



PROFIL CLINIQUE ET ETIOLOGIQUE DES HEPATOMEGALIES AU CNHU DE COTONOU

SEHONOU J, DODO LRS, AZON-KOUANOU A, AGBODANDE KA, ZANNOU DM, HOUNGBE F.

Clinique Universitaire de Médecine Interne et d'Oncologie Médicale Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga Cotonou BENIN

ADRESSE : Dr SEHONOU Jean 03 BP 540 Cotonou jsehonou@yahoo.fr

RESUME

Introduction : L'hépatomégalie est un motif fréquent d'hospitalisation. Elle pose souvent le problème du diagnostic étiologique. Ce dernier est souvent basé sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et d'imagerie médicale. Parfois le recours à l'examen histopathologique est indispensable.

Objectif : Décrire le profil clinique et étiologique des hépatomégalies chez les patients hospitalisés en Médecine Interne au CNHU-HKM de Cotonou.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2016. Etaient inclus dans l'étude, les patients chez qui il était retrouvé une hépatomégalie. L'hépatomégalie était définie par une flèche hépatique supérieure à 12 centimètres sur la ligne médio-claviculaire droite et/ou à 3 centimètres sur la ligne xypho-ombilicale. Les données étaient analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.0

Résultats : Sur 2172 patients hospitalisés, 118 (5,4%) avaient une hépatomégalie. L'âge moyen des patients était de 50 ans (extrêmes : 17 ans et 88 ans). La population était constituée de 69 hommes (58,5%) et de 49 femmes (41,5). Le sex ratio (H/F) était de 1,4. L'altération de l'état général (61%), l'ascite (64,4%), l'hypertension portale (28,8%) étaient les principaux signes cliniques. Le foie multinodulaire (33 cas /104) 31,7 % était le principal aspect à l'échographie abdominale. Les étiologies étaient dominées par le carcinome hépatocellulaire, (43 cas ;36,5%) , la cirrhose (22 cas ;18,7%) et le foie métastatique (15 cas ;12,7%).

Conclusion : L'hépatomégalie est un motif fréquent dans notre contexte. Ses étiologies sont dominées par la cirrhose, le carcinome hépatocellulaire et le foie métastatique.

Mots clés : Hépatomégalie - Carcinome hépatocellulaire - Cirrhose

SUMMARY

Introduction: Hepatomegaly is a frequent reason for hospitalization. It often poses the problem of etiologic diagnosis. This requires a synthesis between the clinical data and the complementary examinations.

Objective: To describe the clinical and etiological profile of hepatomegaly in patients in Internal Medicine (IMS) at the CNHU-HKM in Cotonou.

Methods: A systematic, descriptive, transversal study was undergone during the period from January 1st 2012 to December 31st 2016. This study carefully reviewed the medical records of patients that were hospitalized for hepatomegaly in the Internal Medicine Clinic at CNHU-HKM in Cotonou. Hepatomegaly was defined by the size being greater than 12 centimeters on the right mid-clavicular line and / or 3 centimeters on the xypho-umbilical line. The data were analyzed using the SPSS 20.0 software.

Results: Among 2172 patients who were admitted, 118 cases (5.4%) had hepatomegaly. The average age of patients was 50 years [17 -88 years]. The population consisted of 69 men (58.5%) and 49 women (41.5). The sex ratio (M / F) was 1.4. The main clinical signs were altered general status (61%), ascites (64.4%) and portal hypertension (28.8%). The multi-nodular liver (33 cases / 104, 31.7%) was the main aspect in abdominal ultrasound. The etiologies were dominated by hepatocellular carcinoma, (43 cases; 36.4%), cirrhosis, (22 cases; 18.6%); and metastatic liver, (15 cases; 12.7%).

Conclusion: Hepatomegaly is a common cause in our context. Its etiologies are dominated by cirrhosis, hepatocellular carcinoma and metastatic liver.

Key words: Hepatomegaly, Hepatocellular carcinoma, cirrhosis.

