

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°

TITRE

ABCES DU FOIE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL DE SIKASSO

Présentée et soutenue publiquement le 27/12/2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : **M. ONGOIBA Mohamed**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président(e) : M. Alhassane TRAORE, Professeur

Membres : M. Abdoulaye KANTE, Maître de conférences

M. Cheick A.S TOURE, Chirurgien Thoracique

Co-directeur : M. Aly Boubacar DIALLO, Chirurgien Généraliste

Directeur : M. Drissa TRAORE. Professeur

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

A Allah le tout puissant, le miséricordieux et très miséricordieux qui m'a permis de mener à bien ce travail si long et pénible. Fasse que je me souvienne toujours de toi en tout lieu, en toutes circonstances et à chaque instant de ma vie.

Au Prophète Mohamed paix et salut sur lui ainsi qu'à tous ceux qui lui sont chers.

A mon père Housseyni ONGOIBA :

Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et le caractère précieux de tes conseils. Homme de vertu, de rigueur, tu resteras pour nous, le papa exemplaire que tout enfant souhaiterait avoir.

Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et tout mon respect.

A ma mère Mariam ONGOIBA :

Avec toi, je comprends aisément la portée de la pensée qui dit « Dieu n'aurait pu être partout, par conséquent il créa les mères ». Mère inlassable, tu demeures pour nous notre force et notre réconfort.

Les simples mots venant de ma bouche ne sauraient suffire pour exprimer toute mon affection pour toi. Je te dois ma réussite. Tes bénédictions ont été et resteront pour moi toujours indispensables. Ce travail est le fruit de tes prières.

Puisse Dieu le tout puissant nous donner longue vie pour que tu puisses bénéficier du fruit de ta patience. Amen !

***A ma grand-mère : Feue Djénèba ONGOIBA :**

Ce que j'ai appris de vous me donne le sentiment de fierté de vous avoir comme grands parents. J'espère que vous serez fier de votre petit fils. Repose en paix.

A mon Oncle Ayouba ONGOIBA : tu m'as toujours considéré comme ton fils et à tes côtés je n'ai jamais manqué de rien. Je ne te remercierai jamais assez pour l'amour que tu me portes et le soutien que tu as été pour moi. Papa j'espère ne jamais te décevoir dans la vie car tu as été pour moi un modèle d'humilité, de sagesse, de courage, de persévérance, d'honneur et de loyauté. Tu m'as tout donné

! Je te demande de voir dans ce travail le fruit de tes efforts. Je ne t'en serai jamais assez reconnaissant.

***A mon frère feu Amadou ONGOIBA :**

Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts, la justesse de ton éducation et le caractère précieux de tes conseils. Homme de vertu, de rigueur, tu resteras pour nous, le frère exemplaire que tout parent souhaiterait avoir.

Trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et tout mon respect.

Dort en paix frère !

A mes frères et sœurs :

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

A mes tontons, oncles, tantes, cousins et cousine de : Nouhoum Moussa, Allaye Souleymane, Lobo KOITA, Mme SANGARE Madina, Sévaré, Cameroun, Bamako.

Vous m'avez encouragée et motivée pour avancer. Je vous remercie pour votre énergie et votre soutien. Merci pour votre disponibilité et vos conseils précieux et surtout pour votre bonne humeur.

A mes amis : Bréhima COULIBALY, Issa TOGOLA, Bokary COULIBALY, Hamza CISSE, Ikaly Soumaguel TOURE, Lamine DIABATE.

Vous avez été plus que des amis pour moi, car comme on le dit «le cœur ne dort mieux que lorsqu' il y a un espoir de soutien». Vous avez toujours été là aux moments difficiles.

Dort en paix cher ami.

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

A mes enseignants tout au long de mes études.

A tous ceux qui ont participé de loin ou de près dans la réalisation de ce travail

A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et de diminuer leurs Souffrances.

Remerciements :

Ma Tante Alima Sangare pour le soutien et les encouragements.

A mes encadreur chirurgiens : Pr Diallo Aly Boubacar, Pr Traore Bathio, Pr Diassana Moussa, Dr Coulibaly M Bernard, Dr Traore Salifou, Dr Camara Sidy, Pr Traoré Terna, Pr Toure Layes Dr Moussa Denon, Dr Dembélé Ousmane, Dr Sidibé Oumar. Votre amour du travail bien fait, votre courage et votre rigueur dans le travail font de vous des exemples à suivre. Votre simplicité et votre abord facile m'ont facilité l'apprentissage à vos coté. Merci pour votre sympathie et les enseignements reçus, recevez ici toute ma reconnaissance.

A tous les médecins de l'hôpital de Sikasso : pour votre collaboration.

A mes aînés du service : Dr Dôh Sylla, Dr Tièkoura Coulibaly, Dr Idrissa BM TORE, Dr Daniel Dakouo, Dr Siaka Diarra, merci pour vos précieux conseils.

A Mes camarades et complices thésards de l'hôpital de Sikasso : Dr Mamadou Ouattara Dr Harouna Sagara, Dr Siaka Coulibaly, Dr Oumar Berthe, Dr Moumouni SIDIBE, Dr Ewelou Sagara, Dr Lassina A Ouattara, Seydou Bengaly, Issiaka Diarra, Yaya Z Coulibaly, les mots me manquent pour exprimer ici toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude. L'amour du prochain, l'entraide, la confiance mutuelle et le respect observés me seront à jamais gardés dans l'esprit.

Que le seigneur, nous accorde longue vie pour que nous puissions réaliser nos projets ensemble.

A tous le personnel du bloc opératoire,

Au personnel paramédical des services de chirurgie et des urgences de l'hôpital de Sikasso : Mme Konaté Namissa Keita, Mme Sacko Awa Wélé Diallo, Mme Fatoumata Sanogo, Mr Salif Koné, Mme Coulibaly Salimata Kone, Mme Sangaré Moussokoro Traoré, pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe

Aux Anesthésistes - Réanimateurs : Dr Kanté Moussa et son équipe recevez mes sincères remerciements pour votre esprit de franche collaboration.

A tout le personnel de l'hôpital de Sikasso, merci pour votre soutien.

Aux membres de l'*AESARDS* (*Association des étudiants en santé de la région de Dioila et sympathisants*) pour tout le respect.

A l'administration de l'hôpital de Sikasso : Recevez par ce modeste travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU
JURY**

A notre Maître et Président du jury :

Professeur ALHASSANE TRAORE :

- Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)
- Membre de la Société Internationale de hernie (AMEHS)
- Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS)
- Membre de la Société Africaine Francophone de chirurgie Digestive (S.A.F.CHI.D)

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

A notre Maître et juge :

Professeur Abdoulaye KANTE :

- Maître de Conférences d'Anatomie et Chirurgie Générale de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)
- Praticien hospitalier en Chirurgie Générale et Chirurgie Cardiovasculaire
- Ph en Anatomie et Organogénèse
- Médecin légiste / Spécialiste en Réparation Juridique du Dommage Corporel
- DFMSA en Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (Besançon)
- DIU Chirurgie des Cardiopathies Congénitales (Paris)
- DU Anatomie Clinique et Numérique (Paris)
- DU Réparation Juridique du Dommage Corporel (Paris)
- Expert près les Tribunaux et Cours du Mali.

Cher maître,

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant de juger cette thèse, nous en sommes très honorés. Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer notre travail. Trouvez ici cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge :

Docteur Cheick Ahmed Sékou TOURE :

- Praticien hospitalier au CHU du point G
- Chirurgien thoracique et cardio-vasculaire option thoracique
- DFMSA en chirurgie cardio vasculaire option cardio vasculaire
- Membre de la société de chirurgie thoracique et cardio vasculaire.

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre compétence, votre rigueur scientifique et votre discrétion nous ont émerveillés. Recevez ici cher Maître, notre reconnaissance et notre plus grand respect. Qu'Allah vous donne une longue vie. Amen !

A notre Maître et co-directeur :

Docteur Aly Boubacar DIALLO :

- Maître de recherche en chirurgie générale
- Praticien hospitalier à l'hôpital de SIKASSO
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Chef de service de la chirurgie de l'hôpital de SIKASSO

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques. Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre Maître et directeur de thèse :

Professeur Drissa TRAORE :

- Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS
- Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien Hospitalier au CHU du Point-G
- Secrétaire général de la société de chirurgiens du Mali (SO.CHI.MA).
- Prix de meilleure communication Charles Marie Gros en France en 2019 lors du Congrès de la Société Française de Sénologie et de pathologie Mammaire
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés. Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

Liste des signes et abréviations :

AAF : Abscès amibien du foie

AH : Amibiase hépatique

Amp : Ampoule

ASP : Abdomen sans préparation

ATCD : Antécédent

CC : Centimètre cube

CCC : Communication pour le changement de comportement

CHU : Centre hospitalier universitaire

Comp : Comprimé

Cm : Centimètre

CRO : Compte rendu opératoire

CRP : Protéine C réactive

DG : Diagnostic

DX : Douleur

ECB : Examen cytbactériologique

EH : Entamoeba histolytica

E.I.P.C.: Ecole des infirmiers du premier cycle

ESS : Ecole secondaire de la santé

EVA : Echelle analogie visuelle

FD : Flanc droit

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

G : Gramme

H : Heure

HCD : Hypochondre droit

HCG : Hypochondre gauche

HGT : Hôpital Gabriel TOURE

HTA : Hypertension artérielle

IEC : Information, Education et Communication

IFI : Immunofluorescence indirecte

IVD : Intraveineuse directe

IM : Intramusculaire

J ou j : Jour

KG : kilogramme

MG : Milligramme

ML : Millilitre

MM : Millimètre

NFS : numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEG : Ponction écho-guidée

PDT : Pendant

PN : Polynucléaire neutrophile

SAU : Service accueil des urgences

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

TDM : Tomodensitométrie

VCI : Veine cave inférieure

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VS : Vitesse de sédimentation

Table des matières :

I. INTRODUCTION :	1
I.1 Objectif général	4
I.2 Objectifs spécifiques	4
II. - GENERALITES	6
A/ ABCES AMIBIENS DU FOIE	6
II.1 1. GENERALITES :	6
III. RESULTATS :	54
IV. COMMENTAIRES DES DICUSSION	70
V. CONCLUSION	78
VI. RECOMMANDATIONS	79
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIES	81
Fiche signalétique	98

Liste des figures :

Figure 1: Récessus subphrénique droit (A) et gauche (B); Récessus subhépatique gauche (C) et droit (D). 11

Figure 2: Vaisseaux intrahépatiques (distribution segmentaire 12

Figure 3: Segmentations hépatiques éclatés Veines segmentaire hépatiques et portales 14

Figure 4 : veine et voie biliaire intra-hépatique 15

Figure 5 : Voie biliaire intra hépatique 16

Figure 6 : Veine et Voie biliaire extra hépatique 17

Figure 7 : vésicule biliaire et voies biliaires extra hépatiques 18

Figure 8: porte du foie (vue antéro-inférieure) 19

Figure 9: Artère cystique : origines et trajets 20

Figure 10: Image échographique montrant un abcès du foie segment III..... 24

Figure 11: Image échographique montrant un abcès du foie de 3,77×4,7 cm au niveau du foie droit segment V 25

Figure 12: Image échographique montrant un abcès du foie droit du segment V. 36

Figure 13: Image montrant un abcès volumineux du foie. 36

Figure 14 : Image scannographique montrant multiple abcès du foie. 37

Figure 15: Image scannographique montrant un abcès du foie droit. 39

Figure 16: Répartition des patients selon la tranche d'âge. 54

Figure 17: Répartition des patients selon le sexe. 55

Figure 18 : Répartition des patients selon le mode de début. 60

Liste des tableaux :

Tableau I: patients selon la profession.	55
Tableau II : patients selon la provenance.	56
Tableau III : patients selon le mode d'admission.....	56
Tableau IV : patients selon la durée d'hospitalisation en jour.	57
Tableau V : patients selon le motif de consultation.	57
Tableau VI : patients selon l'Antécédent.	58
Tableau VII : patients selon les facteurs de risques.	58
Tableau VIII : patients selon les signes fonctionnels.....	59
Tableau IX : patients selon le type de la douleur.	59
Tableau X : patients selon le siège de la douleur.	60
Tableau XI : patients selon l'irradiation.	61
Tableau XII : patients selon échelle visuelle analogie.	61
Tableau XIII : patients selon les signes généraux.	61
Tableau XIV : patients selon les signes physiques.	61
Tableau XV : patients selon la triade Fontan.	62
Tableau XVI : patients selon les caractéristiques de l'hépatomégalie.....	62
Tableau XVII : patients selon résultat de la NFS.....	62
Tableau XVIII : patients en fonction de l'anémie et ses degrés.	62
Tableau XIX : patients selon résultat ECB du pus.....	63
Tableau XX : patients selon le résultat l'échographie abdominale.....	63
Tableau XXI : patients selon le nombre d'abcès hépatique.....	63
Tableau XXII : patients selon le siège de l'abcès dans le foie.....	64
Tableau XXIII : patients selon le lobe du foie atteint	64
Tableau XXIV : patients selon la taille de l'abcès en échographie	64
Tableau XXV : patients selon le volume de l'abcès en échographie.....	65
Tableau XXVI: patients selon le résultat de la radiographie thoracique.....	65
Tableau XXVII : patients selon le traitement.	66

Tableau XXVIII : Traitement reçu par les patients.....	66
Tableau XXIX : patients selon les nombres de ponctions.	66
Tableau XXX : patients selon la quantité de pus recueil après la ponction (ml)	67
Tableau XXXI : patients selon la durée d'hospitalisation	67
Tableau XXXII : patients selon les suites immédiates.	67
Tableau XXXIII : patients selon les contrôles échographiques.....	68
Tableau XXXIV : Age et auteurs.....	70
Tableau XXXV : sexe et auteurs.	71
Tableau XXXVI : Signes clinique et auteurs.....	72
Tableau XXXVII : côté atteint et auteurs.....	73
Tableau XXXVIII : Nombre d'abcès hépatique et auteurs.....	73
Tableau XXXIX : Traitement médical et auteurs.....	75
Tableau XL : Ponction par écho-guidée et auteurs.....	75
Tableau XLI : Evolution et auteurs.	76

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

L'abcès hépatique peut être 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]. Il peut être divisé selon l'agent infectieux en causes parasitaires, bactériennes, ou fongiques [2].

Perez en 2006 a enregistré une incidence de 11 cas pour 500000 des admissions en Philippines [3]. Dans une étude au Qatar en 2014, les abcès à pyogènes a représenté 48 % des abcès viscéraux et 13 % d'abcès intraabdominal [4].

En Turquie, Onder A et al. ont rapporté en 2011, une prévalence variante entre 5 –13/100.000 des admissions [5].

En Afrique, des abcès à pyogène ont représenté une fréquence hospitalière de 0,1% selon une étude réalisée au Maroc en 2015[6]. Cette fréquence des abcès amibiens était de 1,6‰ dans une étude réalisée au CNHU de Cotonou ; avec 11,9% de complication [7].

Au Mali, Dembélé en 2017 a trouvé 30 cas d'abcès du foie en 02 ans sur 3700 malades hospitalisés au Centre de Santé de référence de la Commune I [8]. Koumaré S a trouvé une fréquence de 5,2 cas en chirurgie A au CHU Point G en 2018 [9].

Le progrès en imagerie a largement contribué à l'amélioration de son diagnostic précoce et donc de sa prise en charge efficace [10]. Les examens biologiques et les examens morphologiques du foie permettent de poser le diagnostic sans grandes difficultés dans la plupart des cas.

Le traitement des abcès hépatiques est dominé par l'antibiothérapie et le drainage écho-guidé, mais un recours à la chirurgie peut s'avérer nécessaire en cas de complications comme une rupture intra péritonéale [11].

Ces pathologies sont graves à cause du risque non négligeable de complications qui mettent en jeu le pronostic vital à savoir : la rupture de l'abcès dans un organe creux, l'extension de proche en proche [12].

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

Les études précédentes réalisées au Mali étaient plus anciennes, l'évolution particulière de la maladie et l'errance diagnostic de praticiens ont rendu difficile

la prise en charge diagnostic et thérapeutique. C'est ainsi que nous avons initié ce travail dans le but d'étudier les abcès du foie dans le service

OBJECTIFS

OBJECTIFS :

I.1 Objectif général :

Etudier les abcès du foie dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

I.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière ;
- Décrire les aspects cliniques et para cliniques ;
- Décrire les modalités thérapeutiques et les suites de la prise en charge ;
- Evaluer le pronostic.

GENERALITES

II. GENERALITES SUR LES ABCES HEPATIQUES :

A. ABCES AMIBIENS DU FOIE :

A.1. GENERALITES : [12 ; 13 ; 14 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18 ;19]

1. Définition : L'abcès amibien du foie est une collection nécrotique intra hépatique induite par *Entamoeba histolytica* [12 ; 13]. Le terme d'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. Toutefois par analogie et pour des raisons de commodité, d'exposé et de description, le terme abcès amibien est le plus utilisé [12].

Toujours secondaire à une amibiase intestinale dans un délai plus ou moins long, l'abcès amibien du foie en est la complication la plus fréquente et survient chez 1 à 20 % des personnes atteintes [12].

2. Intérêt :

L'amibiase occupe la troisième place mondiale parmi les maladies parasitaires quant à la mortalité derrière le paludisme et la schistosomiase [14]. Elle reste la cause essentielle des abcès en milieu tropical [15]. 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 et concerne 1 à 20% des personnes atteintes d'amibiase invasive jusqu'à 25% en Asie du Sud-est [12]. Le diagnostic est clinique, radiographique 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.

3. Rappels épidémiologiques : [12 ; 13]

3. 1. Agent pathogène :

Entamoeba histolytica est un protozoaire de l'homme qui en constitue le réservoir principal. Il se présente sous deux formes :

- Une forme végétative "histolytica", plus grande, caractérisée par son hématophagie, sa mobilité et son caractère 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.

3. 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.

3. 2. 1. Cycle pathogène :

Il résulte de la transformation accidentelle d'une forme minuta en E.H. sous l'influence de multiples facteurs modifiant la flore colique. Ces facteurs sont entre autres, l'irritation de la muqueuse intestinale, le surmenage, le postpartum, le déséquilibre alimentaire et tout stress physique ou psychique. Grâce à un riche équipement enzymatique, E.H. possède un pouvoir nécrotique, il crée des ulcérations de la muqueuse colique et parvient à la sous muqueuse, déterminant ainsi des abcès en "boutons de chemise", responsable du syndrome dysentérique. Dans la sous- muqueuse, E.H. 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, responsable de la formation des abcès.

