

Ministère de l'Éducation Nationale
de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



Université des Sciences
des Techniques et des
Technologies de Bamako

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple-Un But-Une Foi



Faculté de Médecine
et d'Odonto-Stomatologie
FMOS

N°.....

TITRE

**ABCES AMIBIEN DU FOIE DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE
L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 31/10/2020 devant

Par : Mr Daouda Kalifa DEMBELE

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

JURY

Président : Pr Yacaria COULIBALY

Membre : Dr Amadou TRAORE

Co-Directeur : Dr Bréhima TRAORE

Directeur : Pr Alhassane TRAORE

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 jour.

Aussi que je 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 pour toutes les imperfections depuis le début de ce travail. Qu'Il nous accorde sa grâce.

Que la paix et le salut de Dieu soient sur le **Prophète Mohamed** Paix et Salut sur Lui (PSL).

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 pour pouvoir te servir avec loyauté et dévouement.

A mon très cher Père, Kalifa DEMBELE

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 Aminata DAOU

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

Diakaridia DEMBELE, Moussa DEMBELE, Soumaila DEMBELE, Dramane DEMBELE dit DABATE, Kadia DEMBELE, Assétou DEMBELE, Djeneba DEMBELE, Rokia DAOU, Aminata DAOU, Mamou DEMBELE, Fatoumata DEMBELE

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 fiancée

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

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 DEMBELE et COULIBALY

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 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

REMERCIEMENTS

-A tous mes maîtres de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour

La qualité de l'enseignement reçu.

Au Professeur Pierre Adegne TOGO, 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. Merci pour le savoir-faire que vous nous avez transmis.

Au Professeur Alhassane TRAORE

Votre grandeur d'âme 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 grâce.

A Docteur Amadou TRAORE

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.

Dr CISSE Abdramane

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 maître exemplaire. Recevez ici, Dr CISSE tout le respect que je voue à votre personne.

A tous les chirurgiens du service

Dr ALY Guindo Chirurgien Maxillo-Facial, Dr THERA David Chirurgien Maxillo-Facial, Dr Korotimi MALLE Chirurgienne Pédiatre, Dr DIABY Chirurgien pédiatre, Dr KONE Mory urologue, Dr TRAORE Djibril Chirurgien généraliste, chef de service.

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

A mes collègues thésards de la chirurgie

Soumaila SAGARA, Dramane COULIBALY, Bakary DIABATE, Soungalo DJIBO, Hamady KASSAMBARA, Aissata MAIGA

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

A tous le personnel infirmier

Le major Yacouba BORE, Pléa K. Fatoumata GORO, Mama TRAORE, TOURE Madiassa.

Djeneba FOMBA, Mme DEMBELE Fatoumata Diallo

A mes amis

Denis DEMBELE, Adama TRAORE, TRAORE Dramane, Moussa BAMBAMBA, DAO Abdoulaye

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

A tous ceux ou celle 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.

HOMMAGES AUX MEMEBRES DE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Yacaria COULIBALY

Professeur Titulaire de Chirurgie Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Spécialiste en chirurgie pédiatrique.

Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.

Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres.

Membre de la Société de Chirurgie du Mali (S.O.CH.I.M.A).

Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie.

Chevalier de l'ordre de mérite en santé.

Cher Maître

Vous nous faites un grand privilège en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations, votre simplicité, votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait, et l'étendue de vos connaissances scientifiques font de vous un maître admiré de tous. Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Amadou TRAORE

Médecin colonel à la Direction Centrale des Services de Santé des Armées (DCSSA)

Maître-assistant à la FMOS.

Spécialiste en chirurgie générale.

Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.

Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).

Cher maitre,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, 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 MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Bréhima TRAORE

Spécialiste en chirurgie générale;

Praticien hospitalier à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti (HSD-M);

Chargé de recherche à l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB);

Chargé de cours à l'Institut National en Science de la Santé(INFSS) de Mopti;

Spécialiste en chirurgie de la fistule Obstétricale;

Membre de la Société des Chirurgiens du Mali (SO.CHI.MA) et de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF);

Directeur général Adjoint de l'HSD-M

Cher maître

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail ne nous a guère surpris. Votre rigueur dans le travail, votre professionnalisme, vos qualités humaines font de vous un praticien exemplaire.

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

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Alhassane TRAORE

Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS.

Spécialiste en chirurgie hépato-biliaire et pancréatique.

Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.

Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS).

Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).

Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F).

Membre de la Société Internationale de Hernie.

Honorable Maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous, pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, votre amour du travail bien fait, votre courage et vivacité font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique impose le respect et l'admiration de tous. Professeur nous vous envions et souhaiterons emboiter vos pas, bien que difficile. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage : par la pédagogie, l'humilité, l'accessibilité dont vous faites preuve.

C'est un grand honneur et une fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Nous, vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude.

Que le bon Dieu vous gratifie d'une longue vie.

SOMMAIRE

SOMMAIRE :

Introduction.....	1
Objectifs.....	3
Généralités.....	5
Méthodologie.....	24
Résultats.....	29
Commentaires et discussion.....	49
Conclusion et Recommandation.....	58
Iconographie.....	61
Référence.....	64
Annexe.....	68

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la profession

Tableau II : Répartition patients selon la provenance

Tableau III : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Tableau IV : Répartition des malades selon les antécédents

Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation

Tableau VI: Répartition des malades selon le délai de consultation

Tableau VII : Répartition des malades selon les signes généraux

Tableau VIII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Tableau IX: Répartition des patients selon les signes physiques

Tableau X : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie abdominale

Tableau XI : Répartition des patients selon le lobe atteint

Tableau XII : Répartition des patients selon la segmentation

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

Tableau XIV : Répartition des patients selon le volume d'abcès

Tableau XV Répartition des patients selon les résultats de la radiographie du thorax

Tableau XVI: Répartition des patients selon le résultat de la NFS

Tableau XVII : Répartition des malades selon les résultats de l'anémie et ses degrés

Tableau XVIII : Répartition des malades selon les résultats de l'ECB du pus

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

Tableau XX: Répartition des patients selon le résultat de la sérologie HIV

Tableau XXI : Répartition des patients selon le résultat de la sérologie FELIX WIDAL

Tableau XXII : Répartition des patients selon leur diagnostic

Tableau XXIII: Répartition des malades selon les moyens thérapeutiques

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

Tableau XXV: Répartition des patients selon l'aspect du pus

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les complications de l'abcès

Tableau XXVII: Répartition des patients en fonction des suites immédiates du traitement instrumental

Tableau XXVIII: Répartition des patients en fonction des suites immédiates du traitement chirurgical

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

Tableau XXX : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le siège de l'abcès.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le volume de l'abcès.

Tableau XXXII : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et le segment atteint.

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

Tableau XXXIV: Répartition des patients selon la morbidité

Tableau XXXV : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et la morbidité

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le délai de consultation et complications

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon l'âge moyen chez les adultes et auteurs

Tableau XXXVIII: Répartition des patients en fonction de l'âge moyen chez les enfants et auteurs

Tableau XXXIX: Répartition des malades selon la sex-ratio

Tableau XL: Répartition des malades en fonction du délai de consultation et auteurs

Tableau XLI: Répartition des malades en fonction des signes physiques et auteurs

Tableau XLII: Répartition des malades en fonction du nombre d'abcès et auteurs

Tableau XLIII: Répartition des malades en fonction de la morbidité et auteurs

Tableau XLV : Répartition des malades en fonction de la mortalité et auteurs

LISTES DES FIGURES

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Situation anatomique du foie

Figure 2 : Foie vue postérieure

Figure 3 : Segmentation du foie

Figure 4 : répartition des malades en fonction de la fréquence en année

Figure 5 : répartition des malades en fonction de la tranche d'âge

Figure 6 : répartition des malades en fonction du sexe

Figure 7 : Abscess rompu avec pus d'aspect chocolaté per-op chez une patiente de 42 ans.

Figure 8 : Image échographique d'un abcès du foie au niveau du segment VII environ 400CC du pus.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage

°C : degré Celsius

A.F : abcès du foie

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

FMOS : Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

g : gramme

Gastro-enterol : Gastro-entérologie

INFSS : (institut National de Formation en Science de Santé)

IRM : Imagerie par résonance magnétique

j: jour

Méd : Médecine

mg : milligramme

ml : millilitre

mm : millimètre

mmol : millimole

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondial 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 Minimun Interprofessionnel Garanti

TDM : Tomodensitométrie

TGO : Transaminase Glutamique Oxaloacétique

TGP : Transaminase Glutamo-Pyruvique

TR : Toucher Rectal

Trop : Tropical

USA : United Stades of America

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Vol: Volume

VS : Vitesse de sédimentation

μmol : micromole

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'abcès amibien du foie se définit comme une collection suppurée d'origine parasitaire, située au sein du parenchyme hépatique, à l'exclusion des suppurations localisées dans des cavités préexistantes. Le germe en cause est habituellement *Entamoeba histolytica*. C'est une affection très fréquente en milieu tropical [1]. La morbidité est faible. Lorsque l'amibiase hépatique est diagnostiquée précocement, la mortalité est inférieure à 1% [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 [3]. En 2018, 52 cas d'abcès amibiens sur 10 ans ont été recensés dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G au Mali [5]. En 2019 il a représenté 0,49% des hospitalisations dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré [1].

Le diagnostic de l'abcès amibien est clinique et devant la triade de FONTAN :

Hépatomégalie, hépatalgie et fièvre, confirmé par l'aspect chocolaté de pus et la positivité de la sérologie amibienne [6]. 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 amoebicides 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, 7]. La ponction écho-guidée est indiquée lorsque le traitement est insuffisant et /ou le volume de l'abcès est supérieur à 10 ml non rompu [1, 2, 7].

Le traitement chirurgical est réservé à la rupture de l'abcès, cloisonné et l'abcès inaccessible à la ponction écho-guidée [1, 2, 7]. L'amibiase occupe la troisième place mondiale parmi les affections parasitaires quant à la létalité derrière le paludisme et la schistosomiase [1, 3].

Le pronostic dépend du diagnostic précoce [6].

OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier les abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

2-Objectifs spécifiques :

Déterminer la fréquence hospitalière de l'abcès amibien du foie en milieu chirurgical;

Décrire les aspects cliniques et para cliniques de l'abcès amibien du foie ;

Evaluer le résultat du traitement de l'abcès amibien du foie.

GENERALITES

II- GENERALITES

1-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 cytolitiques et non inflammatoires, ce qui R 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-imidazoles, 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, 12]

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 : $\frac{3}{4}$ une forme végétative « minuta » saprophyte de la lumière intestinale $\frac{3}{4}$ 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. $\frac{3}{4}$ une forme kystique, généralement quadri nucléé. 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 : $\frac{3}{4}$ un cycle pathogène chez les malades $\frac{3}{4}$ un cycle non pathogène chez les porteurs sains assurant la dissémination de l'amibiase.

1.1.2.1. Cycle pathogène :

Il résulte de la transformation accidentelle d'une forme minuta en forme *histolytica* sous l'influence de multiples facteurs modifiant la flore colique.

Ces facteurs sont entre autre l'irritation de la muqueuse intestinale, le surmenage, le post-partum, le déséquilibre alimentaire et tout stress physique ou psychique.

Grâce à un riche équipement enzymatique, *Entamoeba histolytica* possède un pouvoir nécrotique.

Il crée des ulcérations de la muqueuse colique et parvient à la sous-muqueuse, déterminant ainsi des abcès en « boutons de chemise », responsable du syndrome dysentérique.

Dans la sous-muqueuse *Entamoeba histolytica* se divise par scissiparité. Dans certains cas il peut éroder les vaisseaux de la sous-muqueuse et gagner par le système porte le foie où il exerce son pouvoir nécrotique à l'origine de la formation des abcès.

1.1.2.2. Cycle non pathogène :

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

Ils peuvent vivre pendant 10 jours dans les selles humides et sur les feuilles des végétaux mais beaucoup plus longtemps dans l'eau à une température de 18°C. Ils sont par contre sensibles à la chaleur et surtout à la dessiccation.

