



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (3) N 1

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 16 Décembre 2020

Accepté, 7 Mars 2021

Publié, 27 Mars 2021

<http://revue-rasp.org>

---

## Recherche

# Cirrhose du foie : aspects épidémiologiques et diagnostiques au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

Eric Nagaonlé Somé\*<sup>1</sup>, Nanelin Alice Guingané<sup>2</sup>, Isabelle Télarpoa Lompo<sup>2</sup>, Roger Sombié<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>2</sup> Université Joseph Ki-Zerbo, UFR des Sciences de la Santé, département de gastro-entérologie, Ouagadougou, Burkina Faso

**Correspondance : [eric.some@gmail.com](mailto:eric.some@gmail.com); Tel : +226 70 75 13 33**

## Résumé

La cirrhose domine les pathologies hépatobiliaires avec 27,63% des cas au Burkina. Le but de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et diagnostiques de la cirrhose.

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données, du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 mars 2014. Le diagnostic de cirrhose a été retenu sur la base des i) arguments cliniques (un syndrome œdémato-ascitique, une hépatomégalie hétérogène à bord inférieur tranchant ou un foie atrophique, une hypertension portale); ii) biologiques (un syndrome d'insuffisance hépatocellulaire); et iii) d'imagerie évoquant une cirrhose. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences et de pourcentage tandis que les variables quantitatives ont fait l'objet de calcul de moyennes. L'analyse a concerné 273 patients soit 33,9% des hospitalisations. La pathologie hépatobiliaire a représenté 74,7% des affections rencontrées. La moyenne d'âge était de 46,9, et le sex-ratio, de 2,7. La cirrhose du foie touche encore en majorité la population masculine, jeune et active. Les plaintes à l'entrée étaient dominées par la douleur abdominale (69,2% des cas), l'amaigrissement (42,8%), l'asthénie (32,2%) et l'anorexie (28,2%). L'hépatomégalie (68,03%), les varices œsophagiennes (54,21%), l'ictère conjonctival (54,2%), les œdèmes des membres inférieurs (53,8%), le mauvais état général (32,2%), l'hémorragie digestive (8,4%) l'encéphalopathie hépatique (8%) constituaient les manifestations cliniques à l'entrée. Les taux moyen d'alpha foeto-protéine, de l'ADN-VHB et de l'ARN-VHC étaient de 2843,6 UI/ml, 23295569,7UI/ml et de 2749UI/ml, respectivement, alors que l'antigène HBs et l'anticorps anti-VHC étaient positifs dans 76,5% et de 14,6% des cas, respectivement. Les virus de l'hépatite B et C sont donc les principales étiologies de la cirrhose au Burkina Faso. La prévention par la vaccination (anti-hépatite B) et le dépistage systématique précoce sont des armes très efficaces à notre disposition.

**Mots clés :** Cirrhose ; hépatite virale ; épidémiologie ; diagnostic ; Afrique Sub Saharienne ; Burkina Faso.

**Abstract:**

Cirrhosis dominates hepatobiliary pathologies with 27.63% of cases in Burkina. The aim of our work was to study the epidemiological and diagnostic aspects of cirrhosis.

This was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection, from January 1, 2012 to March 31, 2014. The diagnosis of cirrhosis was made on the basis of i) clinical arguments (edema-ascitic syndrome, hepatomegaly heterogeneous with sharp lower edge or atrophic liver, portal hypertension); ii) biological (hepatocellular insufficiency syndrome); and iii) imaging suggestive of cirrhosis. Qualitative variables were presented as frequencies and percentages while quantitative variables were averaged. The analysis involved 273 patients or 33.9% of hospitalizations. Hepatobiliary pathology represented 74.7% of the conditions encountered. The average age was 46.9, and the sex ratio was 2.7. Cirrhosis of the liver still mostly affects the young and active male population. Complaints at entry were dominated by abdominal pain (69.2% of cases), weight loss (42.8%), asthenia (32.2%) and anorexia (28.2%) . Hepatomegaly (68.03%), oesophageal varices (54.21%), conjunctival jaundice (54.2%), edema of the lower limbs (53.8%), poor general condition (32, 2%), gastrointestinal bleeding (8.4%) hepatic encephalopathy (8%) were the clinical manifestations at entry. The mean alpha-fetal protein, HBV-DNA and HCV-RNA levels were 2843.6 IU / ml, 23295569.7IU / ml and 2749IU / ml, respectively, while the antigen HBs and anti-HCV antibody were positive in 76.5% and 14.6% of cases, respectively. Hepatitis B and C viruses are therefore the main aetiologies of cirrhosis in Burkina Faso. Prevention through vaccination (anti-hepatitis B) and early systematic screening are very efficient weapons at our disposal.

