

Ministère de l'Education
Nationale

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

THESE

Abcès amibien du foie dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Présentée et soutenue publiquement le 23/04/2019 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par M. Ibrahima Samaké

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

Jury

Président : Pr Alhassane TRAORE

Membres : Dr Amadou TRAORE

Co-Directeur : Dr Issa AMADOU

Directeur : Pr Yacaria COULIBALY

DEDICACES

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut, tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance que j'ai envers vous qui, avez contribué à l'aboutissement de ce travail.

Aussi tout simplement dédie ce travail :

A ALLAH

Gloire à **ALLAH**, le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, de m'avoir donné la vie, la santé et l'opportunité de mener à terme ce travail.

Qu'**ALLAH** me pardonne et toutes mes imperfections et Qu'Il nous accorde sa grâce.

Que la paix et le salut de Dieu soient sur le **Prophète Mohamed**.

A ma Patrie, le Mali

Chère Patrie, tu m'as vu naître et grandir pour devenir ce que je suis aujourd'hui en me donnant une formation de base et universitaire de haut niveau. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire de te servir avec loyauté et dévouement.

A mon très cher Père, Bakary SAMAKE

A l'homme respectueux et dévoué qui m'a comblé de ses bienfaits et m'a inculqué les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Ton honnêteté, ton ardeur dans le travail et tes grandes qualités humaines font de toi un exemple à suivre.

En ce jour, ton fils espère être à la hauteur de tes espérances.

Que ce travail soit l'exaucement de tes vœux et le fruit de tes innombrables sacrifices consentis pour mes études et mon éducation et témoigne de l'amour, de l'affection et du profond respect que j'éprouve à ton égard. C'est ta réussite avant d'être la mienne. Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te protéger et t'accorder santé, bonheur et longue vie.

A ma très chère et adorable mère Fatoumata DIARRA

Je te dédie le fruit de ton amour, de ta tendresse et de ton abnégation.

A toi maman, l'être le plus cher, qui a su être à mon écoute, me reconforter, calquer mes humeurs. Tu n'as cessé de lutter pour m'éduquer, me rendre heureux.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, mon ultime respect, ma gratitude et ma reconnaissance.

En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi.

Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A mes très chers frères et sœurs

SAMAKE Oumar, SAMAKE Haguibou, SAMAKE Aminata, SAMAKE Djeneba, SAMAKE Djelikan, SAMAKE Assetou, SAMAKE Mariam, DEMBELE Seydou, DIARRA Adama, DIARRA Barima, DIARRA Massitan, DIARRA Lassina, DIARRA Mohamed...

Avec toute mon affection, je vous souhaite tout le bonheur du monde et beaucoup de réussite. Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé et grand succès.

A ma chère épouse DIARRA Minata

Ta présence, ton encouragement et ton soutien m'ont toujours donné beaucoup de courage et de volonté pour aller de l'avant. Que ce travail traduise toute mon affection et mes souhaits de santé, de bonheur et de réussite.

A mes grands-parents, maternels et paternels

Votre bénédiction, vos prières m'ont été toujours précieuses. Trouvez ici l'expression de ma tendresse, mon profond amour et ma reconnaissance.

Puisse ce travail être une prière pour votre âme.

A la famille SAMAKE et DIARRA

SAMAKE Moussa, SAMAKE Mamadou, SAMAKE Lamine, SAMAKE Sitan, SAMAKE Korotoum, SAMAKE Rokia, TANGARA Mouna, TANGARA Boubacar, DIARRA Issa, DIARRA Boukader, DEMBELE Rokia, COULIBALY Fatoumata, TRAORE Fatoumata, BOUARE Mariama, BOUARE Issa...

A tous les sentiments chers et éternels que j'ai pour vous. Merci d'avoir été pour moi une vraie famille. Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé, grand succès et renforce nos liens de fraternité.

A la famille DEMBELE et BOUARE

Merci beaucoup pour vos sacrifices, votre conseil et votre sympathie réconfortante. Toujours reconnaissant, je prie que Dieu le tout puissant resserre nos liens fraternels et nous maintienne unit afin de pérenniser le succès.

Je vous prie d'accepter l'expression de mon fraternel attachement.

A mes oncles et leurs épouses

A mes tantes et leurs époux

A tous mes cousins et cousines

Je me souviendrai toujours des bons moments qu'on a vécus, et qu'on vivra ensemble incha ALLAH. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon amour, mon profond attachement et mes souhaits de succès et de bonheur pour chacun de vous. Que Dieu vous protège.

REMERCIEMENTS

-A tous mes maîtres de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour la qualité de l'enseignement reçu.

Au Professeur KEITA Mamby, chef de service

Merci d'avoir éveillé en nous cet intérêt pour la chirurgie. Vous nous avez appris la nécessité de se remettre en question et de n'être jamais satisfait des résultats obtenus. Merci pour le savoir-faire que vous nous avez transmis.

Au Professeur COULIBALY Yacaria

Votre grandeur d'âme, votre jeunesse d'esprit et surtout votre dynamisme n'ont pas manqué de nous impressionner. Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement, vos conseils.

Puisse le seigneur vous combler de grâces.

A Docteur ISSA Amadou

Votre rigueur scientifique et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié de tous. Votre apport pour la réalisation de ce travail, fut plus que considérable.

Tout en espérant continuer à apprendre à vos côtés, veuillez recevoir cher maître toute ma reconnaissance et mon estime.

A Docteur COULIBALY Oumar

Vous avez toujours répondu à nos sollicitations quelles qu'elles soient. Nous avons été satisfaits par tous vos enseignements. Votre simplicité, votre dévouement au travail et surtout votre personnalité joviale sont tant de qualités qui font de vous un aîné exemplaire. Recevez ici, grand frère tout le respect que je voue à votre personne.

A tous les chirurgiens du service

Dr Kamaté B, Dr Doumbia A, Dao M, Dr Coulibaly Youssouf.

Pour les conseils, les enseignements et les beaux moments passés ensemble.

A tous mes aînés de la chirurgie pédiatrique

Dr Maiga M, Dr Camara Sadio, Dr Diarra Idrissa, Dr Coulibaly Moussa, Dr Bah Mahamadou A, Dr Koné Amadou, Dr Togola Baba, Dr Diarra Moussa, Dr Haidara A, Dr Sidibé Modibo.

De nous avoir montré le chemin, Vos conseils et vos encouragements nous ont beaucoup édifiés .Merci .

A mes collègues thésards de la chirurgie pédiatrique :

Dr Diarra Seybou, Sangaré Sidiki, Aremu Issouf, Tapily Aboubacar, Coulibaly Mariam, Traoré Kader, Koné Jean Marie, Keita Victor, Maiga Abdrahamane, Togo Yacouba, Dembélé Sékou, Sylla Salim, Dembélé M, Diallo M...

Merci pour votre franche collaboration et votre esprit d'équipe. Ce travail est le résultat de nos efforts conjugués.

A mes cadets de la chirurgie pédiatrique

Diarra Adama B, Traoré Fanta, Touré Sékou, Konaté B, Maiga B, Diarra Hélène, Djiré M, Keita Narinba, Diallo L, Niaré D, Diallo M O, Bah S...

Pour l'ambiance du travail et les entraides. Bon courage et bon vent.

A tout le personnel infirmier

Le major Abdrahamane, Diallo A, TTRAORE A, DIAKITE, Badjènè, Adam, Djélika, Soussaba...

Pour les moments partagés.

Aux secrétaires du service

Tanty Koronba, Mme Guissé et le stagiaire Djeneba.

Merci pour vos aides et bénédictions.

A mes amis

Bouare Seydou, Sanogo Oumar, Mamadou Bouare, Dembélé Alou, Bouare Amadou, Coulibaly Madou, Sangafé Moussa, ...

Recevez ici toute ma gratitude pour vos soutiens, vos encouragements et les bons moments partagés ensemble.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU
JURY

A notre Maître et Président du jury

Pr Alhassane TRAORE

- ▶ **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS.**
- ▶ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- ▶ **Spécialiste en chirurgie hépato-biliaire et pancréatique.**
- ▶ **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé**
- ▶ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHILMA).**
- ▶ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F).**
- ▶ **Membre de la Société Internationale de hernie.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit de critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre Maître et juge

Dr Amadou Traoré

- ▶ **Médecin lieutenant-colonel à la Direction Centrale des Services de Santé des Armées**
- ▶ **Maitre-assistant à la FMOS**
- ▶ **Spécialiste en chirurgie générale**
- ▶ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- ▶ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur Issa AMADOU

- ▶ **Maître-assistant en chirurgie pédiatrique à la FMOS**
- ▶ **Chirurgien pédiatre**
- ▶ **Spécialiste en orthopédie traumatologie pédiatrique**
- ▶ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- ▶ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- ▶ **Membre de l'Association Malienne de pédiatrie**
- ▶ **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**

Cher Maître

Vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre du travail. Votre présence est pour nous, l'occasion de vous exprimer notre admiration pour votre compétence professionnelle et pour votre grande sympathie. Comptez sur notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Yacaria COULIBALY

- ▶ **Maître de conférences Agrégé en chirurgie pédiatrique à la FMOS**
- ▶ **Spécialiste en chirurgie pédiatrique**
- ▶ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- ▶ **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**
- ▶ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- ▶ **Membre de l'Association Malienne de pédiatrie**
- ▶ **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé**

Cher Maître

Vous nous avez accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation. C'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement. Votre franc parlé, votre capacité intellectuelle, et votre rigueur dans le travail bien fait suscitent l'admiration de tous. Veuillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute notre reconnaissance. Soyez rassuré de notre profond respect.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Introduction.....	1
I- Objectifs.....	3
II- Généralités.....	5
III- Méthodologie.....	27
IV- Résultats.....	32
V- Commentaires et Discussion.....	51
Conclusion et Recommandations	60
Références.....	63
Annexe	68

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

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

Tableau II : Répartition des malades selon le sexe

Tableau III : Répartition selon la profession des mères

Tableau IV : Répartition selon la provenance

Tableau V : Répartition selon la référence

Tableau VI : Répartition selon l'antécédent personnel

Tableau VII : Répartition selon le motif de consultation

Tableau VIII : Répartition des patients selon le délai de consultation

Tableau IX : Répartition selon les signes généraux

Tableau X : Répartition selon les signes fonctionnels

Tableau XI : Répartition des patients selon les signes physiques

Tableau XII : Répartition des patients selon le résultat de l'imagerie

Tableau XIII : Répartition des patients selon le lobe atteint

Tableau XIV : Répartition des patients selon le segment atteint

Tableau XV : Répartition des patients selon le nombre de poche d'abcès

Tableau XVI : Répartition des patients selon le volume de l'abcès

Tableau XVII : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie du thorax

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le résultat de l'ASP

Tableau XIX : Répartition des patients selon la numération formule sanguin

Tableau XX : Répartition selon le résultat de la sérologie HIV

Tableau XXI : Répartition selon le résultat de la sérologie Ag HBs

Tableau XXII : Répartition selon le résultat de la sérologie Ac anti- HBc

Tableau XXIII : Répartition selon les moyens thérapeutiques

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction de l'antibiothérapie probabiliste

Tableau XXV : Répartition selon le nombre de la ponction écho-guidée

Tableau XXVI : Répartition selon l'aspect du pus

Tableau XXVII : Répartition selon la suite du traitement instrumental

Tableau XXVIII : Répartition selon la suite du traitement chirurgical

Tableau XXIX: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Tableau XXI: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le lobe atteint

Tableau XXXI: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le segment atteint

Tableau XXXII: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le volume d'abcès

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le type de traitement

Tableau XXXIV: Répartition des patients selon le délai de consultation et complication

Tableau XXXV: Age moyen et auteurs

Tableau XXXVI: Sex-ratio et auteurs

Tableau XXXVII: Signes physiques et auteurs

Tableau XXXVIII: Nombre des abcès et auteurs

Tableau XXXIX: Evolution de la maladie et auteurs

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Situation anatomique du foie

Figure 2 : Foie vue postérieure

Figure 3 : Segmentation du foie

Figure 4 : Fréquence annuelle de l'abcès amibien

Figure 5 : Répartition des patients selon l'ethnie

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage

°C : degré Celsius

A.F : abcès du foie

Afr: Afrique

Ann : Annale

cc : centimètre cube

Chir : Chirurgical

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

Coll. : Collaborateur

CRP : Protéine C Réactive

DES : Diplôme d'études Spécialisées

ECB : Examen cytbactériologique

Ed : Edition

Encycl. : Encyclopédie

Euro: Europe

Fasc. : Fascicule

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

g : gramme

Gastro-enterol : Gastro-entérologie

INFSS : (Institut National de Formation en Sciences de la Santé).

