

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Année universitaire : 2022-2023

MEMOIRE

Memoire NO..... /

**ABCES MULTIFOCAL DU FOIE CHEZ L'ENFANT :
A PROPOS D'UN CAS AU SERVICE D'IMAGERIE DE
L'HOPITAL DU MALI.**

Soutenu publiquement le 04/01/2023 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

Dr. Kassim PARE

Pour l'obtention d'un Diplôme Universitaire en échographie (DU)

JURY

Président : Pr Adama Diaman KEITA

Membre : Dr Mamadou N'DIAYE

Co-Directrice : Dr Hawa DIARRA

Directeur : Pr Mahamadou DIALLO

A ALLAH le tout puissant le miséricordieux pour m'avoir donné la santé et le courage de mener ce modeste travail à son terme. Que son nom soit glorifié à jamais. Amen

Autant de phases et d'expressions aussi éloquentes soit-elle ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Vous avez su m'inculper le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie, puis ALLAH le tout puissant nous accorde une longue vie AMEN.

DEDICACES

Au Prophète Mohamed (P.S.L), à mes parents PARE Seydou et Feue KANTE Mariam, A ma femme KANTE Assetou, merci pour ton encouragement, ton soutien et pour tout ce que tu as accepté pour moi. Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et de mon sincère attachement.

A nos enfants Mariam, Aoua et Mamadou, vous êtes ma source de motivation. Papa vous aime plus que tout au monde. A mes frères et sœurs, merci pour l'encouragement, l'amour, l'entraide et la solidarité que vous avez toujours su cultiver au sein de la famille. Ce travail est le vôtre. Veuillez retrouver tous ici l'expression de ma très profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

A mes maîtres

Pour l'aide et le conseil prodigué durant tous notre parcours, pour nous avoir appris le sens de la rigueur, du sérieux et de la persévérance. Vous nous avez assistés avec patience pendant toutes ces périodes d'étude, avec le souci de nous inculquer le savoir-faire de notre métier. Nous vous serons pour toujours reconnaissant.

Au service d'imagerie et de radiologie de l'Hôpital du MALI

A tous mes collègues stagiaires, je veux dire cette première promotion du DIU d'échographie générale et à Dr BOUREIMA GUINDO mon compagnon tout au long de ce parcours J'ai beaucoup appris avec chacun de vous et j'espère vraiment continuer à le faire, tachons de faire en sorte que nos maîtres soient fiers de nous.

A tous mes ami(e)s.

A tous mes collègues de travail particulièrement à Dr SANOGO T Mamadou, Dr DIA Ousmane, Dr COULIBALY Aboubacar, Dr DIARRA Baba et Interne SANOU Seydou.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Adama Diaman Keita

- Professeur titulaire de radiologie et d'imagerie médicale à la FMOS de Bamako
- Spécialiste en imagerie médico-légale et parasitaire
- Chef de service de radiologie et d'imagerie médicale au CHU du Point G
- Ancien recteur de l'université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (USTTB)
- Membre de plusieurs sociétés nationales et internationales de radiologie

Cher Maître

Au-delà de votre compétence, votre savoir scientifique, vos immenses qualités humaines et votre abord facile font de vous un maître exemplaire.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincères reconnaissances et de profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,

Docteur Mamadou N'diaye

- Spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale
- Maitre-assistant de radiodiagnostic et imagerie médicale à la FMOS de Bamako
- Colonel des forces armées du mali
- Chef du centre d'imagerie des armées de Bamako
- Membre fondateur de la société malienne de médecine militaire
- Membre de plusieurs sociétés nationales et internationales de radiologie

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail ; votre modestie ; vos qualités d'homme de science, votre rigueur dans le travail, ont forcé l'admiration de tous. Veuillez accepter cher maître nos sentiments de reconnaissance et de respect. Ce travail est aussi le vôtre.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE MEMOIRE

Docteur Diarra Hawa

- Diplôme de médecine générale
- Master en médecine générale intégrée
- Médecin spécialiste en imagerie médicale
- Maitre assistante à la FMOS de Bamako
- Médecin radiologue à l'hôpital du Mali

Cher Maître

Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité, votre simplicité nous a été d'un grand apport tout au long de notre formation. Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant. Vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE MEMOIRE,

Professeur Mahamadou Diallo

- Professeur titulaire de radiologie et d'imagerie médicale à la FMOS de Bamako
- Spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale
- Expert radioprotection et sûreté des sources de rayonnement
- Chef de service de radiologie et d'imagerie médicale au CHU du Gabriel Toure
- Membre de plusieurs sociétés nationales et internationales de radiologie

Cher Maître

Nous vous remercions pour avoir dirigé ce travail. Votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme, la qualité de votre encadrement ont forcé l'admiration de tous. Les mots nous manquent, pour exprimer clairement les sentiments qui nous animent aujourd'hui. Cher maître, veuillez accepter nos remerciements pour la qualité de l'encadrement reçu. Que Dieu vous accorde longue vie.

LISTE DES ABREVIATIONS

AH	: Abcès hépatique
CRP	: Protéine C Réactive
ECBC	: Examen cyto bactériologique et Chimie
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
NFS	: Numération Formule Sanguine
TDM	: Tomodensitométrie
VS	: Vitesse de Sédimentation
AEG	: Altération de l'Etat Général

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Topographie du foie	4
Figure 2 : Vue antérieure du foie	6
Figure 3 : face viscérale du foie	7
Figure 4 : vue postérieure et loge du foie	9
Figure 5 : Distribution des vaisseaux et des conduits	10
Figure 6 : Lobes et segments hépatiques	11
Figure 7 : Abscès hépatique collecté multifocal dont la plus grosse poche est estimée à 07,55 ml.....	29
Figure 8 : Image A : Abscès hépatique multifocal en voie de réabsorption dont la plus grosse poche mesure 03 ml, contrôle après 2 semaines. Image B : Abscès hépatique multifocal en voie de réabsorption, contrôle après 6 semaines.	29
Figure 9 : Contrôle après 8 mois, guérison totale, foie d'aspect normal.....	30
Figure 10 : Contrôle après 8 mois, guérison totale, foie d'aspect normal.....	30

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIF.....	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
I. GENERALITES	4
1. Rappel anatomique	4
2. Abcès du foie à pyogènes.....	11
2.1. Définition	11
2.2. Epidémiologie	11
2.3. Anatomopathologie	12
2.4. Facteurs étiologiques	13
2.5. Physiopathologie	14
2.6. Formes cliniques	14
2.7. Bactériologie	16
2.8. Histoire naturelle et pronostic	17
2.9. Diagnostic positif :	17
2.10. Diagnostic étiologique.....	21
2.11. Diagnostic différentiel	21
2.12. Traitement	23
II. MATERIELS ET METHODES.....	27
1. Cadre d'étude	27
2. Matériels d'étude :.....	27
3. Type et période d'étude :	27
III. RESULTATS/ICONOGRAPHIES	28
ICONOGRAPHIES.....	29
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	31
CONCLUSION	33
RECOMMANDATIONS.....	34
REFERENCES.....	35
ANNEXES	37

INTRODUCTION

L'abcès hépatique (AH) est une collection infectée située à l'intérieur du parenchyme hépatique. Son diagnostic est à la fois clinique, radiologique (image en cocarde) et microbiologique [1]. C'est une infection grave, pouvant entraîner des complications mettant en jeu le pronostic vital [2]. Dans les pays développés, les abcès hépatiques sont généralement à pyogène et surviennent particulièrement sur terrains particuliers : granulomatose septique chronique, déficit immunitaire et leucoses [3]. Cependant, dans les pays en voie de développement, les causes sont plus variables et la survenue des abcès est favorisée par des facteurs tels que la malnutrition, les infections parasitaires, les mauvaises conditions d'hygiène [4, 5, 6].

En Afrique intertropicale, au Sénégal sa prévalence est de 1 à 2% de la population générale [2]. BONKOUNGOU P. et al au Burkina FASO ont trouvé une incidence de 0,08% [7]. SACKO K. et al ont trouvé une incidence de 158 cas pour 100.000 admissions à Bamako [8].