**Keywords:** Cirrhosis; viral hepatitis ; epidemiology ; diagnostic ; Sub-Saharan Africa ; Burkina Faso.

## 1. Introduction

Toutes les maladies chroniques du foie peuvent conduire à la cirrhose (Jang, 2009; Olave et al., 2020; Seki & Brenner, 2015; Sivanathan et al., 2014; Zhou, Zhang, & Qiao, 2014), ensemble lésionnel irréversible associant fibrose, processus de régénération nodulaire et modification profonde de la vascularisation du parenchyme. Il existe plusieurs traitements à visée curative qui permettent une stabilisation des lésions voire une régression de celles-ci. La prise en charge se limite à la prévention de la survenue des complications. Mais le traitement curatif efficace reste la greffe du foie (Francoz, Belghiti, & Durand, 2007; Poordad, 2015; Tsochatzis, Bosch, & Burroughs, 2014).

Parmi les nombreuses causes possibles de cirrhose, les plus importants sont l'alcool qui est la principale cause dans les pays développés (Askgaard G, Gronbaek M, Kjaer MS, Tjonneland A, & JS, 2015; Stokkeland, Hilm, Spak, Franck, & Hulcrantz, 2008). Par contre dans les pays en voie de développement, les hépatites virales chroniques occupent le premier rang (Kuniholm et al., 2008; Mendy ME et al., 2010; Surial B et al., 2020; Vento S, Dzudzor B, Cainelli F, & Tachi K, 2018). En effet, l'Afrique est considérée avec l'Asie du Sud-Est comme une zone de haute endémicité où la prévalence de l'infection chronique au virus de l'hépatite B est d'au moins 8%. 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 (Sombié et al., 2010). Au Burkina Faso, le portage de l'antigène HBs est élevé avec une prévalence de 9,1% (Meda N et al., 2018) et ce, malgré l'existence de vaccins efficaces qui devraient contribuer à réduire l'incidence des hépatopathies chroniques dues au virus de l'hépatite B. En 2002, la cirrhose dominait les pathologies hépatobiliaires avec 27,63% des cas au Burkina Faso. De plus ces affections touchent les sujets jeunes et actifs, ce qui entrave l'émergence des économies déjà fragiles (Flemming et al., 2019).

Le but de notre travail était d'étudier la cirrhose du foie en général et de décrire de façon spécifique les aspects épidémiologiques et diagnostiques de la cirrhose au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (CHU-YO).

## 2. Matériaux et Méthodes

L'étude s'est déroulée dans le service d'hépto-gastro-entérologie du CHU-YO de Ouagadougou. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données, menée durant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 mars 2014. Tous les dossiers des malades chez qui le diagnostic de cirrhose a été posé durant la période de l'étude et répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés. Etaient inclus les malades hospitalisés chez qui le diagnostic de cirrhose a été retenu sur la base des i) arguments cliniques (un syndrome œdémato-ascitique, une hépatomégalie hétérogène à bord inférieur tranchant ou un foie atrophique, une hypertension portale); ii) biologiques (un syndrome d'insuffisance hépatocellulaire); et iii) d'imagerie évoquant une cirrhose. Les malades dont les dossiers étaient incomplets ou non exploitables ont été exclus.

Une fiche d'enquête a constitué le support de recueil des données. Une analyse descriptive a permis de synthétiser les variables qualitatives sous forme de fréquences et de pourcentage tandis que les variables quantitatives ont fait l'objet de calcul de moyennes et écarts-type, ou de moyennes et étendues (minima et maxima). Les données ont été saisies et analysées à l'aide d'un ordinateur sur le logiciel EPI-INFO version 3.5.3 et du logiciel EXCEL 2010.

## 3. Résultat

### 3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 803 patients ont été hospitalisés dans le service d'hépto-gastro-entérologie au cours de la période de l'étude. La pathologie hépatobiliaire a représenté 74,7% des affections rencontrées. L'analyse a concerné 273 patients soit 33,9% des hospitalisations.

La moyenne d'âge (écart-type) était de 46,9 ( $\pm$  13,8) avec des extrêmes de 16 et 82 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 41 – 60 ans. Il y avait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,7. Les cultivateurs/ éleveurs et les femmes au foyer représentaient 34,2% (93/272) des patients (tableau I).