INTRODUCTION

L'hépatomégalie est l'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 positif est avant tout clinique. C'est un motif fréquent d'hospitalisation dans les

services de médecine. Elle pose généralement le problème du diagnostic étiologique. La démarche étiologique n'est pas toujours aisée. Elle fait souvent appel à une synthèse des explorations cliniques, biologiques et morphologiques [3-5]. Dans certains cas, une biopsie avec examen histopathologique est nécessaire. [6]. Au Bénin, bien que la recherche étiologique des hépatomégalias fasse partie de la pratique hospitalière courante dans le Service de Médecine Interne (SMI), peu de données étudiant spécifiquement ce symptôme existent.

L'objectif de ce travail était de décrire le profil clinique et étiologique des hépatomégalias dans la Clinique Universitaire de Médecine Interne et d'Oncologie Médicale (CUMIOM) CNKU-HKM de Cotonou.

METHODES ET POPULATIONS DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur une période allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2016. Elle était réalisée dans la CUMIOM du CNHU-HKM de Cotonou. Etaient inclus, tous les patients de plus de 15 ans des deux sexes, présentant une hépatomégalie. Elle était définie par la taille du foie supérieure ou égale à 12 centimètres sur la ligne médio-claviculaire droite et/ou à 3 centimètres sur la ligne xypho-ombilicale. Un recrutement exhaustif a été fait. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques. Les définitions opérationnelles suivantes étaient retenues :

- le diagnostic de cirrhose était non invasif, basé sur des critères cliniques : hépatomégalie irrégulière à bord inférieur tranchant, des signes hypertension portale et d'insuffisance hépatocellulaire) biologiques (une basse du taux de prothrombine et d'albumine) échographiques (irrégularité des contours du foie, une hétérogénéité de l'écho-structure hépatique, un élargissement du tronc porte) ;
- le diagnostic du carcinome hépatocellulaire (CHC) était non invasif, basé sur un terrain de cirrhose, une hépatomégalie douloureuse, des formations tumorales hépatiques à l'échographie, une thrombose porte et une élévation éventuelle du taux d'alpha-foetoprotéine (>200ng/ml) ;
- le diagnostic de tuberculose hépatique était présomptif, retenu devant une hépatomégalie chez un patient chez qui une autre localisation de tuberculose a été identifiée.

- le foie métastatique était toute hépatomégalie tumorale chez un patient chez qui le diagnostic d'un cancer primitif avait été établi..
- un foie cardiaque était toute une hépatomégalie douloureuse à surface lisse à bord inférieur mousse de contours réguliers évoluant en accordéon associé aux signes cardiaques et/ou à une dilatation des veines hépatiques à l'échographie abdominale.
- une stéatose hépatique était retenue grâce à l'échographie abdominale devant une hépatomégalie hyperéchogène et homogène ;
- une hépatite septique était retenue devant toute hépatomégalie dans un contexte de sepsis.

Nos données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête et analysées à l'aide de logiciel SPSS 20.0.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Sur 2172 hospitalisations au cours de la période d'étude, 118 cas (5,4%) avaient une hépatomégalie. L'âge moyen des patients était de 50 ans (extrêmes 17 ans et 88 ans). La population était constituée de 69 hommes (58,5%) et de 49 femmes (41,5). La sex-ratio était de 1,4.

Aspects cliniques

Les principaux antécédents des patients étaient répartis comme suit : 43 cas (36,4%) d'hépatite virale dont 35 cas (29,7%) cas hépatite B, 22 cas (18,6%) d'hypertension artérielle, 16 cas (13,5%) infection au VIH, 16 cas (13,5%), consommation chronique d'alcool et 12 cas (10,1%) d'infusion d'herbe.

Les signes généraux et fonctionnels étaient dominés par l'altération de l'état général, (72cas ;61,0%), la fièvre (34 cas ; 28,8%), l'augmentation du volume de l'abdomen (54 cas ; 45,8%), les douleurs abdominales (25 cas ; 21,2%). La présence d'une ascite (76 cas ; 64,4%) et l'hypertension portale (33 cas ; 28,8%) étaient les signes les plus fréquemment trouvés à l'examen clinique. Les caractéristiques suivantes du foie à l'examen clinique étaient plus fréquentes : sensibilité douloureuse (83 cas ; 70,3%), surface irrégulière (79 cas ; 66,9%), consistance ferme (68 cas ; 57,6%), bord inférieur tranchant (46 cas ; 38,9%). Les détails des caractéristiques cliniques en fonction des principales étiologies sont résumés dans le tableau 2.