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

j : jour

Méd. : Médecine

mg : milligramme

ml : millilitre

mm : millimètre

mmol : millimole

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : oto-rhino laryngologie

P : Page

Prat : Praticien

Revu : Revue

SAU : Service d'accueil des Urgences

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

TDM : Tomodensitométrie

TGO : Transaminase Glutamique Oxaloacétique

TGP : Transaminase Glutamo-Pyruvique

TR : Toucher Rectal

Trop: Tropical

USA: united States of America

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Vol : Volume

VS : Vitesse de Sédimentation

μmol : micromole

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique du parenchyme hépatique induite par *Entamoeba histolytica* [1,2]. Sa fréquence varie d'une région à une autre. En Asie du Sud-Est, l'amibiase maladie survient chez 13 à 43% de la population générale et est responsable de 25% d'abcès du foie [3, 4]. L'abcès amibien du foie est responsable de 1,9% des hospitalisations à Abidjan, 1,3% à Bujumbura [5]. En 2012 il a représenté 0,86% des hospitalisations dans le service de chirurgie Pédiatrique du C.H.U Gabriel Touré [6]. En 2018, 52 cas d'abcès amibiens du foie sur 10 ans ont été recensés dans le service de chirurgie « A » du C.H.U du Point G [6]. Le diagnostic de l'abcès amibien du foie est clinique devant la triade de FONTAN : hépatomégalie, hépatalgie et fièvre, confirmé par l'aspect chocolaté du pus et la positivité de la sérologie amibienne [7]. La gravité est la survenue de complications à savoir : la rupture de l'abcès, l'extension de proche en proche [1]. Le traitement associe les amoebicide et la ponction écho-guidée. Le traitement médical exclusif est réservé aux abcès non compliqués et /ou de diamètre inférieur à 10 cm [1, 2, 8]. La ponction écho-guidée est indiquée lorsque le traitement médical est insuffisant et/ou le volume de l'abcès est supérieur à 10 cm³ non rompu [1, 2, 8]. Le traitement chirurgical est réservé à la rupture de l'abcès, à l'abcès cloisonné et à l'abcès inaccessible a la ponction écho-guidée [1, 2, 8]. L'amibiase occupe la troisième place mondiale parmi les affections parasitaires quant à la létalité derrière le paludisme et la schistosomiase [3]. Le pronostic dépend précocité du diagnostic [7]. La morbidité est faible. Lorsque l'amibiase hépatique est diagnostiquée précocement, la mortalité est inférieure à 1%. [2]

Dans notre service aucune étude n'a été menée sur cette affection d'où le présent travail.

OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier les abcès amibiens du foie dans le Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière de l'abcès amibien du foie en milieu chirurgical pédiatrique ;
- Décrire les aspects cliniques, para-cliniques et thérapeutiques de l'abcès amibien du foie ;
- Évaluer le résultat du traitement de l'abcès amibien du foie ;
- Evaluer le coût de la prise en charge.

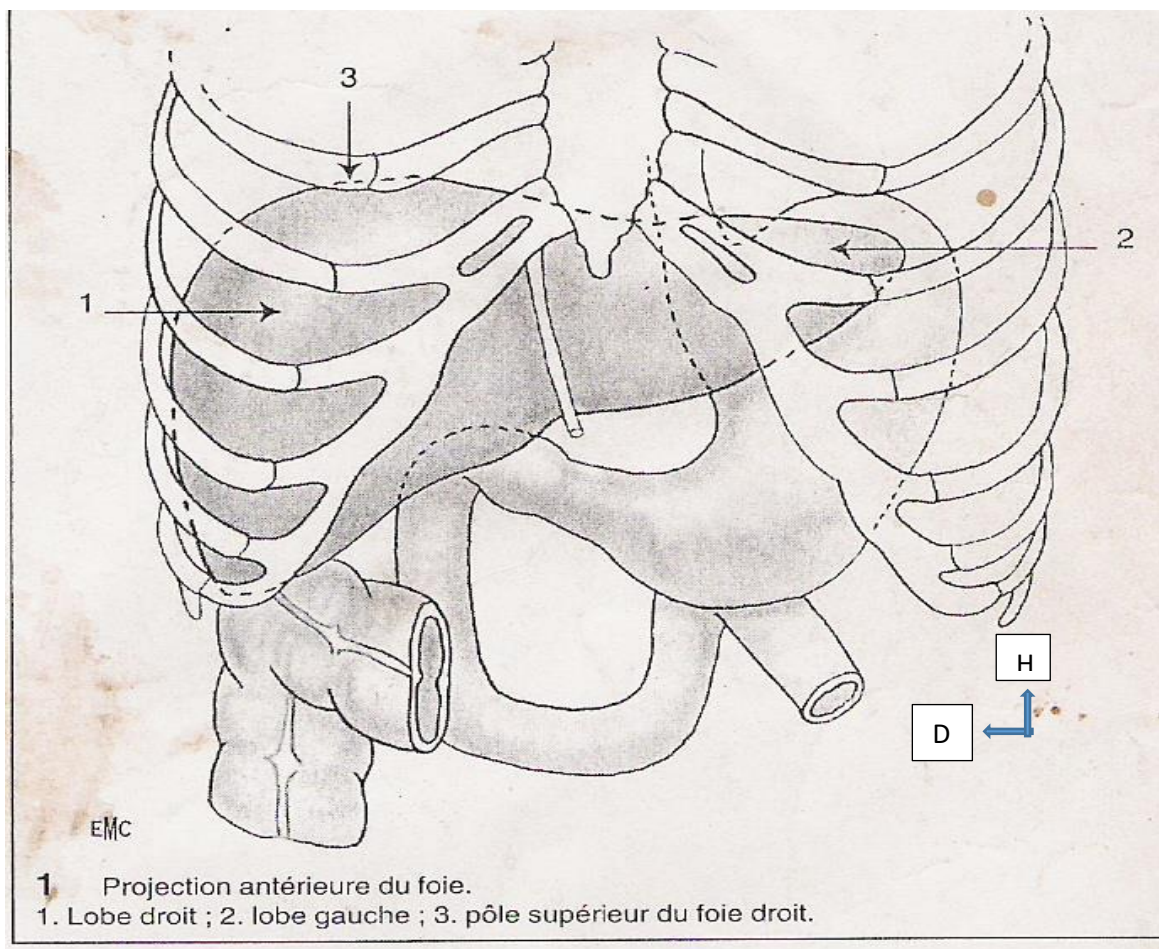
GENERALITES

II. Généralités

A-Rappels anatomiques :

1. Situation :

Le foie est un organe thoraco-abdominal. La majeure partie de cet organe est logée sous la très profonde coupole diaphragmatique droite qui sépare le foie du poumon droit et d'une partie du cœur. Il surplombe la partie droite des viscères abdominaux auxquels le relie d'une part des vaisseaux (veine porte et artère hépatique qui apportent le sang ; veines sus-hépatiques qui en assurent le drainage) et d'autre part les voies biliaires qui permettent l'évacuation de la bile vers l'intestin. [9]

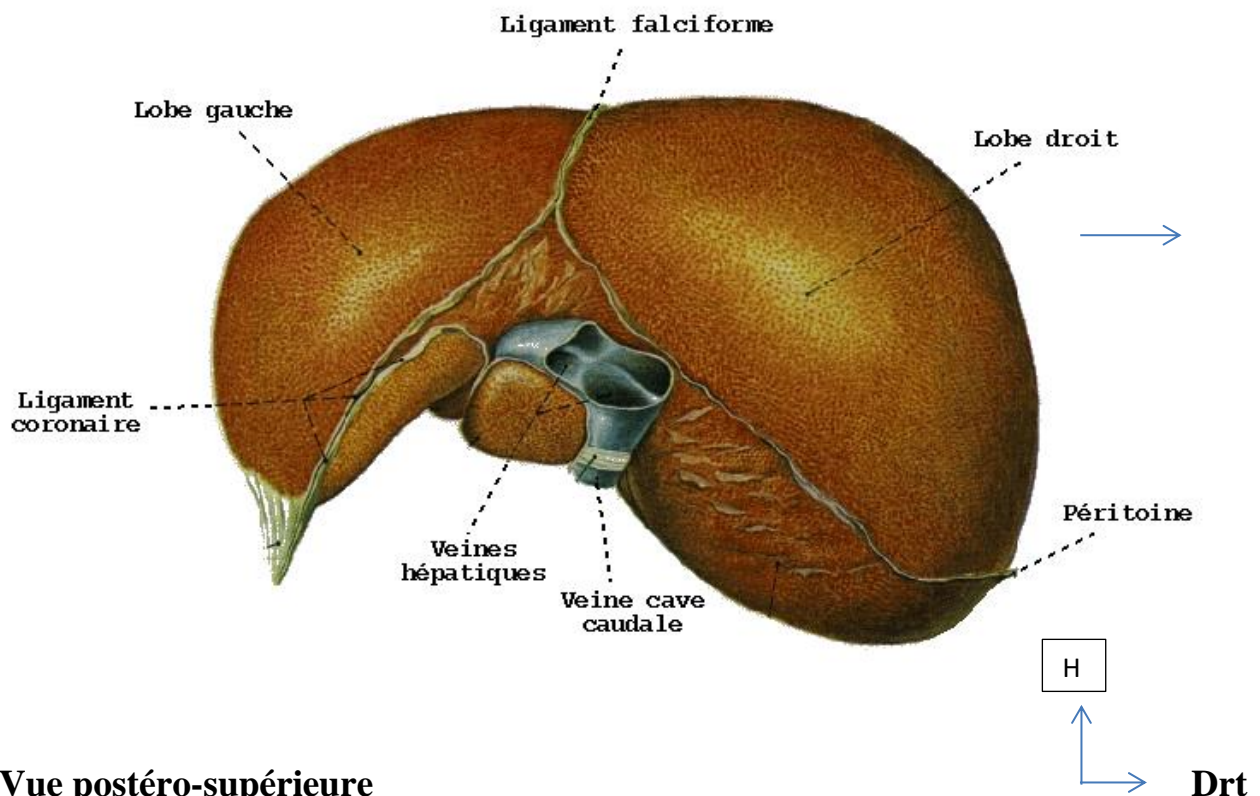


2. Couleur et consistance :

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. [9]

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 et chez le vivant, il contient en plus 800 à 900 grammes de sang. Il mesure en moyenne 28 centimètres dans le sens transversal, 16cm de haut et 8cm d'épaisseur dans la région la plus volumineuse du lobe droit.



