6,7)	14(93,3)	6,6	0,13	0,009
Tranchant	17(50)	17(50)			