Dans les pays industrialisés, la prévalence est encore plus faible : ainsi un cas d'abcès hépatique chez l'enfant a été retrouvé en Réunion Française [9]. Selon les données de la littérature, l'âge moyen de survenue varie entre 5 et 7 ans [2, 7, 8].

Dans sa forme typique, le diagnostic est le plus souvent aisé, basé sur la classique triade de Fontan faite d'une hépatomégalie douloureuse et fébrile d'installation brutale ou progressive. Cependant, ces différents éléments peuvent être isolés ou associés [10, 11].

L'étiologie des abcès n'est pas toujours précisée et le choix du traitement souvent empirique. Les abcès à pyogènes sont les plus fréquents (80 % des abcès du foie de l'enfant), suivis par les abcès amibiens qui représentent 20 à 30 % des cas [12, 13]. Le germe le plus fréquemment en cause est le staphylocoque doré, aussi bien dans les pays industrialisés qu'en voie de développement, suivent ensuite Escherichia Coli, les klebsielles et les entérobactéries [14].

Son diagnostic s'enrichit par des nouvelles techniques d'imagerie médicale que sont l'échographie, la tomodensitométrie [15,16] ou l'imagerie par résonance magnétique [17]. L'imagerie joue également un rôle important dans le traitement de cette affection dont le protocole apparaît simple, qui consiste à évacuer la collection suppurée. Cette évacuation peut être faite par ponction ou drainage percutané grâce au guidage par échographie ou par tomodensitométrie [16,17].

ABCES MULTIFOCAL DU FOIE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS D'UN CAS.

De façon générale, le pronostic des abcès hépatiques a été amélioré par un diagnostic plus précoce grâce à l'échographie abdominale, et une prise en charge basée sur l'antibiothérapie et le drainage percutané ou l'aspiration de l'abcès.

Nous rapportons l'observation d'un abcès multifocal du foie chez un enfant de 4 ans sans antécédent, découvert devant un tableau de douleur abdominale fébrile.

OBJECTIFS

Objectif général

Décrire la complexité diagnostique en échographie d'un abcès multifocal du foie chez l'enfant.

Objectifs spécifiques

Apport de l'échographie dans le diagnostic d'un abcès multifocal du foie de l'enfant.

I. GENERALITES

1. Rappel anatomique [18, 19, 20, 21]

1.1. Situation

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

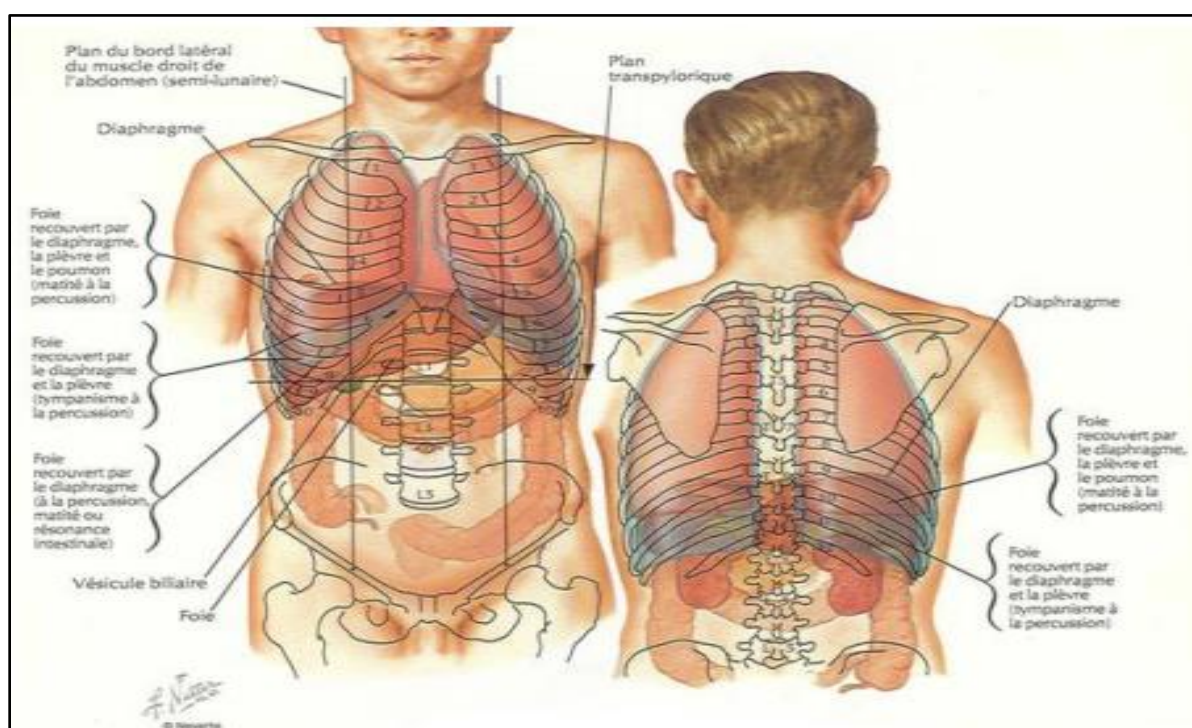


Figure 1: Topographie du foie [22]

1.2. Couleur et consistance

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

1.3. Poids et dimensions

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

1.4. Configuration et rapports

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

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

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

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

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

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

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

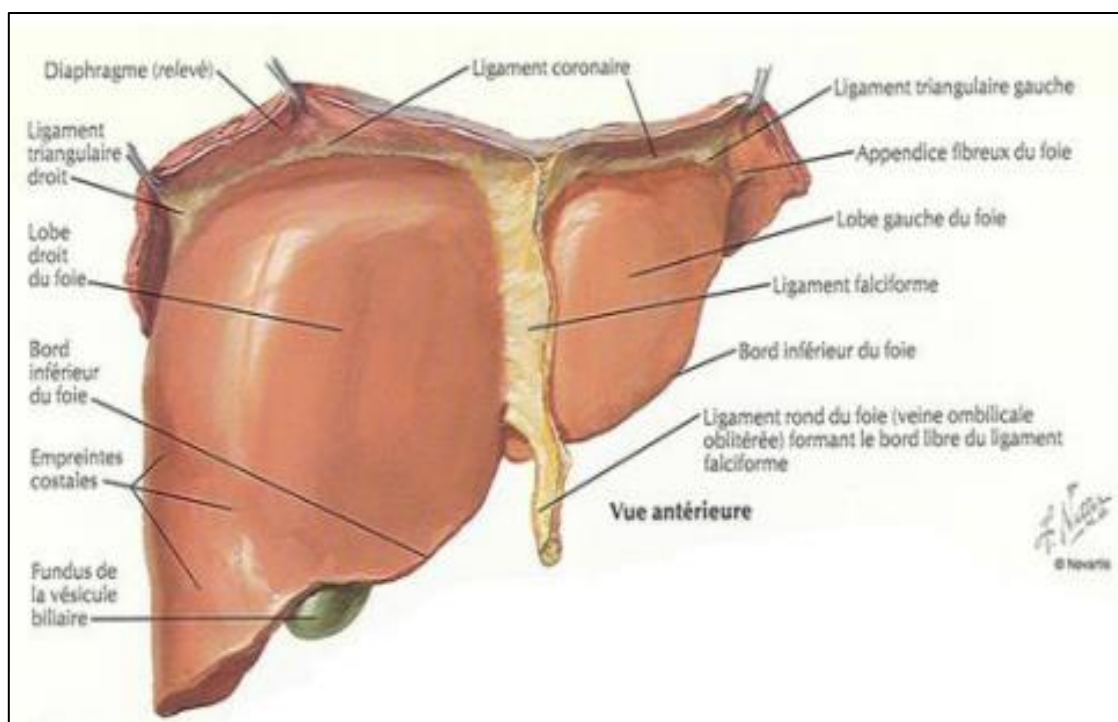


Figure 2 : Vue anatomique de la face antérieure du foie [22]

◆ **Face inférieure ou viscérale :**

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

- **sillon antéropostérieur gauche** : il est étroit, mais il entaille profondément la face inférieure du foie. Son extrémité antérieure creuse sur le bord antérieur de la glande une échancrure à laquelle aboutit l'extrémité antérieure du ligament falciforme.