Vue postéro-supérieure

Face diaphragmatique du foie, partie supérieure. On distingue en particulier les lobes gauche et droit ainsi que les ligaments. [10]

4. Configuration et rapports : [9]

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 antéropostérieurs et un sillon transversal. Les sillons antéropostérieurs ou longitudinaux se distinguent en sillons droit et gauche:

- sillon antéropostérieur gauche : il est étroit, mais il entaille profondément la face inférieure du foie. Son extrémité antérieure creuse sur le bord antérieur de la glande une échancrure à laquelle aboutit l'extrémité antérieure du ligament falciforme.
- sillon antéropostérieur droit : c'est en réalité une large gouttière peu profonde, plus large en avant qu'en arrière. Cette gouttière est appelée fossette cystique parce qu'elle répond à la vésicule biliaire.

•sillon transverse encore appelé hile du foie, s'étend entre les deux sillons antéropostérieurs. Il mesure 6 à 7 centimètres de longueur et 1.5 centimètres de largeur. Il est occupé par les organes qui vont au foie ou qui en partent (vaisseaux, nerfs, voies biliaires).

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

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

-Le lobe droit est moins étendu sur la face viscérale que sur la face diaphragmatique du foie. Sa surface creusée de dépressions larges, superficielles, qui sont les empreintes des organes sur lesquels le lobe droit repose et se modèle.

-Le lobe carré : il est limité par le sillon de la veine ombilicale à gauche, la fossette cystique à droite, le bord antérieur du foie en avant et le hile en arrière. Il est allongé dans le sens antéropostérieur et se rétrécit un peu d'avant en arrière. Le lobe carré recouvre la partie horizontale de l'estomac, le pylore, la partie du duodénum attenante au pylore et le segment pré pancréatique du colon transverse.

-Le lobe de SPIEGEL : il est placé en arrière du hile, entre le sillon du canal veineux et le sillon de la veine cave inférieure. Il est allongé de haut en bas et appartient presque entièrement au segment postérieur de la face viscérale du foie.

L'extrémité inférieure du lobe de Spiegel est occupée par deux tubercules, l'un droit, l'autre gauche, séparés par une légère dépression en rapport avec la veine porte.

Le tubercule gauche, arrondi, est appelé tubercule papillaire. Le tubercule droit est un tubercule caudé. Il est ainsi appelé parce qu'il émet vers la droite un

prolongement connu sous le nom de processus caudé. Le processus caudé sépare l'extrémité postérieure de la fossette cystique de l'extrémité inférieure de la gouttière de la veine cave inférieure.

◆ **Face postérieure** : elle est verticale et présente une concavité transversale très prononcée, qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale. Sa partie la plus haute se trouve à droite de la veine cave inférieure ; à partir de là, sa hauteur diminue graduellement vers les extrémités. Elle est limitée en bas par le bord 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 œsophagienne 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.

5. Moyens de fixité : [9]

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.

6. Vaisseaux et nerfs : [9]

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.

6.1.1. La veine porte : naît de la confluence du tronc spléno-mésaraïque et la veine mésentérique supérieure.

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

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

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

6.1.3. Les veines sus-hépatiques :

Elles assurent :

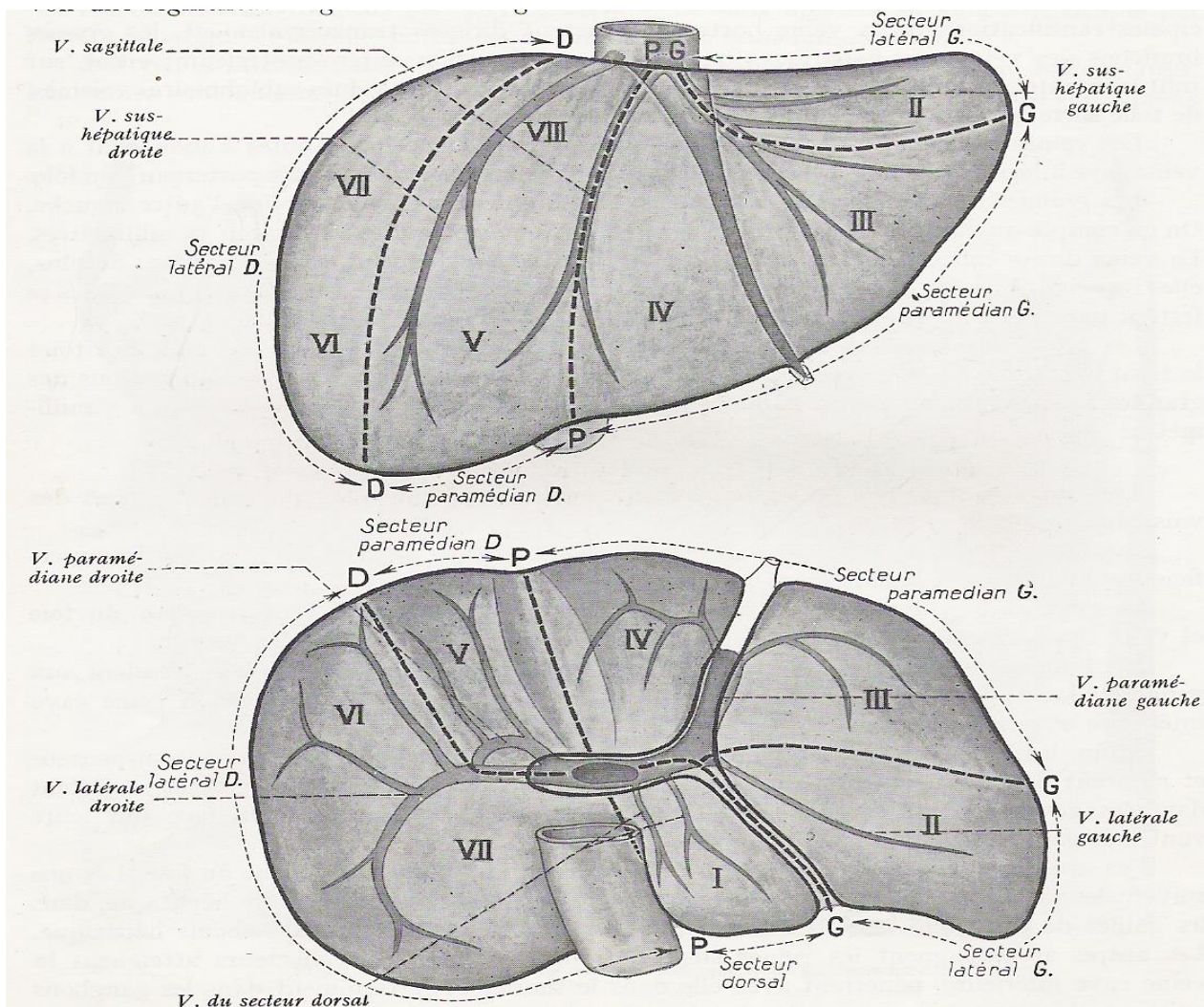
- ✓ Le retour veineux du foie à la veine cave inférieure,
- ✓ Le cheminement à la périphérie des lobules, segments puis secteurs hépatiques pour former finalement 3 veines sus-hépatiques :
 - droite dans la scissure portale droite,
 - moyenne dans la scissure portale principale,
 - gauche dans la scissure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

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.

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

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, paramédians 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. [9]



B-Abcès amibien du foie

L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique hépatique induite par *Entamoeba histolytica* [1,11]

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 [1, 2, 11]

1.1.1. Agent pathogène :

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

Il se présente sous trois formes :

- Une forme végétative « minuta » saprophyte de la lumière intestinale

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

1.1.2. Cycle évolutif : Il est double et comporte :

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

1.1.2.1. Cycle pathogène :

Il résulte de la transformation accidentelle d'une forme minuta en forme histolytica sous l'influence de multiples facteurs modifiant la flore colique. Ces facteurs sont entre autres l'irritation de la muqueuse intestinale, le surmenage, le post-partum, le déséquilibre alimentaire et tout stress physique ou psychique. Grâce à un riche équipement enzymatique, *Entamoeba histolytica* possède un pouvoir nécrotique. Il crée des ulcérations de la muqueuse colique et *Entamoeba histolytica* parvient à la sous-muqueuse, déterminant ainsi des abcès en « boutons de chemise », responsable du syndrome dysentérique. Dans la sous-muqueuse se divise par scissiparité. Dans certains cas il peut éroder les vaisseaux de la sous-muqueuse et gagner par le système porte le foie où il exerce son pouvoir nécrotique à l'origine de la formation des abcès.

1.1.2.2. Cycle non pathogène :

Alors que les formes végétatives rejetées à l'extérieur meurent rapidement, les kystes émis dans le milieu extérieur résistent plus ou moins longtemps selon les conditions hygrométriques. Ils peuvent vivre pendant 10 jours dans les selles humides et sur les feuilles des végétaux mais beaucoup plus longtemps dans l'eau à une température de 18°C. Ils sont cependant sensibles à la chaleur et surtout à la dessiccation.

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

1.1.3. Répartition géographique :

L'amibiase infestation est cosmopolite et touche 6 à 10% de la population mondiale. Elle est plus fréquente en zone tropicale et intertropicale qu'en zone tempérée. Elle sévit à l'état endémique dans les pays chauds et dans une zone comprise entre les isothermes 25°C de juillet et 25°C de janvier.

1.1.4. Réservoir de parasite :

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

1.1.5. Transmission :

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

1.2. Physiopathologie : [12]

Grâce à leurs enzymes, les trophozoïtes *d'Entamoeba histolytica* ont le pouvoir de détruire les tissus et de pénétrer dans la profondeur de la muqueuse intestinale.

Par effraction des veinules, ils gagnent le système porte dont le flux assure leur transport passif jusqu'au niveau du foie. La destruction tissulaire semble résulter de la lyse des leucocytes et des macrophages par les trophozoïtes. Cette lyse libère des produits toxiques qui provoquent la nécrose du tissu hépatique. Le processus progresse de façon centrifuge, conduisant à la coalescence des foyers de nécrose contigus. On ne trouve les amibes et les cellules inflammatoires qu'à la périphérie de la cavité. La réponse immunitaire produit des anticorps sériques

qui n'empêchent pas la progression de la maladie. Ils apparaissent vers le septième jour et certains peuvent persister pendant des années. Après guérison et bien que des récurrences soient possibles, ces anticorps semblent exercer un certain effet protecteur. Interviennent également des processus d'immunité à médiation cellulaire par induction d'une prolifération lymphoblastique et production de lymphokines.

1.3. Anatomie pathologique : [12]

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 celluleuse des espaces portes expliquent pour une part l'ictère, lorsqu'il existe. L'extension du processus peut outre passer les limites du foie et gagner les organes voisins : c'est le stade des complications

1.4. Diagnostic :

1.4.1. Etude clinique :

1.4.1.1. Forme aiguë typique [1, 2, 11]

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 uni digitale des espaces intercostaux trouve quelquefois un point douloureux exquis auquel on accorde une valeur localisatrice (signe de Bordess et Blanc). La douleur que provoque l'ébranlement en masse du foie, par percussion de la base thoracique droite, ne doit être recherchée qu'avec prudence car peut être syncopale.

