

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2020 -2021

THESE

Thèse N° :..... /

**ABCES AMIBIEN DU FOIE : TRAITEMENT NON OPERATOIRE DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE I**

Présenté et soutenu publiquement le.../ .../2021 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

M. HAMADOU YALCOUYE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Bakary Tientigui DEMBELE

Membre : Dr. Enock TAO

Co-Directeur : Dr. Issaka DIARRA

Directeur : Pr. Lassana KANTE

DEDICACES

Je dédie cette thèse ...

*À Allah subhanahu wa ta'ala L'Unique, le Clément, Le Digne de Louange
Créateur des cieux et de la Terre L'Omniscient, l'Omnipotent*

*C'est Toi seul que nous adorons et c'est auprès de Toi que nous cherchons
secours. Rien ne peut s'accomplir sans Ta Volonté*

*En plus du bienfait de la Foi en Toi parmi tant d'autres, Tu me combles du bienfait
d'avoir mené à bien mes études*

*Je t'invoque par Tes Noms et Attributs les plus nobles et Te demande de bénir ce
travail ainsi que tout ce qui viendra par la suite.*

Amen

✓ **A mon père : Bocar yalcouyé**

*Le mérite de réaliser ce travail qui témoigne des nombreux sacrifices qu'il a fallu
faire pour en arriver à ce niveau te revient avant tout. Tu as été une source
d'inspiration et un modèle sur lequel je me suis toujours référé. Ton sens de
l'honneur, de l'éthique, ton amour du travail bien fait et tes qualités humaines ont
en grande partie contribué à me forger. Tu ne t'es jamais lassé de me soutenir,
me conseiller, me remonter les bretelles quand il le faut. Faire mieux que toi est
la mission que tu m'as confiée et je compte bien la réussir.*

*Puisse Allah te préserver, t'accorder une excellente santé et te compter parmi ses
serviteurs les plus illustres*

✓ **A ma mère :**

*Feu Hawa **Karembé** mère parmi les mères, tu as été toujours sur pied au premier
chant du coq pour t'occuper de nous. Par ton courage nous n'avons rien envié aux
autres ; ton amour pour les enfants d'autrui a été capital dans notre réussite.
Qu'Allah t'accueille dans son paradis firdaous Amen.*

✓ *A mes frères, soeurs:*

Hamma Amadou yalcouyé, Abocar hamidou yalcouyé Saidou bocar , Ayouba Bocar Oumar Bocar yalcouyé Issa Bocar yalcouyé ,Mariam yalcouyé Diarratou Yalcouyé

Vos conseils, vos encouragements et votre soutien m'ont beaucoup aidé dans l'élaboration de ce travail. Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens sacrés et recevez ici toute ma gratitude.

✓ *A mes tontons et tantes :*

Feu Issa pamateck , Aminata yalcouyé ,Boubacar traoré dit Baron , Djeneba Timbiné Amadou Yalcouyé ,Mamoudou Yalcouyé Djenèba yalcouyé

C'est avec joie que je vous dédie ce travail, témoignant de mon amour et ma reconnaissance pour le soutien et la confiance que vous m'avez toujours accordé. Trouvez ici l'amour fraternel que je porte sur vous et à vos familles respectives.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères vont :

✓ **Aux Spécialistes en Chirurgie générale : Nos Maîtres Dr Cheickna TOUNKARA, Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA.**

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance, vos patiences et vos indulgences à mon égard m'ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

Au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré : Pr Lassana KANTE Pr Adégné TOGO, Pr Bakary T. DEMBELE, Pr Alassane TRAORE, , Dr DIAKITE, Dr Amadou Traoré , Dr BAH ,Dr Madiassa Konaté.

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

Aux personnels d'anesthésie réanimation : Dr Modibo TOGOLA, Dr Bakary Keita, Major Tanti Oumou, Younoussa DIALLO, Haidara

Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

✓ **A ma femme Djènèba Karembé**

Merci pour tes encouragements, bénédictions.

Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale : Alhassane Konaté, Tièba Traoré ,Koniba Fofana ,Moussa Koné ,Fousseyni Traoré ,Sambri Touré Nouh Dembélé ,Massa Mounkoro ,Mohamed Traoré merci pour la fraternité.

Aux médecins DES du service : Dr Bessy SAMAKE, Dr Bambaké Dembélé, Dr Mama Simpéré , Dr Arafau Dicko

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect.

Aux médecins stagiaires du service : Dr Yaya Diarra, Dr Ousmane Tolo ,Dr Alou Cissé

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement et les conseils

Aux cadets du service : Mama Guindo , Karim Traoré , Aminata Diarra , Madou Traoré ,Sekou Traoré , Dramane coulibaly ,Martin Esaie Dembélé , Bourama Niaré

Le chemin est encore long mais seul le courage et l'abnégation permettent d'atteindre le bout ; merci pour le respect.

Aux personnels infirmiers : Major Youssouf COULIBALY, Major sory Keita , Mariam Aba CISSE, Aicha THIAMA, Assan SANGARE, Fatoumata COULIBALY, Fatoumata TOURE, Niagalé DIAOUNE, Niélé TRAORE, Ana DICKO, Ramata KORERA, Mariam COULIBALY

Merci d'avoir assuré les soins des patients.

Aux personnels du bloc opératoire : Major DIA , Moussa COULIBALY, Yacouba COULIBALY, Papa DIALLO, Mamoutou POUDIOUGOU, NIANG, Thiékoro. *Merci pour votre compassion.*

Au médecin chef du CS Réf C.I : Dr Djakaridja KONE.

Mes très sincères remerciements et reconnaissances.

A tout le personnel administratif du CSRef CI du district de Bamako

A tous mes enseignants depuis l'école primaire en passant par le Lycée Askia Mohamed de Bamako jusqu'à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie pour l'enseignement de qualité que j'ai bénéficié auprès de vous.

A toute la 10ème promotion du numerus clausus.

A tous les membres de la famille OUOLOGUEM Aicha ouologuem , Hawa ouologuem , kadia ouologuem ,BOCAR ouologuem et Famille Boureima GUINDO , Famille Tèbsougué au point G.

A tous les membres de la famille Traoré Niaréla

A tous les personnels de l'ABOSAC

Mes sincères remerciements.

A mes Amis et grand frère : Dr Seydou Pamateck , Dr Abdoulaye M Yalcouyé , Dr Moussa Traoré Dr Mahamadou Traoré Dr Asitan Diarra , Dr Hamidou Bagayoko

Merci pour les soutiens et les accompagnements

A mes camarades, compagnons, amis(es) et promotionnaires : Dr Diao Abdoulaye, Souleymane YALCOUYE, Drissa TEMBINE, Ousmane Yanogué, Bourama DOUMBIA, Dr Lamine Doumbia Dr Alfousseyni Maiga, Sadio DOUMBIA, Maimouna DIOP, Hamadou S Yalcouyé Abdoulaye Hamidou Yalcouyé ,Nouh Yalcouyé ,Abdoulaye Pamateck ,Sekou Thieo , Abdrahamane Mariko, Mamadou Diaga ,Talbé Haidara

Permettez-moi, chères amies de vous dédier ce travail en mémoire au glorieux de temps passé ensemble à la Faculté qui nous a semblé infranchissable. Qu'ALLAH nous gratifie de sa Clémence.

Tous les étudiants de la FMOS/FAPH, bon courage et bonne chance.

Tous ceux qui, de près ou de loin, ont oeuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître & président du jury :

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Chargé des cours à l'INFSS.
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous. Vous êtes un modèle pour nous étudiant de cette faculté.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre attachement indéfectible.

À notre maitre & directeur de thèse

Professeur Lassana KANTE

- Spécialiste en chirurgie générale
- Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chargé de cours Ibode à l'INFSS
- Membre de la Société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique force le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionné tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que Dieu vous donne longue et heureuse vie.

A notre maître & juge

Docteur Boubacar Karembé

- Spécialiste en chirurgie générale
- Maître assistant à la FMOS
- Praticien hospitalier au CS Réf CIII
- Chef d'unité de chirurgie générale au CS Réf CIII
- Membre de la SOCHIMA

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ne nous a guère surpris.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire. Cher Maître, soyez rassuré de toute notre profonde reconnaissance.

À notre maître & juge

Docteur Enock TAO

- Médecin radiologue
- Chef de service de l'imagerie médicale du Cs réf CI
- Praticien hospitalier

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ne nous a guère surpris.

Votre rigueur dans le travail, votre professionnalisme, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements

À notre maître &co-directeur

Docteur Issaka DIARRA

- Chirurgien généraliste au CS Réf de la commune I
- Chef de service adjoint de chirurgie générale au CS Réf de la commune I
- Praticien hospitalier au CS Réf de la commune I
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA).

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humilité, font de vous le maître admiré de tous.

Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail.

Veillez gréer l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABEVIATIONS

%	: Pourcentage
°C	: Degré Celsius
A.F	: Abcès du foie
Afr	: Afrique
Ann	: Annale
Cc	: Centimètre cube
Chir	: Chirurgie
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
Cm	: Centimètre
Coll	: Collaborateur
CRP	: Protéine C Réactive
CSRéf CI	: Centre de santé de référence de la commune I
DES	: Diplôme d'études Spécialisées
ECB	: Examen cyto bactériologique
Ed	: Edition
Encycl.	: Encyclopédie
EPU	: Enseignement post universitaire
EUR:	: Europe
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
g	: Gramme

INFSS	: (Institut National de Formation en Sciences de la Santé).
Int	: Interne
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique 13
J	: Jour
Kgp	: kilogramme poids
Méd	: Médecine ou Médical
mg	: Milligramme
ml :	: Millilitre
mm	: Millimètre
mmol	: Millimole
NFS	: Numération Formule Sanguine
OMS :	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Oto-rhino laryngologie
P	: Page
Prat	: Praticien
Rev	: Revue
SAU	: Service d'Accueil des Urgences
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SMIG	: Salaire Minimum Interprofessionnel Garant
TDM	: Tomodensitométrie
TGO	: Transaminase Glutamique Oxaloacétique

TGP : Transaminase Glutamo-Pyruvique

TR : Toucher Rectal

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	57
Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.....	58
Tableau III : Répartition selon la profession.....	58
Tableau IV : Répartition des patients selon l'évolution de la maladie en jour ...	59
Tableau IV : Répartition selon la durée d'hospitalisation en jour	60
Tableau V : Répartition des patients selon le mode de recrutement.....	60
Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation	61
Tableau VII : Répartition des patients en fonction des antécédents	61
Tableau VIII : Répartition des patients selon les facteurs de risque	62
Tableau IX : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels	63
Tableau X : Répartition des patients selon le type de la douleur.....	63
Tableau XI : Répartition des patients selon le siège de la douleur	64
Tableau XII : Répartition des patients selon le mode du début de la douleur ...	64
Tableau XIII : Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur	65
Tableau XIV : Répartition des patients selon échelle visuelle analogie	65
Faible(1à3) modérée(4à6) forte(7à9)	65
Tableau XV : Répartition des patients en fonction des signes généraux.....	66
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des signes physiques	66
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des signes de la triade de Fontan.....	67
Tableau XVIII : Répartition selon les caractéristiques de l'hépatomégalie à la palpation	67
Tableau XIX : Répartition des patients selon la numération formule sanguine .	68
Tableau XX : Répartition des patients en fonction des bilans biologiques	68
Tableau XXI : Répartition des patients en fonction des sérologies	69
Tableau XXII : Répartition patients selon l'image échographique.....	69
Tableau XXIII : Répartition des patients selon le siège d'abcès hépatique.....	70

Tableau XXIV : Répartition des malades en fonction du foie atteint.....	70
Tableau XXV : Répartition des patients en fonction du nombre d’abcès hépatique	71
Tableau XXVI : Répartition des malades en fonction de taille de l’abcès en centimètres.....	71
Tableau XXVII : Répartition des malades en fonction du volume d’abcès en ml	72
Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction d’image TDM....	Erreur !
Signet non défini.	
Tableau XXIX : Répartition en fonction de la radiographie thoracique.....	72
Tableau XL : Répartition des patients en fonction du traitement	73
Tableau XLI : Répartition des patients selon le nombre de ponctions écho guidées	73
Tableau XLII : Répartition des patients selon l’aspect du pus	Erreur !
Signet non défini.	
Tableau XLIII : Répartition des patients en fonction des médicaments utilisés.	74
Tableau XLIV : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement par voie intraveineuse en jour	74
Tableau XLV : Répartition des patients en fonction de la quantité du pus évacué à la ponction échoguidée.	75
Tableau XXXV : Répartition des patients en fonction du type de la chirurgie	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XLVI : Répartition des patients en fonction de la suite immédiate	75
Tableau XLVII : Répartition des patients selon le traitement de la complication	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XLVIII : Répartition des patients en fonction de l’évolution des signes cliniques.....	76
Tableau XLIX : Répartition des patients selon leur suivi échographique	77

Tableau XL : Répartition des patients en fonction du coût des examens complémentaires.....	78
Tableau XLI : Répartition des patients en fonction du coût des médicaments...	79
Tableau XLII : Répartition des patients en fonction du coût global de la prise en charge	79
Tableau XLIII : Facteurs de risque et quantité de pus	80
Tableau XLIV : siège de l'abcès (segment) et durée d'hospitalisation jour.....	81
Tableau XLV : Siège d'abcès (segment) et quantité.....	82
Tableau XLVI : répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation et traitement à base de la ponction échoguidée	83
Tableau XLVII : répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation et traitement médical exclusif	84
Tableau XLVIII : répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation et volume d'abcès	84
Tableau XLIX : Age moyen et auteurs	87
Tableau L : sexe et auteurs	88
Tableau LI : Signes généraux, fonctionnels et auteurs	89
Tableau LII : Signes physiques et auteurs.....	90
Tableaux LIII : Localisation de l'abcès et auteurs	91
Tableau LIV : Nombre d'abcès et auteurs	92
Tableau LV : Traitement médical exclusif et auteurs	93
Tableau LVI : Ponction échoguidée et auteurs	94
Tableau LVII : moyens chirurgicaux et auteurs.....	95
Tableau LVIII : évolution sous traitement et auteurs	95

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Projection antérieure du foie.....	4
Figure 2 : Vascularisation du foie	11
Figure 3 : Source : SIS (système d'information sanitaire) CSRéf CI	50

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	3
Objectif général	3
I. GENERALITES	4
A. Rappels d’anatomie Hépatique :	4
B. Abcès amibien du foie.....	12
C. Abcès du foie à pyogènes.....	28
II. METHODOLOGIE.....	50
2.1. Cadre de l’étude.....	50
2.2. Présentation de la commune I.....	50
2.3. Type d’étude	54
2.4. Période et lieu d’étude	54
2.5. Echantillonnage	54
2.6. Critères d’inclusion.....	54
2.7. Critères de non-inclusion.....	54
2.8. Méthodes : L’étude a comporté	54
III. RESULTATS	57
IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS	86
4.1. Méthodologie.....	86
4.2. Données socio-demographiques	87
4.3. Données cliniques.....	89
4.4. Echographie	91
4.5. Traitement.....	93
CONCLUSION	97
RECOMMANDATIONS.....	98
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES	99
ANNEXES	104

INTRODUCTION

L'abcès du foie correspond à une cavité néoformée créée par la nécrose du parenchyme hépatique induite par l'agent pathogène [1]. Ils peuvent être divisés selon l'agent infectieux en causes bactériennes, fongiques ou parasitaires [2].

Selon l'OMS, 10% de la population serait infecté, ce qui correspond à environ 500 millions de personnes [4, 5, 6, 7].

La fréquence varie d'une région à une autre [5].

En Asie du Sud-est, l'amibiase maladie survient chez 15% des porteurs sains (13 à 43% de la population générale) et est responsable de 25% d'abcès du foie [4, 5, 6].

En Europe, il s'agit d'une pathologie d'importation à cause de l'immigration et du tourisme [4, 5,6].

En Afrique intertropicale, au Sénégal sa prévalence est de 1 à 2% de la population générale [4, 5, 6, 7]. BONKOUNGOU P. et al au BURKINA-FASO ont trouvé une incidence de 0,08% [8].

L'abcès amibien du foie est responsable de 1,9% des hospitalisations à Abidjan (Côte d'Ivoire), 1,3% à Bujumbura (Burundi) et 0,5% chez les adultes à Karachi (Pakistan) [5].

Au Mali, KONE T. en 2005 a enregistré 57 cas d'abcès amibien du foie en 5 ans dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE [5].

Les abcès non parasitaires du foie sont rares mais leur incidence a doublé depuis deux décennies. Ceci serait lié à l'influence grandissante du VIH /Sida [4].

Au Mali, DEMBELE B en 2017 a enregistré 30 cas d'abcès amibien du foie en 2 ans dans le service de chirurgie générale au centre de sante de référence de la commune I de Bamako.

Le diagnostic est clinique devant la triade de FONTAN : hépatomégalie, hépatalgie et fièvre ; confirmé par la ponction exploratrice [2].

Le traitement est médical si la taille de l'abcès est inférieure à 06cm en absence de complications associant un antiparasitaire, un antibiotique à large spectre et secondairement ciblé sur le germe isolé et un antifongique ; médicochirurgical si la taille est supérieure à 06 cm et / ou en présence de complications [4].

L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique induite par *Entamoeba histolytica histolytica* [5].

La gravité est la survenue des complications à savoir : la péritonite par rupture de l'abcès, l'extension de proche en proche [3].

Le pronostic dépend du diagnostic précoce.

Devant la recrudescence de la pathologie après l'étude précédente et d'améliorer la prise en charge d'où le présent travail.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les abcès du foie dans le service de chirurgie générale au centre de santé de référence de la commune I

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence hospitalière ;
2. Décrire les aspects cliniques et paracliniques,
3. Décrire les modalités thérapeutiques et les suites de la prise en charge ;
4. Evaluer le coût de la prise en charge

I. GENERALITES

A. Rappels d'anatomie Hépatique : [13 14 15]

1.1. Situation

Le foie est un organe thoraco-abdominal.

La majeure partie de cet organe est logée sous la très profonde coupole diaphragmatique droite qui sépare le foie du poumon droit et d'une partie du cœur. Il surplombe la partie droite des viscères abdominaux auxquels le relie d'une part des vaisseaux (veine porte et artère hépatique qui apportent le sang ; veines sus-hépatiques qui en assurent le drainage) et d'autre part les voies biliaires qui permettent l'évacuation de la bile vers l'intestin.

1.1.1. Couleur et consistance

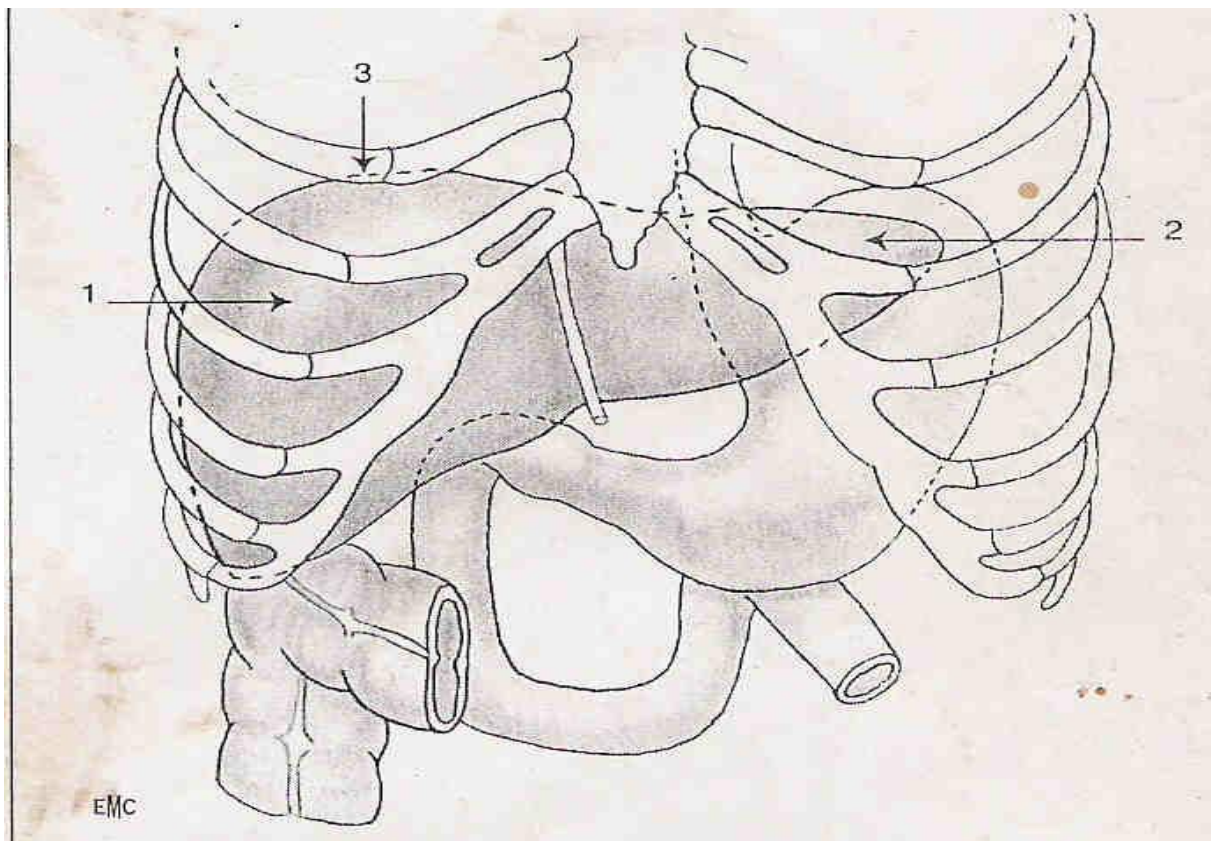


Figure 1 : Projection antérieure du foie.

