



UNIVERSITE DE BAMAKO

**Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'OdontoStomatologie**



Année Universitaire 2006-2007

Thèse N° /___/ M

**ETUDE DES ABCES AMIBIENS DU FOIE DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT G.**

THESE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 09/03/2007

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie
De l'Université de Bamako

Par Mr Moussa SANOGO

Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président : Pr. Sambou SOUMARE

Membres : Dr Adama KOITA
Dr Idrissa Ahmadou CISSE

Co-Directeur : Dr Zimogo Zié SANOGO

Directeur : Pr. Djibril SANGARE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN:

Anatole TOUNKARA
Professeur

1^{er} ASSESSEUR:

Drissa DIALLO
MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR:
MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL:

Sékou SIDIBE

Yénimégué Albert DEMBELE
Professeur

AGENT COMPTABLE:

Mme COULIBALY Fatoumata TALL
CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M Keita	Pédiatrie
Mr Siné Bayo	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya Simaga	Santé Publique, Chef de D.E.R
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

▪ **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Niani Mounkoro	Gynécologie/ Obstétrique

▪ D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou Koné	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie
Mr Mamadou Ba	Biologie/ Parasitologie entomologie médicale

▪ D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo Traoré	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou Diarra	Anthropologie Médicale

▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie-Organique

▪ ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS:

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Cm : Centimètre

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

VS : Vitesse de Sédimentation

CRP : Protéine C Réactive

ml : millilitre

mg : milligramme

cc : centimètre cube

kg.p : kilogramme poids

g : gramme

j : jour

Km : kilomètre

PTFT : Pavillon Tidiane Faganda Traoré

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

NFS : Numération Formule Sanguine

PNN : Polynucléaire Neutrophile

mm : millimètre

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

Post-op : post-opératoire

°C : degré Celsius

Cœlio : Cœliochirurgie

UGD : Ulcère Gastro-Duodenal

MV : Murmure Vésiculaire

VV : Vibrations Vocales

TR : Toucher Rectal

TV : Toucher Vaginal

TDM : Tomodensitométrie

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

TGO : Transaminase Glutamique Oxaloacétique

TGP : Transaminase Glutamo-Pyruvique

mmol : millimole

μmol : micromole

% : Pourcentage

Gastro-enterol : Gastro-enterologie

Encycl : Encyclopédie

Méd : Médecine ou Médical

Chir : Chirurgical

Ed : Edition

P : Page

Coll : Collaborateur

Nov-Déc: Novembre-Décembre

Trop: Tropicale

Vol : Volume

Rev : Revue

Prat : Praticien

Clin : Clinique

Biologie : Biologie

Int : Interne

Ann : Annale

S Afr : South Africa

Eur: Europe

Surg: Surgery

Afr: Afrique

Fasc : Fascicule

Actu : Actualité

Infect : Infection

**DEDICACES
&
REMERCIEMENTS**

DEDICACES :

Nous rendons grâce à ALLAH, L'OMNIPRESENT ET L'OMNIPOTENT, puisse ce travail être une preuve pour moi et non une preuve contre moi le jour de la résurrection.

Je dédie ce travail :

A ma mère Mariam Sissoko dite Magnan

Courageuse et infatigable, tu as toujours été présente. Merci pour l'aide morale, matérielle et financière que tu n'as cessée de m'apporter. Puisse ce travail être le gage de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices que tu as consentis pour moi.

Et puisse le tout puissant te laisser sous mes yeux aussi longtemps que je voudrais.

A mon père feu Moulaye Sanogo

Tu m'as donné tout ce qu'un fils peut attendre de son père. Tes conseils resteront pour moi une ligne à suivre. Tu n'es pas là aujourd'hui pour voir la promotion de ton fils. Mais je sais que tes bénédictions m'accompagnent toujours. Que ton âme repose en paix.

A ma grand-mère Siraboula Macalou

Chère grand-mère, toute ta vie tu t'es battue pour tes enfants, tes petits enfants et tes arrières petits enfants. Tu n'as cessé de nous prouver que l'amour pouvait défier toutes les lois de la vieillesse. Ta sagesse nous a si souvent éclairé. Que le tout puissant continue de te bénir et nous accorde le temps de pouvoir te gâter à notre tour.

A mon tonton Boubacar Sissoko dit Boua

Tu as été pour moi plus qu'un père. Malgré la distance ton soutien ne m'a jamais fait défaut. Merci pour tout.

A mes sœurs : Wawa, Fatoumata, Koumba et Assetou

Merci pour le soutien tant moral que matériel qui ne m'a jamais fait défaut. Trouvez ici l'expression de ma tendre affection. Qu'Allah resserre nos liens.

A mes frères : Tiemokoba, Douga et Biramani

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. Que Dieu nous unisse.

A mes oncles : Balla, Kader, Yaya, Monsieur Dansoko, Tonton Madou Diallo et Tonton Alou Traoré.

Pour votre attention soutenue

A mes tantes : Sallé , Dalla, Sali, Koïta, Habi Berthé et Mama Garanké

Pour vos précieux conseils.

A la famille Sissoko (Tonton Abdou, Tanti Ami, Tanti Moussou, Papi, Gogo et Djénéba)

Vous m'avez accueilli à mon arrivée à Bamako sans rien attendre en retour et avec spontanéité, vous vous êtes occupés de moi comme l'auraient fait mes propres parents. J'ai trouvé en vous une famille sans laquelle je n'aurai pu être aussi stable et équilibré. Merci pour tout, que Dieu fasse que je sois reconnaissant.

A mes cousins et cousines : Birama koroba, Dra, Hamet, Madou, Papis, Madiba, Toubabou, Rosa la petite Koumba et la petite Astou

Merci pour vos soutiens de tous les jours. Ce travail est le Vôtre.

A mes neveux et nièces : Issa, Tantie, Docteur, Cheick, Salif et Tombouctou

Courage et persévérance.

A mes grand-mères chéries : Coumba Bâ et Fatou Coulibaly

REMERCIEMENT :

A mes amis : Ablo Sow, DT, Noss, Diass, Tambo et Moussa Bathily, Chérif et tous ceux que je n'ai pas cité

Vous m'avez maintes fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur vous. Grâce à vous je crois en l'amitié véritable. Que Dieu vous donne longue vie.

A Doua et à toute la famille à Kayes Liberté

Merci pour l'hospitalité dont vous avez preuve pendant mes années du lycée

A la mémoire de Marama, Tonton Barou, Makan Diakité

A mes complices de la chirurgie « A » : Raoul, Aïcha Mati, Sadio Samballa, Tatiana et Zakari

Merci pour vos sollicitudes de tous les jours.

Aux Pr. Sambou SOUMARE, Pr. Djibril SANGARE, Pr. Yena SADIO, Dr A. KOITA, Dr Ousmane KEITA, Dr Sidiki KEITA, Dr TOGOLA, Dr SOGOBA, Dr TOURE, Dr CAMARA, Dr SOUMARE, Dr KOUMARE, Dr TOGO, Dr L. TRAORE, Dr Y. KONE, Dr S. PIERRE, Dr Bah SISSOKO, Dr Kardigué CAMARA et Tonton SAM

Aux internes : Mohamed BISSAN, Tidiani Traoré, Soma TRAORE, Ange Marie DEMBELE, Sira COULIBALY, Dramane HAIDARA, Mama MOUNKORO, Oumar BAMBA, Adama DIALLO, Bazin Isaïe DENA, Daouda SAMAKE, Louis TRAORE, Harouna KOULIBALY, Issa BERTHE, Cheick SOGODOGO, Drissa KONE, M.M DOUMBIA, Tata FANE, Cheick Hamala DIAKITE, Jacque KANE, Salifou SATAO, Youssouf COULIBALY, Amadou KONE, Salikou SANOGO, Salif SANGARE, Boubacar COULIBALY

A Tata et à tous ses enfants : Merci pour vos précieux conseils.

A tous mes maîtres de l'école primaire à la F.M.P.O.S

Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez distillées. Ce travail est le fruit de votre enseignement. J'espère qu'il vous rendra fier de moi.

Etude des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie «A» du CHU point G

A mes camarades de promotion du primaire, du secondaire et du supérieur

En souvenir des pénibles heures passées ensemble.

A l'état malien pour tous les efforts consentis à ma formation.

A tout le personnel de la chirurgie « A »

Merci pour la qualité de vos relations.

A tout le village de Samé Plantation dans le cercle de Kayes

A tous les jeunes de la rue 24 à Hamdallaye

*HOMMAGES AUX
MEMBRES DU
JURY*

HOMMAGE AUX MEMBRES :

A notre maître et Président du jury

Professeur Sambou SOUMARE

Professeur titulaire de Chirurgie générale

Ancien Directeur de l'école nationale de Médecine et de Pharmacie

Chargé de cours des Soins infirmiers et l'histoire de la médecine à la

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

(F.M.P.O.S)

Chef de service de Chirurgie « A » de l'hôpital du point « G ».

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt appréhendé et apprécié votre haut combien noble dévouement pour la formation des médecins. Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

A notre maître et membre du jury

Docteur Idrissa Ahmadou Cissé

Praticien hospitalier en maladie tropicale et parasitaire,

Diplômé en endoscopie digestive, dermatologiste,

Maître assistant en dermato-vénérologie,

Spécialiste en rhumatologie et maladies systémiques,

Correspondant de la société française de rhumatologie,

Chargé de cours de rhumatologie à la faculté de médecine, de pharmacie

Et d'odonto-stomatologie,

Chef de service de rhumatologie du CHU du point G.

Nous avons été marqués par votre simplicité, votre disponibilité et par la qualité de l'intérêt que vous nous avez signifié.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et membre du jury

Docteur Adama KOITA, chirurgien

Praticien hospitalier

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Nous avons été marqués par votre assiduité, votre courage et votre amour pour le travail.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde considération et de nos remerciements distingués.

A notre maître et Co – Directeur de thèse

Docteur Zimogo Zié SANOGO, chirurgien

Assistant chef de clinique

Chargé de cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoSomatologie (F.M.P.O.S)

Cher maître ce travail est le fruit de vos efforts. Nous avons été profondément impressionnés par votre intégrité, votre disponibilité et votre rigueur.

Nous sommes fiers de compter parmi vos élèves en espérant ne vous avoir pas déçu.

Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage ont fait de vous un maître admiré.

Trouvez ici Cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et Directeur de thèse

Professeur Djibril SANGARE

Professeur titulaire de chirurgie générale

Chargé de cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoSomatologie (F.M.P.O.S)

Cher maître, nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Homme de science rigoureux et pointilleux, nous avons été séduits par votre sympathie, votre humilité, votre esprit communicatif et votre culture.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce modeste travail.

Véritable modèle, nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Soyez rassuré cher maître de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

INTRODUCTION

SOMMAIRE

I. Introduction.....	21
II. Objectifs.....	24
III. Généralités.....	26
IV. Méthodologie.....	49
V. Résultats.....	53
VI. Commentaires et discussion.....	71
VII. Conclusion et recommandations.....	86
VIII. Références bibliographiques.....	89
IX. Annexes.....	93

I. INTRODUCTION

L'amibiase est définie selon l'OMS comme l'état dans lequel l'organisme humain héberge *Entamoeba histolytica* avec ou sans manifestations cliniques [1, 2, 3, 4].

L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique hépatique induite par *Entamoeba histolytica histolytica* [2, 3].

Elle occupe la troisième place mondiale parmi les affections parasitaires quant à la létalité derrière le paludisme et la schistosomiase [2].

Toujours secondaire à une amibiase intestinale dans un délai plus ou moins long, l'abcès amibien du foie en est la complication la plus fréquente [2].