• **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.

1.4.2. Les examens complémentaires :

1.4.2.1. 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.

1.4.2.2. Examens biologiques:

1.4.2.2.1. 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.

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

1.4.2.2.3. 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.

1.4.2.3. 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.

1.5. L'évolution :

1.5.1. 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^{ème} heure. Dans d'autres cas, la défervescence fébrile ne s'effectue que très lentement sur une à trois semaines. La polynucléose se corrige en une à deux semaines. La VS décroît moins vite, sa normalisation demande souvent un à deux mois. Il est fréquent d'assister à une élévation du taux d'anticorps sériques. La cavité diminue progressivement de volume. Ses limites deviennent imprécises. Le contenu reprend peu à peu la même écho-structure que celle du parenchyme sain. Dans un délai de trois à quatre mois, généralement moins de six mois, on assiste à une restitution ad integrum. En l'absence de réinfestation, les récives en site sont rares, quelquefois itératives.

1.5.2. 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.

1.6. Les formes cliniques :

1.6.1. 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.

1.6.2. 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.

1.6.3. 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.

1.6.4. 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.

1.7. Diagnostic différentiel :

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

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

- ✓ **Le cancer primitif du foie**, fréquent en Afrique noire, simule d'assez près l'amibiase hépatique. L'échec du traitement d'épreuve au Métronidazole, l'absence d'anticorps spécifiques amibiens à un titre élevé, la mise en évidence d'une alphafoetoprotéine dans le sérum du malade, les données laparoscopiques et histologiques permettent la distinction.
- ✓ **Certaines cirrhoses** sont douloureuses et fébriles. Mais l'ictère, l'ascite, les œdèmes et les signes d'hypertension portale lèvent rapidement le doute.
- ✓ **Le kyste hydatique** du foie surinfecté peut être confondu avec une amibiase. L'erreur est grave quand elle conduit à la ponction du kyste.

1.8. Traitement :

1.8.1. But :

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

1.8.2. Moyens de traitement :

1.8.2.1. Traitement médical : c'est le traitement étiologique de la maladie. Il utilise les 5-nitro-imidazolés dont le chef de file est le Métronidazole. La posologie est de 30 à 50mg/kgp/j chez l'adulte, de 30 à 40mg/kgp/j chez l'enfant en 3 administrations quotidiennes. En pratique chez l'adulte la dose est de 1,5g/j en 3 prises. La durée du traitement est de 5 à 10 jours. Autres dérivés : le tinidazole comprimés dosé à 500mg à une posologie de 2g/j pendant 3 jours. Le secnidazole et l'ornidazole sont également efficaces mais moins utilisés.

1.8.2.2. 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).

1.8.2.3. Le drainage Trans pariétal 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.

1.8.2.4. 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.

1.8.2.5. La Coelio-chirurgie : elle est indiquée dans le traitement des formes compliquées de rupture ou de fistule mais reste de pratique peu courante au Mali.

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

1.8.3. Les indications thérapeutiques : [1,11]

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

1.8.3.2. 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.

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

1.9. La prophylaxie :

De nos jours elle repose sur les mesures d'hygiène et l'éducation pour la santé, destinées à éviter la contamination éco-orale. On ne dispose pas d'une chimio

prophylaxie fiable. Les recherches à l'élaboration de vaccin connaissent des résultats encourageants. La protection contre l'amibiase hépatique a été obtenue chez des animaux de laboratoire au moyen de sous unités de certaines enzymes du parasite par des peptides de synthèse qui en reproduisent la structure [12].

METHODOLOGIE

III. Méthodologie

1. Cadre et lieu d'étude :

Ce travail a été réalisé dans le Service de Chirurgie Pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Situé dans le centre administratif de la ville de Bamako (Commune III), le CHU Gabriel TOURE est limité à l'EST par le quartier populaire de Médinacoura, à l'OUEST par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (E.N.I), au Nord le quartier général de l'Etat-major de l'armée de terre, au Sud la gare du chemin de fer du Mali. Ancien dispensaire, le CHU Gabriel TOURE est une structure sanitaire érigée en hôpital le 17 Février 1959 et porte le nom Gabriel TOURE en mémoire d'un étudiant soudanais en Médecine mort de peste contractée au chevet de son malade. L'hôpital est devenu un centre hospitalier universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996.

Dans l'enceinte de cet établissement on retrouve au nord le pavillon BENITIENI FOFANA et à l'étage (de la partie centrale vers l'ouest) respectivement les services de chirurgies générale et pédiatrique.

❖ Les locaux :

- Neuf bureaux pour : le chef de service; les médecins ; le major ; le secrétariat; les faisant fonctions des internes ; la salle de garde pour les infirmiers et les archives.

Sept salles d'hospitalisation :

- deux salles de première catégorie,
- deux salles de deuxième catégorie,
- trois salles de troisième catégorie dont une réservée pour les brûlées.

Le bloc opératoire situé à l'étage, à l'angle Est du pavillon est constitué de :

- quatre (4) salles opératoires dont une réservée au programme opératoire de la chirurgie pédiatrique,
- un (1) vestiaire,
- un (1) box d'attente pour les patients à opérer et
- une(1) salle de soin post interventionnel.

➤ Le service de chirurgie pédiatrique a son bloc à froid au saint du bloc technique pour les interventions programmées. La prise en charge des cas urgents est faite dans le bloc du Service d'Accueil des Urgences.

❖ **Le personnel :**

Les chirurgiens sont au nombre de huit dont deux professeurs, un qui est le chef de service, un maître assistant en chirurgie pédiatrique et un chirurgien esthétique et reconstructeur.

Les infirmiers sont au nombre de trois dont trois assistants médicaux dont un le major.

Deux techniciens supérieurs de santé, un jouant le rôle de chef d'unité de soins ; trois aides-soignants et deux techniciens de surface.

Des étudiants en fin de cycle de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) dits étudiants hospitaliers, des étudiants stagiaires de la FMOS (Faculté de médecine et d'odontostomatologie) et de INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé).

Des médecins inscrits au DES (Diplôme d'études Spécialisées) de chirurgie générale

❖ **Activités :**

Le Service de Chirurgie Pédiatrique a pour activité :

Les consultations externes ont lieu du lundi au vendredi ; les interventions chirurgicales tous les jours (les urgences) et le lundi et mercredi au bloc à froid.

Les hospitalisations se font chaque jour et à tout moment.

La visite se fait du lundi au vendredi à partir de 8 heures et la contre visite est effectuée par l'équipe de garde.

Le staff des spécialités chirurgicales a lieu chaque vendredi dans la salle de staff du service de gynécologie et obstétrique. Le staff du service de chirurgie pédiatrique se tient chaque matin du lundi au jeudi à partir de 7h30. Les thésards sont répartis en groupes faisant la rotation hebdomadaire entre le

bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe, et le service des urgences chirurgicales.

Le programme opératoire du bloc à froid s'établit chaque jeudi à partir de 14 heures. C'est au cours de ce staff que se font la lecture des dossiers et la présentation de cas cliniques.

❖ **Type et durée d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective et analytique qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2017 soit une période de 8 ans.

2. Matériels et Méthode :

a. Patients:

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

➤ **Critères d'inclusion :**

Tout enfant âgé de 0-15 ans chez qui le diagnostic de l'abcès amibien du foie a été confirmé et prise en charge au service durant la période d'étude.

➤ **Critères de non inclusion :**

- Les patients dont le dossier était incomplet,
- Abcès du foie causé par d'autres germes autre qu'*Entamoeba histolytica*

b. Méthode :

L'étude a comporté :

- Une phase de recherche bibliographique (2 mois) ;
- Une phase d'élaboration de la fiche d'enquête (1 mois) ; sa mise au point a duré 1 mois et il a été élaboré par nous-mêmes et corrigé par le directeur de thèse. Il comportait des variables réparties en :
 - Données administratives : Age, sexe, nationalité, adresse, ethnie et durée d'hospitalisation.
 - Paramètres cliniques, para cliniques (signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques, les examens complémentaires) et évolution de la maladie.
 - Données thérapeutiques.

- Coût de la prise en charge.

- Une phase de collecte des données (6 mois) ; Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux, des registres de consultation et des comptes rendus opératoires et les registres d'hospitalisation du service de chirurgie pédiatrique.
- Une phase de saisie et analyse des données (3 mois). Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés par le logiciel Microsoft Word.

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS (version 20.0) et par le logiciel Epi-Info (version 7.0).

Les graphiques ont été réalisés grâce au logiciel Microsoft Excel.

Le test statistique utilisé a été le test de Chi^2 avec un seuil de signification de $p \leq 0,05$.

RESULTATS

IV. RESULTATS

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1-FREQUENCE : En 8 ans, nous avons pris en charge 112 cas d'abcès du foie dont 50 cas d'abcès amibien du foie soit 7 cas par an dans le service de chirurgie pédiatrique.

Ce qui a représenté :

- 0,29% des consultations (16994),
- 0,49% des hospitalisations (10164).

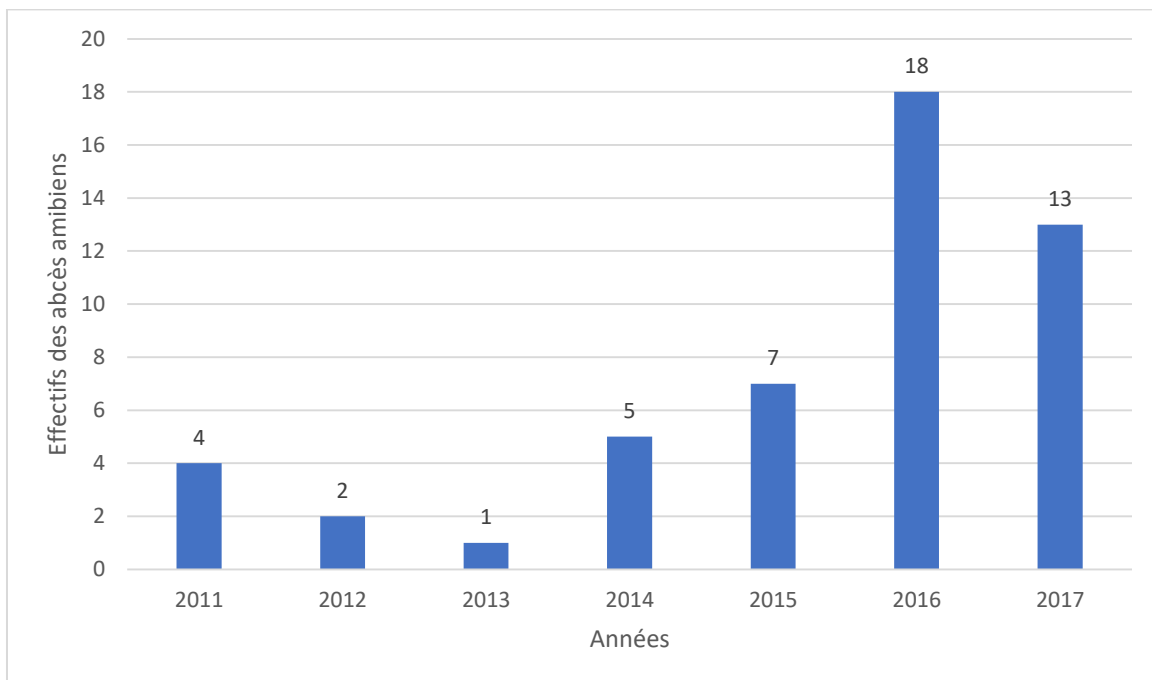


Figure 4 : Fréquence des abcès par année.