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

1.1.3. Répartition géographique :

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

1.1.4. Réservoir de parasite :

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

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

1.2. Rappels anatomiques du foie :

1.2.1. Situation :

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

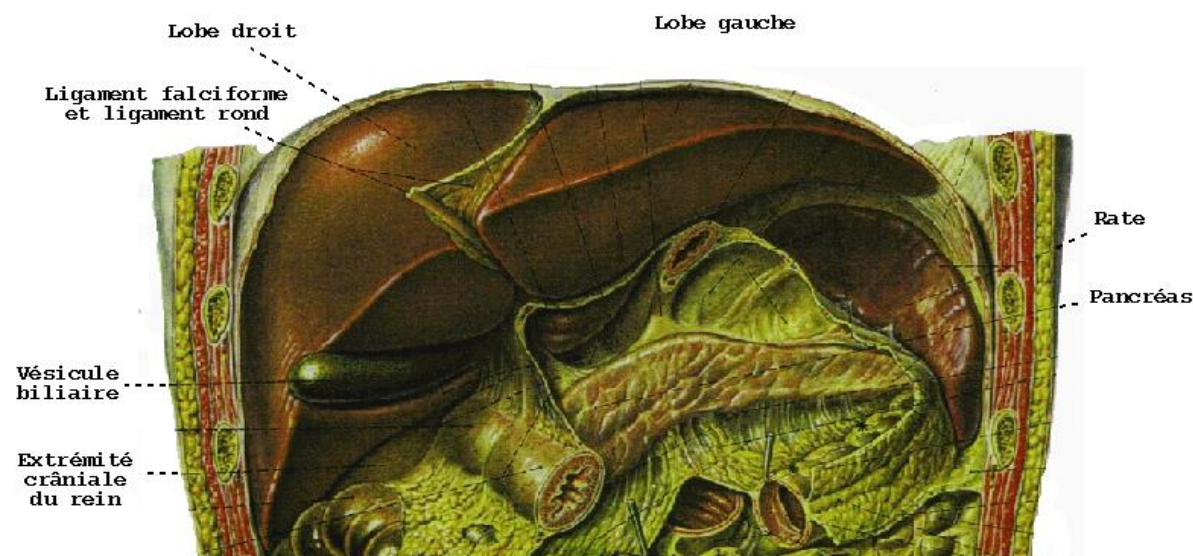


Figure 1 : Projection antérieure du foie

1.Lobe droit ; 2.Lobe gauche

1.2.2. Couleur et consistance :

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

1.2.3. Poids et dimensions :

Le foie est l'organe le plus volumineux de l'organisme. Son poids est d'environ 1500 grammes sur le cadavre. Chez le vivant, le foie contient en plus 800 à 900 grammes de sang. Il mesure en moyenne 28 centimètres dans le sens transversal, 16cm de haut et 8cm d'épaisseur dans la région la plus volumineuse du lobe droit

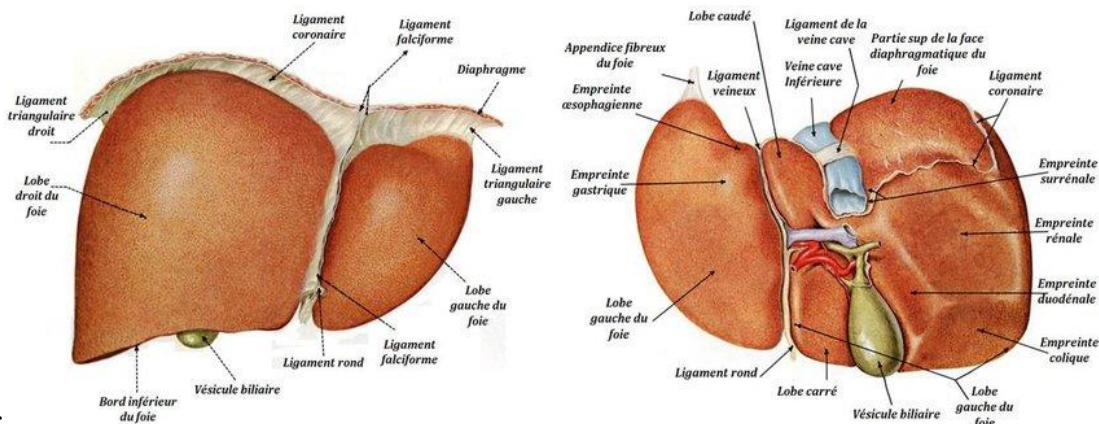


Figure 2 :

FACE DIAPHRAGMATIQUE DU FOIE

FOIE:FACE

VISCERALE

1.2.4. 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 Position du foie par rapport aux viscères abdominaux sur le bord antérieur de la glande une échancrure à laquelle aboutit l'extrémité antérieure du ligament falciforme.
 - **sillon antéropostérieur droit** : c'est en réalité une large gouttière peu profonde, plus large en avant qu'en arrière. Cette gouttière est appelée fossette cystique parce qu'elle répond à la vésicule biliaire.
 - **sillon transverse** encore appelé hile du foie, s'étend entre les deux sillons antéropostérieurs. Il mesure 6 à 7 centimètres de longueur et 1.5 centimètres de largeur. Il est occupé par les organes qui vont au foie ou qui en partent (vaisseaux, nerfs, voies biliaires). Les trois sillons de la face inférieure du foie découpent sur cette face quatre segments ou lobes : le lobe gauche, le lobe droit, le lobe carré et le lobe de Spiegel :
 - Le lobe gauche est en dehors du sillon 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.

1.2.5. 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.

1.2.6. Vaisseaux et nerfs : [9]

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

1.2.6.1.1. La veine porte : naît de la confluence du tronc spleno-mésaraïque et la veine mésentérique supérieure. Elle se divise au niveau du hile en deux branches, l'une droite et l'autre gauche : -la branche droite, plus volumineuse et plus courte, donne deux collatéraux pour les lobes carré et de SPIEGEL et se ramifie dans le lobe droit. Cette branche reçoit ordinairement les veines cystiques inférieures. -la branche gauche qui avant de pénétrer dans le lobe gauche, envoie quelques collatéraux aux lobes carré et de SPIEGEL.

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

1.2.6.1.3. Les veines sus-hépatiques :

Elles assurent : le retour veineux du foie à la veine cave inférieure, *f*

le cheminement à la périphérie des lobules, segments puis secteurs hépatiques pour former au final 3 veines sus-hépatiques : *f*

droite dans la scissure portale droite, *f*

moyenne dans la scissure portale principale, *f*

gauche dans la scissure portale gauche.

1.2.6.2. Les lymphatiques

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

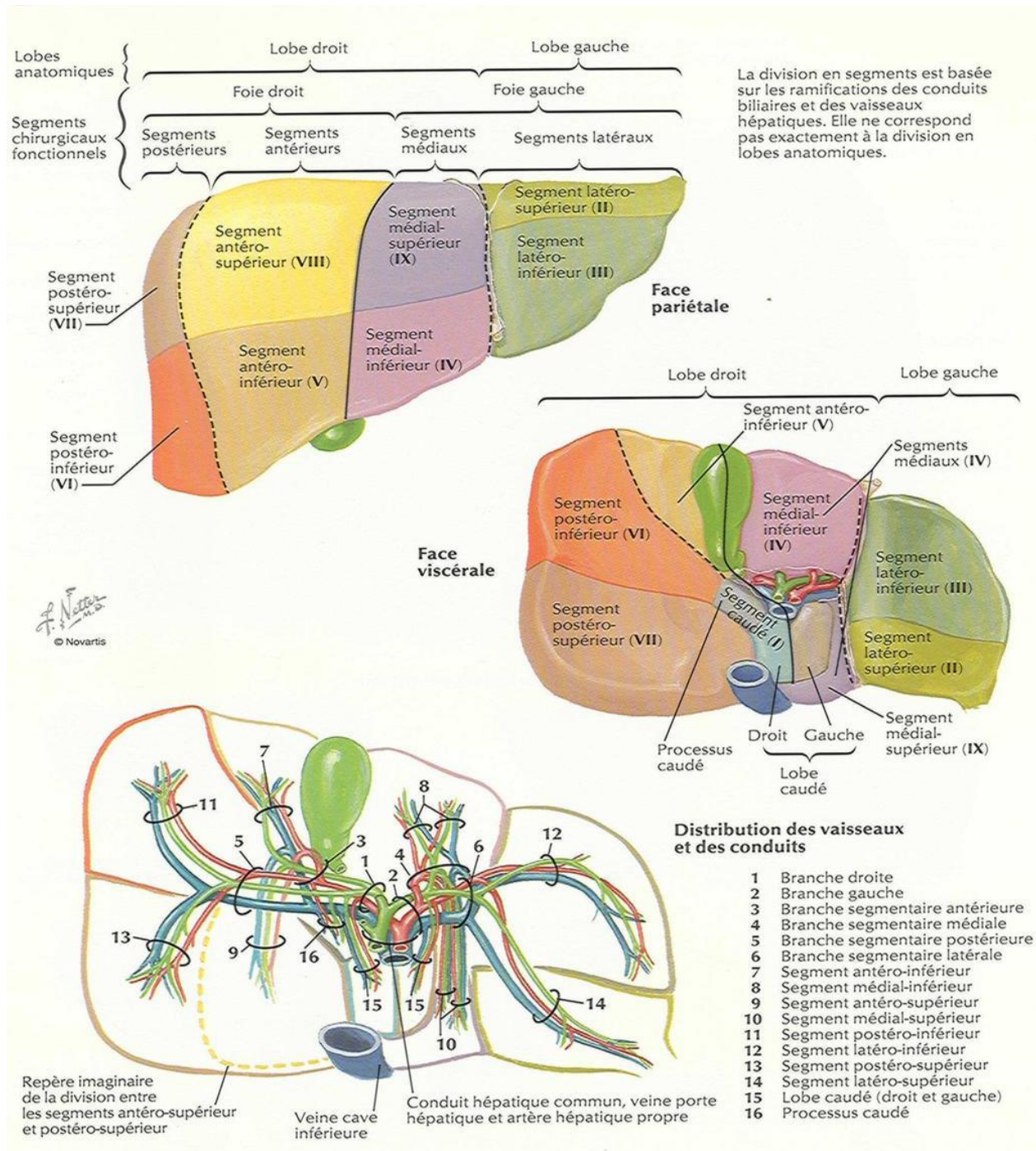
1.2.6.3. Les nerfs :

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

1.2.7. Segmentation hépatique :

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

Cheval sur les deux lobes Quatre secteurs, 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]



SEGMENTATION HEPATIQUE

1.3. Physiopathologie : [12]

Grace 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 récives soient possibles, ces anticorps semblent exercer un certain effet protecteur. Interviennent également des processus d'immunité à médiation cellulaire par induction d'une prolifération lymphoblastique et production de lymphokines.

1.4. Anatomie pathologique : [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 a bactérienne, 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 outrepasser les limites du foie et gagner les organes voisins: c'est le stade des complications

1.5. Diagnostic :

1.5.1. Etude clinique :

1.5.1.1. Forme aiguë typique : [1, 2, 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 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 Bordes et Blanc). La douleur que provoque l'ébranlement en masse du foie, par percussion de la base thoracique droite, ne doit être recherchée qu'avec prudence car peut être syncopale.

•**Les signes cliniques associés :**

À cette triade symptomatique fortement évocatrice, vient s'ajouter très souvent un cortège de signes qui peuvent être présents dès le début mais se voient plus volontiers dans les formes évoluées. Il s'agit : -de signes digestifs à type d'anorexie globale (79% des cas) d'aggravation progressive, de nausée, de vomissement, de diarrhée -d'une altération de l'état général, d'une asthénie physique avec sensation de malaise ; -des signes pleuro pulmonaires à type de toux irritative, de dyspnée (10% des cas), ils orientent le diagnostic en zone d'endémie ; -d'autres signes comme l'ictère cutanéomuqueux, fréquent sous les tropiques, a une signification pronostique défavorable.

1.5.2. Les examens complémentaires :

1.5.2.1. Imagerie :

L'échographie :

En première intention, c'est l'examen de choix en raison de son efficacité, de sa facilité et de son innocuité. Il arrive tout au début, qu'elle ne révèle aucune lésion, il faut donc savoir reconnaître les signes indirects inconstants qui sont : œdème de la tête du pancréas ou épaissement de la paroi vésiculaire. L'absence de lésion ne doit ni faire récuser le diagnostic présumé ni retarder la prescription d'un traitement spécifique.