Les abcès amibiens du foie font l'objet de nombreux travaux de recherche dans le monde.

La fréquence varie d'une région à une autre.

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 [2, 5]

En Europe, il s'agit d'une pathologie d'importation à cause de l'immigration et du tourisme [2, 5]

En Afrique, au Sénégal, la prévalence de l'amibiase est de 1 à 2% dans la population générale [2]

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) [2]

Au Mali, KEÏTA A. en 1989 a colligé 10 cas d'abcès amibiens du foie en 15 mois à l'hôpital national du point G [6]

SACKO L. en 2003 a réalisé une étude sur la prise en charge chirurgicale de 10 cas d'abcès du foie recrutés en un an dans les services de chirurgie « A » et « B » de l'hôpital national du point G [7]

KONE T. en 2005 a enregistré 57 cas d'abcès amibiens du foie en 5 ans dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital GABRIEL TOURE [8].

Compte tenu de la fréquence de plus en plus élevée de cette pathologie dans notre service, il nous a paru utile de mener une étude.

Le but du présent travail est de contribuer à l'étude des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie « A ».

OBJECTIFS

II .OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie « A » du centre hospitalier universitaire du Point G.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière en milieu chirurgical
- Décrire les aspects cliniques et para cliniques de l'abcès amibien du foie
- Décrire les modalités thérapeutiques et évolutives en milieu chirurgical
- Evaluer le coût de la prise en charge.

GENERALITES

III. GENERALITES

L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique hépatique induite par *Entamoeba histolytica histolytica* [2, 3]

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 selles ;

➤ 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 [2, 3, 5]

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 quadrinuclée. 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 autre 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 parvient à la sous-muqueuse, déterminant ainsi des abcès en « boutons de chemise », responsable du syndrome dysentérique. Dans la sous-muqueuse *Entamoeba histolytica* 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 8 amœbules 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

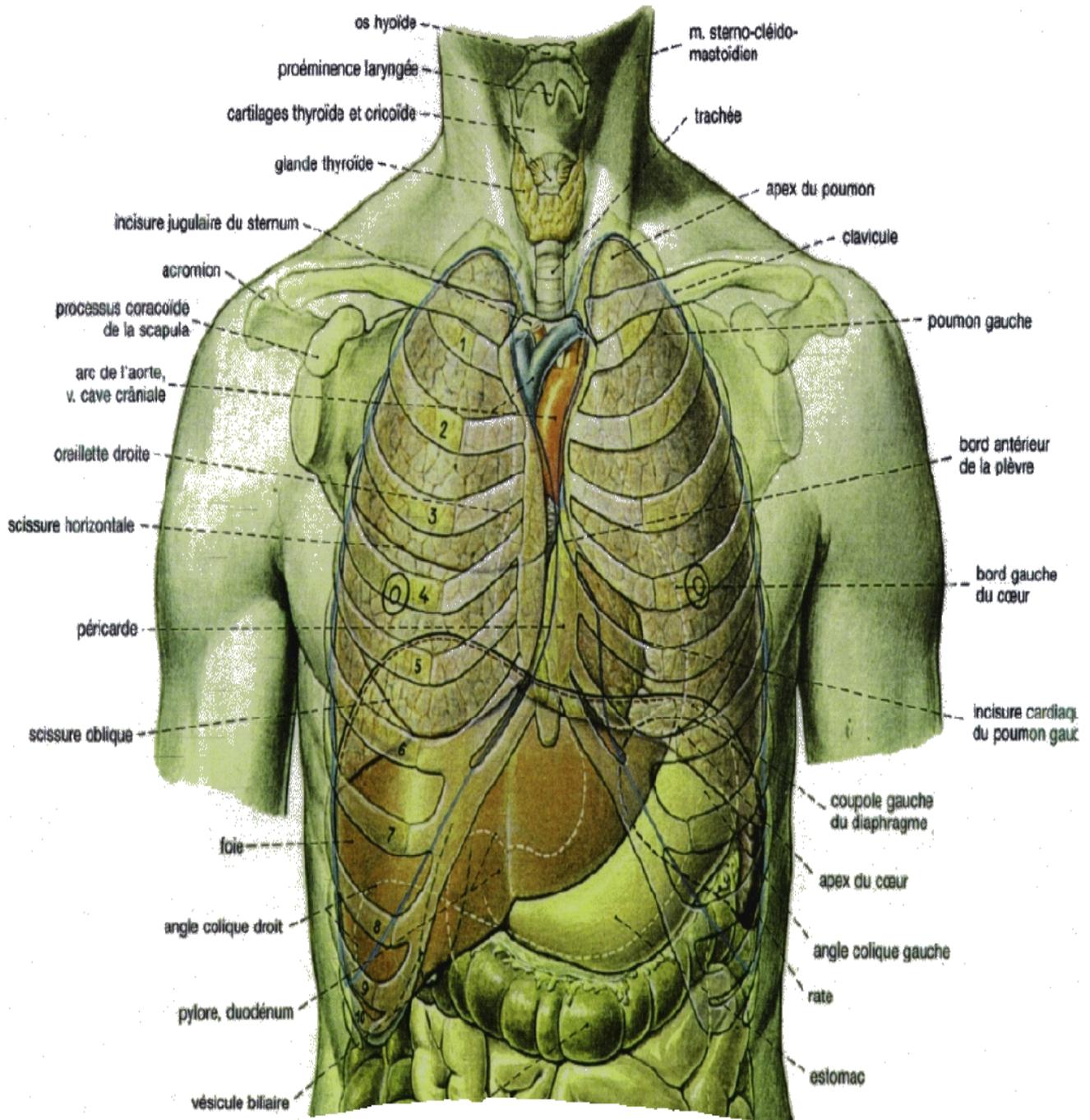
1.2. Rappels anatomiques du foie : [9, 10, 11]

1.2.1. Situation :

Le foie est un organe thoraco-abdominal.

La majeure partie de cette glande 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.



Projections et surfaces de contact des viscères abdominaux et thoraciques; vue ventrale. On mesure l'importance de la taille du foie dans l'abdomen ainsi que les très nombreux contacts existant entre le foie et les viscères, les côtes [12]

1.2.2. Couleur et consistance :

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.

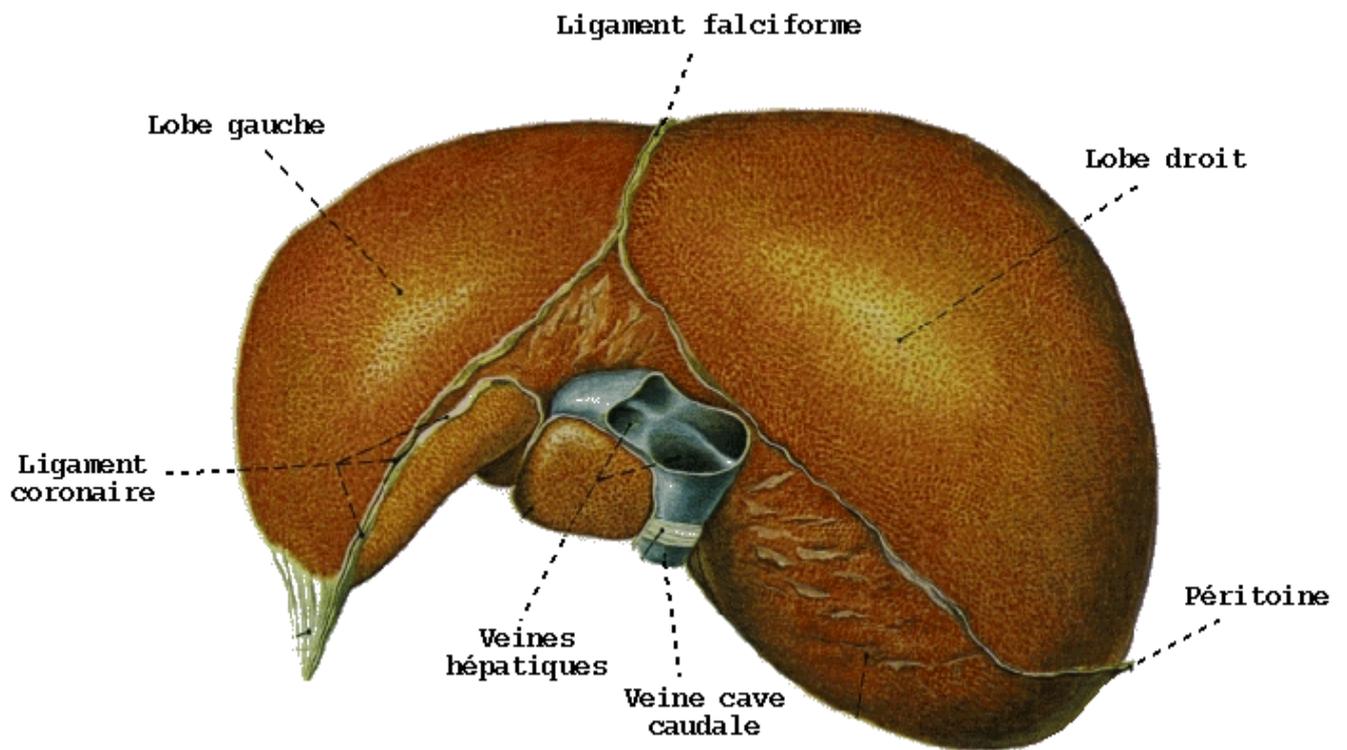
1.2.3. Poids et dimensions :

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

Son poids est d'environ 1500 grammes sur le cadavre.

Chez le vivant, le foie 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.



Vue postéro-supérieure

Face diaphragmatique du foie, partie supérieure.

On distingue en particulier les lobes gauche et droit ainsi que les ligaments. [12]

1.2.4. Configuration et rapports :

Dans son ensemble, le foie peut être comparé au segment supérieur d'un ovoïde dont 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 à droite. La surface du foie est lisse.

Il présente trois faces et deux bords.

◆ **La face diaphragmatique** 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 antéro-postérieur 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

Position du foie par rapport aux viscères abdominaux

sur le bord antérieur de la glande une échancrure à laquelle aboutit l'extrémité antérieure du ligament falciforme.

- 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 antéro-postérieur 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 antéro-postérieur 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 postéro-inférieur, 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)

◆ **Bords** :

- Le bord antérieur ou inférieur 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 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 oesophagienne pour devenir ensuite tranchant jusqu'à l'extrémité gauche du foie. Le bord postéro-supérieur 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.

1.2.5. 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.

1.2.6. Vaisseaux et nerfs :

1.2.6.1. 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.

1.2.6.1.1. La veine porte : 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 carré 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 carré et de SPIEGEL.

1.2.6.1.2.. L'artère hépatique : branche du tronc cœliaque, elle se divise en branche gauche et droite (plus volumineuse).

1.2.6.1.3. Les 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.

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

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

1.2.7. 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, para-medians et latéraux, qui composent les lobes droit et gauche. 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.

1.3. Physiopathologie : [2]

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.

1.4. Anatomie pathologique : [2]

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 sinusoidale. Le refoulement ou l'effraction des canaux biliaires et la compression des canalicules par extension du processus inflammatoire à l'atmosphère cellulaire 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

1.5. Diagnostic :

1.5.1. Etude clinique :

1.5.1.1. Forme aiguë typique [1, 2, 5]

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.

• **La douleur :** 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.

- **La fièvre :** 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).

- **L'hépatomégalie :** 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 unidigitale 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.

- **Les 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.

1.5.2. Les examens complémentaires :

1.5.2.1. 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.

1.5.2.2. Examens parasitologiques :

1.5.2.2.1. 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.