La plus grande fréquence d'abcès était enregistrée en 2016 avec 18 cas

1.2-Les données socio-démographiques

1.2.1-Age :

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âges

Age	Effectifs	Pourcentage
Nourrisson (1mois à 2ans)	2	16
Petit enfant (3 à 7ans)	23	42
Grand enfant (8 à 15ans)	25	42
Total	50	100

L'âge moyen des patients était de 9,2 ans \pm 3,5 avec des extrêmes de 1 et 15ans.

1.2.2-SEXE

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Féminin	21	42
Masculin	29	58
Total	50	100

Le sex-ratio a été de 1.4

1.2.3-ETHNIE

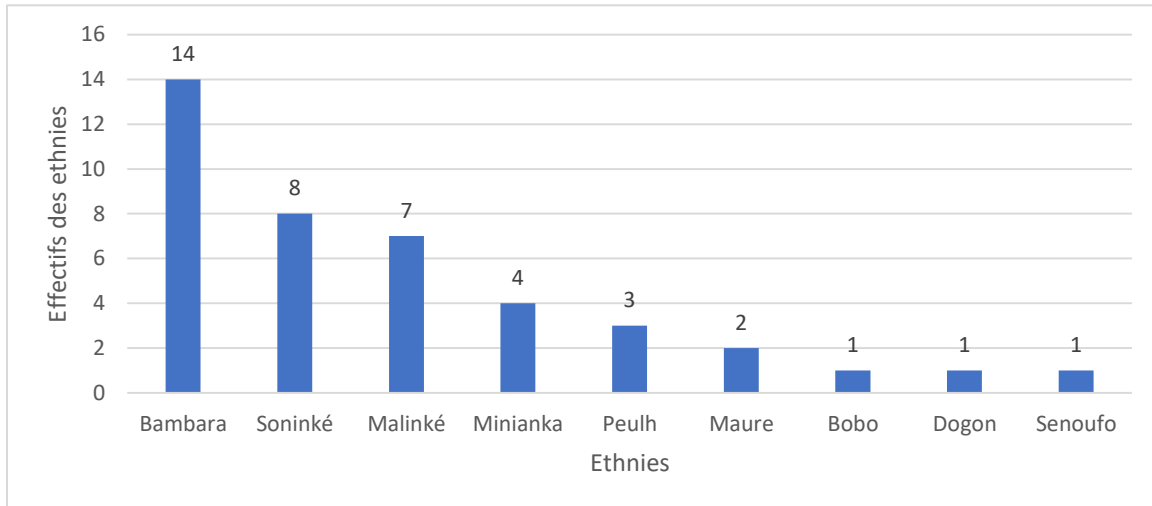


Figure 5 : Répartition des patients selon les ethnies

L'ethnie bambara était la plus représentée

1.2.4-PROFESSION DES PERES

Tableau III : répartition des patients selon la profession des pères

Profession du père	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	12	24
Commerçant	8	16
Fonctionnaire	2	4
Manœuvre	20	40
Sans Emploi	8	16
Total	50	100

Les enfants des manœuvres ont été les plus atteints

1.2.5-PROFESSION DES MERES

Tableau IV : répartition des patients selon la profession des mères

Profession de la mère	Effectif	Pourcentage
Ménagère	36	72
Commerçante	7	14
Artisane	3	6
Etudiante	2	4
Autres	2	4
Total	50	100

Autres = Secrétaire, Gardienne de prison

1.2.6-PROVENANCE

Tableau V : répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	36	72
Kayes	3	6
Koulikoro	10	20
Ségou	1	2
Total	50	100

Près des trois quarts de nos patients résidaient à Bamako.

1.2.7-REFERENCE

Tableau VI : répartition des patients selon le mode de référence

Adresser par :	Effectif	Pourcentage
Les parents	10	20
Médecin	26	52
Infirmière /Infirmier	9	18
Interne	5	10
Total	50	100

Les patients référés par un médecin ont représenté plus de la moitié.

1.2.8-Antécédant :

Tableau VII : répartition des patients selon l'antécédent personnel

Antécédent	Effectifs	Pourcentage
Drépanocytose	5/50	10
Asthme	2/50	4
Diabète	3/50	6
Dysenterie	40/50	80

Un antécédent de dysenterie était présent chez plus de la moitié de nos patients.

2-CLINIQUE

2.1-MOTIF DE CONSULTATION

Tableau VIII : répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	45/50	90
Fièvre	42/50	84
Douleur thoracique	1/50	2
Masse abdominale	3/50	6
Perte de poids	1/50	2

La douleur abdominale a été le motif le plus constant.

2.2-Délai de consultation

Tableau IX : répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	Pourcentage
≤ 1 semaine	11	22
2 semaines	20	40
3 semaines	14	28
≥ 4 semaines	5	10
Total	50	100

Le délai moyen de consultation était de deux semaines avec des extrêmes de 5 jours et 5 semaines. Ecart Type =1

2.3-Signes généraux :

Tableau X : répartition des patients selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Anorexie	10 /50	20
Amaigrissement	3/50	6
Fièvre	42/50	84
Pâleur conjonctivale	7/50	14

La fièvre était le signe général le plus constant.

2.4-Signes fonctionnels :

Tableau XI : répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	34/50	68
Diarrhée	6/50	12
Nausées/vomissements	31/50	62
Constipation	4/50	8
Ictère	2/50	4

La douleur abdominale était le signe fonctionnel le plus constant, soit 68% des cas.

2.5-Signes physiques

Tableau XII : répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Distension abdominale	16/50	32
Voussure de l'hypochondre droit	33/50	66
Hépatomégalie	36/50	72
Contracture généralisée	5/50	10
Douleur à la palpation	50/50	100
Murmure vésiculaire diminué à droite	7/50	14
Douglas bombé	5/50	10

A l'admission 5 patients avaient présenté une péritonite par rupture de l'abcès avec une contracture généralisée et un douglas bombé.

2.6-Triade de FONTAN

Tableau XIII : répartition des patients selon la triade de FONTAN

Triade de FONTAN	Effectif	Pourcentage
Oui	36	72
Non	14	28
Total	50	100

La triade de FONTAN était présente chez plus de la moitié de nos patients.

3- Examens complémentaires

3.1-Répartition en fonction de l'imagerie

Tableau XIV : répartition des patients selon l'imagerie réalisée

Imagerie	Effectif	Pourcentage
Echographie abdominale	50/50	100
Abdomen Sans Préparation	5/50	10
Radiographie du thorax	37/50	74

Tous nos patients ont subi un examen échographique abdominal.

3.2. Résultat de l'échographie abdominale

3-2-1-Lobe atteint :

Tableau XV : répartition des patients selon le lobe atteint

Lobe	Effectif	Pourcentage
Lobe droit	37	74
Lobe gauche	13	26
Total	50	100

Près des trois quarts de nos patients avaient le lobe droit atteint, soit 74% des cas.

3-2-2-Segment :

Tableau XVI : répartition des patients selon le segment atteint

Segment	Effectif	Pourcentage
Segment II et III	5	10
Segment III	8	16
Segment IV	7	14
Segment IV et V	3	6
Segment V	3	6
Segment VI	4	8
Segment VI et VII	3	6
Segment VII	11	22
Segment VII et VIII	3	6
Segment VIII	3	6
Total	50	100

Le segment 7 était le plus atteint, soit 34% des cas.

3-2-3-Nombre de poches d'abcès :

Tableau XVII : répartition selon le nombre de poches d'abcès

Nombre de poche d'abcès	Effectif	Pourcentage
1	39	78
2	8	16
> 2	3	6
Total	50	100

L'abcès était unique chez plus de la moitié de nos patients.

3-2-4-Volume d'abcès :

Tableau XVIII : répartition selon le volume de l'abcès

Volume (cm³)	Effectif	Pourcentage
[10- 100[	11	25
[100 – 200[	16	36
[200 – 300[	11	25
[300 – 400]	4	9
>400	2	5
Total	44	100

Le volume moyen était de 150cm³ avec comme extrême 10 et 480cm³ et un écart type=3,16.

3-3 Résultat de la radiographie du thorax

Tableau XIX : répartition des patients selon le résultat de la radiographie du thorax

Radiographie du thorax	Effectif	Pourcentage
Normale	19	51
Ascension de la coupole diaphragmatique droite	5	14
Pleurésie droite	13	35
Total	37	100

Plus du tiers de nos patients avait la radiographie du thorax normale.

3-4 Résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation

Tableau XX: répartition des patients selon le résultat de l'ASP

Abdomen sans préparation	Effectif	Pourcentage
Niveau hydro-aérique	2/5	40
Grisaille diffuse	3/5	60

L'ASP a été demandé devant les cas d'abdomen aigu chirurgical.

La grisaille diffuse était présente dans 60% des cas.

3-5 EXAMEN BIOLOGIQUE

3-5-1-Numération formule sanguine :

Tableau XXI : répartition des patients selon la numération formule sanguine

NFS	Effectif	Pourcentage
Anémie	37/50	74
Hyper leucocytose à polynucléaire neutrophile	49/50	98
Hyper éosinophilie	1/50	2
Hyper lymphocytose	7/50	14

L'hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile était présente dans 98% des cas.

3-5-2-Examen Cytobactériologie du pus :

La culture était stérile dans tous les cas dans notre étude soit 100%.

3-5-3-Serologie amibienne :

La sérologie amibienne était positive chez tous nos patients soit 100%.

3-5-4-Serologie HIV :

Tableau XXII : répartition des patients selon le résultat de la sérologie HIV

HIV	Effectif	Pourcentage
Positive	2	4
Négative	14	28
Non fait	36	72
Total	50	100

Plus de la moitié de nos patients n'ont pas fait la sérologie HIV.

3-5-5-Serologie Ag HBs :

Tableau XXIII : répartition des patients selon le résultat de la sérologie Ag HBs

Sérologie Ag HBs	Effectif	Pourcentage
Positive	5	10
Négative	45	90
Total	50	100

La plupart de nos patients avaient une sérologie Ag HBs négative.

3-5-6-Serologie Ac anti-HBc :

Tableau XXIV : répartition des patients selon le résultat de la sérologie Ac anti-HBc

Sérologie Ac anti-HBc	Effectif	Pourcentage
Positive	2	4
Négative	48	86
Total	50	100

Près de la totalité de nos patients avaient la sérologie Ac anti-HBc négative.

3-5-7-Taux de Bilirubine total :

Tableau XXV : répartition des patients selon le résultat de la bilirubine

Bilirubine Total	Effectif	Pourcentage
< 20 mmol/l	48	96
≥ 20mmol/l	2	4
Total	50	100

Près de la totalité de nos patients avaient le taux de bilirubine normal.

3-5-8-Taux d'Alanine Aminotransférases (ALAT):

Tableau XXVI : répartition des selon le taux de transaminase ALAT

ALAT	Effectif	Pourcentage
Elevé	7	14
Normal	37	74
Bas	6	12
Total	50	100

Plus de la moitié de nos patients avaient un taux de transaminase ALAT normal.

3-5-9 Taux d'Aspartate Aminotransférases (ASAT):

Tableau XXVII : répartition des patients selon le taux d'ASAT

ASAT	Effectif	Pourcentage
Elevé	5	10
Normal	38	76
Bas	7	14
Total	50	100

Plus de la moitié de nos patients avaient un taux de transaminase ASAT normal.