1. *Lobe droit*
2. *Lobe gauche*

3. *Pole supérieur du foie droit*

Le foie est rouge brun. Il a une consistance assez ferme et cependant il est friable, fragile et se laisse déprimer par les organes voisins.

1.1.2. Poids et dimensions

Le foie est l'organe le plus volumineux de l'organisme.

Son poids est d'environ 1500 grammes sur le cadavre et chez le vivant, il contient en plus 800 à 900 grammes de sang.

Il mesure en moyenne 28 centimètres dans le sens transversal, 16cm de haut et 8cm d'épaisseur dans la région la plus volumineuse du lobe droit.

Face diaphragmatique du foie, partie supérieure. On distingue en particulier les lobes gauche et droit ainsi que les ligaments [16]

1.1.3. Configuration et rapports

Dans son ensemble, le foie peut être comparé au segment supérieur d'un ovoïde le grand axe serait transversal, la grosse extrémité à droite et qu'on aurait sectionné de gauche à droite, suivant un plan incliné regardant en haut, en avant et Il présente trois faces et deux bords.

✓ **Face diaphragmatique**

Elle est convexe et lisse. Elle comporte 3 segments : le segment antérieur, le segment supérieur et le segment postérieur.

Le segment antérieur entre en contact avec la paroi abdominale antérieure. Il est parcouru par l'insertion du ligament falciforme (ligament suspenseur) qui le divise en 2 bords (droit et gauche).

Le segment supérieur se moule en haut sur la concavité du diaphragme. Sa partie latérale droite est à peu près entièrement recouverte par la cage thoracique et s'élève, comme le diaphragme, jusqu'au quatrième espace intercostal.

Le segment postérieur est vertical et présente une concavité transversale très prononcée, qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale. Il est limité en bas par le bord postérieur.

On y trouve deux sillons verticaux :

Le sillon vertical droit ou sillon de la veine cave inférieure : c'est une gouttière profonde et large, contenant la veine cave inférieure.

Le sillon vertical gauche ou sillon du canal veineux : son extrémité supérieure aboutit à l'extrémité supérieure du sillon de la veine cave.

✓ **Face inférieure ou viscérale**

La face inférieure, irrégulièrement plane, regarde en bas, en arrière et à gauche.

Elle est parcourue par trois sillons antéropostérieurs et un sillon transversal. Les sillons antéropostérieurs ou longitudinaux se distinguent en sillons droit et gauche

:

- **sillon antéropostérieur gauche:** il est étroit, mais il entaille profondément la face inférieure du foie. Son extrémité antérieure creuse sur le bord antérieur de la glande une échancrure à laquelle aboutit l'extrémité antérieure du ligament falciforme à droite. La surface du foie est lisse
- sillon antéropostérieur droit : c'est en réalité une large gouttière peu profonde, plus large en avant qu'en arrière. Cette gouttière est appelée fossette cystique parce qu'elle répond à la vésicule biliaire.
- sillon transverse encore appelé hile du foie, s'étend entre les deux sillons antéropostérieurs. Il mesure 6 à 7 centimètres de longueur et 1.5 centimètres de largeur. Il est occupé par les organes qui vont au foie ou qui en partent (vaisseaux, nerfs, voies biliaires).

Les trois sillons de la face inférieure du foie découpent sur cette face quatre segments ou lobes : le lobe gauche, le lobe droit, le lobe carré et le lobe de Spiegel:

Le lobe gauche est en dehors du sillon antéropostérieur gauche. Sa surface concave s'appuie et se modèle sur la face antérieure convexe de l'estomac (empreinte gastrique).

Le lobe droit est moins étendu sur la face viscérale que sur la face diaphragmatique du foie. Sa surface creusée de dépressions larges, superficielles, qui sont les empreintes des organes sur lesquels le lobe droit repose et se modèle. Le lobe carré : il est limité par le sillon de la veine ombilicale à gauche, la fossette cystique à droite, le bord antérieur du foie en avant et le hile en arrière.

Il est allongé dans le sens antéropostérieur et se rétrécit un peu d'avant en arrière.

Le lobe carré recouvre la partie horizontale de l'estomac, le pylore, la partie du duodénum attenante au pylore et le segment pré pancréatique du colon transverse.

Le lobe de SPIEGEL : il est placé en arrière du hile, entre le sillon du canal veineux et le sillon de la veine cave inférieure. Il est allongé de haut en bas et appartient presque entièrement au segment postérieur de la face viscérale du foie. L'extrémité inférieure du lobe de Spiegel est occupée par deux tubercules, l'un droit, l'autre gauche, séparés par une légère dépression en rapport avec la veine porte.

Le tubercule gauche, arrondi, est appelé tubercule papillaire. Le tubercule droit est un tubercule caudé. Il est ainsi appelé parce qu'il émet vers la droite un prolongement connu sous le nom de processus caudé. Le processus caudé sépare l'extrémité postérieure de la fossette cystique de l'extrémité inférieure de la gouttière de la veine cave inférieure.

✓ **Face postérieure**

Elle est verticale et présente une concavité transversale très prononcée, qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale.

Sa partie la plus haute se trouve à droite de la veine cave inférieure ; à partir de là, sa hauteur diminue graduellement vers les extrémités.

Elle est limitée en bas par le bord postéroinférieur, en haut par le bord postéro supérieur du foie et se divise en trois segments (droit, moyen ou segment de SPIEGEL et gauche) par deux sillons verticaux (sillon de la veine cave inférieure et sillon d'ARANTIUS)

✓ **Bord antérieur ou inférieur**

Il est très aigu. Il est convexe vers le bas et présente deux échancrures situées à l'extrémité antérieure des sillons de la veine ombilicale et de la fossette cystique.

✓ **Le bord postérieur**

Il passe de droite à gauche, en arrière de l'empreinte rénale, au-dessous de l'empreinte surrénale et du sillon de la veine cave ; puis il croise l'extrémité inférieure du lobe de SPIEGEL et du sillon d'ARANTIUS, s'émousse sur la gouttière œsophagienne pour devenir ensuite tranchant jusqu'à l'extrémité gauche du foie. Le bord postérosupérieur est mousse dans toute son étendue. Il longe à gauche la ligne de réflexion du feuillet supérieur du ligament coronaire et passe comme elle au-dessus des sillons verticaux de la face postérieure.

1.1.4. Moyens de fixité

Le foie est solidement maintenu en place par :

- du tissu conjonctif très dense qui unit étroitement au diaphragmatique le segment droit de sa face postérieure ;
- la veine cave inférieure solidement fixée d'une part à la paroi de la gouttière hépatique par sa propre paroi qui est très adhérente au tissu hépatique et par les veines sus-hépatiques au niveau de son orifice diaphragmatique ; d'autre part les replis péritonéaux, qui relient le péritoine hépatique au péritoine pariétal ; le feuillet viscéral du péritoine, qui recouvre le foie.

1.1.5. Vaisseaux et nerfs

1.1.5.1. Les vaisseaux

Le foie reçoit un vaisseau veineux, la veine porte et l'artère hépatique. Le sang apporté au foie par ces deux vaisseaux est conduit dans la veine cave inférieure par les veines sus-hépatiques.

1.1.5.2. Veine porte

Elle naît de la confluence du tronc spleno-mésaraïque et la veine mésentérique supérieure.

Elle se divise au niveau du hile en deux branches, l'une droite et l'autre gauche : La branche droite, plus volumineuse et plus courte, donne deux collatéraux pour les lobes carrés et de SPIEGEL et se ramifie dans le lobe droit. Cette branche reçoit ordinairement les veines cystiques inférieures.

La branche gauche qui avant de pénétrer dans le lobe gauche, envoie quelques collatéraux aux lobes carrés et de SPIEGEL.

1.1.5.3. Artère hépatique

Branche du tronc cœliaque, elle se divise en branche gauche et droite (plus volumineuse).

1.1.5.4. Veines sus-hépatiques

Elles assurent :

- Le retour veineux du foie à la veine cave inférieure,
- Le cheminement à la périphérie des lobules, segments puis secteurs hépatiques pour former au final 3 veines sus-hépatiques :
- droite dans la scissure portale droite,
- moyenne dans la scissure portale principale,
- gauche dans la scissure portale gauche.

1.1.6. Lymphatiques

On distingue au foie des vaisseaux lymphatiques superficiels (antérieurs, postérieurs et supérieurs) et profonds, avec chacun un courant ascendant et un courant descendant.

1.1.7. Nerfs

Le foie reçoit ses nerfs du plexus solaire, du pneumogastrique et aussi du nerf phrénique droit, par le plexus diaphragmatique.

✓ Segmentation hépatique

La segmentation hépatique est basée sur la distribution du pédicule hépatique à l'intérieur de l'organe entouré de son appareil glissonien, la veine cave en est naturellement l'élément directeur. Cette distribution du pédicule hépatique comprend cinq secteurs :

Un secteur dorsal, à cheval sur les deux lobes ;

Quatre secteurs, paramédians et latéraux, qui composent les lobes droits et gauches. Les secteurs sont divisibles en deux segments sauf le secteur dorsal et le secteur latéral gauche qui sont mono-segmentaires.

Ainsi on compte huit segments numérotés sur la face inférieure du foie en tournant autour du tronc porte, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre

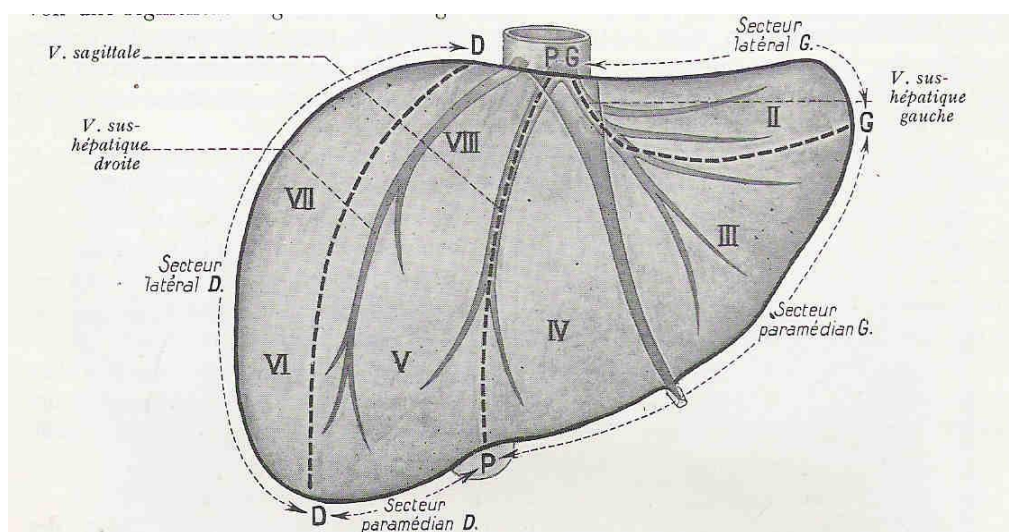
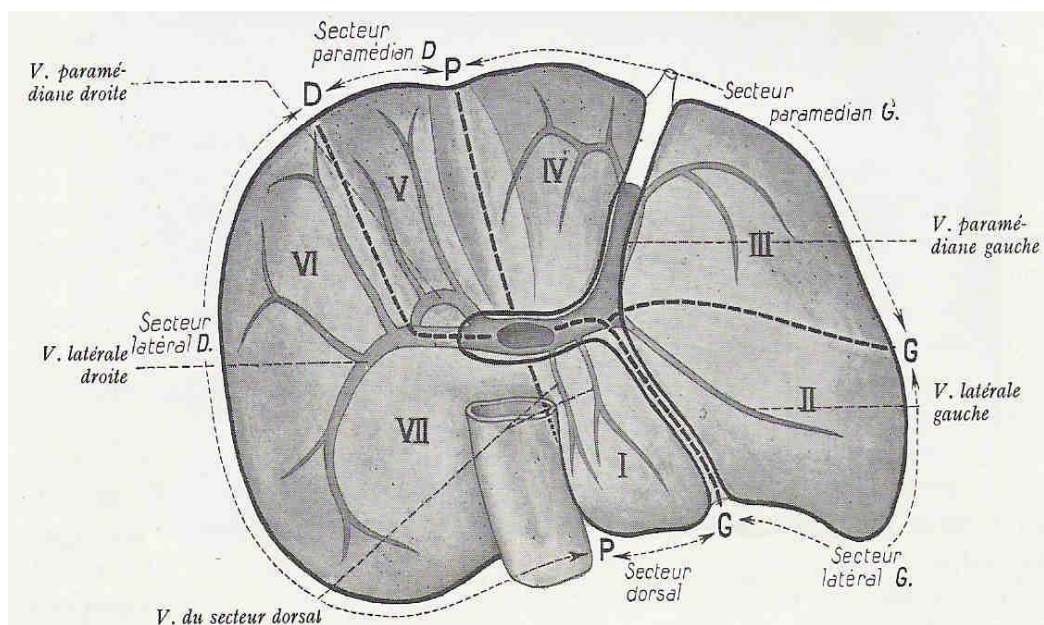


Figure 2 : Vascularisation du foie.

B. Abcès amibien du foie

L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique hépatique induite par *Entamoeba histolytica histolytica*[3,10]

On distingue:

Des formes asymptomatiques : amibiase infection due à la présence de la forme « minuta » saprophyte de l'intestin avec émission de kystes dans les selle ;

Des formes symptomatiques : amibiase maladie correspondant à l'envahissement des tissus dont le foie par la forme « histolytica »

Elle reste la cause essentielle des abcès du foie en milieu tropical.

Le terme amibiase hépatique serait préférable à celui d'abcès amibien du foie car les lésions induites par les amibes sont essentiellement cytolytiques et non inflammatoires, ce qui ne correspond pas à la véritable définition biologique du mot abcès.

Toute fois par analogie et pour des raisons de commodité, d'exposé et de description, le terme abcès amibien est le plus utilisé.

Toujours secondaire à une amibiase intestinale, dans un délai variable allant de quelques semaines à plusieurs années, la localisation hépatique en est la complication la plus fréquente. Elle concerne 1 à 20 % des personnes atteintes d'amibiase invasive jusqu'à 25 % en Asie du Sud-est. Le diagnostic est clinique, radiologique et immunologique.

Le traitement médical basé sur les 5 nitro-imidazolés, est le traitement privilégié de la maladie.

Les indications de la chirurgie sont de nos jours réduites et réservées aux seules complications de la maladie.

1.1. Rappels épidémiologiques [3, 4, 10]

1.1.1. Agent pathogène

Entamoeba histolytica est un protozoaire de l'homme qui en constitue le réservoir principal.

Il se présente sous trois formes :

- une forme végétative « minuta » saprophyte de la lumière intestinale
- une forme végétative « histolytica » hématophage et pathogène. Elle est observée dans les ulcérations intestinales, les selles dysentériques et les coques des abcès du foie ou d'autres organes.
- une forme kystique, généralement quadri nucléée. Les kystes sont rejetés dans les selles des malades et/ou des porteurs sains. Ils assurent la contamination et la pérennité de l'espèce.

1.1.2. Cycle évolutif : Il est double et comporte

- un cycle pathogène chez les malades
- un cycle non pathogène chez les porteurs sains assurant la dissémination de l'amibiase.

1.1.2.1. Cycle pathogène

Il résulte de la transformation accidentelle d'une forme minuta en forme *Histolytica* sous l'influence de multiples facteurs modifiant la flore colique. Ces facteurs sont entre autres l'irritation de la muqueuse intestinale, le surmenage, le post-partum, le déséquilibre alimentaire et tout stress physique ou psychique.

Grâce à un riche équipement enzymatique, *Entamoeba histolytica* possède un pouvoir nécrotique. Il crée des ulcérations de la muqueuse colique et *Entamoeba histolytica* parvient à la sous-muqueuse, déterminant ainsi des abcès en « boutons de chemise », responsable du syndrome dysentérique. Dans la sous-muqueuse se divise par scissiparité. Dans certains cas il peut éroder les vaisseaux de la sous muqueuse et gagner par le système porte le foie où il exerce son pouvoir nécrotique à l'origine de la formation des abcès.

1.1.2.2. Cycle non pathogène :

Alors que les formes végétatives rejetées à l'extérieur meurent rapidement, les kystes émis dans le milieu extérieur résistent plus ou moins longtemps selon les conditions hygrométriques.

Ils peuvent vivre pendant 10 jours dans les selles humides et sur les feuilles des végétaux mais beaucoup plus longtemps dans l'eau à une température de 18°C.

Ils sont par contre sensibles à la chaleur et surtout à la dessiccation.

Lorsque ces kystes sont ingérés par un nouvel hôte, l'action des sucs digestifs, d'une température et d'une humidité favorables, ils perdent leur coque et libèrent une amibe méta kystique à 8 noyaux qui se fragmentent en huit 8) amoebules pour constituer dans le côlon la forme « minuta ».

Ce parasite *Entamoeba minuta* se multiplie par scissiparité et se nourrit des débris alimentaires et des bactéries.

1.1.3. Répartition géographique

L'amibiase infestation est cosmopolite et touche 6 à 10% de la population mondiale.

Elle est plus fréquente en zone tropicale et intertropicale qu'en zone tempérée.

Elle sévit à l'état endémique dans les pays chauds et dans une zone comprise entre les isothermes 25°C de juillet et 25°C de janvier.

1.1.4. Réservoir de parasite

Il s'agit d'une affection strictement humaine, l'homme est le seul réservoir de parasite en particulier le porteur sain semeur de kystes.

1.1.5. Transmission

Elle est liée au péril fécal par l'intermédiaire des mains et ongles sales, des porteurs sains, par le sol et l'eau souillés par les excréta, les aliments contaminés et les mouches.

1.2. Physiopathologie : [17]

Grâce à leurs enzymes, les trophozoïtes *d'Entamoeba histolytica* ont le pouvoir de détruire les tissus et de pénétrer dans la profondeur de la muqueuse intestinale. Par effraction des veinules, ils gagnent le système porte dont le flux assure leur transport passif jusqu'au niveau du foie.

La destruction tissulaire semble résulter de la lyse des leucocytes et des macrophages par les trophozoïtes.

Cette lyse libère des produits toxiques qui provoquent la nécrose du tissu hépatique.

Le processus progresse de façon centrifuge, conduisant à la coalescence des foyers de nécrose contigus.

On ne trouve les amibes et les cellules inflammatoires qu'à la périphérie de la cavité.

La réponse immunitaire produit des anticorps sériques qui n'empêchent pas la progression de la maladie. Ils apparaissent vers le septième jour et certains peuvent persister pendant des années.

Après guérison et bien que des récurrences soient possibles, ces anticorps semblent exercer un certain effet protecteur.

Interviennent également des processus d'immunité à médiation cellulaire par induction d'une prolifération lymphoblastique et production de lymphokines.

1.3. Anatomie pathologique : [17]

L'abcès est le plus souvent unique, parfois multiple (variant de 1 à 15 abcès), de quelques millimètres à plus de 20 cm de diamètre. Le lobe droit est atteint de façon préférentielle, volontiers à proximité du dôme.

Le fait qu'il constitue une masse tissulaire plus importante que celle du lobe gauche ne suffit pas à l'expliquer.

On pense qu'intervient également la miction imparfaite dans la veine porte des flux provenant de la veine mésentérique supérieure et de la veine splénique : l'un s'écoule de manière sélective vers le lobe droit, l'autre vers le lobe gauche.

A l'examen histologique, la partie centrale de la cavité nécrotique est faite d'un liquide plus ou moins épais, d'une teinte allant du jaune au brunâtre (« chocolat »), d'odeur fade.