Caractéristiques échographiques

Les principaux aspects du foie à l'échographie abdominale (n=104) se présentaient sous la forme suivante : foie multi-nodulaire (33 cas ; 31,7 %), hépatomégalie homogène (24 cas; 23,1%), foie hétérogène d'allure cirrhotique (21 cas; 20,2%), foie hétérogène d'allure cirrhotique avec un nodule suspect (19 cas; 18,3 %), hépatomégalie homogène avec dilatation de la veine cave inférieure (6 cas; 5,8%), foie stéatosique (1 cas; 0,9%).

Les détails des caractéristiques échographiques en fonction des principales étiologies sont résumés dans le tableau 2.

Aspects étiologiques

Les étiologies des hépatomégalies étaient dominées par le carcinome hépatocellulaire (43 cas ; 36,5%), la cirrhose (22 cas ;18,7%) et le foie métastatique (15 cas ;12,7%). Les détails des caractéristiques étiologiques étaient résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Etiologies des hépatomégalies

	Effectif	Pourcentage
Cirrhose	22	18,7
Carcinome hépatocellulaire sur cirrhose	43	36,5
Tuberculose hépatique	15	12,7
Métastase hépatique	15	12,7
Foie cardiaque	7	5,9
Hépatite aiguë toxique	2	1,7
Hépatite aiguë virale B	1	0,8
Hépatite septique	2	1,7
Stéatose hépatique	1	0,8
Cause indéterminée	10	8,5
Total	118	100

Comme le montrent les données du tableau 2, dans le CHC sur cirrhose, l'hépatomégalie avait les caractéristiques suivantes : elle était irrégulière (100%), douloureuse (86%), dure (74%), à bord inférieur tranchant (60%). Elle survenait préférentiellement chez les sujets de sexe masculin (84%) parfois d'âge jeune (inférieur à 30 ans dans 4,8%), dans un contexte d'altération de l'état général (65%), d'ascite (72%) et d'ictère (23%). A l'échographie, le foie était multinodulaire dans 42% des cas, d'allure cirrhotique (44%).

Tableau 2 : principales étiologies et leurs présentations cliniques et échographiques

	Cirrhose N = 22	CHC sur cirrhose N= 43	Tuberculose hépatique N =15	Métastase hépatique N =15	Foie car- diaque N =7
Age	n(%)				
< 30	1(5)	4(9)	5(33)	0	0
30-60	12(54)	27(63)	9(60)	9(60)	4(57)
>60 ans	9(41)	12(28)	1(7)	6(40)	3(43)
Sexe					
M	14(64)	36(84)	6(40)	5(33)	4(57)
F	8(36)	7(14)	9(60)	10(67)	3(43)
Signes fonctionnels associés	n(%)				
Altération de l'état général	10(45)	28(65)	10(67)	11(73)	4(57)
Fièvre	6(27)	5(12)	10(66,6)	5(33)	3(43)
Douleur abdominale	0	14(32,5)	1(6,6)	6(40)	2(28,5)
Mélena	3(14)	1(2)	0	0	0
Hématémèse	1(4)	4(9)	0	0	0
Signes physiques	n(%)				
Encéphalopathie hépatique	5(23)	5(12)	0	0	0
Insuffisance hépatique	6(27)	7(16)	0	0	0
Ascite	18(81)	31(72)	9	9(60)	3(43)
Hypertension portale	9(41)	21(49)	0	2(13,3)	0
Ictère	1(5)	10(23)	1(7)	2(13)	1(14)
Masse abdomino-pelvienne	0	0	0	5(33)	0
Adénopathie périphérique	0	0	5(33)	2(13)	0

