

Ministère de l'éducation nationale  
Et de la recherche scientifique

République du Mali  
**Un Peuple-Un But-Une Foi**

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES

ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T.B

FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

F.M.O.S



**U.S.T.T.B**



ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022 N°.....

TITRE :

**ABCES DU FOIE : ASPECTS CLINIQUE ET  
THERAPEUTIQUE DANS LE SERVICE DE  
CHIRURGIE "A" AU CHU DU POINT G**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 30/12/2022 devant la faculté  
de médecine et d'odontostomatologie

Par :

*M. Djéfla DIALLO*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

**Président : Pr Birama TOGOLA**

**Membre : Dr SANOGO Sanra Deborah**

**Co-directeur : Dr Moussa SISSOKO**

**Directeur : Pr Soumaila KEITA**

## DEDICACE :

Je rends grâce à Dieu le Tout puissant et Très miséricordieux et son prophète Mohamed(PSL) qu'ils nous guident vers le droit chemin.

Je dédie ce travail :

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

**A ma mère :** Sounounkou Traoré, mère parmi les mères, tu as été toujours sur pied au premier chant du coq pour t'occuper de nous. Par ton courage nous n'avons rien envié aux autres ; ton amour pour les enfants d'autrui a été capital dans notre réussite. Puisse ce travail être le gage de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices que tu as consentis pour moi. Que Dieu t'accorde longue vie, pleine de santé ; et sa grâce ici et dans l'autre monde.

**A mes frères et sœurs :** Mama S Diallo, Abdoulaye Diallo, Mamadou S Diallo, Moussa Diallo, Aboubacar Diallo, Kadidia Diallo et Aminata Diallo : En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis sous le toit paternel, je voudrais que, vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est aussi les vôtres.

**A TOUS MES ONCLES ET TANTES PATERNELS ET MATERNELS :** Ce travail est le fruit de votre éducation. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance affectueuse.

**A MES TRES CHERS AMIS :**

Mamadou DIALLO, Lassine BAGAYOKO, Bakary TOGOLA, Ousmane TRAORE, Malamine SIDIBE, Abdramane THERA, Siaka OUATTARRA, Fousseyni TOURE, Lucien S TOGOLA, Kolou Pyaballo, kalilou Tangara, Arouna Traoré, Domon Kassogue, Issa THIAM, Sanata Kary TRAORE

Vous êtes mes anges gardiens, toujours présents à mes côtés pour me soutenir, m'aider et m'encourager. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Alors je vous dédie ce travail pour vous témoigner la gratitude, le respect et l'amour du petit frère que je suis.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

**A MES FEMMES ET BELLES SŒURS :**

Fatoumata DIAKITE, Kadidia TOGOLA, Fatoumata SANOGO, Bintou YARO, Mah KONE, Sirantou DIAKITE, Aïda DIABATE, Djénèbou DIARRA, Moulker Mouye DIALLO, Bastan DIALLO,

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour, mon affection. Que Dieu puisse vous garder et vous procurer santé et bonheur. Que Dieu garde vos enfants et que leur vie soit comblée de réussite, de succès et de bonheur. Vous êtes merveilleuses et merci pour la joie procurée et l'effort consentie pour ma cause

**A mes cousins et cousines :** Merci pour vos soutiens, vos affections et respect à mon égard. Que le bon Dieu me donne le courage d'être reconnaissant envers vous, qu'il soit le garant de notre fraternité.

**A ma chère fiancée : Kadidia KONE**

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

**A mes grands-parents, maternels et paternels**

Votre bénédiction, vos prières m'ont été toujours précieux. Trouvez ici l'expression de ma tendresse, mon profond amour et ma reconnaissance. Puisse ce travail être une prière pour vos âmes.

**A ma Patrie, le Mali Chère Patrie,**

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

**AUX FAMILLES : TRAORE, KOUYATE, DIAKITE, KONE ET DIALLO**

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis de citer. Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

# REMERCIEMENTS

**A nos chers maitres** : Professeur Zimogo Z Sanogo, Feu Pr Adama k Koita, Pr Soumaila Keita, Pr Sekou Koumare, Pr Oumar Sacko, Pr Sidiki Keita, Pr Lamine Soumaré, Pr Moussa Sissoko, Dr Adama f Traoré, Dr Mamadou Coulibaly, Dr Souleymane Coulibaly, pour m'avoir encadré.

**Aux D.E.S de chirurgie digestive** : Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect.

**Aux anciens thésards du service de chirurgie générale** : Dr Konaré S, Dr Diamoutènè N, Dr Sidibé A, Dr Fofana M, Dr Sirielle T, Dr Ouedraogo A, Dr Maiga A.

**A mes collègues internes** :

Hafid SALIMOU, Souahibou MORBA, Marcelin, Dezi, Mamery DOUMBIA

**Au personnel de la chirurgie "A" du CHU du Point G** :

La réussite de ce travail sera aussi la vôtre.

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

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

## **SIGLES D'ABREVIATION**

AF : Abscès du foie

ATCD : Antécédent

ASA : American study of anesthesiology

cc : Centimètre cube

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

CRO : Compte Rendu Opératoire

CRP : Protéine C réactive

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HTA : Hypertension artérielle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IPOMS : Irish Perioperative Medicine Society

IMC : Indice de Masse Corporel

J ou j : Jour

Kg : kilogramme

Mg : Milligramme

ml : Millilitre

mm : Millimètre

NFS : numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto rhino laryngologie

PEG : Ponction écho-guidée

PTFT : Pavillon Tidiane Faganda Traoré

PNN : Polynucléaire Neutrophile

UGD : Ulcère Gastro-Duodéal

SAU : Service Accueil des Urgences

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

TDM : Tomodensitométrie

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY



## **À notre Maitre et directeur**

### **Professeur Soumaila KEITA**

- Professeur titulaire en chirurgie générale
- Chef de service de chirurgie A du CHU du Point G
- Chef de service de santé de la gendarmerie nationale
- Praticien Hospitalier au CHU du Point G
- Membre de la Société Malienne de Chirurgie
- Colonel Major
- Médecin légiste auprès des tribunaux

### **Cher Maitre ;**

Vous avez accepté de diriger ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre franc parlé, votre rigueur scientifique et votre engagement pour la promotion de la chirurgie et de la médecine légale nous ont beaucoup impressionnés. L'amitié profonde pour vos collaborateurs et vos étudiants, et le sens élevé du devoir font de vous un homme très admirable. Cher Maitre veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

## **A notre maitre et président**

### **Professeur Birama TOGOLA**

- Professeur titulaire en chirurgie générale
- Spécialiste en chirurgie Thoracique et cardiovasculaire
- Diplôme interuniversitaire en pédagogie et sciences de la communication
- Diplôme Universitaire en Endovasculaire Périphérique
- Fellow du West African college of surgeons(WACS)
- Membre de la Société Malienne de chirurgie(SOCHIMA)
- Membre de l'Association de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du Mali(ACTCAV)
- Praticien Hospitalier au CHU du Point G

### **Cher maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en présidant ce jury.

Nous avons apprécié durant notre cursus universitaire, vos qualités scientifique et humaine.

Avec tout le respect et toutes les considérations, nous vous prions de bien vouloir recevoir nos remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

## A notre maître et juge

### Docteur SANOGO Sanra Déborah

- Maître de conférences en hépatogastroentérologie à la FMOS
- Praticienne hospitalière au CHU point G
- Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)
- Membre de la Société Nationale Française de Gastro- entérologie (SNFGE).

### **Cher maître,**

Le grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury nous offre l'occasion de vous exprimer notre admiration et notre profond respect. Votre simplicité et votre disponibilité nous ont marqués.

Veillez trouver ici l'assurance de nos remerciements les plus sincères.

## **À notre Maître et Co-directeur de thèse**

### **Dr Moussa SISSOKO**

- Maître de recherche au CHU du Point G
- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

### **Cher maître,**

Vous nous avez fait l'honneur de co-diriger ce travail,

Votre disponibilité, votre humilité, votre modestie ainsi que votre charisme ont été toujours des valeurs humaines séduisantes pour nous depuis les premiers instants de notre rencontre.

Nous avons acquis auprès de vous non seulement des connaissances scientifiques mais aussi des principes de la vie sociale car vous n'avez établi aucune barrière entre nous.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

# SOMMAIRE

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Projection antérieure du foie.....	8
Figure 2 : Vue antérieure du foie .....	10
Figure 3 : Face Viscérale du foie .....	12
Figure 4 : Vue Postérieure du foie .....	13
Figure 5 : Distribution des vaisseaux et des conduits .....	15
Figure 6 : Segmentation du foie .....	17
Figure 7 : Répartition des patients selon la tranche d'âge. ....	64
Figure 8 : Répartition des patients selon le sexe.....	65

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la profession.....	66
Tableau II : Répartition des patients selon la provenance. ....	67
Tableau III : Répartition des patients selon le mode de recrutement.....	67
Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents médicaux. ....	68
Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux. ....	69
Tableau VI : Répartition des patients selon les habitudes alimentaires.....	70
Tableau VII : Répartition des patients selon les facteurs de risque. ....	70
Tableau VIII : Répartition des patients selon le motif de consultation.....	72
Tableau IX : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.....	72
Tableau X : Répartition des patients selon le type de douleur.....	73
Tableau XI : Répartition des patients selon le mode de début de la douleur.....	73
Tableau XII : Répartition des patients selon l’irradiation de la douleur.....	74
Tableau XIII : Répartition des patients selon l’intensité de la douleur.....	74
Tableau XIV : Répartition des patients selon la classification ASA .....	75
Tableau XV : Répartition des patients selon l’IPOMS .....	75
Tableau XVI : Répartition des patients selon l’indice de masse corporelle (IMC)..	76
Tableau XVII : Répartition des patients selon le siège de la douleur.....	76
Tableau XVIII : Répartition des patients selon l’état de l’abdomen. ....	77
Tableau XIX : Répartition des patients selon l’existence de l’hépatomégalie. ....	77
Tableau XX : Répartition des patients selon l’existence de la contracture et la défense abdominale.....	78
Tableau XXI : Répartition des patients selon le résultat de l’auscultation	

pulmonaire.....	79
Tableau XXII : Répartition des patients selon le résultat de la percussion pulmonaire.....	79
Tableau XXIII : Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal. ....	80
Tableau XXIV : Répartition des patients selon le siège de l’abcès sur le lobe. ....	80
Tableau XXV : Répartition des patients selon le siège de l’abcès sur le segment. ..	81
Tableau XXVI : Répartition des patients selon le nombre d’abcès. ....	81
Tableau XXVII : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie du thorax.....	82
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le résultat de la TDM abdominale. ....	82
Tableau XXIX : Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.....	83
Tableau XXX : Répartition des patients selon le résultat de la C- Protéine Réactive. ....	83
Tableau XXXI : Répartition des patients selon le résultat de la glycémie. ....	84
Tableau XXXII : Répartition des patients selon le résultat de la Sérologie amibienne. ....	84
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le résultat de la Sérologie HIV....	85
Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le résultat de l’examen cytbactériologique du pus.....	85
Tableau XXXV : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire. ....	86
Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire. ....	86
Tableau XXXVII : Répartition des patients selon le type d’antalgique. ....	87
Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon la classe d’antibiotiques. ....	87



Tableau XXXIX : Répartition des patients selon la réalisation de la ponction échoguidée.....	88
Tableau XL : Répartition des patients selon la réalisation le nombre de ponction échoguidée.....	88
Tableau XLI : Répartition des patients selon la quantité de pus ponctionnée en cm <sup>3</sup> . .....	89
Tableau XLII : Répartition des patients selon l'aspect du pus. ....	89
Tableau XLIII : Répartition des patients selon la technique chirurgicale pratiquée.	90
Tableau XLIV : Répartition des patients selon l'indication de la chirurgie. ....	90
Tableau XLV : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiate.....	91
Tableau XLVI : Répartition des patients selon les suites opératoires tardives.....	91
Tableau XLVII : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie de contrôle.....	92

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>II.</b>	<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>5</b>
	Objectif général : .....	5
	Objectifs spécifiques : .....	5
<b>III.</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>7</b>
1.	Rappels anatomiques du foie : .....	7
A.	ABCES AMIBIEN DU FOIE .....	17
1.	Epidémiologie .....	18
2.	Physiopathologie : .....	20
3.	Anatomie pathologique : .....	21
4.	Diagnostic : .....	23
5.	Traitement : .....	31
B.	ABCES DU FOIE A PYOGENES.....	34
1.	Définition : .....	34
2.	Epidémiologie : .....	34
3.	Facteurs étiologiques : .....	35
4.	Physiopathologie : .....	36
5.	Formes particulières : .....	39
6.	Anatomopathologie : .....	40
7.	Bactériologie : .....	41
8.	Histoire naturelle et pronostic : .....	42
9.	Diagnostic positif : .....	43
10.	Diagnostic étiologique : .....	48
11.	Diagnostic différentiel : .....	49
12.	Traitement : .....	51
13.	Indications et résultats : .....	55
<b>IV.</b>	<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>57</b>
<b>V.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>64</b>
<b>VI.</b>	<b>COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>93</b>
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>110</b>

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

L'abcès hépatique est défini comme une cavité suppurée en rapport avec l'invasion et la multiplication de micro-organismes aux dépens du tissu hépatique sain ou pathologique [1]. C'est une pathologie relativement rare, à incidence difficile à déterminer. Toutefois, la fréquence semble augmenter avec l'âge et le terrain [2].

La fréquence varie d'une région à une autre. En Asie du Sud-Est, l'amibiase survient chez 15 % de porteurs sains (13 à 43% de la population générale) et est responsable de 25% d'abcès du foie [3, 4].

En Europe, il s'agit d'une pathologie d'importation à cause de l'immigration et du tourisme. L'incidence varie entre 1 et 15 pour 100 000 par an selon les auteurs européens et américains [5].

En Afrique, au Sénégal, la prévalence de l'amibiase est de 1 à 2% dans la population générale [3].

L'abcès amibien du foie était responsable de 1,9% des hospitalisations à Abidjan (Côte d'Ivoire en 2010) [3], 1,3% à Bujumbura (Burundi) [3] et 0,5% chez les adultes à Karachi (Pakistan) [3].

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

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

L'incidence des abcès bactériens du foie se situait entre 8 et 20 cas pour 100 000 admissions à l'hôpital [8]. Il s'agit principalement d'une pathologie du sujet d'âge moyen, entre 50 et 60 ans, probablement en raison de la

prévalence des maladies des voies biliaires dans cette tranche d'âge, qui sont actuellement la première cause d'abcès hépatiques [8]. Environ la moitié des patients présentent un abcès isolé et l'autre moitié des abcès multiples. La localisation des abcès est variable [9, 10]. On retrouve une prédominance masculine pour les abcès cryptogénétiques et les abcès d'origine portale et une prédominance féminine pour les abcès d'origine biliaire. Les abcès multiples sont le plus souvent d'origine biliaire [11, 12, 13].

Les abcès hépatiques sont de cause bactérienne, parasitaire, et plus rarement fongique [14].

Les examens biologiques et les examens morphologiques du foie permettent de poser le diagnostic sans grande difficulté dans la plupart des cas.

Le traitement des abcès hépatiques est dominé par l'antibiothérapie et le drainage échoguidé, mais un recours à la chirurgie peut s'avérer nécessaire dans certains cas.

Le pronostic est conditionné par les tares du patient, la rapidité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique et le germe en cause de cette affection.

Depuis plus de 15 ans aucune étude n'a été réalisée sur la prise en charge thérapeutique des abcès du foie dans le service de chirurgie "A" au CHU du Point G.

Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge thérapeutique des abcès du foie.

Pour mener à bien ce travail nous nous sommes fixés des objectifs.

# OBJECTIFS

## II. OBJECTIFS

### 2.1 Objectif général :

Evaluer la prise en charge thérapeutique des abcès du foie dans le service de chirurgie "A" au CHU du Point-G.

### 2.2 Objectifs spécifiques :

- a. Déterminer la fréquence hospitalière.
- b. Décrire les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques
- c. Analyser les résultats de la prise en charge.
- d. Evaluer le coût de la prise en charge.