Les jours suivants, vont apparaître des signes plus évocateurs. Il s'agit d'abord d'une zone hypoéchogène sans limites nettes, initialement hétérogène, puis homogène sans renforcement postérieur. Le passage de la sonde à son aplomb est souvent douloureux.

Elle évolue vers la liquéfaction qui donne à la nécrose son aspect le plus typique et le plus souvent observé : cavité anéchogène ou renfermant de fins échos, à paroi fine avec renforcement postérieur, parfois polylobée, volontiers périphérique. L'existence de cloison de refend est possible. Lorsque la nécrose évolue lentement, on peut observer des formations hypoéchogène en amas ou en stries épaisses. Plus rarement, dans les abcès d'évolution chronique, l'aspect peut

être confondu avec celui d'un carcinome hépatocellulaire. La radiographie pulmonaire ou la radioscopie : Elle est demandée en présence de signes pleuro pulmonaires et peut révéler les signes de complications à type de réaction pleurale simple avec comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique, d'épanchement plus important et des opacités parenchymateuses de la base droite. Elle peut également montrer des signes indirects d'abcès du foie à type de surélévation de la coupole diaphragmatique droite soit globalement une déformation « en brioche » ou en « en soleil couchant ». En cas d'abcès du lobe gauche on peut observer une surélévation de la coupole gauche. Le scanner ou l'IRM : Ils ne sont pas plus sensibles que l'échographie devant les formes non compliquées. Leur coût de réalisation élevé et leur non vulgarisation dans nos pays rendent leurs indications rares.

1.5.2.2. Examens parasitologiques :

1.5.2.2.1. Analyse cytobactériologique du pus :

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

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

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

1.5.2.2.4. La sérologie amibienne :

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

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

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

L'hémagglutination passive : c'est un test très sensible mais avec un risque de faux positifs. Elle a une plus grande valeur lorsque l'amibiase hépatique est vue en dehors d'une amibiase

colique. Une sérologie fortement positive est très évocatrice d'amibiase viscérale, en particulier hépatique. Cependant, des taux élevés s'observent parfois au cours d'une amibiase intestinale aiguë ou longtemps après la guérison d'une amibiase tissulaire connue ou non. A l'inverse une sérologie négative n'élimine pas formellement l'amibiase hépatique, surtout au début.

1.5.2.3. Les examens biologiques courants : ont une valeur d'orientation, ils sont néanmoins fondamentaux pour suivre l'évolution sous traitement. La plupart d'entre eux se normalisent en 8 à 14 jours de façon progressive. De nombreux auteurs insistent sur la valeur de la VS pour suivre l'effet du traitement. L'hémogramme décèle une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une anémie modérée. La vitesse de sédimentation est accélérée, à plus de 50 mm à la première heure (avec des extrêmes de 5 à 161mm). Une VS supérieure à 80 à la première heure est en faveur d'une suppuration profonde ou d'un syndrome inflammatoire. La protéine C réactive (CRP) : elle est couramment élevée. Les tests hépatiques (les transaminases hépatiques, la bilirubine et les phosphatases alcalines) sont peu perturbés. L'électrophorèse des protéides montre une hypo albuminémie, une augmentation importante des Alpha2-globulines et modérée des Gammaglobulines.

1.6. L'évolution :

1.6.1. L'évolution favorable : lorsque l'amibiase hépatique est diagnostiquée précocement, la mortalité est inférieure à 1%.

Il n'en va pas ainsi dans les pays en voie de développement où la malnutrition, les agressions poly parasitaires et infectieuses, le recours en première intention à la médecine traditionnelle ont pour conséquence une gravité accrue de la maladie. L'abus d'alcool fréquent dans certains pays, semble exercer un effet délétère. Les taux de mortalité de 4 à 18% sont en fait très variables selon les lieux et l'époque. Sous traitement adapté, l'évolution habituelle est la guérison sans séquelles. La douleur et l'anorexie s'atténuent en général très vite pour disparaître en quelques jours. La température se normalise en 3 à 5 jours, quelquefois après une cassure brutale dès la 12^{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 intégrum. En l'absence de ré infestation, les récurrences en site sont rares, quelquefois itératives.

1.6.2. Les complications : le risque évolutif est l'extension du processus aux organes voisins. Rares en France, les complications qui en résultent sont fréquentes en zone tropicale (12 à 36%) responsables de l'essentiel de la mortalité liée à cette maladie.

Une complication peut être inaugurale du tableau clinique ou survenir même malgré un traitement adéquat.

Globalement les complications pleuro pulmonaires sont les plus fréquentes. L'atteinte péricardique est très rare (moins de 1%), elle est propre aux abcès du lobe gauche. Schématiquement l'atteinte des structures adjacentes au foie survient de deux façons :

La rupture brutale de l'abcès, elle concerne soit la cavité fermée d'une séreuse (par ordre décroissant de fréquence plèvre, péritoine, et péricarde), soit dans un organe creux (arbre bronchique, intestin).

En cas de rupture pleurale, surviennent un état de détresse respiratoire et éventuellement un état de choc. En cas de rupture péritonéale, s'installe un tableau de péritonite aiguë qui peut simuler une rupture viscérale. La rupture intra péricardique provoque une tamponnade aiguë.

La rupture dans un organe creux se drainant naturellement vers l'extérieur donne également lieu à un tableau bruyant : douleur suivie de vomique abondante, puriforme ou brune, avec détresse respiratoire en cas de rupture bronchique, débâcle diarrhéique puriforme en cas de rupture dans le tractus digestif. L'extension de proche en proche est le mode le plus fréquent.

1.7. Les formes cliniques :

1.7.1. Les formes symptomatiques : la fièvre peut être isolée, manquer ou rester discrète. Les douleurs sont souvent atténuées ou ectopiques. Contrairement à l'opinion classique, un ictère de type variable cytolytique ou rétentionnel peut survenir. Les complications pleuro pulmonaires sont parfois plus bruyantes que les manifestations hépatiques.

1.7.2. Les formes topographiques :

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

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

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

1.8. Diagnostic différentiel :

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

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

Le cancer primitif du foie nécrosé, fréquent en Afrique noire, simule d'assez près l'amibiase hépatique. L'échec du traitement d'épreuve au Métronidazole, l'absence d'anticorps spécifiques amibiens à un titre élevé, la mise en évidence d'une

alphafoetoprotéine dans le sérum du malade, les données laparoscopiques et histologiques permettent la distinction.

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

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

1.9. Traitement :

1.9.1. But : ¼ Eradiquer l'amibe ¾ Evacuer la collection ¾ éviter les récives et les complications et améliorer le confort du patient.

1.9.2. Moyens de traitement :

1.9.2.1. Traitement médical : c'est le traitement étiologique de la maladie. Il utilise les 5-nitroimidazoles dont le chef de file est le Métronidazole. Le Métronidazole se présente en comprimés de 250 et 500mg, en flacon de 500mg/100ml pour solution injectable et en suspension buvable à 4% (125mg/CC). La posologie est de 30 à 50mg/kg/j chez l'adulte, de 30 à 40mg/kg/j chez l'enfant en 3 administrations quotidiennes. En pratique chez l'adulte la dose est de 1,5g/j en 3 prises. La durée du traitement est de 5 à 10 jours

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

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

1.9.2.2. La ponction écho guidée : utilise une aiguille de calibre suffisant (**16 ou 18G**) pour évacuer un pus épais. Elle peut être éventuellement répétée. Certains instillent au décours, un produit de contraste pour apprécier le volume de la cavité et ses connections éventuelles avec l'arbre biliaire ou avec les organes voisins.

D'autres instillent un amoebicide dilué mais toutes ces pratiques sont contestées. La ponction soulage la douleur, son effet favorable sur la défervescence fébrile et la durée d'hospitalisation reste controversé pour les abcès non compliqués. Elle n'est pas exempte d'incidents (hémorragie, fistulisation à la peau et surinfection bactérienne).

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

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

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

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

1.9.3. Les indications thérapeutiques : [1, 11]

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

1.9.3.2. La ponction écho-guidée : les indications les plus courantes sont :

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

1.9.3.3. Le traitement chirurgical : il est réservé aux complications et l'échec des autres traitements.

1.10. La prophylaxie : de nos jours elle repose sur les mesures d'hygiène et l'éducation pour la santé, destinées à éviter la contamination féco-orale. On ne dispose pas d'une chimioprophylaxie fiable. Les recherches à l'élaboration de vaccin connaissent des résultats encourageants.

Prophylaxie individuelle : respect hygiène, pas de chimio prophylaxie.

Prophylaxie collective: amélioration des conditions de vie,

- + Installation des latrines, destruction des boues d'épuration et des matières fécales,
- + Installation de d'eau potable,
- + Traitement des porteurs sains.

METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti (HSDM).

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti est l'unique structure médico-chirurgicale de 2ème référence de la 5^{ème} région administrative du Mali.

Précédemment situé au quartier « Komoguel II » de Mopti, l'hôpital Sominé Dolo de Mopti est actuellement situé dans la zone administrative de Sévaré au bord de la route nationale 6 (RN6).

L'hôpital a pour missions d'assurer :

- Les soins curatifs de 2ème référence et la prise en charge des urgences ;
- La formation (contribution à la formation initiale des élèves et étudiants et la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux), la recherche dans le domaine de la santé.

L'hôpital est composé de services suivants :

- **ADMINISTRATION** : Direction, Comptabilité, Service Social, Service Informatique.
- Médecine, pédiatrie, ophtalmologie, chirurgie, odontostomatologie, gynécologie - obstétrique urgences, réanimation, bloc opératoire, pharmacie, laboratoire, imagerie médicale, maintenance, buanderie.

Présentation du service de chirurgie

Le service de chirurgie regroupe les spécialités chirurgicales : la Chirurgie Générale, l'Urologie, l'ORL, le Maxillo-faciale et l'Orthopédie-Traumatologie.

Il comprend un bureau pour le chef de service, un bureau pour le surveillant de service qui sert de salle de staff, une salle de garde pour les chirurgiens, une salle de soins, un magasin, un vestiaire pour le personnel paramédical avec toilettes, seize (16) salles d'hospitalisations et des toilettes pour patients.

Il dispose de 44 lits répartis comme suit : Sept salles de 4 lits, cinq salles de 2 lits, trois salles VIP, et une salle de garde.

L'unité d'Odontostomatologie et d'Ophtalmologie y hospitalisent leurs patients au besoin.

Durant notre étude, le personnel de la chirurgie comprenait :

- Deux chirurgiens généralistes dont le chef de service, deux chirurgiens orthopédistes et traumatologues, deux chirurgiens urologues, deux chirurgiens maxillo-faciaux, deux chirurgiens pédiatres, Sept étudiants en médecine préparant leurs thèses, un technicien supérieur de santé (surveillant du service), trois techniciens de santé.

A ce personnel permanent s'ajoutent les élèves des écoles socio-sanitaires et les étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de différentes années reçus pour leur stage de formation.

Activités du service :

Les activités du service sont constituées par les consultations externes, la prise en charge des urgences chirurgicales, les interventions chirurgicales programmées, la visite des malades hospitalisés et les staffs quotidiens du service.

Les consultations externes de la chirurgie générale ont lieu tous les lundis, mercredis, jeudis et vendredis. La programmation des malades pour intervention chirurgicale est hebdomadaire. Chaque chirurgien fournit la liste de ses malades chaque vendredi.

Les interventions chirurgicales programmées ont lieu du lundi au jeudi. Celles de la chirurgie générale tous les lundis et mardis.

Une liste de garde mensuelle pour infirmiers et chirurgiens est établie par le chef de service.

Chaque matin l'équipe chirurgicale tient un staff de 15 à 30 minutes avant la visite des malades hospitalisés. Elle participe également aux staffs mensuels organisés à l'hôpital.

Les prescriptions médicales et de soins sont ordonnées par les chirurgiens et exécutées par l'équipe soignante.

Les malades hospitalisés ont un dossier médical gardé au niveau du surveillant de service.

Les archives médicales du service sont constituées par les registres d'hospitalisation, les registres de consultation, les dossiers des malades et les registres des comptes rendus opératoires

Type et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective qui s'est déroulée du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2019 (soit une période de 3 ans.

2. Matériels et méthode :

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

Critères d'inclusion :

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

La sérologie amibienne ;

Et/ou la ponction Echo guidée ramenant un pus chocolat et inodore.