3. 2. 2. cycle non pathogène :

Alors que les formes végétatives rejetées à l'extérieur meurent rapidement, les kystes émis dans le milieu extérieur résistent plus ou moins longtemps selon les conditions hygrométriques. Ils peuvent vivre pendant dix jours dans les selles humides et sur les feuilles des végétaux mais beaucoup plus longtemps dans l'eau à une température comprise entre 0 et 25°C. Ils sont par contre sensibles à la chaleur et surtout à la dessiccation.

Lorsque ces kystes sont ingérés par un nouvel hôte, sous l'action des sucs digestifs, d'une température et d'une humidité favorables, ils perdent leur coque et libèrent une amibe méta-kystique à huit noyaux qui se fragmentent en huit amœbules pour constituer dans le côlon. Cet Entamoeba se multiplie par scissiparité et se nourrit de débris alimentaires et de bactéries.

3. 2. 3. Répartition géographique :

L'infestation est cosmopolite et touche 6 à 10 % de la population du globe.

L'amibiase maladie est nettement 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.

3. 2. 4. Réservoir du parasite :

Il s'agit d'une affection strictement humaine et l'homme est le seul réservoir, notamment le porteur sain.

3.2.5. Transmission :

Elle est liée au péril fécal et se fait par l'intermédiaire des mains sales, des ongles, de l'eau et les aliments souillés et des mouches.

4. Physiopathologie : [13 ; 15]

Grâce à leurs enzymes, les trophozoïtes d'E.H. 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 7^e 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.

5. Anatomie pathologique : [13]

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

Dépourvu presque de cellules en particulier les polynucléaires, en règle a bactérien, la collection n'a pas la composition du pus stricto sensu. La paroi est formée par un tissu de granulation dense avec présence de polynucléaires neutrophiles, de macrophages, de trophozoïtes d'E.H., 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 partie liquide et paroi, renferme des cellules nécrosées, des débris amorphes, des globules rouges, des globules graisseux, des pigments hématiques, qui donnent au pus sa couleur.

Si l'abcès a vieilli (abcès 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.

L'extension du processus peut outrepasser les limites du foie et gagner les organes voisins : c'est le stade de complications.

6. Rappels anatomiques du foie : [13 ; 16]

6.1. Configuration externe :

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. Le foie a une surface lisse, de couleur rouge brun et une consistance ferme et friable. Il comprend trois faces (supérieure, inférieure et postérieure) séparées par trois bords (antérieur, postéro-supérieur et postéro-inferieur).

6.2. Les faces :

La face supérieure est divisée en deux lobes, droit et gauche par un replis péritonéal, le ligament suspenseur du foie, tendu de la face supérieure au diaphragme. Le lobe droit est convexe, plus saillant et plus gros que le lobe gauche.

La face inférieure est irrégulière, plane, regardez-en bas, en arrière et à gauche. Elle est découpée en quatre segments ou lobes par trois sillons (deux longitudinaux et un transversal). Il s'agit des lobes droits, gauches, carré et de SPIGEL.

La face postérieure est verticale et présente une concavité transversale très prononcée qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale. Elle est limitée en bas par le bord postéro-inferieur, en haut par le bord postéro supérieur et se divise en trois segments (droit, moyen ou segment de SPIGEL et gauche) par deux sillons verticaux

(Sillon de la veine cave inférieure et sillon d'ARANTIUS).

6.3. Situation et rapports du foie :

Le foie est situé dans la loge sous phrénique droite. Il est limité en haut par le diaphragme, en dehors la cage thoracique, en avant la paroi abdominale.

En général les rapports du foie avec la paroi varient selon que la base du thorax est large ou étroite, ils varient surtout en fonction de la hauteur de l'auvent chondro-costal. Si cette hauteur est faible, le foie déborde le rebord chondro-costal, par contre si elle est grande, il reste caché.

En bas, de droite à gauche, le foie est en rapport avec l'angle colique droit, la partie supra-mésocolique du rein droit, la partie supra-mésocolique de la 2eme portion du duodénum, le segment pré-pancréatique du côlon transverse, le pylore et la partie attenante du duodénum et enfin la partie horizontale de l'estomac. En arrière, se situent la veine cave inférieure, les piliers droits du diaphragme, l'œsophage et la colonne vertébrale.

6. 4. Dimensions : Le foie pèse 800 à 3000g et mesure environ 26 cm sur 16 avec une épaisseur de 8cm.

6.5. 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 V.C.I., solidement fixée à la paroi de la gouttière hépatique par sa propre paroi d'une part, elle adhère très fortement au foie au niveau de son orifice diaphragmatique d'autre part. Les replis ou ligaments

péritonéaux, qui relie le péritoine hépatique au péritoine pariétal ; le feuillet viscéral du péritoine, qui recouvre le foie.

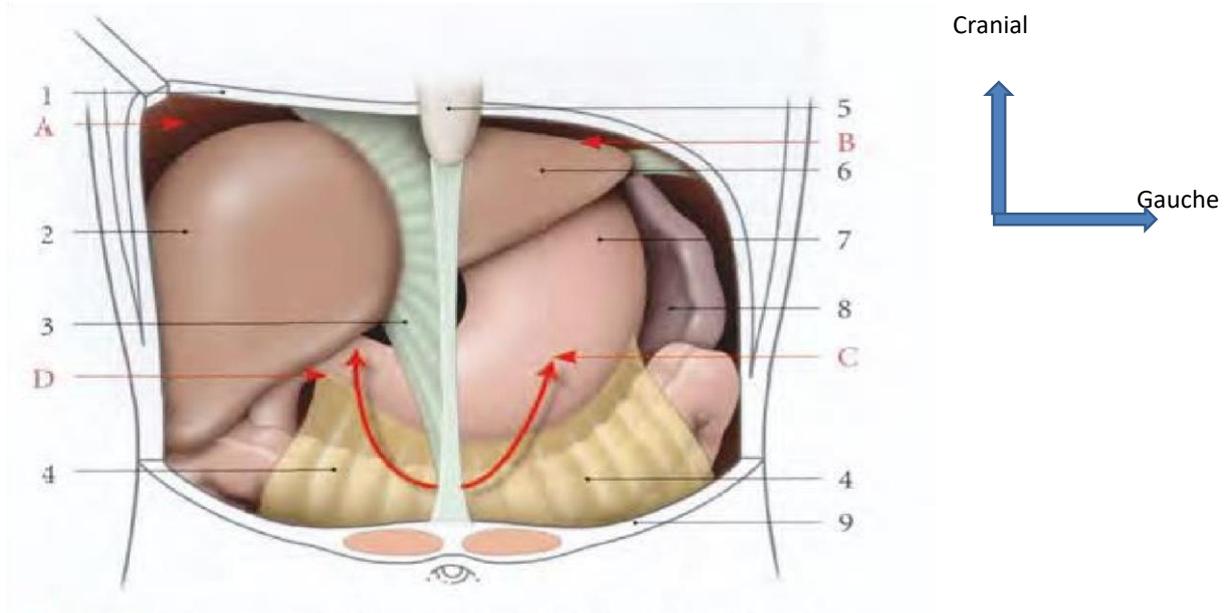


Figure 1: Récessus subphrénique droit (A) et gauche (B); Récessus subhépatique gauche (C) et droit (D).

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| 1) diaphragme | 6. lobe gauche du foie |
| 2) lobe droit du foie | 7. estomac |
| 3) ligament falciforme | 8. rate |
| 4) colon transverse | 9. paroi abdominale ventrale |
| 5) processus xiphoïde | |

6. 6. Vaisseaux et nerfs :

6.6. 1. Les vaisseaux :

6.6. 1. 1. La veine porte :

Elle se divise au niveau du hile en deux branches :

Une branche droite, plus volumineuse et plus courte, donne deux collatéraux pour les lobes carrés et de SPIGEL et se ramifie dans le lobe droit, cette branche reçoit ordinairement les veines cystiques inférieures.

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

6. 6. 1. 2. L'artère hépatique : Se divise en branche gauche et en branche droite (plus volumineuse).

6. 6. 1.3. Les veines hépatiques : Les veines intralobulaires se jettent dans les veines sublobulaires qui se réunissent et forment des vaisseaux de plus en plus volumineux pour donner des troncs collecteurs appelés veines sus-hépatiques qui à leur tour vont se jeter dans la V.C.I.

3. 6. 2. Les lymphatiques : On distingue au foie des vaisseaux lymphatiques superficiels (antérieurs, postérieurs et supérieurs) et profonds.

6. 6. 3. Les nerfs : Le foie reçoit ses nerfs du plexus solaire, du pneumogastrique et aussi du nerf phrénique droit, par le plexus diaphragmatique.

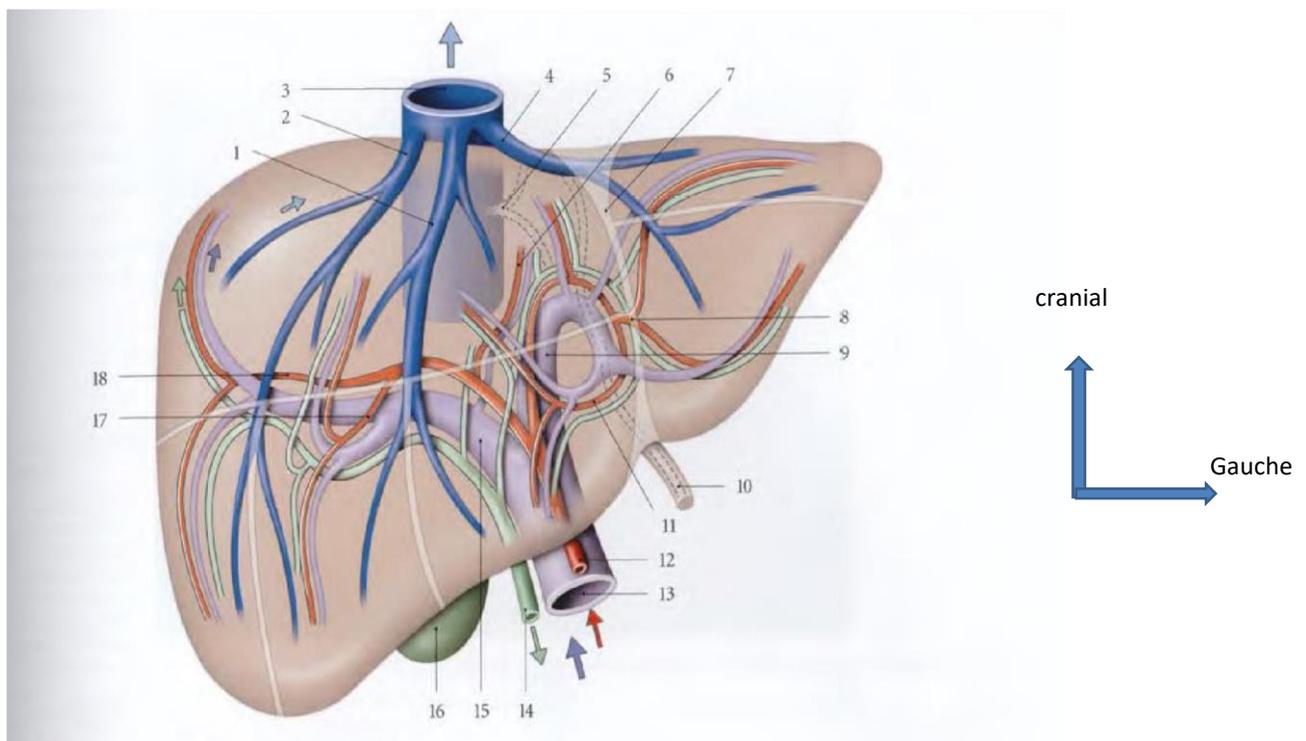


Figure 2: Vaisseaux intrahépatiques (distribution segmentaire)

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 1) v. hépatique moyenne | 11. Pédicule du segment médial |
| 2) v. hépatique droite | 12. a. hépatique propre |
| 3) v. cave inférieure | 13.v.porte |
| 4) v. hépatique gauche | 14. Conduit hépatique |
| 5) v. hépatique accessoire | 15. branche portale droite |

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 6) pédicule du lobe caudé | 16. Vésicule biliaire |
| 1. fissure hépatique gauche | 17. Pédicule du segment ant |
| 2. a. du segment latéral | 18. Pédicule du segment post. |
| 3. branche portale gauche | |
| 4. ligament rond du foie | ant : antérieure |
| a : artère | post : postérieure v : veine |

6. 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 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.

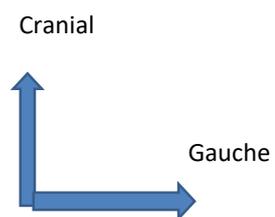
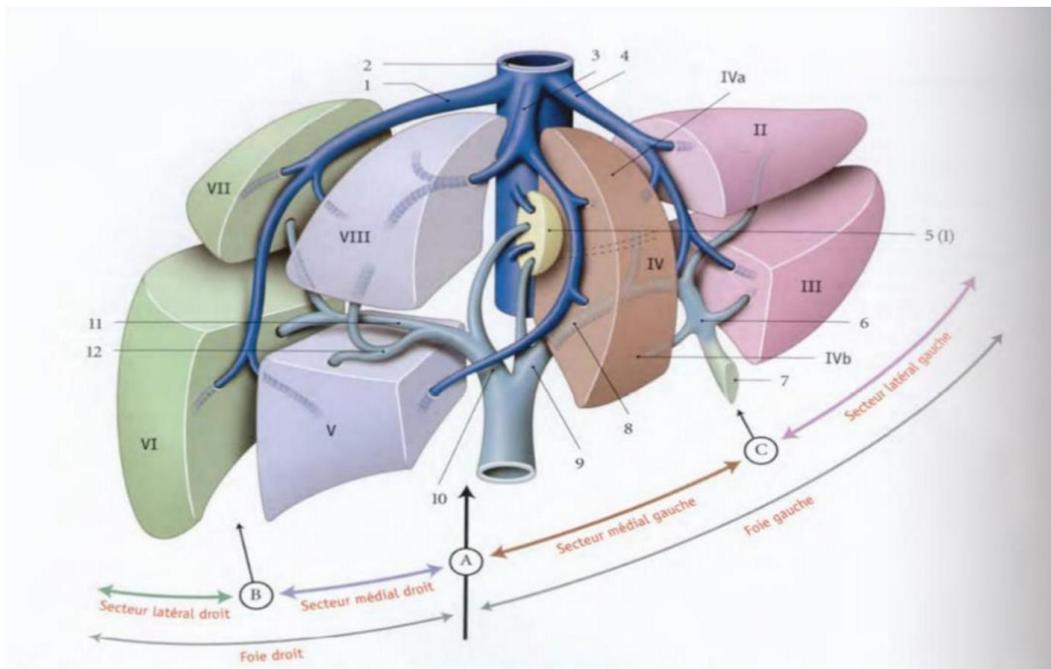


Figure 3: segmentations hépatiques éclatés veines segmentaire hépatiques et portales IVa et IVb : segments accessoires du segment IV

- | | |
|--|----------------------------------|
| A. Fissure principale | 9. branche portale gauche |
| B. Fissure droite | 10. branche portale droite |
| C. Fissure gauche (ombilicale) | 11. branche portale ant droite |
| 1.v. hépatique droite | 12. branche portale post droite. |
| 2.v. cave inférieure | V : veine |
| 3.v. hépatique moyenne | ant : antérieure |
| 4.v. hépatique gauche | post : postérieure |
| 5.lobe caudé (segment I) | |
| 6.partie ombilicale de la branche portale gauche | |
| 7.ligament rond du foie | |
| 8.Partie transversale de la branche portale gauche | |

7. Anatomie des voies biliaires extra hépatiques : [18]

L'appareil excréteur de la bile draine la bile sécrétée par le foie dans le duodénum. Il est constitué d'un réservoir, la vésicule biliaire et de conduits, le conduit hépatique commun, le conduit cystique et le conduit cholédoque.

7.1. Les voies biliaires intra-hépatiques :

Au niveau de chaque lobule hépatique, la bile sécrétée par les hépatocytes va être recueillie par un ensemble de petits conduits, les canalicules, puis les canaux de Herring et enfin les canaux biliaires. La réunion de ces conduits forme le conduit hépatique droit et gauche qui sortent du foie au niveau du hile du foie. Les conduits vont former un canal hépatique commun, qui devient extra-hépatique.