# GENERALITES



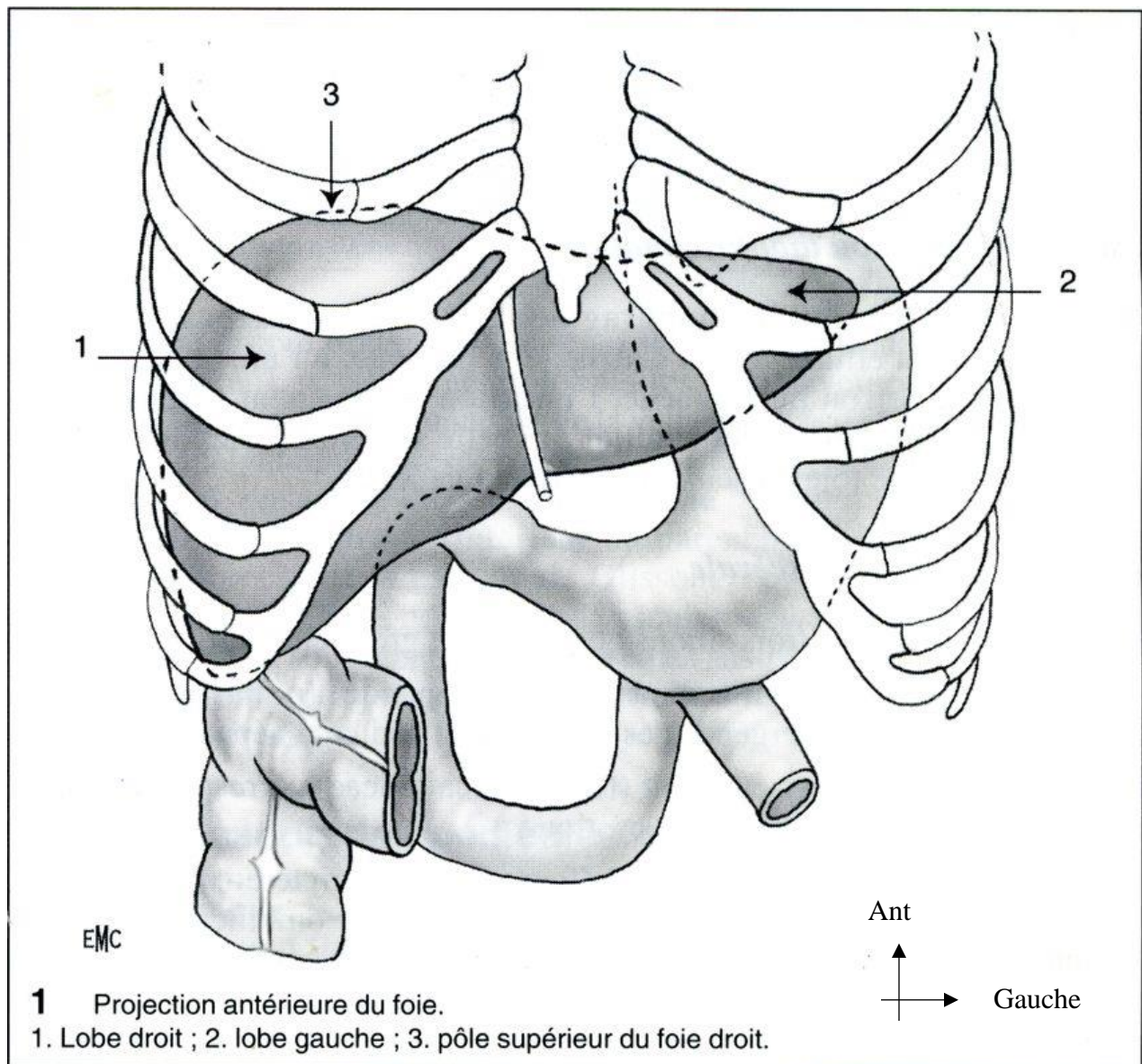
### **III. GENERALITES**

#### **1. Rappels anatomiques du foie : [15, 16, 17]**

##### **1.1. 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.



**Figure 1 : Projection antérieure du foie [18]**

### **1.2. 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.

### **1.3. 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.

#### **1.4. Configuration et rapports :**

Dans son ensemble, le foie peut être comparé au segment supérieur d'un ovoïde dont le grand axe serait transversal, la grosse extrémité à droite et qu'on aurait sectionné de gauche à droite, suivant un plan incliné regardant en haut, en avant et à droite. La surface du foie est lisse.

Il présente trois faces et deux bords.

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

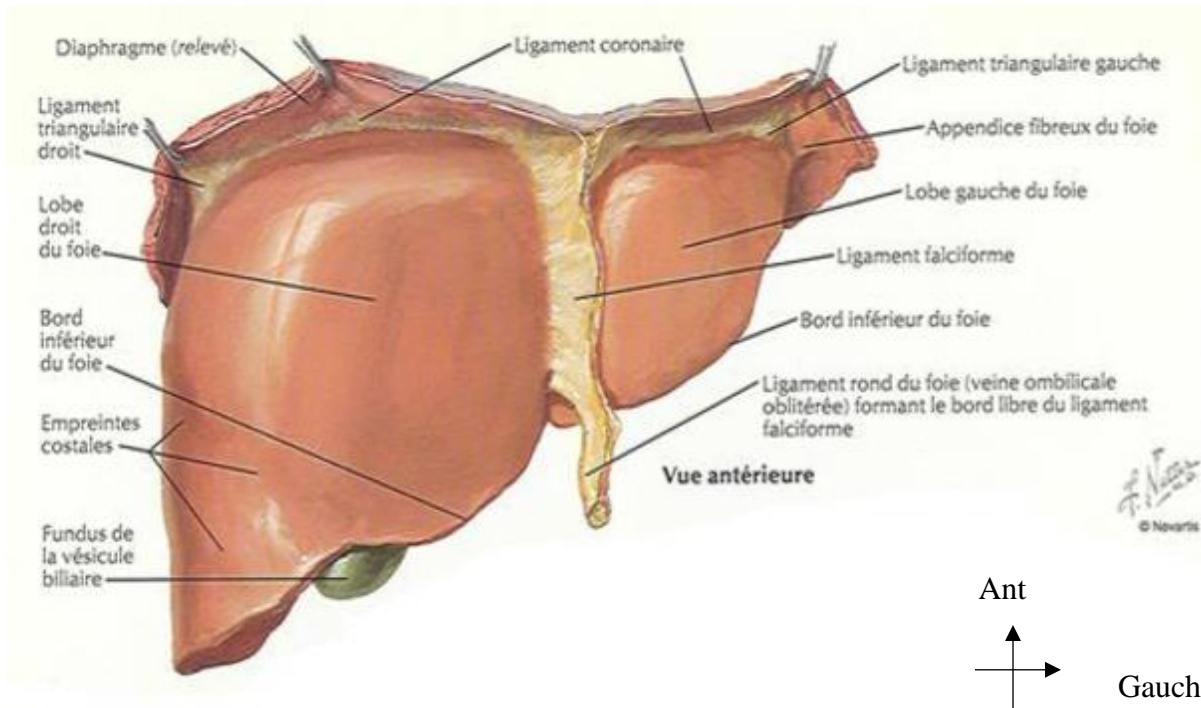
- Le segment antérieur entre en contact avec la paroi abdominale antérieure. Il est parcouru par l'insertion du ligament falciforme (ligament suspenseur) qui le divise en 2 bords (droit et gauche).

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

- Le segment postérieur est vertical et présente une concavité transversale très prononcée, qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale. Il est limité en bas par le bord postérieur. On y trouve deux sillons verticaux :

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

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



**Figure 2 :** Vue antérieure du foie [18]

◆ Face inférieure ou viscérale : La face inférieure, irrégulièrement plane, regarde en bas, en arrière et à gauche. Elle est parcourue par trois sillons antéro-postérieur et un sillon transversal. Les sillons antéropostérieurs ou longitudinaux se distinguent en sillons droit et gauche :

- sillon antéropostérieur gauche : il est étroit, mais il entaille profondément la face inférieure du foie. Son extrémité antérieure creuse

Position du foie par rapport aux viscères abdominaux

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

- sillon antéropostérieur droit : c'est en réalité une large gouttière peu profonde, plus large en avant qu'en arrière. Cette gouttière est appelée fossette cystique parce qu'elle répond à la vésicule biliaire.

- sillon transverse encore appelé hile du foie, s'étend entre les deux sillons

antéropostérieurs. Il mesure 6 à 7 centimètres de longueur et 1.5 centimètres de largeur. Il est occupé par les organes qui vont au foie ou qui en partent (vaisseaux, nerfs, voies biliaires).

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

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

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

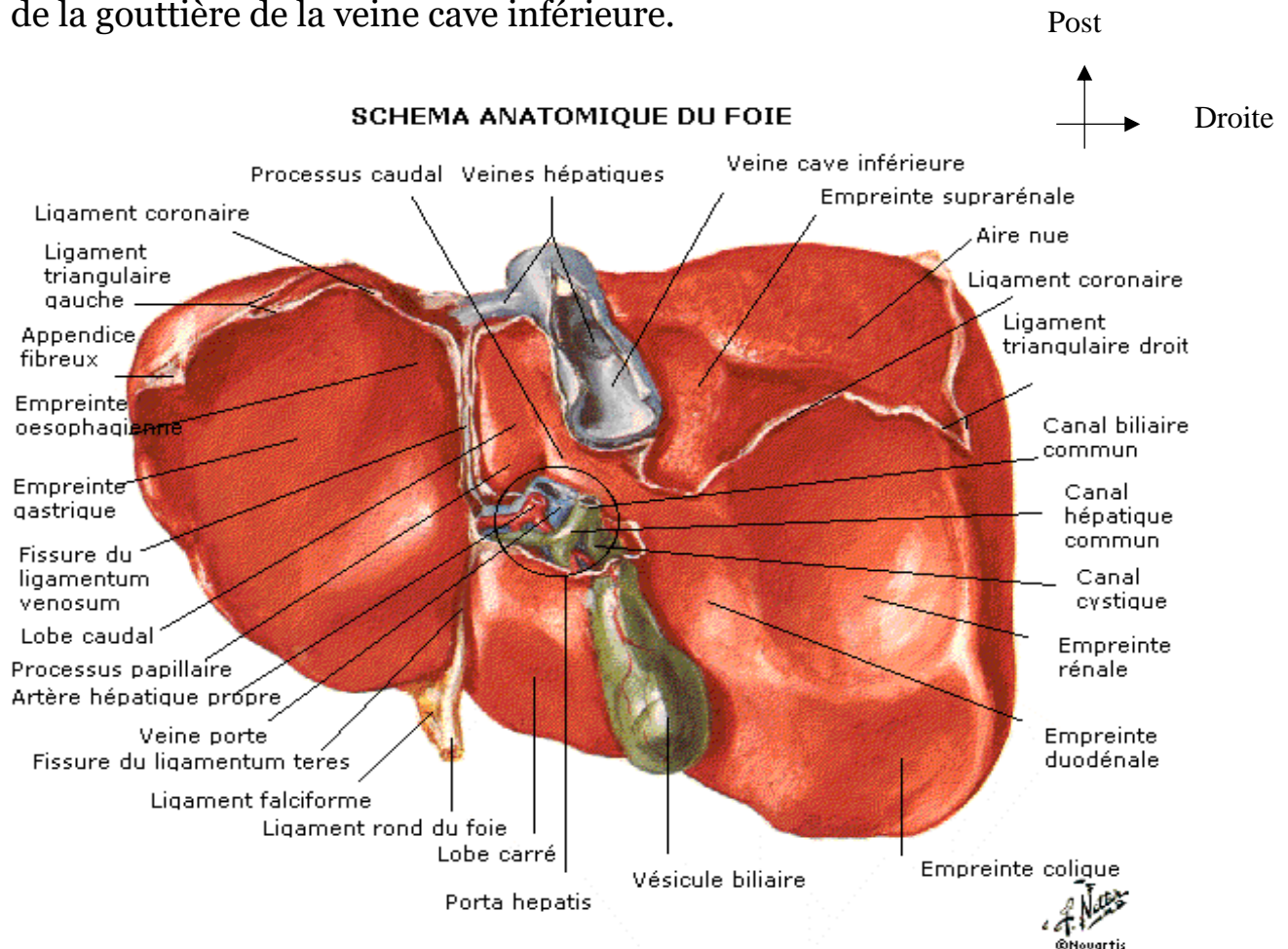
-Le lobe carré : il est limité par le sillon de la veine ombilicale à gauche, la fossette cystique à droite, le bord antérieur du foie en avant et le hile en arrière. Il est allongé dans le sens antéro-postérieur et se rétrécit un peu d'avant en arrière. Le lobe carré recouvre la partie horizontale de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

-Le lobe de SPIEGEL : il est placé en arrière du hile, entre le sillon du canal veineux et le sillon de la veine cave inférieure.

Il est allongé de haut en bas et appartient presque entièrement au segment postérieur de la face viscérale du foie.

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

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



**Figure 3 :** Face Viscérale du foie [18]

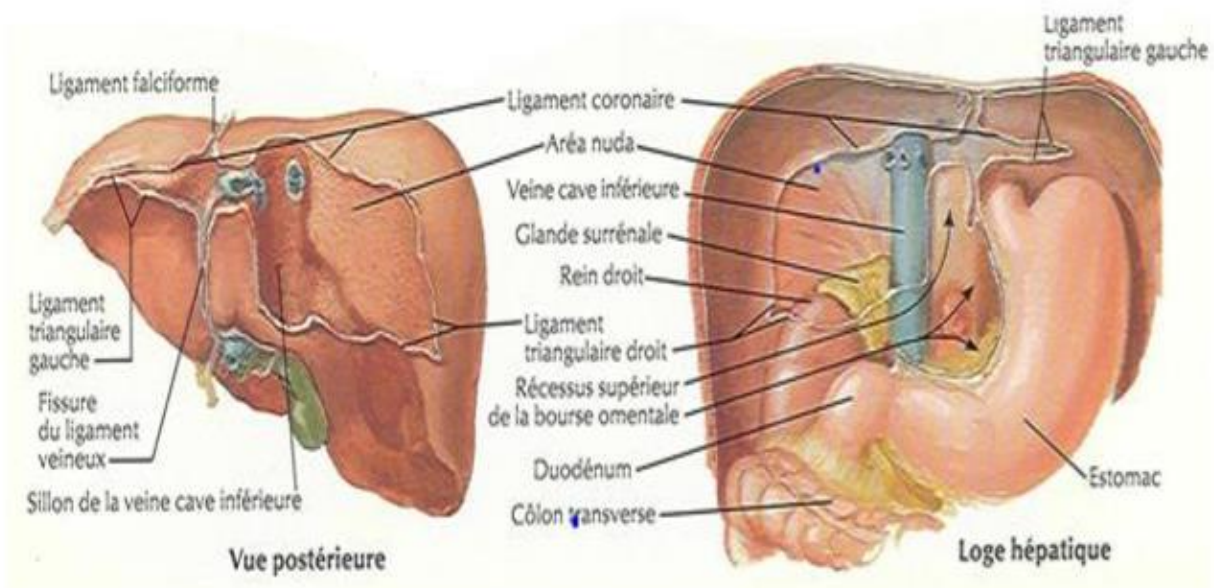
◆ Face postérieure : elle est verticale et présente une concavité transversale très prononcée, qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale. Sa partie la plus haute se trouve à droite de la veine cave inférieure ; à partir de là, sa hauteur diminue graduellement vers les extrémités.

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 moussé 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.



**Figure 4 :** Vue Postérieure du foie [18]

### **1.5. Moyens de fixité :**

Le foie est solidement maintenu en place par :

- du tissu conjonctif très dense qui unit étroitement au diaphragme 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.

### **1.6. Vaisseaux et nerfs :**

#### **1.6.1. 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.

**1.6.1.1. La veine porte :** Elle naît de la confluence du tronc spléno-mésaraïque et la veine mésentérique supérieure. Elle se divise au niveau du hile en deux branches, l'une droite et l'autre gauche :

- la branche droite, plus volumineuse et plus courte, donne deux collatéraux pour le lobe 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 au lobe carré et de SPIEGEL.

