



**PROFIL ETIOLOGIQUE DES ASCITES DANS LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE
DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COTONOU**
SEHONOU J, DODO LRS, AZON-KOUANOU A, AGBODANDE KA, ZANNOU DM,
HOUNGBE F

Clinique Universitaire de Médecine Interne et d'Oncologie Médicale. CNHU Cotonou

RESUME

Introduction : L'ascite est un motif fréquent de consultation en médecine interne. Sa survenue pose des problèmes de diagnostic essentiellement étiologique

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du 1er janvier 2012 au 31 septembre 2016 ; elle portait sur les cas d'ascite suivis dans le service de médecine interne du CNHU-HKM de Cotonou (Benin). Etaient recueillis les caractéristiques clinico-biologiques et échographiques des patients de même que les caractères macroscopiques biochimiques et cyto bactériologiques de l'ascite.

Résultats : Sur 1930 patients hospitalisés au cours de la période d'étude, 123 (6,4%) avaient une ascite. L'âge moyen des patients était de 50, 3 ans (extrêmes : 15 ans et 88 ans) avec un sexe ratio H/F de 1,5. L'ascite était souvent de grade 2 (50,4%), d'aspect jaune citrin (61%) et pauvre en protéine (63,3%). La cirrhose (56,1%), le carcinome hépatocellulaire (24,4%) et la tuberculose péritonéale (18,7%) étaient les principales étiologies. Aucune cause n'était trouvée dans 10 cas (8,1%)

Conclusion : L'ascite est un motif fréquent d'hospitalisation en médecine Interne au CNHU de Cotonou. Ses étiologies sont dominées par la cirrhose, le carcinome hépatocellulaire et la tuberculose péritonéale.

Mots clés : ascite, cirrhose, carcinome hépatocellulaire, tuberculose.

ABSTRACT

Introduction: Ascites is a frequent reason for consultation in internal medicine. Although its positive diagnosis is relatively easy, the etiological diagnosis is not easy and requires a rigorous approach.

Results: Of 1930 hospitalizations during the study period, 123 cases (6.4%) had ascites. The mean age of patients was 50, 3 years (range: 15 years and 88 years) with a sex ratio of 1.5. Grade 2 ascites (50.4%) with a lemon yellow (61%) and low protein (63.3%) appearance were predominant. Cirrhosis (56.1%), hepatocellular carcinoma (24.4%) and peritoneal tuberculosis (18.7%) were the main etiologies.

Conclusion: Ascites is a frequent reason for hospitalization in medicine Internal to the CNHU of Cotonou. Its etiologies are dominated by cirrhosis, hepatocellular carcinoma and peritoneal tuberculosis.

Key words: ascites, cirrhosis, hepatocellular carcinoma, tuberculosis.

INTRODUCTION

L'ascite est une accumulation de liquide non sanglant, non bilieux, non gélatineux, non purulent, dans la cavité péritonéale [1-2]. Elle est détectable cliniquement par la percussion suivie de la ponction exploratrice lorsque son volume atteint 2,5 litres environ [3]. Le diagnostic positif est cependant plus difficile en cas d'épanchement minime ; il fait dans ce cas appel à des explorations morphologiques : l'échographie, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) [4]. Elle constitue un motif de consultation assez fréquent dont la prévalence hospitalière varie de 3,6% à 20% [1 ; 5-6]. Le diagnostic positif est relativement aisé, contrastant avec le diagnostic étiologique qui peut être difficile. Au Bénin bien que l'ascite fasse partie de la pratique hospitalière courante, peu de données étudiant spécifiquement ce symptôme existent. La présente étude a pour but d'analyser les aspects épidémiologiques et étiologiques des ascites.

Elle contribuera à une meilleure connaissance des ascites afin d'en améliorer la prise en charge en milieu médical.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive. Elle couvrait la période allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 Septembre 2016. Les trois critères d'inclusion étaient l'âge supérieur à 15 ans, les caractères du liquide de ponction, et la disponibilité d'une observation médicale. Un dépouillement exhaustif de tous les dossiers des patients hospitalisés pour cas d'ascite au cours de la période d'étude était réalisé. Les variables étudiées étaient les données socio-géographiques, les antécédents du patient, les signes cliniques présentés, les résultats des données paracliniques (explorations biologiques et morphologiques) et le diagnostic retenu. Les définitions opérationnelles suivantes ont été retenues :