**Tableaux I: Caractéristiques socio-démographiques (N=273)**

Variable	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Sexe</b>		
Féminin	73	26,74
<b>Classes d'âge</b>		
0-20	4	1,46
21- 40	101	37,00
41-60	116	42,5
>60	52	19,04
<b>Profession</b>		
Elève/Étudiant	13	4,78
Éleveurs/cultivateur	49	18,01
Fonctionnaire	44	16,18
Ménagère	44	16,18
Retraité	5	1,84
Secteur informel	33	12,13
Non précisée	85	31,25

### 3.2. Caractéristiques cliniques, paracliniques et biologiques

Dans l'histoire des malades, aucun des patients ne fut vacciné contre l'hépatite B. Quatre (1,5%) patients avaient une notion de portage familial, neuf (3,3%) avaient un antécédent d'hépatite virale B, quatre présentaient une co-infection au VIH, 60 (22%) avaient un antécédent d'ictère et 83 (30,4%) consommaient l'alcool.

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient l'augmentation du volume de l'abdomen et les douleurs abdominales diffuses. Un patient pouvait avoir plus d'un motif d'hospitalisation. L'intervalle séparant le début des premiers symptômes de la consultation et de l'hospitalisation, allait d'un jour à trois ans avec un délai moyen de 99 jours.

Les plaintes et symptômes lors de l'admission concernaient en premier lieu la douleur abdominale (69,2% des cas), puis l'amaigrissement (42,8%), l'asthénie (32,2%) et l'anorexie (28,2%). L'état général était mauvais chez 88 (32,2%) patients et 148 (54,2%) patients présentaient un ictère conjonctival. Les œdèmes des membres étaient présents chez 147 (53,8%) patients; 22 (8%) patients avaient une encéphalopathie hépatique dont 10, 07 et 05 étaient respectivement au stade I, II et III ; et 23 (8,4%) présentaient une hémorragie digestive.

Au cours de l'hospitalisation, l'encéphalopathie hépatique a été observée chez 85 (31,1%) patients parmi lesquels 23 étaient au stade I, 32 au stade II, 24 au stade III et 06 au stade IV ; et l'hémorragie digestive est survenue chez 42 (15,3%) patients.

L'examen clinique a aussi permis de mettre en évidence une hépatomégalie chez 166 (68,03%) patients. Cette hépatomégalie concernait plus le lobe droit. L'atrophie hépatique a été retrouvée chez 21 (8,6%) patients. Le foie a conservé son volume chez 57 (23,3%) patients.

Parmi les cas d'hépatomégalie, 165 (99,3%) étaient douloureuses à la palpation, 160 (96,3%) avaient le bord inférieur tranchant et 93 (56,02%) une surface irrégulière. Une splénomégalie était observée chez 56 (20,5%) patients et une ascite chez 222 (81,3%) patients et une circulation veineuse collatérale abdominale chez 84 (30,7%) patients.

Une échographie abdominale a été réalisée chez 258 (94,5%) patients; 43 (16,6%) avaient un foie

normal. Les anomalies hépatiques et extra-hépatiques rencontrées au cours de l'échographie abdominale figurent aux tableaux II.

L'endoscopie digestive haute a été réalisée chez 179 patients. Des varices œsophagiennes ont été observées chez 148 patients parmi lesquels 18,9% étaient de grade I, 33,7% de grade II et 47,6% de grade III. Parmi les patients présentant les varices œsophagiennes, 40,5% avaient des signes rouges et 2,7% présentaient une forme compliquée avec une rupture de varices. Une gastropathie hypertensive a été observée chez 77 (40,0%) patients. D'autres anomalies ont été retrouvées à l'endoscopie : un ulcère antral et bulbaire chez 38 patients, une mycose œsophagienne chez 18 et une œsophagite peptique chez 09 patients.

La tomodensitométrie a été réalisée chez 43 (15,7%) patients parmi lesquels une conclusion de cirrhose a été évoquée dans 12 cas devant une hépatomégalie micro ou macro nodulaire dysmorphique. Lorsque celle-ci était associée à une ascite, une cirrhose décompensée a été évoquée (23 patients) et une cirrhose dégénérée chez 05 patients (hépatomégalie hétérogène multi nodulaire et dysmorphique dont la cinétique vasculaire milite en faveur d'une dégénérescence associée à une ascite). Le foie était normal chez trois patients.

La ponction biopsie hépatique a été pratiquée chez 13 (4,7%) patients et l'analyse histologique des fragments a permis de confirmer 12 (92,3%) cas de cirrhose et 1 (7,7%) cas de cirrhose dégénérée. Il s'agissait d'une dégénérescence en cancer primitif du foie de type carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose.