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



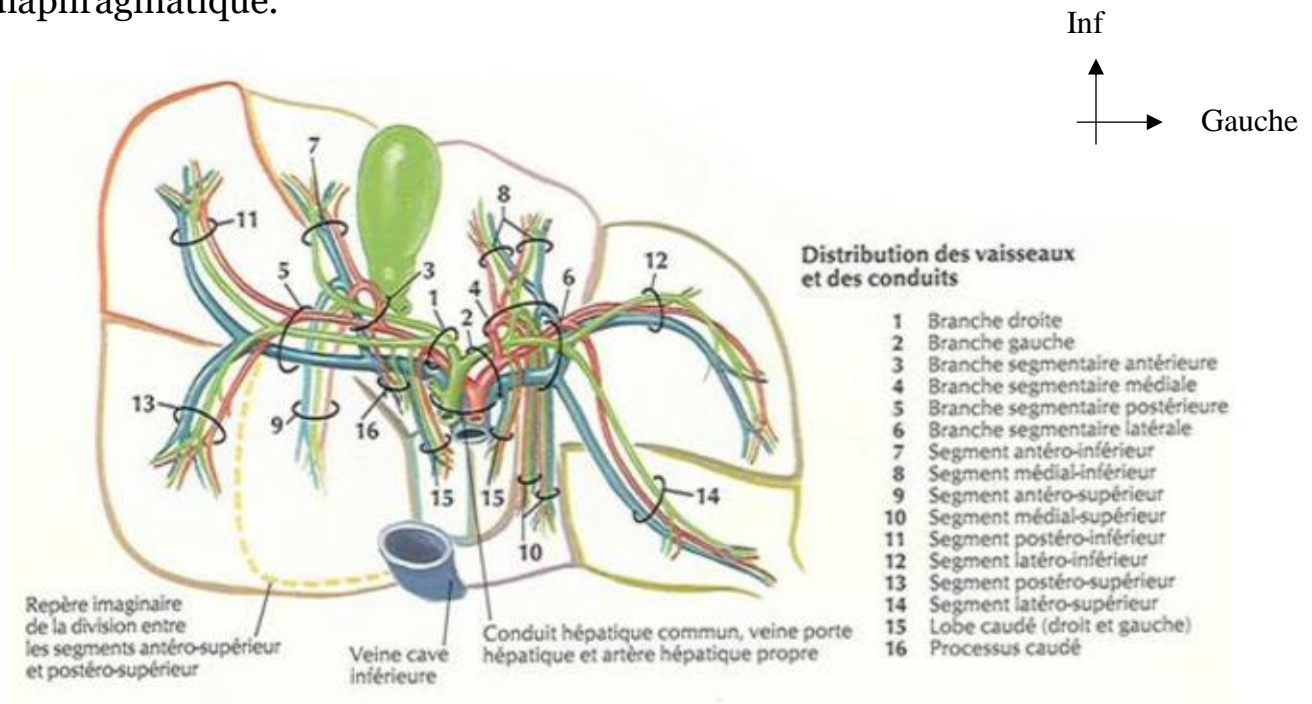
### 1.6.1.3. Les veines sus-hépatiques :

Elles assurent :

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

**1.6.2. 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.

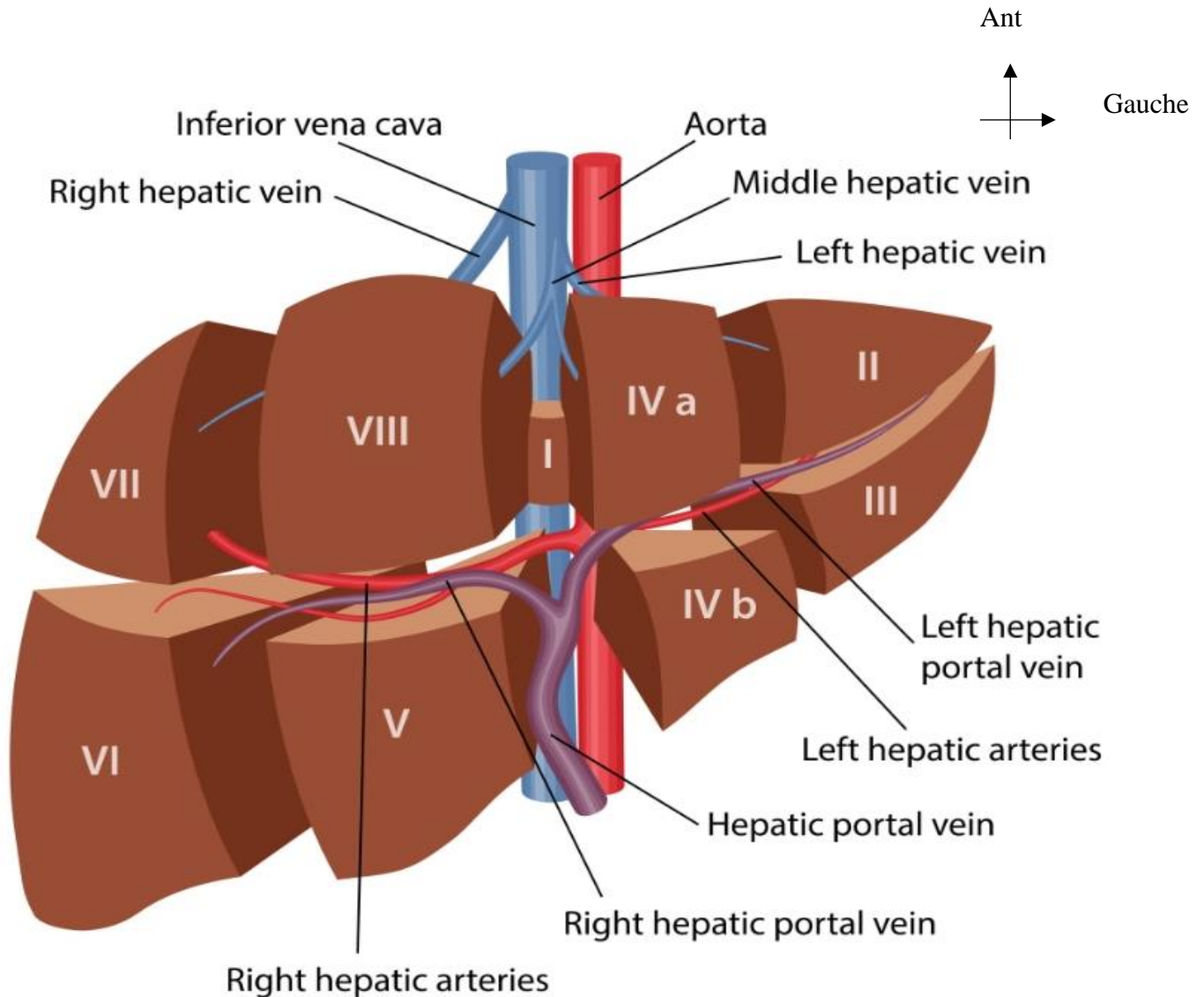
**1.6.3. Les nerfs :** le foie reçoit ses nerfs du plexus solaire, du pneumogastrique et aussi du nerf phrénique droit, par le plexus diaphragmatique.



**Figure 5 :** Distribution des vaisseaux et des conduits [18]

**1.7. 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.



**Figure 6 : Segmentation du foie [18]**

### A. ABCES AMIBIEN DU FOIE

L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique hépatique induite par *Entamoeba histolytica histolytica*. On distingue

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

l'envahissement des tissus dont le foie par la forme « histolytica » Elle reste la cause essentielle des abcès du foie en milieu tropical.

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

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

Toujours secondaire à une amibiase intestinale, dans un délai variable allant de quelques semaines à plusieurs années, la localisation hépatique en est la complication la plus fréquente. Elle concerne 1 à 20 % des personnes atteintes d'amibiase invasive jusqu'à 25 % en Asie du Sud-est. Le diagnostic est clinique, radiologique et immunologique. Le traitement médical basé sur les 5 nitro-imidazolés, est le traitement privilégié de la maladie. Les indications de la chirurgie sont de nos jours réduites et réservées aux seules complications de la maladie.

## 1. Epidémiologie [19, 20]

**1.1. Agent pathogène :** Entamoeba histolytica est un protozoaire de l'homme qui en constitue le réservoir principal. Il se présente sous trois formes :

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

contamination et la pérennité de l'espèce.

**1.2. Cycle évolutif :** Il est double et comporte :

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

- Cycle pathogène :

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

- Cycle non pathogène :

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

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

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

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

### **1.3. 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.

**1.4. 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.

**1.5. 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.

## **2. Physiopathologie : [21]**

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

Par effraction des veinules, ils gagnent le système porte dont le flux assure leur transport passif jusqu'au niveau du foie. La destruction tissulaire semble résulter de la lyse des leucocytes et des macrophages par les trophozoïtes. Cette lyse libère des produits toxiques qui provoquent la nécrose du tissu hépatique. Le processus progresse de façon centrifuge,

conduisant à la coalescence des foyers de nécrose contigus.

On ne trouve les amibes et les cellules inflammatoires qu'à la périphérie de la cavité. La réponse immunitaire produit des anticorps sériques qui n'empêchent pas la progression de la maladie. Ils apparaissent vers le septième jour et certains peuvent persister pendant des années. Après guérison et bien que des récurrences soient possibles, ces anticorps semblent exercer un certain effet protecteur.

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

### **3. Anatomie pathologique : [21]**

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 suffise 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 à 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



## 4. Diagnostic :

### 4.1. Diagnostic positif :

#### 4.1.1. Forme aiguë typique [19, 20]

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

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

Elle a pour siège habituel l'hypocondre droit (70%) d'où elle irradie inconstamment vers l'épaule et l'aisselle droites, réalisant la classique douleur en bretelle. Elle peut siéger ailleurs : base thoracique, épigastre, hypocondre gauche, flanc droit, voire région lombaire ou qu'elle diffuse à tout l'abdomen. D'intensité variable allant de la simple pesanteur à une douleur syncopale, elle simule généralement une colique hépatique. Permanente à recrudescence nocturne dans 78% des cas, elle entraîne une posture antalgique en chien de fusil sur le côté atteint dans 72% des cas. Il n'y a pas de corrélation entre son siège et la localisation de la nécrose, entre son intensité et la taille de l'abcès. Elle est due à la distension de la capsule de Glisson ou à l'importance de l'exsudation.

- La fièvre : présente dans 75 à 91% des cas, sinon constante, elle est souvent secondaire à l'hépatomégalie et apparaît en 2 à 3 jours. Elle est souvent désarticulée, oscillante entre 38 et 39°C, dépassant rarement 40°C et réagit rapidement au traitement spécifique (75% des apyrexies sont obtenues en 18 heures de traitement).
- L'hépatomégalie : constatée dans 50 à 74% des cas, elle est souvent

modérée mais peut devenir importante ou déterminer une voussure pariétale en regard de l'abcès. De consistance normale ou ferme, à surface lisse rarement bosselée, prédominant sur un lobe, elle a pour caractère essentiel sa sensibilité à la palpation. L'exploration uni digitale des espaces intercostaux trouve quelquefois un point douloureux exquis auquel on accorde une valeur localisatrice (signe de 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.

- **Les examens complémentaires :**

Imagerie :

- L'échographie : En première intention, c'est l'examen de choix en raison de son efficacité, de sa facilité et de son innocuité. Il arrive tout au début,

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

L'absence de lésion ne doit ni faire récuser le diagnostic présumé ni retarder la prescription d'un traitement spécifique. Les jours suivants, vont apparaître des signes plus évocateurs. Il s'agit d'abord d'une zone hypo échogène sans limites nettes, initialement hétérogène, puis homogène sans renforcement postérieur. Le passage de la sonde à son aplomb est souvent douloureux.

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

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

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

- La radiographie pulmonaire ou la radioscopie :

Elle est demandée en présence de signes pleuro pulmonaires et peut révéler les signes de complications à type de réaction pleurale simple avec comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique, d'épanchement plus important et des opacités parenchymateuses de la base droite.

Elle peut également montrer des signes indirects d'abcès du foie à type de surélévation de la coupole diaphragmatique droite soit globalement une déformation « en brioche » ou en « en soleil couchant ».

En cas d'abcès du lobe gauche on peut observer une surélévation de la coupole gauche.

- Le scanner ou l'IRM :

Ils ne sont pas plus sensibles que l'échographie devant les formes non compliquées. Leur coût de réalisation élevé et leur non vulgarisation dans nos pays rendent leurs indications rares.

Examens parasitologiques :

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

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

- 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.

Les examens biologiques courants : Ont une valeur d'orientation, ils sont néanmoins fondamentaux pour suivre l'évolution sous traitement. La plupart d'entre eux se normalisent en 8 à 14 jours de façon progressive. De nombreux auteurs insistent sur la valeur de la VS pour suivre l'effet du traitement.

- L'hémogramme : décèle une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une anémie modérée.
- La vitesse de sédimentation : est accélérée, à plus de 50 mm à la première heure (avec des extrêmes de 5 à 161mm). Une VS supérieure à 80 à la première heure est en faveur d'une suppuration profonde ou d'un syndrome inflammatoire.
- La protéine C réactive (CRP) : elle est couramment élevée. - Les tests hépatiques (les transaminases hépatiques, la bilirubine et les phosphatases alcalines) : sont peu perturbés.
- L'électrophorèse des protides : montre une hypo albuminémie, une augmentation importante des Alpha2-globulines et modérée des Gammaglobulines.

• **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 12ème heure.

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

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

La cavité diminue progressivement de volume. Ses limites deviennent imprécises. Le contenu reprend peu à peu la même écho-structure que celle du parenchyme sain.

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

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

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.

#### **4.1.2. Les formes cliniques :**

- 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.
- 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.

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



## **4.2. Diagnostic différentiel :**

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

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

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

## **5. Traitement :**

### **5.1. But :**

- Eradiquer l'amibe (si abcès amibien)
- Evacuer la collection
- Corriger les désordres métaboliques et hémodynamiques.

### **5.2. Moyens de traitement :**

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

La posologie est de 30 à 50mg/kg. P/j chez l'adulte, de 30 à 40mg/kg.p/j chez l'enfant en 3 administrations quotidiennes. En pratique chez l'adulte la dose est de 1,5g/j en 3 prises. La durée du traitement est de 5 à 10 jours.

Autres dérivés : le tinidazole comprimés dosé à 500mg à une posologie de 2g/j pendant 3 jours. Le secnidazole et l'ornidazole sont également efficaces mais moins utilisés.

**5.2.2. 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).

**5.2.3. Le drainage Trans pariétal percutané :**

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

#### **5.2.4. 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.

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

#### **5.2.6. La chirurgie classique :**

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

### **5.3. Les indications thérapeutiques : [20]**

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

**5.3.2. 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 10 cm ; les abcès du lobe gauche.

**5.3.3. Le traitement chirurgical :** il est réservé aux complications.

La prophylaxie : de nos jours elle repose sur les mesures d'hygiène et l'éducation pour la santé, destinées à éviter la contamination oro-fécale. On ne dispose pas d'une chimio prophylaxie fiable. Les recherches à l'élaboration de vaccin connaissent des résultats encourageants. La protection contre l'amibiase hépatique a été obtenue chez des animaux de laboratoire au moyen de sous unités de certaines enzymes du parasite par des peptides de synthèse qui en reproduisent la structure [20].

## **B. ABCES DU FOIE A PYOGENES**

### **1. Définition : [19]**

C'est toute suppuration hépatique d'origine bactérienne qui peut compliquer un foyer infectieux du territoire portal, une infection biliaire, une septicémie, un déficit immunitaire, le diabète etc.

Autrement dit l'abcès correspondant à une cavité néoformée créée par la nécrose du parenchyme hépatique par l'agent pathogène.

### **2. Epidémiologie :**

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

### **2.2 Age et sexe : [23]**

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

anciennes a presque disparu.

### **2.3. Germes en cause : [23]**

- Anaérobies à Gram Négatif (40 à 60 %) : *Escherichia coli*, Klebsiella, Pseudomonas, Enterobacter, Morganella, Serratia. Plus rarement Proteus, Eikenella, Providencia et Salmonella.
- Aérobie à Gram positif (10 à 20 %) : Streptocoques A, D, micro aéroophile, ingroupable ; Staphylocoques.
- Anaérobies : 35 à 45 % : *Bacteroides fragilis* sp, Fusobacterium, Clostridia, Streptocoques, Peptostreptocoques, Actinomycetes, Diphtéroïdes.
- Polymicrobisme : 20 à 60 %.
- Abscesses stériles : 5 à 10 %.
- Mycose : 5 à 30 %.

Candida, Cryptosporidium, Histoplasma

- Germes particuliers (1%) :

Bacille de Koch, Brucella, Yersinia, Pasteurella.

### **2.4. Facteurs favorisants :**

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

### **3. Facteurs étiologiques [23] :**

- Causes biliaires : 30 à 70%
- Malignes : cancers des voies biliaires, péri ampullaire ou de la vésicule
- Bénignes : lithiase biliaire, anastomose biliodigestive, cathétérissations des

voies biliaires, pancréatite chronique.

- Causes portales : 10 à 20 %

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

- Malignes : cancer colique ou gastrique ;

- Artérielles : 10 à 15 %.

- Causes infectieuses : Septicémies (endocardite), infection urogénitale, dentaire, ORL, cutanée, ostéomyélitique.

- Abscesses par contiguïté : 1 à 5%. Abscesses sous phrénique, sous hépatique, cholécystite aiguë

- Abscesses post-traumatiques : 1 à 3% des traumatismes ouverts ou fermés

- Abscesses cryptogénétiques : 10 à 40%.

#### 4. **Physiopathologie** : [19]

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

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

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

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

#### **4.1 Absès d'origine biliaire :**

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

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

#### **4.2 Absès d'origine portale :**

Ils correspondent à des bactériémies portales massives. La majorité des abcès hépatiques d'origine portale n'est plus associée à une pyléphlébite. Ces abcès sont souvent uniques mais peuvent être multiples en cas de pyléphlébite secondaire à une diverticulite, celle secondaire classiquement à l'appendicite aiguë ayant quasiment disparu. Les causes actuelles d'abcès

d'origine portale sont les complications de la maladie diverticulaire colique, les cancers gastriques ou coliques infectés, les suppurations anorectales, les abcès pancréatiques, les perforations digestives les suppurations intra-abdominales postopératoires et les maladies inflammatoires (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn). Au cours de ces dernières, les bactériémies portales sont fréquentes mais les abcès du foie sont rares.