3-5-10-phosphatase alcaline :

Tableau XXVIII : répartition des patients selon le taux de phosphatase alcaline

Phosphatase alcaline	Effectif	Pourcentage
Elevé	18	36
Normal	28	56
Bas	4	8
Total	50	100

Plus de la moitié de nos patients avaient un taux de phosphatase alcaline normal.

4-Diagnostic :

Tableau XXIX : répartition des patients selon leur diagnostic

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Abcès non rompu	42/50	84
Abcès en voie de collection	2/50	4
Abcès rompu compliqué de péritonite	5/50	10
Abcès non rompu avec pleurésie droite	13/50	26

5-TRAITEMENT ET EVOLUTION

5-1-TRAITEMENT

5-1-1-Moyens thérapeutiques

Tableau XXX : répartition des patients selon les moyens thérapeutiques

MOYENS	Effectif	Pourcentage
Médicaux	50/50	100
Médical exclusif	2/50	4
Ponction écho-guidée	42/50	88
Ponction pleurale	4/50	8
Drainage pleural	9/50	18
Chirurgicaux	6/50	12

Le traitement a été essentiellement médical associé à la ponction écho-guidée.

5-1-2-Antibiotérapie

Tableau XXXI : répartition des patients en fonction de l'antibiothérapie probabiliste

ANTIBIOTERAPIE	Effectif	Pourcentage
Ceftriaxone + Métronidazole	35	70
Ceftriaxone + Métronidazole + Gentamicine	15	30
Total	50	100

La bi-antibiothérapie était majoritaire avec 70% des cas dans un contexte d'antibiothérapie probabiliste avant l'identification du germe.

5-1-3- Nombre de ponction écho-guidée

Tableau XXXII : répartition des patients selon le nombre de la ponction écho-guidée

Nombre de ponction écho-guidée	Effectif	Pourcentage
1	5	11,4
2	12	27,3
3	23	52,3
4	4	9
Total	44	100

La majorité des patients a effectué 3 séances de ponction échographie guidée. Le nombre moyen de ponction=2,5 avec des extrêmes 1 et 4.

5-1-4-Aspect du pus :

Tableau XXXIII: répartition des patients selon l'aspect du pus

Aspect du pus	Effectif	Pourcentage
Chocolat	44	88
Chocolat mêlé de sang	6	12
Total	50	100

L'aspect du pus était chocolaté dans 88% des cas.

5-2-Evolution

5-2-1- Suites immédiates du traitement instrumental :

Tableau XXXIV : répartition des patients selon les suites immédiates du traitement instrumental

Suites \ Période	J30	Pourcentage
Suite simple	42	96
Rupture de l'abcès	1	2
Hématome sous capsulaire du foie	1	2
Total	44	100

Les suites ont été simples dans 96% des cas.

5-2-3- Suite immédiate du traitement chirurgical :

Tableau XXXV : répartition des patients selon la suite immédiate du traitement chirurgical

Suites	Période	J30	Pourcentage
Suite simple		5	83
Suppuration pariétale		1	17
Total		6	100

Les suites ont été simples dans 83% des cas.

5-2-4-Durée d'hospitalisation :

Tableau XXXVII : répartition selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
<7 jours	3	6
7 à 14 jours	33	66
>14 jours	14	28
Total	50	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec des extrêmes de 5 et 28 jours. Ecart type=4,08.

5-2-5-Durée d'hospitalisation et le lobe atteint

Tableau XXXVIII : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le lobe atteint

Durée d'hospitalisation	Lobe droit	Lobe gauche	Total
Moins de 7 jours	2	1	3
7- 14 jours	26	7	33
Plus de 14 jours	9	5	14
Total	37	13	50

Kih²= 0,3814

P=0,54

5-2-6- Durée d'hospitalisation et le segment atteint

Tableau XXXIX : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et segment atteint

Segment atteint	Durée d'hospitalisation			Total
	Moins de 7 jours	7 - 14 jours	Plus de 14 jours	
Segment II et III	1	4	0	5
Segment III	2	3	3	8
Segment IV	0	6	1	7
Segment IV et V	1	2	0	3
Segment V	1	2	0	3
Segment VI	0	3	1	4
Segment VI et VII	1	2	0	3
Segment VII	2	8	2	11
Segment VII et VIII	1	2	0	3
Segment VIII	1	1	1	3
Total	10	32	8	50

Kih²=1,2562 p=0,2623

5-2-7-Durée d'hospitalisation et volume d'abcès

Tableau XL : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le volume d'abcès

Volume d'abcès	Durée d'hospitalisation			Total
	Moins de 7 jours	7 - 14	Plus de 14 jours	
[10 - 100[	1	9	1	11
[100 - 200[	2	11	3	16
[200 - 300[	0	9	2	11
[300 - 400[	0	2	2	4
≥ 400	0	1	1	2
Total	3	32	9	44

Kih2=0 p=1

5-2-8-Durée d'hospitalisation et type de traitement

Tableau XLI : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et type de traitement

Durée d'hospitalisation	Traitement		Total
	Instrumental	Chirurgical	
Moins de 7	10	0	10
7-14	29	5	34
Plus de 14	5	1	6
Total	44	6	50

Kih2=0,58 p=0,4

5-2-9- Morbidité :

Tableau XLII : morbidité

Morbidité	Effectif	Pourcentage
Rupture de l'abcès	1	2%
Hématome sous capsulaire	1	2%
Abcès pariétal	1	2%
Total	3	6%

Le taux de morbidité était de 6%.

5-2-10-Mortalité :

Le taux de mortalité était nul.

6-Cout de la prise en charge

Le coût moyen était de 86985f avec des extrêmes de 45000F et 110000F

COMMENTAIRES ET
DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Méthodologie

Nous avons mené une étude retro prospective de janvier 2011 à décembre 2017 portant sur 50 enfants âgés de 1-15 ans traités au service pour abcès amibien du foie. Durant la période d'étude nous avons eu comme problème notamment les insuffisances de certaines informations sur les dossiers, et comme avantage le recrutement du maximum des malades.

2- Données épidémiologiques

2.1- Fréquence :

L'abcès amibien du foie est une affection fréquente en milieu tropical. Sa survenue chez l'enfant n'est pas exceptionnelle [13, 14, 15]. Avec une incidence de 7 cas par an, les abcès du foie ont représenté 0,49% des hospitalisations dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU-GT, de janvier 2011 à décembre 2017. Cette observation montre que les abcès du foie restent d'actualité en pratique chirurgicale au Mali. **KELLY** [13] a obtenu une fréquence de 0,46%. **KOUAME** [9] dans son étude en a noté 1,9% des hospitalisations. Dans la littérature l'incidence est estimée de 1 à 2% en Afrique intertropicale [14].

2.2- Age :

TABLEAU XLII : Age moyen et auteurs

Auteurs	N	Age moyen
BA ID [14] Sénégal 2016	26	7,2
KOUAME [10] Côte d'Ivoire 2010	60	7
KELLY [13] Mali 2013	17	7,1
NOTRE ETUDE	50	6.7

L'abcès amibien du foie peut se rencontrer à tout âge [1, 8]. Comme dans les autres études africaines [10, 13,14], l'âge moyen de nos malades correspondait à

celui du grand enfant. Avec ses problèmes d'hygiène, à cet âge l'enfant commence juste à assurer sa propre hygiène.

2.3- Sexe :

TABLEAU XLIII : Sex-ratio et auteurs

Auteurs	N	Ratio
SERVICE [16] Bangui 2014	47	2,9/1
BASTIE Gabon [17]	15	6,5/1
NOTRE ETUDE	50	1,4/1

Dans les séries africaines tout comme dans la nôtre le sex-ratio était en faveur des hommes. Il a été de 1,4 dans notre série contre 2,9 et 6,5 dans celle de **BASTIE [17]** et de **SERVICE [16]**. Les filles sont plus sensibles au problème de propriété.

3- Données cliniques

3.1- Signes généraux :

La fièvre est un des signes de la forme classique de l'abcès du foie (Triade de FONTAN). Elle était le signe le plus fréquent dans notre série (84%) avec la même tendance observée chez **LAFONT** (93%) (p=0,09) [6].

3.2- Signes fonctionnels :

Comme dans la plupart des séries, deux tiers de nos malades avaient manifesté une douleur abdominale, soit 68%. Au Maroc **ADIL** a obtenu 100% [18]. Elle est un symptôme fréquent. Dans notre étude, cette douleur spontanée ou provoquée, siégeant dans l'hypochondre ou l'hémi-thorax droit était de type et d'intensité variables.

Les nausées et/ou les vomissements ont été fréquents dans notre étude (62%). Cette fréquence élevée de ces symptômes a été également notée chez **ADIL** au Maroc (66,1%) [18].

3.3. Signes physiques :

TABLEAU XLIV : Signes physiques et auteurs.

Auteurs Singes	BASTIÉ J [17] Gabon 2013	SERVICE G [16] Bangui 2014	DIABY [9] Mali 2012	NOTRE ETUDE
N	15	47	50	50
Hépatomégalie	80%	69,23%	50%	72%
Défense abdominale	86%	0%	86%	86%
Contracture Abdominale	0%	0%	10%	14%
Douleur a la palpation	98%	70%	89%	100%
Mumure vesiculaire dimunié	33,3%	6,4%	6%	14%

La mise en évidence d'une hépatomégalie est typique et est présente à une fréquence variable d'une étude à une autre.

Nous avons noté 72% dans notre étude. Ce résultat était inférieur à celui rapporté par **BASTIE J [17]** (80%) et supérieur à ceux retrouvés chez **SERVICE G [16]** (69,23%) et **DIABY [9]** (50%). Son caractère essentiel est la douleur provoquée à la palpation observée dans plus de 70% des cas [**9, 17, 16**]. Les autres signes physiques notamment une diminution du murmure vésiculaire, une contracture abdominale généralisée ont un aspect péjoratif et demeurent cependant inconstants moins de 35% dans les différentes études suscitées.

4- Données para cliniques

4.1- Echographie :

L'échographie, par sa facilité de réalisation, son efficacité et son coût modéré, son caractère non invasif est l'examen de choix dans le diagnostic et le suivi de cette maladie [4;8]. En première intention, elle a été effectuée chez tous nos patients dès l'admission ou en cours d'hospitalisation. Elle a retrouvé des signes en faveur du siège, du nombre et de la taille des abcès hépatiques. Elle a permis d'apprécier l'aspect du foie chez tous patients et la ponction échographie guidée chez 88% de nos patients.

4.1.1- Localisation des abcès :

La localisation au lobe droit demeure la plus fréquente. Nous avons noté 74% dans notre étude ce qui est élevée par rapport à celle observée par **BA ID [14]** 69,2% ($p=0,004$) au Sénégal. Le volume plus important du lobe droit, l'importance relative de sa vascularisation, seraient les raisons qui expliquent cette localisation préférentielle [1,8].

4.1.2- Nombre des abcès :

TABLEAU XLV : Nombre des abcès et auteurs

Auteurs	N	Unique	Multiple
MOIFO[19] Yaoundé 2011	58	46(80%) P=0,0002	12(20%) P=0,7
NOTRE ETUDE	50	47(94%)	3(6%)

Le nombre des abcès peut être variable dans le foie.