- le liquide était considéré comme pauvre en protéines si les protéines étaient inférieures à 25 g/l et pauvre en cellules si le nombre de leucocytes était inférieur à 100 éléments par mm³ ;
- le diagnostic de cirrhose était non invasif est basé sur des critères cliniques (hépatomégalie irrégulière à bord inférieur tranchant, des signes hypertension portale et d'insuffisance hépatocellulaire) biologiques (une baisse 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 CHC était non invasif et porté sur la base d'un terrain de cirrhose, une hépatomégalie douloureuse, un liquide d'ascite hématisé et riche en cellules ; 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 péritonéale était présomptif, retenu chez des patients présentant des signes d'imprégnation tuberculeuse (altération fébrile de l'état général une notion de contact tuberculeux, un liquide d'ascite riche en protides et riche en cellules lymphocytaires (> 50% des éléments nucléés). Il n'était pas dosé l'adénosine déaminase non disponible à Cotonou ;
- l'ascite maligne était retenue si elle survenait dans un contexte de tumeur au diagnostic déjà établi. ;
- le syndrome néphrotique était retenu devant une ascite pauvre en protéine (<25g/l) ; une protéinurie >3 g/24H ; une albuminémie <30g/l ; une protidémie <60g/l ;
- le diagnostic d'insuffisance cardiaque droite était retenu devant : les signes cardiaques (une dyspnée avec orthopnée ; un galop droit ; un signe de Harzer ; une tachycardie) ; les signes vasculaires centraux (une turgescence spontanée des jugulaires ; un reflux hépato-jugulaire) ; les signes vasculaires périphériques (une hépatomégalie douloureuse à surface lisse à bord inférieur mousse de contours réguliers évoluant en accordéon ; des œdèmes des membres inférieurs mous indolores prenant le godet).

Les données ont été codées enregistrées et analysées dans le logiciel SPSS 20.0. Les tableaux et les graphiques étaient réalisés dans les logiciels Word 2007 et Excel 2007.

RESULTATS

Prévalence hospitalière de l'ascite

Durant la période d'étude, 123 cas d'ascite sur un total de 1930 cas étaient retenus. La prévalence hospitalière de l'ascite était de 6,4%.

Caractéristiques sociodémographiques des patients.

L'âge moyen des patients était de 50,3 ans (extrêmes : 15 ans et 88 ans). Le sex-ratio (H/F) était de 1,5. La profession ouvrière prédominait (26,8%).

Caractéristiques cliniques.

Les principaux antécédents étaient une hépatite virale (36,6%). Il s'agissait souvent de l'hépatite virale B (32cas ; 26%), ou C (13cas ; 10,6%). Une consommation abusive d'alcool était notée chez 17 cas (13,8%). L'asthénie (70,7%), anorexie (46,3%) ; l'amaigrissement (55,3%), l'hépatomégalie (53,6%) étaient les signes les plus fréquents. Les ascites de grade 2 (50,4%) ; macroscopiquement jaune citrin (61%) étaient prédominantes. Les principales données cliniques sont colligées dans le tableau I.

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques des patients

Caractéristiques cliniques	Effectifs	Pourcentage
Antécédents		
Hépatite virale	45	36,6
HTA	20	16,3
Ethylisme chronique	17	13,8
Tradithérapie	17	13,3
Motif de consultation		
Ascite isolée	50	40,7
Ascite avec OMI	38	30,9
Hépatomégalie douloureuse	17	13,8
Autre	18	14,6
Mode de survenue		
Progressif	87	70,7
Brutal	22	17,9
Non précisé	14	11,4
Symptômes cliniques		
Asthénie	71	57,7
Amaigrissement	68	55,3
Anorexie	57	46,3
Signes physiques majeurs		
Hépatomégalie	66	53,6
Hypertension portale	32	26,0
Grade de l'ascite		
Grade 2	62	50,4
Grade 3	49	39,8
Grade 1	12	9,8
Aspect macroscopique du liquide		
Jaune citrin	75	61
Hématisé	29	23,6
Autre	19	15,

Caractéristiques biologiques

Un caractère riche en cellules du liquide (56 cas /81 ; 69,1%) était majoritaire et à prédominance lymphocytaire (45 cas /56 ; 80,4%). L'aspect riche en protéine (33 cas/90 ; 63,3%) prédominait. L'alpha-foetoprotéine était élevée (> 200 ng/mL) chez 17 patients sur 32 (53,1%). A la numération formule sanguine, 104 cas/112 (92,8%) avaient une anémie et 29 cas/85 (29,4%) avaient une thrombopénie.

Caractéristiques morphologiques

A l'échographie abdominale, une allure cirrhotique du foie était prédominant (35 cas/108 ; 32,4%), suivi de l'aspect de foie tumoral (18 cas/108 ; 16,7%) et de foie cirrhotique dégénéré (17 cas/108 ; 15,7%). Les autres anomalies échographiques dominantes étaient la splénomégalie (31cas/108 ; 28,7%) ; l'hypertension portale (15cas/108 ; 13,9%). Chez les patients ayant pu réaliser une endoscopie digestive haute, des varices œsophagiennes (21cas/28 ; 75%) était fréquemment trouvées.