Et où la présence d'amibes ou l'absence de tout germe dans le pus de culture.

Critères de non inclusion :

Tout abcès du foie non amibien

Tout dossier incomplet (7 dossiers)

b. Méthode :

L'étude a comporté :

Une phase de la recherche bibliographique (3 mois) ;

Une phase d'élaboration de la fiche d'enquête (1 mois) ; sa mise au point a duré 1 mois et elle a été élaborée par nous nous-mêmes et corrigée par le directeur de thèse. Il comportait des variables réparties en :

-Données administratives : Age, sexe, nationalité, adresse et durée d'hospitalisation.

- Paramètres cliniques, para cliniques (signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques, les examens complémentaires) et évolution de la maladie.

- Données thérapeutiques.

Activités :

Phase rétrospective : la collecte des données (3 mois) a été faite à partir des dossiers (ou affiche d'observation) de maladie, des registres de consultation, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire et des enquêtes à domicile (pour des dossiers comportant une adresse complète du malade). Ces données ont été consignées sur notre fiche d'enquête.

Phase prospective : nous avons examiné nous- mêmes tous les malades (3 mois)

A l'interrogatoire :

Nous avons recherché et caractérisé le motif de consultation et des signes fonctionnels et déterminé les facteurs de risque (alimentation, alcoolisme, environnement).

A l'examen clinique :

Nous avons recherché et caractérisé la douleur de l'hypochondre droit, l'hépatomégalie, la fièvre, les signes pulmonaires.

Les examens complémentaires :

Ont été réalisés systématiquement, une échographie abdominale devant toute hépatomégalie douloureuse et fébrile et une sérologie amibienne en cas d'abcès du foie pour confirmer ou infirmer l'origine amibienne. Un dépistage VIH a été systématiquement proposé et réalisé avec le consentement du malade. Certains examens tels que la radiographie pulmonaire, l'examen cyto bactériologique de l'abcès et les transaminases ont été demandé en fonction du contexte clinique.

Notre approche thérapeutique :

A été d'abord non chirurgicale en première intention à l'absence de signe de complication (**rupture ou pré-rupture de l'abcès**), quel que soit le nombre, la localisation et la taille de l'abcès. En l'absence d'amélioration des signes (douleur abdominale, fièvre) ou en présence de complication au bout de **24 à 72 heures**. Si le traitement non chirurgical est jugé inefficace, une fonction évacuation écho-guidée a été combinée.

Nos patients ont été suivis cliniquement par la courbe de température, l'évolution de la douleur abdominale et de l'hépatomégalie, l'échographie (une fois par semaine, à la sortie, à 1,3 puis à 6 mois) et biologiquement par la mesure de V S.

La 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 Epi-Info (version 7.0).

Les graphiques ont été réalisés grâce au logiciel Microsoft Excel.

Le test statistique utilisé a été le test de χ^2 et le test Exact de FISHER avec un seuil de signification de $p=0,05$

RESULTATS

IV. RESULTATS

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1-FREQUENCE : En 3 ans, nous avons pris en charge 102 cas d'abcès du foie dont 32 cas d'abcès amibiens du foie.

Ce qui a représenté :

- Une incidence de 10 cas par an.
- Une fréquence de consultation de 0,26% (12 050).
- Une fréquence d'hospitalisation de 0,43%(7305).

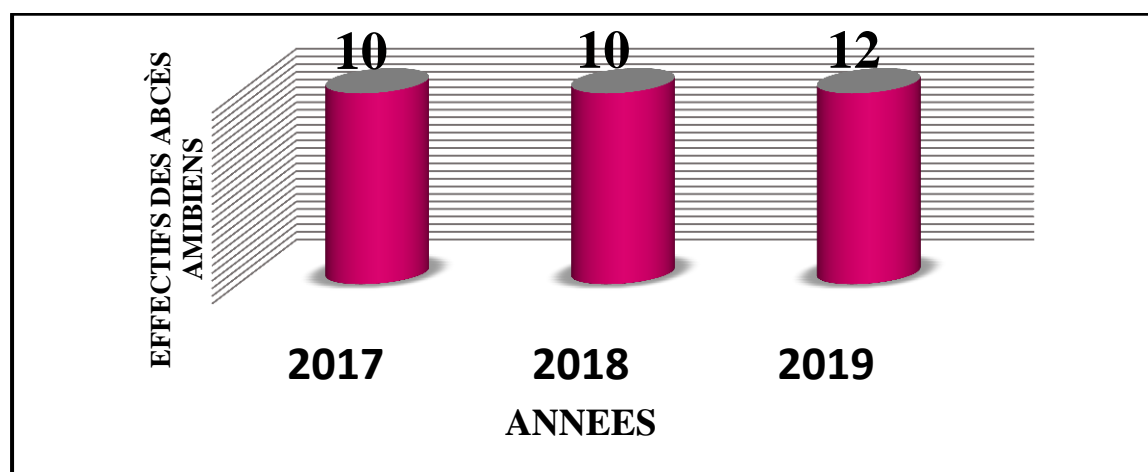


Figure 4 : Fréquence des abcès amibiens par année.

La plus grande fréquence a été enregistrée en 2019 avec 12 cas.

1.2-LES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.2.1-Age

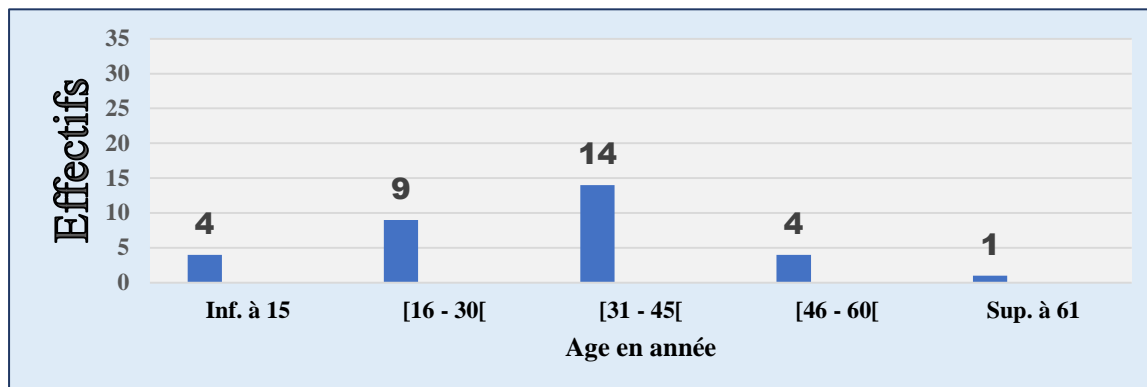
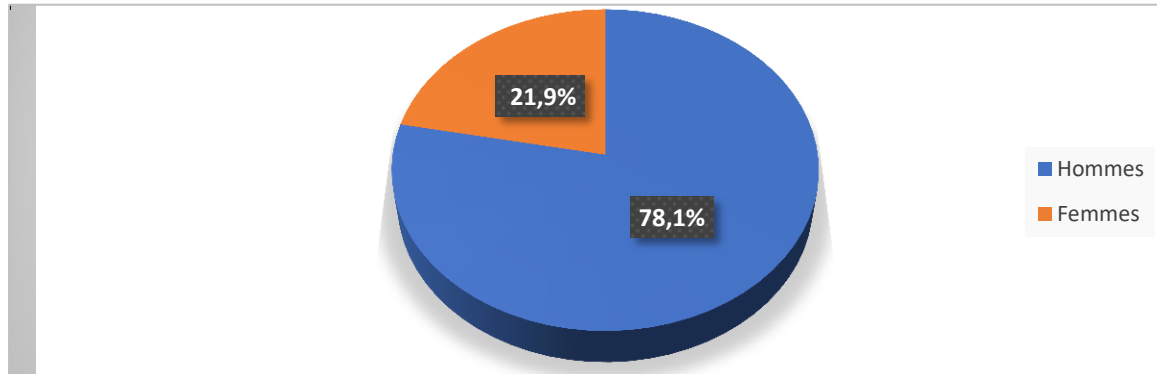


Figure 5 : Répartition des patients selon les tranches d'âges.

- Chez les adultes l'âge moyen était de 35 ans avec un écart-type de 10. La tranche d'âge de 31 à 45 ans était majoritaire (43,8%).
- Chez les enfants l'âge moyen était de 6 ans avec un écart-type de 5,3 ; des extrêmes de 1 à 15 ans.

1.2.2- Sexe



Le sexe ratio a été de 3,6 en faveur du sexe masculin.

Figure 6 : répartition des patients en fonction du sexe.

1.2.3- PROFESSION

Tableau I : Répartition des malades selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateurs	16	50
Manœuvres	7	21,9
Commerçants	2	6,3
Elève/étudiants	2	6,3
Éleveurs	1	3,1
Enseignants	1	3,1
Aide-ménagères	1	3,1
Sans emplois	1	3,1
Tresseuses	1	3,1
Total	32	100,0

Les professions libérales les plus affectées étaient les cultivateurs et les manœuvres (50% et 21,9%).

1.2.4- PROVENANCE

Tableau II : Répartition selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Mopti/Sévaré et environs	10	31,3
Bandiagara	8	25
Koro	6	18,3
Bankass	3	9,4
Djenné	3	9,4
Youwarou	1	3,1
Douentza	1	3,1
Total	32	100

Les patients en majorité sont venus de Sévaré et Bandiagara (25,0% et 18,8%)

1.2.5- MODE DE RECRUTEMENT

Tableau III: Répartition des malades selon le mode de recrutement

MODE DE RECRUTEMENT	Effectif	Pourcentage
Urgences	23	71,9
Externe	9	28,1
Total	32	100,0

23 cas soit 71,9% des patients ont été admis aux urgences.

1.2.6- ANTECEDENTS

Tableau IV: Répartition des malades en fonction des antécédents médicaux et tares associées.

Antécédents médicaux et tares associées	Effectif	Pourcentage
Dysenterie amibienne	28/32	87,5
Ulcère Gastroduodéal	9/32	28,1
Drépanocytaire	1/32	3,1
HTA, Diabète	1/32	3,1
Ictère	1/32	3,1
Tuberculose	1/32	3,1
Asthme	1/32	3,1

La plus part de nos patients avaient un antécédent de dysenterie amibienne.

Tableau V : Répartition des malades en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Cicatrices de Laparotomies anterieure	2	6,3
Opérés pour appendicite	2	6,3
Aucun	28	87,4
Total	32	100,0

La plus part de nos malades n'avait pas d'antécédents chirurgicaux.

2- CLINIQUE

2. 1-MOTIF DE CONSULTATION

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur de l'hypochondre droit	16	50,0
Douleur abdominale diffuse	9	28,1
Fièvre + Douleur l'hypochondre droit	3	9,4
Masse abdominale	3	9,4
Douleur épigastrique	1	3,1
Total	32	100,0

La douleur de l'hypochondre droit était représentée dans 59,4% des cas.

2.2- Délai de consultation

Tableau VII: Répartition des malades en fonction du délai de consultation (en jour).

Délai de consultation (en jour)	Effectifs	Pourcentage
[3- 10[	9	28,1
[11– 30[	12	37,6
[31-60[	11	34,4
Total	32	100,0

Le délai moyen de consultation était de 25 jours avec un écart-type de 15,7 et les extrêmes de 3 à 60 jours.

2.3-Signes généraux :

Tableau VIII : Répartition des patients selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Fièvre	29/32	90,6
Ictère	14/32	43,8
Anorexie	11/32	34,4
Déshydratation	6/32	18,8
Hypotension artérielle	2/32	6,3
Amaigrissement	2/32	6,3
Insomnie	1/32	3,1
Pâleur conjonctivale	1/32	3,1

La fièvre était le signe le plus constant soit 90,6%.

2.4- Signes fonctionnels :

Tableau IX: Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes Fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	28/32	87,5
Nausées/vomissements	18/32	56,3
Ballonnement abdominal	10/32	31,3
Toux	6/32	18,8
Douleur thoracique	6/32	18,8
Diarrhée	2/32	6,3
Dyspnée	1/32	3,1

La plupart de nos patients avait une douleur abdominale soit 87,5%

2.5-Signes physiques :

Tableau X: Répartition des patients selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Hépatalgie	32/32	100
Hépatomégalie	26/32	81,3
Voussure de l'hypochondre droit	25/32	78,1
Distension abdominale	15/32	46,9
Contracture généralisée	6/32	18,8
Douglas bombé	6/32	18,8
Syndrome d'épanchement pleural	3/32	9,4

A l'admission 6 patients avaient une péritonite par rupture de l'abcès avec une contracture généralisée et un douglas bombé.