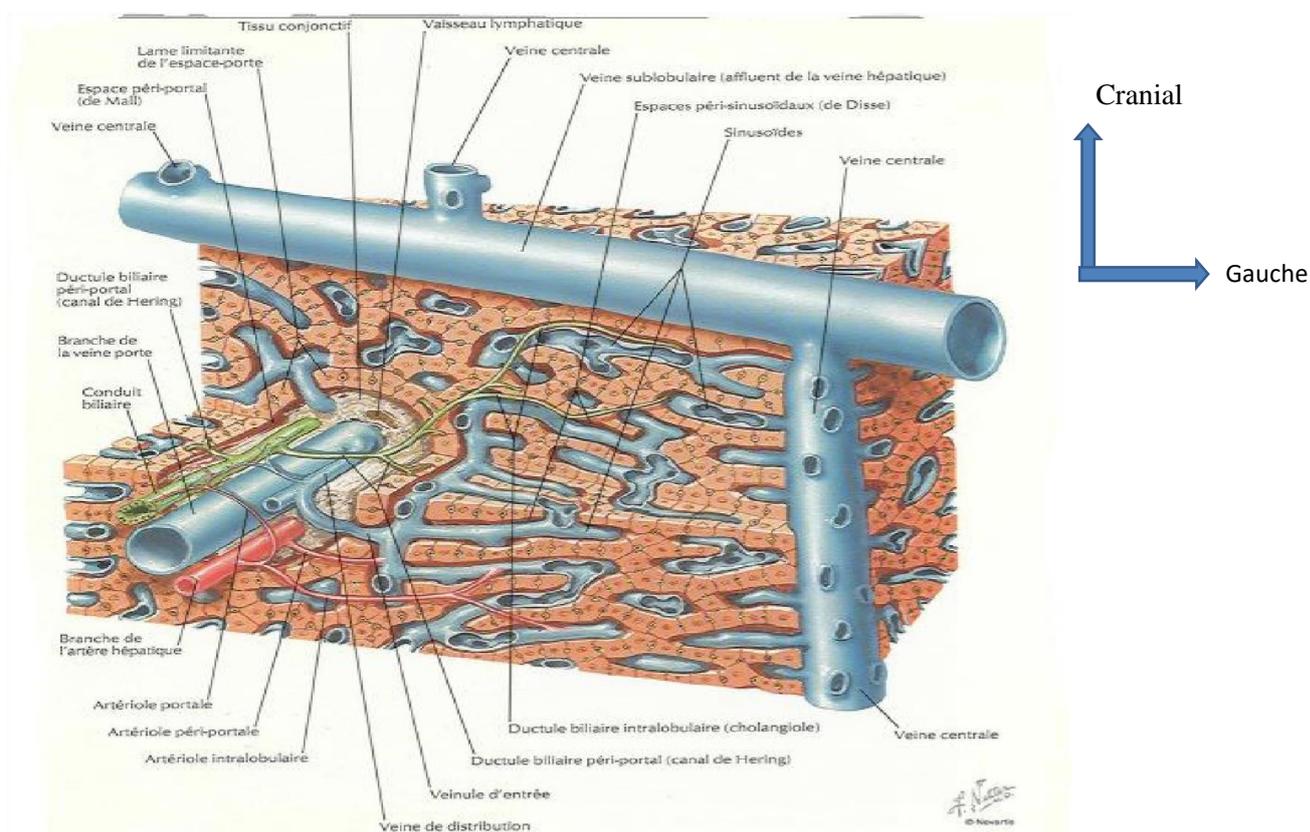


Figure 4 : veine et voie biliaire intra-hépatique

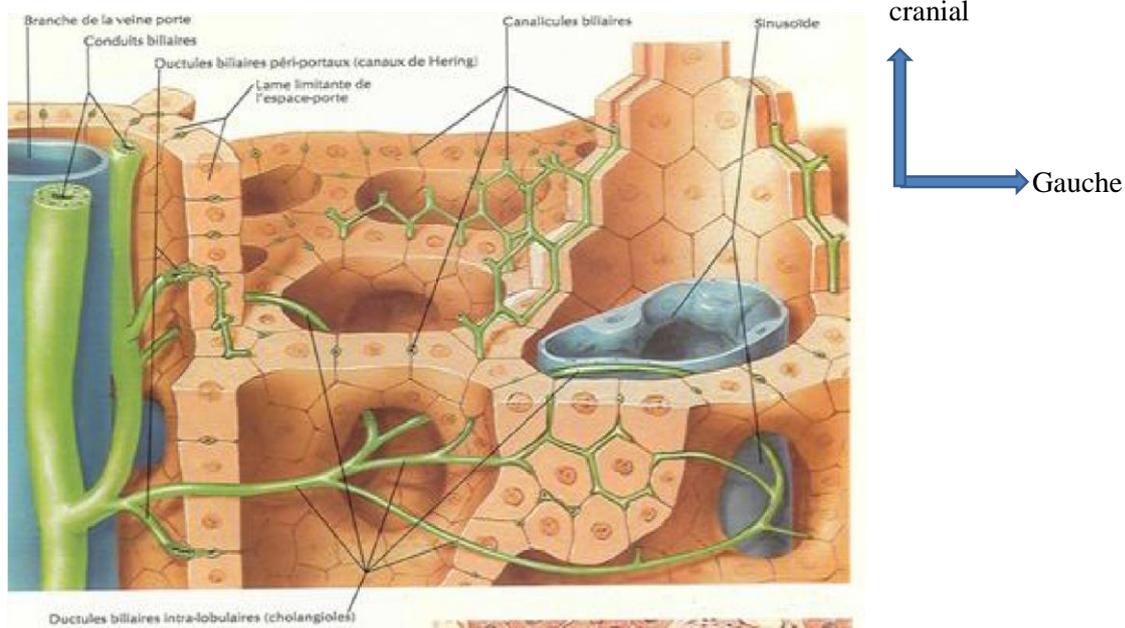


Figure 5 : Voie biliaire intra hépatique

7.2. Les voies biliaires extra-hépatiques :

Elles sont formées d'une voie principale et d'une voie accessoire.

- La voie biliaire principale est constituée des conduits hépatiques droit et gauche qui se réunissent pour former le conduit hépatique commun qui se joint au conduit cystique pour former le conduit cholédoque, qui va s'aboucher au duodénum au niveau de l'ampoule de Vater par le biais du sphincter d'Oddi ;
- La voie biliaire accessoire est constituée de la vésicule biliaire et du conduit cystique.

La vésicule biliaire est un réservoir de stockage où la bile s'accumule entre les repas et est concentrée par réabsorption de 90 % de son eau. L'orifice de sortie est le conduit cystique qui rejoint le conduit hépatique commun pour former le conduit cholédoque.

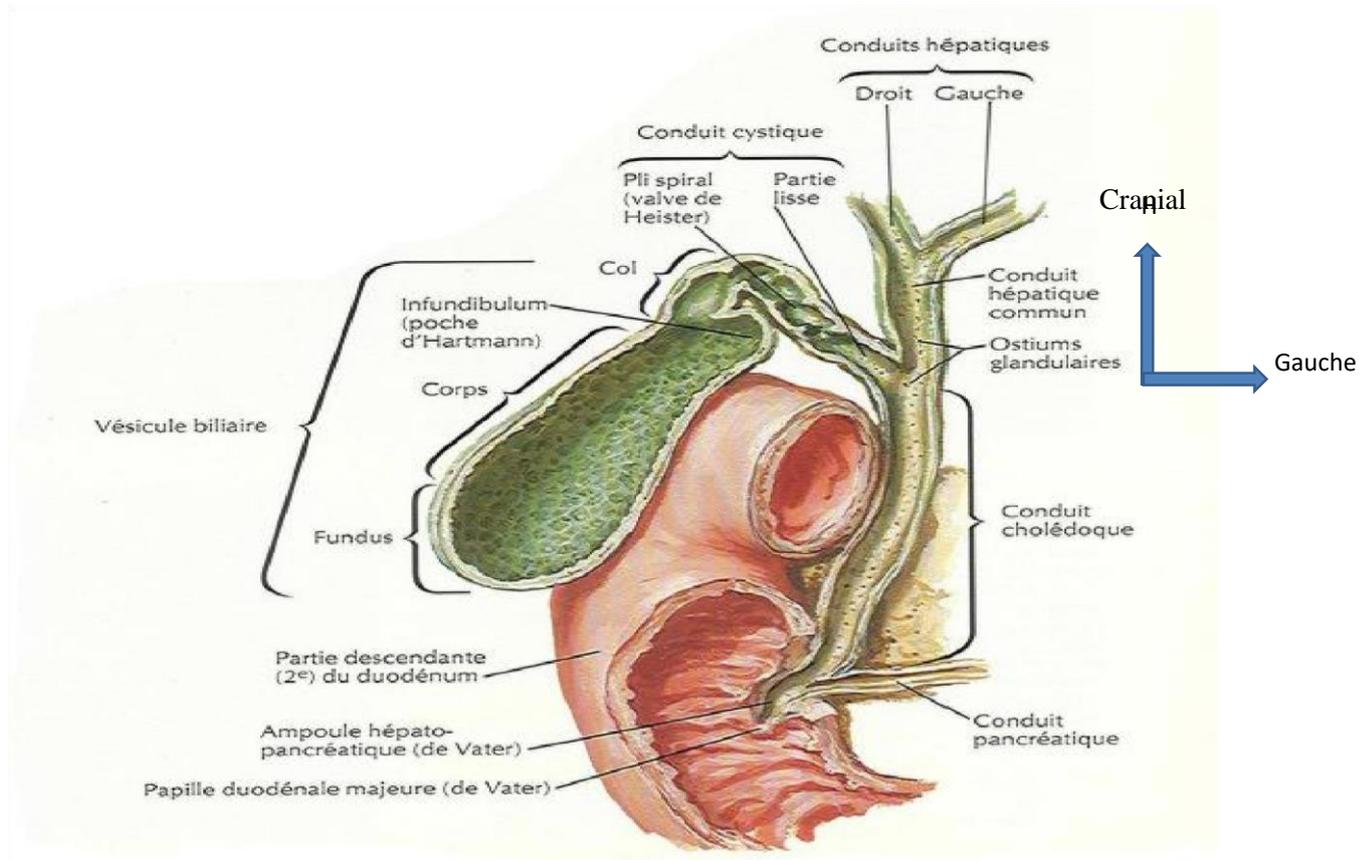


Figure 6 : Veine et Voie biliaire extra hépatique

7.3. La vésicule biliaire :

La vésicule biliaire est un réservoir en dérivation sur les conduits biliaires et dans lequel s'accumulent et se concentre la bile en dehors de la digestion.

- **Forme et dimensions** : Elle est piriforme avec un fundus, un corps et un col. Elle est gris-bleutée et mesure 7 à 10 cm de longueur et 3 cm de largeur. Sa capacité moyenne est de 50 ml.
- **Rapports** : elle est située contre la face viscérale du foie, dans la fosse vésiculaire. Elle est recouverte du péritoine et adhère au foie par du tissu conjonctif ; elle peut être maintenue par un ligament hépatovésiculaire. Le fundus en contact avec la paroi abdominale antérieure et répond en arrière à l'angle colique droit ; Le corps est oblique en arrière, en haut et à gauche. Sa face inférieure répond au colon transverse et à l'angle duodénal supérieur ;

Le col est contourné en sitalique, il est uni au foie par le ligament hépatovésiculaire dans lequel se trouve l'artère cystique.

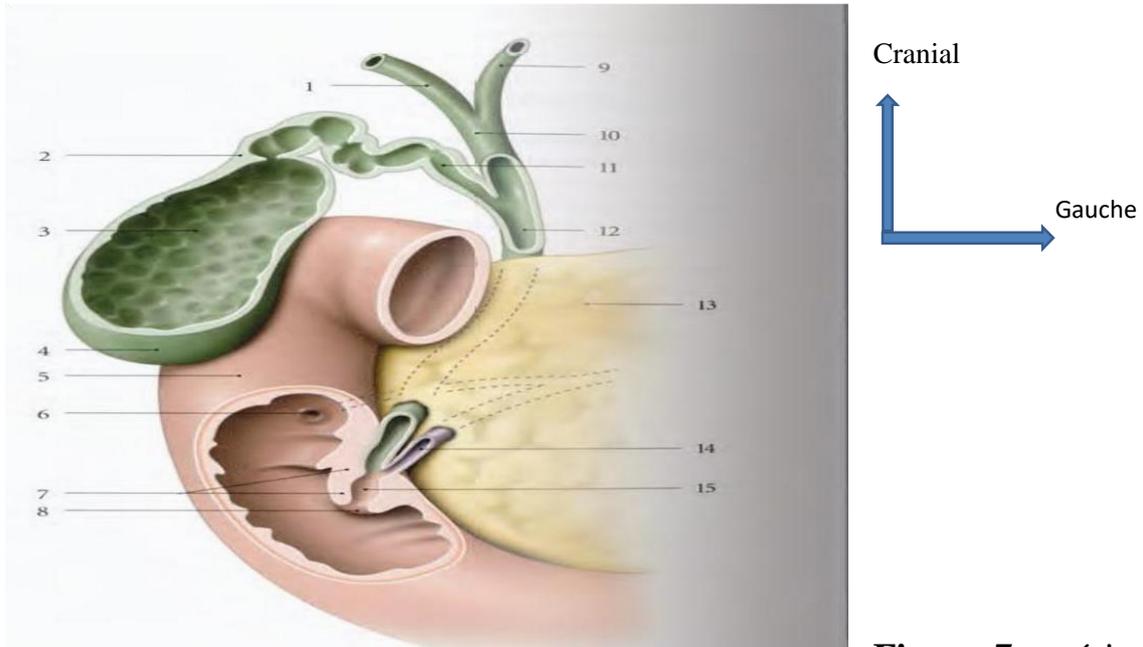


Figure 7 : vésicule

biliaire et voies biliaires extra hépatiques

1. Conduit hépatique droit
2. Col de la vésicule biliaire
15. ampoule hépato-pancréatique
3. Corps de la vésicule biliaire pancréatique
4. Fundus de la vésicule biliaire
5. Partie descendante du duodénum
6. Papille duodénale mineure
7. Pli longitudinal du duodénum
8. Papille duodénale majeure
9. Conduit hépatique gauche
10. Conduit hépatique commun
11. Conduit cystique
12. Conduit cholédoque
13. Pancréas
14. Conduit pancréatique

7.4. Conduit cystique :

Il fait suite au col de la vésicule biliaire. Il est long de 4 cm, avec un calibre de 4 mm ; il descend le long du bord droit du conduit hépatique commun avant de

fusionner avec lui. Sa paroi interne présente un pli muqueux contourné en rapport avec les sillons superficiels, le pli spinal.

7.5. Conduit hépatique commun :

Il est constitué de la fusion, dans la veine porte du foie, des conduits hépatiques droit et gauche qui drainent chacun une moitié du foie. Il est long de 3 à 4 cm, avec un calibre de 3 mm ; il descend devant la veine porte, entre l'artère hépatique propre à gauche et le conduit cystique à droite.

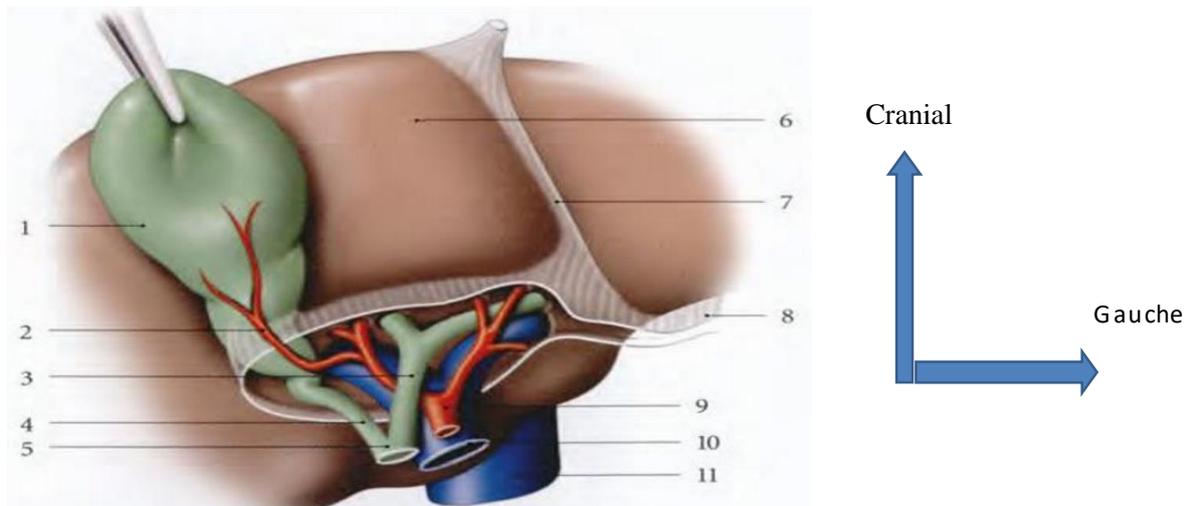


Figure 8: porte du foie (vue antéro-inférieure)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Vésicule biliaire | 6. Lobe |
| 2. a. cystique | 7. Ligament falciforme du foie |
| 3. conduit hépatique commun | 8. Petit omentum |
| 4. conduit cystique | 9. a. hépatique propre |
| 5. conduit cholédoque | 10. V. porte |
| a : artère | 11. V. cave inférieure |
| v : veine | |

7.6. Conduit cholédoque :

Il est constitué de la fusion des conduits cystique et hépatique commun, il se termine dans la partie descendante du duodénum (84% des cas).

- **Dimensions :** Sa longueur varie de 5 à 12 cm ; son calibre est d'environ 3 à 5 mm.

- **Trajet et rapports :** Le conduit cholédoque descend en effectuant une légère courbure concave à droite. Il est successivement :
- Dans le ligament hépto-duodénal (partie intra ligamentaire) ;
 - Derrière la partie supérieure du duodénum (partie rétro duodénale) ;
 - Derrière la tête du pancréas (partie rétro pancréatique).

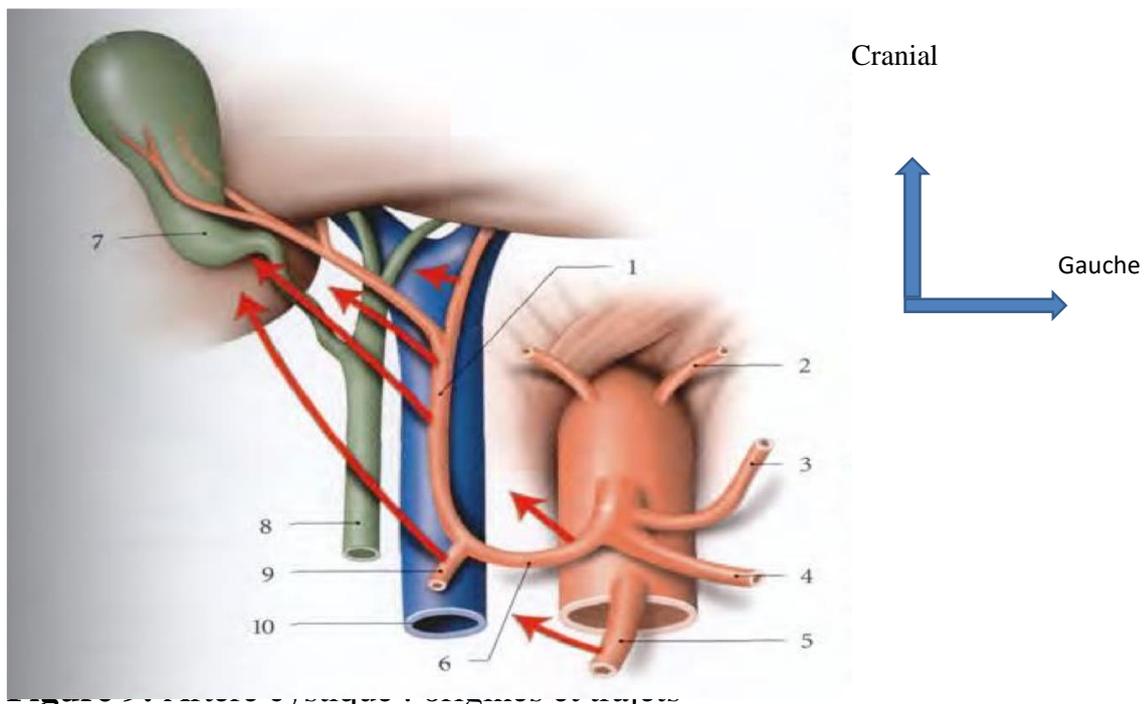
Il se termine, soit en fusionnant avec le conduit pancréatique principal pour former l'ampoule hépto-pancréatique, soit au niveau de la papille majeure (50% des cas).

7.7. Vascularisation et innervation :

➤ Les artères :

L'artère cystique naît de la branche droite de l'artère hépatique propre.

Elle se dirige vers le col de la vésicule biliaire, en passant en avant ou en arrière du conduit hépatique commun. Elle se divise en une branche superficielle et une branche profonde qui rejoint la face postérieure non péritonisée de la vésicule biliaire. Les artères hépatique propre et pancréatico-duodénale supéropostérieure vascularisent le conduit hépatique commun et le conduit cholédoque.