1.5.2.2.2.. Analyse des selles : a peu d'intérêt : négatif il n'élimine pas le diagnostic; positif, il ne l'affirme pas davantage, qu'il montre des formes histolytica, des formes minuta ou des kystes.

1.5.2.2.3. La rectosigmoïdoscopie : faite avant tout traitement, elle est le plus souvent normale. Dans 3,6% des cas on pourra déceler des ulcérations et par écouvillonnage des amibes.

1.5.2.2.4. La 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.

1.5.2.3. Les examens biologiques courants : 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.

1.6. L'évolution :

1.6.1. L'évolution 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 12^{ième} 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 intégrum.

En l'absence de ré infestation, les récurrences en site sont rares, quelquefois itératives.

1.6.2. Les 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.

1.7. Les formes cliniques :

1.7.1. Les 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.

1.7.2. Les 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.

1.7.3. Les 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.

1.7.4. Les 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.

1.8. 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.

1.9. Traitement :

1.9.1. But :

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

1.9.2. Moyens de traitement :

1.9.2.1. Traitement médical : c'est le traitement étiologique de la maladie. Il utilise les 5-nitro-imidazolés dont le chef de file est le Métronidazole.

Le Métronidazole se présente en comprimés de 250 et 500mg, en flacon de 500mg/100ml pour solution injectable et en suspension buvable à 4% (125mg/CC).

La posologie est de 30 à 50mg/kg.p/j chez l'adulte, de 30 à 40mg/kg.p/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

1.9.2.2. La ponction écho guidée : 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).

1.9.2.3. Le drainage transpariétal percutané : 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.

1.9.2.4. Le drainage chirurgical : 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.

1.9.2.5. La coelio-chirurgie : elle est indiquée dans le traitement des formes compliquées de rupture ou de fistule mais reste de pratique peu courante dans les pays en voie de développement.

1.9.2.6. La chirurgie classique : elle est en recul à cause des techniques nouvelles de diagnostic et de traitement. Ses seules indications sont les complications.

1.9.3. Les indications thérapeutiques : [2, 13]

1.9.3.1. Traitement médical exclusif : abcès non compliqués et/ou de diamètre inférieur à 10cm.

1.9.3.2. La 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.

1.9.3.3. Le traitement chirurgical : il est réservé aux complications.

1.10. La prophylaxie : de nos jours elle repose sur les mesures d'hygiène et l'éducation pour la santé, destinées à éviter la contamination féco-orale. On ne dispose pas d'une chimioprophylaxie 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 [2].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE :

Le centre hospitalier universitaire du point G est un centre de troisième niveau de référence. Il est situé à 10 Km du centre ville, sur la colline du point G. Présentement l'hôpital compte 18 services dont deux services de chirurgie abdominale.

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie «A » du centre hospitalier universitaire du point G. Les activités du service sont dominées par la chirurgie digestive, thoracique et endoscopique.

Le service comprend deux pavillons (PTFT et chirurgie II). Les entités comprennent 40 lits d'hospitalisation dont 18 de troisième catégorie, 16 de deuxième catégorie et 6 de première catégorie.

2. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude longitudinale. Elle a porté sur les 21 cas d'abcès amibien du foie.

3. PERIODE D'ETUDE :

Cette étude s'est déroulée sur une période de 43 mois de janvier 2003 à juillet 2006

4. ECHANTILLONNAGE :

4.1. Critères d'inclusion :

Tout patient admis pour abcès du foie dont l'origine amibienne a été confirmée par :

- ❖ La sérologie amibienne
- ❖ et/ou la ponction écho-guidée ou le drainage chirurgical ramenant un pus chocolat, inodore dont la culture est stérile ou contient des amibes
- ❖ et/ou le traitement anti-amibien

4.2. Critères de non inclusion :

Tout abcès du foie non amibien

Tout dossier incomplet

5. METHODE :

5.1. Elaboration de la fiche d'enquête : cette phase a duré 3 mois. La fiche d'enquête est constituée de données sur l'état civil, la clinique, la paraclinique, le traitement, l'évolution de la maladie, le suivi et les frais de prise en charge

4.2. Activité :

✚ La collecte des données a été faite à partir des dossiers (ou fiche d'observation) du malade, des registres de consultation d'hospitalisation, de compte-rendu opératoire et des enquêtes à domicile (pour les dossiers comportant une adresse complète du malade) Ces données ont ensuite été consignées sur notre fiche d'enquête

Nous avons examiné-nous même certains malades.

✚ À l'interrogatoire, nous avons recherché et caractérisé le motif de consultation et les signes fonctionnels et avons déterminé les facteurs de risque (alimentation, alcoolisme, environnement).

✚ À l'examen clinique, nous avons recherché et caractérisé une douleur de l'hypochondre droit, une hépatomégalie, une fièvre, les signes pulmonaires et péritonéaux. Une échographie abdominale et une sérologie amibienne ont été systématiquement demandées devant toute hépatomégalie douloureuse et fébrile pour confirmer ou infirmer le diagnostic. Un dépistage VIH a été systématiquement proposé et réalisé suivant le consentement du malade.

D'autres examens tels que la radiographie pulmonaire et la NFS – VS étaient fonction du contexte clinique.

- Notre approche thérapeutique a d'abord été médicale pour tous les abcès amibiens du foie quelles que soient leur localisation et leur taille, en absence des signes de complication (rupture ou pré rupture). En absence d'amélioration des signes cliniques (douleur abdominale, fièvre) au bout de 24 à 72 heures, le traitement médical seul était jugé inefficace et un drainage chirurgical y était combiné. Nos patients ont été suivis cliniquement par la courbe de

température, l'évolution de la douleur abdominale et de l'hépatomégalie, radiologiquement par l'échographie (une fois par semaine, à la sortie, à 1, 3 puis à 6 mois)

5. SUPPORT DES DONNEES : Words et Excel avec Windows XP Professional version 2003

Logiciel Word Spss 10.0

6. TEST DE PROBABILITE : nous avons utilisé le test de Chi2 avec un seuil de signification $p < 0,05$

RESULTATS

V. RESULTATS

1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES:

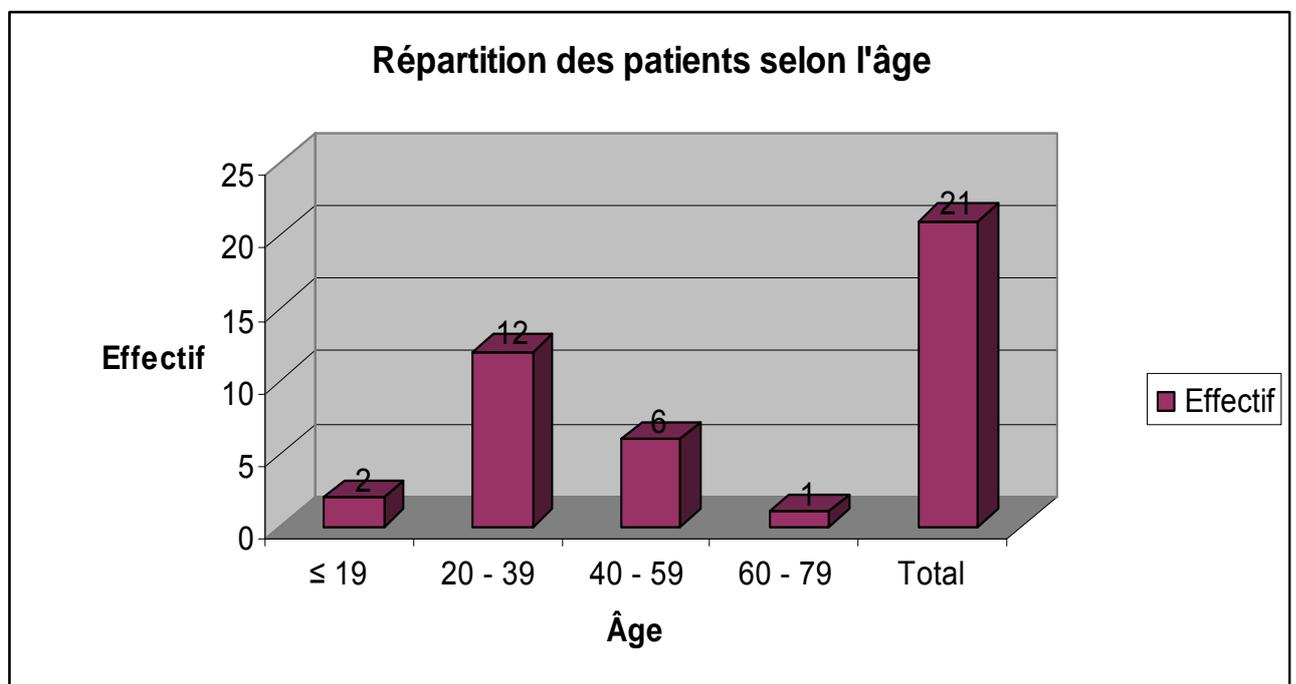
Tableau I: Répartition des malades selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Consultation ordinaire	13	61.9
Urgence	8	38.1
Total	21	100.0

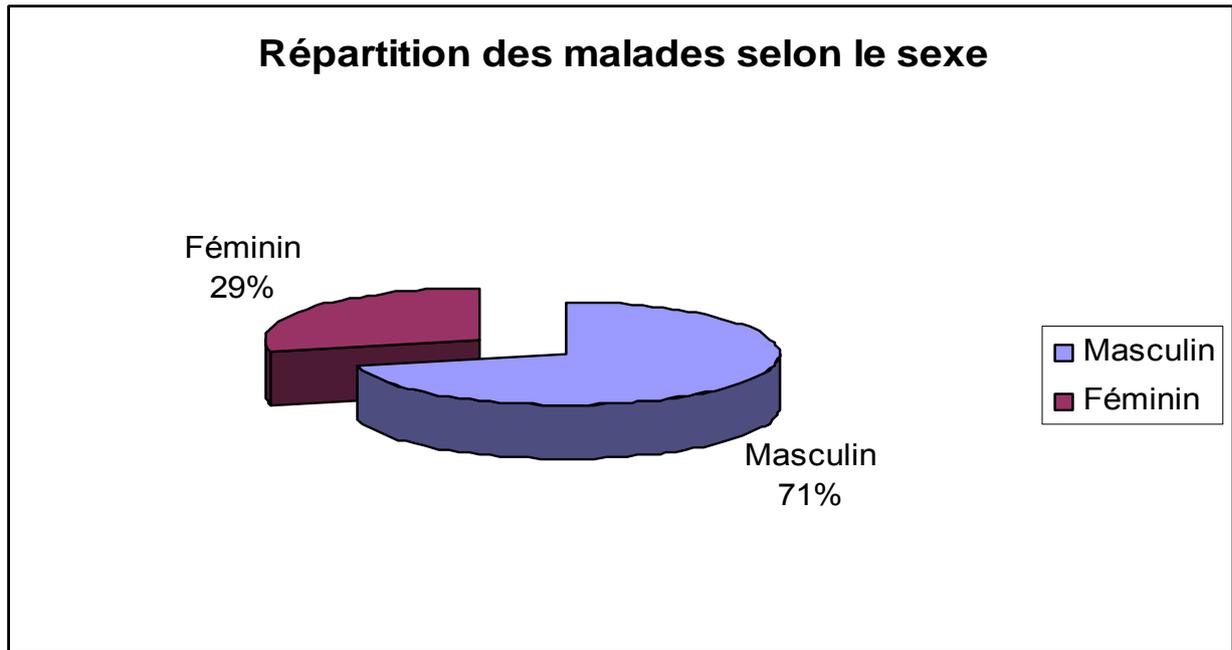
38.1% des malades étaient recrutés en urgence.