#### **Tableaux II : caractéristiques cliniques, paracliniques et biologiques**

<b>variable</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Motifs d'hospitalisation (N=619)</b>		
Augmentation du volume de l'abdomen	190	41,58
Douleurs abdominales diffuses	109	23,85
Douleur de l'hypochondre droit	52	11,38
Œdèmes des membres inférieurs	36	7,88
Altération de l'état général	31	6,78
Hématémèse	21	4,60
Autres*	18	3,94
<b>Délai de consultation** (N=273)</b>		
< 1 mois	45	16,4
1 – 3 mois	122	44,6
3 - 6 mois	42	15,3
6 - 9 mois	39	14,2
9 - 12 mois	13	4,7
>12 mois	12	4,3
<b>Anomalies échographique du foie (N=627)</b>		
Hépatomégalie	181	70,15
Foie atrophique	34	13,17
Contours irréguliers	142	55,03

Structure hétérogène	157	60,85
Foie nodulaire	113	43,79
<b>Anomalies échographiques extra-hépatiques (N=396)</b>		
Ascite	201	77,90
Splénomégalie	99	38,37
Dilatation de la veine porte (diamètre supérieur à 15mm)	60	23,25
Thrombose portale	36	13,95
<b>Taux de prothrombine (N=232)</b>		
] 0 – 60]	140	60,34
] 60 – 70]	34	14,66
] 70-100]	49	21,12
>100	09	03,88
<b>Taux de l'alpha-foeto-protéine (UI/ml) (N=196)</b>		
<=10	69	35,20
] 10 – 500]	55	28,06
>500	72	36,73
<b>Anomalies hématologiques (N=400)</b>		
Anémie	191	86,81
Leucopénie	23	10,45
Hyperleucocytose	83	37,72
Thrombopénie	87	39,54
Thrombocytose	16	7,27
<b>Infection par le virus de l'hépatite (N=306)</b>		
AgHBs (+)	183	59,8
Ac anti-HBc (+)	123	40,2

\* : trouble de la conscience, ictère.

\*\* Intervalle séparant le début des premiers symptômes de l'hospitalisation

Les examens biologiques non spécifiques fréquemment réalisés au cours de la cirrhose étaient le dosage des transaminases (Alanine amine transférases ou ALAT, les aspartates amine transférases ou ASAT, les gammas glutamine transférase ou gamma GT, les phosphatases alcalines ou PAL, la bilirubine totale et conjuguée, et la numération formule sanguine ou NFS. Les résultats de ces examens figurent aux tableaux II et III. Le rapport des ASAT/ALAT était égal à 2.

**Tableau I. Valeurs des examens biologiques**

Bilan	Moyenne	Valeur minimale	Valeur maximale
ALAT	84,47	3	1720
ASAT	171,02	4	2630
Bilirubine totale	49,63	7,4	236
Bilirubine conjuguée	49,61	5	157
GGT	255,93	13	1446

PAL	241	27	1159
-----	-----	----	------

Le dosage du taux d'alpha foeto-protéine a été effectué chez 196 (71,79%) patients. La moyenne était de  $2843,6 \pm 1465$  UI/ml (tableau II). Sur l'ensemble des patients, 239 (87,5%) ont pu réaliser le dépistage de l'AgHBs et 183 étaient positifs (76,5%). Ceux ayant réalisé le dépistage de l'Ac anti-VHC étaient au nombre de 191(69,9%) et 28 (14,6 %) étaient positifs (tableau II).Le dosage de la charge virale avait été réalisé chez 48 patients (17,5%). L'ADN-VHB moyen s'élevait à 23295569,7UI/ml avec des extrêmes allant de 23 à 110000000UI/ml et était indétectable chez deux patients. L'ARN-C (VHC) a été dosé chez 04 (14,2%) sur les 28 patients dépistés positifs pour l'Ac anti-VHC avec une moyenne de 2749UI/ml.

### 3.3. Evaluation de la gravité de la cirrhose

Les résultats des différents examens biologiques non spécifiques, le dosage du TP, l'albumine sérique (protidogramme) et l'examen clinique antérieurement fait ont permis de faire la classification de 28 patients selon Child Pugh<sup>1</sup>. Quatorze, 11 et trois patients étaient dans les classes C, B et A, respectivement.

## 4. Discussion

### 4.1. Contraintes et limites

Notre étude comporte de façon générale les limites inhérentes à toute étude rétrospective avec son lot de données manquantes. Ainsi le diagnostic de cirrhose a été posé essentiellement sur la base de l'ensemble des critères cliniques, biologiques et échographique, un grand nombre de patients n'ayant pas pu faire le scanner. Le nombre de personnes ayant réalisé l'histologie était encore plus limité. Cependant, la concordance entre les résultats de l'histologie et notre diagnostic basé sur les critères suscités nous rassure que ces limites n'ont pas eu un impact significatif sur la fiabilité et la précision de notre diagnostic.