En rouge foncé : variations principales

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. a. hépatique propre | 6. a. hépatique commune |
| 2. a. phrénique inférieure | 7. vésicule biliaire |
| 3. a. gastrique gauche | 8. Conduit cholédoque |

4. a. splénique
10. V. porte

9.a. gastroduodénale 5. a. mésentérique inférieure

a: artère

v: veine

➤ **Les veines :**

Elles se drainent dans la veine porte. Des veines biliaires accessoires traversent la fosse vésiculaire pour rejoindre des veinules portes.

➤ **Les lymphatiques :**

- **Les lymphatiques de la vésicule biliaire :** le réseau lymphatique vésiculaire est à l'origine largement anastomosé avec les lymphatiques du foie.

➤ **Innervations :**

Ils proviennent du plexus coéliqua par l'intermédiaire du plexus hépatique.

8. Diagnostic : [12, 13]

8. 1. Forme aiguë typique :

8. 1. 1. Circonstances de découverte :

C'est 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.

8. 1. 2. Sémiologie :

8. 1. 2. 1. La douleur : Très évocatrice, spontanée ou provoquée, elle est le symptôme le plus constant (66 à 99% des cas). Elle apparaît soit rapidement, de façon aiguë, soit progressivement, en quelques jours ou semaines.

Elle a pour siège habituel l'hypochondre droit (70% des cas), 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, hypochondre gauche, flanc droit, voire région lombale) ou diffuser 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.

8. 1. 2. 2. La Fièvre : Présente dans 75 à 91% des cas, sinon constante. Elle est souvent désarticulée, oscillante entre 38°-39°C, dépassant rarement 40°C et réagit

rapidement au traitement spécifique (75% des apyrexies sont obtenues en 18 heures de traitement).

8. 1. 2. 3. L'hépatomégalie : Constatée dans 50 à 75 % des cas, elle est souvent modérée mais peut devenir importante ou déterminer une voussure pariétale en regard de l'abcès. De consistance normale ou ferme, à surface lisse rarement bosselée, prédominant sur un lobe, elle a pour caractère essentiel sa sensibilité à la palpation. L'exploration uni-digitale des espaces intercostaux trouve quelquefois un point douloureux exquis auquel on accorde une valeur localisatrice (signe de Bordess et Blanc). La douleur que provoque l'ébranlement en masse du foie, par percussion de la base thoracique droite, ne doit être recherchée qu'avec prudence car peut être syncopale.

8. 1. 2. 4. 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 ;
- de signes pleuro-pulmonaires à type de toux irritante, 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.

8. 2. Formes cliniques :

8. 2. 1. Formes symptomatiques : l'absence de tel symptôme, la prédominance de tel autre permet de décrire les variantes symptomatiques.

8. 2.1.1. Les formes fébriles pures : classiques mais rares, elles justifient que l'on pense à l'amibiase devant toute fièvre isolée survenant après un séjour en zone d'endémie.

8. 2.1.2. Les formes ictériques : un ictère cholestatique est fréquent en zone tropicale où on lui attribue une signification pronostique péjorative. Plus rare en France, il n'a pas ce même caractère défavorable.

8. 2.1.3. Les formes pseudo-tumorales (5 à 14%) : elles se traduisent par une hépatomégalie irrégulière, bosselée, souvent très dure et douloureuse, chez un sujet sub-fébrile volontiers âgé, elles sont observées en milieu tropical et sont

d'évolution chronique. Ce sont l'échographie, la ponction, la sérologie, la laparoscopie et les effets d'un traitement par les 5-nitroimidazolés qui confirmeront le diagnostic.

8. 2.1.4. Les formes chroniques (20 à 30 %) : les symptômes évoluent non pas de façon aiguë sur quelques jours mais de façon torpide, pendant plusieurs semaines ou mois et s'accompagnent volontiers de dénutrition et d'anémie.

8. 2. 2. Les formes compliquées (12 à 36%) : une complication peut être inaugurale. Les structures adjacentes au foie peuvent être atteintes de 2 façons : la rupture brutale de l'abcès ou la propagation de proche en proche du processus nécrosant. Elles sont responsables de l'essentiel de la mortalité.

- **Complications respiratoires (9.3%) :** Il s'agit d'épanchement pleural réactionnel, de pleurésie amibienne, de fistule hépato-pleurale, de pneumopathie amibienne droite ou d'un abcès pulmonaire ;
- **Complications péritonéales :** rares, il s'agit de péritonite (localisée le plus souvent) ou d'abcès sous-phrénique ;
- **Complications péricardiques (<1%) :** à type de péricardite, elles sont le propre des abcès du lobe gauche.

8.2. 3. Forme de l'enfant (2 à 7%) : le tableau est en général plus aigu que chez l'adulte, l'hépatomégalie y est le plus souvent constante, l'évolution plus rapide avec possibilité d'iléus paralytique. Les complications sont plus fréquentes, le diagnostic volontiers difficile.

9. Diagnostic différentiel :

9.1. Les abcès à pyogènes du foie : les signes cliniques et échographiques sont identiques. Seul l'examen cytbactériologique du pus après ponction et la sérologie amibienne permettront de poser le diagnostic.

9.2. Le cancer primitif du foie (CPF) : dans les formes pseudo-tumorales multinodulaires et les formes chroniques avec altération de l'état général du malade, il est difficile d'écarter un CPF. L'échographie abdominale, les tests hépatiques (Alpha foetoprotéine ++) et la sérologie amibienne viendront étayer le diagnostic.

10.Examens complémentaires :

10. 1. Imageries :

10. 1. 1. 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.

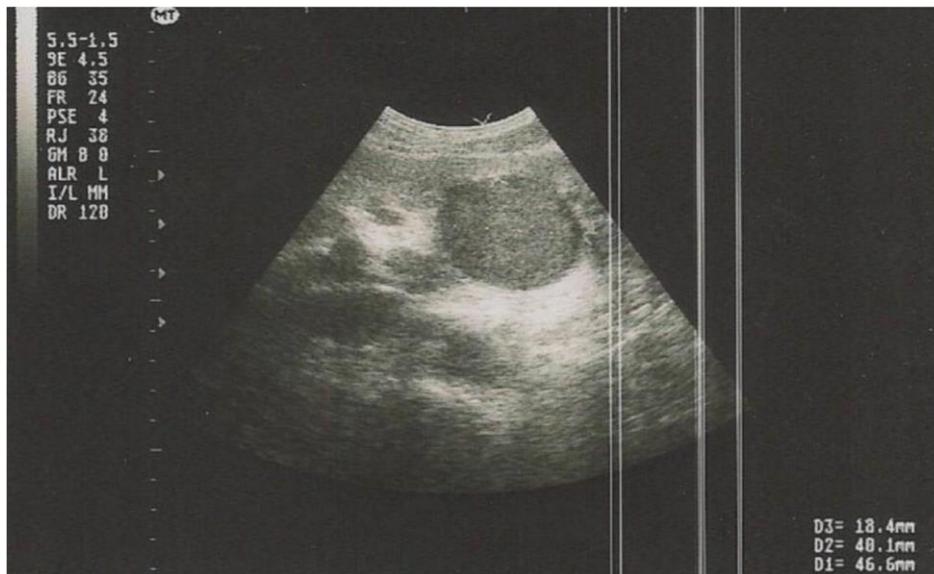


Figure 10: Image échographique montrant un abcès du foie segment III

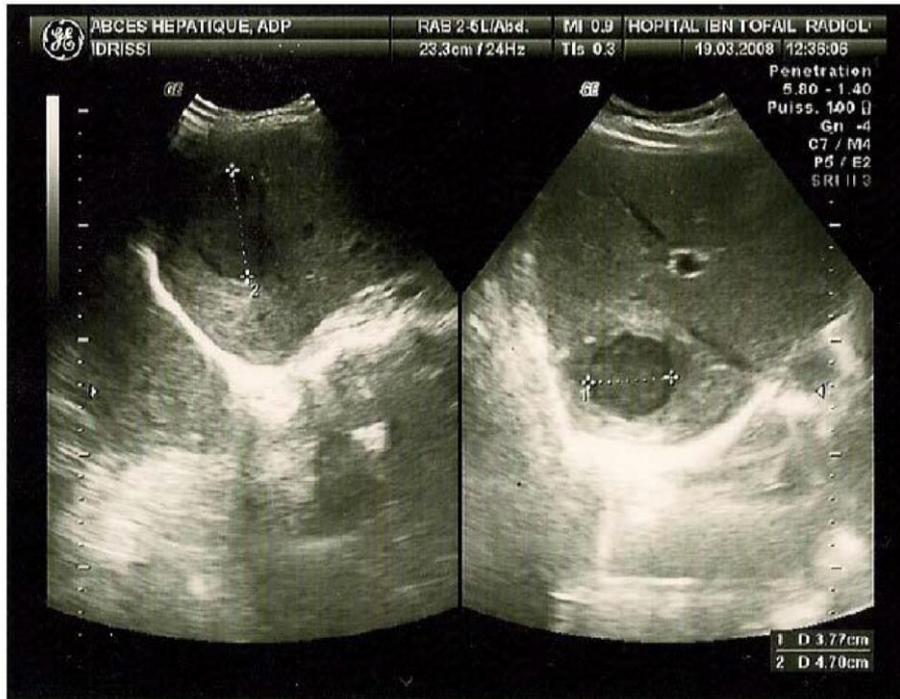


Figure 11: Image échographique montrant un abcès du foie de 3,77×4,7 cm au niveau du foie droit segment V

10.1. 2. 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.

10.1. 3. La Radiographie pulmonaire ou la radioscopie :

Elle est demandée en présence de signes pleuro-pulmonaires et peut révéler les signes de complications à types de réaction pleurale simple avec comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique, d'épanchement plus important et des opacités pulmonaires basales. Elle peut également montrer des signes indirects d'abcès du foie à type de surélévation de la coupole diaphragmatique droite soit globalement soit une déformation « en brioche » ou en « soleil couchant ». En cas d'abcès du lobe gauche on peut observer une surélévation de la coupole gauche.

10. 2. Examens parasitologiques :

10. 2. 1. Analyse cytbactériologique du pus :

Pratiquée au cas où un diagnostic différentiel difficile s'imposerait, elle fournirait 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 d'origine amibienne les collections amicrobiennes surtout si leur contenu est de couleur chocolat et /ou sans odeur.

10. 2. 2. Analyse des selles : La présence d'amibes (10 % des cas) sous forme kystique ou végétative n'a qu'un intérêt d'orientation.

10. 2. 3. La rectosigmoïdoscopie : Faite avant tout traitement, elle est le plus souvent normale. Dans 3,6 % des cas l'on pourra déceler des ulcérations et par écouvillonnage des amibes.

10. 2. 4. La sérologie amibienne : La présence d'anticorps sériques spécifiques peut être détectée par de nombreuses techniques :

- **L'immunofluorescence (Goldman) :** 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 peut comporter des faux positifs. Elle a une plus grande valeur lorsque l'amibiase hépatique est vue en dehors d'une amibiase colique.

10. 3. Examens biologiques courants : Ils ne peuvent apporter qu'un témoignage sur une affection hépatique mais n'en précisent pas l'étiologie.

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 V.S. pour suivre l'effet du traitement.

10. 3. 1. La Numération formule sanguine (N.F.S.) : montre une anémie modérée, une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

10. 3. 2. La Vitesse de sédimentation (V.S.) : peut atteindre souvent, à la première heure, un chiffre moyen de 79mm (avec des extrêmes de 5 et 161mm). Une VS > à 80mm à la première heure est en faveur d'une suppuration profonde ou d'un syndrome inflammatoire. Elle permettrait de suivre l'efficacité du traitement.

10. 3. 3. La protéine C réactive (CRP) : elle est couramment élevée.

10. 3. 4. Les transaminases hépatiques : sont modérément élevées

10.3.5. La bilirubine : Son élévation est peu fréquente ou très modérée du moins dans la forme la plus habituelle de l'amibiase hépatique. Une élévation franche de la bilirubine est plus fréquente dans la forme suraiguë ou multiple.

10.3.6. Les phosphatases alcalines : leur élévation est diversement appréciée dans la littérature.

10.3.7. L'électrophorèse des protides : montre une hypoalbuminémie, une augmentation importante des Alpha2-globulines et modérée des Gammaglobulines.

11. Evolution :

11.1. Evolution favorable : lorsque l'amibiase hépatique est diagnostiquée et traitée 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 séquelle. La douleur s'atténue en général très vite pour disparaître en quelques jours, il en va de même pour l'anorexie. La température se normalise en 3 à 5 jours, quelquefois après une cassure brutale dès la 12e 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 V.S. décroît moins vite, sa normalisation demande souvent 1 à 2 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 3 à 4 mois, généralement moins de 6 mois, on assiste à une restitution ad intégrum. En l'absence de réinfection, les récurrences en un site différent sont rares, quelquefois itératives.

11.2. Complications : rares en France, elles sont fréquentes en zone tropicale (12 à 36%), responsables alors 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 le propre des abcès du lobe gauche.

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

- la rupture brutale de l'abcès, se fait soit dans une séreuse (plèvre, péritoine et péricarde par ordre décroissant), soit dans un organe creux (arbre bronchique, estomac, intestin).

En cas de rupture pleurale, survient un état de détresse respiratoire et éventuellement un état de choc.

La rupture péritonéale réalise une péritonite aiguë localisée le plus souvent.

Un tableau de tamponnade aiguë est provoqué par une rupture péricardique.

Les ruptures dans un organe creux se drainent vers l'extérieur (vomique ou débâcle diarrhéique).

- l'extension de proche en proche, c'est le mode le plus fréquent.

12. Traitement :

12.1. But :

- Eradication de l'amibe ;
- Evacuation de la collection ;
- Corrections des désordres métaboliques et hémodynamiques.

12. 2. Méthodes : Elles sont médicales, médico-chirurgicales et chirurgicales.

12. 2. 1. Traitement médical : C'est le traitement étiologique de la maladie, il utilise les 5-nitro-imidazolés dont le chef de file est le métronidazole. Le métronidazole est présenté en comp. 250 et 500mg, en flacon 500mg/100ml pour solution injectable et en suspension orale à 4% (125mg/ cc). Sa posologie est de 30 à 50 mg/ Kg.p par jour, en deux ou trois administrations.

En pratique chez l'adulte la dose est de 1 à 1,5g en 2 ou 3 prises par jour. La durée du traitement est de 10 jours en moyenne.

12. 2. 2. Autres dérivés :

Le Tinidazole, comp. 400mg, donné à la dose de 5 comp. / j pendant 3 jours.

Le secnidazole et l'Ornidazole sont également efficaces mais moins utilisés.

Les amoebicides de contact sont utilisés pour éviter la récurrence ou la rechute de l'abcès : Tiliquinol-tilbroquinol (INTETRIX®) Furoate de diloxanide (DILOXANIDE® [19]).

12. 3. La ponction écho-guidée : Utilise une aiguille de calibre suffisant (16, 18G) pour évacuer un pus épais. Elle peut être éventuellement répétée.

Certains auteurs instillent au décours, un produit de contraste pour apprécier le volume de la cavité et ses connexions 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, ses effets sur la défervescence fébrile et la durée d'hospitalisation restent controversés pour les abcès non compliqués. Elle n'est pas exempte d'incidents (hémorragie, fistulisation à la peau et surinfection de l'abcès).

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

12. 5. 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 dans la cavité ; il est indiqué dans les abcès fluctuants ou les abcès fistulisés à la peau.

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

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

13. Indications thérapeutiques : [11 ; 13 ; 15]

- **Traitement médical exclusif :** Abcès non compliqués et /ou de diamètre inférieur à 10 cm.
- **Ponction écho-guidée :** Les indications les plus courantes sont :
 - l'absence de réponse ou aggravation sous traitement médical ;
 - la nécessité de soulager rapidement une douleur vive ou non calmée par les moyens habituels ;
 - les abcès de diamètre supérieur à 10 cm ;
 - les abcès du lobe gauche ;
 - localisation d'accès difficile (dôme hépatique).
- **Traitement chirurgical :** est réservé aux complications

14. Prophylaxie :

De nos jours, la prophylaxie repose sur les mesures d'hygiène et l'éducation pour la santé, destinées à éviter la contamination féco-orale.

On ne dispose pas d'une 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.

B/ ABCES A PYOGENE

1. GENERALITES :

1.1.Définition : [14 ; 16]

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

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

1.2.Intérêt :

Il est difficile de donner un chiffre d'incidence car celle-ci varie selon la date, le mode de diagnostic et le pays dans lequel le recueil est fait. On peut néanmoins affirmer que l'incidence augmente dans les pays développés [1].

1.3.Physio pathogénie :

La bactériémie portale est un phénomène physiologique. Cependant, l'activité antibactérienne du complexe réticulo-endothélial hépatique est intense et les hépato cultures sur foie sain sont stériles.

La survenue d'un abcès du foie correspond à un déséquilibre entre la contamination microbienne 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 [17].

L'étiologie est classiquement divisée en sept catégories selon la voie d'inoculation

1.3.1. Abcès d'origine biliaire :

Les abcès d'origine biliaire représentent la cause la plus fréquente (30 à 70%) [2,17, 19].

Il s'agit souvent d'abcès secondaires à une obstruction biliaire d'origine bénigne ou maligne, compliqué ou non d'angiocholite, le germe atteignant le foie par voie canalaire ascendante.

Ils sont de petites tailles multiples et communiquent avec l'arbre biliaire. Les anastomoses bilio-digestives, cholédoco-duodénale ou hépato-jéjunale favorisent la survenue d'abcès hépatique à pyogène, tout comme un cathétérisme rétrograde endoscopique ou un drainage biliaire percutané. [20, 21, 22]

1.3.2. Abscès d'origine portale :

Ils représentent 15 à 20% des abcès bactériens, et compliquent généralement des bactériémies portales massives [23, 24]. L'appendicite en était la principale cause autrefois. Actuellement les causes les plus fréquemment retrouvées sont en premier les diverticulites, et viennent par la suite les autres causes comme les cancers gastriques ou coliques infectés, les suppurations ano-rectales, les abcès pancréatiques, les perforations digestives (ex : perforation digestive par corps étranger [25]), les suppurations intra-abdominales postopératoires et les maladies inflammatoires (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) [2; 17; 25; 26; 27].

1.3.3. Abscès d'origine artérielle :

Ces abcès représentent 5 à 15% des abcès du foie. Ils sont le plus souvent dus à une bactériémie passagère.