✓ Prévalence dans le service:

Pendant la période d'étude le service a enregistré 5316 consultations dont 21 cas d'abcès amibiens du foie, soit une fréquence hospitalière de 3.9‰.



L'âge moyen était de 36.19 ans avec un écart-type de 11.44 ans, les extrêmes de 18 et 66 ans.



La sex-ratio était de 2.5 en faveur des hommes

Tableau II : Répartition des malades selon la profession

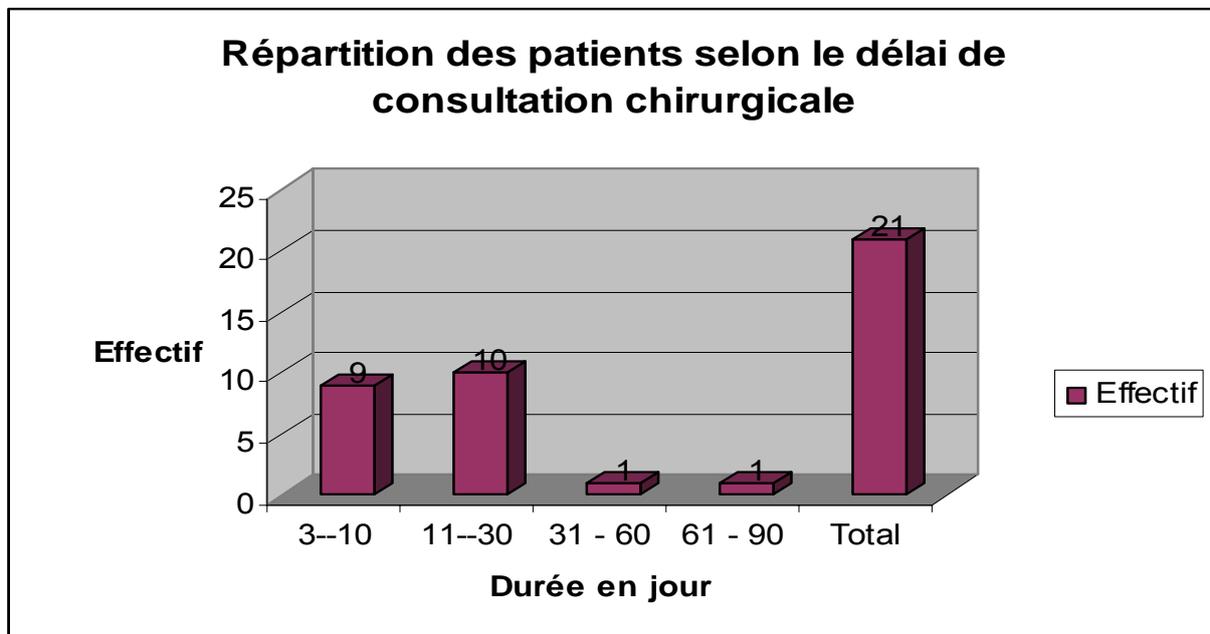
Profession	Effectif	Pourcentage
Cadre moyen	5	23.7
Étudiant	1	4.8
Commerçant	1	4.8
Cultivateur	2	9.5
Ménagère	3	14.2
Agent casino	1	4.8
Chauffeur	2	9.5
Maçon	1	4.8
Menuisier	1	4.8
Réparateur téléphone	1	4.8
Ouvrier	1	4.8
Sans-emplois	2	9.5
Total	21	100.0

Tableau III : Répartition des malades selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	10	47.5
Kayes	2	9.5
Sikasso	1	4.8
Ségou	3	14.3
Koulikoro	3	14.3
Gao	1	4.8
Non malien	1	4.8
Total	21	100.0

47.5% des malades provenaient de la ville de Bamako.

- ✓ **Nationalité** : Hormis les maliens nous avons enregistré un cas de nationalité guinéenne (4.8%)



Le délai moyen était de 19.29 jours avec un écart-type de 19.11 et des extrêmes de 3 et 90 jours.

2. ASPECTS CLINIQUES :

Tableau IV : Répartition des malades selon les antécédents médicaux, et facteurs de risque

Antécédents et facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Dysenterie	18	85.7
Tuberculose	1	4.8
Alcoolisme	4	19
Grossesse	3	14.3

La plupart de nos malades avaient un antécédent de dysenterie amibienne.

Tableau V : Répartition des malades selon le motif de la consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur de l'hypocondre droit	14	66.7
Douleur abdominale diffuse	2	9.5
Douleur abdominale + arrêt des matières et gaz	3	14.2
Masse abdominale	1	4.8
Douleur épigastrique	1	4.8
Total	21	100.0

La douleur de l'hypocondre droit était présente dans 66.7% des cas.

Tableau VI : Répartition des malades selon les signes fonctionnels

Signes	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	19	90.4
Nausées et vomissement	9	42.9
Diarrhée	1	4.8
Douleur thoracique	1	4.8
Dyspnée	5	23.8
Toux	4	19.0

La plupart des malades avaient manifesté une douleur abdominale.

Tableau VII : Répartition des malades selon les signes généraux

Signes	Effectif	Pourcentage
Fièvre	20	95.2
Anorexie	18	85.7
Pâleur conjonctivale	4	19.00
Ictère	2	9.5
Amaigrissement	5	23.8
Asthénie	15	71.2

La fièvre, l'anorexie, l'asthénie et l'amaigrissement étaient les principaux signes généraux observés.

Tableau VIII : Répartition des malades selon les signes physiques

Signes	Effectif	Pourcentage
Hyperthermie > 38°	19	90.4
Hépatomégalie	20	95.2
Hépatalgie provoquée à la palpation	19	90.4
Douleur à l'ébranlement	19	90.4
Contracture abdominale	3	14.3
Syndrome d'épanchement pleural	2	9.5

La forme typique caractérisée par la triade de Fontan était généralement objectivée

Tableau IX : Répartition en fonction du siège de la douleur

Siège	Effectif	Pourcentage
Hypochondre droit	17	81.0
Epigastre	2	9.5
Abdominale généralisée	2	9.5
Total	21	100

La douleur était localisée dans l'hypochondre droit dans la majorité des cas.

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

Type	Effectif	Pourcentage
Piqûre	11	52.43
Coup de poignard	9	42.9
Etirement	1	4.8
Total	21	100.0

La douleur à type de piqûre était la plus fréquente.

Tableau XI : Répartition des malades selon l'intensité de la douleur suivant l'EVA (échelle visuelle analogue)

Intensité	Effectif	Pourcentage
Très forte	12	57.1
Forte	8	38.1
Faible	1	4.8
Total	21	100.0

L'intensité de la douleur était très forte dans la majorité des cas.

Tableau XII : Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur

Irradiation	Effectif	Pourcentage
En bretelle	2	9.5
Dos	3	14.3
Epigastre	5	23.8
Fixe	6	28.6
Diffuse	5	23.8
Total	21	100.0

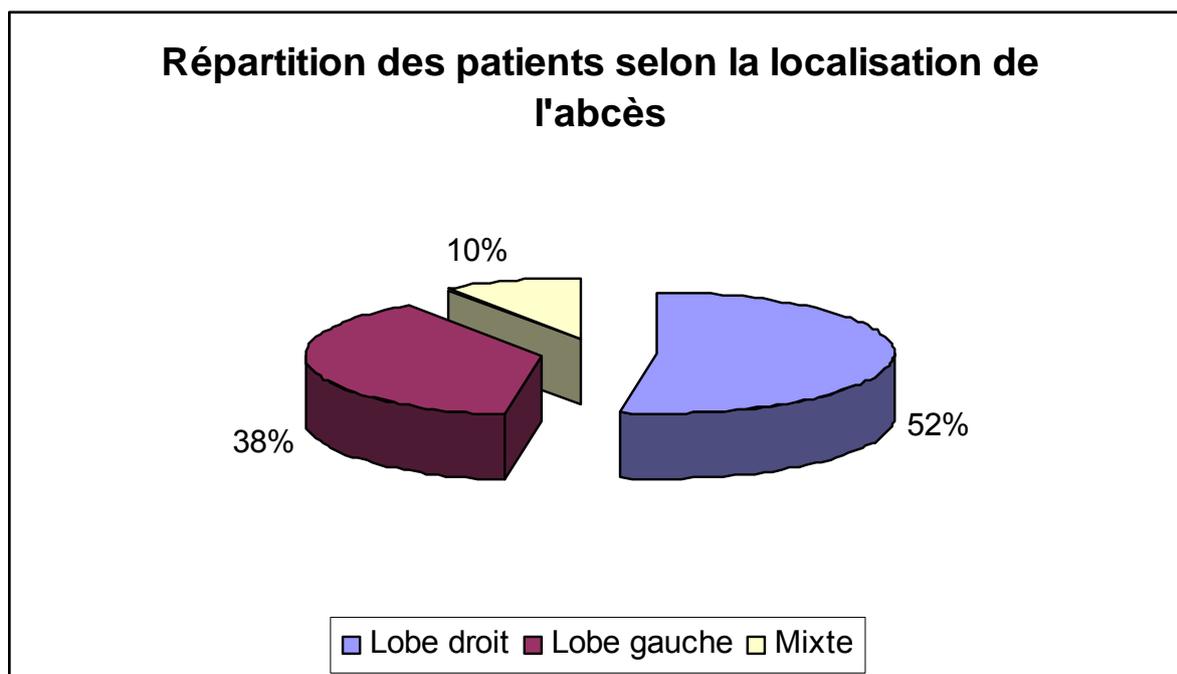
La douleur était fixe le plus souvent.

3. ASPECTS PARACLINIQUES :

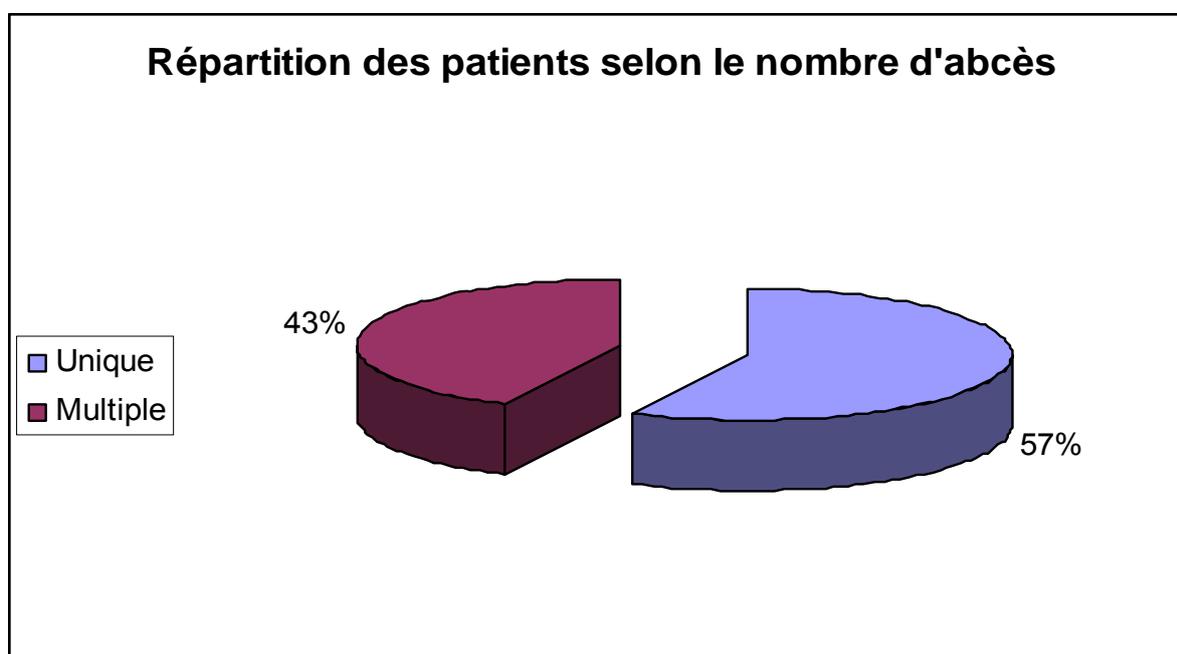
Tableau XIII : Répartition des malades selon l'aspect échographique.