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

- **sillon transverse encore appelé hile du foie**, s'étend entre les deux sillons antéropostérieurs. Il mesure 6 à 7 centimètres de longueur et 1.5 centimètres de largeur. Il est occupé par les organes qui vont au foie ou qui en partent (vaisseaux, nerfs, voies biliaires). Les trois sillons de la face inférieure du foie découpent sur cette face quatre segments ou lobes : le lobe gauche, le lobe droit, le lobe carré et le lobe de Spiegel :

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

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

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

- **Le lobe de SPIEGEL** : il est placé en arrière du hile, entre le sillon du canal veineux et le sillon de la veine cave inférieure. Il est allongé de haut en bas et appartient presque entièrement au segment postérieur de la face viscérale du foie. L'extrémité inférieure du lobe de Spiegel est occupée par deux tubercules, l'un droit, l'autre gauche, séparés par une légère dépression en rapport avec la veine porte. Le tubercule gauche, arrondi, est appelé tubercule papillaire. Le tubercule droit est un tubercule caudé. Il est ainsi appelé parce qu'il émet vers la droite un prolongement connu sous le nom de processus caudé. Le processus caudé sépare l'extrémité postérieure de la fossette cystique de l'extrémité inférieure de la gouttière de la veine cave inférieure.

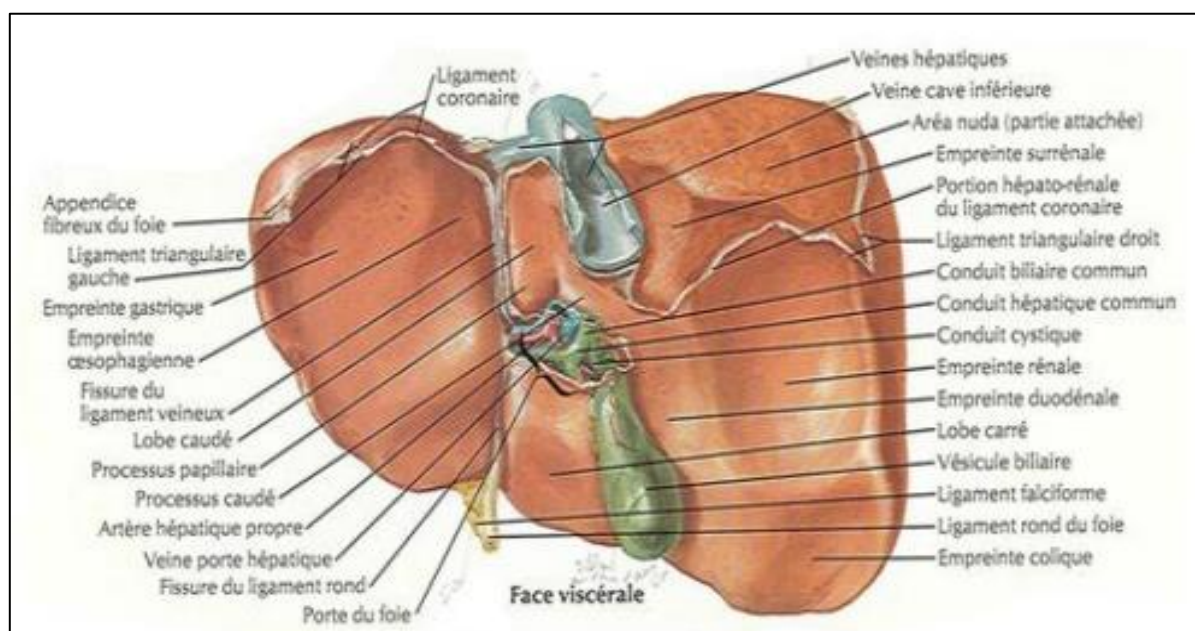


Figure 3 : vue anatomique de la face viscérale du foie [22]

♦ **Face postérieure** : elle est verticale et présente une concavité transversale très prononcée, qui s'adapte à la saillie de la colonne vertébrale. Sa partie la plus haute se trouve à droite de la

veine cave inférieure ; à partir de là, sa hauteur diminue graduellement vers les extrémités. Elle est limitée en bas par le bord postéro-inférieur, en haut par le bord postéro supérieur du foie et se divise en trois segments (droit, moyen ou segment de SPIEGEL et gauche) par deux sillons verticaux (sillon de la veine cave inférieure et sillon d'ARANTIUS).

◆ Bords

- Le bord antérieur ou inférieur est très aigu. Il est convexe vers le bas et présente deux échancrures situées à l'extrémité antérieure des sillons de la veine ombilicale et de la fossette cystique.
- Le bord postérieur passe de droite à gauche, en arrière de l'empreinte rénale, au-dessous de l'empreinte surrénale et du sillon de la veine cave ; puis il croise l'extrémité inférieure du lobe de SPIEGEL et du sillon d'ARANTIUS, s'émousse sur la gouttière œsophagienne pour devenir ensuite tranchant jusqu'à l'extrémité gauche du foie. Le bord postéro-supérieur est mousse dans toute son étendue. Il longe à gauche la ligne de réflexion du feuillet supérieur du ligament coronaire et passe comme elle au-dessus des sillons verticaux de la face postérieure.

1.5. Moyens de fixité

Le foie est solidement maintenu en place par :

- du tissu conjonctif très dense qui unit étroitement au diaphragmatique le segment droit de sa face postérieure ;
- la veine cave inférieure solidement fixée d'une part à la paroi de la gouttière hépatique par sa propre paroi qui est très adhérente au tissu hépatique et par les veines sus-hépatiques au niveau de son orifice diaphragmatique ; d'autre part les replis péritonéaux, qui relient le péritoine hépatique au péritoine pariétal ; le feuillet viscéral du péritoine, qui recouvre le foie.

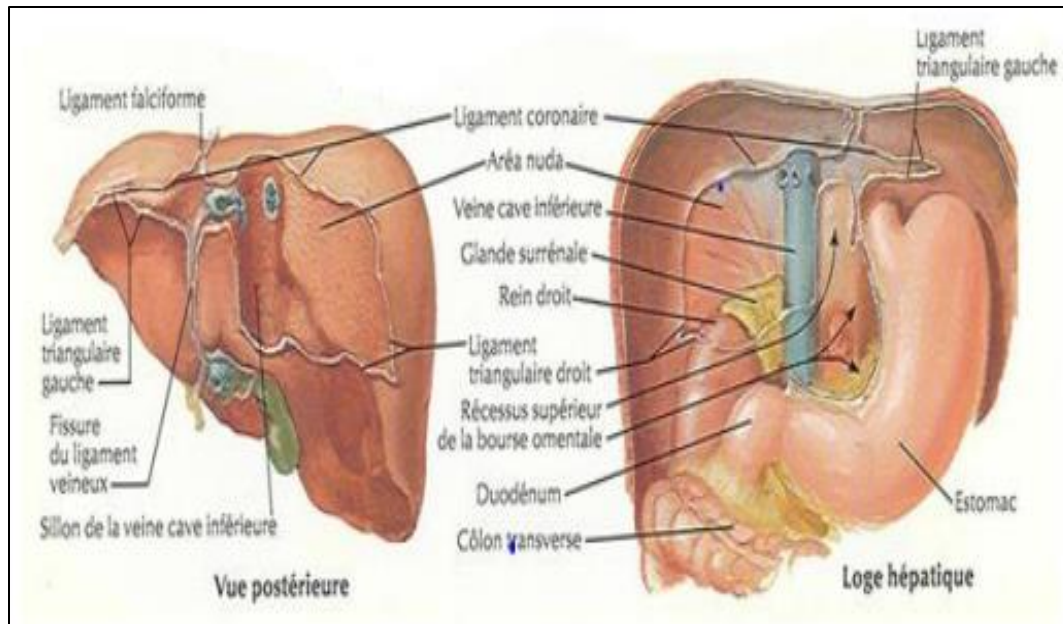


Figure 4 : vue anatomique de la face postérieure et loge du foie [22]

1.6. Vaisseaux et nerfs

1.6.1. Vaisseaux

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

1.6.2. Veine porte

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

- la branche droite, plus volumineuse et plus courte, donne deux collatéraux pour les lobes carrés et de SPIEGEL et se ramifie dans le lobe droit. Cette branche reçoit ordinairement les veines cystiques inférieures.
- la branche gauche qui avant de pénétrer dans le lobe gauche, envoie quelques collatéraux aux lobes carrés et de SPIEGEL.