Dépourvue ou presque de cellules en particulier de polynucléaires, en règle abactérienne, la collection n'a pas la composition du pus stricto sensu. La paroi est formée par un tissu de granulations denses avec des polynucléaires neutrophiles, des macrophages, des trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica* au sein d'un tissu hépatique en voie de destruction.

Chez les malades traités, elle s'entoure d'une bande mince de collagène de type I. La zone de transition entre liquide et paroi renferme des cellules nécrosées, des débris amorphes, des globules rouges, des globules graisseux, des pigments hépatiques qui donnent au pus sa couleur.

En cas d'abcès vieilli ou chronique, on assiste à la formation d'une coque scléreuse. A la périphérie, le tissu hépatique est comprimé, légèrement inflammatoire, avec un œdème interstitiel et une fibrose sinusoïdale. Le refoulement ou l'effraction des canaux biliaires et la compression des canalicules par extension du processus inflammatoire à l'atmosphère celluleuse des espaces portes expliquent pour une part l'ictère, lorsqu'il existe. L'extension du processus peut outrepasser les limites du foie et gagner les organes voisins : c'est le stade des complications.

1.4. Diagnostic

1.4.1. Etude clinique

1.4.1.1. Forme aiguë typique [3, 4, 10]

Elle offre le tableau d'une hépatomégalie douloureuse et fébrile (triade de FONTAN). C'est le plus habituel en France (3/4 des cas), il est un peu moins fréquent en zone tropicale.

✓ **Douleur**

Elle est très évocatrice, spontanée ou provoquée, elle est le symptôme le plus constant (66 à 99%). Elle apparaît soit rapidement, de façon aiguë, soit progressivement, en quelques jours ou semaines.

Elle a pour siège habituel l'hypocondre droit (70%) d'où elle irradie inconstamment vers l'épaule et l'aisselle droites, réalisant la classique douleur en bretelle. Elle peut siéger ailleurs : base thoracique, épigastre, hypocondre gauche, flanc droit, voire région lombaire ou qu'elle diffuse à tout l'abdomen.

D'intensité variable allant de la simple pesanteur à une douleur syncopale, elle simule généralement une colique hépatique. Permanente à recrudescence nocturne dans 78% des cas, elle entraîne une posture antalgique en chien de fusil sur le côté atteint dans 72% des cas. Il n'y a pas de corrélation entre son siège et la localisation de la nécrose, entre son intensité et la taille de l'abcès.

Elle est due à la distension de la capsule de Glisson ou à l'importance de l'exsudation.

✓ **Fièvre**

Elle présente dans 75 à 91% des cas, sinon constante, elle est souvent secondaire à l'hépatomégalie et apparaît en 2 à 3 jours. Elle est souvent désarticulée, oscillante entre 38 et 39°C, dépassant rarement 40°C et réagit rapidement au traitement spécifique (75% des apyrexies sont obtenues en 18 heures de traitement).

✓ **Hépatomégalie**

Elle est constatée dans 50 à 74% des cas, elle est souvent modérée mais peut devenir importante ou déterminer une voussure pariétale en regard de l'abcès. De consistance normale ou ferme, à surface lisse rarement bosselée, prédominant sur un lobe, elle a pour caractère essentiel sa sensibilité à la palpation. L'exploration uni digitale des espaces intercostaux trouve quelquefois un point douloureux exquis auquel on accorde une valeur localisatrice (signe de Bordess et Blanc). La douleur que provoque l'ébranlement en masse du foie, par percussion de la base

thoracique droite, ne doit être recherchée qu'avec prudence car peut être syncopale.

✓ **Signes cliniques associés**

À cette triade symptomatique fortement évocatrice, vient s'ajouter très souvent un cortège de signes qui peuvent être présents dès le début mais se voient plus volontiers dans les formes évoluées.

Il s'agit :

- de signes digestifs à type d'anorexie globale (79% des cas) d'aggravation progressive, de nausée, de vomissement, de diarrhée ;
- d'une altération de l'état général, d'une asthénie physique avec sensation de malaise ;
- des signes pleuro pulmonaires à type de toux irritative, de dyspnée (10% des cas), ils orientent le diagnostic en zone d'endémie ;
- d'autres signes comme l'ictère cutanéomuqueux, fréquent sous les tropiques, a une signification pronostique défavorable.

1.4.2. Examens complémentaires

✓ **Imagerie**

L'échographie : En première intention, c'est l'examen de choix en raison de son efficacité, de sa facilité et de son innocuité.

Il arrive tout au début, qu'elle ne révèle aucune lésion, il faut donc savoir reconnaître les signes indirects inconstants qui sont : œdème de la tête du pancréas ou épaissement de la paroi vésiculaire.

L'absence de lésion ne doit ni faire récuser le diagnostic présumé ni retarder la prescription d'un traitement spécifique. Les jours suivants, vont apparaître des signes plus évocateurs.

Il s'agit d'abord d'une zone hypoéchogène sans limites nettes, initialement hétérogène, puis homogène sans renforcement postérieur. Le passage de la sonde à son aplomb est souvent douloureux.

Elle évolue vers la liquéfaction qui donne à la nécrose son aspect le plus typique et le plus souvent observé : cavité anéchogène ou renfermant de fins échos, à paroi fine avec renforcement postérieur, parfois polylobée, volontiers périphérique.

L'existence de cloison de refend est possible.

Lorsque la nécrose évolue lentement, on peut observer des formations hyperéchogènes en amas ou en stries épaisses.

Plus rarement, dans les abcès d'évolution chronique, l'aspect peut être confondu avec celui d'un carcinome hépatocellulaire.

La radiographie pulmonaire ou la radioscopie : Elle est demandée en présence de signes pleuro pulmonaires et peut révéler les signes de complications à type de réaction pleurale simple avec comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique, d'épanchement plus important et des opacités parenchymateuses de la base droite. Elle peut également montrer des signes indirects d'abcès du foie à type de surélévation de la coupole diaphragmatique droite soit globalement une déformation « en brioche » ou en « en soleil couchant ».

En cas d'abcès du lobe gauche on peut observer une surélévation de la coupole gauche. Le scanner ou l'IRM : Ils ne sont pas plus sensibles que l'échographie devant les formes non compliquées. Leur coût de réalisation élevé et leur non-vulgarisation dans nos pays rendent leurs indications rares.

✓ Examens parasitologiques

▪ Analyse cyto bactériologique du pus

Pratiquée au cas où un diagnostic différentiel difficile s'imposerait, elle fournit la certitude diagnostique en mettant en évidence l'amibe mais il s'agit le plus souvent d'un pus stérile. Il est ainsi convenu, sous les tropiques sans grand coefficient d'erreur de tenir pour amibiennes les collections microbiennes surtout si leur contenu est de couleur chocolat et/ou sans odeur.

▪ Analyse des selles

Elle a peu d'intérêt : négative elle n'élimine pas le diagnostic ; positive, elle ne l'affirme pas davantage, qu'elle montre des formes Histolytica, des formes minuta ou des kystes.

▪ **Sérologie amibienne**

La présence d'anticorps sériques spécifiques peut être détectée par de nombreuses techniques :

L'immunofluorescence indirecte : (sur étalement d'amibes), elle est la méthode la plus employée, permet un diagnostic rapide mais reste peu fiable.

L'immunoélectrophorèse : elle est positive aussi bien dans l'amibiase hépatique que dans l'amibiase colique.

L'hémagglutination passive : c'est un test très sensible mais avec un risque de faux positifs.

Elle a une plus grande valeur lorsque l'amibiase hépatique est vue en dehors d'une amibiase colique.

Une sérologie fortement positive est très évocatrice d'amibiase viscérale, en particulier hépatique. Cependant, des taux élevés s'observent parfois au cours d'une amibiase intestinale aiguë ou longtemps après la guérison d'une amibiase tissulaire connue ou non.

A l'inverse une sérologie négative n'élimine pas formellement l'amibiase hépatique, surtout au début.

▪ **Examens biologiques courants :**

Ils ont une valeur d'orientation, ils sont néanmoins fondamentaux pour suivre l'évolution sous traitement.

La plupart d'entre eux se normalisent en 8 à 14 jours de façon progressive.

De nombreux auteurs insistent sur la valeur de la VS pour suivre l'effet du traitement.

L'hémogramme décèle une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une anémie modérée.

La vitesse de sédimentation est accélérée, à plus de 50 mm à la première heure (avec des extrêmes de 5 à 161mm). Une VS supérieure à 80 à la première heure est en faveur d'une suppuration profonde ou d'un syndrome inflammatoire

La protéine C réactive (CRP) : elle est couramment élevée.

Les tests hépatiques (les transaminases hépatiques, la bilirubine et les phosphatases alcalines) sont peu perturbés.

L'électrophorèse des protides montre une hypo albuminémie, une augmentation importante des Alpha2-globulines et modérée des Gammaglobulines.

1.5. Evolution

1.5.1. Evolution favorable

Lorsque l'amibiase hépatique est diagnostiquée précocement, la mortalité est inférieure à 1%.

Il n'en va pas ainsi dans les pays en voie de développement où la malnutrition, les agressions poly parasitaires et infectieuses, le recours en première intention à la médecine traditionnelle ont pour conséquence une gravité accrue de la maladie.

L'abus d'alcool fréquent dans certains pays, semble exercer un effet délétère.

Les taux de mortalité de 4 à 18% sont en fait très variables selon les lieux et l'époque.

Sous traitement adapté, l'évolution habituelle est la guérison sans séquelles. La douleur et l'anorexie s'atténuent en général très vite pour disparaître en quelques jours. La température se normalise en 3 à 5 jours, quelquefois après une cassure brutale dès la 12ème heure.

Dans d'autres cas, la défervescence fébrile ne s'effectue que très lentement sur une à trois semaines.

La polynucléose se corrige en une à deux semaines. La VS décroît moins vite, sa normalisation demande souvent un à deux mois. Il est fréquent d'assister à une élévation du taux d'anticorps sériques.

La cavité diminue progressivement de volume. Ses limites deviennent imprécises.

Le contenu reprend peu à peu la même écho- structure que celle du parenchyme sain.

Dans un délai de trois à quatre mois, généralement moins de six mois, on assiste à une restitution ad integrum.

En l'absence de ré infestation, les récives en site sont rares, quelque fois itératives.

1.5.2. Complications

Le risque évolutif est l'extension du processus aux organes voisins.

Rares en France, les complications qui en résultent sont fréquentes en zone tropicale (12 à 36%) responsables de l'essentiel de la mortalité liée à cette maladie. Une complication peut être inaugurale du tableau clinique ou survenir même malgré un traitement adéquat.

Globalement les complications pleuro pulmonaires sont les plus fréquentes.

L'atteinte péricardique est très rare (moins de 1%), elle est propre aux abcès du lobe gauche.

Schématiquement l'atteinte des structures adjacentes au foie survient de deux façons :

- La rupture brutale de l'abcès, elle concerne soit la cavité fermée d'une séreuse (par ordre décroissant de fréquence plèvre, péritoine, et péricarde), soit dans un organe creux (arbre bronchique, intestin). En cas de rupture pleurale, surviennent un état de détresse respiratoire et éventuellement un état de choc. En cas de rupture péritonéale, s'installe un tableau de péritonite aiguë qui peut simuler une rupture viscérale. La rupture intra péricardique provoque une tamponnade aiguë. La rupture dans un organe creux se drainant naturellement vers l'extérieur donne également lieu à un tableau bruyant : douleur suivie de vomique abondante, puriforme ou brune, avec détresse respiratoire en cas de rupture bronchique, débâcle diarrhéique puriforme en cas de rupture dans le tractus digestif.
- L'extension de proche en proche, est le mode le plus fréquent.

1.6. Formes cliniques

1.6.1. Formes symptomatiques

La fièvre peut être isolée, manquer ou rester discrète.

Les douleurs sont souvent atténuées ou ectopiques. Contrairement à l'opinion classique, un ictère de type variable cytolytique ou rétentionnel peut survenir.

Les complications pleuro pulmonaires sont parfois plus bruyantes que les manifestations hépatiques.

1.6.2. Formes topographiques

Les abcès postérieurs ou du lobe gauche, rares et trompeurs se révèlent souvent par une complication. Leur pronostic est sévère du fait du retard diagnostique et thérapeutique.

1.6.3. Formes subaiguës, voire chroniques

Elles évoluent à bas bruit, simulent un cancer primitif du foie ou une cirrhose et correspondraient à des formes anatomiques particulières : abcès fibreux de Kiener, hépatite nodulaire de Achards et Fox.

1.6.4. Formes graves, suraiguës ou compliquées

Elles se voient surtout chez les sujets dénutris ou en cas de retard thérapeutique. L'abcès fulminant de Rogers, mortel en quelques jours, correspond à une nécrose parenchymateuse diffuse. A un moindre degré, on observe des abcès hépatiques multiples, délabrant, de traitement difficile. Ces abcès sont parfois surinfectés par des germes divers, posant le problème des abcès non amibiens du foie. L'abcès peut éroder un gros vaisseau entraînant une hémorragie cataclysmique ou encore comprimer (déterminant une hypertension portale), les veines sus-hépatiques (exceptionnel syndrome de Budd-Chiari d'origine amibienne) ou même d'autres organes. Surtout, l'abcès peut s'étendre aux organes voisins : s'il siège au niveau du dôme hépatique, l'abcès diffuse à la plèvre, au poumon, au médiastin, au péricarde. S'il siège à la face inférieure du foie, l'abcès peut se rompre dans le péritoine habituellement cloisonné ou encore dans le tube digestif ou à un autre organe. Si l'abcès est postérieur, il peut s'étendre à l'espace rétro péritonéal.

1.7. Diagnostic différentiel

L'amibiase hépatique pose le problème de tous les gros foies fébriles et douloureux.

Les abcès à pyogènes du foie, sont moins fréquents que les abcès amibiens en milieu tropical. Ils compliquent habituellement une septicémie, une angiocholite, une dilatation congénitale des voies biliaires intra-hépatiques, un foyer abdominal infecté. La difficulté réside dans l'existence d'abcès bactériens en apparence primitifs et d'amibiases surinfectées.

Le cancer primitif du foie, fréquent en Afrique noire, simule d'assez près l'amibiase hépatique. L'échec du traitement d'épreuve au Métronidazole, l'absence d'anticorps spécifiques amibiens à un titre élevé, la mise en évidence d'une alphafoetoprotéine dans le sérum du malade, les données laparoscopiques et histologiques permettent la distinction.

Certaines cirrhoses sont douloureuses et fébriles. Mais l'ictère, l'ascite, les œdèmes et les signes d'hypertension portale lèvent rapidement le doute.

Le kyste hydatique du foie surinfecté peut être confondu avec une amibiase. L'erreur est grave quand elle conduit à la ponction du kyste.

1.8. Traitement

1.8.1. But

- Eradiquer l'amibe
- Evacuer la collection
- Corriger les désordres métaboliques et hémodynamiques.

1.8.2. Moyens de traitement

1.8.2.1. Traitement médical

C'est le traitement étiologique de la maladie. Il utilise les 5-nitro-imidazolés dont le chef de file est le Métronidazole. La posologie est de 30 à 50mg/kgp/j chez l'adulte, de 30 à 40mg/kgp/j chez l'enfant en 3 administrations quotidiennes. En pratique chez l'adulte la dose est de 1,5g/j en 3 prises. La durée du traitement est de 5 à 10 jours

Autres dérivés : le tinidazole comprimés dosé à 500mg à une posologie de 2g/j pendant 3 jours.

Le secnidazole et l'ornidazole sont également efficaces mais moins utilisés

1.8.2.2. Ponction écho guidée

Elle utilise une aiguille de calibre suffisant (16-18G) pour évacuer un pus épais. Elle peut être éventuellement répétée. Certains instillent au décours, un produit de contraste pour apprécier le volume de la cavité et ses connections éventuelles avec l'arbre biliaire ou avec les organes voisins. D'autres instillent un amoebicide dilué, mais toutes ces pratiques sont contestées. La ponction soulage la douleur, son effet favorable sur la défervescence fébrile et la durée d'hospitalisation reste controversé pour les abcès non compliqués. Elle n'est pas exempte d'incidents (hémorragie, fistulisation à la peau et surinfection bactérienne).

1.8.2.3. Drainage transpariétal percutané

Il utilise des cathéters multi perforés de type « queue de cochon », d'un calibre de 8-10F, ou plus gros (12-14F). Il est poursuivi jusqu'à ce qu'il cesse d'être productif.

1.8.2.4. Drainage chirurgical

Il consiste à la mise à plat de la collection hépatique à travers une incision de la paroi abdominale et à poser un drain. Il est indiqué dans les abcès fluctuants ou les abcès fistulisés à la peau.

1.8.2.5. Coelio-chirurgie

Elle est indiquée dans le traitement des formes compliquées de rupture ou de fistule mais reste de pratique peu courante au Mali.

1.8.2.6. Chirurgie classique

Elle est en recul à cause des techniques nouvelles de diagnostic et de traitement. Ses seules indications sont les complications.

1.8.3. Indications thérapeutiques : [3,10]

1.8.3.1. Traitement médical exclusif :

Abcès non compliqués et/ou de diamètre inférieur à 10cm.

1.8.3.2. Ponction écho guidée :

Les indications les plus courantes sont :

- l'absence de réponse ou aggravation sous traitement médical, la nécessité de soulager rapidement une douleur vive ou non calmée par les moyens habituels,
- les abcès de diamètre supérieur à 10cm ;
- les abcès du lobe gauche.

1.8.3.3. Traitement chirurgical

Il est réservé aux complications.

1.9. Prophylaxie

De nos jours elle repose sur les mesures d'hygiène et l'éducation pour la santé, destinées à éviter la contamination éco-orale. On ne dispose pas d'une chimio prophylaxie fiable. Les recherches à l'élaboration de vaccin connaissent des résultats encourageants. La protection contre l'amibiase hépatique a été obtenue chez des animaux de laboratoire au moyen de sous unités de certaines enzymes du parasite par des peptides de synthèse qui en reproduisent la structure [17].

C. Abcès du foie à pyogènes

1.1. Définition : [4]

C'est toute suppuration hépatique d'origine bactérienne qui peut compliquer un foyer infectieux du territoire portal, une infection biliaire, une septicémie, un déficit immunitaire, le diabète etc. Autrement dit l'abcès correspondant à une cavité néoformée créée par la nécrose du parenchyme hépatique par l'agent pathogène.

1.2. Epidémiologie

1.2.1. Incidence

Elle est relativement faible et lentement progressive sur des séries autopsiques. Les résultats de deux séries consécutives provenant de la même institution montrent une incidence de 0,4% des autopsies entre 1934 et 1958 et de 0,57% de 1959 à 1968 [18]. En revanche, l'incidence a nettement augmenté de 13/100 000 admissions entre 1952 et 1984, à plus de 20/100 000 dans deux des plus grands centres nord-américains, tendance confirmée par d'autres séries récentes [18]. Cette progression est imputée à l'amélioration des techniques radiologiques et à l'utilisation des moyens de plus en plus invasifs dans la prise en charge des cancers péri ampullaires et hépatobiliaires. Les abcès du foie à germes pyogènes paraissent rares en zone tropicale d'Afrique. Cette rareté doit cependant tenir compte des difficultés diagnostiques.

1.2.2. Age et sexe : [1]

L'abcès bactérien du foie était selon Ochsner et de Baley, une pathologie du sujet jeune. Dans leur travail datant de 1938, l'âge moyen était de 30 ans. Les séries récentes objectivent une stabilisation de l'âge moyen entre la 6ème et la 7ème décennie. La nette prépondérance masculine des séries anciennes a presque disparu.

1.2.3. Germes en cause : [1]

- Anaérobies à Gram Négatif : 40 à 60 % : *Escherichia coli*, Klebsiella, Pseudomonas, Enterobacter, Morganella, Serratia plus rarement Proteus, Eikenella, Providencia, Salmonella
- Aérobie à Gram positif : 10 à 20 % : Streptocoques A, D, microaérophile, ingroupable ; Staphylocoques
- Anaérobies : 35 à 45 % : *Bacteroides fragilis sp*, Fusobacterium, Clostridia, Streptocoques, Peptostreptocoques, Actinomycetes, Diphtéroïdes.
- Polymicrobisme : 20 à 60 %
- Abcès stérile : 5 à 10 %
- Mycose : 5 à 30 %
Candida, Cryptosporidium, Histoplasma
- Germes particuliers : 1%
Bacille de Koch, Brucella, Yersinia, Pasteurella

1.2.4. Facteurs favorisants

Immunodépression, Cancer, Diabète, Alcoolisme, Corticothérapie, Cirrhose, Foie cardiaque ; des antécédents de chirurgie abdominale en particulier gastroduodénale sont souvent retrouvés.