Image d'abcès du foie	Effectif	Pourcentage
Abcès collecté	17	81
Abcès rompu	4	19
Total	21	100.0

L'abcès était collecté dans la majorité des cas.



Le lobe droit était la localisation la plus fréquente.



L'abcès était unique dans la majorité des cas soit 57.1%

Tableau XIV : Répartition des malades selon le résultat de la radiographie pulmonaire

Résultat	Effectif	Pourcentage
Ascension de la coupole diaphragmatique droite	1	4.8
Pleurésie droite	3	14.2
Non effectué	17	81
Total	21	100.0

La radiographie pulmonaire n'a pas été systématiquement demandée.

Tableau XV : Répartition des malades selon le résultat de l'hémogramme

Résultat	Effectif	Pourcentage
Anémie	2	9.5
Hyperleucocytose à Polynucléaires neutrophiles	9	42.9
Anémie + Hyperleucocytose à Polynucléaires neutrophiles	8	38.1
Non effectuée	2	9.5

La Vitesse de Sédimentation : Elle était accélérée dès la première heure chez tous les patients (au total 19 patients).

Tableau XVI : Répartition des malades selon le résultat de la sérologie amibienne

Résultat	Effectif	Pourcentage
Positif	14	66.7
Négatif	1	4.8
Non effectué	6	28.5
Total	21	100

La sérologie amibienne était positive pour les prélèvements réalisés en dehors d'un seul cas.

Tableau XVII : Répartition des malades selon le résultat de la sérologie HIV

Résultat	Effectif	Pourcentage
Positif	1	4.8
Négatif	10	47.6
Non effectué	10	47.6
Total	21	100

Rarement l'abcès amibien du foie était associé à un terrain immunodéprimé.

- ✓ **La culture du pus** : 19 malades avaient bénéficié de cette culture, elle était stérile chez tous les malades.

4. ASPECTS THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS:

Tableau XVIII: Répartition des malades selon les moyens thérapeutiques

Moyens	Effectif	Pourcentage
Médicaux exclusifs	5	23.7
Médicaux + ponction évacuatrice	1	4.8
Médicaux + drainage par laparotomie	13	62.0
Médicaux + drainage sous coelio	2	9.5
Total	21	100.0

La chirurgie a été effectuée chez 71.5% de nos malades.

Tableau XIX : Répartition des malades selon les médicaments utilisés

Médicaments	Effectif	Pourcentage
Métronidazole	10	47.6
Tinidazole	3	14.3
Métronidazole + Ciprofloxacine	7	33.3
Métronidazole + Amoxicilline	1	4.8
Total	21	100.0

- ✓ **Durée du traitement :** Elle était supérieure à une semaine chez tous nos patients allant parfois jusqu'à 3 semaines

- ✓ **Nombre de ponction écho guidée :** Elle était unique chez les 4 malades (19%) ayant bénéficié. Cette ponction était thérapeutique une seule fois.

Tableau XX : Répartition des malades selon les caractéristiques du pus

Caractéristiques		Effectif	Pourcentage
Couleur	Chocolat	17/19	89.5
	brunâtre	2/19	10.5
Odeur	Inodore	18/19	94.7
	Nauséabond	1/19	5.3

Le pus était nauséabond dans un cas.

Tableau XXI : Répartition des malades selon la quantité de pus aspiré

Quantité en ml	Effectif	Pourcentage
200-500	2/19	10.5
501-999	3/19	15.8
≥1000	2/19	10.5
Indéterminée	12/19	63.2

Tableau XXII : Répartition selon l'évolution les 72 premières heures chez les patients non opérés.

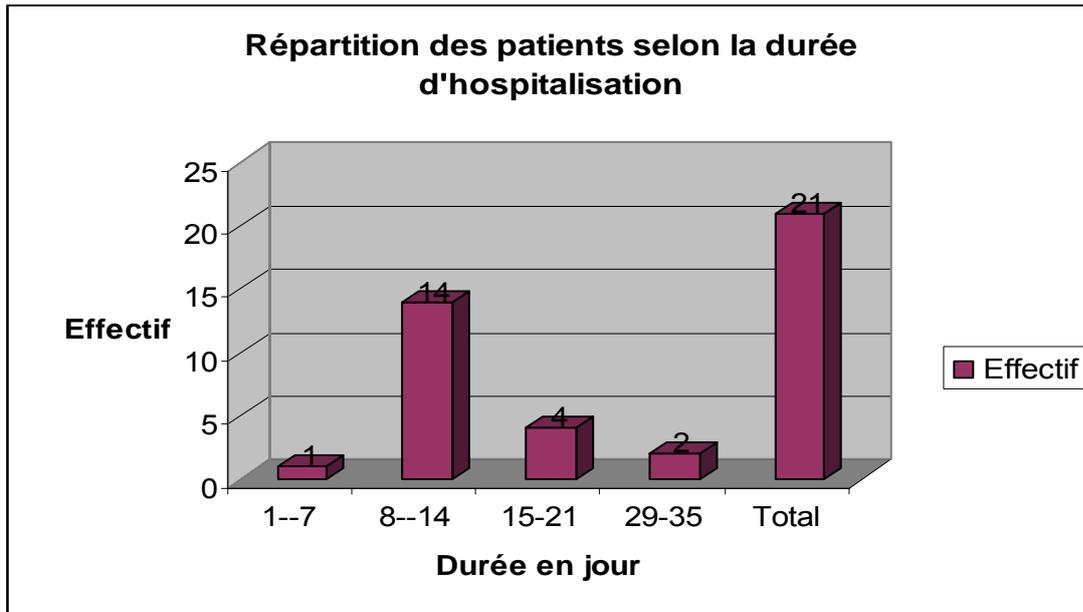
Evolution	Traitement médical	Ponction échoguidée
Favorable	3/5	1
Persistance de la douleur	2/5	0
Total	5	1

L'évolution était favorable chez la plupart de nos patients.

Tableau : Répartition des malades selon les suites post-opératoires à une semaine

Suites	Coeliochirurgie	Laparotomie
Simple	2/2	10/13
Suppuration pariétale	0	3/13
Total	2	13

Les suites étaient simples chez 12 malades sur 15.



La durée moyenne d'hospitalisation était de 12.76 jours avec un écart-type de 4.979 et des extrêmes de 7 et 26 jours.

Tableau XXIII : Répartition des malades selon les suites à un mois

Suites	Malades non opérés	Coeliochirurgie	Laparotomie
Simple	6/6	2/2	12/13
Occlusion sur brides	0	0	1/13
Total	6	2	13

Les suites étaient simples dans la majorité des cas

Tableau XXIV : Répartition des malades selon l'évolution échographique de l'abcès à un mois

Résultats	Effectif	Pourcentage
Résorption de l'abcès	15	71.5
Abcès résiduel	4	19
Non effectuée	2	9.5
Total	21	100

Tableau XXV : Répartition des malades selon les suites à 3 mois

Suites	Coelochirurgie	Laparotomie	Malades non opérés
Simple	2/2	9/13	3/6
Hépatalgie	0	1/13	0
Perdus de vue	0	3/13	3/6
Total	2	13	6

Un malade a consulté pour hépatalgie.

Tableau XXVI : Répartition des malades selon l'évolution échographique à 3 mois

Résultats	Effectif	Pourcentage
Image d'abcès du foie	1/15	6.6
Résorption de l'abcès	7/15	46.7
Non effectuée	7/15	46.7

Un seul cas de récurrence a été observé

Tableau XXVII : Répartition des malades selon les suites à 6 mois

Suites	Malades non opérés	Coelochirurgie	Laparotomie
Simple	2	1/2	5/13
Perdus de vue	4/6	1/2	8/13
Total	6	2	13

6. COÛT DE LA PRISE EN CHARGE

Tableau XXVIII : Le coût de la prise en charge

Coût du bilan para clinique	24400 FCFA
Coût de l'intervention	85000 FCFA
Frais d'hospitalisation	11000 FCFA
Coût du post-op	6900 FCFA

Le coût moyen de la prise en charge était de 116300 FCFA.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS**

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1. METHOLOGIE :

Notre étude longitudinale s'est déroulée sur une période de 43 mois de janvier 2003 à juillet 2006. Elle a porté sur les 21 cas d'abcès amibien du foie dans le service de chirurgie « A » du C.H.U du point G.

1.1. Difficultés :

- ✓ La recherche et la collecte des données à partir des supports (registres de consultation, d'hospitalisation, de compte-rendu opératoire et de dossiers des malades) ont connu des difficultés. Les renseignements ainsi recueillis à partir de ces sources, ont été jugés souvent insuffisants.
- ✓ À cause de leur non disponibilité dans le laboratoire d'analyse de l'hôpital, certains examens complémentaires notamment la sérologie amibienne, pourtant précieuse n'a pas pu être effectuée par tous nos patients.
- ✓ Le niveau socio-économique bas de bon nombre de nos patients a entravé la réalisation de certains de nos examens complémentaires répétitifs notamment l'échographie abdominale et certains examens biologiques indispensables au suivi de nos patients. Néanmoins grâce aux efforts des uns et des autres (service social de l'hôpital, service de radiologie, parents et amis des malades), nos patients ont pu bénéficier de ces examens à temps opportun.

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :

1. Fréquence :

Les abcès amibiens du foie restent d'actualité en pratique chirurgicale au Mali en témoignent nos 3.9‰ et les 1.3% de Koné T [8]

2. Age :

Tableau I : L'âge moyen selon les auteurs

AUTEURS	Age moyen (Année)	Etendue des âges
Sacko[7] Mali 2003	38	15 – 62
Bonkougou[14] 2000 Burkina Faso	7	2 – 12
Gentilini [15] 1978 Mali	36	11 – 62
Oudou [16] 1999 Cameroun	38	20 – 65
Ibara [17] 2000 Congo	37	15 – 70
NOTRE ETUDE 2006	36	18 – 66

L'abcès amibien du foie peut se rencontrer à tout âge [1, 2, 5]

Il a été observé chez un nouveau né de 20 jours un abcès du lobe droit [18] et l'âge peut varier de 20 jours à 70 ans selon les auteurs [5, 7, 14, 15, 16, 17, 18 et notre étude].

Dans notre étude l'âge moyen de 36 ans est identique à celui de GENTILINI [15] mais inférieur à ceux trouvés par SACKO, OUDOU et IBARA [7, 16, 17]. La tranche d'âge de 20 à 39 ans a été la plus touchée avec 57.1%.

3. Sexe :

Tableau II : Le sexe selon les auteurs

AUTEURS	NOMBRE	MASCULIN	FEMININ	RATIO M /F
KODJOH N [19] Bénin 1991	42	29(69%)	13(31%)	2.2/1
DJOSSOU [20] France 2003	20	16(80%)	4(20%)	4/1
OUDOU [16] Cameroun 1999	77	58(75.3%)	19(24.7%)	3/1
NOTRE ETUDE Mali 2006	21	15(71.4%)	6(28.6%)	2.5/1

Nous avons retrouvé la même prédominance masculine que la plupart des auteurs.