La porte d'entrée peut être une septicémie variable chez les immunodéprimés, une endocardite, une staphylococcie cutanée, une infection urogénitale, une infection ORL ou dentaire, une pneumopathie ou parfois une ostéomyélite [18; 24; 28; 29].

1.3.4. Abscès par contiguïté :

Les abcès par contiguïté seraient des suppurations intra péritonéales de voisinage qui font effraction à la capsule de Glisson. Ces abcès sont devenus rares avec le développement de l'imagerie moderne (TDM, échographie) permettant un diagnostic précoce et une antibiothérapie efficace ; il peut s'agir d'un abcès sous phrénique ou sous hépatique postopératoire ou spontané ou un ulcère térébrant. Un cas particulier est réalisé par certaines cholécystites aiguës entraînant une suppuration du parenchyme adjacent [28].

1.3.5. Abscès post-traumatiques :

Les abcès secondaires à un hématome, qui est une complication d'une contusion ou une plaie hépatique, surviennent chez 10 à 25% des malades. Ils seraient favorisés par l'ischémie localisée du parenchyme hépatique [24].

1.3.6. Abscès cryptogénétiques :

Il s'agit d'abcès pour lesquels aucun foyer infectieux causal n'a été retrouvé ; plusieurs séries récentes les considèrent comme les plus fréquents (10 à 40% des abcès du foie).

Ces abcès seraient soit d'origine artérielle secondaire à des bactériémies décapitées ou passées inaperçues, soit d'origine portale avec ou sans pyléphlébite occulte. Ces abcès doivent rester un diagnostic d'élimination [23 ; 28 ; 29].

1.3.7. Abscès compliquant un geste de radiologie interventionnelle :

Les abcès bactériens peuvent compliquer les chimio-embolisations artérielles, l'alcoolisation ou la radiofréquence utilisée dans le traitement des carcinomes hépatocellulaire ou des métastases hépatiques. Des abcès ont été décrits également après cathétérisme rétrograde avec sphinctérotomie pour calcul biliaire récidivant [23 ; 30].

2. Germes en cause : [30 ; 31]

2.1. Anaérobies à Gram Négatif : 40 à 60% : Escherichia coli, Klebsiella, Pseudomonas, Enterobacter, Morganella, Serratia. Plus rarement proteus, Eikenella, providencia, Salmonella.

2.2. Aérobie à Gram positif : 10 à 20% :

Streptocoques A, D, micro aérophile, ingroupable, Staphylocoques.

2.3. Anaérobies : 35 à 45% :

Bacteroides fragilis sp, Fusobacterium, Clostridia, Streptocoques, Peptostreptocoques, Actinomycètes, Diphtéroïdes.

2.4. Polymicroisme : 20 à 60%

2.5. Abscès stérile : 5 à 10%

2.6. Mycose : 5 à 30%

Candida, Cryptosporidium, Histoplasma.

2.7. Germes particuliers : 1%

Bacille de Koch, Brucella, Yersinia, Pasteurella.

3. Les facteurs favorisants :

Parmi les facteurs favorisants on trouve :

3.1. Une pathologie biliaire :

Elle peut à la fois favoriser le développement de l'abcès et en être directement responsable, c'est le premier facteur retrouvé actuellement dans la plupart des séries.

3.2. Cirrhose du foie :

Il existe une augmentation de la prévalence des abcès du foie chez les sujets cirrhotiques, elle est de 1 à 13% [31 ; 32 ; 33].

3.3. Immunodépression :

Elle peut être de tout ordre : hémopathie, traitement par corticothérapie au long cours, chimiothérapie, déficit immunitaire congénital ou acquis ; les malades infectés par VIH développent des abcès multiples avec le plus souvent une flore poly microbienne et anaérobie et plus particulièrement des abcès fongiques [23].

3.4. Diabète :

Dans des séries récentes le diabète est considéré comme un facteur de risque pour le développement des abcès du foie [31], il est également lié à un plus grand risque de mortalité par abcès hépatique [20 ; 32 ; 34].

3.5. Abcès hépatique après transplantation hépatique :

L'abcès est une complication rare des transplantations hépatiques, l'incidence rapportée est de 4,8 pour 1000 malades transplantés [35].

3.6. Autres facteurs :

L'alcoolisme chronique compliqué ou non de cirrhose, les hépatopathies bénignes ou malignes, l'HTA, néphropathie et néoplasie évolutive ainsi que les antécédents de chirurgie abdominale récente peuvent également être à l'origine d'abcès du foie.

4. Diagnostic positif :

4. 1. Clinique :

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

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

La douleur est volontiers majorée par l'inspiration profonde, la toux, les efforts, l'ébranlement du foie. L'altération de l'état général est habituelle : asthénie,

anorexie, amaigrissement, sensation de malaise, sueurs nocturnes, troubles psychiques.

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

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

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

➤ **Au total, deux tableaux cliniques peuvent être opposés :**

- Un tableau aigu septicémique correspondant habituellement aux abcès multiples d'origine angiocholite 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.

4.2. Biologie : [36 ; 37]

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 hypo albuminémie (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 hyper bilirubinémie est notée dans 20 à 70% des cas. Un taux de prothrombine allongé est rapporté dans 15 à 62% des cas.

4.3. 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).

4.3.1. Cliché sans préparation :

La radiographie pulmonaire est anormale dans 25 à 60% des cas en objectivant une ascension de la couple diaphragmatique droite, voire une image en « brioche » en cas d'abcès du dôme hépatique. Des anomalies de la base pulmonaire droite sont les signes le plus fréquemment retrouvés : épanchement pleural, aspect de pleuro-pneumopathie, atélectasie. Les clichés d'abdomen sans préparation peuvent montrer des clartés gazeuses mais rarement une image hydro-aérique intra hépatique pathognomonique.

4.3.2. Echographie :

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



Figure 12: Image échographique montrant un abcès du foie droit du segment V.



Figure 13: Image montrant un abcès volumineux du foie.

4.3.3. Tomodensitométrie :

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

Les abcès hépatiques réalisent en TDM des masses hypo denses, 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 hypo dense 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.

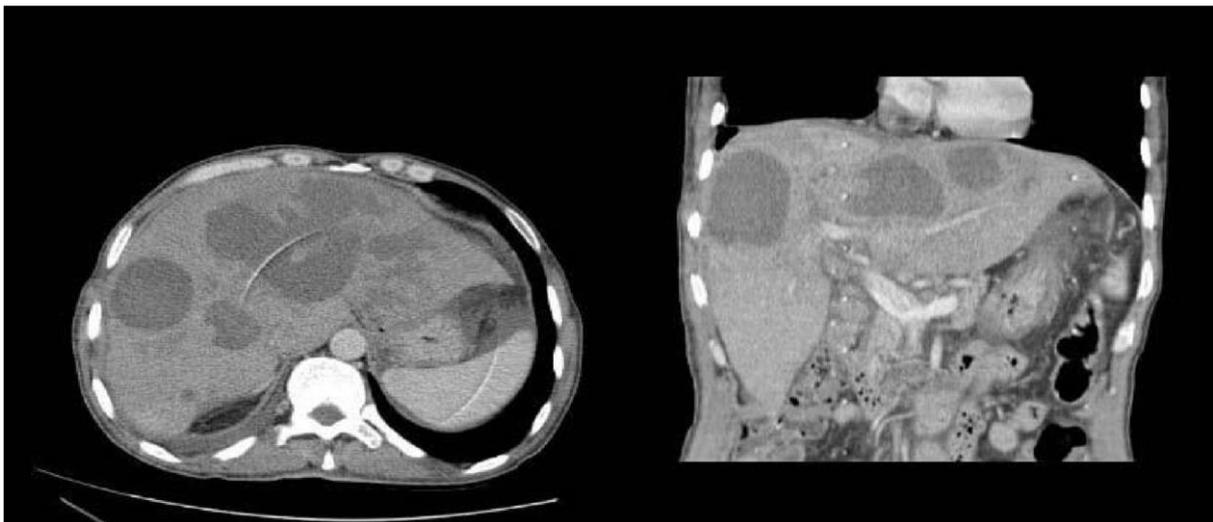


Figure 14 : Image scannographique montrant multiple abcès du foie.

4.3.4. Imagerie par résonance magnétique nucléaire :

L'IRM a été employée pour le diagnostic des abcès hépatiques.

Cependant, le coût élevé, la longueur de la procédure, la difficulté d'accès pour une ponction drainage et surtout la bonne performance de l'échographie et de la TDM limitent l'utilité pratique de cet examen dans notre contexte.

4.3.5. Autres examens :

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

La cholangiographie réalisée par voie endoscopique rétrograde ou percutanée trans-hépatique a été proposée dans le diagnostic positif des abcès bactériens. Actuellement, ses indications sont limitées à la recherche d'étiologie biliaire. Il faut souligner que ces opacifications biliaires ont leur propre risque infectieux.

5. 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 (dermoépidermite, furonculose) ainsi que l'examen ORL et stomatologique sont également systématiques, surtout si l'abcès hépatique est dû à des Cocci à Gram

positif. Cependant, dans 10 à 40% des cas aucune étiologie n'est retrouvée, mais ces abcès cryptogénétiques ne doivent être qu'un diagnostic d'élimination.

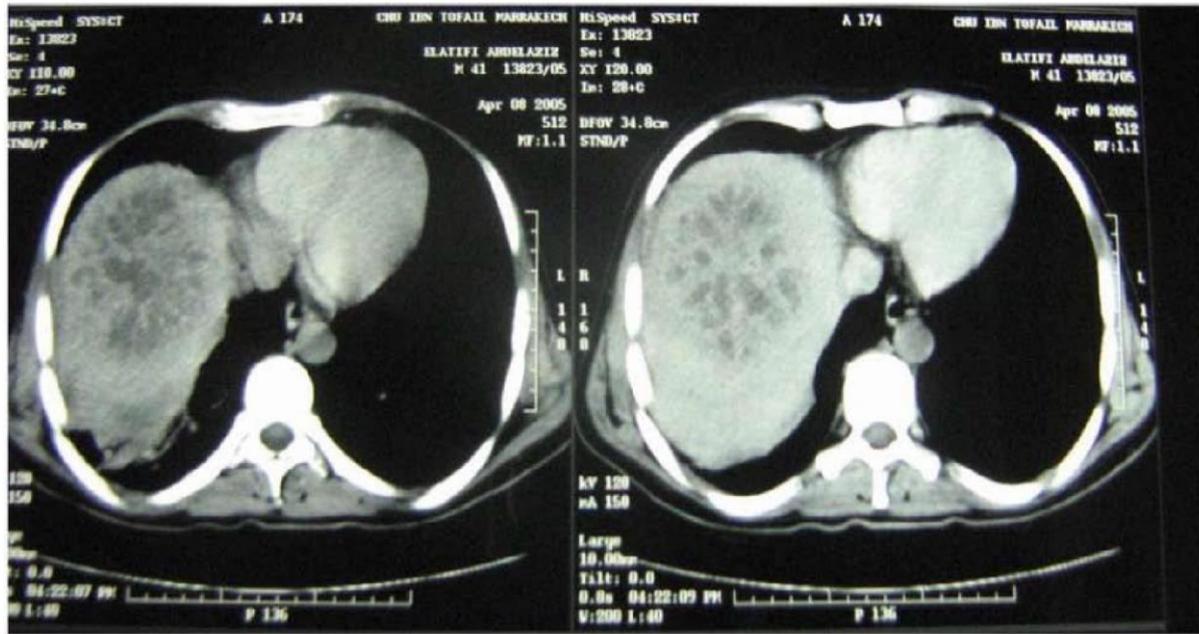


Figure 15: Image scannographique montrant un abcès du foie droit.

6. Diagnostic différentiel : [37 ; 38]

6.1. Abscès 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.

6.2. Autres abcès parasitaires du foie :

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

6.3. 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 biliokystique. En cas de doute, la chirurgie est indiquée.

6.4. 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.

6.5. Maladie de Caroli : Est une affection congénitale caractérisée par la dilatation segmentaire des canaux biliaires intrahépatiques.

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.

6.6. Tumeurs du foie :

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

6.7. 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.

7. Traitement : [6]

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.

7.1. Méthodes :

7.1.1. 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.

7.1.2. 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.

7.1.3. 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 transpéritonéale sous-costale droite. Les abcès hépatiques sont facilement repérés lorsqu'ils sont souscapsulaires. 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.

8. 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'abcès du foie 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.

9. Traitement étiologique :

9.1. Causes biliaires :

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

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

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

9.2. 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.

9.3. Autres causes : ce sont :

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

10. Indication :

- **Médical** : petit abcès < 4 cm ; abcès multiples ; cause évidente ou germe disponible
- **Ponction évacuatrice** : abcès cloisonnés ; abcès multiples drainage « techniquement difficile » hémoculture négative, Cause non évidente
- **Drainage** : gros abcès > 5 cm ; abcès aérique ; sepsis grave
- **Chirurgie** : échec du drainage ; abcès très cloisonné ; cause à traiter chirurgicalement (urgent).

METHODOLOGIE

IV.METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude.

Il s'agissait d'une étude à collecte rétrospective et prospective allant du 1^{er} Juillet 2020 au 31 octobre 2023, soit une durée totale de 03 ans et 03 mois.

2. Cadre d'étude :

Le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso a servi de cadre à notre étude ;

3. Présentation géographique de la région de Sikasso :



Carte de la région de Sikasso :

La région de Sikasso ou 3^e région administrative du Mali, occupe le sud du territoire national entre 12°30' latitudes nord et la frontière ivoirienne d'une part et 8°45' longitudes ouest et la frontière burkinabé d'autre part. Elle est limitée au nord par la région de Ségou, au sud par la République de Côte d'Ivoire, à l'ouest par la république de Guinée, à l'est par le Burkina Faso et au nord-ouest par la région de Koulikoro. D'une superficie de 71790 Km² soit 5,8% du territoire national, la région de Sikasso compte 5 cercles (Sikasso, Kadiolo, Kolondieba, Yanfolila, et Yorosso), 1 commune urbaine (Sikasso), 144 communes rurales et 1831 villages avec une population de 3.242.000 habitants en 2015. La région de Sikasso, la seule région du Mali qui s'étend en exclusivité dans la zone humide et

subhumide, occupe une zone comprise entre les isohyètes 750 mm au nord et 1400 mm au sud.

4. Présentation de l'hôpital de Sikasso :

4.1. Situation géographique et l'implantation :

L'hôpital de Sikasso est situé au quartier Lafiabougou non loin du commissariat de police du 2^e arrondissement sur la route de Missirikoro en face du village CAN annexe. Il a 5 portes d'accès :

- Une porte principale destinée aux patients et usagers,
- Une porte destinée aux véhicules d'urgences,
- Une porte destinée à l'entrée du personnel,

L'ensemble de ces portes fait face à la route de Missirikoro :

- Une porte d'accès de la morgue qui est située sur la façade Nord,
- Une porte d'accès des sapeurs-pompiers située sur la façade Est.

L'hôpital de Sikasso couvre une superficie d'environ huit (8) hectares (ha). Ce complexe hospitalier est pavillonnaire et comprend 21 bâtiments avec un mur de clôture de 1,7km linéaire. La pose de la première pierre a été faite en Novembre 2007 et l'inauguration a eu lieu le 18 Octobre 2010 sous la présidence de son Excellence Feu M. Amadou Toumani TOURE.

Le déménagement s'est déroulé le 29 Novembre 2010.

LES LOCAUX :

a- Bloc hospitalisation chirurgie :

- 1 salle d'accueil
- orientation ;
- 1 salle VIP à 1 lit ;
- 6 bureaux ;
- 2 grandes salles à 8 lits ;
- 2 grandes salles 6 lits
- 2 salles isolées de 1 lit
- 1 salle de garde des infirmiers

- 1 salle de soins ;
- 1 salle de garde des internes ;
- 4 toilettes
- Un ascenseur

b- Bloc opératoire et stérilisation centrale :

- Bloc opératoire
- 3 salles d'opération ;
- 1 salle de réveil avec 2 lits
- 1 salle de préparation des patients ;
- 2 bureaux ;
- 1 salle de garde des aides ;
- 2 salles de garde des anesthésistes ;
- 2 toilettes ;
- 2 vestiaires ;
- 1 salle d'entrée des produits ;
- 1 salle de sortie des linges salles

c- Stérilisation générale :

- 1 aire de lavage ;
- 1 aire d'emballage ;
- 1 salle d'autoclave ;
- 2 salles de stockage du matériel stérilisé ;
- 1 salle de livraison du matériel stérilisé ;
- 2 toilettes ;
- 1 bureau ;
- 2 vestiaires ;
- 1 salle de garde.

d- Bloc du service d'accueil des urgences :

- 2 salles d'accueil - orientation ;
- 3 box de tri ;

- 1 salle de soins ;
- 1 salle de plâtre ;
- 1 salle de petite chirurgie ;
- 1 salle de bain malade ;
- 2 salles d'observation à 3 lits ;
- 4 bureaux ;
- 1 salle de garde des internes ;
- 1 salle de garde des chirurgiens ;
- 1 salle de garde des médecins ;
- 2 salles de garde des infirmiers ;
- 2 toilettes.

e- Service de réanimation :

- 1 salle d'accueil – orientation
- Une grande salle d'hospitalisation à quatre (4) lits
- Deux (2) salles VIP
- Une salle de garde des infirmiers
- Trois (3) bureaux

LE PERSONNEL :

f- Chirurgie :

Il se compose de :

- Trois chirurgiens généralistes.
- Un chirurgien pédiatre
- 6 étudiants hospitaliers (faisant fonction d'interne)

Quatre infirmiers :

- 2 techniciens supérieurs de santé ;
- 2 Techniciens de Santé

g- Réanimation :

Il se compose de :

- Deux (2) médecins anesthésistes et réanimateurs

-Sept (7) assistants médicaux anesthésistes réanimateurs

-Six (6) infirmiers

h- Activités du service de chirurgie :

- Les consultations externes du lundi au vendredi.
- Les hospitalisations se font tous les jours.
- Les jeudis sont les jours de bloc pour la chirurgie viscérale.
- Chaque matin, il est organisé un staff de 45minutes.
- La visite des patients hospitalisés à partir de 08H 45mn.
- Les vendredis le staff général d'une heure.
- Le programme opératoire est établi chaque Vendredi.
- La sensibilisation des accompagnateurs se font tous les lundis.
- Une équipe de garde comprenant un chirurgien et un étudiant hospitalier est toujours détaché pour recevoir les urgences.

5. Echantillonnage :

Nous avons recensé 44 patients pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

➤ Critères d'inclusion :

- Tous les patients admis en chirurgie générale pour abcès du foie dont le diagnostic a été posé par les examens cliniques et para Cliniques ;
- Tous les patients admis et traités dans le service pour abcès du foie.