1.3. Anatomopathologie : [4]

L'abcès bactérien du foie peut être unique ou multiple, macroscopique de diamètre supérieur ou égal à 2 cm ou microscopique d'un diamètre de quelques millimètres.

L'abcès correspond à une cavité néoformée créée par la nécrose du parenchyme hépatique induite par l'agent pathogène. Les parois sont formées par du tissu hépatique dénaturé hébergeant habituellement le ou les germes responsables. L'abcès contient du pus parfois fétide (surtout en cas d'infection aux germes anaérobies) et souvent des débris nécrotiques. Les abcès peuvent être superficiels,

sous capsulaires avec une composante inflammatoire péri hépatique, ou profonds, enchâssés dans le parenchyme. Les macros-abcès sont uniques dans 50 à 70% des cas et situés dans le lobe droit dans plus de deux tiers des cas. Ils correspondent souvent à une contamination hépatique par voie portale. Cette localisation serait imputée aux flux mésentérico portal préférentiel vers le lobe droit.

Dans 30 à 60% des cas, les macros-abcès sont multiples, répondant à une étiologie biliaire avec une pathologie maligne sous-jacente dans près de la moitié des cas. Les abcès multiples sont également repartis dans les deux lobes.

Les abcès microscopiques ou diffus réalisent les classiques abcès miliaires du foie. Ils répondent à trois types de mécanisme :

- thrombose portale suppurée ou pyléphlébite ;
- obstruction biliaire réalisant l'angiocholite aiguë suppurée obstructive.
- dissémination artérielle au cours des états septicémiques sévères, en particulier en cas d'endocardite bactérienne et /ou chez les immunodéprimés, des micros-abcès sont alors retrouvés au niveau d'autres organes. L'aspect histologique peut permettre de distinguer les micros-abcès d'origine portale qui ont un développement péri portal et les micros-abcès d'origine biliaire à développement péri canalaire.

1.4. Facteurs étiologiques : [1]

1.4.1. Causes biliaires :30 à 70%

Malignes : cancers des voies biliaires, péri ampullaire ou de la vésicule

Bénignes : lithiase biliaire, anastomose biliodigestive, cathétérisation des voies biliaires, pancréatite chronique.

1.4.2. Causes portales : 10 à 20 %

Bénignes : diverticulite, suppuration anorectale, suppuration postopératoire, entérocolites inflammatoires, perforation digestive, appendicite, salpingite, abcès pancréatique ;

Malignes : cancer colique ou gastrique infecté

1.4.3. Causes artérielles : 10 à 15 %

Septicémies (endocardite), infection urogénitale, dentaire, ORL, cutanée, ostéomyéлитique.

1.4.4. Abcès par contiguïté : 1 à 5%

Abcès sous phrénique, sous hépatique, cholécystite aiguë

1.4.5. Abcès post –traumatique : 1 à 3% des traumatismes ouverts ou fermés

4.6. Abcès cryptogénétique : 10 à 40%

1.4.6. Physiopathologie : [4]

La bactériémie portale est un phénomène physiologique. Cependant, l'activité antibactérienne du complexe réticulo-endothélial hépatique est intense et les hépato cultures sur foie sain sont stériles. La survenue d'un abcès bactérien du foie correspond à un déséquilibre entre la contamination bactérienne et les moyens de résistance hépatique à l'infection, comme en cas d'inoculation massive et répétée, en cas de déficit immunitaire et/ou en cas d'anomalie hépatique. Ainsi certains états morbides sont fréquemment associés aux abcès du foie et constituent des facteurs favorisants : diabète, cancer, immunodépression, alcoolisme, corticothérapie, cirrhose, foie cardiaque...

Des antécédents de chirurgie abdominale, en particulier gastroduodénale, sont souvent retrouvés.

L'étiologie est classiquement divisée en six catégories selon la voie d'inoculation qui peut être biliaire, portale, artérielle, par contiguïté ou posttraumatique.

Dans un certain nombre de cas, la cause reste mal élucidée et l'abcès est dit « cryptogénétique »

✓ Abcès d'origine biliaire :

Ils représentent toujours la cause la plus fréquente d'abcès du foie à pyogènes. Il s'agit souvent d'abcès secondaires à une obstruction biliaire compliquée d'angiocholite, le germe atteignant le foie par voie canalaire ascendante.

Les causes malignes forment actuellement plus de la moitié des abcès à pyogènes d'origine biliaire : cancers des voies biliaires, péri ampullaire et de la vésicule. L'usage de plus en plus étendu des prothèses biliaires a été sans doute le facteur favorisant. Les causes bénignes sont dominées par la lithiase de la voie biliaire principale, la forme intrahépatique étant rare en Occident. Les autres causes biliaires bénignes sont beaucoup plus rares : sténose biliaire postopératoire, cathétérisme diagnostique ou thérapeutique trans hépatique ou rétrograde, anastomose biliodigestive.

✓ **Abcès d'origine portale**

Ils correspondent à des bactériémies portales massives. La majorité des abcès hépatiques d'origine portale n'est plus associée à une pyléphlébite. Ces abcès sont souvent uniques mais peuvent être multiples en cas de pyléphlébite secondaire à une diverticulite, celle secondaire classiquement à l'appendicite aiguë ayant quasiment disparu. Les causes actuelles d'abcès d'origine portale sont les complications de la maladie diverticulaire colique, les cancers gastriques ou coliques infectés, les suppurations anorectales, les abcès pancréatiques, les perforations digestives les suppurations intra-abdominales postopératoires et les maladies inflammatoires (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn). Au cours de ces dernières, les bactériémies portales sont fréquentes mais les abcès du foie sont rares.

✓ **Abcès d'origine artérielle : 5 à 10 %**

Ces abcès sont le plus souvent dus à une bactériémie passagère. Ils sont généralement macroscopiques et uniques. Les portes d'entrée peuvent être une septicémie d'origine variable chez les immunodéprimés, une endocardite, une staphylococcie cutanée, une infection urogénitale une infection ORL ou une infection dentaire, une pneumopathie ou une ostéomyélite. Abcès par contiguïté : Ces suppurations intra péritonéales de voisinage entraînant une effraction de la capsule de Glisson sont devenues rares avec le développement de l'imagerie

moderne (TDM, échographie) permettant un diagnostic précoce et une antibiothérapie efficace.

Il peut s'agir d'un ulcère térébrant ou d'un abcès sous –phrénique ou sous – hépatique postopératoire ou spontané (ulcère perforé). Un cas particulier est réalisé par certaines cholécystites aiguës entraînant une suppuration du parenchyme adjacent.

✓ **Abcès post-traumatiques**

Ils sont secondaires à une contusion ou une plaie hépatique et correspondent à la surinfection d'un hématome intra hépatique ou d'une zone dévitalisée.

✓ **Abcès cryptogénétiques**

Il s'agit d'abcès pour lesquels aucun foyer infectieux causal ne peut être retrouvé. Ces abcès seraient soit d'origine artérielle, secondaire à des bactériémies décapitées passées ou inaperçues, soit d'origine portale avec ou sans pyléphlébite occulte. Ces abcès doivent rester un diagnostic d'élimination.

1.5. Formes particulières : [4]

✓ **Chez l'enfant**

Ils sont rares et doivent faire évoquer un état d'immunodépression (leucose) ou une granulomatose chronique familiale. Chez le nouveau-né, l'infection ombilicale peut être à l'origine d'abcès hépatique par voie portale avec ou sans pyléphlébite et les listérioses néonatales peuvent être compliquées d'abcès hépatique.

✓ **Abcès du foie des malades atteints de cancer**

Deux sous-groupes sont distingués

Les abcès fongiques des sujets jeunes porteurs de leucoses et, Les abcès bactériens des sujets âgés ayant une tumeur solide.

Dans le premier groupe, la chimiothérapie est le facteur initiateur majeur et dans le deuxième, on retrouve le plus souvent la notion de manipulation diagnostique ou thérapeutique des voies biliaires.

✓ **Abcès du foie à composante gazeuse**

Ils forment 10 à 20% des AF. Un diabète mal contrôlé est très fréquemment retrouvé. Le mécanisme est mal élucidé. Les bactéries anaérobies sont isolées dans 20% des cas. Cette forme est associée à une mortalité élevée, aux alentours de 30%.

✓ **Abcès du foie dans le syndrome de l'immunodéficience acquise**

Ils sont très graves. L'origine fongique est fréquente. La mortalité peut aller 80%.

1.6. Bactériologie

L'identification et l'antibiogramme du ou des germes pathogènes sont essentiels. L'isolement des germes peut se faire à partir de pus de l'abcès et /ou par les hémocultures systématiques et répétées. Un troisième site possible de prélèvement est labile, option de plus en plus utilisée ces dernières années, du fait de l'usage des prothèses biliaires. Enfin, l'hépatoculture (paroi de l'abcès) peut être effectuée pour l'isolement des germes. Les techniques de prélèvement et de culture doivent être rigoureuses, surtout pour les germes anaérobies.

La culture du pus de l'abcès est positive dans 70 à 97% des cas. Les hémocultures sont positives dans 60 à 82% des cas. Les cultures de bile sont positives dans 70 à 93% des cas. Le polymicrobien est fréquent (20 à 60%), en particulier en présence de germes anaérobies. Il semble que les abcès solitaires soient plus fréquemment polymicrobiens que les abcès multiples (63% contre 30%).

Les germes les plus souvent rencontrés sont les bacilles à Gram négatif (40 à 60%) et les bactéries anaérobies (40 à 50%). La fréquence de ces dernières a été augmentée par l'amélioration des techniques de culture. Le groupe des bacilles à Gram négatif est codominé par *Escherichia coli* et les Klebsiellstandis que

Bacteroides fragilis est le chef de file des germes anaérobies. Les streptocoques et les staphylocoques peuvent être rencontrés notamment dans les abcès d'origine hématogène systématique. Les agents fongiques (notamment candida) sont trouvés dans les abcès multiples des malades immunodéprimés ou atteints de cancer. Dans 5 à 10% des cas, le pus peut rester stérile, correspondant alors à des défauts de culture des germes anaérobies, à des formes décapitées par l'antibiothérapie, à des amibiases méconnues ou à des mycoses. Citons enfin les rares abcès spécifiques : tuberculose, brucellose, tularémie, syphilis, yersiniose, pasteurellose, fongiques (candidose, cryptococcose, histoplasmosse...)

Selon l'étiologie, il semble qu'il y ait des différences dans les taux de positivité des cultures. Ainsi, les abcès cryptogénétiques sont associés aux taux de culture positive les plus bas.

1.7. Histoire naturelle et pronostic : [4]

En l'absence de traitement, les abcès à pyogènes sont constamment mortels.

Les complications peuvent être locorégionales ou générales :

- Rupture pleuro- pulmonaire
- Insuffisance hépatocellulaire
- Rupture sous-phrénique
- Septicémie
- Rupture péritonéale.

Avant l'ère de la scintigraphie, le diagnostic était souvent porté en post mortem et les taux de mortalité atteignaient 60 à 80%.

Avec l'apparition des techniques d'exploration isotopiques, la mortalité a chuté à des taux de 30 à 50 %. Néanmoins, c'est l'avènement de l'échotomographie et de la TDM qui a transformé le diagnostic, le traitement et le pronostic de cette affection. La mortalité dans les séries chirurgicales publiées depuis l'utilisation de ces techniques est d'environ 10 à 40 % jusqu'aux années 1980. En dépit de

l'amélioration de ces techniques de perfectionnement de l'antibiothérapie et des changements dans la prise en charge thérapeutique, la mortalité au début des années 1990 pouvait atteindre 10 à 25%. Les séries récentes avancent des chiffres oscillants entre 6 et 18%.

Les facteurs de risque identifiés par ces études seraient l'âge, l'anémie, l'hyperleucocytose, l'insuffisance rénale, l'ictère, l'hypoalbuminémie, la malignité et la présence d'un épanchement pleural.

1.8. Diagnostic positif

1.8.1. Clinique

La fièvre est le signe le plus constant (80 à 95% des). Il peut s'agir d'une fièvre de type septicémique en « clochers » avec frissons (50 % des cas) ou au contraire, d'une fièvre au long cours.

La douleur abdominale est présente dans 50 à 70% des cas. Elle peut faire défaut chez les malades porteurs de prothèses biliaires ou en cas d'abcès microscopiques ou être erratique (diffuse, épigastrique ou basithoracique droite).

La douleur est volontiers majorée par l'inspiration profonde, la toux, les efforts, l'ébranlement du foie.

L'altération de l'état général est habituelle : asthénie, anorexie, amaigrissement, sensation de malaise, sueurs nocturnes, troubles psychiques.

Nausées et vomissements sont assez fréquents mais la diarrhée (10% des cas) est beaucoup plus rare que dans les abcès amibiens.

Des signes respiratoires peuvent apparaître, en particulier une dyspnée ou une toux sèche. L'examen physique peut retrouver un signe fondamental qui est l'hépatomégalie douloureuse (40 à 70% des cas). La douleur à l'ébranlement du foie par percussion de la base thoracique est extrêmement évocatrice. Rarement, on palpe une masse abdominale en particulier épigastrique (abcès du lobe

gauche). L'ictère est inconstant (20 à 50% des cas) et est surtout associé aux AF d'origine biliaire. On peut retrouver un syndrome pleurétique de la base droite. Dans les formes septicémiques, une splénomégalie peut exister. Enfin, l'ascite, rarement associée aux abcès hépatiques, peut être en rapport avec un cancer sous-jacent.

Au total, deux tableaux cliniques peuvent être opposés :

Un tableau aigu septicémique correspondant habituellement aux abcès multiples d'origine angiocholitique ou artérielle dont le diagnostic est en général rapide (quelques jours). En cas d'angiocholite, l'ictère et l'hépatomégalie douloureuse orientent le diagnostic alors que celui-ci peut être difficile dans les formes hématogènes où les abcès hépatiques sont noyés dans un tableau infectieux général sévère ;

Un tableau subaigu devenu actuellement de plus en plus fréquent où se pose le problème d'une fièvre ou d'une altération de l'état général. Ce cas correspond aux abcès survenant dans un contexte de manipulation biliaire invasive, de cancer, ou en postopératoire.

Les conditions du diagnostic classiquement tardif ont été transformées par la pratique de l'échographie et /ou de la TDM.

1.8.2. Biologie : [4]

L'examen physique peut retrouver un signe fondamental qui est l'hépatomégalie douloureuse (40 à 70% des cas). La douleur à l'ébranlement du foie par percussion de la base thoracique est extrêmement évocatrice. Rarement, on palpe une masse abdominale en particulier épigastrique (abcès du lobe gauche). L'ictère est inconstant (20 à 50% des cas) et est surtout associé aux AF d'origine biliaire. On peut retrouver un syndrome pleurétique de la base droite.

Dans les formes septicémiques, une splénomégalie peut exister. Enfin, l'ascite, rarement associée aux abcès hépatiques, peut être en rapport avec un cancer sous-jacent.

Au total, deux tableaux cliniques peuvent être opposés :

Un tableau aigu septicémique correspondant habituellement aux abcès multiples d'origine angiocholitique ou artérielle dont le diagnostic est en général rapide (quelques jours). En cas d'angiocholite, l'ictère et l'hépatomégalie douloureuse orientent le diagnostic alors que celui-ci peut être difficile dans les formes hématogènes où les abcès hépatiques sont noyés dans un tableau infectieux général sévère ;

Un tableau subaigu devenu actuellement de plus en plus fréquent où se pose le problème d'une fièvre ou d'une altération de l'état général. Ce cas correspond aux abcès survenant dans un contexte de manipulation biliaire invasive, de cancer, ou en postopératoire.

Les conditions du diagnostic classiquement tardif ont été transformées par la pratique de l'échographie et /ou de la TDM.

Un syndrome inflammatoire intense est habituel avec une hyperleucocytose à prédominance neutrophile (75 à 96%), une anémie de survenue inconstante (13 à 90%), une élévation de la protéine C réactive et de la vitesse de sédimentation, une hypergammaglobulinémie et une hypoalbuminémie (30 à 67% des cas).

L'anomalie hépatique la plus fréquente est l'élévation des phosphatases alcalines entre 1,5 et 3 fois la normale (88 à 100%) et des transaminases entre 2 et 10 fois la normale (50 à 80% des cas). Une hyperbilirubinémie est notée dans

20 à 70% des cas. Un taux de prothrombine allongé est rapporté dans 15 à 62% des cas.

1.8.3. Examens morphologiques

La stratégie diagnostique des abcès du foie repose sur l'échographie, la TDM, et à un moindre degré l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

1.8.3.1. Cliché sans préparation

La radiographie pulmonaire est anormale dans 25 à 60% des cas en objectivant une ascension de la couple diaphragmatique droite, voire une image en « brioche » en cas d'abcès du dôme hépatique. Des anomalies de la base pulmonaire droite sont les signes le plus fréquemment retrouvés : épanchement pleural, aspect de pleuropneumopathie, atélectasie.

Les clichés d'abdomen sans préparation peuvent montrer des clartés gazeuses mais rarement une image hydroaérique intrahépatique pathognomonique.

1.8.3.2. Echographie

L'échographie est la première technique simple et non invasive d'exploration du parenchyme hépatique. L'échographie est une excellente méthode de détection de l'abcès hépatique avec une sensibilité de 80 à 90%. Bien que les aspects décrits ne soient pas spécifiques, il existe un certain nombre de critères évocateurs. La forme et la taille des abcès sont très variables.

Leur échogénicité dépend du stade évolutif de l'abcès. Au début de sa formation, l'abcès présente des limites imprécises et est volontiers plus échogène que le reste du parenchyme en raison des séquestres nécrotiques et de microbulles de gaz produites par les bactéries anaérobies. Abondant, le gaz peut être visible sur l'abdomen sans préparation et dessiner des cônes d'ombre acoustique postérieurs. Les modifications de l'aspect de la lésion au cours d'examens échographiques successifs sont un élément important du diagnostic d'abcès hépatique. On peut, en quelques jours, voir évoluer cet aspect vers l'aspect typique hypo et /ou anéchogène avec plus ou moins d'échos internes se déposant parfois en déclive donnant un niveau horizontal ou simulant des cloisons. Un renforcement

postérieur est fréquemment retrouvé. L'abcès présente à ce stade des parois nettes d'épaisseur variable, allant de la simple limite circonscrivant la cavité, à la coque échogène très épaisse. Les contours sont habituellement irréguliers. L'examen échographique détecte également les épanchements associés. Il peut éclairer sur la pathogénie de l'abcès en montrant une dilatation des voies biliaires ou une cholécystite aiguë.

1.8.3.3. Tomodensitométrie

La TDM est également un examen morphologique essentiel. Les limites dans le diagnostic des masses haut situées sous la coupole et en cas de stéatose hépatique ne cessent de s'estomper avec l'avènement de l'angio-TDM et du scanner hélicoïdal. La TDM représente le meilleur moyen d'exploration de l'abdomen chez les patients en mauvais état général, en postopératoire ou en réanimation et chez lesquels l'examen échographique est très gêné par l'abondance des gaz digestifs, les cicatrices et les sondes.

Les abcès hépatiques réalisent en TDM des masses hypodenses, hétérogènes, de densité variable en raison de leur contenu variable en fibrine, leucocytes dégénérés et séquestres nécrotiques. Ils sont le plus souvent déjà détectés sur les coupes sans préparation.

Cependant, lors de l'injection du produit de contraste, l'abcès lui-même ne se rehausse pas avec le parenchyme. La paroi constitue une zone transitionnelle de densité intermédiaire entre la cavité et le foie normal. Son épaisseur varie, comme à l'échographie, de la simple limite bien définie à la véritable coque.

Cette dernière peut prendre le contraste plus ou moins intensément, donnant alors l'image d'un anneau hyperdense. Cette coque peut être soulignée en périphérie par un halo hypodense d'œdème avec alors un aspect évocateur de cible. Les abcès

du foie peuvent présenter un aspect de septum interne, signe qui serait fortement évocateur de l'origine biliaire. La mise en évidence de gaz dans la veine porte a été également rapportée. Le seul signe pathognomonique de l'abcès hépatique est la présence de clartés gazeuses internes, signe retrouvé dans 0 à 40% des cas.

1.8.3.4. Imagerie par résonance magnétique nucléaire

L'IRM a été employée pour le diagnostic des abcès hépatiques. Cependant, le coût élevé, la longueur de la procédure, la difficulté d'accès pour une ponction drainage et surtout la bonne performance de l'échographie et de la TDM limitent l'utilité pratique de cet examen.

1.8.3.5. Autres examens

La scintigraphie et l'artériographie à visée diagnostique sont aujourd'hui abandonnées.

La cholangiographie réalisée par voie endoscopique rétrograde ou percutanée trans hépatique a été proposée dans le diagnostic positif des abcès bactérien.