Aspects étiologiques

Les principales étiologies étaient la cirrhose hépatique (69cas ; 56.1%), la carcinose péritonéale (44cas ; 35.8%) secondaire à un carcinome hépatocellulaire (30 cas) ou à une tumeur ovarienne (8 cas). La tuberculose péritonéale était notée dans 23 cas (18.7%) (Tableau 2).

Tableau 2 : Aspects étiologiques

Etiologies	Pourcentages	Effectifs
Etiologie globale		
Cirrhose	69	56,1
Ascite maligne*	44	35,8
Tuberculose péritonéale	23	18,7
Hépatite fulminante B	1	0,8
Hépatite aigue sévère toxique	2	1,6
Insuffisance cardiaque droite	3	2,4
Syndrome néphrotique	1	0,8
Indéterminée	10	8,1
*Type de tumeur en cas d'ascite maligne		
CHC	30	68,2
Tumeur ovarienne	8	18,2
Tumeur utérine	4	9,1
Tumeur du sein	1	2,3
Tumeur rénale	1	2,3
Total	44	100

DISCUSSION

Notre étude dont le but était de déterminer le profil étiologique des ascites au CNHU-HKM de Cotonou s'est heurtée à des difficultés. D'une manière générale, la quasi-totalité de nos diagnostics ont été posés sur la base de faisceaux d'arguments présomptifs cliniques et paracliniques. Mais elle a le mérite de montrer la réalité de notre contexte de travail.

L'ascite, conséquence de diverses pathologies, est une affection qui se trouve à la frontière de multiples spécialités. Sa prévalence hospitalière varie d'un pays à un autre en Afrique subsaharienne. Elle varie de 3,6% à 20% [1;5-7]. Dans notre série elle était de 6,4%.

L'âge moyen des patients était de 50,3 ans comparable aux données de la littérature [1;5 ; 8-10]. L'infection par le virus de l'hépatite B transmise le plus souvent par voie horizontale au cours des premières années de vie explique ces résultats. Le sexe masculin était le plus représenté avec un sexe ratio (H /F) de 1,5. Nos résultats concordaient avec ceux de plusieurs études [1 ; 5;9-11]. Ils s'expliquent d'une part par les étiologies les plus souvent retrouvées mais aussi par les facteurs favorisant lesdites pathologies. L'ascite était souvent trouvée chez les sujets de classe économique faible. Le même constat a été rapporté par plusieurs études [11-12].

Le portage d'une hépatite virale était l'antécédent majeur avec une fréquence 36,6%% dont l'hépatite B représentait à elle seule 26%. Ce constat était similaire à celui rapporté par Kombila [10]. Elle demeure un problème de santé publique en Afrique subsaharienne. Elle est responsable d'une grande partie des cas de cirrhose source secondaire d'ascite.

Les symptômes cliniques étaient dominés par l'asthénie (70,7%) ; anorexie (46,3%) ; l'amaigrissement (55,3%) comparable aux données de la littérature [12-13]. L'ascite étant un symptôme révélateur de pathologies graves pouvant rapidement dégrader l'état général pourrait expliquer ce constat. Parmi les signes physiques retrouvés, la présence d'une hépatomégalie était la plus notée (53,6%). Ce constat a été également rapporté par Bambara M [12] et Dembélé Y [12].

Dans notre série la première cause des ascites était la cirrhose à une fréquence de 56,1%. Plusieurs auteurs ont également rapporté des résultats similaires [13-15]. La seconde cause

était l'ascite maligne comparable aux résultats de **Carrier P [16]** ; **Khan F [9]** et **Malsowa DP [11]**. Au nombre de ces tumeurs, Le carcinome hépatocellulaire était la tumeur dominante comparable aux données de la littérature [1 ; 13 ; 17]. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que cette lésion est une complication de la cirrhose qui est la première cause de l'ascite. Les tumeurs ovariennes étaient au second rang des causes tumorales dans notre étude et similaire aux résultats de **Malsowa DP [11]**.

La tuberculose péritonéale représentait la troisième cause des ascites à une fréquence de 18,7%. Le même constat était rapporté par **Dembélé Y [13]** **Sawadogo A [1]** et **Sidibé A [17]**. L'établissement du diagnostic était facilité par la disponibilité de tests sensibles et spécifiques de biologie moléculaire tels que le *GenXpert*. Ce test est disponible au Centre National de lutte contre le Tuberculose. Dans 8% des cas, aucune cause n'était trouvée. Une laparoscopie aurait permis de mettre en évidence des affections telles que les granulomatoses ou autres lésions rares [16] d'ascite riches en protéines non tumorales et non tuberculeuses.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que l'ascite est un motif fréquent dans notre contexte. Ses étiologies sont dominées par la cirrhose, le carcinome hépatocellulaire et la tuberculose péritonéale. Le contexte clinique, les caractères du liquide d'ascite les signes extra péritonéaux permettent dans 92% des cas d'en déterminer l'étiologie avec une grande fiabilité.

Cependant, la disponibilité d'une laparoscopie en vue d'un examen direct de la cavité péritonéale et de prélèvements est souhaitable. Elle permettrait de réduire la fréquence des ascites d'origine indéterminée.

REFERENCES

- 1) **Sawadogo A, Mouedraogo S, Kyelem C, Yameogo TM, Ouedraogo AS, Nikiema Z.** Apport des examens complémentaires dans le diagnostic des ascites à Bobo-Dioulasso. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin.* 2016 ; 24 :46-51
- 2) **Grangé J D.** Conduite à tenir devant une ascite. *EMC-Hépatogastroentérologie.* (2005) ; 2 :297-306
- 3) **Kim Ly.** 102 diagnostics à ne pas manquer. [Page internet]. Visitée le 17/12/16. [En ligne] : www.sciencedirect.com/science/book/9782294087820
- 4) **Sogni P.** ascite N°298. [page internet]. Visitée le 17/12/16. [en ligne] : WWW.ecn.bordeaux.free.fr/ECN_Bordeaux/Orientations_Diagnostiques/files/ascite.pdf
- 5) **Ouattara B, Kra O, Kouassi L, Kone S, Biekre R, Toure KH.** Aetiologies of ascites in a Department of Internal Medicine in Côte d'Ivoire (Sub-Saharan Africa). *Afr. J. Intern. Med;* 2014; 3(1):56-9
- 6) **Kodjoh N, Sehonou J, Saké K, Mouala C.** Morbidité et mortalité dans un service hospitalier de pathologies digestives à Cotonou. *Méd Afr Noire.* 2008;55(11):554-556.
- 7) **Camara M, Sow MS, Diallo AAS, Balde Y, Camara LM, Kaba ML, Balde MD.** Etiological approach ascites in Internal Medicine Service of the National Donka Hospital, University Hospital of Conakry. *Guinea Med.* 2010; 69: 56-59.
- 8) **Al-knawy Ba.** Etiology of ascites and diagnostic value of serum-ascites albumin gradient in non-alcohol liver disease. *Ann Saudi Med.* 1999 ; (17):26-28.
- 9) **Khan FY.** Ascites in the state of Qatar: aetiology and diagnostic value of ascitic fluid analysis. *Singapore Med J.* Mai 2007;48(5):434-439.
- 10) **Kombila UD, Ibaba J, Obamegwa C, Mounquengui DD, Itoudi Bignoumba EP, Ondo Mba LB.** Profil étiologique de l'ascite en milieu hospitalier à Libreville. *Médecine d'Afrique Noire.* 2012 ; 59(10) : 491-495.
- 11) **Masolwa DP.** Causes of ascites among adult patients admitted in medical wards at muhimbili national hospital in dares salaam, Tanzania. [Page internet] consultée le 22/11/2016. [En ligne]: ir.muhas.ac.tz:8080/jspui/handle/123456789/1779
- 12) **Bambara Maryse Liliane.** Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des ascites dans le département de médecine du centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso. [thèse de doctorat en médecine]. Burkina Faso : université polytechnique de Bobo-Dioulasso (Institut supérieur des sciences de la santé) ; 2013-2014. N°4.32P
- 13) **Dembélé Y.** les étiologies des ascites dans le service de médecine interne du CHU du point G. [page internet]. 2009. Consulté le 26/8/16. www.keneya.net/fmpos/theses/2009/med/pdf/09M425.pdf
- 14) **Kansal A, Aharwar S, Trikha S, Sharma A, Sahai S.** Diagnostic utility of serum ascites albumin gradient against ascitic fluid total protein for detection of liver disease in patients of ascites- A comparative study. *International Journal of Medical Research and Review.* Sep 2015 ;3(8) :861-865
- 15) **Anabela A, Adriana R, Beatriz C, M, Luis P, Beatriz P.** New Biochemical Parameters in the Differential Diagnosis of Ascitic Fluids. *Gastroenterol Res.* 2016;9(1):17-21
- 16) **Carrier P, Jacques J, Debette-Gratien M, Legros R, Sarabi M, Vidal E.** L'ascite non liée à la cirrhose : physiopathologie, diagnostic et étiologies. *La Revue de médecine interne.* 2014 ; 35: 365-371
- 17) **Sidibe A.** Ascite : Présentation clinique et profil étiologique dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré. [Page internet] 2009. Consulté le 26/8/16. www.keneya.net/fmpos/2009/med/pdf/09m218.pdf