4. Niveau socio-économique :

Dans la littérature [2] l'abcès amibien du foie est fréquent chez les personnes à moyen ou à bas niveau socio-économique.

Si nous considérons les professions à revenu modeste notamment les cultivateurs, ménagères, chauffeurs, menuisiers, étudiants, maçons et les sans-emplois alors la majorité de nos patients seraient d'une situation socio-économique précaire.

ASPECTS CLINIQUES :

1. Délai de consultation :

Tableau III: Le délai moyen de consultation selon les auteurs

AUTEURS	NOMBRE	DÉLAI MOYEN
DJOSSOU[20] France 2003	20	6.2jours
WIWANITKIT[21]Thaïlande 2002	62	7.3jours
KONÉ T [8] Mali 2004	53	16.9jours
NOTRE ÉTUDE Mali 2006	21	19.2jours

Notre délai de consultation de 19 jours en moyenne est supérieur à ceux des auteurs européens[20] et asiatiques [21]. En effet, en Afrique de façon générale et dans notre pays en particulier le recours en première intention à la tradithérapie et à l'automédication est à l'origine du long délai entre le début présumé des signes cliniques et l'hospitalisation. Comme au Bénin [19], nous avons observé des délais pouvant atteindre 90 jours.

2. Signes fonctionnels

Tableau VI : Fréquence des symptômes présentés à l'admission en fonction des auteurs

AUTEURS	OUDOU [16] Cameroun 1999	KODJOH N [19] Bénin 1991	LODHI [22] PAKISTAN 2004	SEETO [23] USA 1999	NOTRE ÉTUDE Mali 2006
NOMBRE	77	42	471	56	21
Hépatalgie	77(100%)	42(100%)	410(87%)	47(84%)	19(90.4%)
Fièvre	71(92.2%)	38(90%)	316(67%)	45(80%)	20(95.2%)
Nausées et / ou vomissements	-	-	-	27(48%)	9(42.9%)
Anorexie	-	9(21%)	-	36(64%)	18(85.7%)
Perte de poids	30(39%)	7(16.7%)	-	16(29%)	5(23.8%)
Diarrhées	0%	6(14%)	16(30%)	23(41%)	1(4.8%)
Ictère	20(26%)	5(11.9%)	15(32%)	2(4%)	2(9.5%)
Toux/dyspnée	8(10.4%)	12(29%)	66(14%)	23(41%)	5(23.8%)

La forme classique de l'abcès amibien du foie regroupe une hépatomégalie douloureuse et fébrile (Triade de FONTAN) ; la douleur (hépatalgie) en est le symptôme le plus constant.

Rapportée dans 90.4% dans notre étude ce résultat se rapproche de ceux de LODHI [22] et SEETO [23] avec respectivement 87% et 84% ($p>0.05$); cette douleur spontanée ou provoquée siégeant dans l'hypochondre ou l'hémithorax droit dans 60 à 99% des cas, est de type et d'intensité variables [1, 2, 5].

La fièvre a été également constante dans notre série (95.2%) ce résultat est comparable à ceux de OUDOU[16] ; KODJOHN [19] et SEETO [23] avec respectivement 92.2% ; 90% et 80% ($p>0.05$) par contre LODHI [22] a trouvé 67% ($p=0.0066$). L'anorexie a été fréquente dans notre série et celle de SEETO [23], les autres signes associés sont inconstants.

3. Signes physiques :

Tableau V: Fréquence des signes physiques selon les auteurs

AUTEURS	OUDOU [16] Cameroun 1999	KODJOH N [19] Bénin 1991	LODHI [22] PAKISTAN 2004	SEETO [23] USA 1999	NOTRE ÉTUDE Mali 2006
NOMBRE	77	42	471	56	21
Hépatomégalie	45.4%	95%	74%	25%	95.2
Douleur à l'ébranlement de l'HCD	100%	36%	84%	80%	90.4%
Hyperthermie (T°>38°C)	92.2%	90%	67%	84%	90.4%
Contracture abdominale	1.3%	0%	0%	0%	14.3%
Signes pulmonaires	10.4%	19%	14%	30%	9.5%

La mise en évidence d'une hépatomégalie est typique mais inconstante.

Rapportée dans 95.2% dans notre série et celle de KODJOHN [19] .

OUDOU [16], SEETO [23], LODHI [22] avaient trouvé respectivement 45.4%, 25% et 74% ($p<0.05$) son caractère essentiel est la douleur provoquée à

l'ébranlement observée dans 80 à 100% des cas [16, 22, 23 et notre étude]. Une hyperthermie >38°C a été constante (84 à 92.2%) chez les mêmes auteurs et également dans notre étude. Les autres signes physiques notamment un syndrome d'épanchement pleural, un syndrome péritonéal ont un aspect péjoratif et demeurent cependant inconstants (1.3 à 30%) dans les différentes études ci-dessus.

ASPECTS PARACLINIQUES :

1. Échographie :

Confrontée au contexte clinique, l'échographie par sa facilité de réalisation, son efficacité et son coût modéré, est l'examen de choix dans le diagnostic et le suivi de la maladie [2, 3, 31]. En première intention, elle a été effectuée chez tous nos patients dès l'admission ou en cours d'hospitalisation et sa sensibilité avait été de 100%. Elle avait précisé la topographie, le nombre et la taille des collections hépatiques.

1.1. Localisation des abcès :

Tableau VI : La localisation des abcès selon les auteurs

AUTEURS	NOMBRE	LOBE DROIT	LOBE GAUCHE	MIXTE
SHAMSUZZAMANN [30] Bengladesh 2000	31	90.3%	6.4%	3.2%
WEINKE [24] Allemagne 2002	62	81%	8%	11%
LODHI [22] PAKISTAN 2004	471	73%	17%	10%
NOTRE ETUDE Mali 2006	21	52.4%	38.1%	9.5%

Dans notre étude le lobe droit était concerné dans 52.4%. SHAMSHUZZAMANN [30], WEINKE [24] et LODHI [22] avaient trouvé respectivement : 90.3%, 81% et 73% ($p=0.001$; $p=0.011$; $p=0.0388$).

1.2. Localisation :

Tableau VII : Le nombre des abcès selon les auteurs

AUTEURS	NOMBRE	UNIQUE	MULTIPLE
OUDOU [16] Cameroun 1999	77	68.8%	31.2%
SHAMSUZZAMANN [30] Bengladesh 2000	31	93.6%	6.4%
WEINKE [24] Allemagne 2002	62	77%	23%
LODHI [22] PAKISTAN 2004	471	65%	35%
NOTRE ETUDE Mali 2006	21	57.1%	42.9%

Le nombre d'abcès peut être variable dans le foie [2, 3].

L'abcès unique a été le plus fréquent avec 57.1% ce résultat est comparable à ceux de OUDOU [16], WEINKE [24] et LODHI [22] qui avaient trouvé respectivement 68,8% ; 77% et 65% ($p>0.05$) par contre SHAMSUZZAMANN [30] avait trouvé 77% ($p=0.0049$). La part remarquable qu'a occupé la localisation multiple (42.9%) dans notre série mérite d'être soulignée.

2. La sérologie amibienne :

La détection d'anticorps sériques confirme l'origine amibienne de l'abcès du foie. Cet examen non disponible dans notre établissement, n'avait pu être effectué par certains de nos patients (6 patients soit 28.6%). Dans un cas elle a été négative nous pensons qu'il s'agit d'un faux négatif puisque le patient a positivement répondu au traitement anti-amibien.

3. L'examen cyto bactériologique du pus :

Il permet de distinguer un abcès amibien d'un abcès bactérien [2, 3]. La culture du pus a été demandée à chaque fois qu'une ponction à visée diagnostique ou une ponction évacuatrice écho-guidée, un drainage chirurgical avaient été effectués. Chez les 19 patients ayant effectué cet examen aucun germe n'a été identifié. Ailleurs, des études ont également montré que la mise en évidence de l'amibe est inconstante [2, 3, 5]

2. La sérologie rétrovirale :

Elle a été systématiquement demandée pour tous les patients et cependant réalisée avec leur consentement. Effectuée chez 11 patients (52.4%) au total, elle a été positive dans 1 cas (4.8%).

ASPECTS THERAPEUTIQUES :

Les techniques d'imagerie modernes actuelles ont modifié significativement les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès amibiens du foie [2, 3]. Les modalités thérapeutiques citées dans la littérature sont : le traitement anti-amibien, la ponction évacuatrice écho-guidée, le drainage percutané et la chirurgie conventionnelle [2, 3, 5, 13]. En plus de la chirurgie conventionnelle, certains de nos patients ont bénéficié de la coelio-chirurgie. Actuellement le traitement par les 5 nitro-imidazolés combiné à une ponction évacuatrice écho-guidée compte beaucoup de partisans [2, 3]. Les approches thérapeutiques semblent cependant varier d'un auteur à un autre.

Moyens thérapeutiques :

1.1. Le traitement médical :

Tableau VIII : Fréquence du traitement médical selon les auteurs

AUTEURS	NOMBRE	TRAITEMENT MÉDICAL
DJOSSOU [20] France 2003	20	18(90%)
OUDOU [16] Cameroun 1999	77	14(18.2%)
McGARR [25] Afrique du sud 2003	178	151(79.9%)
WEINKE [24] Allemagne 2002	62	57(92%)
NOTRE ETUDE Mali 2006	21	5(23.7%)

Le traitement de l'abcès amibien du foie est étiologique et fait appel aux 5 nitroimidazolés [1, 2, 3]. Les moyens médicaux avaient été préconisés chez tous nos patients, il avait été exclusif chez 5 patients soit 23.7%, associé à une ponction évacuatrice écho-guidée (4.8%), et à la chirurgie (71.5%). Cette approche thérapeutique a été adoptée par certains auteurs [20, 24, 25]. D'autres auteurs [18, 52] pensent que le traitement médical n'est efficace que dans les abcès de petite taille (<5mm de diamètre). Le Métronidazole et le tinidazole ont été les imidazolés utilisés dans notre étude comme dans la plupart des études [20, 24, 28, 29].

Leur efficacité leur tolérance relativement bonne et leur coût expliquent ce choix préférentiel. Un traitement adjuvant (antalgiques et apport

hydroélectrolytique) a été justifié chez certains de nos patients. Ailleurs une bi antibiothérapie s'est avérée nécessaire chez certains de nos patients.

1.2. La ponction écho-guidée :

Tableau IX: Fréquence de la ponction écho-guidée selon les auteurs

AUTEURS	NOMBRE	PONCTION ÉCHO-GUIDÉE
McGARR [25] Afrique du sud 2003	62	3(5%)
WEINKE [24] Allemagne 2002	178	23(13%)
PHAM [27] Vietnam 1999	1512	1289(83.6%)
NOTRE ETUDE Mali 2006	21	1(4.8%)

La ponction évacuatrice écho-guidée est un moyen thérapeutique très répandu de nos jours [2, 13]. Certains auteurs [25, 30] considèrent la taille des abcès (abcès>10 cm de diamètre) et/ou leur localisation (abcès du lobe gauche) comme des indications de cette technique. Dans notre série, la ponction évacuatrice a été effectuée chez un seul patient la taille de l'abcès a constitué son indication.