#### **4.3 Abcès d'origine artérielle : 5 à 10 %**

Ces abcès sont le plus souvent dus à une bactériémie passagère. Ils sont généralement macroscopiques et uniques. Les portes d'entrée peuvent être une septicémie d'origine variable chez les immunodéprimés, une endocardite, une staphylococcie cutanée, une infection urogénitale une infection ORL ou une infection dentaire, une pneumopathie ou une ostéomyélite.

#### **4.4 Abcès par contiguïté :**

Ces suppurations intra péritonéales de voisinage entraînant une effraction de la capsule de Glisson sont devenues rares avec le développement de l'imagerie moderne (TDM, échographie) permettant un diagnostic précoce et une antibiothérapie efficace. Il peut s'agir d'un ulcère térébrant ou d'un abcès sous-phrénique ou sous-hépatique postopératoire ou spontané (ulcère perforé). Un cas particulier est réalisé par certaines cholécystites aiguës entraînant une suppuration du parenchyme adjacent.



#### **4.5 Abscès post-traumatiques :**

Ils sont secondaires à une contusion ou une plaie hépatique et correspondent à la surinfection d'un hématome intra hépatique ou d'une zone dévitalisée. 5.6 Abscès cryptogénétiques : Il s'agit d'abcès pour lesquels aucun foyer infectieux causal ne peut être retrouvé. Ces abcès seraient soit d'origine artérielle, secondaire à des bactériémies décapitées passées ou inaperçues, soit d'origine portale avec ou sans pyléphlébite occulte. Ces abcès doivent rester un diagnostic d'élimination.

### **5. Formes particulières : [19]**

#### **5.1. Chez l'enfant :**

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

#### **5.2. Abscès du foie des malades atteints de cancer :**

Deux sous-groupes sont distingués :

-Les abcès fongiques des sujets jeunes porteurs de leucoses et,

-Les abcès bactériens des sujets âgés ayant une tumeur solide. Dans le premier groupe, la chimiothérapie est le facteur initiateur majeur et dans le deuxième, on retrouve le plus souvent la notion de manipulation diagnostique ou thérapeutique des voies biliaires.

### **5.3. Abscès du foie à composante gazeuse :**

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

### **5.4. Abscès du foie dans le syndrome de l'immunodéficience acquise :**

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

## **6. Anatomopathologie : [19]**

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

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

Les macros abcès sont uniques dans 50 à 70% des cas et situés dans le lobe droit dans plus de deux tiers des cas. Ils correspondent souvent à une contamination hépatique par voie portale. Cette localisation serait imputée aux flux mésentérico-portal préférentiel vers le lobe droit.

Dans 30 à 60% des cas, les macros abcès sont multiples, répondant à une étiologie biliaire avec une pathologie maligne sous-jacente dans près de la

moitié des cas. Les abcès multiples sont également repartis dans les deux lobes.

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

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

## 7. Bactériologie :

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

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

multiples (63% contre 30%).

Les germes les plus souvent rencontrés sont les bacilles à Gram négatif (40 à 60%) et les bactéries anaérobies (40 à 50%). La fréquence de ces dernières a été augmentée par l'amélioration des techniques de culture. Le groupe des bacilles à Gram négatif est codominé par *Escherichia coli* et les *Klebsiell*es tandis que *Bactéroïdes fragilis* est le chef de file des germes anaérobies. Les streptocoques et les staphylocoques peuvent être rencontrés notamment dans les abcès d'origine hématogène systémique. Les agents fongiques (notamment *Candida*) sont trouvés dans les abcès multiples des malades immunodéprimés ou atteints de cancer. Dans 5 à 10% des cas, le pus peut rester stérile, correspondant alors à des défauts de culture des germes anaérobies, à des formes décapitées par l'antibiothérapie, à des amibiases méconnues ou à des mycoses. Citons enfin les rares abcès spécifiques : tuberculose, brucellose, tularémie, syphilis, yersiniose, pasteurellose, fongiques (*Candidose*, *Cryptococcose*, *Histoplasmosse*...)

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

## 8. Histoire naturelle et pronostic : [19]

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

Les complications peuvent être locorégionales ou générales :

- Rupture pleuropulmonaire
- Insuffisance hépatocellulaire
- Rupture sous-phrénique
- Septicémie

## - Rupture péritonéale

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

Avec l'apparition des techniques d'exploration isotopiques, la mortalité a chuté à des taux de 30 à 50 %.

Néanmoins, c'est l'avènement de L'échotomographie et de la TDM qui a transformé le diagnostic, le traitement et le pronostic de cette affection. La mortalité dans les séries chirurgicales publiées depuis l'utilisation de ces techniques est d'environ 10 à 40 % jusqu'aux années 1980. En dépit de l'amélioration de ces techniques de perfectionnement de l'antibiothérapie et des changements dans la prise en charge thérapeutique, la mortalité au début des années 1990 pouvait atteindre 10 à 25%. Les séries récentes avancent des chiffres oscillants entre 6 et 18%.

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

## 9. Diagnostic positif :

### 9. 1. Clinique :

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

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

les efforts, l'ébranlement du foie.

-L'altération de l'état général est habituelle : asthénie, anorexie, amaigrissement, sensation de malaise, sueurs nocturnes, troubles psychiques. Les nausées et vomissements sont assez fréquents mais la diarrhée (10% des cas) est beaucoup plus rare que dans les abcès amibiens.

Des signes respiratoires peuvent apparaître, en particulier une dyspnée ou une toux sèche.

L'examen physique peut retrouver un signe fondamental qui est l'hépatomégalie douloureuse (40 à 70% des cas). La douleur à l'ébranlement du foie par percussion de la base thoracique est extrêmement évocatrice. Rarement, on palpe une masse abdominale en particulier épigastrique (abcès du lobe gauche). L'ictère est inconstant (20 à 50% des cas) et est surtout associé aux AF d'origine biliaire. On peut retrouver un syndrome pleurétique de la base droite. Dans les formes septicémiques, une splénomégalie peut exister. Enfin, l'ascite, rarement associée aux abcès hépatiques, peut être en rapport avec un cancer sous-jacent.

Au total, deux tableaux cliniques peuvent être opposés :

- Un tableau aigu septicémique correspondant habituellement aux abcès multiples d'origine angio-cholitique ou artérielle dont le diagnostic est en général rapide (quelques jours). En cas d'angiocholite, l'ictère et l'hépatomégalie douloureuse orientent le diagnostic alors que celui-ci peut être difficile dans les formes hématogènes où les abcès hépatiques sont noyés dans un tableau infectieux général sévère ;
- Un tableau subaigu devenu actuellement de plus en plus fréquent où se pose le problème d'une fièvre ou d'une altération de l'état général. Ce cas correspond aux abcès survenant dans un contexte de manipulation biliaire

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

### **9.2. Biologie : [19]**

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

L'anomalie hépatique la plus fréquente est l'élévation des phosphatases alcalines entre 1,5 et 3 fois la normale (88 à 100%) et des transaminases entre 2 et 10 fois la normale (50 à 80% des cas). Une hyperbilirubinémie est notée dans 20 à 70% des cas. Un taux de prothrombine allongé est rapporté dans 15 à 62% des cas.

### **9.3. Examens morphologiques :**

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

- Cliché sans préparation :

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

Les clichés d'abdomen sans préparation peuvent montrer des clartés gazeuses mais rarement une image hydro-aérique intrahépatique

pathognomonique.

• **Echographie :**

L'échographie est la première technique simple et non invasive d'exploration du parenchyme hépatique. L'échographie est une excellente méthode de détection de l'abcès hépatique avec une sensibilité de 80 à 90%. Bien que les aspects décrits ne soient pas spécifiques, il existe un certain nombre de critères échographiques évocateurs. La forme et la taille des abcès sont très variables. Leur échogénicité dépend du stade évolutif de l'abcès. Au début de sa formation, l'abcès présente des limites imprécises et est volontiers plus échogène que le reste du parenchyme en raison des séquestres nécrotiques et de microbulles de gaz produites par les bactéries anaérobies. Abondant, le gaz peut être visible sur l'abdomen sans préparation et dessiner des cônes d'ombre acoustique postérieurs. Les modifications de l'aspect de la lésion au cours d'examens échographiques successifs sont un élément important du diagnostic d'abcès hépatique. On peut, en quelques jours, voir évoluer cet aspect vers l'aspect typique hypo et /ou anéchogène avec plus ou moins d'échos internes se déposant parfois en déclive donnant un niveau horizontal ou simulant des cloisons. Un renforcement postérieur est fréquemment retrouvé. L'abcès présente à ce stade des parois nettes d'épaisseur variable, allant de la simple limite circonscrivant la cavité, à la coque échogène très épaisse. Les contours sont habituellement irréguliers. L'examen échographique détecte également les épanchements associés. Il peut éclairer sur la pathogénie de l'abcès en montrant une dilatation des voies biliaires ou une cholécystite aiguë.

• **Tomodensitométrie :**

La TDM est également un examen morphologique essentiel. Les limites dans le diagnostic des masses haut situées sous la coupole et en cas de stéatose



hépatique ne cessent de s'estomper avec l'avènement de l'angio-TDM et du scanner hélicoïdal. La TDM représente le meilleur moyen d'exploration de l'abdomen chez les patients en mauvais état général, en postopératoire ou en réanimation et chez lesquels l'examen échographique est très gêné par l'abondance des gaz digestifs, les cicatrices et les sondes. Les abcès hépatiques réalisent en TDM des masses hypodenses, hétérogènes, de densité variable en raison de leur contenu variable en fibrine, leucocytes dégénérés et séquestres nécrotiques. Ils sont le plus souvent déjà détectés sur les coupes sans préparation.

Cependant, lors de l'injection du produit de contraste, l'abcès lui-même ne se rehausse pas avec le parenchyme. La paroi constitue une zone transitionnelle de densité intermédiaire entre la cavité et le foie normal. Son épaisseur varie, comme à l'échographie, de la simple limite bien définie à la véritable coque. Cette dernière peut prendre le contraste plus ou moins intensément, donnant alors l'image d'un anneau hyperdense. Cette coque peut être soulignée en périphérie par un halo hypodense d'œdème avec alors un aspect évocateur de cible. Les abcès du foie peuvent présenter un aspect de septum interne, signe qui serait fortement évocateur de l'origine biliaire. La mise en évidence de gaz dans la veine porte a été également rapportée. Le seul signe pathognomonique de l'abcès hépatique est la présence de clartés gazeuses internes, signe retrouvé dans 0 à 40% des cas.

• **Imagerie par résonance magnétique nucléaire :**

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

• **Autres examens :**

La scintigraphie et l'artériographie à visée diagnostique sont aujourd'hui abandonnées. La cholangiographie réalisée par voie endoscopique rétrograde ou percutanée Trans hépatique a été proposée dans le diagnostic positif des abcès bactérien. Actuellement, ses indications sont limitées à la recherche d'étiologie biliaire. Il faut souligner que ces opacifications biliaires ont leur propre risque infectieux.

**10. Diagnostic étiologique :**

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

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

L'existence d'une diverticulose colique est banale et ne doit être retenue comme cause de l'abcès que si une complication à type de diverticulite est retrouvée.

Les troubles digestifs épigastriques ou coliques incitent à des explorations endoscopiques ou autres à la recherche d'un cancer gastrique ou colorectal.

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

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

## **11. Diagnostic différentiel : [19]**

### **11.1. Abcès amibien :**

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

### **11.2 Autres abcès parasitaires du foie :**

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

### **11.3 Kyste hydatique :**

Il pose un problème plus difficile car son traitement est différent, classiquement chirurgical, et la ponction est contre-indiquée en raison des

risques de choc anaphylactique et de contamination péritonéale, en dépit des quelques récentes publications visant à ébranler ce concept. Le diagnostic repose sur l'aspect échographique (image hypo ou anéchogène cloisonnée), l'existence de calcifications dans la paroi du kyste et la sérologie. La surinfection bactérienne est également possible, en particulier en cas de fistule bilio-kystique. En cas de doute, la chirurgie est indiquée.

#### **11.4. Kystes biliaires :**

Les kystes biliaires sont très fréquents. Ils peuvent être solitaires ou multiples (polykystose) et sont habituellement asymptomatiques. L'image échographique est celle d'une image anéchogène, régulière, à parois fines avec un renforcement postérieur. Le diagnostic est généralement facile et ces kystes ne nécessitent aucun traitement en dehors des rares complications. L'une d'elles est la surinfection exceptionnelle, certes, mais réalisant un tableau d'abcès du foie aigu. Le traitement est celui d'un abcès hépatique.

#### **11.5 Maladie de Caroli :**

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

#### **11.6. Tumeurs du foie :**

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

### **11.7. Suppuration post embolisation :**

L'embolisation isolée ou associée à la chimiothérapie dans le cadre du traitement de certaines tumeurs hépatiques ainsi que celle faite à visée hémostatique dans les hémorragies traumatiques ou d'origine anévrysmale peuvent engendrer des ischémies, des nécroses parenchymateuses avec ou sans infection secondaire, pouvant mimer cliniquement et radiologiquement un abcès hépatique. Le diagnostic est effectué par le contexte clinique particulier et l'évolution favorable avec un traitement à base d'anti-inflammatoires et antalgiques.

Au total, en cas de doute diagnostique et en dehors des cas où il existe une possibilité d'hydatidose, la ponction dirigée doit être réalisée avec étude bactériologique, parasitologique et cytologique.

## **12. Traitement :**

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

### **12.1. Méthodes :**

- Antibiothérapie :

Elle ne sera entreprise qu'après avoir pratiqué plusieurs hémocultures et, si l'état du patient l'autorise, après mise en culture du pus de l'abcès. Les germes le plus souvent en cause sont les entérobactéries et les anaérobies. L'antibiothérapie initiale associe habituellement une céphalosporine de troisième génération, un aminoside à la dose de 2 à 3 mg /kg/ j et le métronidazole ou l'ornidazole à la dose 25 à 30 mg/kg/j. L'utilisation de nouvelles pénicillines à large spectre (imipénème.) est de plus en plus courante avec ou sans aminosides associés. L'antibiothérapie d'entretien

dépend du germe isolé et couramment fait avec l'association amoxicilline - acide clavulanique et /ou le métronidazole. La durée de l'antibiothérapie intraveineuse est controversée allant de 5 jours à 1 mois. L'antibiothérapie d'entretien, dont le principe est accepté par la plupart des auteurs, est poursuivie pendant 3 à 6 semaines. En tout cas, la défervescence clinique et septique est complète en moyenne 2 à 6 jours après le début du traitement.

L'émergence de nouvelles souches bactériennes et l'implication des champignons dans la surinfection dictent parfois l'adjonction d'antifongiques, particulier chez les malades porteurs de prothèse biliaire et chez les immunodéprimés.

• **Traitement chirurgical :**

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

• **Traitement percutané :**

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

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

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

**- Surveillance :**

L'amélioration clinique et l'apyrexie sont obtenues en 24 à 48 heures. Le choix de la date d'ablation du drain peut être délicat, surtout avec la diminution progressive de la quantité drainée sur 5 à 7 jours. On exige

habituellement une dizaine de jours de drainage sous surveillance clinico-radiologique. Une épreuve de clampage du drain sur 48 heures permet de vérifier la constance de l'apyrexie et l'absence de reproduction de l'AF grâce aux contrôles échographiques ou tomodensitométriques. Lorsque l'amélioration clinique n'est pas patente, il faut répéter l'examen échographique ou tomodensitométrique à la recherche d'autres AF non drainés après avoir exclu par des lavages successifs et un drainage prolongé, le mauvais drainage lié à l'épaisseur du pus.

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

## **12.2. Traitement étiologique :**

- Causes biliaires :

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

- Malignes : drainage biliaire externe, end prothèse ou anastomose biliodigestive voire exérèse à visée curative lorsque le syndrome infectieux est contrôlé. Pour les suppurations sur end prothèse, l'ablation de celle-ci est indiquée ;
- Bénignes : cure chirurgicale ou endoscopique d'une lithiase biliaire compliquée ou non d'angiocholite aiguë, réparation biliaire en cas de sténose postopératoire.

- Causes portales :

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



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

• Autres causes :

- Causes artérielles : traitement d'un foyer urinaire, génital, dentaire ou ORL, cutané, osseux, cardiaque ;
- Abscesses par contiguïté : traitement chirurgical du foyer responsable ;
- Causes traumatiques : le traitement chirurgical dépend des lésions responsables et de l'étendue de la séquestration hépatique.

### **13. Indications et résultats : [19]**

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

Certains ont recommandé de réserver le drainage percutané aux seuls abcès

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

# METHODOLOGIE

## IV. METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude

#### 1.1-Centre Hospitalier Universitaire du Point G



L'hôpital du Point G a été construit en 1906 et fut opérationnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Il est le premier établissement sanitaire qui a eu le statut d'hôpital sur le territoire du Soudan français (ancienne appellation du Mali). Il est situé sur une colline qui culmine à 300 mètres d'altitude à l'extrême nord de la ville de Bamako, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

Actuellement, le CHU regroupe 18 services dont deux services de chirurgie générale (Chirurgie « A » et Chirurgie « B »).