L'abcès unique a été le plus fréquent dans notre étude comme dans l'étude de **MOIFO [19]**. L'abcès multiple faiblement représenté dans notre étude, est survenu dans moins de 12% des cas dans l'étude de **MOIFO [19]**. Classiquement l'abcès amibien est uni focal, nous avons noté 6% des cas d'abcès multiple. Ceci pourrait s'expliquer par une erreur diagnostique, car la

sérologie peut être positive pendant que la cause n'est pas amibienne dans les cas où il existe une coïnfection entre amibiase colique et abcès à pyogène.

4.2-La radiographie de l'abdomen sans préparation :

L'ASP est demandé devant les cas d'abdomen aigu chirurgical. Il a permis de noter une grisaille diffuse dans 10% des cas. La même anomalie était rapportée par **ADIL [18]** dans 48,38% ($p=0,0000$).

4.3-Radiographie pulmonaire :

La radiographie pulmonaire de face a permis de noter une ascension de la coupole diaphragmatique dans 14% et une pleurésie droite dans 35% des cas. Les mêmes anomalies ont été rapportées par **BA ID** dans 50% [14] et **SERVICE G** dans 6,4% [16]. Ces résultats concordent avec les données de la littérature où une plus grande fréquence des complications pleuropulmonaires des abcès du foie est évoquée [20].

4.4. La sérologie amibienne

La détection d'anticorps sériques conforte l'origine amibienne de l'abcès du foie [6, 21]. Malgré de nombreux handicaps de cet examen, c'est-à-dire d'être coûteux et la non disponibilité dans notre établissement, il a pu être réalisé chez tous nos patients et le résultat était positif dans tous les cas.

4.5- L'examen cyto bactériologique du pus :

L'ECB du pus permet de rechercher une surinfection ou de distinguer un abcès amibien d'un abcès bactérien [1,8]. Cet examen est revenu stérile chez tous nos patients. Sa stérilisation est due au fait que l'amibe est toujours collé à la paroi tissulaire et non pas dans le pus [1].

4.6- La sérologie rétrovirale :

Elle n'a été demandée que seulement chez le tiers de nos patients sur consentement éclairé des parents après counseling. Elle n'a été positive que dans 2 cas (4%) contrairement à la littérature dont il n'y a aucune infection au VIH. Ce faible taux de VIH est lié au faible taux dans la population générale (1,3% selon l'EDS IV Mali).

4.7-La sérologie Ag HBs et Ac anti-HBc :

La sérologie Ag HBs et HBc était respectivement positive dans 10% et 4% dans notre étude. Ce résultat était statistiquement inférieur à celui rapporté par **BASTIE J [17]** dans 13% ($P=0,0000$) de sérologie HBs.

5. TRAITEMENT

5. 1. Moyens thérapeutiques

Le traitement médical exclusif est indiqué devant les abcès de petite taille (<5mm de diamètre). Pour le traitement chirurgical, il est indiqué en cas d'échec du traitement médical et aux complications. Certaines équipes proposent une ponction échographie guidée complétée par un traitement médical [9, 22]. Nous avons adopté cette approche thérapeutique chez 88% de nos patients.

Le traitement médical comportait des antibiotiques, des antalgiques et des antipyrétiques.

Une antibiothérapie probabiliste à base de ceftriaxone, métronidazole et la gentamycine était instaurée avant le résultat des bilans biologiques. A la confirmation de l'origine amibienne, seul le métronidazole était administré à la dose de 50mg/kg. Ce protocole est identique à celui rapporté par, **LANFONT [6], BASTIE [17]** et **DIARRA [22]**

Le domaine de la chirurgie dans le traitement des abcès amibiens du foie se trouve considérablement réduit de nos jours [1, 17,20]. Les moyens chirurgicaux sont actuellement le dernier recours dans le traitement des abcès du foie et sont réservés aux seules complications à savoir : la rupture de l'abcès dans le péritoine, pleurale, péricardique de l'abcès ou la fistulisation de celui-ci dans un viscère creux ou à la peau. La Coelio-chirurgie occupe une grande place dans la prise en charge. La chirurgie conventionnelle n'a été réalisée que dans moins de 12 % selon les différentes séries **SERVICE [16], DIARRA [22], SHI [23], BADAOU [24]** et **DJOUSSOU [25]**. Elle a été pratiquée dans nos 5 cas de péritonite par rupture de l'abcès du foie à l'admission. Nous ne disposons pas de plateau technique adéquat pour la cœlioscopie.

5. 2. Evolution sous traitement

5.2.1-Morbidité

TABLEAU XLVI: Morbidité et auteurs.

AUTEURS	N	MORBIDITE
BADAOUI [23] Casablanca 2013	19	1(5 %) P=0,0000
BASTIE [17] Gabon 2013	15	1(7%) P=0,0000
NOTRE ETUDE	50	3(6%)

Diagnostiqué et traité précocement, l'abcès du foie évolue toujours favorablement [1, 26, 27]. La morbidité était de 6% dans notre étude. Ce résultat est statistiquement inférieur à celui trouvé par **BADAOUI [23]** soit 5% et **BASTIE [17]** soit 7%. La guérison clinique précède la disparition des lésions anatomiques qui peuvent persister quelques mois [1, 28, 29, 30].

5.2.2-Mortalité

TABLEAU XLVII : Mortalité et auteurs

AUTEURS	N	MORTALITE
SHI [24] Chine 2015	569	86(15%) P=0
CZERWONKO [26] Argentine 2016	142	19(13,7%) P=0,0000
NOTRE ETUDE	50	0

Lorsque l'amibiase hépatique est diagnostiquée précocement, la mortalité est inférieure à 1% [1, 2,4]. Cependant aucun décès n'a été noté dans notre étude. Par contre ce résultat est statistiquement inférieur ceux rapportés par **SHI [24]** soit 15% et **GRERWONKO [26]** soit (13,7%).

6. Coût de la prise en charge :

Le coût de la prise en charge des abcès du foie, a été à la charge de la famille. Le coût moyen de traitement a été de 86850 FCFA est nettement au-dessus du SMIG malien qui est d'environ 40000 FCFA. Nous avons pu cependant offrir à nos patients les soins adéquats avec l'aide des parents et amis des malades, du service social, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et du service de radiologie de l'Hôpital.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

➤ CONCLUSION :

L'abcès amibien du foie est une pathologie peu fréquente en milieu chirurgical. Son diagnostic est clinique devant la triade de FONTAN (hépatomégalie, fièvre, douleur), radiologique et biologique. Le traitement de base repose sur les 5 nitro-imidazolés mais dans notre série la ponction écho-guidée a été prédominante. La chirurgie n'a été indiquée que dans les cas de ruptures de l'abcès.

La morbidité est faible, la mortalité est nulle.

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

Une prise en charge multidisciplinaire des abcès amibiens du foie associant le pédiatre, le chirurgien pédiatrique et le radiologue permettrait d'améliorer son pronostic.

➤ **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités :

- La création d'un comité national de lutte contre l'amibiase maladie,
- Vulgarisation davantage du système d'assurance maladie.
- L'organisation de l'information et de la formation du personnel médical et paramédical pour une meilleure connaissance de l'abcès amibien du foie,
- Création des latrines,

Aux populations :

- La consultation dans les structures sanitaires les plus proches devant toute douleur abdominale et/ou toute fièvre,
- Hygiène individuelle et collective.

Aux agents de santé :

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

REFERENCES

REFERENCES

- 1. MOLINIER C, MENNECIER D.** Amibiase hépatique. *Encycl. Méd Chir.* (Elsevier Paris) Hépatologie, 7-027-A-10,1997, 6p.
- 2. LARDIERE-DEGUELTE S, RAGOT E, AMROUN K, PIARDI T, DOKMAK S, BRUNO O ET AL.** Hepatic abscess: diagnosis and management. *J Visc Surg* 2015; 152(4):231-43p.
- 3. AUBRY P.** Amibiase. *Encycl. Méd Chir.* (Paris, France), Thérapeutique, 25-062-A-10, 1994,10p.
- 4. SANOGO M.** Abcès amibiens du foie : expérience tropicale d'une pathologie peu observée en Europe ; *J Chir, Elsevier Masson* 2008. 145 ; N°3 : 300.
- 5. BONKOUNGOU P.** Liver abscesses in children in a tropical hospital: a seven study in the Bobo Dioulasso hospital (Burkina Fasso). *Médecine et maladies infectieuses*, 2000, 30(12): 773-775.
- 6. LAFONT E, ROSSI G, LEFORT A.** Abcès du foie. *EMC* (Elsevier SAS, Paris), Hépatologie, 08-C-001, 2017, 11p.
- 7. LODHI S ET AL.** Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess. A review of 577 adult cases. *Trop Med and intern health* 2004, 9(6):718-723.
- 8. SOUBEYRAND J, LEONETTI P, MONCANY G.** *Pathologie Africaine.* Med Inter et Echographie Paris Masson, 1986; 7-28p.
- 9. DIABY S G.** Etude des abcès du foie dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE Bamako [Thèse Med].Bamako : FMPOS ; 2012. 102p. N°12M329.
- 10. KOUAME N ET AL.** Prise en charge multidisciplinaire des abcès amibiens du foie au CHU de Yopougon, Abidjan-Côte d'Ivoire. *PanAfrican Medical Journal, case series*, 2010. 25(7). 11p.
- 11. SILVAIN C, CHAGNEAU-DERRODE C, CRUGEON C, TASU J P.** Abcès non parasitaire du foie. Diagnostic et conduite à tenir. *EMC* (Elsevier SAS, Paris), Hépatologie, 7-015-C-15, 2006,9p.

- 12. DEMBELE B M.** Affections hépatobiliaires chirurgicales dans le service de chirurgie B à l'Hôpital du Point G de Bamako au Mali [Thèse Med]. Bamako : FMPOS ; 2007. 56; N°07M102.121p.
- 13. KELLY B.** Etude des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré [Mémoire]. Bamako : FMOS ; 2013. 33p. N°13M5.
- 14. BA ID.** Abcès du foie chez l'enfant au Sénégal. EMC (Elsevier Masson SAS), Hépatologie, 0929-693X, 2016,491-496
- 15. N'GBESSO R, OUATTARA N, N'GOAN A M, KEITA K, DJEDJE A T.** Ponction évacuatrice écho-guidée des volumineux abcès amibiens hépatiques. Revue d'imagerie médicale 1994; 6(6): 345-8.
- 16. SERVICE G.** Les abcès amibiens du foie dans le service de gastroentérologie à l'hôpital de l'Amitié de Bangui: aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. J Afr Imag Méd. 2014; (6), 4: 4-9
- 17. BASTIÉ J.** Aspects cliniques et épidémiologiques de l'amoebiose tissulaire hépatique en milieu tropical à propos de 15 cas à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba de Libreville [Mémoire]. Libreville : Université Bordeaux 2 – Victor Segalen ; 2013. 49
- 18. ADIL D.** Les abcès hépatiques expérience du CHU MOHAMMED VI A propos de 62 cas [Thèse Med]. Marrakech : Université Cadi Ayyad ; 2011.79 ; N°91
- 19. MOIFO B.** Aspects échographiques d'une série de 58 abcès hépatiques au Cameroun. Med Trop 2011 ; 71 : 624-5.
- 20. NUSSAUME O et CHERBONNEL G.** L'amibiase hépatique. EMC (Elsevier SAS, Paris), Hépatologie, 7027 A10, 1978, 9
- 21. ORTIZ-SANJUAN FM, DEVESA JORDA F, FERRANDO GINESTAR J, FERRANDO I, BORGHOL A, GUTIERREZ J.** Amebic liver abscess: medical treatment or percutaneous aspiration? Gastroenterol Hepatol ; 30-C-2, 2007, 399-401.