Caractéristiques cliniques	n(%)				
Surface					
Irrégulière	20(91)	43(100)	0	13(87)	0
Régulière	2(9)	0	15(100)	2(13)	7(100)
Sensibilité					
Douloureux	6(27)	37(86)	11(73)	12(80)	7(100)
Indolore	16(73)	6(14)	4(27)	3(20)	0
Constance					
Dure	12(54)	32(74)	0	3(20)	0
Ferme	10(46)	11(26)	15(100)	12(80)	7(100)
Bord inférieur					
Mousse	1(5)	0	11(73)	8(53)	5(71)
Tranchant	16(72)	26(60)	0	0	0
Mal apprécié	5(23)	17(40)	4(27)	7(47)	2(29)
Caractéristiques échographiques du foie					
Aspect hétérogène d'allure cirrhotique	21(95)	0	0	0	0
Aspect hétérogène d'allure cirrhotique avec un nodule suspect	0	19(44)	0	0	0
Foie multi-nodulaire	0	18(42)	0	13(87)	0
Hépatomégalie homogène	0	0	13(87)	0	0
Hépatomégalie avec dilatation de la veine cave inférieure et sus hépatique	0	0	0	0	6(86)
Echographie non faite	1(5)	6(14)	2(13)	2(13)	1(14)

DISCUSSION

Nous avons analysé de façon rétrospective 118 dossiers de patients ayant présenté une hépatomégalie. Cela nous a permis de décrire les présentations cliniques et étiologiques de ces patients. L'hépatomégalie, motif fréquent hospitalisation est un symptôme à la frontière de plusieurs disciplines. Sa fréquence hospitalière varie d'un pays à un autre. Dans notre étude, la fréquence hospitalière était de 5,4%. Notre résultat est légèrement supérieur à celui rapporté par Konaté A [7] (3,6%). Par contre elle était inférieure aux données de certains auteurs avec respectivement, 24,1%[1] ; 14,2%[8] et 36%[9]. La variabilité des services de ces différentes études pourraient expliquer la divergence de ces résultats.

L'âge moyen des patients de 50 ans de notre série était comparable aux données rapportées par plusieurs auteurs [1, 7, 10]. Une prédominance masculine notée avec un sexe ratio de 1,2 de notre étude était similaire à celle de Yassibanda S et al [8] (1,7) ; Konaté A et al [7] (1,39) et Bouglouga et al [1] (2,5). Les antécédents des patients, dominés par un portage d'une hépatite virale B était superposable aux données de la littérature [1 ; 11]. Sur le plan clinique, l'altération de l'état général et la présence d'une ascite étaient les signes les plus fréquents ; cela est superposable aux données de Bouglouga et al [1]. L'hépatomégalie n'est pas une pathologie mais un symptôme révélateur de graves pathologies. Cela pourrait expliquer la fréquence éle-

vée de l'altération de l'état général des patients. La grande fréquence de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire de notre série pourrait justifier la grande proportion de l'ascite. A l'examen clinique, les caractéristiques du foie orientaient le diagnostic étiologique.

Dans notre série le caractère douloureux du foie était noté (70,3%) et concorde avec les données rapportées par Yassibanda S et al [8] (80,2%) et Konaté A [7] (71,8%). Ce caractère douloureux prédominant pourrait s'expliquer par la proportion importante qu'occupaient les pathologies tumorales (carcinome hépatocellulaire, foie métastatique), infectieuses (tuberculose hépatique, hépatite septique) et vasculaire (insuffisance cardiaque) dans notre série. Un aspect irrégulier de la surface prédominant dans notre étude était comparable aux données de Konaté A [7]. La proportion importante de la cirrhose, du CHC et des métastases hépatiques expliquerait ce constat. Un bord inférieur tranchant majoritaire dans notre série était similaire aux résultats de Bouglouga et al [1].

Sur le plan échographique le foie multi-nodulaire était l'aspect échographique majeur de notre série. Par contre un foie micronodulaire d'allure cirrhotique et un foie hétérogène étaient les principales caractéristiques rapportées respectivement par Bouglouga et al [1] et Yassibanda S et al [8]. La forte proportion du CHC et des métastases hépatiques au cours

de l'étude pourrait expliquer notre constat. Au plan étiologique, le CHC était la première étiologie retrouvée dans notre étude. Ce résultat était comparable aux données de Konaté A [7].