1.6.3. Artère hépatique

La branche du tronc cœliaque, elle se divise en branche gauche et droite (plus volumineuse).

1.6.4. Veines sus-hépatiques

Elles assurent : le retour veineux du foie à la veine cave inférieure, le cheminement à la périphérie des lobules, segments puis secteurs hépatiques pour former finalement 3 veines sus-hépatiques :

- Droite dans la scissure portale droite,
- Moyenne dans la scissure portale principale,
- Gauche dans la scissure portale gauche.

1.6.5. Lymphatiques

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

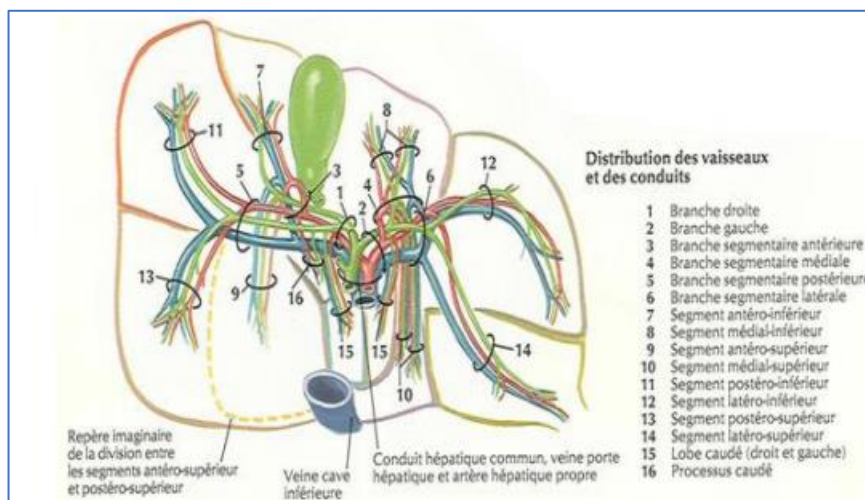


Figure 5 : Coupe anatomique avec distribution des vaisseaux et des conduits [22]

1.7. Nerfs

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

1.8. Segmentation hépatique

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

- Un secteur dorsal, à cheval sur les deux lobes ;
- Quatre secteurs, paramédians et latéraux, qui composent les lobes droit et gauche. Les secteurs sont divisibles en deux segments sauf le secteur dorsal et le secteur latéral gauche qui sont mono-segmentaires. Ainsi on compte huit segments numérotés sur la face inférieure du foie en tournant autour du tronc porte, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

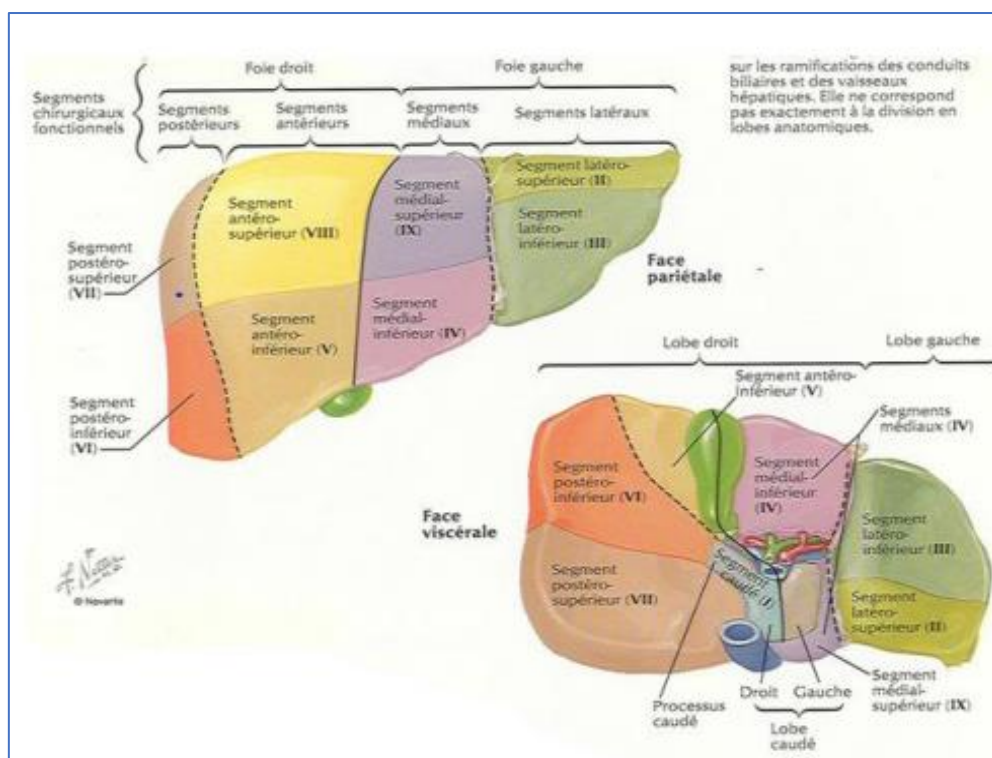


Figure 6 : Répartition anatomique des lobes et segments hépatiques [22]

2. Abscès du foie à pyogènes

2.1. Définition : [23]

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 suppurative créée par la nécrose du parenchyme hépatique par l'agent pathogène.

2.2. Epidémiologie

2.2.1. Incidence

Elle est relativement faible et lentement progressive sur des séries autopsiques. Les résultats de deux séries consécutives provenant de la même institution montrent une incidence de 0,4% des autopsies entre 1934 et 1958 et de 0,57% de 1959 à 1968 [24]. En revanche, l'incidence a nettement augmenté de 13/100 000 admissions entre 1952 et 1984, à plus de 20/100 000 dans deux des plus grands centres nord-américains, tendance confirmée par d'autres séries récentes [28]. Cette progression est imputée à l'amélioration des techniques radiologiques et à l'utilisation des moyens de plus en plus invasifs dans la prise en charge des cancers péri ampullaires et hépatobiliaires. Les abcès du foie à germes pyogènes paraissent rares en zone tropicale d'Afrique. Cette rareté doit cependant tenir compte des difficultés diagnostiques.

2.2.2. Age et sexe : [24]

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

2.2.3. Germes en cause : [24]

- Anaérobies à Gram Négatif (40 à 60 %) : Escherichia coli, Klebsiella, Pseudomonas, Enterobacter, Morganella, Serratia. Plus rarement Proteus, Eikenella, Providencia et Salmonella.
- Aérobie à Gram positif (10 à 20 %) : Streptocoques A, D, micro aérophile, ingroupable ; Staphylocoques.
- Anaérobies : 35 à 45 % : Bacteroides fragilis sp, Fusobacterium, Clostridia, Streptocoques, Peptostreptocoques, Actinomycetes, Diphtéroïdes.
- Polymicrobisme : 20 à 60 %.
- Abscès stérile : 5 à 10 %.
- Mycose : 5 à 30 % : Candida, Cryptosporidium, Histoplasma
- Germes particuliers (1%) : Bacille de Koch, Brucella, Yersinia, Pasteurella.

2.2.4. Facteurs favorisants :

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

2.3. Anatomopathologie : [23]

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

L'abcès correspond à une cavité néoformée créée par la nécrose du parenchyme hépatique induite par l'agent pathogène. Les parois sont formées par du tissu hépatique dénaturé hébergeant habituellement le ou les germes responsables. L'abcès contient du pus parfois fétide (surtout en cas d'infection aux germes anaérobies) et souvent des débris nécrotiques.

Les abcès peuvent être superficiels, sous capsulaires avec une composante inflammatoire péri-hépatique, ou profonds, enchâssés dans le parenchyme.

Les macros-abcès sont uniques dans 50 à 70% des cas et situés dans le lobe droit dans plus de deux tiers des cas. Ils correspondent souvent à une contamination hépatique par voie portale.

Cette localisation serait imputée aux flux mésentérico-portal préférentiel vers le lobe droit.

Dans 30 à 60% des cas, les macros-abcès sont multiples, répondant à une étiologie biliaire avec une pathologie maligne sous-jacente dans près de la moitié des cas. Les abcès multiples sont également repartis dans les deux lobes.

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

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

2.4. Facteurs étiologiques : [25]

- **Causes biliaires** : 30 à 70%

Malignes : cancers des voies biliaires, péri ampullaire ou de la vésicule

Bénignes : lithiase biliaire, anastomose biliodigestive, cathétérisation des voies biliaires, pancréatite chronique.

- **Causes portales** : 10 à 20 %

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

Malignes : cancer colique ou gastrique ;

Artérielles : 10 à 15 %.

- **Causes infectieuses** :

Septicémies (endocardite), infection urogénitale, dentaire, ORL, cutanée, ostéomyélitique.

- **Abcès par contiguïté** : 1 à 5%.

Abcès sous phrénique, sous hépatique, cholécystite aiguë

- **Abcès post –traumatique** : 1 à 3% des traumatismes ouverts ou fermés

- **Abcès cryptogénétique** : 10 à 40%.

2.5. Physiopathologie : [23]

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 bactérien du foie correspond à un déséquilibre entre la contamination bactérienne et les moyens de résistance hépatique à l'infection, comme en cas d'inoculation massive et répétée, en cas de déficit immunitaire et/ou en cas d'anomalie hépatique. Ainsi certains états morbides sont fréquemment associés aux abcès du foie et constituent des facteurs favorisants : diabète, cancer, immunodépression, alcoolisme, corticothérapie, cirrhose, foie cardiaque...

Des antécédents de chirurgie abdominale, en particulier gastroduodénale, sont souvent retrouvés. L'étiologie est classiquement divisée en six catégories selon la voie d'inoculation qui peut être biliaire, portale, artérielle, par contiguïté ou posttraumatique.

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

2.6. Formes cliniques

2.6.1. Abcès d'origine biliaire

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

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

2.6.2. Abcès d'origine portale :

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

gastriques ou coliques infectés, les suppurations ano-rectales, les abcès pancréatiques, les perforations digestives les suppurations intra-abdominales postopératoires et les maladies inflammatoires (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn). Au cours de ces dernières, les bactériémies portales sont fréquentes mais les abcès du foie sont rares.

2.6.3. Abcès d'origine artérielle : 5 à 10 %

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

2.6.4. Abcès par contiguïté :

Ces suppurations intra péritonéales de voisinage entraînant une effraction de la capsule de Glisson sont devenues rares avec le développement de l'imagerie moderne (TDM, échographie) permettant un diagnostic précoce et une antibiothérapie efficace.

Il peut s'agir d'un ulcère térébrant ou d'un abcès sous –phrénique ou sous – hépatique postopératoire ou spontané (ulcère perforé). Un cas particulier est réalisé par certaines cholécystites aiguës entraînant une suppuration du parenchyme adjacent.

2.6.5. Abcès post-traumatiques

Ils sont secondaires à une contusion ou une plaie hépatique et correspondent à la surinfection d'un hématome intra hépatique ou d'une zone dévitalisée.

2.6.6. Abcès cryptogénétiques :

Il s'agit d'abcès pour lesquels aucun foyer infectieux causal ne peut être retrouvé. Ces abcès seraient soit d'origine artérielle, secondaire à des bactériémies décapitées passées ou inaperçues, soit d'origine portale avec ou sans pyléphlébite occulte. Ces abcès doivent rester un diagnostic d'élimination.

2.6.7. Formes particulières : [23]

✓ Chez l'enfant

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

✓ **Abcès du foie des malades atteints de cancer :**

Deux sous-groupes sont distingués :

- Les abcès fongiques des sujets jeunes porteurs de leucoses et,
- Les abcès bactériens des sujets âgés ayant une tumeur solide.

Dans le premier groupe, la chimiothérapie est le facteur initiateur majeur et dans le deuxième, on retrouve le plus souvent la notion de manipulation diagnostique ou thérapeutique des voies biliaires.

✓ **Abcès du foie à composante gazeuse**

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

✓ **Abcès du foie dans le syndrome de l'immunodéficience acquise :**

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

2.7. Bactériologie

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

La culture du pus de l'abcès est positive dans 70 à 97% des cas. Les hémocultures sont positives dans 60 à 82% des cas. Les cultures de bile sont positives dans 70 à 93% des cas. Le polymicrobisme est fréquent (20 à 60%), en particulier en présence de germes anaérobies. Il semble que les abcès solitaires soient plus fréquemment polymicrobiens que les abcès multiples (63% contre 30%).

Les germes les plus souvent rencontrés sont les bacilles à Gram négatif (40 à 60%) et les bactéries anaérobies (40 à 50%). La fréquence de ces dernières a été augmentée par l'amélioration des techniques de culture. Le groupe des bacilles à Gram négatif est codominé par *Escherichia coli* et les *Klebsiell*es tandis que *Bacteroides fragilis* est le chef de file des germes anaérobies. Les streptocoques et les staphylocoques peuvent être rencontrés notamment dans les abcès d'origine hématogène systémique. Les agents fongiques (notamment *Candida*) sont trouvés dans les abcès multiples des malades immunodéprimés ou

atteints de cancer. Dans 5 à 10% des cas, le pus peut rester stérile, correspondant alors à des défauts de culture des germes anaérobies, à des formes décapitées par l'antibiothérapie, à des amibiases méconnues ou à des mycoses. Citons enfin les rares abcès spécifiques : tuberculose, brucellose, tularémie, syphilis, yersiniose, pasteurellose, fongiques (candidose, cryptococcose, histoplasmosse...)

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

2.8. Histoire naturelle et pronostic : [23]

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

Les complications peuvent être locorégionales ou générales :

- Rupture pleuro- pulmonaire
- Insuffisance hépatocellulaire
- Rupture sous-phrénique
- Septicémie
- Rupture péritonéale.

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

Avec l'apparition des techniques d'exploration isotopiques, la mortalité a chuté à des taux de 30 à 50 %. Néanmoins, c'est l'avènement de l'échotomographie et de la TDM qui a transformé le diagnostic, le traitement et le pronostic de cette affection. La mortalité dans les séries chirurgicales publiées depuis l'utilisation de ces techniques est d'environ 10 à 40 % jusqu'aux années 1980. En dépit de l'amélioration de ces techniques de perfectionnement de l'antibiothérapie et des changements dans la prise en charge thérapeutique, la mortalité au début des années 1990 pouvait atteindre 10 à 25%. Les séries récentes avancent des chiffres oscillant entre 6 et 18%.

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

2.9. Diagnostic positif :

✓ Clinique

La fièvre est le signe le plus constant (80 à 95% des). 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 AF d'origine biliaire. On peut retrouver un syndrome pleurétique de la base droite. Dans les formes septicémiques, une splénomégalie peut exister. Enfin, l'ascite, rarement associée aux abcès hépatiques, peut être en rapport avec un cancer sous-jacent.

Au total, deux tableaux cliniques peuvent être opposés :

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

✓ **Biologie : [23]**

Un syndrome inflammatoire intense est habituel avec une hyperleucocytose à prédominance neutrophile (75 à 96%), une anémie de survenue inconstante (13 à 90%), une élévation de la

protéine C réactive et de la vitesse de sédimentation, une hypergammaglobulinémie et une hypoalbuminémie (30 à 67% des cas).

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

✓ **Examens morphologiques :**

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

• **Cliché sans préparation**

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

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

• **Echographie**

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

contours sont habituellement irréguliers. L'examen échographique détecte également les épanchements associés. Il peut éclairer sur la pathogénie de l'abcès en montrant une dilatation des voies biliaires ou une cholécystite aiguë.

- **Tomodensitométrie**

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

Les abcès hépatiques réalisent en TDM des masses hypodenses, hétérogènes, de densité variable en raison de leur contenu variable en fibrine, leucocytes dégénérés et séquestres nécrotiques. Ils sont le plus souvent déjà détectés sur les coupes sans préparation.

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

- **Imagerie par résonance magnétique nucléaire**

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

- **Autres examens**

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

La cholangiographie réalisée par voie endoscopique rétrograde ou percutanée Trans hépatique a été proposée dans le diagnostic positif des abcès bactérien. Actuellement, ses indications

sont limitées à la recherche d'étiologie biliaire. Il faut souligner que ces opacifications biliaires ont leur propre risque infectieux.

2.10. Diagnostic étiologique

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

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

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

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

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

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

2.11. Diagnostic différentiel : [23]

a. Abcès amibien

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

hépatique à germes anaérobies et qu'un abcès amibien peut être le siège d'une surinfection bactérienne.

b. 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.

c. Kyste hydatique

Il pose un problème plus difficile car son traitement est différent, classiquement chirurgical, et la ponction est contre-indiquée en raison des risques de choc anaphylactique et de contamination péritonéale, en dépit des quelques récentes publications visant à ébranler ce concept. Le diagnostic repose sur l'aspect échographique (image hypo ou anéchogène cloisonnée), l'existence de calcifications dans la paroi du kyste et la sérologie. La surinfection bactérienne est également possible, en particulier en cas de fistule bilio-kystique. En cas de doute, la chirurgie est indiquée.

d. 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.

e. Maladie de Caroli :

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

f. Tumeurs du foie

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

g. 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.

2.12. Traitement

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

a. Méthodes

• Antibiothérapie

Elle ne sera entreprise qu'après avoir pratiqué plusieurs hémocultures et, si l'état du patient l'autorise, après mise en culture du pus de l'abcès. Les germes le plus souvent en cause sont les entérobactéries et les anaérobies. L'antibiothérapie initiale associe habituellement une céphalosporine de troisième génération, un aminoside à la dose de 2 à 3 mg /kg/ j et le métronidazole ou l'ornidazole à la dose 25 à 30 mg/kg/j. L'utilisation de nouvelles pénicillines à large spectre (imipénème.) est de plus en plus courante avec ou sans aminosides associés. L'antibiothérapie d'entretien dépend du germe isolé et couramment fait avec l'association amoxicilline - acide clavulanique et / ou le métronidazole. La durée de l'antibiothérapie intraveineuse est controversée allant de 5 jours à 1 mois. L'antibiothérapie d'entretien, dont le principe est accepté par la plupart des auteurs, est poursuivie pendant 3 à 6 semaines. En tout cas, la défervescence clinique et septique est complète en moyenne 2 à 6 jours après le début du traitement.

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

- **Traitement chirurgical**

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

En cas d'abcès multiples, les abcès superficiels sont mis à plat puis drainés et les abcès profonds évacués par ponction après repérage échographique.

- **Traitement percutané**

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

Technique

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

Elle permet dans un premier temps de pratiquer des prélèvements bactériologiques.

L'opacification de la cavité, déconseillée par certains en raison de fuite péritonéale, précise ses limites, ses cloisonnements et ses éventuelles communications. Si le drainage supplémentaire est décidé, un cathéter de calibre approprié est acheminé par un guide souple.

Le matériel habituellement utilisé consiste en des drains de 12 à 14 F ou plus si le pus est très épais avec des débris. Après avoir lavé au sérum physiologique et vidé totalement l'abcès, la perméabilité est maintenue par des irrigations intermittentes.

Surveillance

L'amélioration clinique et l'apyrexie sont obtenues en 24 à 48 heures. Le choix de la date d'ablation du drain peut être délicat, surtout avec la diminution progressive de la quantité drainée sur 5 à 7 jours. On exige habituellement une dizaine de jours de drainage sous surveillance clinicoradiologique. Une épreuve de clampage du drain sur 48 heures permet de vérifier la constance de l'apyrexie et l'absence de reproduction de l'AF grâce aux contrôles échographiques ou tomodensitométriques. Lorsque l'amélioration clinique n'est pas patente, il faut répéter l'examen échographique ou tomodensitométrique à la recherche d'autres AF non drainés après avoir exclu par des lavages successifs et un drainage prolongé, le mauvais drainage lié à l'épaisseur du pus. Si la technique de drainage est rigoureuse, la récurrence de l'abcès est exceptionnelle. Après l'ablation du drain, l'involution complète des séquelles échographiques ou tomodensitométriques peut durer quelques semaines à 1 an.

- **Traitement étiologique :**

- **Causes biliaires :**

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

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

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

- **Causes portales :**

Le traitement en est habituellement chirurgical. Une résection est nécessaire lorsque ce foyer est d'origine digestive, ce qui élimine l'entretien de l'infection. Par exemple, en cas de diverticulite compliquée ou de cancer colique infecté, une résection colique avec ou sans colostomie est indiquée. En cas de suppuration intra-abdominale postopératoire, la ré-intervention précoce peut être nécessaire.

- **Autres causes :**

- **Causes artérielles** : traitement d'un foyer urinaire, génital, dentaire ou ORL, cutané, osseux, cardiaque ;

- **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.

b. Indications et résultats : [23]

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

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

II. MATERIELS ET METHODES

1. Cadre d'étude :

L'hôpital du Mali et le centre hospitalo-universitaire du Gabriel Touré ont servi de cadre d'étude.

2. Matériels d'étude :

L'examen a été réalisé par un interne du service sous la supervision d'un radiologue avec un appareil d'échographe de marque Esse3 mise en service en 2019 muni de quatre (4) sondes. Des seringues de 10 ml ont utilisées pour la ponction diagnostique et évacuatrice.

3. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive d'un cas clinique portant sur un abcès multifocal du foie chez un enfant de 4 ans durant une période de 4 mois allant de décembre 2021 à mars 2022.

III. RESULTATS/ICONOGRAPHIES

Il s'agit d'un garçon de 4 ans sans antécédents médicaux ou familiaux particuliers qui a consulté pour fièvre pendant 7 jours pour laquelle l'enfant a reçu un traitement non spécifique dans un centre de santé primaire. Devant la persistance de la fièvre associée à la survenue des douleurs de l'abdomen quelques jours plus tard, il consulte dans un hôpital de niveau III. L'examen clinique a retrouvé une sensibilité franche dans l'hypochondre droit associée à une hépatomégalie. L'interrogatoire ne notait aucun signe digestif associé et ni argument pour un déficit immunitaire sous-jacent. Cet enfant vit en milieu urbain depuis sa naissance mais dans des conditions d'hygiène précaires. Les examens biologiques sanguins montraient une hyperleucocytose à $12.700 /\text{mm}^3$ avec de neutrophiles normaux ($6.375,4/\text{mm}^3$) et des lymphocytes élevés ($5.981,7/\text{mm}^3$) sans hyperéosinophilie ; une anémie à 3,5 g d'hémoglobine et une VGM à 70,1 Fl (une anémie microcytaire) et les plaquettes étaient normales. La protéine C réactive (CRP) était à 21,94 mg/L. L'échographie abdominale a objectivé une hépatomégalie hétérogène par la présence de multiples foyers dont sept (07) à droite et deux (02) à gauche de collection liquidienne d'aspect trouble, à paroi épaissie (04 mm) avec des fins échos en suspension dont la plus grosse mesure **30x27x17** mm soit un volume de 07,55 ml en faveur d'abcès hépatique collecté multifocal (fig. 7 et 8). Il n'y avait pas d'adénomégalie associée, pas de pathologie biliaire. Une ponction échoguidée réalisée a retrouvé du pus franc dont sa culture est revenue stérile. Devant les aspects clinique, échographique et du pus, associés au bilan biologique, le diagnostic évoqué a été celui d'abcès multifocal du foie à pyogènes.

L'enfant a reçu une antibiothérapie probabiliste associant cefotaxime 18 jours, puis ceftriaxone 14 jours et métronidazole 32 jours. Le patient a été transfusé avec du sang isogroupe isorhésus. L'efficacité du traitement n'avait été perceptible qu'au bout de 18 jours avec l'association de la ponction échoguidée ramenant 20 ml du pus franc, l'enfant restant fébrile (38°C), sensible en regard de l'hypochondre droit mais sans altération de l'état général ni trouble de l'alimentation. Les échographies de contrôle de 02 semaines et 06 semaines montraient des collections hépatiques hypoéchogènes hétérogènes en faveur d'abcès hépatiques en voie de réabsorption (fig. 9 et 10). Le contrôle de 08 mois avait trouvé un foie d'aspect normal (fig. 11 et 12).

ICONOGRAPHIES

Transverse récurrent du foie droit



Figure 7 : Abscès hépatique collecté multifocal dont la plus grosse poche est estimée à 07,55 ml (collection liquidienne d'aspect trouble et à paroi épaisse).

Long (sagittale) foie droit et gauche

Long (sagittale) foie droit



Figure 8 : Image A : Abscès hépatique multifocal en voie de réabsorption dont la plus grosse poche mesure 03 ml, contrôle après 2 semaines (collection hypoéchogène hétérogène).

Image B : Abscès hépatique multifocal en voie de réabsorption, contrôle après 6 semaines (collection hypoéchogène hétérogène).

Transverse récurrent veines hépatiques



Figure 9 : Contrôle après 6 mois, guérison totale, foie d'aspect normal

Long (sagittale) foie droit

Long (sagittale) foie gauche



Figure 10 : Contrôle après 6 mois, guérison totale, foie d'aspect normal.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les abcès du foie restent fréquents dans les pays en voie de développement, en particulier dans les zones tropicales et subtropicales. En revanche, ils sont devenus exceptionnels dans les pays industrialisés. Cette prévalence élevée pourrait s'expliquer par l'exposition précoce de ses enfants aux microbes, qui vivent dans des mauvaises conditions d'hygiène. Ceci concorde avec notre cas d'étude, vivant en milieu urbain, mais dans des conditions défavorables.

L'âge moyen de survenue des abcès de foie en milieu pédiatrique varie entre 5 et 8 ans selon les données de la littérature [2, 5, 8, 9]. Il ressort de la plupart de ses mêmes études une prédominance masculine [2, 5, 8, 9] corroborant avec notre cas d'étude.

Dans la forme typique, la clinique réalise la classique triade de Fontan faite d'une hépatomégalie douloureuse et fébrile d'installation brutale ou progressive. Cependant, ces différents éléments peuvent être isolés ou associés [10, 11]. La douleur abdominale, l'hépatomégalie et la fièvre ont été retrouvées chez notre patient confirmant la triade de Fontan. Cette triade était retrouvée par d'autres auteurs avec des proportions similaires [1, 2,9]. D'autres signes accompagnateurs tels que les vomissements, diarrhées n'étaient pas retrouvés chez notre patient.

Le diagnostic est orienté par la biologie avec une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles dépassant 10000/mm³, une anémie normocytaire modérée et un CRP élevée. Dans notre cas d'étude, une hyperleucocytose était présente, mais avec des neutrophiles normaux, une protéine C réactive élevée et une anémie sévère.

Les abcès à pyogènes sont les plus fréquents (80 % des abcès du foie de l'enfant) [12, 13], suivis par les abcès amibiens qui représentent 20 à 30 % des cas. Le germe le plus fréquemment en cause est le staphylocoque doré, aussi bien dans les pays industrialisés qu'en voie de développement [14], suivent ensuite Escherichia Coli, les klebsielles et les entérobactéries. La répartition de ces germes varie d'un pays à l'autre : Klebsiella pneumoniae, par exemple, est le germe le plus fréquent à Taiwan. Néanmoins, aucun germe n'est trouvé dans environ 35 % des cas [26], comme dans notre expérience.

Echographie abdominale

L'échographie est l'examen de première intention. Sa sensibilité est de 85% à 95% [27]. La forme et la taille des abcès sont très variables. L'échogénicité des abcès du foie dépend de

leur stade évolutif [10]. L'image peut être unique ou multiple. À la phase présuppurative, leur contenu peut simuler des tumeurs solides (hyperéchogénicité) et leurs contours sont irréguliers. À la phase suppurative, l'abcès revêt son aspect classique avec un contenu hypo- ou anéchogène avec de fins échos flottants et mobiles (débris), pouvant donner un niveau horizontal déclive. Les contours sont arrondis à parois nettes, multiloculés (cloisons) ou avec une coque épaisse et hétérogène, donnant un aspect « en cocarde ». L'échographie permet également de chercher une dilatation des voies biliaires et doit systématiquement comporter une étude Doppler couleur, afin d'évaluer la perméabilité des structures vasculaires et portales (thromboses adjacentes associées). L'examen échographique peut aussi mettre en évidence un épanchement péritonéal associé et orienter le diagnostic étiologique, par exemple, par la mise en évidence de dilatation des voies biliaires, de signe de cholécystite aiguë ou de trajet fistuleux entre l'anse intestinale et l'abcès hépatique [28, 29]. L'échographie permet également de faire le suivi évolutif des abcès hépatiques. D'ailleurs, sous traitement efficace, les examens échographiques successifs mettent en évidence une régression de l'abcès avec diminution de sa taille. Elle révèle dans 65% des cas une restitution ad integrum du parenchyme hépatique, par ailleurs on peut retrouver une cicatrice lésionnelle sous forme d'une plage régulière hyper-échogène [17]. Le rôle principal de l'échographie est de contribuer au traitement en permettant le guidage d'une ponction aspiration ou drainage percutané [28]. Elle permet d'apprécier le nombre et la localisation des abcès ainsi que les dimensions. Dans notre cas d'étude, l'échographie avait objectivé de multiples abcès dont 07 étaient localisés sur le foie droit et 02 sur le foie gauche

CONCLUSION

Malgré sa rareté, l'abcès hépatique a une fréquence croissante dans le département de pédiatrie et reste une pathologie d'actualité. Comme dans la littérature, nous avons constaté que les facteurs favorisants restent dominés par la malnutrition, l'anémie et le bas niveau socio- économique. La clinique était dominée par la classique triade de Fontan (hépatomégalie, douleur et fièvre). L'échographie abdominale a été d'un apport précieux dans le diagnostic et le traitement par la ponction évacuatrice échoguidée et le suivi permettant de réduire la durée du séjour d'hospitalisation et améliore le taux de guérison (100%). La prise en charge est multidisciplinaire avec un apport important du radiologue.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous recommandons aux autorités sanitaires de :

- ✓ Renforcer l'éducation sanitaire dans nos villes et campagnes,
- ✓ Améliorer les conditions d'hygiène des populations,
- ✓ Mettre à disposition un équipement d'imagerie médicale et de laboratoire dans tous nos établissements sanitaires avec un personnel qualifié,
- ✓ Doter tous les services d'imagerie médicale d'une salle d'imagerie interventionnelle.

REFERENCES

1. Lafont E, et al. Abscès du foie. Infection bactérienne. Journal des Anti-infectieux 2017 ; 11 :176
2. Ba ID., Sagna A., Thiongane A., Deme/Ly I., Ba A., Faye PM. Et al. Abscès du foie chez l'enfant au Sénégal, Rev. CAMES SANTE V ol.3, N° 2, Décembre 2015 ISSN 2424-724.
3. Xanthokos SA. and Balistreri WF. Liver abscess. In Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III RW, Schor NF, Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007: 1670-1692.
4. Hendricks MK, Moore SW, Millar AJ. Epidemiological aspects of liver abscesses in children in Western Cape of province of South Africa. J.Trop.Pediatr 1997;42(2):103-5.
5. Kumar A, Srinivasan S, Sharma AK. Pyogenic liver abscess in children-south Indian experiences. J Pediatr Surg 1998; 33(3): 417-421.
6. Moazam F. and Nazir Z. Amebic Liver Abscess: Spare the Knife but Save the Child. J Pediatr Surg. 1998 ; 33(1) : 119-122.
7. Bonkougou P., Nacro B., Sawadogo A., Bamouni A., Sawadogo AA.L'abcès du foie de l'enfant en milieu hospitalier tropical : Etude de sept cas à L'hôpital de BoboDioulasso (Burkina Faso).
8. Sacko K. Les Abscès Hépatiques dans le Département de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali. Une Étude de 31 Cas. Health Sci. Dis: Vol 20 (4) July – August 2019 Available free at www.hsd-fmsb.org.
9. Fieveta L., Michela J.-L., Harpera L., Turquetb A., Moitonc M.-P., Sauvata F. : Abscès hépatique chez l'enfant : A propos d'un cas. Elsevier Masson. Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com
10. C.Silvain, C.Chagneau-Derrode, C.Cruegeon, J.P.Tasu. Abscès non parasitaires du foie, Diagnostic et conduite à tenir. EMC, Hépatologie, 7-015-C-15, 2006. Prise en charge thérapeutique des abcès hépatiques : à propos de 80 cas - 79 –
11. J-R Ibara, L.C Ollandzobo Ikobo, Bi Atipo Ibara, A.Itoua Abscès du foie a germes pyogènes aspect clinique morphologique et étiologique –à propos de 38 cas. Médecine d'Afrique noire 2002, 47, p: 92-96
12. Hendricks MK, Moore SW, Millar AJ. Epidemiological aspects of liver abscesses in children in the Western Cape Province of South Africa. J Trop Pediatr 1997; 43:103–5.
13. Mishra K, Basu S, Roychoudhury S, et al. Liver abscess in children: an overview. World J Pediatr 2010; 6:210–6

14. Muorah M, Hinds R, Verma A, et al. Liver abscesses in children: a single center experience in the developed world. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42:201–6.
15. Labarrière Damien et Lagasse Jean-Paul. Traitement des parasitoses hépatiques. *Hépatogastro*. 1998; 5(3): 179-86
16. Atioui Driss, Kabiri El Hassan, Amil Touriya, Souad Chaouir, Hanine Ahmed, Janati Mohamed, Benameur Mohamed, Bokki Khalid. Les abcès du foie : apport de l'imagerie. *Médecine du Maghreb*. 1995 ; (54): 1-6
17. Raynal Marianne, Cazejust Julien, Azizi Louisa, Bessoud Bertrand, Monnier-Cholley Laurence, Arrivé Lionel, Menu Yves. Apport de la diffusion dans le diagnostic des abcès hépatiques versus tumeurs nécrotiques. *J Radiol*. 2009 ; 90(10) : 1296
18. Weinke T. and al: Amoebic liver abscess-rare need for percutaneous treatment modalities. *Eur J of Med research* 2002:7:25-9
19. LIU CG and al: Amoebic liver abscess and human immunodeficiency virus infection: A report of three cases. *J Clin Gastro-entero* 2001 ; 33 : 64-8
20. Pham Van L ; Duong Manh H, Pham Nhu H: Abcès amibien du foie: Ponction échoguidée. *Ann chir* 1999; 50(4): 340-3
21. Lee K, Kim El, Lee Set al: Amoebic liver abscess in VIH-infected patients. *AIDS* (London; England) 2000, 14(12): 1872-3
22. Netter FH, M.D. Atlas d'anatomie humaine. 2e éd. Paris: Maloine ; 1999.
23. Oudou Noya Elie Claude Ndjitoyap Ndam, Vincent Ngoué, Charlotte Ngonde Sende: Abcès amibien du foie à Yaoundé *Cahier Santé* 1999; 9: 119-22
24. RYSZARD Jankiewicz: Clinical manifestations and ultrasonography guided aspiration of amoebic Liver abscess in St Walburg's Hospital, Nyangao, Tanzania. *Trop DOCTOR* 2002; 32: 185-189
25. KODJOH N. et col: les abcès amibien du foie à propos de 42 observations Colligées dans les services médicaux du CNHU de Cotonou. *Méd D'Afr Noire*: 1991, 38: 185-189
26. Donovan AJ, Yellin AE, Ralls PW. Hepatic abscess. *World J Surg* 1991;15:162–9.
27. E.Yahchouchi, D.Cherqui. Abcès non parasitaires du foie, Diagnostic et conduite à tenir. *EMC, Hépatologie*, 7-015-C-15, 1998, 8 p.
28. Jean Pierre Tasu, Ahmed Moumouh, Olivier Delval, Jerome Hennequin. L'abcès du foie vu par le radiologue : du diagnostic au traitement. *Gastroenterology clin biol* 2004, 28, p: 477-482.
29. Carine Chagneau-Derrode, C.Silvain. Abcès bactériens du foie *Gastroenterology clin biol* 2004, 28, p: 470-47

ANNEXES

Résumé :

Introduction. Les abcès hépatiques (AH) sont causés par divers type d'agents infectieux avec des facteurs favorisants. Leur pronostic a été amélioré par un diagnostic précoce grâce à l'échographie et au traitement antibiotique. **Objectif.** Décrire l'apport de l'échographie dans le diagnostic, le traitement et le suivi de l'abcès hépatique. **Méthodes.** Il s'agit d'une étude descriptive d'un cas clinique durant 4 mois portant sur un abcès multifocal du foie chez un enfant. **Résultats.** Il s'agit d'un garçon de 4 ans sans antécédents médicaux ou familiaux particuliers qui a consulté dans un contexte de fièvre et douleur abdominale. Les examens biologiques sanguins montraient une hyperleucocytose ; une anémie, une protéine C réactive (CRP) élevée et une bactériologie du pus stérile. L'échographie abdominale a objectivé une hépatomégalie hétérogène par la présence de multiples foyers dont sept (07) à droite et deux (02) à gauche de collection liquidienne d'aspect trouble, à paroi épaissie (04 mm) avec des fins échos en suspension dont la plus grosse mesure 30x27x17 mm soit un volume de 07,55 ml en faveur d'abcès hépatique collecté multifocal dont la ponction échoguidée a retrouvé du pus franc. L'enfant a reçu une antibiothérapie probabiliste et du métronidazole, une transfusion du sang isogroupe isorhésus. **Conclusion.** L'abcès hépatique est une affection relativement rare en milieu pédiatrique. L'apport de l'échographie reste indispensable pour le diagnostic, le traitement et le suivi.

Mots clé : Abcès multifocal du foie, Pédiatrie, Echographie.

Summary:

Introduction. Hepatic abscesses (HA) are caused by various types of infectious agents with favourable factors. Their prognosis has been improved by early diagnosis with ultrasound and antibiotic treatment. **Objective.** To describe the contribution of ultrasound in the diagnosis, treatment and follow-up of liver abscess. **Methods.** This is a case report of a multifocal liver abscess in a child. **Results.** The case involved a 4-year-old boy with no particular medical or family history who consulted in a context of fever and abdominal pain. Blood tests showed hyperleukocytosis; anemia, elevated C-reactive protein (CRP) and sterile pus bacteriology. Abdominal ultrasound revealed heterogeneous hepatomegaly with multiple foci including seven (07) on the right and two (02) on the left of a turbid liquid collection with a thickened wall (04 mm) with fine suspended echoes, the largest of which measured 30x27x17 mm, i.e. a volume of 07.55 ml, in favor of a multifocal hepatic abscess. The child received a probabilistic antibiotic therapy and metronidazole, a transfusion of isorhésus blood. **Conclusion.** Liver abscess is a relatively rare condition in the pediatric setting. The contribution of ultrasound remains essential for diagnosis, treatment and follow-up.

Key words: Multifocal liver abscess, Pediatrics, Ultrasound.