### 4.2. Les aspects sociodémographiques et épidémiologiques

Dans notre étude, la cirrhose représentait 33,9% des motifs d'hospitalisation dans le service. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Sawadogo en 2010 au CHU-YO (Sawadogo, 2011), Tinto en 2001 au CHU-YO (Tinto, 2002) et Ouédraogo en 1997 au CHU-SS de Bobo Dioulasso qui retrouvaient des fréquences hospitalières respectives de 13,23% ; 5,9% et 2,07%.

Cette augmentation constante des proportions depuis 1997 pourrait s'expliquer d'une part par la transition épidémiologique avec l'augmentation des cas de syndromes métaboliques dont l'obésité, l'abus de l'alcool en plus de la question non résolue des hépatites virales et d'autre part par une meilleure prise de conscience des infections virales du foie et une meilleure fréquentation des services de santé dont notamment les services spécialisés avec l'augmentation du nombre des spécialistes (Beste et al., 2015; Li, Zhang, & Zhan, 2018; McPherson & Anstee, 2016; Vento S et al., 2018).

L'âge moyen de nos patients était de  $46,9 \pm 13,8$  ans. Il était similaire à l'âge moyen des patients

<sup>1</sup><https://www.chuv.ch/fr/chirurgie-viscerale/chv-home/professionnels-de-la-sante/score-de-child-pugh-chirurgie-hepatobiliaire>

rapporté par d'autres thèses publiées (Nacoulma, Zongo, Drabo, & Bougouma, 2007) ou non publiées (Sawagodo, 2011; Tinto, 2002) au Burkina Faso. Ces indications chiffrées montrent que nos patients sont plus jeunes en Afrique et particulièrement dans notre pays, par rapport à ceux des pays développés où l'âge moyen varie entre 51 – 58 ans (Beste et al., 2015; Tinto, 2002). La différence des facteurs de risque de la cirrhose en Occident (prédominance du facteur de risque alcool) et survenue plus tardive de la cirrhose et dans les pays à ressources limitées (prédominances des infections hépatiques virales d'acquisition précoce dans les premières années de vie est ici en cause (Askgaard G et al., 2015; Mendy ME et al., 2010; Vento S et al., 2018).

Si nous retenons la variable « genre », il est internationalement établi que les atteintes du foie (infections ou cancers) sont des pathologies à prédominance masculine (Greten, 2019; Guy & Peters, 2013; Sagnelli et al., 2018; Shimizu, Kamochi, Yoshikawa, & Nakayama, 2012). Le sex ratio de 2,7 retrouvé dans notre travail vient corroborer ce constat.

Les résultats de notre étude permettent de définir le malade de cirrhose du foie au CHU-YO comme un homme jeune adulte de moins de 50 ans, qui se présente plus de trois mois après les tout premiers signes avec une augmentation du volume de l'abdomen. L'examen clinique alors révèle la présence d'une ascite (81,3% des cas) et/ou d'une hépatomégalie (62,1%) et/ou d'un ictère (54,2%) ou d'une atrophie hépatique (7,6%). Ce tableau peut d'emblée être compliqué d'hémorragies digestives (8,4% des cas) ou d'encéphalopathie hépatique (8%).

### 4.3. Les antécédents

Aucun de nos patients n'était vacciné contre l'hépatite B. Neuf d'entre eux étaient déjà porteurs connus de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) et quatre avaient un antécédent familial de portage chronique de cet antigène. Sur 273 patients, la prévalence hospitalière de l'AgHBs et l'anti-corps anti HVC était de 76,5% et 14,6%, respectivement comme dans de nombreuses autres études [49 ; 56 ; 64; 67]. Cela permet de supposer que pratiquement tous les patients avaient le facteur de risque lié à l'infection virale et seulement 3,3% connaissaient leur statut au moment de la consultation pour cirrhose. Ce constat pose crucialement la question du dépistage systématique des infections à virus des hépatites B et C, suivi d'une immunisation ou d'un suivi médical. Avec une population estimée à 20 millions en 2018, une prévalence de l'hépatite B à 9,1% et 3,6% pour l'hépatite C (Meda N et al., 2018), le Burkina Faso comptait 1,84 millions de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B et 729 000 pour l'hépatite C. Selon les statistiques collectées au niveau des centres de prise en charge de l'hépatite virale, seulement 1,4% des porteurs chroniques de VHB seraient identifiés et beaucoup moins pour ce qui concerne le VHC. Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit dans le programme élargi de vaccination en 2006, sans la dose de naissance. Cela signifie qu'une bonne partie des jeunes âgés de 14 ans ou moins est protégée. Le groupe cible reste la population de plus de 14 ans pour laquelle une campagne spécifique de dépistage et de vaccination idéalement gratuite devrait être programmée si le Burkina veut être au rendez-vous de 2030 par rapport aux objectifs d'élimination de l'hépatite B et C (World Health Organization, 2017).