## **1.2-Service de Chirurgie « A »**

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie « A ».

Les activités chirurgicales du service sont dominées par la chirurgie digestive, vasculaire, gynécologique et endoscopique.

### **✓ Les locaux**

Le service comprend deux pavillons qui comptent 38 lits d'hospitalisation répartis entre 10 salles.

- **Pavillon Tidiani Faganda TRAORE (PTFT)** : qui comprend 4 salles (16 lits) de deuxième catégorie et 3 salles (6 lits) de première catégorie.
- **Chirurgie II** : qui comprend 3 salles (16 lits) de troisième catégorie

### **✓ L'Institut Malien de Recherche et de Formation en Coeliochirurgie (IMRFC) :**

L'Institut abrite cinq bureaux, deux blocs opératoires, un magasin, une salle de staff destinée à la formation des futurs chirurgiens. Une baie vitrée sépare la salle de formation du bloc opératoire ce qui permet aux étudiants en formation de suivre les interventions chirurgicales qui peuvent être retransmises et projetées par un système interne, sur un écran.

### **✓ Conditions et matériels d'exercice.**

Le service dispose de deux blocs opératoires dans lesquels se déroulent toutes les activités de chirurgie programmée (de chirurgie générale et de coelio- chirurgie). Un bloc opératoire est consacré aux urgences chirurgicales.

## ✓ **Le personnel :**

### ➤ **Le personnel permanent :**

Il comprend 9 chirurgiens dont :

- Un Professeur titulaire en chirurgie générale, chef de service
- Deux maitres de conférences
- Trois maitres de recherche
- Trois chirurgiens praticiens hospitaliers (un chirurgien généraliste, un chirurgien cancérologue, un chirurgien thoracique)
- Neuf techniciens de santé
- Trois aides de bloc
- Six techniciens de surface
- Une secrétaire

### ➤ **Le personnel non-permanent**

- Les Médecins en spécialisation de chirurgie
- Les étudiants en année de thèse
- Les étudiants en stage de la FMOS, de l'UKM et des écoles de formation des techniciens de santé

## ✓ **Les activités**

- Le staff : tous les jours ouvrables, le matin à 8h00 ;
- La visite : tous les jours ouvrables après le staff du matin ;
- Les soins aux malades hospitalisés tous les jours ;

- Les consultations externes du lundi au vendredi après le staff du matin par une équipe différente de celle de la visite ;
- Les interventions chirurgicales à froid du lundi au jeudi (les activités chirurgicales sont dominées par la chirurgie digestive et endoscopique) ;
- Un staff de programme opératoire tous les jeudis ;
- La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) tous les lundis à laquelle participent toutes les spécialités chirurgicales et d'autres spécialités de l'hôpital ;
- Un staff hebdomadaire les vendredis (Journée scientifique)

## **2. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 1<sup>er</sup> décembre 2021 soit une période de 11 ans. Elle a porté sur 50 cas d'abcès du foie dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G.

## **3. Population d'étude :**

Les patients hospitalisés et pris en charge pour abcès du foie durant la période d'étude.

## **4. Echantillonnage :**

### **4.1. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans l'étude tous les patients admis en chirurgie "A" pour abcès du foie dont le diagnostic a été posé par les examens cliniques et paracliniques.

- Le diagnostic d'abcès d'origine amibienne a été retenu sur les critères cliniques et para cliniques suivants : la triade de FONTAN, l'aspect chocolaté et sans odeur du pus et la sérologie amibienne positive.

- Le diagnostic d'abcès d'origine bactérienne a été retenu sur les critères suivants : la triade de FONTAN, l'aspect de pus franc et l'identification du germe à l'ECBU du pus

#### **4.2. Critères de non inclusion :**

- Abcès du foie non confirmé ;
- Dossier inexploitable.

#### **4. 3. Collecte et traitement des données :**

La collecte et le traitement ont été effectués à l'aide d'un questionnaire sur une fiche individuelle d'enquête comportant les données démographiques, des variables qualitatives et quantitatives.

Nous avons réalisé une compilation des données à partir des dossiers des malades, des registres de consultation et des registres de compte rendu opératoire (CRO) du bloc opératoire du service.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « Microsoft Office Word » version 2020, et le logiciel « Zotero » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

La comparaison a été faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.



# RESULTATS

## V. RESULTATS

### Fréquence

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré dans le service de chirurgie "A du CHU du Point G :

-Nombre de consultation : 15064

-Nombre d'intervention chirurgicale(urgences) : 4429

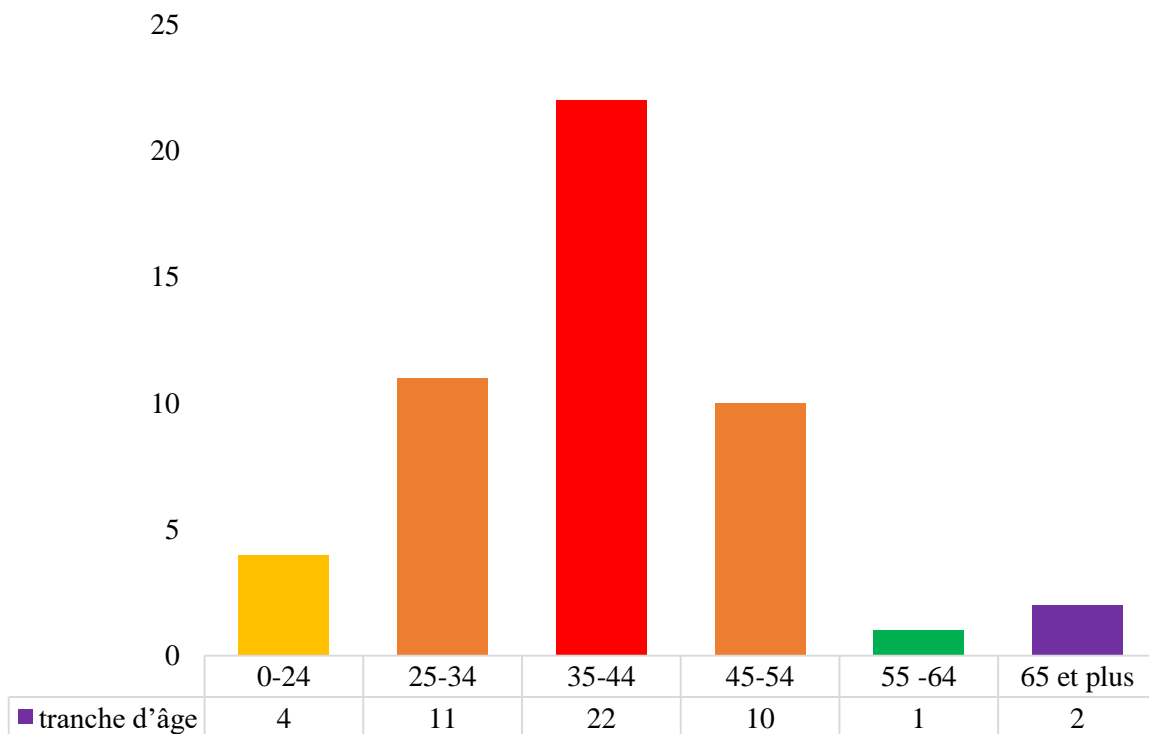
-Nombre d'abcès du foie : 50

Ainsi, les abcès du foie ont représenté :

-0,33% des consultations

-1,13% des urgences chirurgicales

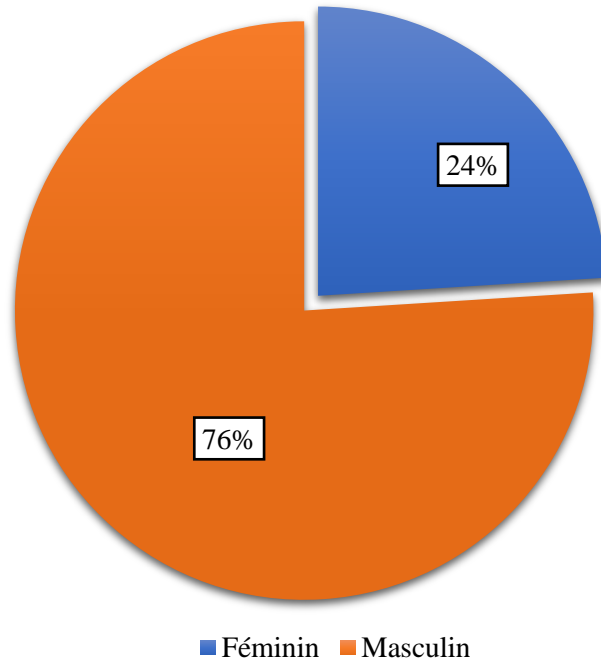
### 1. Caractéristiques sociodémographiques



**Figure 7 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.**

La moyenne d'âge était de 39,5 ans et un écart-type 1,107 avec des extrêmes

de 15 et 74 ans.



**Figure 8 : Répartition des patients selon le sexe.**

Le sex-ratio était de 3,1.

**Tableau I : Répartition des patients selon la profession.**

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Ouvrier</b>	<b>9</b>	<b>18,0</b>
Ménagère	7	14,0
Etudiant ou Elève	4	8,0
Commerçant	4	8,0
Cultivateur	4	8,0
Fonctionnaire	3	6,0
Eleveur	2	4,0
Transitaire	2	4,0
Mécanicien	2	4,0
Blanchisseur	2	4,0
Boucher	2	4,0
Tradi thérapeute	2	4,0
Entrepreneur	1	2,0
Retraite	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Les ouvriers constituaient la profession la plus représentée dans cette étude avec 18%.

**Tableau II : Répartition des patients selon la provenance.**

<b>Provenance</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bamako</b>	<b>36</b>	<b>72,0</b>
Koulikoro	11	22,0
Sikasso	2	4,0
Ségou	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La majorité des patients résidait à Bamako.

**Tableau III : Répartition des patients selon le mode de recrutement.**

<b>Mode de recrutement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Référé par des agents de santé</b>	<b>23</b>	<b>46,0</b>
Adressé par les médecins du SAU	14	28,0
Reçu en consultation externe	13	26,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Les patients étaient référés par des agents de santé dans 46% des cas.

## 1.1. Antécédents

**Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.**

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sans ATCD</b>	<b>32</b>	<b>64,0</b>
HTA	4	8,0
UGD	4	8,0
Tuberculose	2	4,0
VIH 1 ou 2	2	4,0
Diabète	1	2,0
Drépanocytose	1	2,0
Asthme	1	2,0
Hyperthyroïdie	1	2,0
IDM	1	2,0
HTA et Diabète	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patients n'avait aucun antécédant médical.

**Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.**

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Aucun</b>	<b>45</b>	<b>90,0</b>
Maladie hémorroïdaire	1	2,0
HPB	1	2,0
Perforation gastrique	1	2,0
Abcès sous phrénique	1	2,0
Hernie ombilicale	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La majorité des patients n'avait pas d'antécédent chirurgical.

**Tableau VI : Répartition des patients selon les habitudes alimentaires**

Habitudes alimentaires	Effectifs	Pourcentage (%)
Tabac + The	12	24,0
<b>Tabac + Alcool + The</b>	<b>10</b>	<b>20,0</b>
The+ Café	9	18,0
Café	7	14,0
The	5	10,0
Tabac + Alcool	3	6,0
Tabac	2	4,0
Alcool	2	4,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Quelques patients consommaient du thé, du café, du tabac.

**Tableau VII : Répartition des patients selon les facteurs de risque.**

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Mauvaise hygiène de vie</b>	<b>49</b>	<b>98,0</b>
<b>Promiscuité</b>	<b>41</b>	<b>82,0</b>
Eleveur	2	4,0
Antécédents familiaux d abcès du foie	1	2,0

La mauvaise hygiène de vie et la promiscuité étaient les principaux facteurs de risque.



**Tableau VII : Répartition des patients selon le délai de consultation (en jour).**

<b>Délai de consultation (en jour)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
3-10	9	18,00
11-25	25	50,00
26- 35	14	28,00
36-60	2	4,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Le délai moyen de consultation était de 18 jours avec un écart-type de 15,7 et les extrêmes de 3 et 60

### 1.1.1. Signes fonctionnels

**Tableau VIII : Répartition des patients selon le motif de consultation.**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Douleur de l'hypochondre droit</b>	<b>29</b>	<b>58,0</b>
Douleur abdominale diffuse	10	20,0
Péritonite par rupture d'abcès du foie	7	14,0
Défense Abdominale	3	6,0
Triade de Fontan	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La douleur de l'hypochondre droit était le principal motif de consultation pour plus de la moitié des patients.

**Tableau IX : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.**

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Douleur abdominale</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
Vomissements	31	62,0
Nausées	23	46,0
Diarrhée	14	28,0

La douleur abdominale, nausées, vomissement et la diarrhée étaient les principaux signes fonctionnels observés.

**Tableau X : Répartition des patients selon le type de douleur.**

Type de douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Piqûre</b>	<b>41</b>	<b>82,0</b>
Coup de poignard	6	12,0
Pesanteur	1	2,0
Brûlure	1	2,0
Autres	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La douleur était à type de piqûre dans la majorité des cas.

**Tableau XI : Répartition des patients selon le mode de début de la douleur.**

Mode de début	Effectifs	Pourcentage (%)
Brutal	17	34,0
<b>Progressif</b>	<b>33</b>	<b>66,0</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Le début de la douleur était progressif dans 66% des cas.

**Tableau XII : Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur.**

Irradiation de la douleur		Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Diffuse</b>	<b>dans tout</b>	<b>24</b>	<b>48,0</b>
<b>l'abdomen</b>			
Fixe		10	20,0
Bretelle		10	20,0
Dorsale		3	6,0
Epigastrique		2	4,0
Pelviennne		1	2,0
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>100,0</b>

La douleur était diffuse à l'abdomen chez 48% des patients.

**Tableau XIII : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur.**

Intensité de la douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Forte</b>	<b>35</b>	<b>70,0</b>
Modérée	14	28,0
Faible	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La douleur était d'intensité forte dans 70% des cas.

### 1.1.2. Signes généraux

**Tableau XIV : Répartition des patients selon la classification ASA**

<b>Classification ASA</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
ASA I	15	30,0
<b>ASA II</b>	<b>34</b>	<b>68,0</b>
ASA III	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patients était classé ASA II.

**Tableau XV : Répartition des patients selon l'IPOMS (Indice de performance OMS)**

<b>IPOMS</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Grade I	6	12,0
<b>Grade II</b>	<b>41</b>	<b>82,0</b>
Grade III	3	6,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

L'IPOMS était estimé grade II dans 82% des cas.

**Tableau XVI : Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle (IMC).**

<b>IMC</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
< 18	2	4,0
18 à 25	7	14,0
<b>Indéterminé</b>	<b>41</b>	<b>82,0</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

L'IMC n'était pas calculé chez la majorité des patients.

**Tableau XVII : Répartition des patients selon le siège de la douleur.**

<b>Siège de la douleur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Hypochondre droit</b>	<b>34</b>	<b>68,0</b>
Abdominale généralisée	7	14,0
Basithoracique droite	5	10,0
Epigastrique	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

L'hypochondre droit était le principal siège de la douleur abdominale pour plus de la moitié des patients.

### 1.1.3. Signes physiques

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'état de l'abdomen.**

<b>Etat de l'abdomen</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Souple</b>	<b>28</b>	<b>56,0</b>
Distendu	15	30,0
Voussure	7	14,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patients avait un abdomen souple.

**Tableau XIX : Répartition des patients selon l'existence de l'hépatomégalie.**

<b>Hépatomégalie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Douloureuse</b>	<b>45</b>	<b>90,0</b>
Irrégulière	3	6,0
Douleur à l'ébranlement	2	4,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Une hépatomégalie douloureuse était notée chez la majorité des patients.

**Tableau XX : Répartition des patients selon l'existence de la contracture abdominale.**

<b>Contracture abdominale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Présente</b>	<b>41</b>	<b>82,0</b>
Absente	9	18,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La contracture abdominale était présente dans 82% des cas.

**Tableau XXI : Répartition des patients selon l'existence de la défense abdominale.**

<b>Défense abdominale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Localisée</b>	<b>25</b>	<b>50,0</b>
Généralisée	21	42,0
Absente	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La défense abdominale était localisée dans 50% des cas.



**Tableau XXII : Répartition des patients selon le résultat de l'auscultation pulmonaire.**

Résultat de l'auscultation pulmonaire	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Murmure vésiculaire bien perçu</b>	<b>38</b>	<b>76,0</b>
Murmure vésiculaire diminué	10	20,0
Râles crépitants	2	4,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Le murmure vésiculaire était bien perçu chez 76% des patients.

**Tableau XXIII : Répartition des patients selon le résultat de la percussion pulmonaire.**

Résultat de la percussion pulmonaire	Effectifs	Pourcentage (%)
Matité thoracique	2	4,0
Absence de matité thoracique	48	96,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Les patients avaient une matité thoracique dans seulement 4% des cas.