➤ Critères de non inclusion :

- Abcès du foie admis et traités d'autres services ;
- Les patients dont les dossiers n'étaient pas exploitables.

6. La collecte des données : la compilation des données été faite à l'aide, d'une fiche d'enquête individuelle, des dossiers des malades, des registres de consultation, de compte rendu opératoire(CRO) du bloc du service.

7. Paramètres étudiés :

- Les données administratives : âge, sexe, ethnie, provenance, profession, année de recrutement et mois ;

- Les renseignements cliniques : signes fonctionnels, signes généraux et signes physiques ;
- Les examens complémentaires et leurs résultats ;
- Les données thérapeutiques ;
- Les paramètres de suivi.

8. L'enquête s'est déroulée en deux temps :

- La phase de compilation des dossiers, des registres de consultation, du cahier de compte rendu opératoire du service ;
 - La phase de suivi des malades à l'hôpital et en ambulatoire ;
 - La ponction exploratrice a été effectuée chez tous les patients et a permis de déterminer l'aspect du pus ;
 - La douleur a été évaluée selon l'EVA : l'E.V. A (échelle analogie visuelle) est cote de 1 à 9. Intensité faible 1 à 3, intensité modérée 4 à 6, intensité forte 7 à 9 ;
 - Le diagnostic de l'abcès d'origine amibienne a été retenu sur les critères cliniques et para cliniques suivants : la triade de FONTAN, aspect chocolaté et sans odeur du pus et la sérologie amibienne positive ;
 - Le diagnostic de l'abcès d'origine bactérienne a été retenu sur les critères suivants : la triade de FONTAN, aspect du pus franc et l'identification du germe à l'ECB du pus ;
 - Le diagnostic de l'abcès d'origine amibienne a été retenu sur les critères cliniques et para cliniques suivants : la triade de FONTAN, aspect chocolaté et sans odeur du pus et la sérologie amibienne positive ;
 - Le traitement médical : le traité médical a été adopté chez les patients dont le volume de l'abcès était inférieur à 300ml (03cm) à l'échographie ;
 - La ponction écho-guidée : l'indication a été retenue pour les patients dont: le volume de l'abcès supérieur ou égal à 03 cm.
-
- Traitement chirurgical : a été réservé en de complications à savoir : la rupture péritonéale, pleurale, péricardique de l'abcès ou la fistulisation de celui-ci dans un viscère creux ou à la peau.

10.Traitement et analyse des données : Les données ont été saisies sur le Word et Excel 2013, l'analyse a été faite par Epi info 7.0 et le test de CHI2 a été utilisé avec un seuil de signification $p < 0.05$.

11.Considérations éthiques :

Tous nos patients ont bénéficié d'un counseling associé au consentement éclairé verbal avant la ponction écho guidée. Tous ceux qui ont effectué la consultation ont tous accepté de participer à notre étude.

RESULTATS

III.RESULTATS :

Fréquence :

Du 1er juillet 2020 au 31 octobre 2023, 12862 patients ont été pris en charge en chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso. Nous avons colligé 44 cas abcès du foie; ce qui a représenté 1,02%, soit :

0,34% (44/12862) des consultations ;

0,68% (44/6431) des hospitalisations.

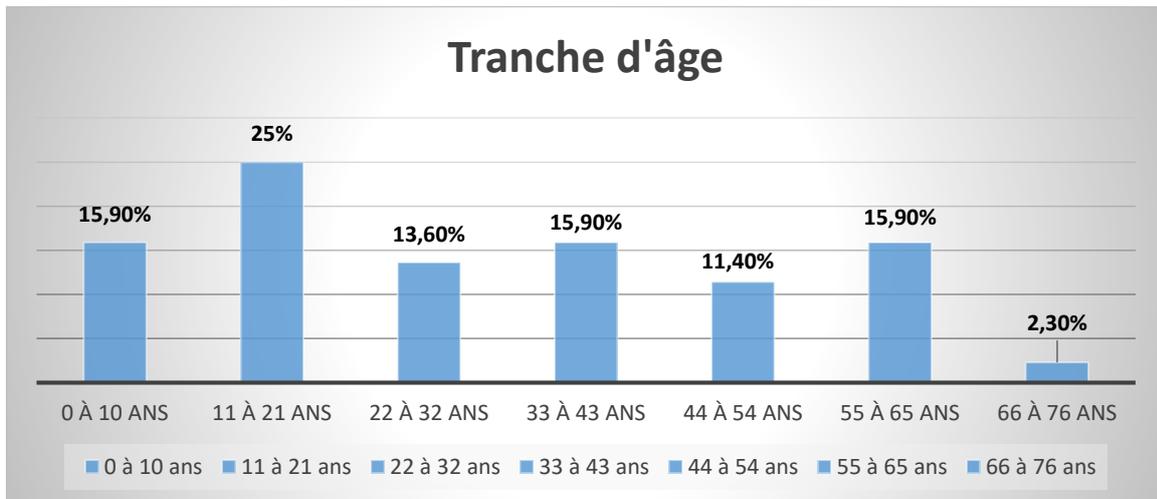


Figure 16:patients selon la tranche d'âge.

La moyenne $31,48 \pm 19,232$.

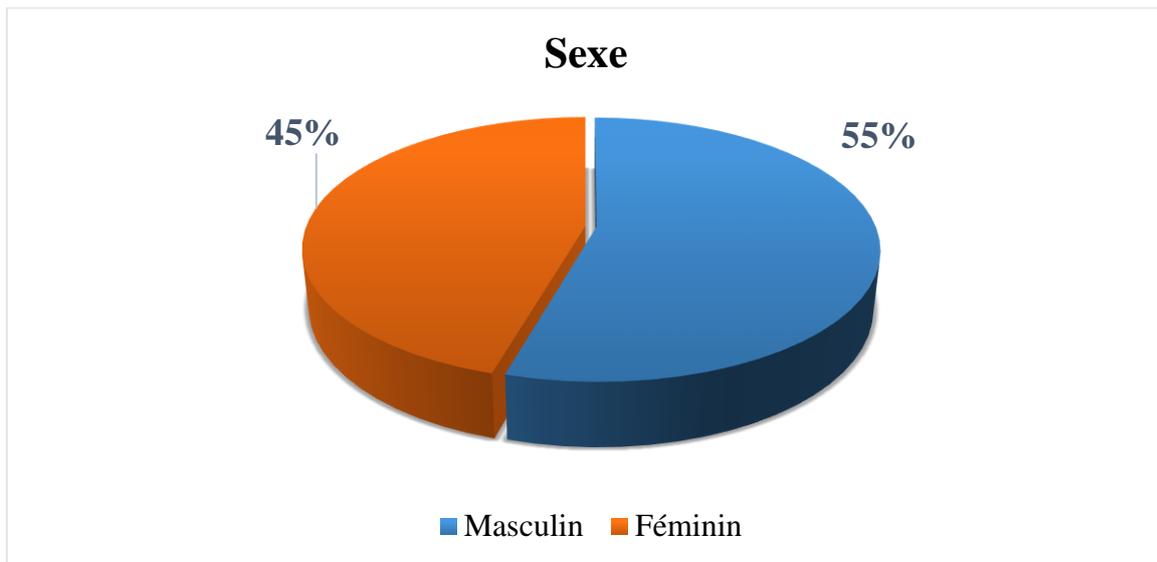


Figure 17:patients selon le sexe.

Le sexe ratio était 1,5 en faveur du sexe masculin.

Tableau I: patients selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Mancœuvre	13	29,5
Elève/Etudiant	5	11,36
Cultivateur	6	13,63
Commerçant	3	6,81
Mécanicien	3	6,81
Enseignants	1	2,28
Chauffeur	1	2,28
Eleveur	5	11,36
Maçon	5	11,36
Ménagère	2	4,61
Total	44	100

Tableau II : patients selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bougouni	1	2,3
Fourou	4	9
Kadiolo	5	11,4
Kolondièba	1	2,3
Koutiala	2	4,5
Lofégué	1	2,3
Nièna	2	4,6
Sikasso	22	50
Tiènie	1	2,3
Woroni	1	2,3
Yorosso	2	4,4
Zégoua	1	2,3
Zangasso	1	2,3
Total	44	100

Tableau III : patients selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Urgence	36	81,8
Consultation Ordinaire	8	18,2
Total	44	100

Tableau IV : patients selon la durée d'hospitalisation en jour.

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage (%)
1-7	17	38,7
8-14	21	47,6
15-21	6	13,7
Total	44	100

La durée moyenne d'hospitalisation était 8,9 jours avec des extrêmes allant de 3 et 23 jours et un écart type de 3,33 jours.

Tableau V : patients selon le motif de consultation.

Motif	Effectif	Pourcentage
Masse épigastrique	23	52,3
Douleur abdominale diffuse	10	22,7
Douleur hypochondre droit	10	22,7
Abcès hépatique	1	2,3
Total	44	100

La masse épigastrique était le motif de consultation le plus fréquent avec 52,3%.

Tableau VI : patients selon l'Antécédent.

ATCD	Effectif	Pourcentage
Syndrome dysentérique amibien	21	47,7
HTA	6	13,6
HTA+DIABETE	2	4,5
Diabète	2	4,5
Sans Antécédent	13	29,5
Total	44	100

Le syndrome dysentérique amibien était le plus retrouvé soit 47,7% de nos malades.

Tableau VII : patients selon les facteurs de risques.

Facteurs de risques	Effectif	Pourcentage
Alcool	1	2,3
Alcool + tabac	3	6,8
Alcool +Tabac +amibiase	2	4,5
Amibiase intestinale	17	38,6
Tabac	4	9,1
Mauvaise hygiène	17	38,7
Total	44	100

La mauvaise hygiène et amibiase intestinale ont été les facteurs de risque les plus représentés avec 38,6% chacun.

Tableau VIII : patients selon les signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	44	100
Diarrhée	8	18,2
Nausées	2	4,5
Vomissements	15	34,1
Toux	3	6,8
Ténesme	5	11,4
Perte de poids récente	4	9,1

Tableau IX : patients selon le type de la douleur.

Type de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Coup de poignard	5	11,4
Pesanteur	3	6,8
Piqûre	23	52,3
Tiraillement	2	4,5
Crampe	5	11,4
Brûlure	6	13,6
Total	44	100

La douleur à type de piqûre était majoritaire avec 52,3% soit 23 cas.

Tableau X : patients selon le siège de la douleur.

Siege de la douleur	Effectif	Pourcentage
Hypochondre droit	39	88,6
Flanc droit	3	6,8
Epigastre	2	4,6
Total	44	100

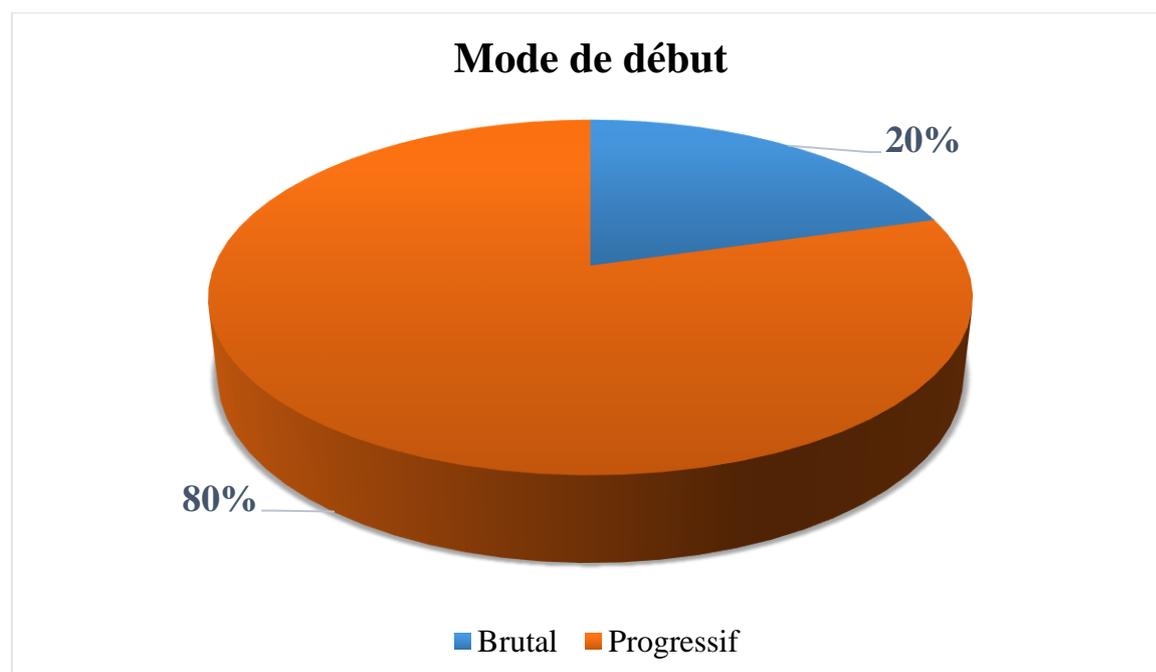


Figure 18 : patients selon le mode de début.

Tableau XI : patients selon l'irradiation.

Irradiation	Effectif	Pourcentage
Bretelle	25	56,8
Fixe	19	43,2
Total	44	100

Tableau XII : patients selon échelle visuelle analogie.

EVA	Effectifs	Pourcentage
Faible	5	11,4
Modérée	38	86,3
Forte	1	2,3
Total	44	100

Tableau XIII : patients selon les signes généraux.

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Anorexie	19/44	43,18
Amaigrissement	9/44	20,5
Pâleur	7/44	15,9
Ictère	9/44	20,5
Hypotension	4/44	9,1
Déshydratation	4/44	9,1
Fièvre	11/44	25

Tableau XIV : patients selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Hépatomégalie	16/44	36,4
Hépatalgie	8/44	18,2
Voussure abdominale	7/44	15,9
Matite hépatique	5/44	11,4
Râle pulmonaire	5/44	11,4
Tympanisme	2/44	4,5
Distension abdominale	1/44	2,3

Tableau XV : patients selon la triade Fontan.

Triade de Fontan	Effectif	Pourcentage
Fièvre	24/44	54,5
Hépatomégalie	13/44	29,5
Hépatalgie	7/44	15,9

La fièvre a été présente dans 54,5% des cas.

Tableau XVI : patients selon les caractéristiques de l'hépatomégalie.

Caractéristique de l'hépatomégalie	Effectif	Pourcentage
Douloureuse	25	56,8
Surface irrégulière	11	25
Bord inférieur mousse	4	9,1
Consistance ferme	4	9,1

Tableau XVII : patients selon résultat de la NFS.

NFS	Effectif	Pourcentage
Hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile	21	47,73
Hyper éosinophilie	14	31,82
Lymphocytose	09	20,45
Total	44	100

La plupart des patients avait une hyperleucocytose soit 34,1%.

Tableau XVIII : patients en fonction de l'anémie et ses degrés.

NFS	Effectif	Pourcentage
Anémie modérée (7-10g/dl)	08	18,18
Anémie sévère (inf à 7g/dl)	01	2,27
Taux d'hémoglobine (11-16g/dl)	35	79,55
Total	44	100

L'anémie a été trouvée chez 1 patient soit 2,27% et l'anémie modérée a été trouvée chez patients soit 18,18%.

Tableau XIX : patients selon résultat ECB du pus.

ECB du pus	Effectif	Pourcentage
Streptococcique	10	22,7
E. Coli	04	68,7
Stérile	30	9,1
Total	44	100

Tableau XX : patients selon le résultat l'échographie abdominale.

Echographie abdominale	Effectif	Pourcentage
Abcès collecte	29	65,9
Abcès en voie de collection	15	34,1
Total	44	100

L'abcès était collecté dans 57,5%.

Tableau XXI : patients selon le nombre d'abcès hépatique.

Nombre d'abcès hépatique	Effectif	Pourcentage
Unique	15	34,1
Multiples	29	65,9
Total	44	100

L'abcès multiples étaient plus fréquent soit 63,6% des cas.

Tableau XXII : patients selon le siège de l'abcès dans le foie.

Siège de l'abcès dans le foie	Effectif	Pourcentage
II	2	4,5
III	3	6,8
V	1	2,3
VI	1	2,3
VII	4	9,1
VIII	4	9,1
II, III	4	9,1
II, III, V	5	11,4
V, VI, VII, VIII	1	2,3
VI, VII	8	18,2
VI, VII, VIII	5	11,4
VI, VIII	3	6,8
VII, VIII	3	6,8
Total	44	100

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

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

Tableau XXIII : patients selon le lobe du foie atteint

Le lobe du foie atteint	Effectifs	Pourcentage
Lobe droit	30	68,2
Lobe gauche	9	20,5
Lobes droit et gauche	5	11,4
Total	44	100

Tableau XXIV : patients selon la taille de l'abcès en échographie

Taille de l'abcès en cm	Effectifs	Pourcentage
1 à 5	15	34,1
6 et plus	29	65,9
Total	44	100

Tableau XXV : patients selon le volume de l'abcès en échographie

Volume de l'abcès en ml	Effectif	Pourcentage
20 à 500	39	88,6
501 à 1000	5	11,4
Total	44	100

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

Tableau XXVI: patients selon le résultat de la radiographie thoracique.

Radiographie du thorax	Effectifs	Pourcentage
Surélévation de la coupole diaphragmatique droite	8	18,18
Comblement du cul de sac costo-diaphragmatique droit	4	9,1
Normal	32	72,72
Total	44	100

Tableau XXXVI : patients selon la sérologie amibiennne

Sérologie amibiennne	Effectif	Pourcentage
Positive	38	86,37
Négative	6	13,63
Total	44	100

Nous avons réalisé la sérologie amibiennne chez tous nos malades et le résultat était positif chez 38 patients soit 86,37%.

Tableau XXVII : patients selon le traitement.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Médical + vessie de glace	6	13,6
Médical + ponction écho guidée +vessie de glace	38	86,4
Total	44	100

Tableau XXVIII : Traitement reçu par les patients.

Moyens médicaux	Molécule	Posologie et durée
Antibiotiques et antiparasitaires	Métronidazole perfusion 500mg	1 à 1,5g /24h
	Ceftriaxone 1g	1g en IVD/12h
	Gentamicine	160mg en IM/24h
	Paracétamol en perfusion 1g	1g en iv/6h
Antalgiques	Tramadol inj	1 amp en iv/6h

Tableau XXIX : patients selon les nombres de ponctions.

Nombres de ponctions	Effectifs	Pourcentage
1 fois	9	20,45
2 fois	14	31,82
3 fois	21	47,73
Total	44	100

La majorité de nos patients a réalisé trois (03) fois la ponction écho-guidée soit 47,73% des cas.

✓ **Aspect du pus** : le pus était d'aspect chocolat chez la majorité de nos patients.