Actuellement, ses indications sont limitées à la recherche d'étiologie biliaire. Il faut souligner que ces opacifications biliaires ont leur propre risque infectieux.

1.9. Diagnostic étiologique

Quelquefois, l'étiologie est facilement retrouvée : angiocholite ou sigmoïdite évidente, traumatisme abdominal récent, chirurgie digestive récente en particulier colorectale ou proctologique, prothèse biliaire, traitement invasif d'une pathologie hépato-biliopancréatique néoplasique, septicémie patente.

En faveur d'une étiologie biliaire, on retient l'ictère, les antécédents de lithiase, d'instrumentation ou de chirurgie biliaire, le caractère multiple des abcès, la dilatation des voies biliaires à l'imagerie. Dans ce contexte, la cholangiographie s'impose.

L'existence d'une diverticulose colique est banale et ne doit être retenue comme cause de l'abcès que si une complication à type de diverticulite est retrouvée. Les troubles digestifs épigastriques ou coliques incitent à des explorations endoscopiques ou autres à la recherche d'un cancer gastrique ou colorectal.

On recherche systématiquement des signes d'appendicite, de suppuration anorectale (hémorroïdes, abcès, fistule.), une infection urinaire (analyse des urines, TDM, échographie, urographie intraveineuse), génitale (examen clinique, prélèvement bactériologique).

La recherche d'un foyer osseux (ostéite ou ostéomyélite), cutané (dermoépidermite, furonculose) ainsi que l'examen ORL et stomatologique sont également systématiques, surtout si l'abcès hépatique est dû à des Cocci à Gram positif. Cependant, dans 10 à 40% des cas aucune étiologie n'est retrouvée, mais ces abcès cryptogénétiques ne doivent être qu'un diagnostic d'élimination.

1.10. Diagnostic différentiel : [4]

1.10.1. Abcès amibien

La clinique est celle de tout abcès du foie. Les arguments pour une étiologie amibienne peuvent manquer, en particulier le séjour en zone endémique et la notion d'amibiase intestinale connue, l'aspect échographique et tomodensitométrique est pratiquement identique, bien que la liquéfaction soit classiquement plus nette et la paroi plus fine. Le diagnostic repose sur la sérologie spécifique et la découverte d'amibes dans les selles ou le liquide de ponction de l'abcès, classiquement couleur <<chocolat>>. Cette ponction n'est habituellement pas nécessaire dans le traitement. En cas de doute, un test thérapeutique au métronidazole peut se faire, en sachant que ce dernier peut également guérir un abcès hépatique à germes anaérobies et qu'un abcès amibien peut être le siège d'une surinfection bactérienne.

1.10.2. Autres abcès parasitaires du foie

Il peut s'agir d'abcès parasitaires (distomatose, larve migrans) ou fongiques (Candidose, aspergillose, coccidioïdomycose) en particulier chez les immunodéprimés. Le diagnostic repose sur le contexte clinique et la ponction de l'abcès.

✓ **Kyste hydatique**

Il pose un problème plus difficile car son traitement est différent, classiquement chirurgical, et la ponction est contre-indiquée en raison des risques de choc anaphylactique et de contamination péritonéale, en dépit des quelques récentes publications visant à ébranler ce concept.

Le diagnostic repose sur l'aspect échographique (image hypo ou anéchogène cloisonnée), l'existence de calcifications dans la paroi du kyste et la sérologie.

La surinfection bactérienne est également possible, en particulier en cas de fistule biliokystique. En cas de doute, la chirurgie est indiquée.

✓ **Kystes biliaires**

Les kystes biliaires sont très fréquents. Ils peuvent être solitaires ou multiples (polykystose) et sont habituellement asymptomatiques.

L'image échographique est celle d'une image anéchogène, régulière, à parois fines avec un renforcement postérieur. Le diagnostic est généralement facile et ces kystes ne nécessitent aucun traitement en dehors des rares complications. L'une d'elles est la surinfection exceptionnelle, certes, mais réalisant un tableau d'abcès du foie aigu. Le traitement est celui d'un abcès hépatique.

✓ **Maladie de Caroli**

Elle peut simuler des abcès hépatiques. Le diagnostic repose sur un tableau d'angiocholite à répétition avec des dilatations kystiques et communicantes des voies biliaires intrahépatiques, parfois uni lobaires, souvent associées à une lithiase intrahépatique, et sans obstacle sur la voie biliaire principale.

✓ **Tumeurs du foie**

Certaines tumeurs hépatiques primitives ou secondaires sont hypoéchogènes. Ces tumeurs peuvent être par ailleurs nécrosées, voire surinfectées, et alors être responsables d'un tableau douloureux et fébrile. Ainsi, le diagnostic est parfois hésitant entre abcès du foie et métastase, en particulier chez les patients ayant un cancer connu. La ponction avec étude cytologique peut faire le diagnostic.

✓ **Suppuration post embolisation**

L'embolisation isolée ou associée à la chimiothérapie dans le cadre du traitement de certaines tumeurs hépatiques ainsi que celle faite à visée hémostatique dans les hémorragies traumatiques ou d'origine anévrysmale peuvent engendrer des ischémies, des nécroses parenchymateuses avec ou sans infection secondaire, pouvant mimer cliniquement et radiologiquement un abcès hépatique. Le diagnostic est effectué par le contexte clinique particulier et l'évolution favorable avec un traitement à base d'anti-inflammatoires et antalgiques. Au total, en cas de doute diagnostique et en dehors des cas où il existe une possibilité d'hydatidose, la ponction dirigée doit être réalisée avec étude bactériologique, parasitologique et cytologique.

1.11. Traitement

Le traitement d'un abcès bactérien du foie comprend l'antibiothérapie, l'évacuation de l'abcès suivi ou non de drainage et le traitement de l'étiologie.

1.11.1. Méthodes

✓ **Antibiothérapie**

Elle ne sera entreprise qu'après avoir pratiqué plusieurs hémocultures et, si l'état du patient l'autorise, après mise en culture du pus de l'abcès. Les germes le plus souvent en cause sont les entérobactéries et les anaérobies.

L'antibiothérapie initiale associe habituellement une céphalosporine de troisième génération, un aminoside à la dose de 2 à 3 mg /kg/ j et le métronidazole ou l'ornidazole à la dose 25 à 30 mg/kg/j. L'utilisation de nouvelles pénicillines à

large spectre (imipenème.) est de plus en plus courante avec ou sans aminosides associés. L'antibiothérapie d'entretien dépend du germe isolé et couramment fait avec l'association amoxicilline – acide clavulanique et / ou le métronidazole. La durée de l'antibiothérapie intraveineuse est controversée allant de 5 jours à 1 mois. L'antibiothérapie d'entretien, dont le principe est accepté par la plupart des auteurs, est poursuivie pendant 3 à 6 semaines. En tout cas, la défervescence clinique et septique est complète en moyenne 2 à 6 jours après le début du traitement. L'émergence de nouvelles souches bactériennes et l'implication des champignons dans la surinfection dictent parfois l'adjonction d'antifongiques, particulier chez les malades porteurs de prothèse biliaire et chez les immunodéprimés.

✓ **Traitement chirurgical**

Aujourd'hui, il ne reste pratiquement plus d'indication opératoire pour le traitement des abcès du foie. Cependant, dans les cas exceptionnels où il est l'unique option, le traitement chirurgical comprend des prélèvements bactériologiques, le traitement de l'abcès (mise à plat, drainage externe), la recherche et le traitement de l'éventuel foyer infectieux responsable. La voie d'abord la plus employée est la trans péritonéale sous-costale droite. Les abcès hépatiques sont facilement repérés lorsqu'ils sont sous-capsulaires. Les abcès hépatiques sont facilement repérés lorsqu'ils sont sous-capsulaires. Dans le cas des d'abcès profonds, l'échographie per opératoire permet un repérage précis. Il faut citer dans ce cadre l'utilisation de la chirurgie laparoscopique pour l'évacuation et le drainage des abcès. Exceptionnellement, en cas d'abcès volumineux une résection hépatique peut être indiquée (lobectomie gauche). En cas d'abcès multiples, les abcès superficiels sont mis à plat puis drainés et les abcès profonds évacués par ponction après repérage échographique.

✓ **Traitement percutané**

Dès 1953, Mc Fadzean et al utilisaient l'aspiration fermée et l'antibiothérapie comme traitement de l'abcès unique. Cependant c'est avec l'avènement des techniques d'imagerie modernes que l'intérêt de cette modalité thérapeutique a été revalorisé. Actuellement, avec des taux de succès de 85 à 100%, son efficacité n'est plus contestable mais l'utilité de l'association du drainage à la simple ponction est discutée.

▪ **Technique**

Ces méthodes thérapeutiques sont réalisées sous anesthésie locale. Le choix de la voie d'abord est un facteur important d'innocuité et d'efficacité. La ponction est soit échoguidée, soit réalisée après repérage par TDM. Le principe général est l'utilisation d'une aiguille fine en évitant les anses digestives, les gros vaisseaux, les cils de sac pleuraux et la vésicule biliaire.

Elle permet dans un premier temps de pratiquer des prélèvements bactériologiques. L'opacification de la cavité, déconseillée par certains en raison de fuite péritonéale, précise ses limites, ses cloisonnements et ses éventuelles communications. Si le drainage supplémentaire est décidé, un cathéter de calibre approprié est acheminé par un guide souple. Le matériel habituellement utilisé consiste en des drains de 12 à 14 F ou plus si le pus est très épais avec des débris. Après avoir lavé au sérum physiologique et vidé totalement l'abcès, la perméabilité est maintenue par des irrigations intermittentes.

▪ **Surveillance**

L'amélioration clinique et l'apyrexie sont obtenues en 24 à 48 heures. Le choix de la date d'ablation du drain peut être délicat, surtout avec la diminution progressive de la quantité drainée sur 5 à 7 jours. On exige habituellement une dizaine de jours de drainage sous surveillance clinico- radiologique. Une épreuve de clampage du drain sur 48 heures permet de vérifier la constance de l'apyrexie et l'absence de reproduction de l'AF grâce aux contrôles échographiques ou

tomodensitométriques. Lorsque l'amélioration clinique n'est pas patente, il faut répéter l'examen échographique ou tomodensitométrique à la recherche d'autres AF non drainés après avoir exclu par des lavages successifs et un drainage prolongé, le mauvais drainage lié à l'épaisseur du pus.

Si la technique de drainage est rigoureuse, la récurrence de l'abcès est exceptionnelle. Après l'ablation du drain, l'involution complète des séquelles échographiques ou tomodensitométriques peut durer quelques semaines à 1 an.

✓ **Traitement étiologique**

a. Causes biliaires

Selon la nature bénigne ou maligne, les gestes seront différents :

Malignes : drainage biliaire externe, endoprothèse ou anastomose biliodigestive voire exérèse à visée curative lorsque le syndrome infectieux est contrôlé. Pour les suppurations sur endoprothèse, l'ablation de celle-ci est indiquée ;

Bénignes : cure chirurgicale ou endoscopique d'une lithiase biliaire ou non d'angiocholite aiguë, réparation biliaire en cas de sténose postopératoire.

b. Causes portales

Le traitement en est habituellement chirurgical. Une résection est nécessaire lorsque ce foyer est d'origine digestive, ce qui élimine l'entretien de l'infection.

Par exemple, en cas de diverticulite compliquée ou de cancer colique infecté, une résection colique avec ou sans colostomie est indiquée. En cas de suppuration intra-abdominale postopératoire, la réintervention précoce peut être nécessaire.

c. Autres causes : ce sont

- Causes artérielles : traitement d'un foyer urinaire, génital, dentaire ou ORL, cutané, osseux, cardiaque ;

- Abcès par contiguïté : traitement chirurgical du foyer responsable ;
- Causes traumatiques : le traitement chirurgical dépend des lésions responsables et de l'étendue de la séquestration hépatique.

1.12. Indications et résultats : [4]

Le bras pharmacologie du traitement est toujours indiqué. L'antibiothérapie est instituée immédiatement après les prélèvements et encadre les gestes invasifs percutanés ou chirurgicaux. Aucun argument pharmacocinétique et/ou microbiologique avéré ne permet de fixer précisément la durée optimale de l'antibiothérapie, mais un traitement prolongé de 4 à 6 semaines, dont 1 ou 2 semaines par voie parentérale est conseillé. L'antibiothérapie seule peut guérir l'abcès du foie à pyogènes. L'aspiration sans drainage adjointe peut aboutir au même résultat favorable. Le taux de succès du drainage percutané oscille autour de 90% avec une mortalité globale de 5%. La ponction drainage percutanée est actuellement le traitement standard de l'abcès du foie indépendamment du nombre des abcès. Quant à l'utilisation de l'aspiration seule, sans drainage, elle en devrait se confirmer qu'après des études prospectives randomisées qui manquent jusqu'à présent. Certains ont recommandé de réserver le drainage percutané aux seuls abcès solitaires, les abcès multiples ou compliqués étant traités chirurgicalement.

Cependant, le taux de succès du drainage percutané semble similaire dans les abcès uniques et multiples. Certes, les abcès hépatiques compliqués de rupture, qui sont très rares, ne peuvent qu'être traités chirurgicalement. A noter que les taux de récurrence élevés après drainage percutané ont été rapportés dans les abcès d'origine biliaire, les abcès dits cryptogénétiques ayant les taux de récurrence les plus bas (15% contre 2%). On a reproché à la ponction-drainage percutané de ne pas pouvoir s'adresser à la pathologie sous-jacente quand celle-ci est patente (lithiase biliaire, diverticulite). Ainsi, de tels malades nécessitent une intervention

chirurgicale et/ou endoscopique précédée ou non du traitement percutané de l'abcès.

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre de l'étude

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de la commune I (Csréf CI).

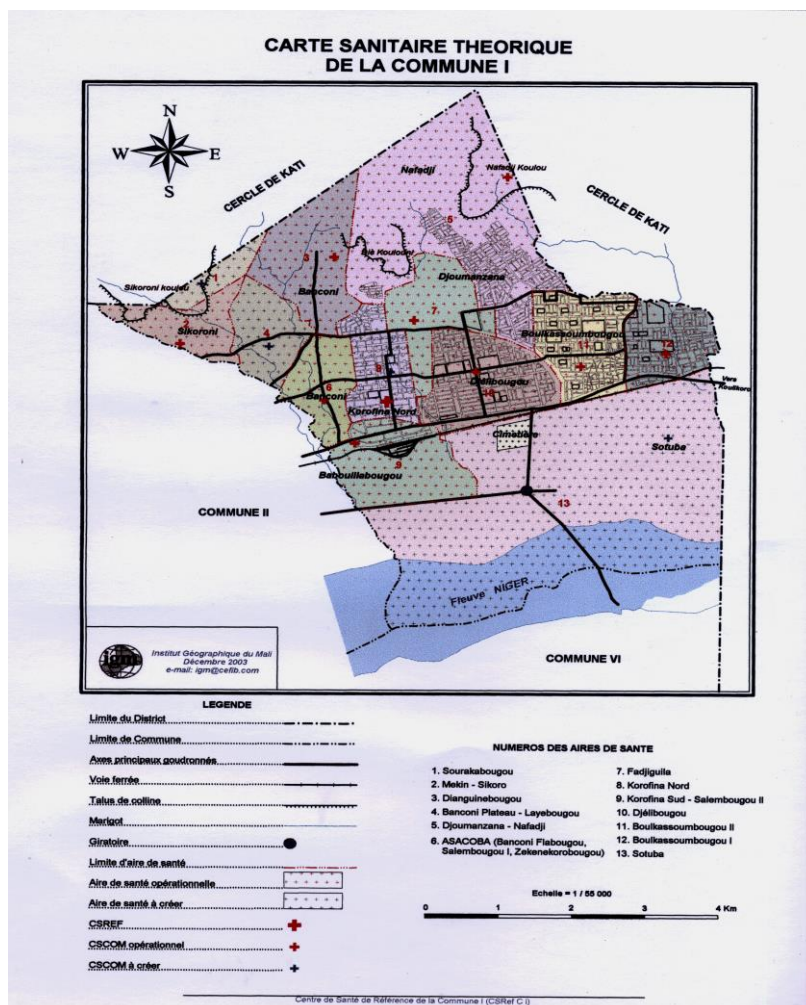


Figure 3 : Source : SIS (système d'information sanitaire) CSRéf CI

2.2. Présentation de la commune I

✓ Historique de la commune I

La commune I a été créée par l'ordonnance 78-32 /CMLN du 18 Aout 1978, abrogée par la loi n 96-025 du 21 février 1996 fixant statut spécial du District de Bamako.

Elle est constituée de neuf quartiers (banconi ; boukassoumbougou ;djelibougou ;doumanzana ;fadjiguila ; korofina nord ;korofina sud ;mekinsikoro et sotuba) dont le plus ancien du District au tour du quel s'est construit jadis le village de Bamako :Sikoro.Les Niaré fondateurs de ce quartier vont créer par la suite un second quartier qui portera leur nom Niaréla,actuellement en commune II .

✓ Géographie

La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord-Est de Bamako. Elle s'étend sur une superficie de 34,26 Km² soit 12,83% de la superficie du District de Bamako (267 km²)

Situation La commune I : elle est limitée

- au Nord par le cercle de Kati
- au Sud par le fleuve Niger
- à l'Ouest par la commune II (le marigot de Banconi limitant les deux collectivités) ;
- à l'Est par le cercle de Koulikoro.

Son relief est caractérisé par des plateaux et collines du type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement.

✓ Population générale

La Population totale de la Commune : 461459 habitants, soit une densité moyenne de 13469 habitants/km² en 2019.

La Superficie de la Commune est de 34,26 km², soit 12,83% de la superficie totale du District de Bamako.

✓ Economie

Son économie est basée sur les trois secteurs, à savoir :

- le secteur primaire : l'agriculture (maraîchage), pêche et élevage ;
- le secteur secondaire : l'artisanat et petite industrie (boulangerie) ; et

- le secteur tertiaire : petit commerce.

✓ **Urbanisation et communication**

Située dans la périphérie Est de Bamako, la commune I, notant l'importance numérique de sa population, est en partie restée en marge du processus d'urbanisation.

Au niveau des voies de communication et du transport, la commune est traversée par la route principale goudronnée la reliant au centre-ville. La circulation est dense et pour le moins peu sécuritaire, notamment au niveau des transports collectifs. Cette circulation pose à la foi des risques d'accidents et de nuisances tant au niveau sonore qu'au niveau de la pollution atmosphérique aggravant les problèmes respiratoires.

Toutes les ethnies sont retrouvées dans la population de la commune.

✓ **Climat**

Son climat de type tropical est caractérisé par :

- une saison sèche : froide de Novembre à Janvier et chaude de Février à Mai ;
- une saison pluvieuse : de Juin à Octobre.

La commune I est drainée par quatre marigots, Banconi, Molobalini, Faracoba et Tienkolée (Faraconi), alimentés en saison pluvieuse par les eaux de ruissellement de la colline du point G et s'écoulant du nord au sud.

✓ **Présentation du centre de sante d référence de la commune I:**

Le Centre de Santé a été créé en 1980 et inauguré le 7 février 1981 et s'appelait Maternité de Korofina-Nord. Il est situé à Korofina-Nord sur la rue 136 porte 439. Dans le cadre de la politique de santé sectorielle le Centre a connu les évolutions suivantes :

- complexe dispensaire – maternité à sa création
- maternité – PMI
- centre de santé de la commune I

- service socio-sanitaire de la commune I de 1995 à 1999
- centre de santé de référence de la commune I baptisé Docteur KONIBA PLEAH à partir de 1999.

▪ **Le service de chirurgie générale**

Dans l'enceinte du CSRéf commune I, le service de chirurgie est situé à deux niveaux :

- Les bureaux des médecins, la salle de soins, la salle des internes et la salle d'hospitalisation situés à l'angle sud-est du centre.
- La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

▪ **Les locaux**

Le service de chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation d'une capacité totale de 8 lits, de 3 bureaux pour les chirurgiens, d'une salle de garde pour (les internes et pour les infirmiers), d'une salle de permanence (petite chirurgie) et d'un bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie. Il comprend deux blocs opératoires (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSRef CI.

▪ **Le personnel :**

Le personnel permanent est composé de : 3 chirurgiens, 2 technicien supérieur en santé, 4 techniciens de santé, 2 aides-soignantes, 6 techniciens de surface ou manœuvres et 1 assistant médical (Ibode).

Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, et des infirmiers stagiaires.

▪ **Les activités**

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions et d'hospitalisations. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également

quotidiennes. Les staffs se tiennent les mardis et les vendredis. Les thésards sont repartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

2.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective.

2.4. Période et lieu d'étude

Cette étude s'est déroulée sur une période de 3ans du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2019 dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de la commun I (CSRéf CI).