Moyens chirurgicaux :

Tableau X: Fréquence des moyens chirurgicaux selon les auteurs

AUTEURS	DRAINAGE CHIRURGICAL	LAPAROTOMIE
McGARR [25] Afrique du sud 2003	-	4(2.1%)
WEINKE [24] Allemagne 2002	2(3%)	0%
DJOSSOU [20] France 2003	2(10%)	0%
OUDOU [16] Cameroun 1999	1(1.3%)	1(1.3%)
NOTRE ETUDE Mali 2006	2(9.5%)	13(62%)

Le domaine de la chirurgie dans le traitement des abcès amibiens du foie se trouve considérablement réduit de nos jours [2, 3]

Les moyens chirurgicaux sont actuellement le dernier recours dans le traitement des abcès amibiens du foie et sont réservés aux seules complications.

9.5% de nos patients ont bénéficié d'un drainage laparoscopique.

Dans notre étude la chirurgie a été effectuée chez 15 patients soit 71.5% ses indications ont été : la rupture (péritonéale dans 3 cas, pleurale dans un cas et la fistulisation à la peau dans un cas) et l'échec du traitement médical.

✓ **Durée d'hospitalisation :**

Les 12.76 jours de durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude sont comparables aux 13 et 15 jours trouvés respectivement par WEINKE [24], BRUNO G [15] ; mais sont de loin inférieurs aux 45 jours trouvés par Sacko.

ASPECTS ÉVOLUTIFS SOUS TRAITEMENTS :

Tableau XI : Fréquence de l'évolution selon les auteurs.

AUTEURS	NOMBRE	ÉVOLUTION FAVORABLE	TAUX DE DECÈS
DJOSSOU [20] France 2003	20	20(100%)	0%
OUDOU [16] Cameroun 1999	77	75(97.4%)	2(2.6%)
McGARR [25] Afrique du sud 2003	178	177(99.5%)	1(0.5%)
NOTRE ÉTUDE Mali 2006	21	21(100%)	0%)

Diagnostiqué et traité précocement, l'abcès amibien du foie évolue toujours favorablement [2]. Même si la plupart de nos patients étaient vus tardivement certains à des stades de complication, nous n'avons pas enregistré de décès tout comme chez DJOSSOU [20]. La guérison clinique précède la disparition des lésions anatomiques qui peuvent persister quelques mois, ceci ne doit pas inquiéter [2]. Cependant un cas de récurrence a été observé à 3 mois d'évolution dans notre série.

COÛT DE LA PRISE EN CHARGE :

Le coût de la prise en charge des abcès amibiens du foie a été à la charge des patients eux-mêmes et/ou de leur famille. Le coût moyen dans notre série a été évalué à 116300 FCFA nettement supérieur au SMIG malien qui est d'environ 28460 FCFA. Cette situation aurait certainement eu un impact négatif sur la qualité de la prise en charge car bon nombre de nos patients, du fait de leur revenu bas ont souvent été incapables d'effectuer les examens complémentaires

et même parfois de payer les médicaments. Nous avons cependant pu offrir à nos patients les soins adéquats avec l'aide des parents et amis des malades, du service social et du service de radiologie de l'hôpital.

**CONCLUSION
&
RECOMMANDATION
S**

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

CONCLUSION :

Pathologie d'actualité en pratique chirurgicale dans notre pays ; le diagnostic de l'abcès amibien du foie est clinique (hépatomégalie douloureuse et fébrile), radiologique (image d'abcès à l'échographie) et biologique (sérologie amibienne positive, hyperleucocytose à polynucléaires et culture de pus stérile).

Le traitement de base repose sur les 5 nitro-imidazolés mais dans notre série la chirurgie a été prédominante (71.5%) et a intéressé les ruptures et les échecs du traitement médical.

L'évolution a été le plus souvent favorable.

Le coût de la prise en charge élevé a eu un impact négatif sur la qualité des soins.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités :

1. La promotion de l'éducation sanitaire des populations en vue d'améliorer l'hygiène individuelle et collective.
2. L'assainissement de l'environnement notamment l'amélioration de l'évacuation des excréta, l'approvisionnement en eau potable et l'hygiène alimentaire.
3. La lutte contre la pauvreté.

Aux populations :

1. La consultation le plus tôt possible dans les structures sanitaires les plus proches devant toute douleur abdominale et/ou toute fièvre.

Aux agents de santé :

1. Le dépistage précoce et le traitement à leur début de tout cas d'infestation et/ou d'amibiase maladie.

2. La demande systématique d'une échographie abdominale devant toute douleur de l'hypochondre droit en général et toute hépatomégalie douloureuse en particulier.
3. La référence de tout cas d'abcès du foie suspecté ou confirmé à l'hôpital en vue d'une prise en charge efficiente.
4. L'information et la sensibilisation des patients et/ou leur entourage par rapport aux maladies liées aux conditions d'hygiène défectueuses.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. BIBLIOGRAPHIE

- 1. AUBRY P.** Amibiase. Ed. Technique : Encycl. Méd Chir. (Paris, France), Thérapeutique 1994; 25-062-A-10 : 10.
- 2. MOLINIER C et MENNECIER D.** Amibiase hépatique. Encycl. Méd Chir. (Elsevier Paris), Hépatologie. 1997 ; 7-027-A-10: 6
- 3. NUSSAUME O. et CHERBONNEL G.**L'amibiase hépatique. Encycl Méd Chir Paris Foie Fasc 1978 ; 7027A10: 9
- 4. O.M.S.** L'amibiase et la lutte anti-amibienne Bulletin organisation mondiale de la santé, 1985, 63, (5): 821-831.
- 5. GENTILINI M., CAUMES E., DANIS M. et al :** Amibiase. Méd tropicale. Paris Flammarion 1993: 141-154
- 6. ADAMA DIAMAN KEÏTA :**
Contribution à l'étude des abcès amibiens du foie à propos de 10 cas. Traitement court par le Tinidazole. Thèse Méd. 1989 ; n°13
- 7. LAMINE SACKO :**
Prise en charge des abcès du foie dans les services de chirurgie « A » et « B » de l'Hôpital du point G. Thèse Méd 2003
- 8. TANI KONÉ :**
Etude des abcès amibiens du foie dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Méd 2006 ; M5
- 9. CASTING D et SMAIL A.** Anatomie du foie et des voies biliaires. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Hépatologie, 7-001-A-10, 1999: 12.
- 10. G.J. TORTORA, S.R. GRABOWSKI :** Principes d'anatomie et de physiologie 2^{ème} Edition française, Anatomie foie: 840-846
- 11. ROUVIÈRE H.** Anatomie humaine.
Paris Masson. Anatomie du foie 1978: 452-458
- 12.**<http://www-sop.inria.fr/epidaure/FormerCollaborations/aisim/simulateur/annexeC.html> (10/03/98) Consulté le 27/02/07

- 13. HARRISON :** Principes de médecine interne 15^{ème} Edition, abcès amibien du foie: 1200-1202
- 14. BONKOUNGOU P, NACRO, A BAMOUNI.** L'abcès du foie de l'enfant en milieu hospitalier tropical. Etude de sept cas à l'hôpital de Bobo Dioulasso Burkina Faso : Méd et maladies infectieuses, Vol 30, Issue 12. 20000 :773- 775.
- 15. GENTILINI MARC, HAMAR A, ALY GUINDO, PHILLIPE R.** Contribution à l'étude de l'amibiase à Bamako
Thèse Méd, Bamako 1978, n° 135.
- 16. OUDOU NOYA, ELIE CLAUDE NDJITOYAP NDAM, VINCENT NNGOUÉ, CHARLOTTE NGONDE SENDE :** Abcès amibien du foie À Yaoundé. Cahier Santé 1999 ; 9 : 119-22
- 17. IBARA JR OLLANDZODOL C, ATIPOB I:** Aspects cliniques, morphologiques et étiologiques des abcès du foie – à propos de 38 cas Méd d'Afr Noire 2000; 47(2)
- 18. GOESSLING, CHUNGRT :**
Amebic liver abscess : a comparativr curr. Treat. Options gastroenterol, 2002, 5 (6) : 443 – 449
- 19. KODJOH N., HOUNTONDI A.** Les abcès amibiens du foie à propos de 42 observations colligées dans les services médicaux du CNHU de Cotonou Méd d'Afrique Noire :1991, 38 :185-189
- 20. F. DJOUSSOU, D. MALVY, M. TAMBOURA et al :**
Abcès amibien du foie, analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme thérapeutique. La Rev de Méd Int 2003 ;24 :97-106
- 21. WIWANITKIT V:**
A note of indirect hemagglutination(IHA) antibody titers among hospitalised patients in Thailand with amebic liver abscesses. Med Gen Med 2002; 4(3): 5
- 22. S LODHI, AR SARWARI, M MUZAMMIL, A SALAM and RA SMEGO:** Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: A

review of 577 adult cases Trop Med and Intern Health 2004; 9(6): 718-723

23. SEETO RK, ROKEY DC:

Amoebic liver abscess: epidemiology, clinical features and outcome.

West J Med 1999; 170:104-9

24. WEINKE T., GROBUSCH MP. et GÜTHOFT W:

Amoebic liver abscess- Rare need for percutaneous treatment modalities.

Eur J of Med research 2002; 7:25-9

25. PL McGARR, TE MADIBA, SR THOMSON, P CORR:

Amoebic liver abscess: Result of a conservative management policy.

S Afr Med J 2003; 93:132-6

26. BRUNO G, CARATOZZOLO E, MASSANI M et al:

Supra-infection of amoebic liver abscess consequent to acute appendicitis case report. Minerva chirurgica 2003; vol.58: 2

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

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

28. BANDAT V, KISLING S, LAMY O: Abcès hépatique: Prise en charge pratique. Praxis 2003 ;92 :1740-1743

29. BLESSMANN JOERG, Le VAN et EGBERT TANNICH: Ultrasons hépatiques dans une population avec une incidence élevée de l'amibiase invasive : Evidence pour des abcès amibiens sub-cliniques et individu-limités du foie. Méd Trop et Santé inter 2003 ; 8(3) : 231.

30. SHAMSUZZAMAN SM, RASHIDUL HAQUE, RUHUL SK, WILLIAM A PETRI and YOSHISHISA HASHIGUCHI:

Socio-economic status, clinical features, laboratory and parasitological findings hepatic amebiasis patients. A hospital based prospective study in Bangladesh South-East Asian J Trop Med Public Health 2000; 31(2)

31. SOUBEYRAND J., PASCAL L., GERARD M. Pathologie Africaine.

Méd. Inter et Echographie Paris Masson 1986: 7-28

ANNEXES

ABCES AMIBIEN DU FOIE

FICHE D'ENQUETE

I) IDENTITE ET DONNEES ADMINISTRATIVES

1. N° Fiche d'observation : / ___ / ___ / ___ /
2. N° Dossier médical: / ___ / ___ / ___ /
3. Nom et Prénom:.....
4. Age (en année):/ ___ /
5. Sexe:/ ___ / 1=Féminin 2=Masculin
6. Profession:/ ___ / 1=Cadre supérieur 2=Cadre moyen
3=Commerçant 4=Scolaire 5=Paysan
6=Ouvrier 7=Ménagère 8=Chauffeur
9=Maçon 10=Sans emplois
7. Région de provenance:/ ___ / 1=Bamako 2 =Kayes 3=Koulikoro
4=Sikasso 5=Ségou 6=Mopti 7=Gao
8=Tombouctou 9=Kidal
8. Contact à Bamako:.....
9. Nationalité:/ ___ / 1=Maliennne 2=Autres à préciser:.....
10. Date de consultation : le...../...../.....
11. Délai de consultation (en jour):/ ___ /
12. Date d'entrée : le...../...../.....
13. Date de sortie : le...../...../.....
14. Durée d'hospitalisation (en jour):/ ___ /
15. Mode de recrutement:/ ___ / 1=Externe 2=Urgence
3=Référence 4=Autres à préciser :.....