3- Examens complémentaires

3.1- Répartition des malades en fonction de l'imagerie

Tableau XI : Résultat de l'imagerie

Imagerie	Effectif	Pourcentage
Echographie abdominale	32/32	100
Radiographie du thorax	3/32	9,2
Abdomen sans préparation	3/32	9,2

Tous nos patients ont subi un examen échographique.

3-2-1- Lobe atteint

Tableau XII : Répartition des patients selon le lobe atteint.

Localisation de l'abcès	Effectif	Pourcentage
Lobe droit	25	78,1
Lobe gauche	6	18,8
Les 2 lobes	1	3,1
Total	32	100,0

Le lobe droit était la localisation la plus fréquente soit 78,1%.

3-2-2-Segmentation

Tableau XIII : Répartition des patients selon le segment atteint.

Segmentation	Effectif	Pourcentage
Segment II et III	1	3,1
Segment III	2	6,3
Segment IV	2	6,3
Segment IV et V	3	9,4
Segment V	3	9,4
Segment VI	1	3,1
Segment VI et VII	3	9,4
Segment VII	7	21,8
Segment VII et VIII	1	3,1
Segment VIII	9	28,1
TOTAL	32	100,0

Le segment 7 et 8 ont été les plus atteints (21,8% ; 28,1%).

3-2-3- Nombres de poche d'abcès

Tableau XIV: Répartition des patients selon le nombre de poches d'abcès

Nombre d'abcès	Effectif	Pourcentage
Multiple	4	12,5
Unique	28	87,5
Total	32	100,0

L'abcès était unique dans la majorité des cas soit 87,5%.

3-2-4- Volume d'abcès

Tableau XV : Répartition des malades selon le volume de l'abcès.

Quantité du pus (ml)	Effectif	Pourcentage
≤100	2	7,7
[100-400[	9	34,6
[400-800[	8	30,8
[800-1000[	3	11,5
≥1000	4	15,4
Total	26	100,0

Le volume moyen du pus était 455 cm³ avec des extrêmes de 50 à 2000 cm³.

Un écart-type à 21,34

3-3-Résultat de la radiographie du thorax.

Tableau N° XVI : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie du thorax

Radiographie du thorax	Effectif	Pourcentage
Ascension de l'hémi-coupole diaphragmatique droite	3/6	50
Image d'épanchement pleural	3/6	50
Total	6	100

La radiographie pulmonaire n'a été demandée qu'en présence des signes respiratoires.

3-4- EXAMEN BIOLOGIQUE

3-4-1- Numération formule sanguine :

Tableau N°XVII : Répartition des patients selon résultat de la numération formule sanguine.

Numération Formule Sanguine (NFS)	Effectif	Pourcentage
Hyperleucocytose à Polynucléaire Neutrophile	24/32	75
Hyper éosinophilie	11/32	34,4
Lymphocytose	5/32	15,6

La plus part des patients avait une hyperleucocytose soit 75% des cas.

3-4-2- Anémie et ses degrés

Tableau N°XVIII : Répartition des patients en fonction de l'anémie et ses degrés.

Résultats de la NFS	Effectif	Pourcentage
Anémie modérée (7-10g/dl)	20	62,5
Anémie sévère (Inf. à 7g/dl)	4	12,5
Taux d'hémoglobine moyen (11-16g/dl)	8	25
Total	32	100,0

A la NFS l'anémie était retrouvée chez 24 patients. L'anémie modérée était retrouvée chez 20 malades soit 62,5%.

3-4-4- Aspect du pus.

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

Couleur du pus :	Effectif	Pourcentage
Chocolat	28	96,5
Chocolat mêlé de sang	1	3,5
Total	29	100,0

L'aspect du pus était chocolaté dans 96,5% des cas.

3-4-5- Sérologie amibienne

Tableau XX : répartition des patients selon le résultat de la sérologie amibienne

Sérologie amibienne	Effectif	Pourcentage
Positive	29	90,6
Négative	1	3,1
Non effectuée	2	6,3
Total	32	100,0

La sérologie amibienne était positive pour tous les prélèvements réalisés sauf un cas.

3-4-6- Sérologie HIV

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

Sérologie HIV	Effectif	Pourcentage
Négative	26	81,2
Positive	2	6,2
Non effectuée	5	15,6
Total	32	100,0

Parmi 28 malades, l'abcès amibien était associé à l'infection à VIH dans 2 cas, soit 6,2%.

3-4-9- Sérologie Vidal et Félix

Tableau XXII : répartition des malades selon la sérologie Widal et Félix.

Sérologie widal et félix	Effectif	Pourcentage
Négative	10	31,2
Positive	22	68,8
Total	32	100,0

La sérologie widal était positive dans 68,8%.

4-Diagnostic :

Tableau XXIII : répartition des patients selon leur diagnostic

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
Abcès non rompu	23/32	71,8
Abcès rompu compliqué de péritonite	6/32	18,8
Abcès rompu avec pleurésie droite	3/32	9,4

5. TRAITEMENT ET EVOLUTION

5-1-TRAITEMENT

5-1-1-Moyens thérapeutiques

Tableau XXIV: répartition des malades selon les moyens thérapeutiques.

Moyens	Effectif	Pourcentage
Médicaux exclusifs	3/32	9,4
Ponction écho-guidée	4/32	12,5
Chirurgicaux	25/32	78,1
Drainage pleural	3/32	9,4

La chirurgie a été effectuée dans 78,1% de nos malades.

5-1-2- Antibiothérapie

Tableau XXV : répartition des malades en fonction de l'antibiothérapie probabiliste.

Médicaments utilisés	Effectif	Pourcentage
Ceftriaxone+ Métronidazole	7	21,9
Ceftriaxone+ Métronidazole+ Gentamycine	25	78,1
Total	32	100,0

Une bi antibiothérapie était majoritaire avec 78,1% des cas dans un contexte d'antibiothérapie probabiliste avant l'identification du germe.

5-1-3- Examen cyto bactériologie du pus

Tableau XXIX: Répartition des patients selon le résultat de la culture du pus

ECB DU PUS	Effectif	Pourcentage
Amibes	2	6,2
Stérile	30	93,8
Total	32	100,0

La culture a été stérile chez 30 patients soit 93,8%.

5-1-4- Complications

Tableau XXVII : répartition des malades selon les complications de l'abcès.

Complications	Effectif	Pourcentage
Abcès pariétal	2/13	15,4
Hématome sous capsulaire	1/13	7,7
Péritonite	6/13	46,1
Pleurésie droite	3/13	23,1
Suppuration pariétale	1/13	7,7

La péritonite a été la complication la plus notée soit 46,1%.

5.2- Evolution

5-2-1- Suites immédiates du traitement médical et instrumental

Tableau XXVIII: répartition des malades selon les suites immédiates du traitement instrumental

Suites	Période	J30	Pourcentage
Suites simples		6	85,7
Rupture de l'abcès		1	14,3
Total		7	100

Les suites ont été simples dans 85,7% des cas.

5-2-2- Suites immédiates du traitement chirurgical.

Tableau XXVIX : répartition des malades selon les suites immédiates du traitement chirurgical

Suites \ Période	J30	Pourcentage
Simple	23	92
Suppuration pariétale	2	8
Total	25	100

Les suites ont été simples dans 92% des cas.

5-2-3-Durée d'hospitalisation

Tableau XXX: répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage
< 10	5	15,6
[10 -14 [	20	62,6
>14	7	21,8
Total	32	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation était 9 jours avec des extrêmes de 3 et 28 jours.

Un écart type à 3,6.

5-2-4- Durée d'hospitalisation et le siège de l'abcès.

Tableau XXXI : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et le siège de l'abcès.

Durée d'hospitalisation (jours)	Lobe droit	Lobe gauche	Mixte	Total
< 10	2	3	0	5
[10 -14[	16	3	1	20
> 14	7	0	0	7
Total	25	6	1	32

P= 0,0928

Fisher = 7,9680

5-2-5- Durée d'hospitalisation et le volume d'abcès.

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

QUANTITE DU PUS (ml)	DUREE D'HOSPITALISATION (en jours)			TOTAL
	<10	[10 – 14[	>14	
Inf. 100	2	0	0	2
[100 – 400[	2	4	3	9
[400 – 800[	0	5	3	8
[800 – 1000[	0	2	1	3
Sup. 1000	0	4	0	4
TOTAL	4	15	7	26

P= 0,0327

Test exact de Fisher= 10,724

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

Tableau XXXIII : répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et le segment atteint.

SEGMENT ATTEINT	DUREE D'HOSPITALISATION (en jours)			TOTAL
	<10	[10-14[	>14	
Segment II et III	0	2	0	2
Segment III	0	0	1	1
Segment IV	1	0	0	1
Segment IV et V	0	2	0	2
Segment V	0	2	1	3
Segment VI	0	3	0	3
Segment VI et VII	0	3	0	3
Segment VII	1	3	3	7
Segment VII et VIII	0	1	0	1
Segment VIII	3	4	2	9
TOTAL	5	20	7	32

P= 0,0024

Fisher= 30,5537

5-2-7- Durée d'hospitalisation et type de traitement.

Tableau XXXIV: répartition des malades selon la durée d'hospitalisation et type de traitement

DUREE D'HOSPITALISATION (en jours)	TRAITEMENT		TOTAL
	Chirurgical	Instrumental	
<10	1	4	5
[10 – 14[	17	3	20
>14	7	0	7
TOTAL	25	7	32

P= 0,0020

Fisher= 11,3977

5-2-8- La morbidité :

Tableau XXXV : morbidité

Morbidité	Effectif	Pourcentage
Rupture de l'abcès	1	3,1%
Abcès pariétal	2	6,3%
Hématome sous capsulaire	1	3,1%
TOTAL	4	12,5%

Le taux de morbidité était de 12,5%.

Tableau XXXVI: répartition des malades en fonction de la durée d'hospitalisation et la morbidité

MORBIDITE	DUREE D'HOSPITALISATION			TOTAL
	<10	[10- 14[	> 14	
Abcès pariétal	0	0	2	2
Hématome sous capsulaire	1	0	0	1
Rupture de l'abcès	0	0	1	1
TOTAL	1	0	3	4

P= 0, 1353

Fisher= 4,0000

Tableau XXXVII : Répartition des malades selon le délai de consultation et complications

COMPLICATIONS	DELAJ DE CONSULTATION			TOTAL
	[3-10[	[11 – 30[	[31 – 60[
Abcès pariétale	0	1	1	2
Hématome sous capsulaire	1	0	0	1
Pleurésie droite	0	0	3	3
Péritonite	2	3	1	6
Suppuration pariétale	0	0	1	1
TOTAL	3	4	6	13

P= 0,0778

Fisher= 14,1556

5-2-9- Mortalité :

Le taux mortalité était nul.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

METHODOLOGIE

Nous avons mené une étude retro prospective de janvier 2017 à décembre 2019 portant sur 32 malades (enfants âgés de 0-15 ans, des adultes âgés de 15- 61 et plus) 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 [1, 13,14]. Avec une incidence de 10 malades par an, les abcès du foie ont représenté 0,43% des hospitalisations dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Sominé de Mopti, de janvier 2017 à décembre 2019. Cette observation montre que les abcès du foie restent d'actualité en pratique chirurgicale au Mali.

SAMAKE.I [1] a obtenu une fréquence de 0,49% en 2018 au Mali.

KOUAME [9] Côte d'ivoire en 2010 au CHU de Yopougon, dans son étude en a noté 1,9% des hospitalisations. Dans la littérature l'incidence est estimée de 1à 2% en Afrique intertropical [1].

2.2- Age : Age moyen et auteurs (adultes).