2.5. Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement systématique de tous les patients répondant à nos critères d'inclusion.

2.6. Critères d'inclusion

Tout patient admis pour abcès du foie retrouvé à l'échographie et pris en charge au service durant la période d'étude.

2.7. Critères de non-inclusion

Les patients présentant d'autres lésions hépatiques autres que l'abcès à l'échographie hépatique.

2.8. Méthodes : L'étude a comporté

- Une phase de recherche bibliographique
- une phase d'élaboration de la fiche d'enquête ;
- une phase de collecte des données ;
- une phase de suivi ;
- une phase de saisie et analyse des données

Tous les malades recrutés ont suivi d'un examen clinique soigneux à savoir :

Un interrogatoire à la recherche des signes fonctionnels de l'histoire de la maladie, des antécédents médicaux et chirurgicaux ;

Un examen physique complet à la recherche de signes physiques et généraux.

Le bilan para clinique était constitué de :

2.8.1. Bilan standard

Groupage – Rhésus, l'hémogramme (étaient considérés comme anémique les patients dont le taux d'hémoglobine était inférieur à 10g/dl. L'hyperleucocytose a été définie par un taux de leucocyte supérieur à $104/mm^3$), la créatininémie, la glycémie.

2.8.2. Bilan diagnostic

La vitesse de sédimentation, une sérologie amibienne, une sérologie VIH, l'électrophorèse des protides, un bilan hépatique, une échographie abdominale, la ponction écho guidée confirmative, étude cyto bactériologique du pus (la culture était considérée comme stérile en cas d'absence d'isolement de germe). Certains examens complémentaires n'ont pas été réalisés par tous les patients par faute de moyens financiers.

2.8.3. Fiche d'enquête

Elle comportait des variables réparties en :

- Données administratives : Age, sexe, nationalité, adresse, et durée d'hospitalisation.
- Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques, les examens complémentaires).
- Suites opératoires à court et moyen terme.
- Coût de la prise en charge (il englobait les frais de consultation, d'hospitalisation, le kit opératoire, les examens complémentaires et les frais d'ordonnance).

2.8.4. Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel world 2016, analysées sur EPI INFO. TEST Statistique Khi2, seuil significative $P < 0,05$.

III. RESULTATS

Fréquence : du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019.

14630 patients ont été consultés dans le service de chirurgie générale au centre de santé de référence de la commune I.

Nous avons colligé 40 cas d'abcès hépatique ce qui a représenté :

0,3% (40/14630) des consultations

0,5% (40/8307) des hospitalisées.

✓ **Age**

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
[03 – 12]	6	15
[13 – 22]	3	7,5
[23 – 32]	8	20
[33 – 42]	6	15
[43 – 52]	10	25
[53 – 62]	4	10
[63 – 72]	2	5
[73 – 82]	1	2,5
Total	40	100

La tranche d'âge de 43 à 53 était majoritairement représentée soit 25%

Moyenne de 36,5 les extrêmes de 3 et 74 et un écartype de 19,1

✓ **Sexe**

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Féminin	15	37,5
Masculin	25	62,5
Total	40	100

Le sexe ratio était 1,7 en faveur de sexe masculin.

✓ **Profession**

Tableau III : Répartition selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	1	2,5%
Commerçants	3	7,5%
Cultivateurs	3	7,5%
Manœuvres	13	32,5%
Ménagères	5	12,5%
Elèves	10	25%
Chauffeur	5	12,5%
Total	40	100%

Le type de profession le plus représenté était les manœuvres avec 32,5%

✓ **Durée d'évolution de la maladie en jour**

Tableau IV : Répartition des patients selon l'évolution de la maladie en jour

Durée d'évolution de la maladie	Fréquence	Pourcentage (%)
[1 - 6]	8	20
[7 -13]	11	27,5
[14 – 20]	12	30
[21 – 27]	2	5
[28 – 33]	3	7,5
[34 et plus]	3	10
Total	40	100

La durée d'évolution de la maladie de nos patients était de 17,88 jours en moyenne, extrêmes allant de 1 et 90jours et un écart type de 18,72.

✓ **Durée d'hospitalisation en jour**

Tableau IV : Répartition selon la durée d'hospitalisation en jour

Durée	Fréquence	Pourcentage (%)
1 -7	27	67,5
8-14	12	30
15-21	1	2,5
Total	40	100

La durée moyenne d'hospitalisation était 6,56 jours extrêmes allant de 3et 15 jours et un écart type de 3,78 jours.

✓ **Mode de recrutement**

Tableau V : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Mode	Fréquence	Pourcentage (%)
Consultation ordinaire	17	42,5
Urgence	23	57,5
Total	40	100

La majorité de nos malades ont consultés en urgence soit 57,5% des cas.

✓ **Motifs de consultation**

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motifs	Fréquence	Pourcentage (%)
Abcès hépatique	23	57,5
Douleur abdominale diffuse	14	35
Douleur de l'hypochondre droit	1	2,5
Masse épigastrique	2	5
Total	40	100

L'Abcès hépatique était le motif de consultation le plus fréquent avec 57,50%.

✓ **Antécédents**

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des antécédents

Antécédents	Fréquence	Pourcentage (%)
Amibiase intestinale	13	32,5
HTA	3	7,5
HTA+diabète	1	2,5
Diabète	2	5
Aucun	21	52,5
Total	40	100

Amibiase intestinale était l'antécédent le plus fréquent soit 32,50% de nos malades.

✓ **Facteurs de risque**

Tableau VIII : Répartition des patients selon les facteurs de risque

Risque	Fréquence	Pourcentage (%)
Alcool	2	5
Alcool + tabac	4	10
Alcool+tabac+amibiase intestinale	1	2,5
Amibiase intestinale	13	32,5
Tabac	3	7,5
Tabac	13	32,5
Mauvaise hygiène	4	10
Aucun		
Total	40	100

La mauvaise hygiène et amibiase intestinale ont été les facteurs de risque les plus représentés avec 32,5% chacun.

✓ **Signes fonctionnels**

Tableau IX : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	40/40	100
Diarrhée	20/40	50
Nausée	14/40	35
Vomissements	13/40	32,5
Toux	5/40	12,5
Ténesme	6/40	15
Perte de poids récente	8/40	20

La douleur abdominale était présente chez tous nos malades.

✓ **Type de douleur**

Tableau X : Répartition des patients selon le type de la douleur

Type de douleur	Fréquence	Pourcentage (%)
Coup de poignard	3	7,50
Pesanteur	6	20
Piqûre	21	52,5
Picotement	2	5
Tiraillement	2	5
Crampe	2	5
Brûlure	4	10
Total	40	100

La douleur à type de piqûre était majoritaire avec 52,50% soit 21 cas.

✓ **Siège de la douleur**

Tableau XI : Répartition des patients selon le siège de la douleur

Siège	Fréquence	Pourcentage (%)
Epigastrique	7	17,50
Flanc droit	3	7,50
Hypochondre droit	30	75
Total	40	100

L'Hypochondre droit était le siège le plus fréquent avec 75% des cas.

✓ **Mode de début**

Tableau XII : Répartition des patients selon le mode du début de la douleur

Mode du début	Fréquence	Pourcentage (%)
Brutale	12	30
Progressif	28	70
Total	40	100

La douleur était progressive dans 70% des cas.

✓ Irradiation

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur

Irradiation	Fréquence	Pourcentage (%)
Bretelle	11	27,5
Fixe	29	72,50
Total	40	100

La douleur était fixe dans 72,50% des cas.

✓ L'Echelle Visuelle Analogie (E.V.A) est coté de 1 à 9

Tableau XIV : Répartition des patients selon échelle visuelle analogie

Faible(1à3) modérée(4à6) forte(7à9)

E.V.A	Effectif	Pourcentage (%)
Faible	25	62,5
Modérée	12	30
Forte	3	7,5
Total	40	100

La douleur était faible dans 62,5%

✓ **Signes généraux**

Tableau XV : Répartition des patients en fonction des signes généraux.

Signes généraux	Fréquence	Pourcentage (%)
Fièvre	19/40	47,5
Anorexie	26/40	65
Amaigrissement	7/40	17,5
Pâleur	6/40	15
Ictère	4/40	10
Hypotension	3/40	7,5
Déshydratation	1/40	2,5

La fièvre a été présente dans 47,5% des cas

✓ **Signes physiques**

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des signes physiques

Signes physiques	Fréquence	Pourcentage (%)
Voussure abdominale	14/40	35
Distension abdominale	2/40	5
Hépatomégalie	28 /40	70
Hépatalgie	28/40	70
Splénomégalie	2/40	5
Matité	25/40	62,5
Tympanisme	2/40	5
Râle	3/40	7,5

L'hépatomégalie et l'hépatalgie était les signe physiques les plus fréquents avec 70% des cas.

✓ **Triade de Fontan**

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des signes de la triade de Fontan

Triade de Fontan	Fréquence	Pourcentage (%)
Fièvre	19/40	47,5
Hépatomégalie	28/40	70
Hépatalgie	28/40	70

✓ **Caractéristique de l'hépatomégalie**

Tableau XVIII : Répartition selon les caractéristiques de l'hépatomégalie à la palpation

Caractéristiques de l'hépatomégalie a la palpation	Effectif	Pourcentage (%)
Surface irrégulière	21/28	75
Bord inferieur mousse	23/28	82,14
Consistance ferme	28/28	100
Douloureuse	28/28	100

La consistance ferme du foie avec douleur a été présente chez tous les patients.

✓ **Numération formule sanguine**

Tableau XIX : Répartition des patients selon la numération formule sanguine

NFS	Fréquence	Pourcentage (%)
Anémie	8	20
Hyperleucocytose	21	52,50
Anémie+ hyperleucocytose	3	7,50
Normal	8	20
Total	40	100

L'Hyperleucocytose a été retrouvée dans 52,50% soit 21 patients.

Tableau XX : Répartition des patients en fonction des bilans biologiques

Bilan	Résultat		
	Supérieur n(%)	Normal n(%)	Inférieur n(%)
CRP	2 (5)	38 (95)	0
Créatininémie	2 (5)	37 (92,50)	1 (2,50)
Glycémie	2 (5)	38 (95)	0
TP	1 (2,5)	33 (82,5)	6 (15)
ASAT	14 (35)	26 (65)	0
ALAT	11 (27,5)	29 (72,5)	0
AFP	0	40 (100)	0
Bilirubines	2 (5)	37(92,50)	1(2,5)
TCK	1 (2,5)	38 (95)	1(2,50)

✓ **Les sérologies**

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction des sérologies

Bilan	Négatif n (%)	Positif n (%)
Sérologie amibienne	0	40(100%)
Sérologie HIV	40(100%)	0
Ag Hbs	39(97,50)	1(2,50)
ECB du pus	9 (100%)	0

La sérologie amibienne était positive chez tous nos malades.

✓ **Image échographique**

Tableau XXII : Répartition patients selon l'image échographique

Image échographique	Effectif	Pourcentage (%)
Abcès collecté	23	57,5
Abcès en voie de collection	17	42,5
Total	40	100

L'abcès était collecté dans 57,5%

✓ **Siège d'abcès hépatique**

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le siège d'abcès hépatique

Siège d'abcès hépatique	Fréquence	Pourcentage (%)
II	1	2,5
III	3	7,5
V	2	5
VI	2	5
VII	4	10
VIII	11	27,5
II , III	3	7,5
II , III , V	1	2,5
V , VI , VII , VIII	3	7,5
VI , VII	5	12,5
VI, VII , VIII	1	2,5
VI , VIII	1	2,5
VII, VIII	3	7,5
Total	40	100

Le segment VIII a été le siège d'abcès hépatique le plus présenté soit 27,50%.

✓ **Foie atteint**

Tableau XXIV : Répartition des malades en fonction du foie atteint

Foie	Fréquence	Pourcentage (%)
Droit	34	85
Gauche	5	12,5
Mixte	1	2,5
Total	40	100

Le foie droit était atteint dans 85% des cas.

✓ **Nombre d'abcès hépatique**

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction du nombre d'abcès hépatique

Abcès	Fréquence	Pourcentage (%)
Unique	23	57,5
Multiples	17	42,5
Total	40	100

L'abcès unique était plus fréquent soit 57,5% des cas

✓ **Taille de l'abcès en centimètre**

Tableau XXVI : Répartition des malades en fonction de taille de l'abcès en centimètres

Taille en cm	Fréquence	Pourcentage (%)
[1 -5]	34	85
[6 et plus]	6	15
Total	40	100

La taille moyenne de l'abcès hépatique a été de 4cm, des extrêmes allant de 1cm et 12cm avec un écart type de 3,13cm.

✓ **Volume d'abcès**

Tableau XXVII : Répartition des malades en fonction du volume d'abcès en ml

Volume	Fréquence	Pourcentage (%)
[40 – 500]	14	35
[501 – 1000]	7	17,5
> 1000	2	5
Non estimé	17	42,50
Total	40	100

Le volume moyen a été de 479,07 ml, des extrêmes allant de 45 ml et 1100 ml avec un écart type de 411,54 ml.

✓ **Image TDM**

Aucun de nos malades n'avait réalisé le scanner.

✓ **Radiographie du thorax**

Tableau XXIX : Répartition en fonction de la radiographie thoracique

Radiographie du thorax	Fréquence	Pourcentage (%)
Faite	2	5
Non faite	38	95
Total	40	100

Seulement 5% de nos patients avait réalisé la radiographie thoracique soit 2 malades avec présence de pneumopathie basale.

✓ **Traitement**

Tableau XL : Répartition des patients en fonction du traitement

Traitement	Fréquence	Pourcentage (%)
Médical -exclusif	31	77,5
Medical +Ponction –Echo – guidée	9	22,5
Total	40	100

La ponction échoguidée a été associée au traitement médical chez 22% de nos patients

✓ **Nombres ponction échoguidée**

Tableau XLI : Répartition des patients selon le nombre de ponctions écho guidées

Nombres de ponction	Fréquence	Pourcentage (%)
1 fois	5	55,56
2 fois	3	33,33
3 fois	1	11,11
Total	9	100

La majorité de nos patients ont réalisé une (1) seule fois la ponction écho guidée soit 55,56% des cas.

✓ **Aspect du pus**

Le pus était de l'aspect chocolat chez tous nos patients

✓ **Les médicaments utilisés**

Tableau XLIII : Répartition des patients en fonction des médicaments utilisés

Médicaments	Effectif	Pourcentage (%)
Métronidazole +Ceftriaxone	36	90
Métronidazole + Curam	4	10
Total	40	100

Le métronidazole a été l'antibiotique utilisé chez tous nos malades.

Les antalgiques /antipyrétique ont été : Acupan ou paracétamol et de la glace.

L'antibiothérapie d'association était de métronidazole et de la ceftriaxone ou Curam

✓ **La vessie de glace :**

La majorité de nos patients a reçu le traitement a bas de la vessie de glace soit 70%des cas

✓ **Durée du traitement**

Tableau XLIV : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement par voie intraveineuse en jour

Durée en jour	Effectif	Pourcentage (%)
[2 – 4]	12	30
[5 – 7]	24	60
[8 – 10}	3	7,5
[11 – 13]	1	2,5
Total	40	100

La durée moyenne du traitement était 5,5 jours avec un écart type de 2,1 jours et les extrêmes de 3 et 6 jours.

✓ **Quantité du pus en millilitre**

Tableau XLV : Répartition des patients en fonction de la quantité du pus évacué à la ponction échoguidée.

Quantité	Fréquence	Pourcentage (%)
[300 – 700]	7	77,8
≥ 700	2	22,2
Total	9	100

La majorité de nos patients avait la quantité du pus évacué comprise entre 300 et 700 millilitres soit 77,8%

✓ **Chirurgie**

Aucun de nos patients n'avait subi une intervention chirurgicale.

✓ **Suites immédiates**

Tableau XLVI : Répartition des patients en fonction de la suite immédiate

Suites	Fréquence	Pourcentage (%)
Simple	39	97,5
Résistance aux antibiotiques	1	2,5
Total	40	100

Les suites ont été simples dans 97,5% des cas.

La résistance aux antibiothérapies a été la persistance de l'abcès hépatique

✓ **Traitement de la résistance aux antibiothérapies**

La persistance de l'abcès hépatique à était traitée par des séances de ponctions écho guidées.

✓ **Evolution et suivi**

Tableau XLVIII : Répartition des patients en fonction de l'évolution des signes cliniques

Evolution des signes cliniques en jour	Paramètres	J1- J3	J5- J8	J9-J12
	Persistante	0	0	0
Fièvre	Diminution	40/40	40/40	40/40
	Apyrexie	40/40	40/40	40/40
Hépatomégalie	Persistante	17/20	12/20	0/20
	Diminution	3/20	8/20	20/20
Hépatalgie	Persistante	5/20	1/20	0/200
	Diminution	15/20	19/20	20/20

L'évolution favorable des signes clinique a été progressive

✓ **Suivi échographique**

Tableau XLIX : Répartition des patients selon leur suivi échographique

Contrôle échographique en jour	Evolution	Fréquence	Pourcentage 1
Contrôle à J7	Abcès hépatique	37	92,5
	Normale	2	5
	Non fait	1	2,5
Contrôle à J45	Abcès hépatique	1	2,5
	Normale	26	65
	Perdu de vue	13	32,5
Contrôle J60	Abcès hépatique	0	0
	Normale	26	65
	Perdu de vue	14	35

L'évolution favorable de l'abcès hépatique à l'échographie était progressive.

✓ **Coût de la prise en charge**

Tableau XL : Répartition des patients en fonction du coût des examens complémentaires.

Coût	Moyen	Minimum	Maximum
Examen complémentaire			
Echographie	14000	7000	21000
NFS	1500	1500	2000
Glycémie	1000	1000	1000
Créatininémie	2000	2000	2000
Transaminases	2000	2000	2000
Bilirubines	1500	1500	1500
Sérologie Amibienne	10000	10000	10000
Alpha Foeto-protéine	9000	9000	9000
Autres	1000	1000	1500
Total	42000	35000	50000

Le coût moyen des examens complémentaires était 42000 FCFA extrêmes allant de 35000et 50000.

Tableau XLI : Répartition des patients en fonction du coût des médicaments

Médicament	Coût	Moyen	Minimum	Maximum
Ceftriaxone		8000	2000	42000
Métronidazole		8000	2000	18900
Antalgique		17000	6000	15000
Autres		5900	2000	8100
Total		38900	12000	84000

Le coût moyen des médicaments était de 38900 des extrêmes allant de 12000 et 84000

✓ **Coût global de la prise en charge**

Tableau XLII : Répartition des patients en fonction du coût global de la prise en charge

Coût	Moyen	Minimum	Maximum
Coût d'examen	42500	35000	50000
Coût médicament	38900	12000	84000
Coût hospitalisation	19450	6000	42000
Coût actes	57777,8	40000	80000
Total	158127,8	93000	256000

Le coût moyen de la prise en charge est de 158127,8F CFA, des extrêmes de 93000F CFA et 256000F CFA.

Tableau XLIII : Facteurs de risque et quantité de pus

Facteurs de risques	Quantité du pus		TOTAL n (%)
	300-700 n (%)	≥700	
Alcool	2(5)	0(0)	2(5)
Alcool +tabac	1(2,5)	3(7,5)	4(10)
Alcool +tabac +amibiase intestinale	0(0)	1(2,5)	1(2,5)
Amibiase intestinale	3(7,5)	10(25)	13(32,5)
Tabac	3(7,5)	0(0)	3(7,5)
Mauvaise hygiène	7(17,5)	6(15)	13(32,5)
Aucun	3(7,5)	1(2,5)	4(10)
Total	19(47,5)	21(52,5)	40(100)

La mauvaise hygiène et l'amibiase intestinale sont les facteurs favorisants de l'abcès hépatique. Leurs fréquences ont été de 32,5% avec une probabilité de $p=0,53$ et $\text{Chi}^2 = 155,19$.

Tableau XLIV : siège de l'abcès (segment) et durée d'hospitalisation jour

Siège abcès	Durée hospitalisation en jour			Total n(%)
	[1-7] n(%)	[8-14] n(%)	[15-21] n(%)	
II	1(2,5)	-	-	1(2,5)
III	2(5)	1(2,5)	-	3(7,5)
V	1(2,5)	1(2,5)	-	2(5)
VI	1(2,5)	1(2,5)	-	2(5)
VII	2(5)	2(5)	-	4(10)
VIII	11(27,5)	0	-	11(27,5)
II , III	2(5)	1(2,5)	-	3(7,5)
II , III , V	1(2,5)	0	-	1(2,5)
V ,VI , VII, VIII	-	2(5)	1(2,5)	3(7,5)
VI, VII	3(7,5)	2(5)	-	5(12,5)
VI , VII , VIII	1(2,5)	-	-	1(2,5)
VI ,VIII	-	1(2,5)	-	1(2,5)
VII ,VIII	2(5)	1(2,5)	-	3(7,5)
Total	27(67,5)	12(30)	1(2,5)	40(100)

Il n'existe pas de siège préférentiel segmentaire de l'abcès hépatique.