**Tableau XXIV : Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal.**

Résultat du toucher rectal	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Normal</b>	<b>30</b>	<b>60,0</b>
Cul de sac de douglas douloureux et bombé	10	20,0
Cul de sac de douglas douloureux	9	18,0
Cul de sac de douglas bombé	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Moins d'un tiers des patients avait un cul de sac de Douglas douloureux et bombé au toucher rectal.

## 1.2. Examens complémentaires

### 1.2.1. Imagerie médicale

- **Echographie abdominale :**

Elle a été réalisée chez tous les patients soit 100% des cas. L'abcès du foie était confirmé par l'échographie.

**Tableau XXV : Répartition des patients selon les lobes concernés.**

Lobes concernés	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Lobe droit</b>	<b>41</b>	<b>82,0</b>
Lobe gauche	8	16,0
Lobe droit et gauche	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Le lobe droit a été la localisation la plus représentée soit 82% des cas.

**Tableau XXVI : Répartition des patients selon les segments concernés.**

<b>Segments concernés</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Segment II	1	2,0
Segment III	2	4,0
Segment IV	3	6,0
Segment V	6	12,0
Segment VI	3	6,0
<b>Segment VII</b>	<b>11</b>	<b>22,0</b>
Segment VIII	5	10,0
Segment VII et VIII	8	16,0
Segment VI et VII	5	10,0
Segment III et IV	1	2,0
Segment II et III	1	2,0
Segment III, V et VI	1	2,0
Segment V et VI	3	6,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>98,0</b>

Hormis le segment I, tous les autres segments du foie étaient concernés.

**Tableau XXVII : Répartition des patients selon le nombre d'abcès.**

<b>Nombre d'abcès</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Unique</b>	<b>40</b>	<b>80,0</b>
Multiple	9	18,0
Mixte	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

L'abcès était unique dans la majorité des cas soit 80,0% des patients.

- **Radiographie du thorax**

**Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie du thorax.**

<b>Résultat de la Rx du thorax</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Non faite</b>	<b>41</b>	<b>82,0</b>
Image d'épanchement pleural droit	5	10,0
Ascension de l'hémi-coupole diaphragmatique droite	4	8,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La Rx du thorax n'était pas systématique en cas d'abcès du foie.

- **TDM abdominale**

**Tableau XXIX : Répartition des patients selon le résultat de la TDM abdominale.**

<b>Résultat de la TDM abdominale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Non faite</b>	<b>44</b>	<b>88,0</b>
Image d'abcès du foie	6	12,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La TDM abdominale a été réalisé chez seulement 12% des patients.

### 1.2.2. Biologie

**Tableau XXX : Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.**

Résultat de la NFS	Effectifs	Pourcentage (%)
Hyperleucocytose à PNN	44	88,0
Absence d'hyperleucocytose à PNN	6	12,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La majorité des patients avait une hyperleucocytose à PNN.

**Tableau XXXI : Répartition des patients selon le résultat de la C-Protéine Réactive.**

Résultat de la CRP	Effectifs	Pourcentage (%)
Positive	49	98,0
Non effectuée	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La CRP était positive chez la majorité des patients.

**Tableau XXXII : Répartition des patients selon le résultat de la glycémie.**

<b>Résultat de la glycémie (en mmol)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Normale</b>	<b>38</b>	<b>76,0</b>
Anormale	11	22,0
Non effectuée	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La glycémie était normale chez 76% des patients.

**Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le résultat de la sérologie amibienne.**

<b>Résultat de la sérologie amibienne</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Positive	13	26,0
<b>Négative</b>	<b>18</b>	<b>36,0</b>
Non effectuée	19	38,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patients ont réalisé une sérologie amibienne.

**Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le résultat de la sérologie HIV.**

Résultat de la sérologie HIV	Effectifs	Pourcentage (%)
Positive	5	10,0
<b>Négative</b>	<b>20</b>	<b>40,0</b>
Non effectuée	25	50,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Une infection à VIH était associée chez 10% des patients.

**Tableau XXXV : Répartition des patients selon le résultat de l'examen bactériologique du pus.**

Résultat de ECB du pus	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Stérile</b>	<b>25</b>	<b>50,0</b>
Bactéries	12	24,0
Amibes	12	24,0
Non fait	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La culture systématique du pus était revenue stérile pour la moitié des patients.

**Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.**

<b>Diagnostic préopératoire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Abcès du foie non rompu</b>	<b>25</b>	<b>50,0</b>
Péritonite par rupture d'abcès du foie	25	50,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La moitié des patients avaient une péritonite par rupture d'abcès du foie.

**Tableau XXXVII : Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire.**

<b>Diagnostic per-opératoire.</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Péritonite par rupture d'abcès du foie	27	54,0
Abcès du foie non rompu	23	46,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Pour plus de la moitié des patients, la rupture d'abcès du foie était confirmée en per opératoire.



### 1.3. Aspects thérapeutiques

#### 1.3.1. Moyens médicamenteux

**Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon le type d'antalgique.**

Type d'antalgique	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Palier 1</b>	<b>47</b>	<b>94,0</b>
Palier 2	3	6,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Les antalgiques de palier 1 étaient utilisés chez la majorité des patients.

**Tableau XXXIX : Répartition des patients selon la classe d'antibiotiques.**

Classe d'antibiotiques.	Effectifs	Pourcentage (%)
Céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> génération	48	96,0
Imidazolés	48	96,0
Quinolones	29	58,0

Les principales molécules antibiotiques utilisées étaient les céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération, les imidazolés et parfois les quinolones.

### 1.3.2. Moyens médicaux interventionnels

**Tableau XL : Répartition des patients selon la réalisation de la ponction échoguidée.**

Résultat de la ponction échoguidée	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Faite</b>	<b>7</b>	<b>14,0</b>
Non faite	43	86,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La ponction échoguidée a été réalisée dans 14% des cas.

**Tableau XLI : Répartition des patients selon le nombre de ponction échoguidée réalisée.**

Nombre de ponction échoguidée	Effectifs	Pourcentage (%)
Une fois	2	28,6
<b>Deux fois et plus</b>	<b>5</b>	<b>61,4</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

Une multiple ponction était souvent nécessaire pour vider totalement l'abcès hépatique.

**Tableau XLII : Répartition des patients selon la quantité de pus ponctionnée en cm<sup>3</sup>.**

<b>Quantité de pus en cm<sup>3</sup></b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>100 cm<sup>3</sup></b>	<b>1</b>	<b>14,3</b>
280 cm <sup>3</sup>	1	14,3
2400 cm <sup>3</sup>	2	28,6
2600 cm <sup>3</sup>	1	14,3
2900 cm <sup>3</sup>	1	14,3
<b>3100 cm<sup>3</sup></b>	<b>1</b>	<b>14,3</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

Le volume du pus ponctionné variait entre 100 et 3100 cc.

**Tableau XLIII : Répartition des patients selon l'aspect du pus.**

<b>Aspect du pus</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Pus franc</b>	<b>4</b>	<b>57,1</b>
Chocolat	3	42,9
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

L'aspect de pus franc était observé chez 4 patients ponctionnés.

### 1.3.3. Moyens chirurgicaux

**Tableau XLIV : Répartition des patients selon la technique chirurgicale pratiquée.**

<b>Technique pratiquée</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Drainage par laparotomie	25	92,60
<b>Drainage laparoscopique</b>	<b>1</b>	<b>3,70</b>
Drainage transcutané	1	3,70
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

Seul 1 patient a bénéficié d'un drainage laparoscopique.

**Tableau XLV : Répartition des patients selon l'indication de la chirurgie.**

<b>Indication de la chirurgie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Péritonite par rupture d'abcès</b>	<b>22</b>	<b>81,50</b>
Abcès avec signe de pré rupture	2	7,40
Abcès non accessible à la ponction échoguidée	1	3,70
Echec du traitement médical bien conduit	1	3,70
Echec de la ponction échoguidée	1	3,70
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

La péritonite par rupture d'abcès était l'indication chirurgicale la plus représentée.

### 1.3.4. Suites opératoires

**Tableau XLVI : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates.**

<b>Suites opératoires immédiates</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Simple</b>	<b>25</b>	<b>92,60</b>
Eviscération	1	3,70
Suppuration pariétale	1	3,70
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

Les suites opératoires ont été simples dans 92,6% des cas.

**Tableau XLVII : Répartition des patients selon les suites opératoires tardives.**

<b>Suites opératoires tardives</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Simple</b>	<b>24</b>	<b>88,88</b>
Perdu de vue	3	11,11
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Les suites opératoires tardives ont été simples dans 88% des cas.

**Tableau XLVIII :** Répartition des patients selon le résultat de l'échographie de contrôle.

<b>Résultat de l'échographie de contrôle</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Résorption de l'abcès</b>	<b>34</b>	<b>68,00</b>
Abcès résiduel	4	8,0
Non faite	12	24,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

La Résorption de l'abcès a été retrouvée à l'échographie de contrôle dans 68% des cas.

**Tableaux XLIX :** Evaluation du coût de la prise en charge

<b>EVALUATION DU COUT DE LA PRISE EN CHARGE</b>	
Coût du bilan paraclinique	43000
Coût de l'intervention	115000
Coût de l'hospitalisation	11000
Coût du traitement post-opératoire	20625

Le coût moyen de la prise en charge était de 110625 FCFA pour les patients opérés et 52235 FCFA pour les patients non opérés.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### • METHODOLOGIE

#### ➤ Difficultés :

Durant la recherche et la collecte des données à partir des supports (registres de consultation, d'hospitalisation, de compte-rendu opératoire et de dossiers des malades) des difficultés ont été recensées :

- L'indisponibilité au laboratoire d'analyse du CHU du Point G, certains examens complémentaires notamment la sérologie amibienne, l'examen cytobactériologique, l'hémoculture n'ont pas pu être effectué par tous nos patients.
- Le bas niveau socio-économique de bon nombre de nos patients a entravé la réalisation de certains examens complémentaires répétitifs notamment l'échographie abdominale et certains examens biologiques indispensables au suivi de nos patients (sérologie amibienne, l'examen cytobactériologique du pus).

### Aspects épidémiologiques :

1. **Fréquence** : les abcès du foie sont une pathologie fréquente en milieu tropical. La fréquence varie d'un pays à un autre. Sa survenue chez l'enfant n'est pas exceptionnelle [24,25]. Les abcès du foie ont représenté 0,33% des hospitalisations dans le service de chirurgie "A" du CHU-du Point G, de janvier 2010 à décembre 2021. Cette observation montre que les abcès du foie restent d'actualité en pratique chirurgicale au Mali ce qui témoignent les 1,6% de KONE T [26] et les 0,39% de SANOGO M [29]. KOUAME [60] en Côte d'ivoire en 2010 au CHU de Yopougon a rapporté 1,9% des hospitalisations pour abcès du foie. Dans la littérature l'incidence est estimée de 1 à 2% en Afrique intertropicale [24].



## 2. Age : l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Age moyen(ans)
Traoré M [28] (Mali) 1999	53	39,5 P=0,8943
Khan [32] Qatar 2014	67	47,4 P=0,2356
Alaoui [31] Maroc 2015	10	41,1 P=0,2234
Lafont [30] France 2017	209	60,3 P=0,0421
Koumaré S [33] (Mali) 2019	52	37,8 P=0,9562
Notre étude	50	39,5

L'abcès du foie peut survenir à tout âge. L'âge moyen des patients était de  $39,5 \pm 1,107$  ans, ce qui est comparable à ceux de Traoré [28], d'Alaoui [31], Khan [32] et Koumaré [33] ( $p > 0,05$ ). Par contre Lafont [30] a enregistré un âge moyen de 60,3 ans supérieur aux nôtres ( $p < 0,05$ ). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la population malienne est majoritairement jeune.

### 3. Sexe : le sexe selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Masculin	Féminin	Ratio M/F
Oudou [36] Cameroun 1999	77	58(75,3%) P=0,8095	19(24,7%) P=0,7340	3/1
Djossou [34] (France 2006)	41	29(69%) P=0,5012	13(31%) P=0,9006	2,2/1
Sanogo M [29] Mali 2006	21	15(71,4%) P=0,8989	6(28,6%) P=0,8524	2,5/1
Bashir [35] Pakistan 2014	68			1,4/1
Notre étude	50	38(76%)	12(24%)	3,1/1

Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre étude avec un sexe ratio de 3,1. Ce taux est statistiquement comparable à ceux retrouvés par Sanogo M [29], Djossou [34], Bashir [35] et Oudou [36] ( $p > 0,05$ ). Certains auteurs considèrent les hormones sexuelles féminines comme facteurs protecteurs [26].

### 4. Niveau socio-économique :

Dans la littérature, l'abcès du foie est fréquent chez les personnes à moyen ou bas niveau socio-économique due à la mauvaise hygiène de vie et la promiscuité.

Nous avons enregistré le plus grand nombre chez les patients à revenu modeste notamment les ouvriers. Ce résultat concorde avec les données de la littérature [3].

L'hygiène étant la partie de la médecine qui étudie les moyens individuels et collectifs, les principes ou les pratiques qui visent à préserver ou à favoriser la santé. L'hygiène de vie désigne pour une personne de respecter de manière volontaire ces principes ou ces pratiques [37]. La mauvaise hygiène de vie est l'ensemble des principes, des pratiques individuelles ou collectives néfastes à la conservation de la santé et au fonctionnement normal de l'organisme (consommation de l'alcool, tabac ou les drogues). La promiscuité est une situation qui oblige des personnes à vivre côte à côte et à se mêler malgré elles, voisinage choquant ou désagréable [38]. La promiscuité humaine est une notion relative car le sentiment de vivre en promiscuité dépend aussi de facteurs psycho-sociaux individuels et collectifs ainsi que de facteurs économiques et environnementaux [39].

## 5. Aspects Cliniques :

### Délai moyen de consultation et auteurs

Auteurs	Effectifs	Délai moyen de consultation
Lebeau [40] RCI 2002	46	14,2 jours
Djossou [34] France 2003	20	6,2 jours
Sanogo M [29] (Mali) 2008	21	19,2 jours
Khan [32] Qatar 2014	67	8,4 jours
Notre étude	50	18 jours

Le délai de consultation est le temps entre la date approximative d'apparition des symptômes de la maladie et la date de la première consultation médicale [41].

Le délai moyen de consultation varie d'une étude à l'autre. Il était de 18 jours dans notre étude ce qui est statistiquement comparable à ceux de Sanogo M [29] et de Lebeau [40] mais supérieur à ceux de Khan [32] et de Djossou [34] ( $p < 0,05$ ). 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 et la pauvreté seraient entre autres les facteurs qui expliqueraient le retard de prise en charge.

➤ **Signes généraux et fonctionnels selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Sanogo M[29] Mali 2006</b>	<b>Lodhi [42] Pakistan</b>	<b>Diaby [27] Mali</b>	<b>Notre étude</b>
Effectifs	21	471	50	50
Hépatalgie	19(90,4%) P= 0,7115	410(87%) P=0,7288	34(68%) P=0,0200	45(90%)
Fièvre	20(95,2%) P=0,3642	316(67%) P=0,0392	42(84%) P=0,9605	41(82%)
Nausée vomissement	9(42,8%) P=0,6051	-	31(62%) P=1	31(62%)
Anorexie	18(85,7%)	-	3(12%)	-
Diarrhée	1(4,8%) P=0,0001	46(30%) P=0,8416	6(12%) P=1	14(28%)
Toux/Dyspnée	5(23,8%) P=0,4935	66(14%) P=0,9595	7(14%) P=0,7322	10(20%)

La forme classique de l'abcès du foie regroupe une hépatomégalie douloureuse et fébrile (Triade de Fontan). La douleur (hépatalgie) rapportée dans 87% à 90% des cas [26,29,30] en est le symptôme le plus constant. Dans notre étude, cette douleur spontanée ou provoquée qui siège dans l'hypochondre droit ou l'hémithorax droit dans 90% des cas est de type et d'intensité variables [26,28,29]. La fièvre a également été souvent constatée dans notre étude comme chez certains auteurs [29,30,31]. Les nausées et vomissements ont été fréquents dans notre étude. Les autres signes associés étaient inconstants.

## 6. Signes Physiques : Signes physiques et auteurs

Auteurs	Pakistan Lodhi [42]	Mali 2006 Sanogo [29]	Mali Diaby [27]	Notre étude
Effectifs	471	21	50	50
Hépatomégalie	74% P<0,05	95,2% P<0,05	50% P=0,0001	90% ■
Douleur à l'ébranlement de l'Hypochondre droit	84% P=0,0024	90,40% P<0,05	86% P=0,0012	90% -
Hyperthermie T> 38°c	67% P=0,0381	90,40% P=0,7855	84% P=0,9605	82% -
Contracture Abdominale	0% P=0,0000	14,30% P=0,000	10% P=0,0005	82% -
Signes pulmonaires	14%	9,50%	6%	6% -

La mise en évidence d'une hépatomégalie est typique, ce qui a été retrouvé chez 90% des patients dans notre étude. Les auteurs : Lodhi [42], Sanogo M [29] et Diaby [27] avaient trouvé une hépatomégalie respectivement 74%, 95,2% et 50% des cas.