Tableau N°XXXVIII : répartition des patients (adultes) selon l'âge moyen et auteurs

Auteurs	N	Age moyen	Test statistique
Sanogo [4] Mali 2008	21	36	P= 0,50
Traoré [36] Mali 2014	53	39,5	P=0,27960
Koumaré [37] Mali 2019	52	37,8	P=0,38453
NOTRE ETUDE	28	35	P=0,50

L'âge moyen de nos malades correspondait à 35 ans. Cet âge moyen était statistiquement comparable à celui des études réalisées au Mali [4, 35,36]. La tranche d'âge de 31à 45 ans a été la plus touchée soit 48,8%.

Tableau N° XXXVIX: Répartition des patients (enfants) selon l'âge moyen et auteurs

Auteurs	Age moyen	Test statistique
Kouamé N. [9] Côte d'ivoire 2010	7	P= 0,50
Kelly [13] Mali 2013	7,1	P=0,50
Samaké [1] Mali 2019	6,7	P= 0,50
NOTRE ETUDE	6	P=0,50

L'abcès amibien du foie peut se rencontrer à tout âge [1, 8]. Comme dans les autres études africaines [9, 13, 1], l'âge moyen de nos malades correspondait à celui du grand enfant. Ceci s'explique par les problèmes d'hygiène, à cet âge l'enfant commence juste à assurer sa propre hygiène.

2.3- Sexe:

Tableau N° XL: Sex-ratio et auteurs

Auteurs	Sex-ratio	N	Sex-Ratio	Test statistique
Service G [15] Bangui 2014		47	2,6/1	P= 0,50
Samaké I [1] Mali 2019		50	1,4/1	P= 0,18434
Sanogo [4] Mali 2008		21	2,5/1	P=0,50
Notre étude		32	3,6/1	

Dans notre étude le sex-ratio était en faveur des hommes tout comme dans les séries africaines. Il a été de 3,6 dans notre étude contre 2,9, 1,4 et de 2,5 dans celle de Service [15], Samaké [1] et de Sanogo [4] avec **P>0,05**. Les femmes sont plus sensibles au problème de propreté. D'autres auteurs considèrent aussi que les hormones sexuelles féminines et la réponse immunitaire comme facteurs protecteur [32].

2.4- NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

Si nous considérons les professions à revenu modeste notamment les paysans, les manœuvres, les éleveurs, les sans-emplois alors la majorité de nos patients (16 soit 50%) serait d'une situation socio-économique précaire. Selon la littérature [1, 4, 32], l'abcès amibien du foie se recrute essentiellement dans les couches sociales défavorisées.

3- CLINIQUE

3.2- Délai de consultation

Tableau XLI : Délai de consultation et auteurs (en jour) :

Délai de consultation Auteurs	N	Délai moyen de consultation	Test statistique
Djossou [24] France 2003	20	6,2 jours	P= 0,00016
Sanogo [4] Mali 2008	21	19,2 jours	P=0,19678
NOTRE ETUDE	32	25 jours	

Notre délai de consultation de 25 jours en moyenne est supérieur à celui d'une étude réalisée en France [24] ($P < 0,05$). En effet, en Afrique de façon générale et dans notre pays en particulier le recours constant presque toujours en première intention à la tradithérapie et à l'automédication par nos populations, l'insuffisance de la couverture sanitaire, l'analphabétisme, la pauvreté seraient entre autre les facteurs qui expliquent le retard de prise en charge.

3.3- Signes généraux :

La fièvre était le signe le plus fréquent dans notre série (90,6%), avec la même tendance observée chez Koné T. [32] dans son étude au CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali) soit 96,2 et de Sanogo M. Mali [4] soit 90,4%. Elle est un des signes de la forme classique de l'abcès du foie qui regroupe l'hépatomégalie douloureuse et fébrile, une douleur de l'hypochondre droit (Triade de Fontan).

3.4- Signes fonctionnels :

Comme dans la plupart des séries, 2/3 de nos malades avaient manifesté une douleur abdominale soit 87,5%. Au Mali Samaké I. a obtenu 68% [1]. 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 (56,3). Ce résultat était inférieur à celui de Samaké I. soit 62% [1]. Cette fréquence élevée de ces symptômes a été également notée chez Kelly.B [13], (58,8%) au Mali.

3.5. Signes physiques :

Tableau N° XLII : Signes physiques et auteurs

Auteurs	Bangui2014	Mali 2017	Mali 2019	Notre Etude
Signes physiques				
Hépatomégalie	95,9%	72%	50%	81%
Douleur à la palpation	0%	86%	86%	100%
Hyperthermie	69%	84%	84%	90,6%
Contracture abdominale	0%	14%	10%	9,4%
Syndrome d'épanchement pleural	6,4%	14%	6%	18,8%
N	47	50	50	32

La mise en évidence d'une hépatomégalie est typique et est inconstante. Nous avons noté 81% dans notre étude. Ce résultat était supérieur à ceux rapportés par **Bastié.J [17] et Samaké. I [1]**, qui avaient trouvé respectivement 72% et 50% ($p > 0,05$) et inférieur à celui rapporté par **Service.G [15]** soit 95,9%. Son caractère essentiel est la douleur provoquée à la palpation observée dans plus de 70% des cas [**9, 17, 15**]. Les autres signes physiques notamment un syndrome d'épanchement pleural, un syndrome péritonéal ont un aspect péjoratif et demeurent cependant inconstants moins de 35% dans les différentes études sus citées.

4- Données para cliniques

4.1- Echographie :

L'échographie, par sa facilité de réalisation, son efficacité et son coût modéré, est l'examen de choix dans le diagnostic et le suivi de cette maladie [**1 ; 4**]. 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 nombre, de la taille et de la topographie des collections intra-hépatiques (les abcès). Elle a permis d'apprécier l'aspect du foie chez tous patients.

4.1.1- Localisation des abcès :

La localisation au lobe droit demeure la plus fréquente [**1, 32**]. Nous avons noté 78,1% dans notre étude ce qui est élevé par rapport à celle observée par **Sanogo.M 57%** ($p=0,00000$) au Mali. Le

volume plus important du lobe droit, l'importance relative de sa vascularisation, seraient les raisons qui expliquent cette localisation préférentielle [1, 3].

4.1.2- Nombre des abcès :

Tableau N° XLIII: Nombre des abcès et auteurs

Nombre d'abcès Auteurs	N	Unique	Multiple
Samaké [1] Mali 2019	50	47(94%)	3(6%)
Sanogo M. [4] Mali 2008	21	57,1%	42,9%
Notre Etude	32	28(87,5%)	4(12,5%)

Le nombre des abcès peut être variable dans le foie.

L'abcès unique a été le plus fréquent dans notre étude comme dans celle de **Samaké.I [1]** et **Sanogo.M [4]**. L'abcès multiple faiblement représenté dans notre étude, est survenu dans moins de 12% des cas dans l'étude de **Samaké.I [1]**.

Classiquement l'abcès amibien est uni focal, nous avons noté 12% 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 (ASP) :

L'ASP a été demandé devant les cas d'abdomen aigu chirurgical. Il a permis de noter une grisaille diffuse dans 9,3% des cas. La même anomalie était observée par **SAMAKE.I [1]** dans 10% (P>0,05).

4.3-Radiographie pulmonaire :

La radiographie pulmonaire de face a permis de noter une ascension de la coupole diaphragmatique avec une pleurésie droite dans 18,8% (n=6/32) des cas. La même anomalie a été rapportée par **Samaké.I** dans respectivement 26% des cas (n=13/50) [1] (p>0,05) et **Service.G au Bénin** dans 6,4%(n=3/47) d'atteinte pleuropulmonaire [16]. Ces résultats concordent avec les

données de la littérature où on évoque une plus grande fréquence des complications pleuropulmonaires (60%) des abcès du foie. [20].

4. 4. La sérologie amibienne

La détection d'anticorps sériques confirme l'origine amibienne de l'abcès du foie [6, 20]. Malgré l'élévation du coût de cet examen, il a pu être réalisé chez 30 patients. Cette sérologie a été positive chez 29 patients soit 90,6%. Elle a été négative chez 2 patients soit 3,1%.

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 [1,3]. Cet examen est revenu stérile dans la majorité de nos cas. Sa stérilisation est due au fait que l'amibe est toujours collée à la paroi tissulaire et non pas dans le pus [1].

4.6- La sérologie rétro virale :

Elle n'a été demandée que seulement chez les 3/4 de nos patients sur consentement éclairé des parents après counseling. Elle n'a été positive que dans 2 cas (6,2%) contrairement à la littérature dont il n'y a aucune infection au VIH [1]. Ce faible taux de VIH est lié au faible taux à la population générale (1,3% selon l'EDS IV Mali).

5. TRAITEMENT

5. 1. Moyens thérapeutiques

Le traitement dépend du volume de l'abcès. Le traitement médical n'est efficace que dans les abcès de petite taille. Pour le traitement chirurgical, il est indiqué en cas d'échec du traitement médical (pré ou rupture d'abcès). Certaines équipes proposent une ponction écho-guidée complétée par un traitement médical [9, 21]. Nous avons adopté cette approche thérapeutique chez 9,4% 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 30mg/kg. Ce protocole est identique à celui rapporté par, **Samaké.I, Kelly.B** et **Diarra.M** [31, 13,21].

La place de la chirurgie dans le traitement des abcès amibiens du foie se trouve considérablement réduit de nos jours [1, 16,19,38]. 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, la cavité pleurale, le péricarde 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.G** [16], **Diarra.M** [21], **Badouil** [22], **Shi** [23] et **Djousou** [24]. Elle a été pratiquée chez 25 malades 78,1% (dont 6 péritonites par rupture d'abcès). Notre résultat (78,1%) est supérieur que celui de Djossou [24] en France 10% des patients opérés. Nous ne disposons pas de plateau technique adéquat pour la cœlioscopie.

5.2- Durée d'hospitalisation et volume d'abcès selon les séries.

Nous avons retrouvé une quantité de pus supérieure à 400ml chez la plus part de nos malades. Ce qui était due à une durée d'hospitalisation prolongée. Ces données concordent avec celles des séries réalisées au Mali par Samaké et Sanogo [1], [4] (**avec P= 0,05**).

5.3-Durée d'hospitalisation et type de traitement selon les auteurs

2/3 de nos malades ont subi un traitement chirurgical. Ceci a été expliqué par une durée d'hospitalisation supérieure à 10 jours entraînant des complications. Notre étude était comparable à celle de **Service G** une étude réalisée à Bangui en 2014 avec un test statistique (**P= 0,002**)

5.4-Délai de consultations et complications selon les auteurs

Toutes les complications de l'abcès étaient dues à un retard du délai de consultation. La même remarque a été trouvée chez les auteurs respectifs en Afrique : **Koné T.** Mali 2006 [32], **Koumaré SI.** [37] Mali Médical 2018, **Service G** Bangui [16] (**P= 0,05**).

5. 5- Evolution sous traitement

5.5.1-Morbidité

Tableau N°XLIV: Taux de morbidité et auteurs.

Auteurs	N	Taux de Morbidité
Bastie.J [17] Gabon 2013	15	1(5%) P= 0,00924
Samake I. [1] Mali 2019	50	3(6%) P= 0,06688
NOTRE ETUDE	32	9,4%

Diagnostiqué et traité précocement, l'abcès du foie évolue toujours favorablement [1].

La morbidité était de 9,4% dans notre étude. Ce résultat est statistiquement supérieur à celui trouvé par **Bastie.J [17]** soit 5% et **Samaké.I [1]** soit 6%. La guérison clinique précède la disparition des lésions anatomiques qui peuvent persister quelques mois [1, 27,28].

5.5.2- Mortalité

Tableau N°XLV : mortalité et auteurs

Auteurs	N	MORTALITE
Shi [23] Chine 2016	569	86(15%) P=0
Czerwonko [25] Argentine2016	142	19(13,7%) P=0,0000
NOTRE ETUDE	32	0 P=0,0000

Lorsque l'amibiase est diagnostiquée précocement, la mortalité est inférieure à 1% [23, 1]. Ce pendant aucun décès n'a été noté dans notre étude. Par contre ce résultat est statistiquement inférieur ceux rapportés par **Shi [23]** soit 15% et **Czerwonko [25]** soit 13,7%.

*CONCLUSION ET
RECOMMADATION*

CONCLUSION :

L'abcès amibien du foie est une pathologie qui n'est pas rare en milieu chirurgical. Le diagnostic repose essentiellement sur la triade de FONTAN, l'échographie et la biologie.