### 4.4. Un délai de consultation trop long

Le délai moyen de consultation à partir des premières manifestations cliniques était de 99 jours. Ce délai trop long pourrait à lui seul expliquer le tableau avancé des signes de la maladie à l'arrivée des patients dont 50% se situaient déjà dans la classe C de Child Pugh alors que l'ADN-VHB moyen

s'élevait à 23295569,7 UI/ml (Fu, Wang, & Shi, 2015; Patel, Yopp, & and Singal, 2015).

#### 4.5. De l'utilité d'une ponction biopsie hépatique

Le diagnostic de cirrhose doit reposer sur un examen histologique. Cet examen en plus d'être invasif, comporte des limites telles que les erreurs d'échantillonnage, les variabilités de l'interprétation des pathologistes, les complications liées au prélèvement, et la réticence des patients à réaliser un tel examen (Jin et al., 2012; Machado, 2011). De facto, la cirrhose s'accompagne d'anomalies caractéristiques pouvant être mises en évidence par l'examen clinique, des analyses biologiques et l'imagerie. Ces moyens permettent souvent d'établir avec une grande certitude le diagnostic de cirrhose sans l'apport de l'histologie et cela à partir de l'association des signes d'hypertension portale et d'insuffisance hépatique.

Seulement 13 (4,7%) ont pu bénéficier d'une ponction biopsie hépatique. Et la cirrhose a été confirmée dans tous les cas donnant une concordance de 100% entre le diagnostic selon nos critères cliniques, biologiques et d'imagerie et le diagnostic par l'histologie. D'autres études confirment cette grande concordance. De plus l'hypothèse diagnostique avant la biopsie serait modifiée seulement dans 8 à 14% des cas environ et la conduite à tenir dans 12% des cas environ (Friedman, 2004; Green & Flamm, 2002; Haute Autorité de Santé, 2006; Reiss & Keeffe, 2005; Spycher, Zimmermann, & and Reichen, 2001). Il se pose alors la question de la pertinence et de l'utilité de l'histologie dans le diagnostic et la prise en charge des cas de cirrhose et cela en comparaison des risques auxquels le patient est exposé du fait de la nature invasive de l'exploration et en particulier lorsqu'il s'agit d'une dégénérescence carcinomateuse sur foie cirrhotique avec risque de dissémination. Le score APRI (aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index) a montré une grande valeur dans le diagnostic de la fibrose et cirrhose liées au VHC. Les mêmes résultats n'ont pas été confirmés dans le cas du VHB (Jin et al., 2012). Mais il est important de poursuivre les recherches dans cet objectif et la cible des patients au stade terminale peut être particulièrement intéressante à explorer.

#### 5. Conclusion

Au service de gastro-entérologie du centre hospitalo-universitaire Yalgado Ouédraogo, la cirrhose est un motif de consultation et d'hospitalisation très fréquent. Elle touche encore la population masculine, jeune et active. Les patients présentent un stade très avancé de la maladie. Les virus de l'hépatite B et C en sont les principaux facteurs étiologiques. Dans ce contexte, la prévention par la vaccination (anti-hépatite B), le dépistage systématique précoce avec traitement lorsqu'indiqué sont des armes très efficaces à notre disposition.

#### Conflit d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

#### Références Bibliographiques

Askgaard G, Gronbaek M, Kjaer MS, Tjonneland A, & JS, T. (2015). Alcohol drinking pattern and risk of alcoholic liver cirrhosis: a prospective cohort study. *J Hepatol*, 62(5), 1061-1067. doi:10.1016/j.jhep.2014.12.005