Le caractère essentiel de cette hépatomégalie est la douleur provoquée à l'ébranlement observée dans 84 à 90 % des cas. [26,29,30].

La fièvre > 38° a été constante dans notre étude. Le même constat a été fait chez les auteurs suscités.

La contracture abdominale a été représenté dans 82% des cas. Ce taux est supérieur à ceux rapportés par Sanogo M [29] et Diaby S [27]. Cela s'expliquerait par le fait que nous recevons ces patients dans un tableau de

complication (péritonite par rupture d'abcès foie) le plus souvent.

- **Aspects paracliniques**

- 7. **Echographie abdominale :**

Confrontée au contexte clinique, l'échographie par sa disponibilité, sa sensibilité, son efficacité et son coût abordable est l'examen de choix dans le diagnostic et le suivi de la maladie [26, 28]. En première intention, elle a été réalisée chez tous les patients dès l'admission ou en cours d'hospitalisation et sa sensibilité était de 100%. Elle a permis de préciser la topographie, le nombre et la taille des collections hépatiques.

- a. **Localisation des abcès :** la localisation des abcès selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Lobe droit	Lobe gauche	Mixte	L'ab cès du foie est plus sou ven t loca lisé sur
Önder [43]	28	67,9%	25%	7,1%	
Turkey 2011		P=0,3321	P=0,0253		
Dieng [44]	40	55%	32,5%	12,5%	
Dakar 2016		P=0,096	P=0,017		
Lodhi [42]	471	73%	17%	10%	
(Pakistan 2004)		P=0,1661	P=0,8596		
Notre étude	50	41(82%)	8(16%)	2%	

le lobe droit. Dans notre étude, le lobe droit était concerné dans 82% des cas. Ce résultat ne diffère pas de ceux de Dieng [44], de Lodhi [42] et de Önder [43]. Le volume plus important du lobe droit et l'importance relative de sa vascularisation seraient les raisons qui expliqueraient cette localisation préférentielle [24].

**b. Nombre des abcès : le nombre des abcès et auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Unique</b>	<b>Multiple</b>
SHAMZUZAMAN [45] Bangladesh 2000	31	93,60% P=0,3731	6,40%
Diarra [46] Maroc 2016	80	65(81,5%) P=0,2342	15(18,5%)
Samaké I [24] Mali 2019	50	47(94%) P=0,2151	3(6%)
Dembélé [47] Mali 2020	32	28(87,5%) P=0,9806	4(12,5%)
Notre étude	50	41(82%)	9(18%)

Le nombre d'abcès peut être variable dans le foie. L'abcès unique a été fréquemment retrouvé dans notre étude comme dans celles de Samaké I [24], SHAMSUZZAMAN [45], Diarra [46] et de Dembélé [47].

**8. Radiographie pulmonaire :**

La radiographie pulmonaire de face a permis de noter une ascension de la coupole diaphragmatique dans 8% des cas (n=4/50) et l'épanchement pleural dans 10% des cas (n=5/50). Les mêmes anomalies ont été rapportées par Samaké I [24] dans 26% des cas (n=13/50 ; P>0.05) et Service G au Benin dans 6.4% des cas (n=3/47) d'atteinte pleuropulmonaire [48]. Ces résultats concordent avec les données de NUSSAUME O [49].



## **9. La sérologie amibienne :**

La détection d'anticorps sériques confirme l'origine amibienne de l'abcès du foie [49 ;50]. Cet examen non disponible dans notre établissement, n'a pu être effectué que chez 31 patients soit 62% des cas. Dans 18 cas, elle a été négative. Nous pensons qu'il s'agit de faux négatifs puisque les patients ont évolué favorablement sous traitement anti-amibien.

## **10. L'examen bactériologique du pus :**

Il permet de rechercher une surinfection ou de distinguer un abcès amibien d'un abcès bactérien [2 ; 27]. La culture du pus a été réalisée à chaque fois qu'une ponction à visée diagnostique ou une ponction évacuatrice échoguidée, un drainage chirurgical avaient été effectués. Cet examen avait révélé une culture stérile dans la majorité des cas.

Sa stérilisation est due au fait que l'amibe est toujours collée à la paroi tissulaire donc ne passe pas dans le pus.

## **11. La sérologie rétrovirale (HIV) :**

Elle n'a été demandée que seulement chez la moitié de nos patients et réalisée avec leur consentement éclairé après counseling. Effectuée chez 25 patients (50%), elle a été positive dans 5 cas (10%) contrairement à la littérature dont il n'y a aucune infection au VIH. Ce faible taux de VIH pourrait être lié au faible taux dans la population générale (1,3% selon l'EDS IV Mali) [51].

## 12. Aspects Thérapeutiques

- Les techniques d'imagerie moderne actuelles ont significativement modifié les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès du foie [49,50]. Les modalités thérapeutiques sont nombreuses : traitements médicaux, ponction évacuatrice échoguidée, drainage percutané et la chirurgie conventionnelle [21,29,52,53]. En plus de la chirurgie conventionnelle, certains de nos patients ont été opérés sous cœlio-chirurgie. Actuellement le traitement par les 5-nitro-imidazolés associé à une ponction évacuatrice échoguidée compte beaucoup de partisans. [52,53]. Les approches thérapeutiques semblent varier.

### 13. Moyens thérapeutiques : Traitement médical seul selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Traitement médical
KAM Kh [53] Burkina Faso 2000	24	24(100%)
DONIKIAN [54] (Nouvelle Calédonie 2004)	22	18(82%)
Souleymane G Diaby [27] 2010	50	50(100%)
Notre étude	50	16(32%)

Le traitement médical a été en première intention dans plusieurs études. Il a été exclusif dans 16 cas (32%). Il était adjuvant au traitement chirurgical dans

les cas de complication quel que soit la taille de l'abcès associant métronidazole, quinolone et  $\beta$ -lactamines [27,53,54].

#### 14. Moyens instrumentaux :

❖ Ponction échoguidée : Ponction échoguidée et auteurs

Auteurs	Effectifs	Ponction écho guidée
Mac GARR [55] Afrique du Sud	62	3(5%) P< 0,0001
Badaoui [56] 2013 Maroc	19	15(79,2%) P<0,0001
Koumaré [33] 2018 Mali	52	34(65,4%) P=0,0001
WEINKE [57]	178	23(13%) P<0,0001
M Sanogo [29] Mali 2006	21	1(4%) P<0,0001
Notre étude	50	7(14%)

La ponction échoguidée est un moyen thérapeutique répandu de nos jours [52,53]. Dans notre étude, la ponction évacuatrice a été effectuée chez 7 patients. Elle est indiquée par certains auteurs devant l'abcès > 10cm de diamètre, de localisation lobaire gauche et d'origine amibienne.

Pour d'autres, elle est indiquée lorsque l'abcès est > 5cm de diamètre, localisé sur le lobe gauche et d'origine bactérienne.

#### 15. Anesthésie :

Dans notre étude, la consultation d'anesthésie a été réalisée chez tous les malades opérés. La classe ASA II a été la plus fréquente soit 68% des cas. L'anesthésie générale a été le type d'anesthésie utilisé chez tous les malades opérés.

### 16. Moyens chirurgicaux : Fréquence des moyens chirurgicaux et les auteurs

Auteurs	Effectifs	Laparotomie
Lebeau [40] RCI 2002	46	15(36,6%)
Djossou [34] FRA 2003	23	0% P=0,0000
M Sanogo [29] Mali 2006	21	13(62%) P=0,4278
Koumaré [33] Mali 2018	53	4(7,7%) P=0,2065
Notre étude	50	25(50%)

Le traitement chirurgical des abcès du foie est de moins en moins pratiqué de nos jours [3,53]. Les moyens chirurgicaux sont actuellement le dernier recours dans le traitement des abcès du foie et sont réservés aux seules complications à savoir : la rupture péritonéale, pleurale, péricardique de l'abcès ou fistulisation de celui-ci dans un viscère creux ou à la peau et l'échec du traitement médical.

Dans notre étude, la chirurgie conventionnelle a été effectuée chez 27 patients soit 54% dont 2 cas de laparoscopie. Ce taux est supérieur à ceux de Djossou [34] et de Koumaré [33] qui ont eu respectivement 2% et 7,7%. Il est proche de celui de Sanogo M [29] et de Lebeau [40] qui ont eu 62% et 36,6%. Cette

différence pourrait s'expliquer par le fait que la médecine moderne est le dernier recours par bon nombre de la population qui consultent en phase de complication. Les indications étaient : la rupture dans la cavité péritonéale, pleurale, l'échec de la ponction écho guidé (2 cas) et l'échec du traitement médical.

### 17. Evolution sous traitement :

#### Fréquence de l'évolution de la maladie selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Evolution favorable	Proportions
Djossou [34] FRA 2003	20	20(100%)	P<0,0001
S G Diaby [27] Mali 2010	50	50(100%)	P<0,0001
Notre étude	50	50(100%)	P<0,0001

Diagnostiqué et traité précocement, l'abcès du foie évolue toujours favorablement [53]. L'évolution a été favorable dans tous les cas (100%), dans notre étude comme dans différentes études Djossou [34], Diaby [27].

La guérison clinique précède la disparition des lésions anatomiques qui peuvent persister quelques mois, ceci ne doit pas être inquiétant [53].

## 18. Mortalité : Taux de mortalité et auteurs

Auteurs	Effectifs	Mortalité
BASTE [61] Gabon 2013	15	1(7%) P : 0,0000
SHI [58] Chine 2015	569	86 (15%) P<0,00001
CZERWONKO [59] Argentine 2016	142	19(13,7%) P<0,00001
I Samaké [24] Mali 2019	21	0% P :0,0000
Notre étude	50	0 %

Lorsque l'abcès du foie est diagnostiqué précocement, le taux de mortalité est inférieur à 1% [24]. Cependant aucun décès n'a été noté dans notre étude. Ce résultat est statistiquement identique à ceux de Samaké I [24], BASTIE [61] et inférieur à ceux rapportés par SHI [58] soit 15% et CZERWONKO [59] soit 13.7%. Ceux-ci pourraient s'expliquer par la taille de l'échantillon.

### 19. Coût de la prise en charge :

Le coût de la prise en charge a été assuré par les patients eux-mêmes et/ou leur famille. Le coût moyen dans notre étude évalué à 110625 FCFA est nettement au-dessus du SMIG malien qui est de 40 000 FCFA et supérieur à une étude réalisée par Samaké [24] au C.H.U Gabriel Toure. Cette situation a eu un impact négatif sur la qualité de la prise en charge car bon nombre de nos patients du fait de leur faible revenu ont été incapables d'effectuer les examens complémentaires et même parfois de payer les médicaments. Nous avons cependant pu offrir aux patients les soins adéquats avec l'aide des parents et amis des malades, du service social, de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du service de radiologie de l'hôpital.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## CONCLUSION

L'abcès du foie est une pathologie relativement fréquente en pratique hospitalière en milieu chirurgical.

Il est évoqué devant une hépatomégalie douloureuse et fébrile.

La confirmation diagnostique est facile de nos jours grâce aux progrès réalisés dans les explorations biologiques et morphologiques.

La stratégie thérapeutique repose essentiellement sur une antibiothérapie adaptée, le drainage percutané échoguidé ou scanno-guidé.

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical.

Le pronostic est fonction du terrain, de la précocité diagnostique et thérapeutique.

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



## RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux autorités :**

- Le renforcement des mesures d'hygiène et l'assainissement notamment le système d'évacuation des excréta.
- Le renforcement de la capacité de l'approvisionnement en eau potable.
- La lutte contre la pauvreté.

### **A la population :**

- La consultation le plus tôt possible dans les structures sanitaires les plus proche devant toute douleur abdominale et/ou toute fièvre ;
- La sensibilisation des populations sur l'hygiène de vie individuelle et collective.

### **Aux agents de santé :**

- La demande systématique d'une échographie abdominale devant toute douleur de l'hypochondre droit, une pleurésie basale droite et toute hépatomégalie douloureuse ;
- 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 sur les maladies du péril fécal.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Chiche. L, Dargère. S, Le Pennec. V, Dufay,C. Abcès à pyogènes du foie. Diagnostic et prise en charge Gastroenterol Clin Biol 2009;32:1077 - 1091
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. Molinier C et Mennecier D. Amibiase hépatique. Encycl. Méd Chir. (Elsevier Paris), Hépatologie. 1997 ; 7-027-A-10: 6
4. Gentilini M., Caumes E., Danis M. et al : Amibiase. Méd tropicale. Paris Flammarion 1993: 141-154
5. Zimmermann L, Wendt S, Lübbert C, Karlas T. Epidemiology of pyogenic liver abscesses in Germany: Analysis of incidence, risk factors and mortality rate based on routine data from statutory health insurance. United Eur Gastroenterol J. nov 2021;9(9):1039.
6. Adama Diaman Keïta : Contribution à l'étude des abcès amibiens du foie à propos de 10 cas. Traitement court par le Tinidazole. Thèse Méd. 1989 ; n°13
7. Sacko L. Prise en charge des abcès du foie dans les services de chirurgie « A » et « B » de l'Hôpital du Point G. Thèse de méd USTTB, 2003; 06Mo5, 160p
8. Johannsen EC, Sifri CD, Madoff LC. Pyogenic liver abscesses. Infect Dis Clin North Am 2000; 14: 547-63.
9. Barrio J, Cosme A, Ojeda E et al. Pyogenic liver abscesses of bacterial origin. A study of 45 cases. Rev Esp Enferm Dig 2000; 92: 232-9.
10. Alvarez JA, Juan JG, Ricardo FB et al. Single and multiple pyogenic liver abscesses: etiology, clinical course, and outcome. Dig Surg 2001; 18: 283-8.
11. Barakate MS, Stephen MS, Waugh RC et al. Pyogenic liver abscess: a

- review of 10 years' experience in management. Aust N Z J Surg 1999; 69: 205-
- 12.** Seeto RK, Rockey DC. Pyogenic liver abscess. Changes in etiology, management, and outcome. Medicine (Baltimore) 1996; 75: 99-113.
  - 13.** Nakanishi Y, Kayahara T, Yamashita Y, et al. A case of ruptured giant liver cyst complicated by Candida infection. Nihon Shoka - kibyo Gakkai Zasshi 2009; 106(7):1056
  - 14.** Casting D et Smail A. Anatomie du foie et des voies biliaires. Encycl. Méd Chir (Elsevier, Paris), Hépatologie, 7-001-A-10, 1999: 12.
  - 15.** G.J. Tortora, S.R. Grabowski : Principes d'anatomie et de physiologie 2ème Edition française, Anatomie foie : 840-846
  - 16.** Rouvière H. Anatomie humaine. Paris Masson. Anatomie du foie 1978: 452-458
  - 17.** Aubry P. Amibiase. Ed. Technique : Encycl. Méd Chir. (Paris, France), Thérapeutique 1994; 25-062-A-10 : 10.
  - 18.** Netter FH, M.D. Atlas d'anatomie humaine. 2e éd. Paris : Maloine ; 1999.
  - 19.** Coulibaly Y, Amadou I, Keita M, Diaby S.G, Konaté M, Diallo G. Pyogenic liver abscess in children: Diagnosis and treatment at the teaching hospital Gabriel Touré, Bamako, Mali. Open Journal of Pediatrics, 2013 ; 3 : 45-48
  - 20.** Chagneau C, Silvain C. Abcès bactériens du foie Gastro enterol clin biol 2004; 28 : 470-6
  - 21.** Djossou F., Malvy D., Tamboura M., Beylot , Lamouliatte H, Longy-Boursier M., Le Bras M. Abcès amibien du foie. Analyse de 20 observations et proposition d'un algorithme thérapeutique, Bordeaux, La revue de médecine interne. 2003 ,24: 97-106
  - 22.** V. Guittet et col. Les abcès du foie chez l'enfant : Etude rétrospective de 33 cas observés en Nouvelle-Calédonie de 1985 à 2003 Archives de pédiatrie,

Volume 11, Issue 9, Pages 1046-1053

**23.** E Yahchouchi, D Cherqui: EMC : Abscès non parasitaire du foie.  
Diagnostic et conduite à tenir.

- 24.** Ibrahim Samaké. 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.
- 25.** 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.
- 26.** 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.
- 27.** 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
- 28.** Traore. M. I : Les abcès du foie en milieu hospitalier de Bamako. Thèse méd 2006
- 29.** Moussa Sanogo : Etude des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie A du Centre Hospitalier Universitaire du Point G. Thèse méd 2007 ; M6
- 30.** Lafont E, Rossi G, Rossi B, Roux O, Lastours V, Zarrouk V et al. Abcès du foie : Journal ANT INF 2017 ; 30 (176): 11
- 31.** Alaoui S E O. Abcès hépatique à pyogènes expérience du service de chirurgie viscérale de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès (à propos de 10 cas). Thèse méd Marrakech 2015 ; n°143, 91p.
- 32.** Mushtak T, Khan A F Y, Muhsin S A, Sabrina A D, Ahraui M, Elzouki A N. Épidémiologie, caractéristiques cliniques et résultats des abcès du foie : une expérience unique de centre de référence au Qatar. Oman Med Journal 2014 ; 29(4) : 260-3