Le traitement est essentiellement médical et instrumental (écho-guidée).

La chirurgie est de plus en plus réservée en cas d'échec du traitement médical et instrumental ou bien après les complications.

Il s'agit d'une véritable urgence médico-chirurgicale dont le pronostic dépend de la prise en charge précoce.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

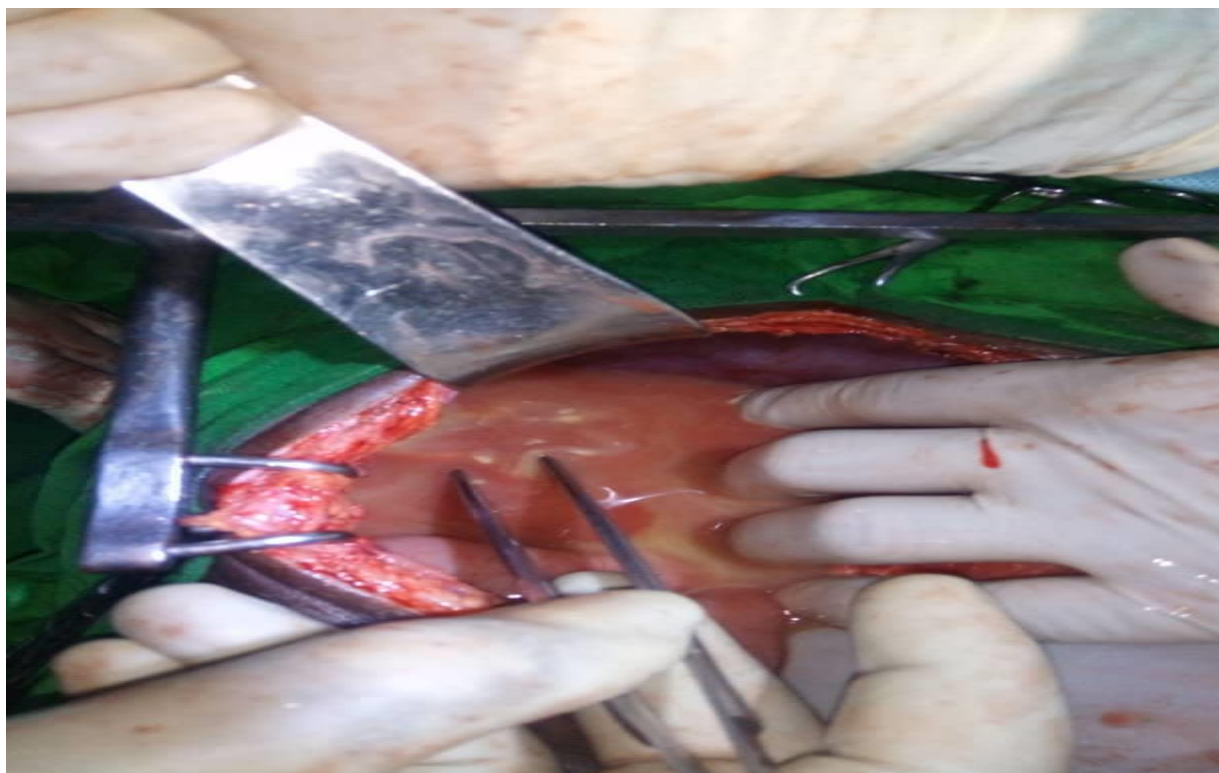
Aux populations :

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

Aux agents de santé :

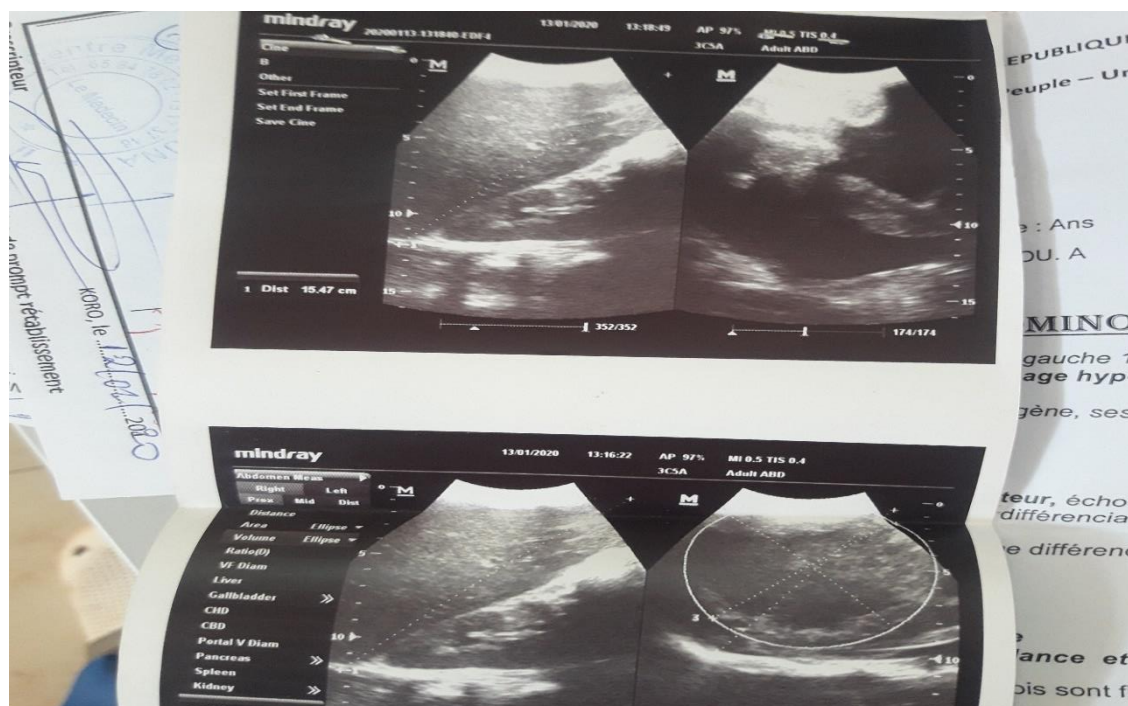
- La demande systématique d'une échographie abdominale devant toute douleur de l'hypochondre droit en général et toute hépatomégalie douloureuse en particulier.
- La référence de tout cas d'abcès du foie suspecté ou confirmé à l'hôpital en vue d'une prise en charge efficiente.
- L'information et la sensibilisation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

ICONOGRAPHIE



Patients F T 42ans

IMAGE I: *Aspect du pus chocolaté chez une patiente de 42 ans opérée le 28 juin 2019 dans notre service*



A G : patients de 24ans

IMAGE II : *Image échographique d'un abcès du foie au niveau du segment VII environ 400cc du pus*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

REFERENCES

1. **IBRAHIM SAMAKE.** Abcès amibien du foie dans le service de Chirurgie pédiatrique de l'hôpital Gabriel touré à propos de 50 cas [Thèse Med]. Bamako: FMOS; 2019; N°19M165:101.
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) : 231-43.
3. **Aubry P.** Amibiase. Encycl. Méd. Chir (paris, France), Thérapeutique, 1994, 25-062-A-10 : 10.
4. **SANOGO M.** Abcès Amibien 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 Faso). Médecine et maladie infectieuses, 2000; 30(12): 773-775.
6. **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.
7. **SOUBEYRAND J, LEONETTI P, MONCANY G.** Pathologie Africaine. Méd. Inter et Echographie paris Masson, 1986 ; 7-28.
8. **DIABY S G.** Etude des abcès du foie dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako [Thèse Med]. Bamako : FMOS ; 2012; N°12M329 : 102.
9. **KOUAME N ET AL.** Prise en charge multidisciplinaire des abcès amibiens du foie au CHU de Yopougon, Abidjan-Cote d'ivoire. Pan Africain Medical Journal, case series, 2010. 25(7). 11.
10. **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, 9.
11. **LEE K KIM EL, LEE S ET TAL.** Amoebic liver abscess in HIV-infected patients. AIDS (London ; England) 2000 ; 14(12) : 1872-3.
12. **DEMBELE B M.** Affections hépatobiliaire chirurgicales dans le service chirurgie B à l'hôpital du point G de Bamako au Mali [Thèse Med]. Bamako: FMOS ; 2007 ; 56 : N°07M102.
13. **KELLY B.** Etude des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré (Mémoire). Bamako : FMOS ; 2013 ; 33 ; N°5.
14. **N GBESSO R, OUATTARA N, N GOAN AM, KEITA K, DJEDJE A T.** ponction évacuatrice écho-guidée des volumineux abcès amibiens hépatiques. Revue d'imagerie médicale 1994 ; 6(6) : 345-8.
15. **SERVICE G.** Les abcès amibiens du foie dans le service de Gastro-entérologie à l'hôpital de l'amitié Bangui : Aspect épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. J Afr Imag Méd. 2014 ; (6), 4 : 4-9.

- 16. LAFONT E, ROSSI G, LEFORT A.** Abcès du foie. EMC (Elsevier SAS, Paris), Hépatologie, 0,8.00, 2017,11.
- 17. BASTIE J.** Aspect cliniques et épidémiologiques de l'amébose 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. MOIFO B.** Aspects échographiques d'une série de 58 abcès hépatiques au Cameroun. Med Trop 2011 ; 71 : 624-5.
- 19. NUSSAUME O et CHERBONNEL G.** L'amibiase hépatique. EMC (Elsevier SAS, Paris), Hépatologie, 7027 A10, 1978,9.
- 20. ORTIZ-SANJUAN FM, DEVESA JORDA F, FERNANDO GINESTAR J, FERNANDO I, BORGHOL A, GUTIERREZ J.** Amebic liver abscess: medical treatment or percutaneous aspiration, Gastroenterology Hepatic; 30-C-2, 2007, 399-401.
- 21. DIARRA M.** Abcès Hépatiques (Prise en charge thérapeutique) A propos de 80 cas [Thèse Med]. Marrakech : Université Cadi Ayyad ; 2016 ; 88 ; N°92.
- 22. BADOUIL, DABO G.** Abcès à pyogènes : à propos de 19 cas et revue de la littérature. Bull. Soc. Pathol. Exot. 2013; 106: 334-359.
- 23. SHI S XIA W, GUO H, ZHENG S.** Unique characteristics of pyogenic liver abscess of biliary origin. Surgery 2016 ; 159(5) : 1316—24.
- 24. DJOUSSOU F MALVY D, TAMBOURA M, BEYLOT J, LAMOULIATTE H, LONGY-M ET AL.** Abcès amibien du foie, Analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme thérapeutique, Rev Med Int 2003 ; 24 : 97-101.
- 25. CZERWONKO ME HUESPE P, BERTONE S PELLEGRINI S, MAZZA O, PEKOL J, ET AL.** Pyogenic liver abscess: current status and predictive factors recurrence and mortality of first episode. HPB 2016; 18(12): 1023—30.
- 26. LIU CG AND AL.** Amoebic liver abscess and human immunodeficiency virus infection: A report of three cases. J Clin Gastro- 2001 ; 33 : 64-8.
- 27. BEN ABDALLAH R, YAACOUR A, BEN AYED S, GHRIBI H, SANOUSSI O, AOUN K BOURATBINE A.** Abcès amibien du foie authentifié par PCR chez un ressortissant indien. Rev Tun Infectiol Avril 2009; 3; N°2: 41-3.
- 28. RYSZARD J.** Clinical manifestation and ultrasonography guide aspiration of amoebic Liver abscess in St Walburge's Hospital, Nyango, Tanzania. Trop DOCTOR 2002 ; 32 : 92-3.
- 29. ADIL D.** Les abcès hépatiques expériences du CHU MOHAMED VI A propos de 62 cas [Thèses Med]. Marrakech : Université Cadi Ayyad ; 2011 ; 79; N°91.
- 30. BLESSMANN JOERG, LE VAN ET EGBERT TANNICH.** Ultrasons hépatiques dans une population avec un indice élevé de l'amibiase invasive : Evidence pour des abcès amibiens sub-cliniques et individu limité du foie. Méd. Trop et santé inter 2003 ; 8(3) : 231.