- 22. DIARRA M.** Abcès Hépatiques (Prise en charge thérapeutique) A propos de 80 cas [Thèse Med]. Marrakech : Université Cadi Ayyad ; 2016. 88 ; N°92.
- 23. BADAOU L, DABO G.** Abcès du foie à pyogènes : à propos de 19 cas et revue de la littérature. Bull. Soc. Pathol. Exot. 2013 ; 106 :334-359.
- 24. SHI S, XIA W, GUO H, KONG H, ZHENG S.** Unique characteristics of pyogenic liver abscesses of biliary origin. Surgery 2016;159(5):1316—24.
- 25. DJOUSSOU F, MALVY D, TAMBOURA M, BEYLOT J, LAMOULIATTE H, LONGY-BOURSIER M ET AL.**
Abcès amibien du foie, Analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme thérapeutique, Rev Med Int 2003; 24: 97-101p.
- 26. CZERWONKO ME, HUESPE P, BERTONE S, PELLEGRINI P, MAZZA O, PEKOLJ J, ET AL.** Pyogenic liver abscess: current status and predictive factors for recurrence and mortality of first episode. HPB 2016; 18(12):1023—30.
- 27. LIU CG AND AL.** Amoebic liver abscess and human immunodeficiency virus infection : A report of three cases. J Clin Gastro-entero 2001; 33 :648.
- 28. BEN ABDALLAH R, YAACOUB, BEN AYED, GHRIBI H, SNOUSSI O, AOUN K, BOURATBINE A.** Abcès authentifié par PCR chez ressortissant indien. Rev Tun Infectiol Avril 2009, vol 3 ; N°2 : 41-3.
- 29. RYSZARD J.** Clinical manifestations and ultrasonography guided aspiration of amoebic Liver abscess in St Walburg's Hôpital, Nyangao, Taanzania. Trop Doctor 2002 ; 32 :92-3.
- 30. BLESSMANN JOERG, LE VAN ET EGBERT TANNICH.** Ultasons hépatiques dans une population avec une incidence élevée de l'amibiase invasive: Evidence pour des abcès amibien sub-cliniques et individu limités du foie. Med Trop et Santé inter 2003 ; 8(3) : 231.

- 31. ACUNA SOTO R, MAGUIRE JH, WIRTH DF.** Gender distribution in asymptomatic and amoebiasis. Am J Gastro-enterol 2000 ; 95 :1277-1281.
- 32. RAYNAL M, CAZEJUST J, AZIZI L, BESSOUD B, MONNIER C L, ARRIVE L, MENU Y.** Apport de la diffusion dans le diagnostic des abcès hépatiques versus tumeurs nécrotiques. J Radiol 2009; 90(10): 1296.
- 33. KONE T.** Etude des abcès amibiens du foie dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 53 cas [Thèse Med]. Bamako : FMPOS ; 2006. 8 ; N°12M29.95p
- 34. CASTING D, SMAIL A.** Anatomie du foie et des voies biliaires. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Hépatologie, 7-001-A-10, 1999 : 12.
- 35. WEINKE T ET AL.** Amoebic liver abscess-rare need for percutaneous treatment modalities. Eur J of Med research 2002:7:25-9
- 36. LEE K, KIM EL, LEE S ET AL.** Amoebic liver abscess in HIV-infected patients. AIDS (London; England) ,2000. 14(12): 1872-3p.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête

1. Fiche d'observation n°: /___/___/___/

2. Dossier médical n°: /___/___/___/___/___/___/

Identité et données admiratives

3. Nom et prénom(s) :

4. Age (en année) :/___/___/___/

5. Sexe : /___/ 1= masculin 2 = féminin

6. Ethnie :/___/ 1 = Bambara 2 = Malinké 3 = Peuhl 4 = Soninké 5 =

Sonrhäï 6 = Bobo 7 = Sénoufo 8 = Minianka 9 = Dogon 10 = Maures 99 = Autre

99a= Si Autre à préciser

7. Adresse :...../

8. Contact:/

9. Provenance.../___/ 1 = Bamako 2 = Kayes 3 = Ségou 4 = Koulikoro 5 =

Tombouctou 6= Sikasso 7 = Mopti 8 = Gao 9 = Kidal 10 = Autre à préciser

10. Adressé(e) par : /___/ 1 = médecin 2 = infirmier 3 = venu(e) de
lui-même 99 = autre 99a= Si autre à préciser

11. Durée d'hospitalisation (en jours)...../ /

Antécédents

A-personnels :

1-médicaux : / / 1= HTA 2= Diabète 3=Drépanocytose 4= Asthme 5=
HIV 6=Autre 6a=Si autre à préciser

2- chirurgicaux : / / a=Oui b=Non

B-familiaux :

Père : / / a= HTA b= Diabète c=Drépanocytose e= Asthme f= HIV g=
Autre gx=Si autre à préciser

Mère : / / a= HTA b= Diabète c=Drépanocytose e= Asthme f= HIV g=
Autre gx= Si autre à préciser

Clinique

12. Motif de consultation : /___/ 1 = douleur abdominale 2 = fièvre
3 =douleur thoracique 4 = masse abdominale 5 = diarrhée
6 = perte de poids 99 = autre 99a= Si autre à préciser

Signes généraux : +

13. Poids :/ /
14. Température : / / 1= normale 2=élevé 3=basse
15. Pouls :/ / 1=normal 2=élevé 3=bas
16. TA :/.....
17. conjonctives : /___/ 1 = colorées 2 = pâles 3 = ictériques 99 = autre
99a=Si autre à préciser

Signes physiques

Inspection :

18. Etat de l'abdomen : /___/ 1 = plat 2= distension 3 = voussure épigastrique 4
= cicatrice 99 = autre 99a=Si autre à préciser

Palpation :...../ /

1. Hépatomégalie
2. Contracture abdominale
3. Défense abdominale
4. Splénomégalie
5. 1+2
6. 1+3
7. 1+4
8. 1+2+3+4
99. Autre 99a= Si autre à préciser

Percussion :...../ /

1. Matite pre-hepatique

2. Tympanisme abdominale

99=Autre 99a= Si autre à préciser

Auscultation :

19. Aires pulmonaires : /___/

1 = murmure vésiculaire bien perçu

2 = murmure vésiculaire diminué

3 = murmure vésiculaire aboli

4 = crépitant

99= autre 99a=Si autre à préciser

20. TR. : /___/ 1 = normal 2 = douglas douloureux 3 = douglas bombé

4 = autre 99a= Si autre à préciser

Examens complémentaires

Echographie abdominale:

21. Image d'abcès hépatique: /___/ 1 = oui 2 = non

22. Siege de l'abcès sur le lobe : 1=lobe droit 2= lobe gauche

23. Siege de l'abcès sur le(s) segment(s):..... /___/___/

24. Nombre d'abcès:..... /___/

25. Taille de l'abcès (diamètre en millimètre) : /___/

26. Abcès cloisonne : /___/ 1 = oui 2 = non

27. Volume de l'abcès :.....

28. Abcès Fistulisé.....

Biologie

29. N.F.S :.....

30. Vs : 1= normale 2=élevée

31. Glycémie (en mmol. / L.) : /___/

32. Transaminases (tgp) (en unité internationale U.I. /l) : /___/

33. Transaminases (tgo) (en unité internationale U.I. /l) : /___/

34. Bilirubine totale (en $\mu\text{mol/l}$) : /___/ 1 = <17 2 = >17

35. Bilirubine directe (en $\mu\text{mol/l}$) : /___/ 1 = <2 = $>$

36. Bilirubine indirecte (en $\mu\text{mol/l}$) : /___/ 1 = < 2 = >

37. Sérologie Widal : /___/ 1 = positive 2 = négative

38. Sérologie amibienne : /___/ 1 = positive 2 = négative

39. Sérologie H.I.V. : /___/ 1 = positive 2 = négative

40. Sérologie H. Bs : /___/ 1 = positive 2 = négative

41. Ponction Echo-guidée :

41a. Aspect du pus...../

41b. Quantité...../

41c. Nombre de Séance...../

42. ECB du pus :

42a. Milieu de culture...../

42b. Colorant...../

42c. Germe isolé..... /

42d. Antibiogramme :

➤ Sensibilité...../

➤ Intermédiaire...../

➤ Résistant...../

Radiographie thoracique :

42. Résultats: /___/ 1 = image d'abcès pulmonaire 2 = surélévation de la coupole diaphragmatique droite 3 = pleurésie 99 = autre 99a= Si autre à préciser

Traitement:

A- moyens médicamenteux:

43. Médicament(s) utilise(s): /___/ 1 = métronidazole 2 = ceftriaxone

3 = gentamycine 99= autre 99a=Si autre à préciser

B-moyens chirurgicaux:

46. Technique utilisée : /___/ 1 = drainage 2 = laparotomie 3 = indéterminée

99=Autre 99a=Si autre à préciser

Evolution

47. Evolution: /___/ 1 = guérison 2 = complication (s)

3 = décès 99 = autre 99a=Si autre à préciser

Evaluation du cout de traitement:

48. Cout de la consultation(en FCFA):...../___/___/___/___/___/___/

49. Cout des bilans para cliniques (en FCFA) :../___/___/___/___/___/

50. Cout du traitement chirurgical (en FCFA) : /___/___/___/___/___/

51. Cout de l'hospitalisation (FCFA) :/___/___/___/___/___/

52. cout global de la prise en charge (en FCFA):/___/___/___/___/___/

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SAMAKE

Prénom : Ibrahima

Titre : Abcès amibien du foie dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalière Universitaire Gabriel TOURE

Année : 2017-2019

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Chirurgie pédiatrique, Pédiatrie, Imagerie médicale.

Résumé

Objectifs généraux :

- Déterminer la fréquence hospitalière de l'abcès amibien du foie en milieu chirurgical pédiatrique ;
- Décrire les aspects cliniques, para-cliniques et thérapeutiques de l'abcès amibien du foie ;
- Évaluer le résultat du traitement de l'abcès amibien du foie ;
- Evaluer le coût de la prise en charge.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective de 8 ans, allant du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2017 effectuée dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalière Universitaire Gabriel TOURE.

Pour 10164 admissions, 50 cas d'abcès amibiens du foie en ont été colligés, ce qui a représenté une fréquence hospitalière de 0,49%.

L'âge moyen de nos patients a été de 6,7 ans. Le sexe masculin a été prédominant avec une sex-ratio de 1,4. Les signes cliniques les plus fréquents ont été la fièvre (100%), l'hépatalgie (94,1%), l'hépatomégalie (72%) et nausées et/ou vomissements (62%). Les collections objectivées à l'échographie abdominale étaient localisées dans le lobe droit dans 88,2%, uniques dans 76,5%. La sérologie amibienne effectuée dans 100% des cas, a été positive dans

50 cas (100%). Le traitement médical a été exclusif dans 6 cas (12%), une ponction évacuatrice écho-guidée a été nécessaire dans 88% des cas. La chirurgie a été pratiquée dans 6 cas de péritonite (12%). La morbidité est faible (6%). Nous n'avons pas enregistré de décès dans notre série.

Une prise en charge multidisciplinaire des abcès amibiens du foie associant le pédiatre, le chirurgien pédiatrique et le radiologue permettrait d'améliorer le pronostic.

Mots clés : Abcès amibien, enfants, foie, Mali

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont 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 leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle

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

JE LE JURE