La cirrhose hépatique était la seconde étiologie retrouvée dans notre étude. Par contre certains auteurs ont rapporté qu'elle est la première étiologie [1;7]. Le carcinome hépatocellulaire et la cirrhose étaient notés majoritairement chez les sujets de sexe masculin dans notre étude. La consommation excessive d'alcool et fréquence plus élevée du syndrome métabolique chez l'homme d'une part et les propriétés anti-féminisantes des œstrogènes chez la femme d'autre part sont des hypothèses émises pour expliquer ce constat [12]. Le foie métastatique était noté à une fréquence de 12,7%. Celle-ci est supérieure aux données de Bouglouga et al [1] (5,8%) et Yassibanda S et al [8] (9,2%).

La tuberculose hépatique occupait le quatrième rang des étiologies. Ces hépatomégalies n'étaient pas isolées. Elles étaient souvent associées à l'atteinte d'un autre site. L'ensemble réalisait un tableau de tuberculose multifocale. Le foie cardiaque était noté à une fréquence de 5,8%. Ce constat était inférieur à celui de Yassibanda S [8] (15,2%). L'existence d'un service de cardiologie, non intégré à celui de la médecine interne dans notre contexte de travail expliquerait cette faible fréquence.

Dans 10% des cas, aucune cause n'était trouvée. Il aurait fallu faire une ponction biopsie hépatique avec examen histopathologique pour en déterminer la cause exacte. Nous pensons en particulier aux granulomatoses hépatiques.

Ainsi la combinaison des données cliniques, biologique et échographique permet dans 90% des cas de trouver l'étiologie des hépatomégalies à la Clinique Universitaire et d'Oncologie Médicale du CHNU de Cotonou.

CONCLUSION

La fréquence de l'hépatomégalie estimée à 5,3 % démontre qu'elle est un motif fréquent d'hospitalisation. Elle constitue le fil conducteur qui débouche sur de nombreuses étiologies ; celles-ci étaient dominées par la cirrhose et le CHC. Une bonne analyse sémiologique clinico-biologique et échographique permet d'en déterminer la cause dans 90% des cas.

REFERENCES

- 1- Bouglouga O, Lawson-Ananissoh ML, Bagny A, Kaaga L, Redah D. Profil étiologique des hépatomégalies au CHU campus de Lomé (Togo). *Pan African Medical Journal*. 2016; 23:218
- 2- Linguraru MG, Sandberg KJ, Jones CE, Petrick N, Summers RM. Assessing Hepatomegaly: Automated Volumetric Analysis of the Liver. *Acad Radiol*. 2012; 19(5): 588-598
- 3- Heymsfield SB, et al. Accurate measurement of liver, kidney, and spleen volume and mass by computerized axial tomography. *Ann Intern Med*. 1979; 90(2):185-7.
- 4- Raeth U, Johnson PJ, Williams R. Ultrasound determination of liver size and assessment of patients with malignant liver disease. *Liver*. 1984; 4(5):287-93
- 5- Boco V, Kodjoh N, Hountondji A. Echographie et abcès amibien au CNHU de Cotonou : à propos de 33 cas. *Cahier de santé*. 1996; 6: 157-160.
- 6- 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
- 7- Konaté A, Diarra M, Soukho-diarra A, Kane M, Samaké S Touré M. Aspects sémiologiques et étiologiques des hépatomégalies. *Médecine d'Afrique Noire*. 2008, vol. 55(7) : 393-397
- 8- Yassibanda S, Koffi B, Yangué N.C, Senekian V.P, Camengo-police S.M, Boua N. Les hépatomégalies à l'hôpital de l'amitié de Bangui. *Mali Médical* 2004 T XIX N° 3 & 4
- 9- Allah LE, Lohoues KM.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.
- 10- 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
- 11- 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) :133-36
- 12- Poynard T, Ratzu V, Charlotte F, Goodman Z, McHutchison J, Albrecht J. Rayes and risk factors of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. *J hépatol* 2001;34:730-9