Dans notre étude le segment VIII a été siège d'abcès hépatique le plus représenté avec 27,5% . Avec une différence significative de $p=0,013$ et $\text{Chi}^2=138,43$

Tableau XLV : Siège d'abcès (segment) et quantité du pus

Siège abcès	Quantité du pus		Total n(%)
	300-700n(%)	≥700 n(%)	
II	1(2,5)	-	1(2,5)
III	3(7,5)	-	3(7,5)
V	2(5)	-	2(5)
VI	2(5)	-	2(5)
VII	2(5)	2(5)	4(10)
VIII	9(22,5)	2(5)	11(27,5)
II , III	-	3(7,5)	3(7,5)
II , III , V	-	1(2,5)	1(2,5)
V ,VI, VII, VIII	-	3(7,5)	3(7,5)
VI , VII	-	5(12,5)	5(12,5)
VI , VII, VIII	-	1(2,5)	1(2,5)
VI ,VIII	-	1(2,5)	1(2,5)
VII ,VIII	-	3(7,5)	3(7,5)
TOTAL	19(47,5)	21(52,5)	40(100)

Le siège multiple a été un facteur déterminant de l'abcès hépatique dans notre étude.

P=0,41 et Chi² =52,4

✓ **Durée d'hospitalisation en jour et traitement à base de la ponction échoguidée**

Tableau XLVI : répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation et traitement à base de la ponction échoguidée

Durée Hospitalisation	Ponction échoguidée		Total n (%)
	Oui n (%)	Non n (%)	
[3 – 8]	5 (12,5)	30 (75)	35 (87,5)
[9 – 14]	3 (7,5)	0	3 (7,5)
[15 – 20]	1 (2,5)	0	1 (2,5)
[21 – 26]	0	1 (2,5)	1 (2,5)
Total n(%)	9 (22,5)	31 (77,5)	40 (100)

Dans notre étude 12,5% des patients qui ont eu un traitement à base de la ponction échoguidée ont séjourné entre 3-8 jours contre 75% des patients qui n'ont pas fait un traitement à base de la ponction échoguidée avec une différence statistique de P= 0,0026

$$\text{Chi}^2 = 23,66$$

✓ **Durée hospitalisation en jour et traitement médical exclusif**

Tableau XLVII : répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation et traitement médical exclusif

Durée hospitalisation	Traitement médical exclusif		Total n(%)
	Oui n(%)	Non n(%)	
[3 – 8]	31 (77,5)	5 (12,5)	36 (90)
[9 – 14]	0	3 (7,5)	3 (7,5)
[15 – 20]	0	0	0
[21 – 26]	0	1 (2,5)	1(2,5)
Total n(%)	31 (77,5)	9 (22,5)	40 (100)

Dans notre étude 77,5% des patients qui ont eu un traitement médical exclusif ont séjourné entre 3-8 jours contre 12,5%des patients qui n’ont pas fait un traitement médical exclusif avec une différence statistique de P= 0,0023

$\text{Chi}^2 = 24,04$

✓ **Durée hospitalisation en jour et volume abcès en ml**

Tableau XLVIII : répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation et volume d'abcès

Durée hospitalisation	Volume abcès en ml				Total
	[40 – 500]	[501 – 1000]	[901 – 1100]	Non estime	
[3 – 8]	14 (35)	3 (7,5)	1 (2,5)	17 (42,5)	35(87,5)
[9 – 14]		2 (5)	1 (2,5)		3 (7,5)
[15 – 20]		1(2,5)			1 (2,5)
[21 – 26]		1 (2,5)			1(2,5)
Total n(%)	14 (35)	7 (17,5)	2 (5)	17 (42,5)	40 (100)

Les patients dont le volume était estimé entre 40 à 500 ont fait un séjour d'hospitalisation entre 3-8jours dans 35% des cas contre 42,5% des patients dont

le volume d'abcès n'avait pas été estimé avec une différence statistiquement significative de $P=0,044$

$\text{Chi}^2 = 174,19$.

IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

4.1. Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétro et prospective. Elle a porté sur 40 cas d'abcès du foie.

Cette étude s'est déroulée sur une période de 36 mois de Janvier 2017 à Décembre 2019 en chirurgie générale du CS Réf CI.

Notre étude a connu des avantages et rencontré des difficultés

Avantage :

La phase prospective nous a permis d'évaluer et de suivre nous-mêmes tous les patients admis à cette phase, d'élargir nos investigations et de recueillir des données avec très peu de biais donc plus fiables.

Difficultés :

La recherche et la collecte des données à partir de supports de données (registres de consultation, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire et dossiers de malades) ont souvent été difficiles pour le volet rétrospectif. Les renseignements recueillis ainsi à partir de ces sources de données ont souvent été insuffisants (dossiers incomplets).

Le niveau socio-économique bas de bon nombre de nos patients et l'absence de service sociale a entravé la réalisation de certains examens complémentaires répétitifs notamment l'échographie abdominale et certains examens biologiques, indispensables au suivi de nos patients.

Le non-respect des rendez-vous de certains patients au cours du suivi.

Ces difficultés ont été retrouvées par certains auteurs [39].

4.2. Données socio-démographiques

✓ Age

Tableau XLIX : Age moyen et auteurs

Auteurs	Age moyen	Test statistique
DIARRA, 2003, Dakar n = 80 [40]	49,17	0,043
DONIKIAN,2004, Nouvelle Calédonie n = 20 [15]	6,5	0,000
DEMBELE,2016,Mali n=30 [39]	35,4	0,50
Notre étude, 2019, Mali n= 40	36,48	

L'abcès du foie se rencontre à tout âge [4, 5, 6].

Dans notre étude l'âge moyen de nos patients a été de 36,5 ans. Il existe une différence significative avec celui de DIARRA et de DONIKIAN [49,17 et 6,5] avec $p \leq 0,05$. Cette différence pourrait être expliquée par l'âge jeune de nos patients, les facteurs socio-économiques. Par contre il n'existe pas une différence statistiquement significative avec celui de DEMBELE (35,4) avec $p = 0,5$.

✓ Sexe

Tableau L : sexe et auteurs

Auteurs	Sex-ratio	Test statistique
DONIKIAN, 2004, Nouvelle Calédonie n = 20 [15]	2,14	0,689
DJOSSOU [17] 2003 France		
DEMBELE, 2016, Mali n = 30 [39]	4	0,341
	2,3	0,689
Notre étude, 2019, Mali n = 40	1,67	

La prédominance masculine a été rapportée par tous les auteurs [15 ;17 ;39]. Dans notre étude le sex-ratio a été de 1,7. Il n'existe aucune différence statistiquement significative avec tous les auteurs et $p > 0,05$.

4.3. Données cliniques

✓ Signes généraux et fonctionnels

Tableau LI : Signes généraux, fonctionnels et auteurs

Auteurs Signes	LODHI] PAKIST AN 2004 [19]	SEETO USA 1999 [20]	Dembélé, 2016, Mali n = 30 [39]	Notre étude, 2019, Mali n = 40
Généraux et fonctionnels				
Effectifs	471	56	30	40
Hépatalgie n (%)	410 (87) P =0,003	47 (80) P =0,071	22 (73,3) P =0,337	28 (70)
Fièvre n (%)	316 (67) P =0,005	45 (80) P =0,000	17 (56,7) P =0,129	19 (47,5)
Vomissements n (%)	-	27 (48) P =0,022	2 (6,7) P =0,000	13 (32,5)
Toux n (%)	66 (14) P =0,50	23 (41) P =0,000	1 (3,3) P =0,008	5 (12,5)
Perte de poids récente n (%)	-	16 (29) P =0,094	1 (3,3) P =0,000	8 (20)

La forme classique de l'abcès du foie regroupe l'hépatomégalie douloureuse et fébrile (Triade de FONTAN). Selon la littérature la douleur (hépatalgie) est le signe le plus retrouvé avec 68% à 87% des cas [5 ; 19 ; 20]. Dans Notre étude, cette douleur spontanée ou provoquée a été retrouvée dans 70%, sans différence significative avec les séries américaines et maliennes. ($p > 0,05$). Par contre il existe une différence significative avec l'étude du Pakistan, cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon qui est supérieure à dix fois à la nôtre. La

fièvre a également été constante dans notre étude (47,5%) avec sans différence significative à celui de LODHI et SEETO.

✓ Signes physiques

Tableau LII : Signes physiques et auteurs

Auteurs	SEETO USA 1999 [20] n (%)	Dembélé, 2016, Mali [39] n (%)	Notre étude, 2019, Mali n (%)
Signes physiques	n (%)		
Effectif	56	30	40
Défense abdominale	(80) P =0,006	16(53,3) P =0,000	-
Hépatomégalie	(25) P =0,000	8(26,7) P =0,000	28(70)
Contracture abdominale	-	4(13,3) P =0,000	0%
Splénomégalie	-	-	2(5)
Râles	(30) P =0,000	-	3(7,5)
Température	(84) P =0,000	17 (56,7) P =0,000	17(42,5)
T> 38°C			

La mise en évidence d'une hépatomégalie est typique mais inconstante [39]. Rapportée dans 70% dans notre étude. Avec une différence statistiquement significative avec celui de SEETO et de Dembélé, (25% ,26,7%) $p < 0,05$. Cette différence pourrait être expliquée par le délai de consultation et l'expérience de l'examineur.

4.4. Echographie

✓ Localisation de l'abcès

Tableaux LIII : Localisation de l'abcès et auteurs

Auteurs	Localisation	Lobe droit	Lobe gauche	Mixte
DIARRA, 2003, Dakar n = 80 [40]		49 (61,25)	18 (22,5)	13 (16,25)
		P =0,000	P =0,048	P =0,001
LODHI]		344 (73)	80 (17)	47 (10)
PAKISTAN		P =0,028	P =0,277	P =0,041
2004 [19				
WEINKE		50 (81)	5 (8%)	7 (11)
Allemagne 2002 [21]		P =0,286	P =0,178	P =0,024
DEMBELE, 2016, Mali [39]		21 (70)	5 (17)	4 (13)
n (%)		P =0,009	P =0,277	P =0,008
Notre étude, 2019, Mali n (%)		34 (85)	5 (12,5)	1 (2,5)

L'échographie est l'un des examens qui permet de diagnostiquer l'abcès du foie [39].

La localisation au lobe droit à été le plus fréquente dans étude avec 85%. Cette prédominance a été retrouvée dans les séries de DIARRA ; LODHI et de DEMBELE (61,25% ;73% ;70%) avec une différence significative $p < 0,05$

✓ **Nombres des abcès**

Tableau LIV : Nombre d'abcès et auteurs

Auteurs	Unique	Multiples
Nombres d'abcès		
DIARRA, 2003, Dakar [40]	52(65)	28(35)
	P =0,192	P =0,155
WEINKE [21]	48(77)	14(23)
Allemagne 2002	P =0,003	P =0,002
LODHI] PAKISTAN	306(65)	165(35)
2004 [19]	P =0,192	P =0,155
DEMBELE, 2016, Mali [39] n (%)	19(62)	11(38)
	P =0,333	P =0,282
Notre étude, 2019, Mali n(%)	23(57,5)	17(42,5)

L'abcès hépatique peut être unique ou multiple [2 ;23].

L'abcès hépatique unique a été plus fréquent dans notre étude avec 57,5% sans différence significative avec DIARRA ; LODHI ET DEMBELE. Avec $p > 0,05$, par contre il existe une différence significative avec celui de WEINKE avec $p = 0,003$. Cette différence pourrait être expliquée par l'étiologie des abcès, les tares associées et les facteurs de risque.

✓ **La sérologie amibienne :**

La détection d’anticorps sériques confirme l’origine amibienne de l’abcès du foie [18 ; 23].

Dans la littérature notons que la détection d’anticorps sériques peut être négative avant la première semaine d’évolution de la maladie et devenir positive dans une amibiase intestinale [5 ,18].

Dans notre étude la sérologie amibienne a été effectuée chez tous nos patients et qui est revenue positive dans 100% des cas.

✓ **La sérologie rétrovirale**

Elle a été systématique pour tous les patients admis dans le service pour abcès hépatique. Effectuée chez les 40 patients (100%) , elle a été négative dans tous les 40 cas. Des études ont montré une émergence de l’abcès du foie avec la pandémie du sida [24 ; 25 ; 26].

4.5. Traitement

✓ **Moyens thérapeutiques**

Tableau LV : Traitement médical exclusif et auteurs

Autres / Traitement médical	Test statistique
DJOSSOU [17] 2003 France n (%) 18 (90)	0,016
DONIKIAN, 2004, Nouvelle Calédonie [15] n (%) 18 (82)	0,298
DEMBELE, 2016, Mali [39] n (%) 17 (56,7)	0,001
Notre étude, 2019, Mali n (%) 31 (77,5)	

La majorité de nos patients a reçu un traitement médical soit 77,5% avec une différence significative à celui de DJOSSOU et DEMBELE (90% ;56,7%) avec

$p < 0,05$. Cette différence pourrait être expliquée par le volume, et la localisation de l'abcès. Par contre il n'existe pas une différence statistiquement significative avec celui de DONIKIAN (82%) avec $p > 0,05$

✓ **Moyens instrumentaux**

Tableau LVI : Ponction échoguidée et auteurs

Auteurs	Ponction	Test
	échoguidée	statistique
KOUAME Cote d'Ivoire 2010 [16]	60(100)	0,000
DONIKIAN, 2004, Nouvelle Calédonie [15] n (%)	3(14)	0,072
DEMBELE, 2016, Mali [39] n (%)	10(33,3)	0,078
Notre étude, 2019, Mali n (%)	9(22,5)	

La ponction évacuatrice échoguidée est un moyen thérapeutique très répandu de nos jours [2, 13]. La fréquence de la ponction échoguidée dans notre étude a été de 22,5%. Cette fréquence ne diffère pas à celle de DONIKIAN 14% avec $p > 0,05$ et de M. Bambaké Dembélé 33,3% avec $p > 0,05$. Par contre il existe une différence statistiquement significative avec celui de KOUAME 100% avec $p = 0,000$. Cette différence pourrait être expliquée par le volume et la localisation de l'abcès .

✓ **Moyens chirurgicaux**

Tableau LVII : moyens chirurgicaux et auteurs

Le domaine de la chirurgie dans le traitement des abcès du foie se trouve considérablement réduit de nos jours [3 ; 18].

Les moyens chirurgicaux sont actuellement le dernier recours dans le traitement des abcès du foie et sont réservés aux seules complications à savoir : La rupture péritonéale, pleurale, péricardique de l’abcès ou la fistulisation de celui-ci dans un viscère creux ou à la peau.

La chirurgie conventionnelle a été rarement réalisée (0 à 12 %) selon les différentes séries [15 ; 19 ; 21 ; 33]. Elle n’a été pratiquée dans notre étude car il n’y a pas eu d’indication.

✓ **Evolution sous traitement**

Tableau LVIII : évolution sous traitement et auteurs

Auteurs	Fréquence	Evolution favorable	Taux de décès
DJOSSOU France 2003 [17]	20	100% P=0,99	-
DONIKIAN [15] Nouvelle Calédonie 2004	22	100% P=0,99	-
Mc GARR Afrique du Sud 2003 [33]	178	99,5% P=0,99	0,5
DEMBELE, 2016, Mali [39]	30	100%	-
Notre étude, 2019, Mali	40	100	-

Diagnostiqué et traité précocement, les abcès du foie évoluent toujours favorablement [3]. Nous n’avons pas enregistré de décès tout comme chez

DJOSSOU [17], DONIKIAN [15] et M. BAMBAKE DEMBELE [39]. La guérison clinique précède la disparition des lésions anatomiques qui peuvent persister quelques mois et ceci ne doit pas inquiéter [3].

Cependant 14 patients sont perdus de vue à 3 mois dans notre étude.

Coût global de la prise en charge

Le coût global de la prise en charge des abcès du foie a été à la charge des patients et ou de leur famille. Le coût moyen de traitement est de 80536,67000 FCFA a été nettement au-dessus du SMIG malien qui est d'environ 40000 FCFA. Cette situation a eu un impact négatif sur la qualité de la prise en charge car bon nombre de nos patients, du fait de leur revenu bas, a souvent été incapable d'effectuer les examens complémentaires et même parfois de payer les médicaments. Nous avons pu cependant offrir à des patients les soins adéquats.

CONCLUSION

Pathologie d'actualité en pratique chirurgicale dans notre pays. Le diagnostic de l'abcès du foie est clinique (hépatomégalie douloureuse et fébrile), radiologique (image d'abcès à l'échographie). Le traitement de base repose sur le traitement médico-chirurgical. La ponction échoguidée est un moyen thérapeutique très répandu de nos jours permettant de réduire la durée du séjour d'hospitalisation. Quant aux moyens chirurgicaux, ils sont actuellement le dernier recours dans le traitement de l'abcès du foie.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités

- L'assainissement de l'environnement notamment l'amélioration de l'évacuation des excréta.
- L'approvisionnement en eau potable.
- La lutte contre la pauvreté.
- L'information, l'éducation et la communication de la population.

Aux populations

- Hygiène individuelle et collective
- Consultation dans les structures sanitaires les plus proches devant toute douleur abdominale et/ou toute fièvre.
- Dépistage précoce et traitement de tout cas d'infestation de l'amibiase.

Aux agents de santé

- L'échographie abdominale devant toute douleur de l'hypochondre droit inexplicée.
- La référence de tout cas d'abcès du foie compliqué dans une structure spécialisée en vue d'une prise en charge efficiente.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

1. E YAHCHOUCI, D CHERQUI :

EMC : Abcès non parasitaire du foie. Encycl méd. Chir. (Elsevier, paris) hépatologie 7-015-c-15,1998.8p.

2. C. SILVAIN, C. CHAGNEAU-DERRODE, C. CRUGEON, J.-P. TASU :

Service d'hépatogastro-entérologie et d'assistance nutritive, Hôpital Jean Bernard, 2, rue Milétrie, BP 577, 86021 Poitiers cedex, France Service de radiologie, Hôpital Jean Bernard, BP 577, 2, rue Milétrie, 86021, Poitiers cedex France. Abcès non parasitaire du foie. EMC : (Elsevier SAS, paris) hépatologie 7-015-c-15,2006.6p.

3. MOLINIER C et MENNECIER D :

Amibiase hépatique. Encycl. Méd Chir. (Elsevier Paris), Hépatologie. 1997; 7-027-A-10, 6p.

4. TRAORE. M. I:

Les abcès du foie en milieu hospitalier de Bamako. Thèse méd. 2006.10M586.

5. DEMBELE. B. M :

Affections hépatobiliaires chirurgicales dans le service de chirurgie « B » à l'Hôpital du Point G de Bamako au Mali. Thèse de méd. 2007.07M11.

6. ROUVIERE H :

Anatomie humaine. Paris Masson. Anatomie du foie 1978 :452-458

7. G. J. TORTORA, S. R. GRABOWSKI :

Principe d'anatomie et de physiologie 2ème Edition française, Anatomie foie : 840-846.

8. BONKOUNGOU et Coll :

Livrer abscesses in children in a tropical hospital: a seven study in the Bobo Dioulasso hospital (Burkina Faso).M2decine et maladies infectieuses; Volume 30, Issue12, Décembre 2000: 773-775.

9. CASTING D. et SMAIL A :

Anatomie du foie et des voies biliaires. EncyclMéd.Chir.

(Elsevier, Paris), Hépatologie, 7-001-A-10,1999 :12.

10. Moussa SANOGO :

Etude des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie A du Centre Hospitalier Universitaire du Point G .Thèse méd.2007 ;M6 08. P.

11. DIABY. G. S :

Etude des abcès du foie dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse de méd. 2012.12M329.

12.hpp://www-sop.Inria. Fr/ epidaure / Former

Collaborations/aisim/simulateurannexeC.html (10/03/98) Consulté le 12/04/2010. 107

13.V. GUITTET et COLL :

Les abcès du foie chez l'enfant : Etude rétrospective de 33 cas observés en Nouvelle-Calédonie de 1985 à 2003Archives de pédiatrie, Volume 11, Issue 9, Pages 1046-1053

14.GENTILINI M, CAUME E, DANIS M et al: Amebiasis in: Gentilini M.

Médecine intertropical. Paris, Flammarion. Medicine-Sciences, 1996: 16572.

15. J. C. DONIKIAN :

Twenty-two cases of hepatic abscesses in children in New Caledonia. EMC: Archives de pédiatrie; volume 11, numéro 7, page 867(juillet 2004).