II) ANTECEDENTS :

_MEDICAUX :

16. Tares:/ ___ / 1=HTA 2=Diabète 3=Drépanocytose 4=Asthme
5=Tuberculose 6=UGD 7=Indéterminé
8=Autres :.....
17. Amibiase intestinale:/ ___ / 1=Oui 2=Non

III) CLINIQUE :

18. Motif de consultation:/ ___ / 1=Douleur de l'hypocondre droit
2=Douleur abdo diffuse 3=Masse abdominale
4=Fièvre 5=Douleur thoracique 6=Ictère
7=Perte de poids 8=Autres à préciser :.....

SIGNES GENERAUX :

19. Poids(en kilogramme):/ ___ /
20. Température (en degré Celsius):/ ___ /
21. Tension Artérielle (en millimètre de mercure) :
Systolique:/ ___ / ___ / ___ / Diastolique:/ ___ / ___ / ___ /
22. Pouls:/ ___ / ___ / ___ /

23. Conjonctives: /___/ 1=Colorées 2=Pales 3=Ictériques 4=Indéterminé
5=Autres à préciser :.....
24. Anorexie: /___/ 1=Oui 2=Non
25. Nausées: /___/ 1=Oui 2=Non
26. Vomissements: /___/ 1=Alimentaires 2=Bilieus 3=Sanglants
4=Absents 5=Autres à préciser :.....

SIGNES FONCTIONNELS :

DIGESTIFS :

27. Douleur abdominale: /___/ 1=Présente 2=Absente
- 27a. Siège: /___/ 1=Hypochondre droit 2=Epigastre 3=basithoracique droite
4=Abdominale généralisée 5=Autres à préciser :.....
- 27b. Type : /___/ 1=Piqûre 2=Pesanteur 3=Coup de poignard
5=Autres à préciser :.....
- 27c. Mode de début: /___/ 1=Brutal 2=Progressif 3=Insidieux
4=Autres à préciser :.....
- 27d. Irradiations : /___/ 1=Fixe 2=En bretelle 3=Au dos
4=Epigastre 5=Autres à préciser :.....
- 27e. Intensité: /___/ 1=Faible 2=Modérée 3=Forte
4=Très forte 5=Indéterminée
- 27f. horaire: /___/ 1=Permanent 2=Indéterminé
3=Rythmique
28. Diarrhées: /___/ 1=glaireuses 2=Glairo-sanglantes
4=Absentes
29. Ténésmes: /___/ 1=Oui 2=Non
30. Ballonnement abdominal: /___/ 1=Oui 2=Non

SIGNES RESPIRATOIRES :

31. Toux: /___/ 1=Oui 2=Non
32. Expectoration : /___/ 1=Oui 2=Non
33. Dyspnée: /___/ 1=Oui 2=Non
34. Douleur thoracique: /___/ 1=Oui 2=Non

SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT :

35. Arthralgie: /___/ 1=Oui 2=Non
36. Prurit : /___/ 1=Oui 2=Non
37. Hoquet: /___/ 1=Oui 2=Non

FACTEURS DE RISQUE :

38. Pauvreté: /___/ 1=Oui 2=Non
39. Alcoolisme: /___/ 1=Oui 2=Non
40. Tabac: /___/ 1=Oui 2=Non
41. Grossesse: /___/ 1=Oui 2=Non

SIGNES PHYSIQUES

42. Etat de l'abdomen: /___/ 1=Plat 2=Voussure 3=Distension
4=Autres à préciser :.....
43. Hépatomégalie: /___/ 1=Douloureuse 2=Douleur à l'ébranlement
3=Régulière 4=Irrégulière
5=Bord inf tranchant 6=Bord inf mousse
7=Autres à préciser :.....
44. Contracture abdominale: /___/ 1=Présente 2=Absente
45. Défense abdominale: /___/ 1=Localisée 2=généralisée
3=Absente
46. Splénomégalie (classification O.M.S): /___/ 1=Stade I 2=Stade II
3=Stade III 4=Stade IV 5=Stade V
47. Masse abdominale: /___/ 1=Oui 2=Non
Si oui préciser siège et aspect :.....
48. Aires pulmonaires: /___/ 1=MV bien perçus 2=MV diminués
3=Crépitants 4=Ronchi 5=Frottements pleuraux
6=Abolition des VV
- Matité thoracique déclive: /___/ 1=Oui 2=Non
Si oui préciser le siège
49. TR: /___/ 1=Normal 2=Douglas douloureux 3=douglas bombé
4=Autres à préciser :.....
50. TV: /___/ 1=Normal 2=Anomalie à préciser :.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

_IMAGERIE MEDICALE :

_Echographie abdominale :

51. Image d'abcès du foie: /___/ 1=Oui 2=Non
52. Siège sur le lobe: /___/ 1=Lobe droit 2=Lobe gauche
53. Siège sur le (s) segment (s): /___/ 1=Segment I 2=Segment II
3=Segment III 4=Segment IV 5=Segment V 6=Segment VI
7=Segment VII 8=Segment VIII
54. Nombre d'abcès: /___/ 1=Unique lobe droit 2=Unique lobe gauche
3=Multiples lobe droit 4=Multiples lobe gauche 5=Mixte
55. Dimension (diamètre en millimètre): /___/ 1=<20 2=[20 - 50[
3 = [50 - 100[4= [100 - 120[5= [120 - 170[6=>170

_Radiographie du thorax :

56. Résultats : /___/ 1=Ascension de l'hemicoupe diaphragmatique droite
2=Image d'épanchement pleural 3=Autres à préciser :.....

_TDM abdominale :

57. Image d'abcès du foie: /___/ 1=Oui 2=Non

BIOLOGIE

58. NFS: /___/ 1=Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles
2=Anémie 3=Autres à préciser :.....

59. VS: /___/ 1=Accélérée 2=Normale
60. Glycémie (en mmol/l) : /___/ 1=<4.1 2= [4.1 – 6.1 [3=>6.1
61. Sérologie amibienne: /___/ 1=Positive 2=Négative 3=Non effectuée
62. Sérologie HIV: /___/ 1=Positive 2=Négative 3=Non effectuée
63. Transaminases (TGP) en unité internationale: /___/
63a. TGP homme : 1=<31 2=>31
63b. TGP femme : 1=<40 2=>40
64. Transaminases (TGO) en unité internationale: /___/
64a. TGO homme : 1=<37 2=>37
64b. TGO femme : 1=<31 2=>31
65. Bilirubine directe (en µmol/l): /___/ 1=< 2=>
66. Bilirubine indirecte (en µmol/l): /___/ 1=< 2=>
67. Examen cyto bactériologique du pus: /___/ 1=Stérile 2=Amibes
3=Bactéries 4=Autres à préciser :.....

TRAITEMENT :

MOYENS MEDICAMENTEUX :

68. Médicaments utilisés: /___/ 1=Metronidazole 2=Tinidazole
3=Metronidazole+Ciprofloxacine 4=Metronidazole+Amoxicilline
69. Posologie (en grammes/jour): /___/ 1=<1g 2=1g 3=1.5g
4=2g
70. Voie d'administration: /___/ 1=Intraveineuse 2=Orale
71. Durée d'administration (en jour): /___/ 1=<7j 2>7j
72. Effets secondaires: /___/
1=Cutanés à préciser :.....
2=Digestifs à préciser :.....
3=Autres à préciser :.....

MOYENS MEDICO-CHIRURGICAUX :

Ponction échoguidée :

73. Nombre: /___/
74. Quantité de pus en cm³: /___/
75. Aspect du pus: /___/ 1=Chocolat 2=Autres à préciser :.....
76. Odeur du pus: /___/ 1=Inodore 2=Nauséabond

MOYENS CHIRURGICAUX :

77. Technique utilisée: /___/ 1=Drainage par laparotomie
2=Drainage laparoscopique 3=Conversion
4=Drainage transcutané
78. Indications de la chirurgie: /___/
1=Abcès avec signe de pré rupture
2=Péritonite par rupture d'abcès
3=Echec du traitement médical bien conduit
4=Localisation dangereuse pour la ponction échoguidée
79. Evolution immédiate: /___/ 1=Régression des symptômes

- 2=Persistance des symptômes
- 3=Aggravation des symptômes
- 4=Suppuration pariétale

_SUITES :

80. A un mois :

80.1. Revu: /___/ 1=Oui 2=Non

80.2. Suites simples: /___/ 1=Oui 2=Non

80.3. Suites compliquées: /___/ 1=Hépatalgie 2=Ictère
3=Occlusion intestinale 4=Autres à préciser :.....

80.4. Echographie de contrôle hépatique: /___/ 1=Abcès résiduel
2=Résorption de l'abcès 3=Autres à

préciser :.....

80.5. Décédé: /___/ 1=Oui 2=Non

81. A trois mois :

81.1. Revu: /___/ 1=Oui 2=Non

81.2. Suites simples: /___/ 1=Oui 2=Non

81.3. Suites compliquées: /___/ 1=Hépatalgie 2=Ictère
3=Occlusion intestinale 4=Autres à préciser :.....

81.4. Echographie de contrôle hépatique: /___/ 1=Abcès résiduel
2=Résorption de l'abcès 3=Autres à

préciser :.....

81.5. Décédé: /___/ 1=Oui 2=Non

82. A six mois :

82.1. Revu: /___/ 1=Oui 2=Non

82.2. Suites simples: /___/ 1=Oui 2=Non

82.3. Suites compliquées: /___/ 1=Hépatalgie 2=Ictère
3=Occlusion intestinale 4=Autres à préciser :.....

82.4. Echographie de contrôle hépatique: /___/ 1=Abcès résiduel
2=Résorption de l'abcès 3=Autres à

préciser :.....

82.5. Décédé: /___/ 1=Oui 2=Non

_EVALUATION DU COUT DE LA PRISE EN CHARGE :

83. Coût du bilan paraclinique :.....

84. Coût de l'intervention :.....

85. Coût de l'hospitalisation :.....

86. Coût du post-opératoire :.....

FICHE SIGNALÉTIQUE :

NOM et PRENOM : SANOGO Moussa

Titre : Etude des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie « A » du C.H.U. du point G

PAYS : Mali

Année Universitaire : 2006 /2007

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Chirurgie

Résumé :

Le but du présent travail est de contribuer à l'étude des abcès amibiens du foie en pratique chirurgicale dans notre pays.

Il s'agit d'une étude longitudinale qui a pris en compte les malades reçus de janvier 2003 à juillet 2006 avec le diagnostic d'abcès amibien du foie.

21 patients ont été inclus avec un âge moyen de 36.19 ans et des extrêmes de 18 et 66 ans, un sexe-ratio de 2.5 en faveur des hommes.

Les couches socio-professionnelles défavorables étaient majoritaires, 38.1% des patients étaient reçus en urgence.

Les principaux signes cliniques étaient la fièvre (95.2%), l'hépatalgie (90.4%) et l'hépatomégalie (95.2%).

Les collections hépatiques objectivées à l'Echographie abdominale étaient localisées dans le lobe droit dans 52% et uniques dans 57.1%.

La sérologie amibienne effectuée dans 71.5% a été négative dans 4.8%.

A la Numération Formule Sanguine 81% de nos patients avaient une hyperleucocytose à polynucléaire nucléaire.

71.5% de nos patients avaient bénéficié d'un traitement chirurgical, le traitement médical exclusif n'a concerné que 23.7% des patients.

Nous n'avons pas enregistré de décès.

Etude des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie «A» du CHU point G

Mots clés : Foie, Abcès, Amibien, Chirurgie

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 parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la 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 !