Tableau XXX : patients selon la quantité de pus recueil après la ponction (ml)

Quantité de pus en ml	Effectifs	Pourcentage
0-300	20	45,45
300-700	10	22,73
Sup à 700	14	31,82
Total	44	100

La quantité moyenne est 300 et 700 millilitres soit 22,73%.

✓ **Chirurgie** : aucun de nos patients n'avait subi une intervention chirurgicale.

Tableau XXXI : patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
2 – 4	5	11,4
5 – 7	18	40,9
8 – 10	15	34,1
11 – 13	6	13,6
Total	44	100

Tableau XXXII : patients selon les suites immédiates.

Suites immédiates	Effectifs	Pourcentage
Simple	38	86,4
Résistance aux antibiotiques	6	13,6
Total	44	100

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

✓Traitement de la résistance aux antibiothérapies :

La persistance de l'abcès hépatique a été traitée par des séances de ponctions échoguidées.

Tableau XXXIII : patients selon les contrôles échographiques

Contrôles échographiques		Effectifs	Pourcentage
Contrôle échographique J7	Abcès hépatique	6	13,6
	Normale	38	86,4
Contrôle échographique J45	Normale	44	100
Contrôle échographique J60	Normale	44	100
Total		44	100

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

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES DES DICUSSION

➤ **Fréquence :**

Les abcès du foie sont une pathologie fréquente en milieu tropical.

La fréquence varie d'un pays à un autre. Dans notre étude nous avons enregistré 11 cas par an. Les abcès du foie ont représenté 44/6431 soit 0,68%.

Ce résultat est comparable à celui de SAMAKE. I [43] qui a obtenu une fréquence de 0,49% en 2018 au Mali mais inférieur de celui de Lafont [42] qui a trouvé une fréquence de 41,8% en France en 2017. Ceci pourrait être expliqué par le fait que leur étude portait uniquement sur l'abcès d'origine bactérienne et dans les pays européens l'infection bactérienne prédomine sur l'infection parasitaire.

➤ **Age :**

Tableau XXXIV : Age et auteurs.

Auteurs	Age moyen	Test statistique
Samaké I [43] Mali 2019	6,7	P= 0,001
Dembélé K D [41] Mali 2020	6	P=0,001
Diallo D [40] au MALI 2022	39,5	P=0,40
Lafont [42] en France 2017	60,3	P=0,001
Alaoui [6] Maroc 2015	41,1	P=0,2223
Notre étude	31,48	

L'abcès du foie peut survenir à tout âge [4,5, 6]. Dans notre étude l'âge moyen des patients était de 31,48±19,232 ans, ce qui est inférieur à celui d'Alaoui [6], Diallo D [39] et de Lafont [42]. La tranche d'âge de 11 à 21 ans a été la plus touchée soit 25%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la population malienne est majoritairement jeune.

➤ **Sexe :**

Tableau XXXV : sexe et auteurs.

Auteurs	Sex-Ratio	Test statistique
Samaké [43] Mali 2019	1,4	P= 0,1843
Alaoui Maroc 2015 [6]	2,3	P= 0,2223
Diallo D. au MALI 2022 [39]	3 ,1	P= 0,25
Diarra G B. Maroc 2016 [45]	1,9	P= 0,62
Notre étude	1,5	

La prédominance masculine dans notre série vient confirmer les constatations rapportées par plusieurs études [6,39]. Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre étude avec un sexe ratio à 1,5 qui est statistiquement comparable à celui retrouvés par SAMAKE [43] Mali 2019, Diarra G B. Maroc 2016 [45]

Les femmes sont plus sensibles au problème de propreté. D'autres auteurs considèrent aussi que les hormones sexuelles féminines et la réponse immunitaire comme facteurs protecteur [12 ; 15].

➤ **ATCD :**

La survenue d'un abcès du foie correspond à un déséquilibre entre la contamination microbienne 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.

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 [48]. 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. 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[9].

Dans notre série 29,5% des patients présentaient des amibiases intestinales suivi de l'HTA soit 13,6% des cas. Par contre dans l'étude Diarra G B. au Maroc en 2016 [47] avait rapporté 33,7% des cas de diabétiques.

➤ **Délai moyen de consultation :**

Le délai moyen de consultation varie d'une étude à l'autre. Dans notre étude le délai moyen de consultation était de 8,9 jours ce qui est statistiquement comparable à celui de Khan [50] à Qatar en 2014. Par contre inférieur à celui de Diallo D. et de Dembélé D K. [39, 44] soit respectivement 18jours et 25jours.

En effet, en Afrique de façon générale et dans notre pays en particulier le recours constant presque toujours en première intention à la tradi-thérapie 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.

Tableau XXXVI : Signes clinique et auteurs.

Signes physiques	Bastié Gabon[46]	Dembélé D K Mali [40]	Alaoui Maroc [6]	Notre Etude
Hépatomégalie	95,9% P=0,0001	81% P=0,001	20% P= 0,321	36,4%
Hépatalgie	0% P=0,002	100% P=0,007	80% P=0,001	18,2
Fièvre	6,4% P=0,404	18,8% P= 0,366	-	11,4
Effectif	47	32	10	44

La mise en évidence d'une hépatomégalie est typique mais inconstante [8], ce qui a été retrouvé chez 36,4% des patients dans notre étude. Avec une différence statistiquement significative à celui rapportés par Bastié 2014 [46], Dembélé D K. [40] qui avaient trouvé une hépatomégalie respectivement 95,9%, 81% ($p < 0,005$) et il existe un lien statistiquement significatif avec celui de Alaoui Maroc [6] et 20% des cas ($p > 0,005$).

Son caractère essentiel est la douleur provoquée à la palpation observée dans 18,2% dans notre étude et 80%, 100% des cas dans d'autres séries [6,40].

Les autres signes physiques notamment un syndrome d'épanchement pleural, ont un aspect péjoratif et demeurent cependant inconstants moins de 35% dans les différentes études sus citées. Cette différence pourrait expliquée par le délai de consultation et expérience de l'examineur

➤ **Examen para clinique :**

- **Echographie :**

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 [12 ;15]. 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.

Tableau XXXVII : côté atteint et auteurs

Auteurs	Effectif	Gauche	Droit	Mixte
Dieng Dakar 2016 [44]	40	32,5% P=0,209	55% P=0,214	12,5% P=0,872
Diallo D. MALI 2022 [39]	50	16% P=0,08	82% P=0,119	2% P=0,06
Yalcouyé H. 2021 [41]	40	12,5% P=0,321	85% P=0,07	2,5% P=0,115
Diarra G B. Maroc 2016 [45]	80	22,5% P=0,791	61,25% P=0,442	16,25% P=0,459
Notre Etude	44	20,4%	68,1%	11,5%

L'abcès du foie est plus souvent localisé sur le lobe droit [39, 41, 44, 45]. Dans notre étude, le lobe droit était concerné dans 68,1% des cas. Ce résultat ne diffère pas de celui de Dieng Dakar 2016 [44], Diallo D Mali 2022 [39], Yalcouyé H. 2021 [41], Diarra G B. Maroc 2016 [45]. Le volume plus important du lobe droit et l'importance relative de sa vascularisation seraient les raisons qui expliqueraient cette localisation préférentielle [43].

➤ **Nombre d'abcès hépatique :**

Tableau XXXVIII : Nombre d'abcès hépatique et auteurs.

Auteurs	Effectif	Unique	Multiples
Diarra G B. Maroc 2016 [45]	80	65(81,5%) P=0,001	15(18,5%) P=0,001
Samaké I Mali 2019 [43]	50	47(94%) P=0,001	3(6%) P=0,001
Diallo D. MALI 2022 [39],	50	41(82%) P=0,001	9(18%) P=0,001
Alaoui Maroc [6]	10	9(90%) P=0,002	1(10%) P=0,002
Notre Etude	44	16(36,3%)	28(63,7%)

Le nombre des abcès peut être variable dans le foie [2 ;13].

L'abcès multiple a été le plus fréquent dans notre étude soit 63,7% des cas. Ce résultat est différent à ceux Diarra G B. Maroc 2016 [45], Samaké I Mali 2019 [43] Diallo D. Mali 2022 [39], Alaoui Maroc [6] qui ont rapporté une

prédominance d'abcès unique du foie soit respectivement 81%, 94%, 82%, 90% des cas avec une différence significative $p < 0,05$. Ceci pourrait expliquer par une erreur diagnostique, car la sérologie peut être positive pendant que la cause n'est pas amibienne dans les cas où il existerait une coïnfection entre amibiase colique et abcès à pyogène

➤ **La sérologie amibienne :**

La détection d'anticorps sériques confirme l'origine amibienne de l'abcès du foie [13 ;15].

Dans la littérature notons que la détection d'anticorps sériques peut être négative avant la 1^{ère} semaine d'évolution de la maladie et devenir positive dans une amibiase [15].

Malgré l'élévation du coût de cet examen, il a pu être réalisé chez tous nos patients. Cette sérologie a été positive chez 30 patients soit 68,2%. Elle a été négative chez 14 patients soit 31,8%. Nous pensons qu'il s'agit de faux négatifs puisque les patients ont évolué favorablement sous traitement antiamibien.

➤ **L'examen bactériologique du pus :**

Il permet de rechercher une surinfection ou de distinguer un abcès amibien d'un abcès bactérien [12 ; 13]. La culture du pus a été réalisée à chaque fois qu'une ponction à visée diagnostique ou une ponction évacuatrice écho-guidée, 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.

➤ **La sérologie rétrovirale :**

Elle a été systématique pour tous les patients admis dans le service pour abcès hépatique. Effectuée chez les 44 patients (100%), elle a été négative dans tous les 44 cas. Des études ont montré une émergence de l'abcès du foie avec la pandémie du sida.

➤ **Aspects Thérapeutiques :**

Les techniques d'imagerie moderne actuelles ont significativement modifié les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès du foie [13 ; 15]. Les modalités thérapeutiques sont nombreuses : traitements médicaux, ponction évacuatrice écho-guidée, drainage percutané et la chirurgie conventionnelle [12, 35]. Actuellement le traitement par les 5-nitro-imidazolés associés à une ponction

évacuatrice écho guidée compte beaucoup de partisans. Les approches thérapeutiques semblent varier.

➤ **Traitement :**

- **Traitement médical :**

Tableau XXXIX : Traitement médical et auteurs.

Auteurs	Effectif	Pourcentage	P
Diallo D. MALI 2022 [39]	50	32%	0,035
Dembélé K D [40] Mali 2020	32	9,4%	0,570
Yalcouyé H. 2021 [41]	40	77,5%	0,001
Donikian (Nouvelle Calédonie) [47]	22	82%	0,001
Notre étude	44	13,6%	

La littérature rapporte que le traitement médical a été réalisé en 1^e intention dans plusieurs études dont certains auteurs suscités [39], [40], [41] ; c'est état de fait reconforte notre étude avec 13,6% des patients traités médicalement dont le volume de l'abcès était inférieur à 300ml (03cm).

Dans notre étude 6 patients soit 13,6% ont été traité médicalement. Ce résultat est inférieur avec celui de Diallo D. MALI 2022, Yalcouyé H. 2021, Donikian (Nouvelle Calédonie) [39, 41, 47] avec $p < 0,05$. Cette différence pourrait être expliquée par le volume, et la localisation de l'abcès Par contre Il n'existe pas de différence significative avec celui de Dembélé K D [40] Mali 2020 ($P > 0,05$).

➤ **Traitement instrumental :**

Tableau XL : Ponction par écho-guidée et auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	P
Diallo D. MALI 2022 [39]	50	14%	0,001
Alaoui Maroc 2015 [6]	10	70%	0,001
Yalcouyé H. 2021 [41]	40	22,5%	0,001
Koumaré S 2018 Mali [9]	52	65,4%	0,018
Notre étude	44	86,4%	

La ponction écho-guidée est un moyen thérapeutique répandu de nos jours [2]. 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 [39].

La fréquence de la ponction écho-guidée dans notre étude a été de 86,4%. Il existe une différence statiquement significative avec celui rapporté par Diallo D. [39],

Alaoui [6], Yalcouyé H [41] et Koumaré [9]. Cette différence pourrait être expliquée par le volume et la localisation de l'abcès.

➤ **Moyens chirurgicaux :**

Le domaine de la chirurgie dans le traitement des abcès du foie se trouve considérablement réduit de nos jours [12]. Les moyens chirurgicaux sont actuellement le dernier recours dans le traitement des abcès du foie et sont réservés aux seules complications à savoir : la rupture péritonéale, pleurale, péricardique de l'abcès ou la fistulisation de celui-ci dans un viscère creux ou à la peau et l'échec du traitement médical [8]. La chirurgie conventionnelle a été rarement réalisée (0 à 12 %) selon les différentes séries [47]. Elle n'a pas été pratiquée dans notre étude car il n'y a pas eu d'indication.

➤ **Evolution :**

Tableau XLI : Evolution et auteurs.

Auteurs	Effectif	Evolution favorable	P
Diallo D. MALI 2022 [39]	50	100%	0,005
Yalcouyé H. 2021 [41]	40	100%	0,015
Czerwonko Argentine 2016 [49]	142	86,3%	0,001
Shi Chine 2016 [48]	569	85%	0,001
Notre étude	44	100%	

Diagnostiqué et traité précocement, l'abcès du foie évolue toujours favorablement [12]. L'évolution a été favorable dans tous les cas (86,4%), dans notre étude comme dans différentes études Shi [48], Czerwonko [49], Yalcouyé H. [41], Diallo D. [39]. La guérison clinique précède la disparition des lésions anatomiques qui peuvent persister quelques mois, ceci ne doit pas être inquiétant

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V.CONCLUSION

- ✓ L'abcès du foie est une pathologie fréquente en pratique hospitalière ;
- ✓ Le diagnostic est évoqué devant la triade de FONTAN ;
- ✓ L'imagerie (échographie ou scanner) permet de confirmer le diagnostic ;
- ✓ Le traitement est médico-chirurgical ;
- ✓ La coelio-chirurgie permet de réduire la morbide-mortalité ;
- ✓ Le pronostic est favorable à la prise en charge précoce et adéquate.

VI.RECOMMANDATIONS

Aux autorités :

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

Aux populations :

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

Aux agents de santé :

- ✓ L'échographie abdominale devant toute douleur de l'hypochondre droit inexplicquée ;
- ✓ La référence de tout cas d'abcès du foie compliqué dans une structure spécialisée en vue d'une prise en charge efficiente ;
- ✓ Campagne de dépistage précoce et traitement de tous ces infections.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Chiche L, Dargère S, Pennec V, Dufay C. Abscès à pyogènes du foie, Diagnostic et prise en charge. *Gastro enterol Clin Biol* 2009;32:1077-91.
2. Silvain C, Chagneau C, Derrode C, Crugeon J, Tasu P. Abscès non parasitaire du foie : Diagnostic et conduite à tenir. *Encycl Méd Chir* 2016;715:236-9.
3. Perez J. Amoebic liver abscess: *Phil J Gastro enterol* 2006;21:1-3.
4. Khan Y, Mushtak S, Fahmi Y A M, Baidaa A D, Mohamed A, Elzouki A N. Epidemiology, Clinical features and outcome of liver abscess: A single Reference Center Experience in Qatar. *Oman Medical Journal* 2014; 29(4): 260-3.
5. Önder A, Kapan M, Büyük 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.
6. Alaoui S E O. abscesses hépatiques 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) : 91.
7. Kodjoh N, Hountoundji A. Les abscesses amibiennes du foie à propos de 42 observations colligées dans les services médicaux du CNHU de Cotonou. *Méd Afr noire* 1991 38 :185-9.
8. Dembélé B. Abscès du foie en chirurgie générale au centre de santé de référence de la commune I. Thèse méd USTTB, 17M105, 124.
9. Koumaré S, Koné T, Keita S, Soumaré L, Sissoko MS, Camara M et al. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des abscesses amibiennes du foie dans le service de chirurgie "A" du CHU du point G. *Mali Méd* 2018 ; 30(3) : 1.
10. Malonga E, Essomba R, Essomba A, Sosso M, Gonsu F. Les péritonites par migration d'abscesses amibiennes du foie. *Med Chir Dig* 1991; 20:135-9.

11. Guerin B, L'Her P, Lenegre TI. Aspects cliniques et thérapeutiques de l'amibiase hépatique au Cambodge. *Med Trop* 1995;55: 37-40.
12. Molinier C, Menecier D. Amibiase hépatique. *Encycl Méd Chir* 1997; 7:10-6.
13. Nussaume O, Cherbonnel G. Amibiase hépatique. *Encycl Méd Chir* 1978.
14. Gentilini M, Caume E, Danis M. *Médecine tropicale*. Paris : Lavoisier, 2012 472.
15. Soubeyrand J, Léonetti P, Moncany G. Abscès amibien du foie. *Méd Inter* 1986;7:28.
16. Oshnishi K, Kimura K. Amoebic liver abscess in an elderly AIDS patient Southeast Asian. *J Trop Med* 1999; 30:594-5.
17. Yahchouchi E, Cherqui D. Abscès non parasitaires du foie : Diagnostic et conduite à tenir. *Ecycl Méd Chir* 1998 ; 7(15) : 8.
18. Kamina P. *Anatomie clinique*. Paris : Maloine, 2009 ; 312.
19. Chagneau C, Silvain C. Abscès bactériens du foie *Gastro enterol clin biol* 2004; 28 : 470-6.
20. Dhaval O, Mangukiya J R, Darshan VK, Kanani ST. Gupta A. Prospective Series Case Study of Pyogenic Liver Abscess: Recent Trends in Etiology and Management. *Indian J Surg* 2012; 74(5): 385–90
21. Heneghan H M, Healy N A, Martin S T, Ronan S, Nolan N, Traynor O et al. Modern management of pyogenic hepatic abscess: A case series and review of the literature. *Bio méd Central* 2011 ; 4(1) :80
22. Abusedera MA, Ashraf M E B. Percutaneous treatment of large pyogenic liver abscess: *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Med* 2014; 4:115-209

23. Castaing D, Borie D, Bismuth H. Anatomie du foie et des voies biliaires. *Encycl Méd chir* 1997 ; 40(7): 10-60
24. Grellet J, Miallou C D. Anatomie radiologie du foie. *Encycl Med Chir* 1994; 33 (503) :10-6.
25. Zerem E, Hadzic A. Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic liver abscess: *AJR* 2007; 189:138-42.
26. Pearce NW, Knight R. Non operative management of pyogenic liver abscess: *HPB* 2003; 5(2): 91-5
27. Farrell O, Collins C G. Pyogenic liver abscesses: Diminished role for operative treatment *N. Jof the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland* 2010; 8(4):192 – 6
28. Netter F H. *Atlas d'anatomie humaine*. New jersey: Maloine, 1998; 525 p.
Changxi Z, Tao L, Zhiqiang C, Qiangpu C, Xuting Z. Risk factors, management, and prognosis for liver abscess after radical resection of hilar cholangiocarcinoma. *Int J Clin Exp Med* 2015; 8(11): 79-86
29. Portier F, Isnard C, Helbert T, Bonnetti M, Nguyen R, Giuly J. Etiologie des abcès du foie : Etiologie mystérieuse. *J chir* 2006 ; 143(3): 197-9
30. Karkowski L, Dutasta F, Cabon M, Carassou P, Cinquetti G. Abcès hépatiques à pyogènes : Étude descriptive rétrospective *Rev de méd inter* 2015 ; 36(2): 102-3
31. Ibara J R, Ollandzobo LC, Atipo I B, Itoua A. Abcès du foie a germes pyogènes aspect clinique morphologique et étiologique à propos de 38 cas : *Med Afr noire* 2002; 47: 92-6.

32. Wing Ng, Winhong Li, Cheung M T. Audit of management of pyogenic liver abscess in a tertiary referral hospital. *Surgical practice* 2008; 12: 7-10.
33. Becker K L, Snider R, Nylén E S. Procalcitonin assay in systemic inflammation, infection and sepsis: clinical utility and limitations. *Crit Care Med* 2008; 36:94152.
34. Lee KT, Sheen PC, Chen JS, Ker C. Pyogenic liver abscess: multivariate analysis of risk factors. *World J Surg* 1991; 15:372-7.
35. 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; 06M05, 160
36. Dieng M. Traitement des abcès du foie : L'expérience d'un service de chirurgie générale: *Med Afr Noire* 2007; 54(10): 513-9.
37. J. R. Ibara et Coll : Abcès du foie à germes pyogènes, aspects cliniques, Morphologiques, et étiologiques à propos de 38 cas *Méd. d'Afr. Noire* 2000 ; 47(2) :1
38. 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
39. Diallo D. Mali 2022, les Abcès du foie en chirurgie générale de l'hôpital de point G à propos de 50 cas Thèse Méd. Bamako : 2022, 22M310.
40. Dembélé K D Mali 2020. Les Abcès du foie en chirurgie générale de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 102 cas Thèse Méd. Bamako : 2020, 20M300.
41. Yalcouyé H. 2021 Les abcès du foie en chirurgie générale au centre de santé de référence de la commune I à propos de 40 cas Thèse Med. Bamako : 2021 ,21M136.

42. Lafont en France 2017 Les Abcès du foie : Journal INF 2017 ; 30 (176) :11.
43. Samaké Mali 2019 Les Abcès du foie dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré à propos de 50 cas These Med. Bamako : FMOS ;2019 ; n°19M165 :101.
44. Dieng Dakar 2016 traitement des abcès du foie : l'expérience d'un service de chirurgie générale : Med Afr Noire ; 54(10) : 513-9.
45. Diarra G B. Maroc 2016 Les Abcès du foie : prise en charge thérapeutique à propos de 80 cas. Thèse Med Marrakech n°92, 110.
46. Bastie J 2014 Les Abcès du foie : Aspects cliniques et épidémiologiques de l'amoebiose tissulaire hépatique en milieu tropical à propos de 15 cas à l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba de Libreville : université Bordeaux 2-Victor Segalen ;2013.40.
47. Donikian (Nouvelle Calédonie) Twenty-two cases of hepatic abscesses in children in New Caledonia. Arch pediatr 2004; 11(7): 867.
48. Shi Chine 2016 Unique characteristics of pyogenic liver abscesses of biliary origin. Surgery.
49. Czerwonko Argentine2016 Pyogenic liver abscesses: Current status and predictive factors for recurrence and mortality of first episo-des. HPB 2016; 18(12): 1023-30.
50. Khan à Qatar en 2014 Epidemiology, Clinical features and outcome of liver abscess: A single Reference Center Experience in Qatar. Oman Medical Journal 201429 (4) : 260-3.

Fiche d'enquête

I. Identités et données sociodémographiques

1. FICHE D'OBSERVATION N: _____/____

2. DOSSIER MEDICAL N°: _____/____/

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

6. Age (année) 7. Tranche d'âge

7. RESIDENCE: _____/____/

1=Bougouni 5=Kadiolo

2=Koutiala 6=Yanfolila

3=Sikasso 7=Kolondieba

4=Yorosso

7=Autres (à préciser): _____

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

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

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

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

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

1=Médecin 2=Infirmier 3=Douleur de l'hypocondre droit

4=Venu(e)de lui-même 5=autres (à préciser)

13. MOTIF DE CONSUTATION : _____/____/

1 =Hépatomégalie 3=Fièvre 5=Diarrhée

2=Hépatalgie 4=Masse abdominale 6=Douleur thoracique

7=Perte de poids 99=Autres (à préciser)

ANTECEDANT:

A-PERSONNELS :

a-MEDICAUX :14. TARES : _____/____/

1=Hépatite 3=HTA 4=Gastro-entérite récente 5=Asthme

2=Diabète 4=Drépanocytose 6=HIV 7=Autres (à préciser)

15. AMIBIASE INTESTINALE : _____/____/

1=Probabilité clinique

2=Certitude parasitologues

16. DATE DE DIAGNOSTIC: _____/____/

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

1<5j 2>5j

b-CHIRURGICAUX:_____/___/

*SI OUI:

1=Diagnostic:_____/___/

2=Technique opératoire:_____/___/

3=Opérateur:_____/___/

4=Date de l'opération:_____/___/

5=Suites opératoires:_____/___/

18. FACTEURS DE RISQUE:

a-MODE DE VIE:_____/___/

1=Aucun 2=Tabac oui non 3=Alcool oui non

4=Notion de séjour en zone endémique:

1= oui 2= non

5=Cola oui non 6=Thé oui non

99=Autres (à préciser) oui non

b-MODE ALIMENTAIRE:_____/___/1=A base de céréale 99=Autres (à préciser)

II CLINIQUE

SIGNES GENERAUX

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

20. T.A(en millimètre de mercure):___maximale=/_/ minimale=/_/

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

1=<60 2= [60 à 80] 3=>80

22. Conjonctives:_____/___/

1=Bien colorées 3=Ictériques

2=Pales 99=Autres (à préciser)

SIGNES FONCTIONNELS:

A-DIGESTIFS:

23. DOULEUR ABDOMINALE :_____/___/

1=Oui 2=Non

*si Oui

23. a. TYPE : _____ / ___ /

1=Piqure 3=Coup de poignard

2=Pesanteur 99=Autres (à préciser)

23 .b. SIEGE : _____ / ___ /

1=Hypochondre droit 4=Abdominale généralisée

2=Epigastrique 5=Thoracique

3=Abdominale localisé 99=Autres (à préciser)

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

1=Brutal 3=Insidieux

2=Progressif 4=Intermittente

99=Autres (à préciser): _____ / ___ /

23. d. INTENSITE

(Par l'EVA): _____ / ___ / 1=Faible 3=Forte

2=Modérée

4=Vive

99=Autres (à préciser)

23. e. HORAIRE : _____ / ___ /

1=Permanent 3=Rythmique

2=Intermittent 99=Autres (à préciser)

23. f. IRRADIATION : _____ / ___ /

1=Fixe

3=Au dos 99= Autres (à préciser)

2=En bretelle 4=Epigastrique

24. ANOREXIE : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

25. NAUSSEES : _____ / ___ /

1=Oui 2=Non

26. VOMISSEMENTS : _____ / ___ /

1=Alimentaire 4= Sanglant

2=Bilieux 5=Absent

3=Glaireux 99=Autres (à préciser)

27. DIARRHEE: _____ / ___ /

1=Glairo-sanglante 3=Liquidienne

2=Glaireuse 4=Autres (à préciser)

29. CONSTIPATION: _____ / ___/

1=Oui 2=Non

30. TENESMES: _____ / ___/

1=Oui 2=Non

B-SIGNES RESPIRATOIRES :

31. TOUX : _____ / ___/

1=Oui 2=Non

32. EXPECTORATION : _____ / ___/

1=Oui 2=Non

33. DYSPNEE : _____ / ___/

1=Oui 2=Non

34. DOULEUR THORACIQUE : _____ / ___/

1=Oui 2=Non

C-SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT:

35. ICTERE : _____ / ___/

1=Oui 2=Non

36. PRURIT : _____ / ___/

1=Oui 2=Non

SIGNES PHYSIQUES

INSPECTION :

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

1=Normal

5=Asymétrique

2=Distendu 5=Cicatrice

3=Voussure épigastrique 99=Autres (à préciser)

PALPATION

39. HEPATOMEGALIE : _____ / ___/

1=Douloureuse 6=Irrégulier 99=Autres (à préciser)

2=Douleur à l'branlement 7=1+3

3=Régulière

8=1+6

4= Bord inférieur tranchant 9=1+4

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

40. FLECHE HEPATIQUE: _____/___/

1=Oui 2=Non

Si Oui résultat (cm) : _____/___/

41. CONTRACTURE ABDOMINALE : _____/___/

1=oui 2=non

42. DEFENSE ABDOMINALE : _____/___/

1=Généralisée

3=Absente

2=Localisé (à préciser) 99=Autres (à préciser)

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

1=Oui 2=Non

Si Oui: _____/___/

1=Stade I 4=Stade IV

2=Stade II 5=Stade V

3=Stade III

6=Absente

44. MASSE ABDOMINALE: _____/___/

1=Oui 2=Non

3=Autres

*Si Oui, localisation et caractéristique: _____

PERCUSION:

MATITE PRE-HEPATIQUE: _____/___/

1=Oui 2=Non TYMPANISME ABDOMINALE: _____/___/

1=Oui 2=Non

AUSCULTATION:AIRES PULMONAIRES: _____/___/

1=Murmure vésiculaire bien perçu 5=Ronchus

2=Murmure vésiculaire diminué 6=Frottements pleuraux

3=Murmure vésiculaire aboli 7=Silence d'un hémithorax

4=Crépitants 99=Autres (à préciser)

45. TR: _____ / ___/

1=Normal 3=Douglas bombé

2= Douglas douloureux 99=Autres (à préciser)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

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

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat: _____ / ___/

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

1=Oui

2=Non

Si le résultat: _____ / ___/

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

1=Oui

2=Non

Si Oui le résultat: _____ / ___/

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

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

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

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat: _____ / ___/

1<31 2>31

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

1=Oui 2=Non Si Oui le résultat: _____ / ___/

1<40 2>40

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

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

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat: _____ / ___/

50b.TGO (femme): _____ / ___/

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat: _____ / ___/

1<31 2>31

51. BILIRUBINE TOTALE (en $\mu\text{mol/L}$): _____ / ___/

1=Oui

2=Non

Si Oui le résultat: _____/___/

1<17 2>17

52. BILIRUBINE DIRECTE (en $\mu\text{mol/L}$): _____/___/

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat: _____/___/

1<2 2>2

53. BILIRUBINE INDIRECTE (en $\mu\text{mol/L}$) : _____/___/

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat: _____/___/

1<2 2>2

54. ALPHA FOETO-PROTEINE (en ng/ml) : _____/___/

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat : _____/___/

1<6 2>6

55. TEMPS DE PROTHROMBINE(%) : _____/___/

1=Oui 2=Non Si Oui le résultat: _____/___/

1<70 2 \geq 70

56. FACTEUR DE COAGULATION(TCK): _____/___/

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat: _____/___/

1 \leq 14s 2>14

57

.SEROLOGIE AMIBIENNE : _____/___/

1=Oui 2=Non

Si Oui le résultat: _____/___/

1=positive

2=négative

58. TECHNIQUE UTILISEE: _____/___/

1=hémagglutination 3=Elisa

2=immunofluorescence indirect 99=autres (à préciser)

59. SEROLOGIE H.I.V: _____/___/

1=Oui

2=Non

Si Oui le résultat: _____/___/

1=positive

2=négative

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

1=Oui

2=Non

Si Oui le résultat:_____/_/

1=aucun 3=B 5=D

2=A 4=C 6=E

ECB DU PUS : _____/_/

1=Oui

2=Non

Si Oui

61. RESULTAT : _____/_/

1=Stérile

2= Préciser le germe ECHOGRAPHIE

ABDOMINALE: _____/_/

1=Oui

2=Non

*si oui le résultat: _____/_/

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

1=Oui

2=Non

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

1=I 5=V

99=Autres (à préciser)

2=II 6=VI

3=III 7=VII

4=IV 8=VIII

64. NOMBRE D'ABCES: _____/_/

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

2=Deux 6=Six

3=Trois 7=Sept

4=Quatre 8=Huit

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

1<100 3≥450

2= [100 à 450 [99=Autres (à préciser)

66. ABCES CLOISONNE: _____/_/

1=Oui

2=Non

67. ABCES ROMPU : _____/_/

1=Oui 2=Non

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

1<100

3≥450

2= [100 à 450 [99=Autres (à préciser)

RADIOGRAPHIE THORACIQUE: ____/__/

1=Oui 2=Non 69.*Si oui le résultat : ____/__/

TDM REALISEE: ____/__/

1=Oui

2=Non

70. Si oui, résultat : ____/__/

III TRAITEMENT

BUT DU TRAITEMENT:

✓Eradiquer l'amibe;

✓Evacuer la collection

✓Corriger les désordres métaboliques et hémodynamiques

Les indications du traitement:

a. MEDICAL:

Les abcès inférieurs à 5 centimètres

b. PONCTION ECHO-GUIDEE:

Les abcès supérieurs ou égal 10 centimètres

Risque de rupture

Echec du traitement médical

c. CHIRURGICAL:

Rupture

Fistulisation

A-MOYENS MEDICAMENTEUX:

LES MEDICAMENT(S) UTILISE(S):

71. ANTIBIOQUES: ____/__/

1=Métronidazole

3=Secnidazole

2=Tinidazole

99=Autres (à préciser)

72. ANTALGIQUES : ____/__/

1=Néfopam 3=Dérivés morphinique 99=Autres (à préciser)

73. VOIE D'ADMINISTRATION : _____/____/

1=IV 2=IM 3=ORALE 74. VESSIE DE GLACE: _____/____/

1= Oui 2= Non

75. REHYDRATATION: _____/____/

1= Oui 2= Non

76. DUREE D'ADMINISTRATION : _____/____/

1<5j 2>5j

99=Autres (à préciser)

B-MOYENS MEDICO-CHIRURGICAUX:

PONCTION ECHO-GUIDEE: _____/____/

1=Oui 2=Non

Si Oui:

77. QUANTITEE DU PUS (en centimètre cube): _____/____/

1<150 2≥150

78. ASPECT DU PUS: _____/____/

1=Chocolat 99=Autres (à préciser)

C-MOYENS CHIRURGICAUX:

79. TECHNIQUE UTILISEE: _____/____/

1=Drainage percutané 3=Cœlioscopie

2=Laparotomie 99=Autres (à préciser)

IV EVOLUTION et SUIVI

A-EVOLUTION:

80. EVOLUTION: _____/____/

1=Guérison 3=Décès

2=Complication(s) 99=Autres (à préciser)

B-SUIVI:

81. TEMPERATURE (°C):à J1: _____/____/

1<38 2≥38 à J5: _____/____/

1<38 2≥38

à J10 : _____/____/

1<38 2≥38

82. HEPATOMEGALIE : _____ / ___ /

1=Oui

2=Non

Si Oui :

82..à J1: _____ / ___ /

1=Palpable

2=Non palpable

82..à J5: _____ / ___ /

1=Persistante

2=Diminuée

3=Augmentée

82.. à J15: _____ / ___ /

1=Persistante

2=Diminuée

3=Augmentée

83. HEPATALGIE : _____ / ___ /

1=Oui

2=Non

Si Oui :

83. à J1: _____ / ___ /

1=Persistante

2=Diminuée

3=Aggravée

4=Absente

83. à J5: _____ / ___ /

1=Persistante 2=Diminuée 3=Aggravée 4=Absente

83. à J15 : _____ / ___ /

1=Persistante

2=Diminuée

4=Absente

3=Aggravée

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

Si oui le résultat :

84.1er contrôle : _____ / ___ /

1=Persistante

3=Augmentée

2=Diminuée

99=Autres (à préciser)

84.2ème contrôle : _____ / ___ /

1=Persistante 3=Augmentée

2=Diminuée 99=Autres (à préciser)

84. Autres contrôle: _____ / ___ /

1=Persistante

3=Augmentée

2=Diminuée

99=Autres (à préciser)

V EVALUATION DU COÛT DU TRAITEMENT :

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

86. COUT ACTE

CHIRURGICAL :_____/_/___/

87. COUT ACTE ANESTHESIE :_____/_/___/

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

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

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

Fiche signalétique

Nom : ONGOIBA

Prénom : Mohamed

Titre : ABCES DU FOIE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL DE SIKASSO

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako **Pays d'origine :** Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie Générale

Résumé :

Objectif : Etudier les abcès du foie dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective allant du 1^{er} Juillet 2020 au 31 octobre 2023, soit une durée totale de 03 ans dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de SIKASSO.

Résultats : Nous avons colligé 44 cas abcès du foie ; ce qui a représenté 0,34% des consultations et 0,68% des hospitalisations. L'hépatomégalie était le signe physique le plus fréquent avec 36,4% des cas et la douleur à type de pique était majoritaire avec 52,30%. La ponction écho guidée a été associée au traitement médical chez 86,4% de nos patients et les suites ont été simples dans 86,4% des cas. L'évolution favorable de l'abcès hépatique à l'échographie était progressive. L'abcès du foie est une pathologie fréquente en pratique hospitalière en milieu chirurgical dans notre service

Mots clés : abcès du foie, chirurgie générale , Sikasso.

Abstract:

Objective: To study liver abscesses in the general surgery department of Sikasso Hospital.

Methodology: This was a retrospective and prospective study from July 1, 2020 to October 31, 2023, i.e. a total duration of 03 years in the general surgery department of SIKASSO hospital.

Results: We collected 44 cases of liver abscess, representing 0.34% of consultations and 0.68% of hospitalizations. Hepatomegaly was the most frequent physical sign, accounting for 36.4% of cases, while prick-like pain was the predominant symptom, accounting for 52.30%. Ultrasound-guided puncture was combined with medical treatment in 86.4% of our patients, and follow-up was straightforward in 86.4% of cases. The favorable evolution of liver abscesses on ultrasound was progressive.

Liver abscess is a frequent pathology in hospital surgical practice in our department.

Key words: liver abscess, general surgery, Sikasso.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**HIPPOCRATE**, je promets et je jure, au nom de l'**ETRE SUPREME**, 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 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 Maitres, je rendrai à leurs Enfants l'instruction que j'ai reçue de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. **Je le jure**