- Beste, L. A., Leipertz, S. L., Green, P. K., Dominitz, J. A., Ross, D., & Ioannou, G. N. (2015). Trends in Burden of Cirrhosis and Hepatocellular Carcinoma by Underlying Liver Disease in US Veterans, 2001–2013. *Gastroenterology*, *149*(6), 1471-1482.e1475. doi:10.1053/j.gastro.2015.07.056
- Flemming, J. A., Dewit, Y., Mah, J. M., Saperia, J., Groome, P. A., & Booth, C. M. (2019). Incidence of cirrhosis in young birth cohorts in Canada from 1997 to 2016: a retrospective population-based study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, *4*(3), 217-226. doi:10.1016/s2468-1253(18)30339-x
- Francoz, C., Belghiti, J., & Durand, F. (2007). Indications of liver transplantation in patients with complications of cirrhosis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, *21*(1), 175-190. doi:10.1016/j.bpg.2006.07.007
- Friedman, L. (2004). Controversies in Liver Biopsy: Who, Where, When, How, Why? *Curr Gastroenterol Rep*, *6*, 30 - 36.
- Fu, B., Wang, W., & Shi, X. (2015). Impact of delayed diagnosis time in estimating progression rates to hepatitis C virus-related cirrhosis and death. *Stat Methods Med Res*, *24*(6), 693-710. doi:10.1177/0962280211424667
- Green, R. M., & Flamm, S. (2002). AGA technical review on the evaluation of liver chemistry tests. *Gastroenterology*, *123*(4), 1367-1384. doi:10.1053/gast.2002.36061
- Greten, T. F. (2019). Gender disparity in HCC: Is it the fat and not the sex? *J Exp Med*, *216*(5), 1014-1015. doi:10.1084/jem.20190441
- Guy, J., & Peters, M. (2013). Liver Disease in Women: The Influence of Gender on Epidemiology, Natural History, and Patient Outcomes. *Gastroenterology & Hepatology*, *9*(10), 633-6639.
- Haute Autorité de Santé. (2006). Recommandations professionnelles: critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée; argumentaire. *Haute Autorité de Santé*, 1-211.
- Jang, J. W. (2009). Current status of liver diseases in Korea: liver cirrhosis. *Korean J Hepatol*, *15 Suppl 6*, S40-49. doi:10.3350/kjhep.2009.15.S6.S40
- Jin, W., Lin, Z., Xin, Y., Jiang, X., Dong, Q., & Xuan, S. (2012). Diagnostic accuracy of the aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index for the prediction of hepatitis B-related fibrosis: a leading meta-analysis. *BMC Gastroenterol*, *12*, 14. doi:10.1186/1471-230X-12-14
- Kuniholm, M. H., Lesi, O. A., Mendy, M., Akano, A. O., Sam, O., Hall, A. J., . . . Kirk, G. D. (2008). Aflatoxin exposure and viral hepatitis in the etiology of liver cirrhosis in the Gambia, West Africa. *Environ Health Perspect*, *116*(11), 1553-1557. doi:10.1289/ehp.11661
- Li, B., Zhang, C., & Zhan, Y. T. (2018). Nonalcoholic Fatty Liver Disease Cirrhosis: A Review of Its Epidemiology, Risk Factors, Clinical Presentation, Diagnosis, Management, and Prognosis. *Can J Gastroenterol Hepatol*, *2018*, 2784537. doi:10.1155/2018/2784537
- Machado, N. (2011). Complications of liver biopsy- Risk factors, management and recommendations -. *InTech Published, [Available at: [https://books.google.bf/books?hl=fr&lr=&id=RuSgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA393&dq=Complications+of+liver+biopsy+Risk+factors,+management+and+recommendations+-&ots=92uEJ4sHMD&sig=nPtfScq5u0y2su7BbqjBX5xIKnk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Complications%20of%20liver%20biopsy-%20Risk%20factors%2C%20management%20and%20recommendations%20-&f=false](https://books.google.bf/books?hl=fr&lr=&id=RuSgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA393&dq=Complications+of+liver+biopsy+Risk+factors,+management+and+recommendations+-&ots=92uEJ4sHMD&sig=nPtfScq5u0y2su7BbqjBX5xIKnk&redir_esc=y#v=onepage&q=Complications%20of%20liver%20biopsy-%20Risk%20factors%2C%20management%20and%20recommendations%20-&f=false)]*, 1 - 12.
- McPherson, S., & Anstee, Q. M. (2016). Changing epidemiology of chronic liver disease among ethnic groups in the United States. *Hepatology*, *64*(6), 1843-1846. doi:10.1002/hep.28783
- Meda N, Tuillon E, Kania D, Tiendrebeogo A, Pisoni A, Zida S, . . . Dujols P. (2018). Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso: a cross-sectional study. *Bull World Health Organ*, *96*(11), 750-759. doi:10.2471/BLT.18.208603

- Mendy ME, Welzel T, Lesi OA, Hainaut P, Hall AJ, Kuniholm MH, . . . Kirk GD. (2010). Hepatitis B viral load and risk for liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma in The Gambia, West Africa. *J Viral Hepat*, *17*(2), 115-122. doi:10.1111/j.1365-2893.2009.01168.x
- Nacoulma, E. W. C., Zongo, S., Drabo, Y. J., & Bougouma, A. (2007). les différents types d'anémies au cours des cirrhoses au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). *Cahiers Santé*, *17*(2), 87 - 91.
- Olave, M. C., Gurung, A., Mistry, P. K., Kakar, S., Yeh, M., Xu, M., . . . Jain, D. (2020). Etiology of cirrhosis in the young. *Hum Pathol*, *96*, 96-103. doi:10.1016/j.humpath.2019.09.015
- Patel, N., Yopp, A., & Singal, A. (2015). Diagnostic Delays Are Common Among Patients With Hepatocellular Carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw*, *2*, *13*(5), 543–549.
- Poordad, F. F. (2015). Presentation and complications associated with cirrhosis of the liver. *Curr Med Res Opin*, *31*(5), 925-937. doi:10.1185/03007995.2015.1021905
- Reiss, G., & Keeffe, E. (2005). Role of Liver Biopsy in the Management of Chronic Liver Disease: Selective Rather Than Routine. *Rev Gastroenterol Disord*, *5*(4), 195-205.
- Sagnelli, E., Stroffolini, T., Sagnelli, C., Pirisi, M., Babudieri, S., Colloredo, G., . . . group, E. s. (2018). Gender differences in chronic liver diseases in two cohorts of 2001 and 2014 in Italy. *Infection*, *46*(1), 93-101. doi:10.1007/s15010-017-1101-5
- Sawagodo, S. I. A. (2011). Cirrhose décompensée et carcinome hépatocellulaire au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. [Thèse de médecine], Université de Ouagadougou, 1 - 120.
- Seki, E., & Brenner, D. A. (2015). Recent advancement of molecular mechanisms of liver fibrosis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, *22*(7), 512-518. doi:10.1002/jhbp.245
- Shimizu, I., Kamochi, M., Yoshikawa, H., & Nakayama, Y. (2012). Gender Difference in Alcoholic Liver Disease, Trends in Alcoholic Liver Disease Research - Clinical and Scientific Aspects,. *IntechOpen*, [ Available from: <https://www.intechopen.com/books/trends-in-alcoholic-liver-disease-research-clinical-and-scientific-aspects/gender-difference-in-alcoholic-liver-disease>]. doi:10.5772/27178
- Sivanathan, V., Kittner, J. M., Sprinzl, M. F., Weinmann, A., Koch, S., Wiltink, J., . . . Schattenberg, J. M. (2014). Etiology and complications of liver cirrhosis: data from a German centre. *Dtsch Med Wochenschr*, *139*(36), 1758-1762. doi:10.1055/s-0034-1387240
- Sombié, R., Bougouma, A., Diallo, O., Bonkoungou, G., Cissé, R., Sangare, L., . . . Ilboudo, D. (2010). Hépatite B chronique: aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie*, *4*(1), 3-10. doi:10.1007/s12157-009-0137-2
- Spycher, C., Zimmermann, A., & Reichen, J. (2001). The diagnostic value of liver biopsy. *BMC Gastroenterology*, *1*(12).
- Stokkeland, K., Hilm, G., Spak, F., Franck, J., & Hultcrantz, R. (2008). Different drinking patterns for women and men with alcohol dependence with and without alcoholic cirrhosis. *Alcohol Alcohol*, *43*(1), 39-45. doi:10.1093/alcalc/agm135
- Surial B, Wyser D, Béguelin C, Ramírez-Mena A, Rauch A, & Wandeler G. (2020). Prevalence of cirrhosis in individuals with hepatitis B virus infection in sub-Saharan Africa: Systematic review and meta-analysis. *Liver International*, [Accepted, unedited articles published online and citable], 1 - 8.

- Tinto, S. (2002). Cirrhoses et cancers primitives du foie au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Thèse en médecine, Ouagadougou. [Thèse de médecine], Université de Ouagadougou, 30-45.
- Tsochatzis, E. A., Bosch, J., & Burroughs, A. K. (2014). Liver cirrhosis. *The Lancet*, 383(9930), 1749-1761. doi:10.1016/s0140-6736(14)60121-5
- Vento S, Dzudzor B, Cainelli F, & Tachi K. (2018). Liver cirrhosis in sub-Saharan Africa: neglected, yet important. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1060-e1061. doi:10.1016/s2214-109x(18)30344-9
- World Health Organization. (2017). Global hepatitis report. *World Health Organization 2017, Global Hepatitis Programme, Geneva*
- 83.
- Zhou, W. C., Zhang, Q. B., & Qiao, L. (2014). Pathogenesis of liver cirrhosis. *World J Gastroenterol*, 20(23), 7312-7324. doi:10.3748/wjg.v20.i23.7312

© 2021 Somé, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)