16.N'GORAN KOUAME :

Prise en charge multidisciplinaire des abcès amibiens du foie au CHU de Yopougon, Abidjan-Côte d'Ivoire.Pan African Journal, cases series, Volume 7, Number 25, 2010.

17.F DJOSSOU et COL :

Abcès amibien du foie, analyse de 20 observations et Proposition d'un algorithme thérapeutique. LA Rev de Méd. Int 2003 ; 24 : 97-106.

18.SOUBEYRAND J et COL:

Pathologie Africaine. Méd. Inter et Echographie Paris Masson 1986;pp7-28. 108

19. S LODHI and AL:

Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess.

A review of 577 adult cases. Trop Med and intern health 2004; 9(6):718-723.

20. SEETO RK, ROKEY DC:

Amoebic liver abscess: epidemiology, clinical features and outcome.

West J Med 1999; 170: 104-9.

21. WEINKE T. AND AL:

Amoebic liver abscess-rare need for percutaneous treatment modalities. Eur J of Med research 2002;7:25-9.

22. SHAMSUZZAMAN SM and AL:

Socioeconomic status, clinical features laboratory parasitological findings hepatic amoebiasis patients. A hospital based prospective study in Bangladesh. South-east Asian j trop med public health 2000; 31 (2): 399- 404.

23. NUSSAUME O et CHERBONNEL G:

L'amibiase hépatique. Encycl Méd. Chir. Paris Foie Fasc. 1978; 7027
A10, 9p.

24. LIU CG and AL:

Amoebic liver abscess and human immunodeficiency virus infection: A report of three cases Clin Gastro-entero 2001; 33: 64.109

25. MYOUNGDON OH, KWANGHYUCK LEE, ENISEOK KIM ET AL:

Amoebic liver abscess in HIV infected patients AID 2000 vol 14(12): 1872-3.

26. PHAM VAN L, DUONG MANH H, PHAM NHU H:

Abcès amibien du foie: Ponction écho guidée Ann. Chir. 1999; 50(4):340-3.

27. LEE K, KIM EL, LEE S ET AL:

Amoebic liver abscess in HIV-infected patients. AIDS (London; England) 2000; 14(12): 1872-3.

28. BLESSMANN JOERG, LE VAN ET EGBERT TANNICH:

Ultasons hépatiques dans une population avec une incidence élevée de l'amibiase invasive: Evidence pour des abcès amibiens sub-cliniques et individu limités du foie. Med Trop et Santé inter 2003 ; 8(3) : 231.

29. KAM. K. L et coll :

Abcès du foie en milieu pédiatrique au CHN-YO de Ouagadougou. Médecine d'Afrique noire : 2004, 47(2).

**30. OUDOU NOYA ELIE CLAUDENDJITOYAP NDAM, VINCENT
NGOUE, CHARLOTTE NGONDE SENDE :**

Abcès amibiens du foie à Yaoundé Cahier Santé 1999 ; 9: 119-22.

31. RYSZARDJANKIEWICZ:

Clinical manifestations and ultrasonography guided aspiration of amoebic Liverabscess in St Walburg's Hospital, Nyangao, Tanzania. Trop DOCTOR 2002; 32: 92-3.

32. KODJOH N. et COLL :

les abcès amibiens du foie à propos de 42 observations Colligées dans les services médicaux du CNHU de Cotonou Méd d'Afr Noire : 1991, 38 : 185-189.

33. PL Mc GARR, TE MADIBA, SR THOMSON, P CORR:

Amoebic liver abscess: Result of a conservative management policy. South Africa Med J 2003; 93: 132-6.

34. ACUNA SOTO R, MAGUIRE JH, WIRTH DF:

Gender distribution in asymptomatic and invasive amoebiasis. Am J Gastroenterol 2000; 95: 1277-1281.

35. ADAMA DIAMAN KEITA:

Contribution à l'étude des abcès amibiens du foie à propos de 10 cas. Traitement court par le Tinidazole. Thèse de méd. 2006, 089M13.

36. LAMINE SACKO :

Prise en charge des abcès du foie dans les services de chirurgie « A » et « B » de l'Hôpital du Point G. Thèse de méd. 2003. 06M05.

37. M DIENG et COLL :

Traitement des abcès du foie : l'expérience d'un service de chirurgie générale
Med Afr Noire 2007 ; 54(10) 513-519.

38. J. R. IBARA et COLL :

Abcès du foie à germes pyogènes, aspects cliniques, Morphologiques, et étiologiques à propos de 38 cas Méd. d'Afr. Noire 2000 ; 47(2).

39.M DEMBELE BAMBAKE :

Les abcès du foie en chirurgie générale au centre de santé de référence de la commune I .

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : YALCOUYE

Prénom : Hamadou

Titre de la thèse : Abcès du foie indication, résultat et traitement non opératoire en chirurgie générale au centre de santé de référence de la commune I.

Pays : MALI

Année universitaire : 2017-2019

Ville de soutenance : BAMAKO

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Résumé :

Les abcès du foie correspondent à une cavité néoformée créée par la nécrose du parenchyme hépatique induite par l'agent pathogène [1].

Le but du présent travail est :

- Etudier les abcès du foie dans le service de chirurgie générale ;
- Déterminer la fréquence des abcès du foie ;
- Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques ;
- Déterminer les suites de la prise en charge ;
- Evaluer le coût de la prise en charge.

Il s'agit d'une étude rétro- prospective. Elle a porté sur 40 cas d'abcès du foie. Cette étude s'est déroulée sur une période de 36mois de 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2019 dans le service de chirurgie générale au CSRéf CI. L'abcès du foie est très souvent la conséquence de l'amibiase qui sévit dans la population défavorisée et il reste d'actualité en pratique chirurgicale au Mali. Notre fréquence de 0,3% avec un âge moyen de 36.48ans et des extrêmes de 3 et 74 ans, un sex-ratio de 1.68 en faveur des hommes. Les principaux signes cliniques étaient la fièvre (47.50%), l'hépatalgie (70%) et l'hépatomégalie (70%). Les collections hépatiques objectivées à l'échographie abdominale étaient localisées dans le lobe droit dans 85% et uniques dans 57,50%. La sérologie amibienne effectuée dans 100 %.

Le traitement chirurgical n'a été réalisé chez aucun de nos malades. Les modalités thérapeutiques citées dans la littérature sont : le traitement médical anti-amibien, antibactérien, la ponction évacuatrice écho guidée, le drainage percutané et la chirurgie conventionnelle [3 ; 27 ; 28]. Diagnostiqué et traité précocement, les abcès du foie évoluent toujours favorablement [3]. Les suites étaient simples chez tous nos malades et nous n'avons pas enregistré de décès. Le coût de la prise en charge des abcès du foie a été à la charge des patients et/ou de leur famille. Le coût moyen de traitement est 80.536,7FCFA a été nettement au-dessus du SMIG malien qui est d'environ 28460 FCFA.

Pathologie d'actualité en pratique chirurgicale dans notre pays.

Selon l'OMS, 10% de la population seraient infectés, ce qui correspondent à environ 500 millions de personnes.

Le diagnostic de l'abcès du foie est clinique (hépatomégalie douloureuse et fébrile), radiologique (image d'abcès à l'échographie).

Le traitement de base repose sur le traitement médico-chirurgical.

Mots clés : Abcès Amibien du Foie, Traitement non opératoire, Centre de Santé Référence de la commune I de Bamako, ponction échoguidée.

Fiche d'enquête

I . Identités et données sociodémographiques

1. FICHE D'OBSERVATION N° : _____/____/____/

2. DOSSIER MEDICAL N° : _____/____/____/

3. Nom=

4. Prenom=

5. Sexe= _____S/____/ 1=féminin 2=masculin

6. Age(année)=

7. PROVENANCE : _____/____/____/

1=Commune I

4=Commune IV

2=Commune II

5=Commune V

3=Commune III

6=Commune VI

7=Autres (à préciser) : _____

8. DATE DE CONSULTATION : _____ le ____/____/20

9. DATE D'ENTREE : _____ le ____/____/20

10. DATE DE SORTIE : _____ le ____/____/20

11. LA DUREE D'HOSPITALISATION (en jours): _____/____/

12. ADRESSE(E) PAR: _____/____/

1=Médecin

3=Recommandé

99=Autres (à préciser)

2=Infirmier

4=Venu(e)de lui mê

13 . MOTIF DE CONSUTATION : _____/____/

1 =Hépatomégalie

5=Diarrhée

2=Hépatalgie

6=Douleur thoracique

3=Fièvre

7=Perte de poids

4=Masse abdominale

99=Autres (à préciser)

ANTECEDANT :

A-PERSONNELS :

a-MEDICAUX:

14. TARES : _____/____/

1=Hépatite

4=Drépanocytose

2=Diabète

5=Asthme

3=HTA

6=HIV

99=Autres (à préciser)

15. AMIBIASE INTESTINALE : _____/____/

1=Probabilité clinique

2=Certitude parasitologique

16. DATE DE DIAGNOSTIC : _____/____/

17. DUREE DU TRAITEMENT (en jour) : _____/____/

1<5j

2>5j

b-CHIRURGICAUX: _____ / ____ / ____ /

*SI OUI :

1=Diagnostic : _____ / ____ / ____ /

2=Technique opératoire : _____ / ____ / ____ /

3=Opérateur : _____ / ____ / ____ /

4=Date de l'opération : _____ / ____ / ____ /

5=Suites opératoires : _____ / ____ / ____ /

B-FAMILIAUX :

PERE :

a-MEDICAUX: _____ / ____ / ____ /

1=Hépatite

4=Drépanocytose

2=Diabète

5=Asthme

3=HTA

6=HIV

99=Autres (à préciser)

b-CHIRURGICAUX: _____ / ____ / ____ /

*SI OUI

1=Diagnostic : _____ / ____ / ____ /

2=Technique opératoire : _____ / ____ / ____ /

3=Opérateur : _____ / ____ / ____ /

4=Date de l'opération : _____ / ____ / ____ /

5=Les suites opératoire : _____ / ____ / ____ /

MERE :

a-MEDICAU _____ / ____ / ____ /

1=Hépatite

4=Drépanocytose

2=Diabète

5=Asthme

3=HTA

6=HIV

99=Autre (à préciser)

b-CHIRURGICAUX : _____ / ____ / ____ /

*SI OUI :

1=Diagnostic : _____ / ____ / ____ /

2=Technique opératoire : _____ / ____ / ____ /

3=Opérateur : _____ / ____ / ____ /

4=Date de l'opérateur : _____ / ____ / ____ /

5=Suites opératoire : _____ / ____ / ____ /

c- OBSTETRICAUX : _____ / ____ / ____ /

*SI grossesse :

1=Nombres de Grossesses

3=Nombres de Décès

2=Nombres d'Accouchement 4=Nombres d'Avortement

18.FACTEURS DE RISQUE :

a-MODE DE VIE : _____ / ___/

1=Aucun

5=Cola oui non

2=Tabac oui non

6=Thé oui non

3=Alcool oui non

99=Autres (à préciser) oui non

4=Notion de séjour en zone endémique :

1= oui 2= non

b- MODE ALIMENTAIRE : _____ / ___/

1=A base de céréale

99=Autres (à préciser)

II CLINIQUE

SIGNES GENERAUX

19.TEMPERATURE (en degré Celsius) : _____ / ___/

20.T.A(en millimètre de mercure) : __maximale= / ___/ minimale= / ___

21.POULS (pulsation/mn) : _____ / ___/

1=<60

2=[60 à 80]

3=>80

22. Conjonctives : _____ / ___/

1=Bien colorées

3=Ictériques

2=Pales

99=Autres (à préciser)

SIGNES FONCTIONNELS :

A-DIGESTIFS :

23.DOULEUR ABDOMINALE : _____ / ___/

1=Oui

2=Non

*si Oui

23.a. TYPE : _____ / ___/

1=Piqûre

3=Coup de poignard

2=Pesanteur

99=Autres (à préciser)

23.b. SIEGE : _____ / ___/

1=Hypochondre droit

4=Abdominale généralisée

2=Epigastrique

5=Thoracique

3=Abdominale localisé

99=Autres (à préciser)

23.c. MODE DE DEBUT : _____ / ___/

1=Brutal

3=Insidieux

2=Progressif

4=Intermittente

99=Autres (à préciser) : _____ / ___/

23.d. INTENSITE (par l'EVA) : _____ / ___/

1=Faible

3=Forte

2=Modérée

4=Vive

99=Autres (à préciser)

23.e. HORAIRE : _____/___/

1=Permanent

3=Rythmique

2=Intermittent

99=Autres (à préciser)

23.f. IRRADIATION : _____/___/

1=Fixe

3=Au dos

99= Autres (à préciser)

2=En bretelle

4=Epigastrique

24.ANOREXIE : _____/___/

1=Oui

2=Non

25.NAUSSEES : _____/___/

1=Oui

2=Non

26.VOMISSEMENTS : _____/___/

1=Alimentaire

4= Sanglant

2=Bilieux

5=Absent

3=Glaireux

99=Autres (à préciser)

27.DIARRHEE : _____/___/

1=Glaire-sanglante

3=Liquidienne

2=Glaireuse

4=Autres (à préciser)

28.DISTENTION ABDOMINALE: _____/___/

1=Oui

2=Non

29.CONSTIPATION: _____/___/

1=Oui

2=Non

30.TENESMES : _____/___/

1=Oui

2=Non

B-SIGNES RESPIRATOIRES :

31.TOUX : _____/___/

1=Oui

2=Non

32.EXPECTORATION : _____/___/

1=Oui

2=Non

33.DYSPNEE : _____/___/

1=Oui

2=Non

34.DOULEUR THORACIQUE : _____/___/

1=Oui

2=Non

C-SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT :

35.ICTERE: _____/___/

1=Oui 2=Non

36.PRURIT: _____/___/

1=Oui

2=Non

37.TROUBLES FONCTIONNELS : _____/___/

1=Diarrhée

3= Amaigrissement

2=Vomissement

99=Autres (à préciser)

SIGNES PHYSIQUES

INSPECTION :

38.ETAT DE L'ABDOMEN : _____/___/

1=Normal

5=Asymétrique

2=Distendu

5=Cicatrice

3=Voussure épigastrique

99=Autres (à préciser)

PALPATION

39.HEPATOMEGALIE : _____/___/

1=Douloureuse

6=Irrégulier

99=Autres (à préciser)

2=Douleur à l'branlement

7=1+3

3=Régulière

8=1+6

4= Bord inférieur tranchant

9=1+4

5=Bord inférieur mousse 6= irrégulière 10=1+6

40.FLECHE HEPATIQUE : _____/___/

1=Oui

2=Non

Si Oui résultat (cm) : _____/___/

41.CONTRACTURE ABDOMINALE : _____/___/

1=oui

2=non

42.DEFENSE ABDOMINALE : _____/___/

1=Généralisée

3=Absente

2=Localisé (à préciser)

99=Autres (à préciser)

43.SPLENOMEGALIE (classification de l'O.M.S.) : _____/___/

1=Oui

2=Non

Si Oui : _____/___/

1=Stade I

4=Stade IV

2=Stade II

5=Stade V

3=Stade III

6=Absente

44.MASSE ABDOMINALE: _____/___/

1=Oui

2=Non

*Si Oui, localisation et caractéristique : _____

PERCUSION :

MATITE PRE-HEPATIQUE : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

TYMPANISME ABDOMINALE : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

AUSCULTATION :

AIRES PULMONAIRES: _____ / ___ /

1=Murmure vésiculaire bien perçu 5=Ronchus
2=Murmure vésiculaire diminué 6=Frottements pleuraux
3=Murmure vésiculaire aboli 7=Silence d'un hémithorax
4=Crépitants 99=Autres (à préciser)

45.TR: _____ / ___ /

1=Normal 3=Douglas bombé
2= Douglas douloureux 99=Autres (à préciser)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

46.N.F.S: _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat : _____ / ___ /

47.VS(valeur en mn) : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

Si le résultat : _____ / ___ /

48.GLYCEMIE (en mmol. /L.) : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat : _____ / ___ /

1<4,1 2=[4,1-6 ,1] 3>6,1

49.TRANSAMINASES(TGP) (en unité internationale U.I./L)

49.a.TGP(homme) : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat : _____ / ___ /

1<31 2>31

49.b.TGP(femme) : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat : _____ / ___ /

1<40 2>40

50.TRANSAMINASES(TGO) (en unité internationale U.I./L)

50.a.TGO(homme) : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat : _____/____/

1=positive 2=négative

60.SEROLOGIE HEPATITE VIRALE (AgHbs):____/____/

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat : _____/____/

1=aucun 3=B 5=D
2=A 4=C 6=E

ECB DU PUS : _ _____/____/

1=Oui 2=Non

Si Oui

61.RESULTAT : _____/____/

1=Stérile 2= Préciser le germe

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE : _____/____/

1=Oui 2=Non

*si oui le résultat : _____/____/

62.IMAGES D'ABCES HEPATIQUE: _____/____/

1=Oui 2=Non

63.SIEGE DE L'ABCES SUR LE(S) SEGMENT(S)____/____/

1=I 5=V 99=Autres (à préciser)

2=II 6=VI

3=III 7=VII

4=IV 8=VIII

64.NOMBRE D'ABCES: _____/____/

1=Unique 5=Cinq 99= Autres (à préciser)

2=Deux 6=Six

3=Trois 7=Sept

4=Quatre 8=Huit

65.TAILLE DE L'ABCES (diamètre en millimètre): _____/____/

1<100 3≥450

2=[100 à 450 [99=Autres (à préciser)

66.ABCES CLOISONNE : _____/____/

1=Oui 2=Non

67.ABCES ROMPU : _____/____/

1=Oui 2=Non

68.VOLUME DE L'ABCES (en millilitre ou en cc) :____/____/

1<100 3≥450

1<5j 2>5j 99=Autres (à préciser)

B-MOYENS MEDICO-CHIRURGICAUX :

PONCTION ECHO-GUIDEE : _____ / ____ /

1=Oui 2=Non

Si Oui :

77.QUANTITEE DE PUS (en centimètre cube):__ ____ / ____ /

1<150 2≥150

78. ASPECT DU PUS: _____ / ____ /

1=Chocolat 99=Autres (à préciser)

C-MOYENS CHIRURGICAUX :

79.TECHNIQUE UTILISEE: _____ / ____ /

1=Drainage percutané 3=Coelioscopie
2=Laparotomie 99=Autres (à préciser)

IV EVOLUTION et SUIVI

A-EVOLUTION :

80.EVOLUTION: _____ / ____ /

1=Guérison 3=Décès
2=Complication(s) 99=Autres (à préciser)

B-SUIVI :

81.TEMPERATURE(°C) :

à J1: _____ / ____ /

1<38 2≥38

à J5: _____ / ____ /

1<38 2≥38

à J10: _____ / ____ /

1<38 2≥38

82.HEPATOMEGALIE : _____ / ____ /

1=Oui 2=Non

Si Oui :

82.a.à J1 : _____ / ____ /

1=Palpable 2=Non palpable

82.b.à J5 : _____ / ____ /

1=Persistante 2=Diminuée 3=Augmentée

82.e.à J15 : _____ / ____ /

1=Persistante 2=Diminuée 3=Augmentée

83.HEPATALGIE : _____ / ____ /

1=Oui

2=Non

Si Oui :

83.b.à J1 : _____ / ___/

1=Persistante

2=Diminuée

3=Aggravée

4=Absente

83.c.à J5 : _____ / ___/

1=Persistante

2=Diminuée

3=Aggravée

4=Absente

83.d à J15: _____ / ___/

1=Persistante

2=Diminuée

3=Aggravée

4=Absente

84.ECHOGRAPHIE HEPATIQUE DE CONTROLE SELON LATAILLE DE LA COLLECTION :

Si oui le résultat :

84.1^{er} contrôle : _____ / ___/

1=Persistante

3=Augmentée

2=Diminuée

99=Autres (à préciser)

84.2^{ème} contrôle : _____ / ___/

1=Persistante

3=Augmentée

2=Diminuée

99=Autres (à préciser)

84.Autres contrôle : _____ / ___/

1=Persistante

3=Augmentée

2=Diminuée

99=Autres (à préciser)

V EVALUATION DU COÛT DU TRAITEMENT :

85.COUT DU BILAN PARA CLINIQUE (en FCFA) : ___/___/

86.COUT ACTE CHIRURGICAL : _____ / ___/

87.COUT ACTE ANESTHESIE : _____ / ___/

88.COUT DU TRAITEMENT POST-OPERATOIRE (en FCFA) : ___/___/

89.COUT DE L'HOSPITALISATION (en FCFA) : ___/___/

90.COUT GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE (en FCFA) : ___/___/

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie politique ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !!!