- 31. 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.
- 32. KONE T.** Etude des abcès amibiens du foie dans les services de Chirurgie générale et pédiatriques de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 53 cas [Thèse Med]. Bamako : FMOS ; 2006 ; 8 ; N°12M29.
- 33. CASTING D, SMAIL A.** Anatomie du foie et des voies biliaires. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), Hépatologie 1999 ; 12 : 7-001-A-10.
- 34. ACUNA SOTO R, MAGUIRE JH, WIRTH DF.** Gender distribution in asymptomatic and invasive amoebiasis. *Am J Gastro-enterol* 2000 ; 95 : 1281.
- 35. MOLINIER C, MENNECIER D.** Amibiase hépatique. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier Paris) Hépatologie. 1997 ; 6 : 7-027-A-10.
- 36. Traore A, Togo A, Kante L, Dembele B T, Diakite I, Coulibaly Y et al.** Abcès amibien du foie en Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali. *Mali Médical* 2014 ; 19 (4) :5-9.
- 37. Koumaré S1, Koné T2, Keita S1, Soumaré L1, Sissoko MS1, Camara M1, Sacko O1, Camara A1, Koïta A1, Togo S3, Ouattara MA3, Dicko H4, Konaté M 2, Coulibaly Y 1, Diallo M5, Sanogo ZZ1, Sangaré D1.** Aspect diagnostiques et thérapeutiques des abcès amibiens du foie dans le service de Chirurgie A du Pont G. Bamako. *Mali Médical* 2018 ; 23 (1) : 7-10.
- 38. OUOLOGUEM M.** Abcès du foie (à pyogène et amibien) dans le service de Chirurgie Générale de l'hôpital Gabriel touré à propos de 80 cas [Thèse Med]. Bamako: FMOS; 2019; N°80 M165:202.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I) IDENTITE ET DONNEES ADMINISTRATIVES

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

2. N° Dossier médical: /___/___/___/

3. Nom et Prénom:.....

4. Age (en année):/___/

5. Sexe:/___/ 1=Féminin 2=Masculin

6. Profession:/___/

1=Cadre supérieur 2=Cadre moyen

3=Commerçant 4=Scolaire

5=Paysan 6=Ouvrier

7=Ménagère 8=Chauffeur

9=Maçon 10=Sans emplois

7. Région de provenance:/___/

1=Bamako 2 =Kayes 3=Koulikoro

4=Sikasso 5=Ségou

6=Mopti 7=Gao

8=Tombouctou

9=Kidal

8. Contact à Bamako:.....

9. Nationalité:/___/ 1=Maliennne 2=Autres à préciser:.....

10. Date de consultation : le...../...../.....

11. Délai de consultation (en jour):/___/

12. Date d'entrée : le...../...../.....

13. Date de sortie : le...../...../.....

14. Durée d'hospitalisation (en jour):/___/

15. Mode de recrutement:/___/ 1=Externe 2=Urgence

3=Référence

4=Autres à préciser :.....

II) ANTECEDENTS :

MEDICAUX :

16. Tares:/___/ 1=HTA 2=Diabète 3=Drépanocytose 4=Asthme 5=Ictère

6=Tuberculose 7=UGD 9=Indéterminé 8=Autres :.....

17. Amibiase intestinale:/___/ 1=Oui 2=Non

CHIRURGICALS : rapportés ou pas

III) CLINIQUE :

18. Motif de consultation: /___/ 1=Douleur de l'hypocondre droit

2=Douleur Abdo diffuse 3=Masse abdominale

4=Fièvre 5=Douleur thoracique 6=Ictère

7=Perte de poids 8=Autres à préciser :.....

SIGNES GENERAUX :

19. Poids(en kilogramme): /___/

20. Température (en degré Celsius): /___/

21. Tension Artérielle (en millimètre de mercure) :

Systolique: /___/___/___/ Diastolique: /___/___/___/

22. Pouls: /___/___/___/

23. Conjonctives: /___/ 1=Colorées 2=Pales 3=Ictériques 4= Indéterminé

5=Autres à préciser :.....

24. Anorexie: /___/ 1=Oui 2=Non

25. Nausées: /___/ 1=Oui 2=Non

26. Vomissements: /___/ 1=Alimentaires 2=Bilieus 3=Sanglants

4=Absents 5=Autres à préciser :.....

SIGNES FONCTIONNELS :

_DIGESTIFS :

27. Douleur abdominale: /___/ 1=Présente 2=Absente

27a. Siège: /___/ 1=Hypocondre droit 2=Epigastre 3=basithoracique droite

4=Abdominale généralisée 5=Autres à préciser :.....

27b. Type : /___/ 1=Piqûre 2=Pesanteur 3=Coup de poignard

5=Autres à préciser :.....

27c. Mode de début: /___/ 1=Brutal 2=Progressif 3=Insidieux

4=Autres à préciser :.....

27d. Irradiations : /___/ 1=Fixe 2=En bretelle 3=Au dos

4=Epigastre 5=Autres à préciser :.....

27e. Intensité: /___/ 1=Faible 2=Modérée 3=Fort

4=Très forte 5=Indéterminée

27f. horaire: /___/ 1=Permanent 2=Indéterminé 3=Rythmique

28. Diarrhées: /___/ 1=glaireuses 2=Glairo-sanglantes

4=Absentes

29. Ténésmes: /___/ 1=Oui 2=Non

30. Ballonnement abdominal: /___/ 1=Oui 2=Non

_SIGNES RESPIRATOIRES :

31. Toux: /___/ 1=Oui 2=Non

32. Expectoration : /___/ 1=Oui 2=Non

33. Dyspnée: /___/ 1=Oui 2=Non

34. Douleur thoracique: /___/ 1=Oui 2=Non

_SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT :

35. Arthralgie: /___/ 1=Oui 2=Non

36. Prurit : /___/ 1=Oui 2=Non

37. Hoquet: /___/ 1=Oui 2=Non

_FACTEURS DE RISQUE :

38. Pauvreté: /___/ 1=Oui 2=Non

39. Alcoolisme: /___/ 1=Oui 2=Non

40. Tabac: /___/ 1=Oui 2=Non

41. Grossesse: /___/ 1=Oui 2=Non

42. Promiscuité: /___/ 1= Oui 2= Non

43. Mauvaise hygiène: /___/ 1= Oui 2= Non

SIGNES PHYSIQUES

44. Etat de l'abdomen: /___/ 1=Plat 2=Voussure 3=Distension

4=Autres à préciser :.....

45. Hépatomégalie: /___/ 1=Douloureuse 2=Douleur à l'ébranlement
3=Régulière 4=Irrégulière 5=Bord inf tranchant 6=Bord inf.
mousse 7=Autres à préciser :.....

46. Contracture abdominale: /___/ 1=Présente 2=Absente

47. Défense abdominale: /___/ 1=Localisée 2=généralisée
3=Absente

48. Splénomégalie (classification O.M.S): /___/ 1=Stade I 2=Stade II
3=Stade III 4=Stade IV 5=Stade V

49. Masse abdominale: /___/ 1=Oui 2=Non Si oui préciser siège et aspect
:.....

50. Aires pulmonaires: /___/ 1=MV bien perçus 2=MV diminués 3=Crépitant
4=Ronchi 5=Frottements pleuraux 6=Abolition des VV

-Matité thoracique déclive: /___/ 1=Oui 2=Non

Si oui préciser le siège

51. TR: /___/ 1=Normal 2=Douglas douloureux 3=douglas bombé
4=Autres à préciser :.....

52. TV: /___/ 1=Normal 2=Anomalie à préciser :.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

_IMAGERIE MEDICALE :

Echographie abdominale :

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

54. Siège sur le lobe: /___/ 1=Lobe droit 2=Lobe gauche

55. Siège sur le (s) segment (s): /___/ 1=Segment I 2=Segment II

3=Segment III 4=Segment IV 5=Segment V

6=Segment VI 7=Segment VII 8=Segment VIII

56. Nombre d'abcès: /___/ 1=Unique lobe droit 2=Unique lobe gauche

3=Multiples lobe droit 4=Multiples lobe gauche 5=Mixte

57. Dimension (diamètre en millimètre): /___/ 1=<20 2= [20 – 50[3 = [50 – 100[
4= [100 – 120[5= [120 – 170[6=>170

Radiographie du thorax :

58. Résultats : /___/ 1=Ascension de l'hémi-coupole diaphragmatique droite

2=Image d'épanchement pleural 3=Autres à préciser :.....

_TDM abdominale :

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

BIOLOGIE

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

TRAITEMENT :

_MOYENS MEDICAMENTEUX :

71. Médicaments utilisés:/___/ 1=Métronidazole 2= Tinidazole
72. Posologie (en grammes/jour):/___/ 1=<1g 2=1g 3=1.5g 4=2g
73. Voie d'administration:/___/ 1=Intraveineuse 2=Orale
74. Durée d'administration (en jour):/___/ 1=<7j 2>7j
75. Effets secondaires:/___/
- 1=Cutanés à préciser :.....
- 2=Digestifs à préciser :.....
- 3=Autres à préciser :.....

_MOYENS MEDICO-CHIRURGICAUX :

Ponction écho guidée :

76. Nombre:/___/

77. Quantité de pus en cm³:/___/

78. Aspect du pus:/___/ 1=Chocolat 2=Autres à préciser :.....

79. Odeur du pus:/___/ 1=Inodore 2=Nauséabond

_MOYENS CHIRURGICAUX :

80. Technique utilisée:/___/ 1=Drainage par laparotomie

2=Drainage laparoscopique 3=Conversion

4=Drainage transcutané

81. Indications de la chirurgie:/___/

1=Abcès avec signe de pré rupture

2=Péritonite par rupture d'abcès

3=Echec du traitement médical bien conduit

4=Localisation dangereuse pour la ponction écho guidée

82. Evolution immédiate:/___/ 1=Régression des symptômes

2=Persistance des symptômes

3=Aggravation des symptômes

4=Suppuration pariétale

_SUITES :

83. A un mois :

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

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

84.3. Suites compliquées:/___/ 1=Hépatalgie 2=Ictère

3=Occlusion intestinale 4=Autres à préciser :.....

84.4. Echographie de contrôle hépatique:/___/ 1=Abcès résiduel

2=Résorption de l'abcès 3=Autres à préciser :.....

84.5. Décédé:/___/ 1=Oui 2=Non

85. A trois mois :

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

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

85.3. Suites compliquées:/___/ 1=Hépatalgie 2=Ictère

3=Occlusion intestinale 4=Autres à préciser :.....

85.4. Echographie de contrôle hépatique: /___/ 1=Abcès résiduel

2=Résorption de l'abcès 3=Autres à préciser :.....

85.5. Décédé: /___/ 1=Oui 2=Non

86. A six mois :

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

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

86.3. Suites compliquées: /___/ 1=Hépatalgie 2=Ictère

3=Occlusion intestinale 4=Autres à préciser :.....

86.4. Echographie de contrôle hépatique: /___/ 1=Abcès résiduel

2=Résorption de l'abcès 3=Autres à préciser :.....

87.5. Décédé: /___/ 1=Oui 2=Non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : DAOUDA KALIFA

Titre : les abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie Générale de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

Année : 2019-2020

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Chirurgie Générale, Imagerie médicale.

Résumé

Objectifs généraux :

- Déterminer la fréquence hospitalière de l'abcès amibien du foie en milieu hospitalier.
- Décrire les aspects cliniques, para cliniques de l'abcès amibien du foie.
- Evaluer le résultat du traitement de l'abcès amibien du foie

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective de 3 ans, allant du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2019 effectuée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Pour 12050 admissions, 32cas d'abcès amibiens du foie en ont été colligés, ce qui représente une fréquence hospitalière de 0,43% et une incidence 10 cas.

L'âge moyen de nos patients a été de 35 ans chez les adultes et 6 ans chez les enfants. Le sexe masculin a été prédominant avec un sex-ratio de 3,6/1. Les signes cliniques les plus fréquents ont été la fièvre (90,6%), l'hépatomégalie (81,3%) et nausées et/ou vomissements (56,3%). Les collections objectivées à l'échographie abdominale étaient localisées dans le lobe droit dans 78,1%, uniques dans 87,5%. La sérologie amibienne effectuée chez 30 patients et a été positive dans 90,6%. Le traitement médical a été exclusif dans 4cas (12,5%), une ponction évacuatrice écho-guidée a été nécessaire dans 9,4% des cas. La chirurgie a été pratiquée dans (78,1%).

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

Mots clés : Abcès amibien, 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