- 33.** Koumaré S, Koné T, Keita S, Soumaré L, Sissoko MS, Camara M et al. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès amibiens du foie dans le service de chirurgie "A" du CHU du point G. Mali Méd 2018; 30(3): 1.
- 34.** F Djossou et col : Abcès amibien du foie, analyse de 20 observations et Proposition d'un algorithme thérapeutique. LA Rev de Méd Int 2003 ; 24 : 97-106
- 35.** Bashir A, Farhan A, Satti S A, Satti T M. Clinical and pathological comparison of pyogenic and amoebic liver abscesses: Advances in Infectious Diseases 2014; 4(3) :117-23
- 36.** Oudou Noya, Elie Claude Ndjitoyap Ndam, Vincent Ngoué, Charlotte Ngonde Sende : Abcès amibien du foie À Yaoundé. Cahier Santé 1999 ; 9 : 119-22
- 37.** Promiscuité - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/promiscuite>
- 38.** Promiscuité. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Promiscuit%C3%A9&oldid=191596469>
- 39.** Hygiène de vie. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hygi%C3%A8ne de vie&oldid=195729050>
- 40.** . Lebeau R, Diané B, Yénon S, Koffi E, Kassi B A, Kouassi J C. Abcès amibien du foie au CHU de BOUAKE : Etude diagnostique et thérapeutique à propos de 46 cas. Mali Méd 2006; 21(3) :10

- 41.** Who Emro | Déterminants des délais de consultation, de diagnostic et de traitement pour les nouveaux patients tuberculeux pulmonaires à microscopie positive au Maroc : étude transversale | Volume 20, issue 11 | EMHJ volume 20, 2014 [Internet]. [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.emro.who.int/emhj-vol-20-2014/volume-20-issue-11/determinants-des-delais-de-consultation-de-diagnostic-et-de-traitement-pour-les-nouveaux-patients-tuberculeux-pulmonaires-a-microscopie-positive-au-maroc-etude-tran.html>
- 42.** S Lodhi and al: Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess. A review of 577 adult cases. Trop Med and intern health 2004;9(6):718-723.
- 43.** Önder A, Kapan M, Böyük A, Gümüş M, Tekbaş G, Girgin S et al. Surgical management of pyogenic liver abscess. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2011; 15: 1182-6
- 44.** Dieng M. Traitement des abcès du foie : L'expérience d'un service de chirurgie générale : Med Afr Noire 2007; 54(10): 513-9.
- 45.** Shamsuzzaman SM and al:Socio-economic status, clinical features laboratory parasitological findings hepatic amoebiasis patients. A hospital based prospective study in Bangladesh. south-east asian j trop med public health 2000; 31 (2): 399-404.
- 46.** Diarra M. Abcès Hépatiques: Prise en charge thérapeutique à propos de 80 cas. Thèse méd Marrakech 2016; n°92, 110 p
- 47.** Dembele. B. M : Affections hépatobiliaires chirurgicales dans le service de chirurgie B à l'Hôpital du Point G de Bamako au Mali.Thèse de méd. 2007
- 48.** 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

- 49.** Nussaume O et Cherbonnel G. L'amibiase hépatique. EMC (Elsevier SAS, Paris), Hépatologie, 7027 A10, 1978,9.
- 50.** Soubeyrand J et col: Patologie Africaine. Méd Inter et Echographie Paris Masson 1986 ; pp7-28
- 51.** Enquete Demographique et de santé du Mali ( EDS-IV) 2006 [FR199]
- 52.** C. Silvain, C. Chagneau-Derrode, C. Crugeon, J.-P. Tasu Service d'hépatogastro-entérologie et d'assistance nutritive, Hôpital Jean Bernard, 2, rue Milétrie, BP 577, 86021 Poitiers cedex, France Service de radiologie, Hôpital Jean Bernard, BP 577, 2, rue Milétrie, 86021, Poitiers cedex France. Abcès non parasitaire du foie. Diagnostic et conduite à tenir
- 53.** Kam. K. L et col : Abcès du foie en milieu pédiatrique au CHN-YO de Ouagadougou. Médecine d'Afrique noire : 2004, 47(2)
- 54.** J. C. Donikian: Twenty-two cases of hepatic abscesses in children in New Caledonia. EMC: Archives de pédiatrie; volume 11, numéro 7, page 867(juillet 2004)
- 55.** PL Mc Garr, T E Madiba, SR Thomson,P Corr: Amoebic liver abscess: Result of a conservative management policy. South Africa Med J 2003; 93: 132-6
- 56.** Badaoui L, Dabo G, Sodqi M, Marih L, Lahsen A, Bensghir R et al. Abcès du foie à germes pyogènes à propos de 19 cas et revue de la littérature. SPE 2013; 9: 14
- 57.** Weinke T. and al : Amoebic liver abscess-rare need for percutaneous traitement modalities. Eur J of Med research 2002:7:25-9
- 58.** Shi S Xia W, Guo H, Zheng S. Unique characteristics of pyogenic liver abscess of biliary origin. Surgery 2016 ; 159(5) : 1316—24.
- 59.** Czerwonko ME Huespe P, Bertone S Pellegrini S, Mazza O, Pekol J, ET al. Pyogenic liver abscess: current statuts and predictive factors recurrence and mortality of first episo-des. HPB 2016; 18(12): 1023—30.
- 60.** Kouame N et al. Prise en charge multidisciplinaire des abcès amibiens du foie au CHU de Yopougon, Abidjan-Cote d'ivoire. Pan African Medical



Journal, case series, 2010. 25(7). 11.

**61.** Bastie J. Aspect cliniques et épidémiologiques de l'amoébose 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.

## Fiche signalétique

**Nom** : Diallo

**Prénom** : Djéffla

**Titre de la thèse** : Prise en charge des abcès du foie dans le service de Chirurgie "A" du CHU Point-G

**Pays d'origine** : Mali

**Année Universitaire** : 2021/2022

**Ville de soutenance** : Bamako

**Lieu de Dépôt** : Bibliothèque de la FMOS

**Secteurs d'intérêt** : Chirurgie « A »

### Résumé

**Introduction** : Les objectifs étaient de déterminer la fréquence, de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et d'évaluer le coup de la prise en charge de l'abcès du foie.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU du Point G du 1<sup>er</sup> Janvier 2010 au 1<sup>er</sup> Décembre 2021. Ont été inclus dans cette étude tous les patients hospitalisés et traités pour abcès du foie.

**Résultats** : Nous avons colligé 50 dossiers soit une fréquence de 0,33%. Il s'agissait de 38 hommes (84,9%) et 12 femmes (15,1%). Le sex-ratio a été de 3.1 et la moyenne d'âge  $39,5 \pm 1,07$  ans. Le délai moyen de consultation a été de 18 jours. Les signes observés ont été la fièvre 82% (41cas), l'hépatalgie 90% (45cas), l'hépatomégalie 90% (45cas). Les collections d'abcès objectivées à l'échographie abdominale étaient localisées dans le lobe droit dans 82% (41cas), uniques dans 82% (41cas) et de 100 mm de diamètre en moyenne. La sérologie amibienne effectuée dans 62% des cas, a été négative dans 18 cas (36%). Le traitement médical seul a été efficace dans 46% (23cas), une ponction évacuatrice échoguidée associé au traitement médical a été nécessaire dans 14% (7 cas). Les méthodes chirurgicales ont été recommandées dans 50% (25cas). Nous n'avons pas enregistré de décès.

**Conclusion** : L'abcès du foie est une pathologie relativement fréquente en pratique hospitalière en milieu chirurgical. La stratégie thérapeutique repose essentiellement sur une antibiothérapie adaptée, le drainage percutané échoguidé ou scanno-guidé.

Le pronostic est fonction du terrain, de la précocité diagnostique et thérapeutique.

**Les mots clés** : abcès, amibien, apyrogène, foie, ponction échoguidée, laparoscopie et laparotomie.

## 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) :/\_\_\_/
 

1=[15-24]                  2=25-34                  3=35-54                  4=[55-64]                  5=65 et plus
5. Sexe:/\_\_\_/    1=Féminin    2=Masculin
6. Profession:/\_\_\_/
 

1=Fonctionnaire    2= Etudiant

3=Commerçant    4=Eleveur

5=Paysan                  6=Ménagère    7= Chauffeur    8= Autres
7. Région de provenance:/\_\_\_/
 

1=Bamako 2=Kayes 3=Koulikoro 4=Sikasso 5=Ségou 6=Mopti 7=Gao

8=Tombouctou    9=Kidal    10= Ménaka    11= Taoudéni
8. Contact à Bamako : .....
9. Nationalité:/\_\_\_/ 1=Malienne    2=Autres :.....
10. Mode de recrutement:/\_\_\_/ 1=Reçu en consultation externe  
 2=Adresse par les médecins du SAU                  3=Référé par d'autres  
 médecins                  4=Autres à préciser :.....

### II) ANTECEDENTS :

#### MEDICAUX :

11. Tares:/\_\_\_/ 1=HTA    2=Diabète    3=Drépanocytose    4=Asthme  
 5=ATCD d abcès du foie  
 6=Tuberculose    7=UGD    7=AgHBS (+)    9= Sans ATCD                  10=Autres  
 :.....

**CHIRURGICAUX** : rapportés ou pas

**HABITUDES ALIMENTAIRES** :

Tabac :..... (Nombre de paquets/année)..... Alcool :.... Café :.....  
Thé :... Cola :.....

Autres :.....

**FAMILIAUX D ABCES DU FOIE: /\_\_ / 1= Oui 2= Non**

### III) CLINIQUE :

- 12.** Motif de consultation : /\_\_\_/ 1=Triade de Fontan 2=Douleur  
Abdo diffuse 3=Défense abdominale 4=Cris de l'ombilic 5=  
Diarrhée 6 =Autres

### SIGNES GENERAUX :

- 13.** ASA: /\_\_\_/ 1=ASA1 2=ASA2 3=ASA3 4=ASA4  
**14.** IPOMS : /\_\_\_/ 1=grade1 2=grade2 3=grade3 4= grade4  
**15.** Poids (en kilogramme) : /\_\_\_/  
**16.** Température (en degré Celsius) : /\_\_\_/  
**17.** Tension Artérielle (en millimètre de mercure) :  
Systolique: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Diastolique: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
**18.** Pouls: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
**19.** Taille (en centimètre)  
**20.** IMC : /\_\_\_/  
**21.** Pâleur: /\_\_\_/ 1=Oui 2=Non

### SIGNES FONCTIONNELS :

#### \_DIGESTIFS :

- 22.** Douleur abdominale: /\_\_\_/ 1=Présente 2=Absente  
**22a.** Siège: /\_\_\_/ 1=Hypochondre droit 2=Epigastre 3=basithoracique  
droite  
4=Abdominale généralisée 5=Autres :.....  
**22b.** Type : /\_\_\_/ 1=Piqûre 2=Pesanteur  
3=Coup de poignard  
5=Autres :.....  
**22c.** Mode de début: /\_\_\_/ 1=Brutal 2=Progressif 3=Insidieux

4=Autres :.....

**22d.** Irradiations : /\_\_\_/ 1=Fixe 2=En bretelle 3=Au dos

4=Epigastre 5=Diffuse dans tout l'abdomen 6=Autres

**22e.** Intensité:/\_\_\_/ 1=Faible 2=Modérée 3=Fort 4=Autre

**23.** Nausée : /\_ / 1=Oui 2=Non

**24.** Vomissement : /\_ / 1=Oui 2=Non

### **\_FACTEURS DE RISQUE**

**25.** Eleveur:/\_\_\_/ 1=Oui 2=Non

**26.** ATCD Familiaux d abcès du foie:/\_\_\_/ 1=Oui 2=Non

**27.** Promiscuité:/\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

**28.** Mauvaise hygiène de vie :/\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

### **SIGNES PHYSIQUES**

**29.** Etat de l'abdomen:/\_\_\_/ 1=Souple 2=Voussure

3=Distension 4=Autres

**30.** Hépatomégalie:/\_\_\_/ 1=Douloureuse 2=Douleur à

l'ébranlement 3=Régulière

4=Irrégulière 5=Bord inf tranchant 6=Bord inf.

mousse 7=Autres à préciser :.....

**31.** Contracture abdominale:/\_\_\_/ 1=Présente 2=Absente

**32.** Défense abdominale:/\_\_\_/ 1=Localisée 2=généralisée

3=Absente

**33.** Splénomégalie (classification O.M.S) :/\_\_\_/ 1=Stade I 2=Stade II

3=Stade III 4=Stade IV 5=Stade V

**34.** Masse abdominale:/\_\_\_/ 1=Oui 2=Non Si oui préciser

siège et aspect :.....

**35.** Aires pulmonaires:/\_\_\_/ 1=MV bien perçus 2=MV diminués

3=Crépitant 4=Ronchi 5=Frottements pleuraux 6=Abolition

des VV

36. Matité thoracique déclive: /\_\_\_/ 1=Oui 2=Non

37. Si oui préciser le siège

38. TR: /\_\_\_/ 1=Normal 2=Douglas douloureux 3=douglas bombé

4=Autres à préciser :.....

39. TV: /\_\_\_/ 1=Normal 2=Anomalie à préciser :.....

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

### \_IMAGERIE MEDICALE :

Echographie abdominale :

40. Image d'abcès du foie: /\_\_\_/ 1=Oui 2=Non 3= Pas fait

41. Siège sur le lobe: /\_\_\_/ 1=Lobe droit 2=Lobe gauche

42. 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

43. Nombre d'abcès: /\_\_\_/ 1=Unique lobe droit 2=Unique lobe gauche

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

44. Quantité : /\_\_\_/ 1=< 99cc 2= 100 – 200cc 3 = 200

4=Péritonite aigue

### \_Radiographie du thorax :

45. Résultats : /\_\_\_/ 1=Ascension de l'hémi-coupole diaphragmatique droite

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

### \_TDM abdominale :

46. Image d'abcès du foie: /\_\_\_/ 1=Oui 2=Non 3= Pas fait

## BIOLOGIE

47. NFS: /\_\_\_/ 1=Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles 2=

Autres=

2=Anémie=.....1= Oui

2= Non

48. CRP:/\_\_\_/ 1= Positive

2= Négative

49. Glycémie (en mmol/L) :/\_\_\_/

1=Normal

2= Anormal

50. Sérologie amibiennne:/\_\_\_/ 1=Positive

2=Négative

3=Non effectuée

51. Sérologie HIV:/\_\_\_/

1=Positive

2=Négative

3=Non effectuée

52. Transaminases (TGP) en unité internationale:/\_\_\_/

1=Normal

2=Anormal

3= Pas fait

53. Examen cyto bactériologique du pus:/\_\_\_/ 1=Stérile

2=Amibes

3=Bactéries

4=Autres :.....

## TRAITEMENT :

### \_MOYENS MEDICAUX :

#### 54. REAMIMATION

54a. Voie veineuse : /\_\_\_/

1= Oui

2= Non

54b. Sonde naso-gastrique :/\_\_\_/

1= Oui

2= Non

54c. Sonde urinaire :/\_\_\_/

1= Oui

2= Non

54d. Antalgique:/\_ /

1=Oui

2= Non

54e. Type:/\_ / 1=Palier1

2=Palier2

3=Palier3

### \_MOYENS MEDICAMENTEUX :

55. ATB :

55a. C3G : /\_\_\_/

1=Oui

2= Non

55b. Imidazolés : /\_\_\_/

1=Oui

2= Non

55c. Autres :/\_\_\_/

1=Oui

2= Non

### \_MOYENS MEDICO-CHIRURGICAUX :

Ponction écho guidée : 1= Fait

2= Non fait

56. Nombre:/\_\_\_/

57. Quantité de pus en cm<sup>3</sup>:/\_\_\_/

58. Aspect du pus:/\_\_\_/ 1=Chocolat

2=Autres.....

### \_MOYENS CHIRURGICAUX :

59. Technique utilisée:/\_\_\_/ 1=Drainage par laparotomie

2=Drainage laparoscopique 3=Conversion

4=Drainage transcutané

**60.** 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

**61.** Suites opératoires : / \_\_\_\_ / 1= Simples 2= Compliquées de suppurations

**\_SUITES :**

**62.** A un mois : 1=Revu 2=Perdu de vu

**63.** Echographie de contrôle: / \_\_\_\_ / 1=Abcès résiduel  
2=Résorption de l'abcès 3= Pas d abcès 4= Non fait

**64.** Décédé: / \_\_\_\_ / 1=Oui 2=Non

**\_EVALUATION DU COUT DE LA PRISE EN CHARGE :**

**65.** Coût du bilan paraclinique :.....

**66.** Coût de l'intervention :.....

**67.** Coût de l'hospitalisation :.....

**68.** Coût du post-opératoire :.....



## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure