RAFMI

REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE

LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2023, DECEMBRE - VOLUME 10 (2-2)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10ème RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter : 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de téléfax et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci,

dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante **(revueafricainemi@gmail.com)** et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne **(rafmi.org).**

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après payement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

1. **Etude comparative de la polyarthrite rhumatoïde (PR) à début tardif (PRDET) et de la PR à début précoce (PRDEP) à l'hôpital national de Zinder (Niger)** **7-12**
   Garba AA, Andia AK, Diongolé H, Taofik M, Maman CL, Altine IM, Adam AKI, Daou M, Brah S, Adehossi E
2. **Polyendocrinopathies auto-immunes : étude multicentrique en Côte d'Ivoire** **13-18**
   Acho JK, Konan N'GM, Danho J, Koné S, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa GSK, Ouattara TR, Gboko L, Koffi DP, Abodo JR, Ouattara B
3. **Dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le coronarien par l'index de pression systolique : une série de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar** **19-24**
   Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaide AA, Dioum M, Lèye MM, Afflangla DA, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
4. **Profil épidémiologique, thérapeutique et surveillance des patients diabétiques de type II sous antidiabétiques oraux à Lomé** **25-30**
   Tchamdja T, Djalogue L, Kaaga LY, Kodjo K, Mossi KE, M'bortché BK, Awalou DM, Balaka A
5. **Prévalence de la dyslipidémie chez les patients atteints de diabète de type 2 à Bouaké, Côte d'Ivoire** **31-37**
   Koné F, Danho J, N'guessan YAA, Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Kouamé KGR, Touré YL, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Abodo JRF, Ouattara B
6. **Facteurs associés au décès en hospitalisation dans le carcinome hépatocellulaire sur cirrhose au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)** **38-43**
   Koffi KOC, Kouamé HGD, Aké AF, Koné A, Brou SJM, Ahmadou OD, Assohou HE, Diakité M, Okon AJB, Ouattara B
7. **Les AVC du sujet âgé : particularités épidémio-cliniques et pronostiques** **44-50**
   Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthé A
8. **Evaluation de la réinsertion socioprofessionnelle des hémiplégiques vasculaires suivis en rééducation** **51-57**
   Seri SL, Bombo JM, Gnazebo A, Kaba A, Kouadio ESJ, Oka AN, Manhan-Coffie B, Manou B
9. **Preliminary's results study about socio-demographic and clinical aspects of elderly population living at home in Niamey (Niger)** **58-62**
   Andia A, Sani M, Garba K, Daou M, Brah S, Adehossi E

CAS CLINIQUES

10. **Neurosarcoïdose révélatrice d'une sarcoïdose multiviscérale : cas clinique et revue de la littérature** **63-67**
    Ounteini Abassea M, Souleymane B, Daoud M, Salifou Y, Adohe KS, Devina E, Mahmouda H, Mehdaouia A
11. **Polysérite et myocardite lupique chez l'homme : à propos d'un cas** **68-73**
    Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Yapa GSK, Koné F, Kouamé KGR, Gboko KKL, Ouattara B
12. **Un accident vasculaire cérébral ischémique du sujet jeune africain secondaire à une maladie de Takayasu** **74-79**
    Diouf Mbourou N, Nyangui Mapaga J, Gnigone P, Allognon C, Mambila G, Saphou MA, Mboumba C, Camara A, Nsounda A, Ongoly S, Limbenga A, Ndao Eteno M, Ondo Apo O, Kouna Ndouongo PH
13. **Goutte tophacée «historique» avec destructions ostéoarticulaires sévères et surinfection d'un tophus : à propos d'un cas** **80-83**
    Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Nina Kpami YC, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

1. ***Comparative study of late-onset rheumatoid arthritis (LORA) and early-onset rheumatoid arthritis (EORA)) at the Zinder National Hospital (Niger)*** ***7-12***
   Garba AA, Andia AK, Diongolé H, Taofik M, Maman CL, Altine IM, Adam AKI, Daou M, Brah S, Adehossi E
2. ***Autoimmune polyglandular syndrome: multicentric study in Ivory Coast*** ***13-18***
   Acho JK, Konan N'GM, Danho J, Koné S, Kouassi L, Toure KH, Koné F, Yapa GSK, Ouattara TR, Gboko L, Koffi DP, Abodo JR, Ouattara B
3. ***Diagnosis of lower extremity artery disease in patients with coronary artery disease by the ankle-brakial index: a series from the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar*** ***19-24***
   Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaide AA, Dioum M, Lèye MM, Afflangla DA, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M
4. ***Epidemiological, therapeutic and monitoring profile of type 2 diabetic patients on oral antidiabetics in Lome*** ***25-30***
   Tchamdja T, Djalogue L, Kaaga LY, Kodjo K, Mossi KE, M'bortché BK, Awalou DM, Balaka A
5. ***Prevalence of dyslipidemia in patients with type 2 diabetes in Bouaké, Côte d'Ivoire*** ***31-37***
   Koné F, Danho J, N'guessan YAA, Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Kouamé KGR, Touré YL, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Abodo JRF, Ouattara B
6. ***Factors associated with death in hospitalization in hepatocellular carcinoma on cirrhosis in Bouake CHU (Ivory Coast)*** ***38-43***
   Koffi KOC, Kouamé HGD, Aké AF, Koné A, Brou SJM, Ahmadou OD, Assohou HE, Diakité M, Okon AJB, Ouattara B
7. ***Strokes in elderly: epidemiological and prognostic features*** ***44-50***
   Tanoh MA, Traoré AB, Kadjo CV, Agbo C, Aka AD, Offoumou D, Tanoh C, Ehounoud CY, Diarra EA, Berthé A
8. ***Assessement of the socio-professional reintegration of vascular hemiplegia followed in rehabilitation*** ***51-57***
   Seri SL, Bombo JM, Gnazebo A, Kaba A, Kouadio ESJ, Oka AN, Manhan-Coffie B, Manou B
9. ***Résultats préliminaires sur les aspects socio-démographiques et cliniques de la population âgée vivant à domicile à Niamey (Niger)*** ***58-62***
   Andia A, Sani M, Garba K, Daou M, Brah S, Adehossi E

CASES REPORTED

10. ***Neurosarcoidosis revealing multivisceral sarcoidosis: case report and review of the literature.*** ***63-67***
    Ounteini Abassea M, Souleymane B, Daoud M, Salifou Y, Adohe KS, Devina E, Mahmouda H, Mehdaouia A
11. ***Polyseritis and lupus myocarditis in men: a case report*** ***68-73***
    Acho JK, Touré KH, Koné S, Kouassi L, Yapa GSK, Koné F, Kouamé KGR, Gboko KKL, Ouattara B
12. ***Ischemic stroke young african caused by Takayasu disease*** ***74-79***
    Diouf Mbourou N, Nyangui Mapaga J, Gnigone P, Allognon C, Mambila G, Saphou MA, Mboumba C, Camara A, Nsounda A, Ongoly S, Limbenga A, Ndao Eteno M, Ondo Apo O, Kouna Ndouongo PH
13. ***Historic tophaceous gout with severe osteoarticular destruction and superinfection of a tophus: about a case*** ***80-83***
    Coulibaly AK, Bamba A, Coulibaly Y, Nina Kpami YC, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E

Facteurs associes au décès en hospitalisation dans le carcinome hépatocellulaire sur cirrhose au CHU de Bouake (Cote d'ivoire)

Factors associated with death in hospitalization in hepatocellular carcinoma on cirrhosis in Bouake CHU (Ivory Coast)

Koffi KOC[1], Kouamé HGD[3], Aké AF[1,2], Koné A[1,2], Brou SJM[1], Ahmadou OD[1], Assohou HE[1], Diakité M[1,2], Okon AJB[1,2], Ouattara B[1,2]

1. Service Médecine et hépato-gastro-entérologie du Centre hospitalier Universitaire de Bouaké, Côte d'Ivoire
2. UFR sciences médicales de Bouaké, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
3. UFR sciences médicales d'Abidjan, Université Felix Houphouet BOIGNY, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Dr Kouassi Olivier Claver KOFFI

Résumé

Introduction : Le but de l'étude était de déterminer les facteurs pronostiques influençant la survie des patients atteints de CHC sur cirrhose, en hospitalisation.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les cas de CHC sur cirrhose, décédés dans le service de médecine du CHU de Bouaké durant la période d'étude. L'analyse de survie a été réalisée selon la méthode de Kaplan-Meier**.** La relation entre le décès et les paramètres a été exprimée sous forme d'odds ratio (OR) avec un intervalle de confiance (IC) à 95% et le seuil de signification fixé à $p < 0,05$

Résultats : Nous avons retenu 132 dossiers de CHC sur cirrhose dont 87 hommes et 45 femmes. Le taux de mortalité était de 56 % (132/237 cas). L'âge moyen était de 47 ans. La survie moyenne était de 5 jours. Les facteurs associés à une survie plus courte en hospitalisation étaient essentiellement l'état général altéré (OR=2,6, IC95% [1,5- 4,6], p = 0.0005), l'hémorragie digestive (OR=33,9, IC95% [8 -143,3], p = 0.0003), l'anémie sévère (OR=3,55, IC95% [2 -6,1], p = 0.0003), l'existence d'une thrombose vasculaire (OR=12,4, IC95% [6,6-23], p = 0.0002) et un stade BCLC D (OR= 3,6, IC95% [2-6,6], p = 0.0001).

Conclusion : Notre série montre le mauvais pronostic du CHC, qui dépend à la fois de l'état général altéré et des autres complications de la cirrhose.

Mots-clés : CHC - cirrhose - décès - hospitalisation - CHU Bouaké.

Summary

Introduction: The aim of the study was to determine the prognostic factors influencing the survival of patients with HCC on cirrhosis in hospitalization.

Materials and methods: This was a retrospective study of HCC cases on cirrhosis who died in the medical department of the Bouaké University Hospital during the study period. Survival analysis was performed according to the Kaplan-Meier method. The relationship between death and the parameters was expressed in the form of odds ratio (OR) with a confidence interval (CI) at 95% and the significance level set at $p < 0.05$

Results: We retained 132 files of HCC/cirrhosis including 87 men and 45 women. The hospital mortality rate was 56% (132/237 cases). The average age was 47 years old. The average survival was 5 days. the factors associated with shorter survival in hospitalization were mainly poor general condition (OR=2.6, 95% CI [1.5-4.6], p = 0.0005), gastrointestinal bleeding (OR=33, 9, 95% CI [8 - 143.3], p = 0.0003), severe anemia (OR=3.55, 95% CI [2 -6.1], p = 0.0003), existence of thrombosis vascular (OR=12.4, 95% CI [6.6-23], p = 0.0002) and BCLC stage D (OR= 3.6, 95% CI [2-6.6], p = 0.0001).

Conclusion: Our series shows the poor prognosis of HCC, which depends on both the altered general condition and other complications of cirrhosis.

Keywords: HCC - cirrhosis - death - hospitalization - CHU Bouake.

Introduction

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la plus fréquente des tumeurs primitives du foie dont il représente 85% à 90% des cas **[1,2].** Il survient dans 90% des cas sur une cirrhose qui est un état précancéreux, dont les étiologies sont représentées par l'hépatite virale B et C dans 80% des cas et l'alcoolisme **[5-9].** Dans les pays du nord, le CHC est habituellement de découverte précoce dans le cadre du suivi d'une cirrhose et touche principalement les sujets âgés **[1, 3].** Par contre, en Afrique noire, le CHC reste encore une affection de découverte tardive au stade de développement tumoral massif **[2].** Il représente la 3ème cause de décès par cancer dans le monde, et son incidence annuelle est évaluée à un million de nouveaux cas, avec une tendance à la hausse depuis 30 ans **[1, 2].** En Côte d'Ivoire, il représente la 2ème cause de décès après celui des poumons selon Globocan 2020 **[6].** Le but de ce travail est de déterminer les facteurs associés au décès en hospitalisation dans le carcinome hépatocellulaire sur cirrhose au CHU de Bouaké (cote d'ivoire) afin d'améliorer leur survie en hospitalisation.

Patients et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur tous les cas de CHC sur cirrhose colligés dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire) durant la période du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2022.

L'étude a porté sur les données recueillies dans les dossiers médicaux des CHC sur foie de cirrhose hospitalisés et le registre des décès du service. Le diagnostic était basé essentiellement sur des éléments radiologiques (TDM) dit critères BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) de Barcelone, validés par L'AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases) 2011 et l'EASL-EORTC (European Association for the Study of the Liver- European Organization for Research and Treatment of Cancer) 2012 ; il s'agit de nodule hépatique supra centimétrique, survenant sur foie cirrhotique, visible sur TDM hyper fixant au temps artériel, qui devient hypodense (Wash out) au temps portal et tardif.

Le CHC sur foie de cirrhose et le décès hospitalier du patient en hospitalisation étaient les principaux critères de jugement. Les patients adressés dans un autre service (service de chirurgie digestive ou oncologie médicale) ou évadés étaient considérés comme des perdus de vue dans notre étude.

Le recueil des données a été effectué à partir des dossiers médicaux. Les patients dont les dossiers ont été jugés exploitables ont été retenus, soit un total de 132 patients.

Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le siège de la tumeur, les manifestations cliniques, le stade tumoral selon la classification BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer), la présence des facteurs de risques, l'évolution

L'analyse de survie a été réalisée selon la méthode de Kaplan-Meier**.** La relation entre le décès et les paramètres a été exprimée sous forme d'odds ratio (OR) avec un intervalle de confiance (IC) à 95% et le seuil de signification fixé à $p < 0,05$

Considération éthique

En vertu de la loi sur les pratiques d'enquête, nous avons protégé la confidentialité des informations recueillies en attribuant un numéro d'anonymat à chaque fiche. De plus, une autorisation a été demandée et obtenue au préalable auprès de l'administration du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké.

Résultats

Durant la période de notre étude, nous avons dénombré 237 cas de patients hospitalisés dont 132 décès en admission soit 56%. L'âge moyen des patients étaient de 47 ans (extrêmes 19 ans et 89 ans)**.** Une prédominance masculine était notée avec une sex-ratio de 1,9. Les paysans prédominaient dans 60% des cas suivis des patients exerçants dans le secteur informel ; 20,8% des cas. Les antécédents familiaux d'HVB (hépatite virale B), cirrhose et CHC représentaient 27,8% des cas. L'éthylisme chronique était retrouvé dans 62% des cas. Dans notre série, nous avons retrouvé, au plan clinique que 75,8% des décédés avaient un état général altéré avec un score OMS >2, suivi d'une hépatomégalie douloureuse dans 66,7% et une ascite hémorragique dans 67,42%. Au niveau paraclinique, une taille des nodules > 5cm dans 95,45% das cas, suivi d'un taux de prothrombine bas (<50%) dans 84,85% et d'une invasion vasculaire dans 84,85%. Le score pronostic était Child C dans 71,97% et un stade D pour le BCLC dans 83,33% des cas (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques générales des patients CHC/cirrhose décédés en hospitalisation (n=132)

Caractéristiques des patients	Effectifs	%
CLINIQUES		
OMS		
≥ 2	100	75,76
< 2	32	24,24
Hémorragie digestive	50	34,71
Encéphalopathie hépatique	73	55,3
Hépatomégalie douloureuse	102	77,27
Fièvre	49	37,12
Ictère	88	66,67
Ascite hémorragique	89	67,42
PARACLINIQUES		
Taux de Prothrombine bas (TP < 50%)	112 84,85	84,85
Thrombopénie (PLQ <150.000 élt/mm3)	110	83,33
Anémie sévère (TxHb<08g/dl)	96	72,73
Hyperleucocytose (GB>10.000 élt/mm3)	36	27,27
Métastase	60	25,76
Thrombose portale	112	84,85
Taille de la Tumeur		
≥ 5 cm	126	95,45
< 5cm	6	4,55
Nombre des nodules		
≥ 3	127	96,21
< 3	5	3,79
SCORES PRONOSTIQUES		
Score CHILD		
CHILD A	4	3,03
CHILD B	30	22,73
CHILD C	95	71,97
Classification BCLC		
BCLC B	3	2,27
BCLC C	15	11,36
BCLC D	110	83,33

En analyse univariée, les facteurs cliniques associés de manière statistiquement significative à une survie plus courte en hospitalisation étaient l'altération de l'état général (OR=2,63, IC95% [1,51- 4,57], p = 0.0005), une hémorragie digestive (OR=33,91, IC95% [8,02-143,27], p = 0.0003), une encéphalopathie hépatique (OR=42,06, IC95% [12,69-139,43], p = 0.0001). L'hépatomégalie douloureuse (OR=2, IC95% [1,13-3,54], p = 0.015), l'ictère (OR=3,52, IC95% [2,05-6,03], p = 0.00003) et l'ascite hémorragique (OR=2,98, IC95% [1,75-5,08], p = 0.0004). Par contre, nous n'avons pas trouvé une association statistiquement significative avec le sexe (p = 0.91), et la fièvre (p = 0.28) (Tableaux II/III).

Tableau II : Caractéristiques cliniques comparées des patients CHC/ cirrhose décédées et non décédées en hospitalisation (n=132)

Variables	Décédé n (%)	Non décédé n (%)	p
Sexe			
M	87 (65,91)	70 (66,67)	0,91
F	45 (34,09)	35 (33,33)	
OMS			
≥ 2	100 (75,76)	57 (54,29)	0,00051
< 2	32 (24,24)	48 (45,71)	
Hémorragie digestive	50 (34,71)	6 (1,90)	0,0003
Encéphalopathie hépatique	73 (55,3)	3 (2,86)	0,0001
Hépatomégalie douloureuse	102 (77,27)	66 (62,86)	0,015
Fièvre	49 (37,12)	32 (30,48)	0,28
Ictère	88 (66,67)	38 (36,27)	0,0003
Ascite hémorragique	89 (67,42)	43 (40,95)	0,0004

Dans notre étude, les facteurs paracliniques associés de manière statistiquement significative au décès des patients CHC sur cirrhose au cours de l'hospitalisation étaient le Taux de Prothrombine bas (TP<50%) (OR=2,92, IC95% [1,56-5,45], p = 0,00057), l'anémie sévère (TxHb < 8g/dl (OR=3,55, IC95% [2,06-6,12], p = 0,0003), la thrombopénie (taux de plaquettes < 150.000élt/mm3) (OR=2,5, IC95% [1,35-4,6], p = 0,0028), une taille tumorale supérieure à 5 cm (OR=15,14, IC95% [6,12-37,48], p = 0,0001) et l'existence d'une thrombose vasculaire (OR=12,38, IC95% [6,6-23,23], p = 0,0002). Il n'y avait pas d'association avec l'existence d'une hyperleucocytose (p = 0,43), comme représenté au Tableau III.

Tableau III : Facteurs prédictifs de décès en hospitalisation de CHC/cirrhose (n=132)

Facteurs	Odds ratio	IC à 95%	p
CLINIQUES			
OMS : < 2 vs ≥ 2	2,63	[1,51- 4,57]	0,00051
Hémorragie digestive : oui vs non	33,91	[8,02-143,27]	0,0003
Encéphalopathie hépatique : oui vs non	42,06	[12,69-139,43]	0,0001
Hépatomégalie douloureuse : oui vs non	2	[1,13-3,54]	0,015
Ictère : oui vs non	3,52	[2,05-6,03]	0,0003
Ascite hémorragique : oui vs non	2,98	[1,75-5,08]	0,0004
PARACLINIQUES			
Taux de Prothrombine bas (TP < 50%) : oui vs non	2,92	[1,56-5,45]	0,00057
Thrombopénie (PLQ <150.000élt/mm3) : oui vs non	2,5	[1,35-4,6]	0,0028
Anémie sévère (TxHb<08g/dl) : oui vs non	3,55	[2,06-6,12]	0,00003
Métastase : oui vs non	8,76	[2,99-25,61]	0,00047
Thrombose portale : oui vs non	12,38	[6,6-23,23]	0,0002
Taille de la Tumeur : < 5cm vs ≥ 5 cm	15,14	[6,12-37,48]	0,00001
Nombre des nodules : < 3 vs ≥ 3	5,95	[2,15-16,53]	0,0001
SCORES PRONOSTIQUES			
Score CHILD			
CHILD C	2,62	[1,52-4,48]	0,0004
Classification BCLC			
BCLC D	3,6	[1,97-6,57]	0,0001

Le score C, respectivement pour le Child Pugh et le stade évolutif BCLC, était associé de manière statistiquement significative à une survie plus courte (Tableau III). La durée moyenne de suivi en hospitalisation était de 14 jours. La survie moyenne en hospitalisation était de 5 jours. La survie à 1 jour, 5 jours, 7 jours et 10 jours d'hospitalisation était respectivement de 90%, 50%, 30% et 0%, comme illustré par la figure 1.

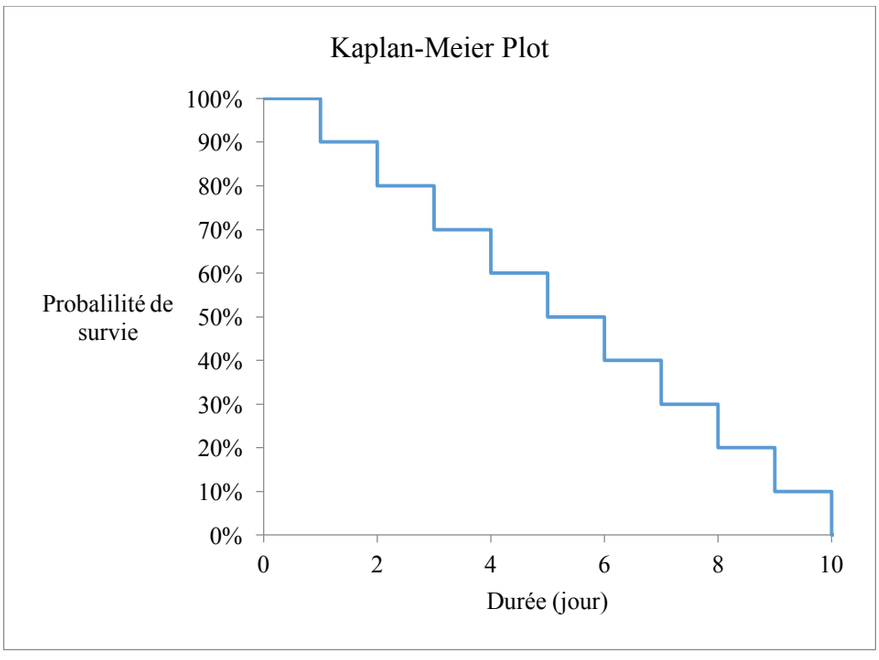

Figure 1 : Le temps de survie (en jour) des patients CHC sur cirrhose décédé en hospitalisation / Survival time (in days) of HCC patients with cirrhosis who died in hospital

Discussion

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) représente la 3ème cause de décès dans le monde. En Côte d'Ivoire, il représente la 2ème cause parmi tous les cancers **[1, 5]**.

Notre étude a retrouvé une prévalence hospitalière de mortalité du CHC à 56%. Ce taux élevé lié au carcinome hépato cellulaire a été constaté par les études de **Bouglouga [6]**, qui a trouvé un taux mortalité à 6 mois de 40%. Cette mortalité précoce élevée pourrait s'expliquer d'une part par les consultations tardives des patients ou à la difficulté de prise en charge correcte des complications dans notre contexte et d'autre part par l'insuffisance de traitement spécifique (la chimiothérapie, la chirurgie, etc.) qui pourrait prolonger l'espérance de vie de ces patients. Ces différences objectivées dans la fréquence pourraient être liées à la variabilité de l'échantillonnage.

Une prédominance masculine avec un sex ratio de 2 a été notée dans notre série. Ce résultat est en accord avec ceux de la littérature selon laquelle le CHC survient fréquemment chez l'homme et croît de façon linéaire avec l'âge **[4, 5-11]**.

L'âge moyen était de 47 ans avec des extrêmes de 19 ans et 89 ans. Nos résultats concordaient avec les données de la littérature **[2, 4, 9]**.

Dans notre série, les facteurs cliniques associés de manière statistiquement significative à une survie plus courte en hospitalisation étaient l'altération de l'état général (p = 0.0005), une hémorragie digestive (p = 0.0003), une encéphalopathie hépatique (p = 0.0001), l'hépatomégalie douloureuse (p = 0.015), l'ictère (p = 0.00003) et l'ascite hémorragique (p = 0.0004). Par contre, nous n'avons pas trouvé une association statistiquement significative avec le sexe (p = 0.91), et la fièvre (p = 0.28). Ce constat a été fait par **Bouglouga [6]**, qui a montré que les décès des CHC étaient secondaires à une encéphalopathie hépatique (12,7%), et à une hémorragie digestive par une rupture de VO (8%). Ce résultat pourrait s'expliquer par une négligence de la prise en charge des autres complications de la cirrhose du fait du mauvais pronostic du CHC. Ainsi, le traitement des autres complications liées à la cirrhose pourrait prolonger la survie des patients atteints de CHC sur cirrhose.

Les facteurs paracliniques associés de manière statistiquement significative au décès des patients CHC sur cirrhose en hospitalisation étaient le Taux de Prothrombine bas (TP<50%) (p = 0.00057), l'anémie sévère (TxHb < 8g/dl (p = 0.0003), la thrombopénie (taux de plaquettes < 150.000élt/mm3) (p = 0.0028), une taille tumorale supérieure à 5 cm (p = 0.0001) et l'existence d'une thrombose vasculaire (p = 0.0002). Il n'y avait pas d'association avec l'existence d'une hyperleucocytose (p = 0.43). Ainsi, le taux de prothrombine bas, l'anémie, la thrompénie, la taille de la tumeur, la thrombose vasculaire semble être des facteurs de mauvais pronostic du CHC sur cirrhose **[9, 10]**.

Le score Child Pugh et le stade évolutif BCLC associés de manière statistiquement significative à une survie plus courte étaient le score Child Pugh C (p = 0.0004), le stade BCLC C (p = 0.02) et le stade BCLC D (p = 0.0001). Ce résultat concorde avec ceux de **Kissi et Harrir [4, 9]** qui ont retrouvé respectivement BCLC D dans 67% et 27% chez les patients décédés. Le retard de consultation dans notre contexte, en serait la principale explication.

La durée moyenne de suivi en hospitalisation était de 14 jours. La survie à 1 jour, 5 jours, 7 jours et 10 jours d'hospitalisation était respectivement de 90%, 50%, 30% et 0%, illustrant le décès précoce de nos patients lié aux facteurs associés.

Limites et forces de la présente étude

Les limites de ce travail étaient le caractère rétrospectif de l'étude expliquant le nombre de dossiers incomplets. De même, le bas niveau socio-économique de nos patients a limité la réalisation de certaines explorations. La force de notre étude est la TDM réalisée chez tous nos patients.

Conclusion

Notre série confirme le mauvais pronostic du carcinome hépato cellulaire dans le contexte africain au sud du Sahara, et qui dépend de l'état général du patient et des autres complications de la cirrhose. Ainsi, la prise en charge efficiente des complications de la cirrhose associée au CHC pourrait améliorer la survie des patients.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA A Cancer J Clin. 2021; 71(3): 209-49**
2. **Noah D, Nko'ayissi G, Ankouane Andoulo F et al. Présentation clinique, biologique et facteurs de risque du Carcinome hépatocellulaire : une étude Cas Témoins à Yaoundé au Cameroun. Rev Méd Pharm 2014 ; 4(2)**
3. **Hagymàsi K, Tulassay Z. Epidemiology, risk factors and molecular pathogenesis of primary liver cancer.Orv Hetil, 2008; 149(12): 541-8**

4. **Kissi Anzouan-Kacou HY, Kouamé DH, Fanou DC at al. Aspects clinique et diagnostic du carcinome hépatocellulaire en Côte d'Ivoire. Rev int sc méd 2017 ; 19(3) : 179-184**
5. **GLOBOCAN Côte d'Ivoire. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2020**
6. **Bouglouga O, Bagny A, Lawson-Ananissoh LM et al. La prise en charge du carcinome hépatocellulaire progresse-t-elle en Afrique noire ? Rev. Méd. Madag. 2012 ; 2(3) : 176-179**
7. **Sehonou J, Dodo LRS, Azon-kouanou A et al. Profil épidémiologique et diagnostique du carcinome hépatocellulaire dans le service de médecine interne du CNHU-HKM de Cotonou. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin, 2017 ; 27 : 47-51**
8. **Harir N, Zeggai S, Tou A et al. Carcinome hépatocellulaire dans l'Ouest Algérien : profil épidémiologiques et clinico-pathologiques. Rev. méd. Madag. 2016 ; 6(1) : 681-685**
9. **Kissi H, Doffou SA, Bangoura AD et al. Prise en charge des cancers digestifs en Côte-d'Ivoire : expérience du service d'hépato gastroentérologie du CHU de Yopougon. Journal Africain d'Hépato-Gastroentérologie 2017, 11(1) : 13-18**
10. **Hichem El AB, Draouat S. Contribution de l'imagerie dans le diagnostic positif du carcinome hepatocellulaire. Algerian Journal of medical and health research 2023, 2(1): 26-43**
11. **Medhioub M, Khsiba A, Ben Mohamed A et al. Les facteurs prédictifs de dégénérescence au cours des cirrhoses virales compensées. Rev Méd Interne. 2022, 43(2)**